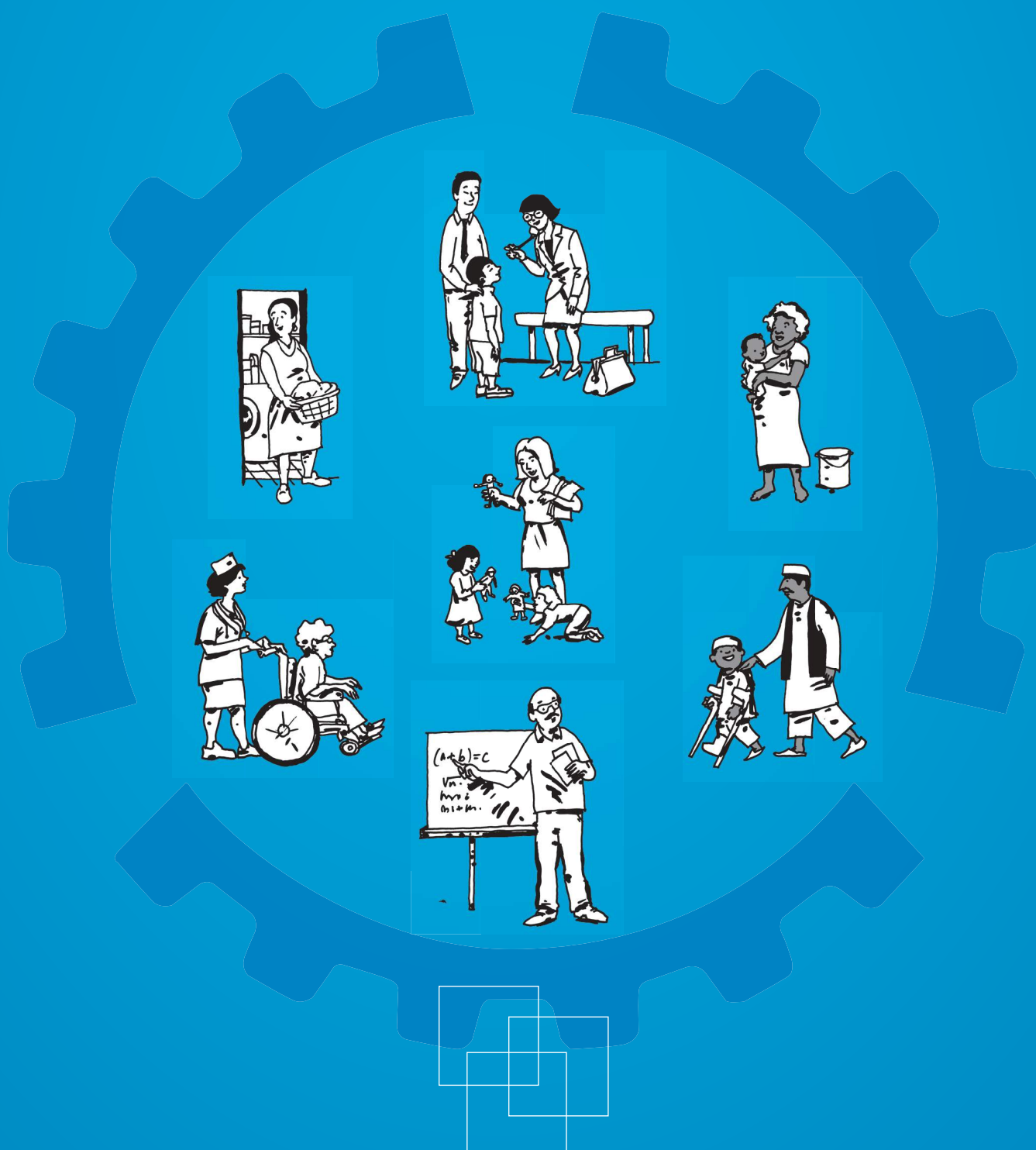




Organización
Internacional
del Trabajo

EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO PARA UN FUTURO CON TRABAJO DECENTE



EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LOS
TRABAJADORES DEL CUIDADO
PARA UN FUTURO CON TRABAJO DECENTE

EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LOS
TRABAJADORES DEL CUIDADO
PARA UN FUTURO CON TRABAJO DECENTE

Copyright © Oficina Internacional del Trabajo 2019
Primera edición 2019

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de protección de los derechos de autor en virtud del Protocolo núm. 2, anexo al Convenio Universal para la Protección de los Derechos de Autor. Sin embargo, se pueden reproducir pasajes cortos sin permiso, siempre que se mencione debidamente su fuente. Para los derechos de reproducción o traducción, la solicitud debe hacerse a: Publicaciones de la OIT (Derechos y permisos), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico: rights@ilo.org. Estas solicitudes siempre serán bienvenidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados en una organización de derechos de autor pueden hacer copias solo de acuerdo con las condiciones y derechos que se les otorgan. Visite www.ifro.org para encontrar la agencia responsable de administrar los derechos reproductivos en su país.

El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2019

ISBN 978-92-2-133482-8 (impreso)

ISBN 978-92-2-133483-5 (pdf Web)

También disponible en inglés: *Care work and care jobs for the future of decent work*, ISBN 978-92-2-131642-8 (impreso), ISBN 978-92-2-131643-5 (pdf Web), Ginebra, 2018; y en francés: *prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent*, ISBN 978-92-2-133484-2 (impreso), ISBN 978-92-2-133485-9 (pdf Web), Ginebra 2018.

cuidado de la salud / economía informal / trabajo decente / cuidadores / trabajo no remunerado / discriminación de género / igualdad de género / trabajo futuro

08.17.1

Datos de catalogación en publicación de la OIT

Las designaciones utilizadas en las publicaciones de la OIT, que están en conformidad con la práctica de las Naciones Unidas, y la presentación de los datos contenidos en ellas, no implican por parte de la Oficina Internacional del Trabajo ninguna posición en cuanto a la situación jurídica de ningún particular: país, zona o territorio, o de sus autoridades, o en cuanto a la delimitación de sus fronteras.

Los artículos, estudios y otros textos firmados son responsabilidad exclusiva de los autores, y su publicación no significa que la Oficina Internacional del Trabajo suscriba las opiniones expresadas en ellos.

La mención o no mención de cualquier empresa, producto o proceso en particular no implica una evaluación favorable o desfavorable por parte de la Oficina Internacional del Trabajo.

Para obtener información sobre las publicaciones y los productos digitales de la Oficina Internacional del Trabajo, visite nuestro sitio web en www.ilo.org/publns.

Esta publicación fue producida por la Unidad de Producción de Publicaciones (PRODOC) de la OIT.

Diseño gráfico, diseño tipográfico, maquetación, preparación de manuscritos,
lectura y revisión, impresión, publicación electrónica y distribución.

La OIT garantiza el uso de papel procedente de bosques gestionados de una manera
que es respetuoso con el medio ambiente y socialmente responsable

Código: CPG-JMB-REPRO

El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente es una importante contribución a la iniciativa para el centenario de la OIT relativa a las mujeres en el trabajo, y al proceso que la OIT está llevando a cabo para orientar su labor en pos de la justicia social a medida que avanza hacia su segundo centenario. **La iniciativa para el centenario relativa a las mujeres en el trabajo** comenzó **examinando** por qué los progresos para cerrar las brechas de género en el mundo del trabajo habían sido tan lentos, y qué debía hacerse para lograr una transformación real. Todos los datos, estudios, análisis y encuestas hicieron referencia al trabajo de cuidados.

La prestación de cuidados, tanto remunerada como no remunerada, está en el centro de nuestras sociedades. Las economías dependen del trabajo de cuidados para sobrevivir y prosperar. En todo el mundo, las mujeres y las niñas están realizando más de tres cuartas partes de todo el trabajo de cuidados no remunerado, y dos tercios de los trabajadores del cuidado **remunerados** son mujeres. Las transformaciones demográficas, socioeconómicas y medioambientales están incrementando la demanda de trabajadores y trabajadoras del cuidado, que a menudo están atrapados en trabajos de poca calidad. Si no se afrontan de manera apropiada, los déficits actuales en el trabajo de cuidados y su calidad crearán una crisis del cuidado insostenible a escala mundial, y aumentarán la desigualdad de género en el mundo del trabajo.

¿Quién va a atender las crecientes necesidades de cuidado en el futuro? ¿En qué condiciones se realizará el trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado? ¿Qué políticas pueden establecerse para reconocer, reducir y redistribuir la prestación de cuidados no remunerada, crear más trabajos y trabajos decentes para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y garantizar la representación de estos últimos, el diálogo social y la negociación colectiva? Estas preguntas se abordan por primera vez de una manera integral, sobre la base de un acervo de estudios y datos.

La mejor vía hacia el trabajo de cuidados está a nuestro alcance. En este informe se analiza una nueva hoja de ruta para el trabajo de cuidados de calidad, en la que los cuidadores y cuidadoras no remunerados puedan disfrutar de los beneficios de la prestación de cuidados sin ser penalizados a nivel económico y social, y los trabajadores y trabajadoras del cuidado tengan acceso a trabajos decentes que sienten las bases de unos servicios de cuidado de calidad.

El entorno de política propuesto para lograr un trabajo de cuidados de buena calidad, basado en la igualdad de género, es específico del contexto, pero factible. En todos los casos, la prestación de cuidados, la macroeconomía, la protección social y las políticas laborales y migratorias deben concebirse para producir resultados positivos tanto para quienes necesitan cuidados como para quienes los prestan, a cambio de una remuneración o no. Exige el compromiso de los gobiernos, los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones, y los representantes de los cuidadores y cuidadoras no remunerados y de los receptores de cuidados. Al proporcionar una visión global de la economía del cuidado desde la perspectiva del mundo del trabajo, este informe forja argumentos convincentes, basados en pruebas para que se conceda prioridad al trabajo de cuidados de buena calidad en las agendas de política nacionales. Urge tomar medidas para seguir la mejor vía hacia el trabajo de cuidados a fin de asegurar un futuro del trabajo que sea decente, por naturaleza, para las mujeres y los hombres.

Shauna Olney
Jefa
Servicio de Género, Igualdad y Diversidad
e ILOAIDS

Manuela Tomei
Directora
Departamento de Condiciones de Trabajo
e Igualdad

PRÓLOGO	v
AGRADECIMIENTOS	xxiii
ABREVIATURAS	xxv
RESUMEN EJECUTIVO	xxvii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO 1. EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL CUIDADO: QUÉ SON Y POR QUÉ IMPORTAN 5

1.1. DEFINICIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS Y DE LA ECONOMÍA DEL CUIDADO	6
1.1.1. El trabajo de cuidados y la nueva definición estadística de «trabajo»	8
1.1.2. “El círculo trabajo de cuidados no reunerado-trabajo de cuidados remunerado” ..	10
1.1.3. La calidad del trabajo de cuidados	12
1.2. EL TRABAJO DE CUIDADOS EN UN MUNDO CAMBIANTE	13
1.2.1. Un mundo del trabajo en transformación	14
1.2.2. Necesidades demográficas y de cuidado cambiantes	16
1.3. EL TRABAJO DE CUIDADOS, LA AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE Y EL TRABAJO DECENTE	24
1.4. TRABAJO DE CUIDADOS DECENTE: UN MARCO PARA LA ACCIÓN DE POLÍTICA	29
Notas	34

CAPÍTULO 2. EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL TRABAJO 37

2.1. EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y LAS PERSONAS QUE LO PRESTAN . . .	39
2.1.1. Definiciones y medición	40
2.1.2. Magnitud, naturaleza y valor del trabajo de cuidados no remunerado	43
2.1.3. Brechas de género en la prestación de trabajo de cuidados no remunerado	53
2.1.4. La intersección de género y otras desigualdades en la prestación de trabajo de cuidados	59
2.1.5. Tendencias en las brechas de género en el trabajo de cuidados no remunerado	68

2.2. EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA FUERZA DE TRABAJO	72
2.2.1. El trabajo de cuidados no remunerado como obstáculo principal para la participación de la mujer en la fuerza de trabajo	72
2.2.2. Las pautas de empleo de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados . . .	85
2.2.3. Calidad del empleo de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados	92
2.3. CÓMO AFECTAN LAS ACTITUDES A LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL TRABAJO DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES.	97
2.3.1. Actitudes con respecto al empleo de las mujeres	97
2.3.2. Actitudes con respecto al empleo de las madres	99
2.3.3. Actitudes con respecto a las modalidades para que los padres organicen el equilibrio entre la vida laboral y familiar	100
2.3.4. Actitudes con respecto a la participación de los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado	101
Observaciones finales	103
Notas	105

CAPÍTULO 3. LAS POLÍTICAS DE CUIDADO Y EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO	111
3.1. POLÍTICAS DE CUIDADO TRANSFORMADORAS	113
3.1.1. Definición de políticas de cuidado	113
3.1.2. Principios y derechos fundamentales que sirven de marco para unas políticas de cuidado transformadoras	115
3.2. ABOGANDO POR POLÍTICAS DE CUIDADO TRANSFORMADORAS	117
3.2.1. Desarrollo de los niños.	117
3.2.2. Resultados en el empleo de las madres	119
3.2.3. La participación de los padres en las tareas domésticas y de cuidado de los hijos	120
3.2.4. Resultados relativos a las personas de edad avanzada y las personas con discapacidades	122
3.2.5. Inversión pública en políticas de cuidado y participación de las cuidadoras no remuneradas en el empleo	124
3.3. PANORAMA MUNDIAL DE LAS POLÍTICAS DE CUIDADO.	126
3.3.1. Políticas de licencia	126
3.3.2. Servicios de cuidados	133
3.3.3. Prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados.	145

3.3.4. Modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar.	150
3.3.5. Infraestructura relacionada con los cuidados	154
3.3.6. Oportunidades y problemas que plantean las políticas de cuidado desde la perspectiva de los empleadores.	157
Observaciones finales	158
Notas	159

CAPÍTULO 4. LAS TRABAJADORAS Y LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO Y EL EMPLEO DE PRESTACIÓN DE CUIDADOS. 165

4.1. EL EMPLEO DE CUIDADOS EN TODO EL MUNDO.	167
4.1.1. Empleo en el cuidado: estimaciones mundiales y regionales	169
4.1.2. Trabajadoras y trabajadores del cuidado: algunas características comunes . . .	171
4.2. LA FUERZA DE TRABAJO DE CUIDADO POR SECTOR	174
4.2.1. Atención de la salud y atención social	174
4.2.2. Educación	183
4.2.3. Trabajadoras y trabajadores domésticos	190
4.3. EXPLICACIÓN DE LOS NIVELES Y LA COMPOSICIÓN DEL EMPLEO EN EL CUIDADO	194
4.3.1. Conglomerado 1 – Niveles muy altos de empleo en los sectores del cuidado . . .	196
4.3.2. Conglomerado 2 – Niveles altos de empleo en los sectores del cuidado.	201
4.3.3. Conglomerado 3 – Recurso a trabajadoras y trabajadores domésticos	217
4.3.4. Conglomerado 4 – Niveles medianos a bajos de empleo de prestación de cuidados	234
Observaciones finales	245
Notas	247

CAPÍTULO 5. EMPLEOS EN EL CUIDADO PARA UN MEJOR FUTURO DEL TRABAJO 253

5.1. OBJETIVOS Y MÉTODOS.	255
5.1.1. Creación de los escenarios: visión de conjunto.	255
5.1.2. Nota sobre los métodos	257
5.2. CREACIÓN DE EMPLEO EN LA EDUCACIÓN	258
5.2.1. Metas de política para la AEPI	258
5.2.2. Metas de política para la educación primaria, secundaria y terciaria	260

5.2.3.	Resultados de la simulación de los empleos en la educación	261
5.2.4.	Estimaciones ampliadas del empleo general en el sector que comprende todas las categorías de trabajadoras y trabajadores de la educación	265
5.3.	CREANDO DE EMPLEO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	266
5.3.1.	Metas de política para la atención de la salud	267
5.3.2.	Resultados de la simulación de los empleos en la atención de la salud	269
5.3.3.	Metas de política para los cuidados de larga duración	271
5.3.4.	Resultados de la simulación de los empleos en los cuidados de larga duración	273
5.3.5.	Estimaciones ampliadas del empleo general en el sector incluidas todas las categorías de trabajadores sanitarios	274
5.4.	CREACIÓN TOTAL DE EMPLEO EN LOS SECTORES DEL CUIDADO	275
5.4.1.	Resultados combinados en el empleo de la simulación de los empleos del cuidado	275
5.4.2.	Resultados en el gasto y en los ingresos fiscales de la simulación de los empleos del cuidado	276
5.4.3.	Composición por sexos de la expansión del empleo en la simulación sobre los empleos del cuidado	278
5.5.	RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA SIMULACIÓN	278
	Observaciones finales	283
	Notas	285

CAPÍTULO 6. LA MEJOR VÍA PARA CUIDAR DEL FUTURO DEL TRABAJO DECENTE	289
6.1. UN ENTORNO DE POLÍTICA PROPICIO A LA MEJOR VÍA HACIA EL TRABAJO DE CUIDADOS	290
6.2. RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE POLÍTICA PARA TRANSITAR POR LA MEJOR VÍA HACIA EL TRABAJO DE CUIDADOS	291
6.2.1. Reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado	292
6.2.2. Más trabajo y trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, incluidos los migrantes	317
6.2.3. Representación, diálogo social y negociación colectiva de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado	329
Observaciones finales	334
Notas	335

ANEXO	339
A.1. NORMAS INTERNACIONALES DEL TRABAJO RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS	339
A.2. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA	352
A.2.1. Coeficientes de dependencia de cuidados	358
A.3. TRABAJOS DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y DESIGUALDAD DE GÉNERO EN EL TRABAJO.	366
A.4. LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL CUIDADO Y EL EMPLEO DE CUIDADOS: METODOLOGÍA Y DATOS.	403
A.4.1. Puesta en práctica de la definición de trabajadores y trabajadoras del cuidado y de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados	403
A.4.2. La estimación de la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados	404
A.4.3. Análisis de conglomerados	409
A.5. ESTIMACIÓN DEL INSUMO-PRODUCTO DE LOS TRABAJOS EN LA ECONOMÍA DEL CUIDADO: DATOS BASADOS EN LOS PAÍSES	415
A.6. GRUPOS REGIONALES Y DE INGRESOS	420
A.7. ENCUESTAS SOBRE LA FUERZA DE TRABAJO Y ENCUESTAS SOBRE EL USO DEL TIEMPO.	427
Notas	433
BIBLIOGRAFÍA	435

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. El “círculo trabajo de cuidados no remunerado-trabajo remunerado-trabajo de cuidados remunerado”	11
Gráfico 1.2. Población en edad de trabajar por tipo de hogar, último año disponible (en porcentajes)	17
Gráfico 1.3. Porcentaje de personas mayores, de más de 65 años, que viven con niños y niñas menores de 15 años, 2006-2012	18
Gráfico 1.4. Población en edad de trabajar que vive en hogares monoparentales, por sexo del cabeza de familia, último año disponible (en porcentajes)	20
Gráfico 1.5. Coeficientes de dependencia de cuidados, 2000, 2015 y 2030 (en porcentajes)	23

Gráfico 1.6.	Un entorno de política propicio para la mejor vía hacia el trabajo de cuidados	30
Gráfico 1.7.	La mejor vía hacia el trabajo de cuidados para un futuro con trabajo decente: marcos analítico y de política	33
Gráfico 2.1.	Tiempo dedicado en las tres principales categorías de trabajo de cuidados no remunerado, basado en la actividad primaria, por sexo, último año disponible.	44
Gráfico 2.2.	Proveedores de servicios para uso propio por sexo y grupo de actividad, Camboya, 2010	46
Gráfico 2.3.	Minutos dedicados diariamente a cuidados infantiles por sexo, último año disponible	48
Gráfico 2.4.	Valor del trabajo de cuidados no remunerado como porcentaje del PIB, PPA USD 2011, por sexo, último año disponible	50
Gráfico 2.5.	Proporción de hijos que son cuidados por cuidadoras o cuidadores no remunerados (distintos de sus padres) durante al menos una hora a lo largo de una semana normal, por grupo de edad, 2014.	52
Gráfico 2.6.	Distribución por género del trabajo remunerado, el trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo total entre los encuestados en edad de trabajar: Media mundial, por sexo, último año disponible	54
Gráfico 2.7.	Parte correspondiente a cada sexo en el total del trabajo de cuidados no remunerado, último año disponible.	55
Gráfico 2.8.	Tiempo dedicado diariamente al trabajo de cuidados no remunerado, al trabajo remunerado y al trabajo total, por sexo, región y grupo de ingresos, último año disponible	56
Gráfico 2.9.	Relación entre la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado y la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, último año disponible	58
Gráfico 2.10.	Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado, por sexo y localización (urbana/rural), último año disponible	60
Gráfico 2.11.	Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado, por grupo de edad, año más reciente	62
Gráfico 2.12.	Proporción de niñas y niños que realizan algún trabajo de cuidados no remunerado (tareas domésticas), por sexo, grupo de edad y horas semanales, 2016	63
Gráfico 2.13.	Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado, por nivel de enseñanza y por sexo, último año disponible	64
Gráfico 2.14.	Tiempo destinado al trabajo de cuidados no remunerado, por sexo y estado civil, último año disponible	66
Gráfico 2.15.	Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado por sexo, presencia de hijos en el hogar y edad de estos, último año disponible	67
Gráfico 2.16.	Tendencias en el tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado y al trabajo remunerado, por sexo, 1997 y 2012.	69

Gráfico 2.17.	Cambio anual en minutos por día dedicados al trabajo de cuidados no remunerados, por sexo, 1997 y 2012	70
Gráfico 2.18.	Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y situación en la fuerza de trabajo, último año disponible	75
Gráfico 2.19.	Brecha entre la proporción de cuidadoras que están fuera de la fuerza de trabajo y las mujeres que no son cuidadoras, índice de pobreza de USD 1,90 al día por persona, último año disponible	76
Gráfico 2.20.	Mujeres cuidadoras no remuneradas, por lugar de residencia y situación en la fuerza de trabajo, último año disponible	77
Gráfico 2.21.	Repercusión que tiene la presencia de hijos menores de 6 años de edad y de personas en edad avanzada en la participación en la fuerza de trabajo, por sexo, último año disponible	78
Gráfico 2.22.	Probabilidad de estar en la fuerza de trabajo, por sexo y por composición del hogar (en comparación con las personas solteras), último año disponible	81
Gráfico 2.23.	Porcentaje de personas inactivas, por sexo y principal motivo de estar fuera de la fuerza de trabajo, último año disponible	84
Gráfico 2.24.	Proporción de cuidadoras y cuidadores no remunerados y de personas que no viven con receptores de cuidados en la población empleada, por sexo (porcentajes), último año disponible	86
Gráfico 2.25.	Tasas de empleo con respecto a la población de las madres y los padres de hijos de 0 a 5 años, y de las mujeres y de los hombres que no son madres ni padres de hijos de 0 a 5 años, último año disponible	87
Gráfico 2.26.	Brecha en el empleo vinculada con la maternidad o paternidad, último año disponible (puntos porcentuales)	88
Gráfico 2.27.	Brechas en las tasas de empleo relativas a la población correspondientes a las mujeres que viven con personas dependientes y a las mujeres que viven sin dependientes (países que registran una brecha entre las mujeres que son madres y las que no lo son inferior al percentil 30), último año disponible	89
Gráfico 2.28.	Horas semanales trabajadas a cambio de remuneración o beneficio, por sexo y número de hijos menores de 6 años, último año disponible	91
Gráfico 2.29.	Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y situación en el empleo (CISE-93), último año disponible	93
Gráfico 2.30.	Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y por naturaleza (informal o formal) de su trabajo principal, último año disponible	95
Gráfico 2.31.	Trabajadores asalariados y a sueldo que son cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y por contribución a la seguridad social, último año disponible	96

Gráfico 2.32.	Percepción personal de cuál es el mayor problema para las mujeres en los empleos remunerados, 2016	98
Gráfico 2.33.	Forma preferida de organizar la vida laboral y la vida familiar (porcentajes), 2011-2014.	101
Gráfico 3.1.	Principios fundamentales que sustentan las políticas de cuidado transformadoras.	116
Gráfico 3.2.	Porcentaje de niños de entre 36 y 59 meses cuyo desarrollo está encaminado y escolarización bruta de niños en la enseñanza preprimaria, último año disponible	118
Gráfico 3.3.	Cómo se ven las políticas de apoyo, 2014	121
Gráfico 3.4.	Políticas sobre la duración de la licencia remunerada de los padres y proporción del tiempo dedicado por los hombres al trabajo doméstico y de prestación de cuidados en relación con el de las mujeres, 2015-2016. . .	123
Gráfico 3.5.	Gasto público en cuidados de larga duración en porcentaje del PIB y esperanza de vida a los 60 años en 45 países, por sexo, 2010-2015	123
Gráfico 3.6.	Gasto público en determinadas políticas de cuidado en porcentaje del PIB y tasa de empleo con respecto a la población de las mujeres con responsabilidades de cuidados, último año disponible	125
Gráfico 3.7.	Porcentaje de países que cumplen las normas de la OIT sobre la duración de la licencia de maternidad, el pago de prestaciones pecuniarias y la fuente de estas, por región, 2016	127
Gráfico 3.8.	Países en cuya legislación se ofrece a los padres el derecho a licencia remunerada o no remunerada por el nacimiento de un hijo, por duración (en días), 2016	129
Gráfico 3.9.	División entre los sexos de las preferencias en materia de licencia, 2011-2014 (porcentajes)	130
Gráfico 3.10.	Proporción de tiempo durante el primer año de vida del niño en que los costos relacionados con la paternidad corren a cargo del Estado (seguridad social), los empleadores y las familias, último año disponible . . .	131
Gráfico 3.11.	Tasas brutas de matrícula en programas de DEPI, 2015	135
Gráfico 3.12.	Tasas brutas de matrícula para programas de preprimaria, 2015	136
Gráfico 3.13.	Preferencias sobre los cuidados infantiles, 2011-2014 (porcentajes)	138
Gráfico 3.14.	Beneficiarios de cuidados de larga duración por tipo de servicio y por edad, último año disponible	143
Gráfico 3.15.	Prestación de ayuda doméstica para personas de edad avanzada, preferencias en 2011-2014 (porcentajes).	144
Gráfico 3.16.	Sistemas impositivos que contemplan ventajas fiscales a los gastos para el cuidado de los hijos, 2018	147
Gráfico 3.17.	Modalidades de tiempo de trabajo para las personas empleadas en la Unión Europea, 2015 (porcentajes)	152

Gráfico 3.18.	Población sin acceso a infraestructuras básicas por región del mundo, 2014-2015.	155
Gráfico 4.1.	El empleo en el cuidado como proporción del empleo total, por región y sexo	170
Gráfico 4.2.	Selección de constataciones empíricas de penalizaciones/primas en los salarios de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, por sexo.	173
Gráfico 4.3.	Relación entre la fuerza de trabajo de la atención de la salud y la atención social como porcentaje del empleo total y el PIB per cápita	175
Gráfico 4.4.	Relación entre la fuerza de trabajo del sector de la atención de la salud y la atención social como porcentaje del empleo total y el gasto en atención de la salud como porcentaje del PIB	176
Gráfico 4.5.	Brechas de remuneración en determinadas profesiones en comparación con el personal médico, 2011.	177
Gráfico 4.6.	Relación entre la fuerza de trabajo del sector de la educación como porcentaje del empleo total, el PIB per cápita y el número de pobres	184
Gráfico 4.7.	Salarios anuales de los docentes con 15 años de experiencia como porcentaje del PIB per cápita, 2015	186
Gráfico 4.8.	Relación entre las trabajadoras y los trabajadores domésticos como porcentaje del empleo total y el PIB per cápita y el índice de Gini	191
Gráfico 4.9.	Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado como proporción del empleo total, por región y sexo.	195
Gráfico 4.10.	Modelos de empleo relacionado con el cuidado	196
Gráfico 4.9.a.	Conglomerado 1	197
Gráfico 4.11.	Perfiles del nivel académico de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social	199
Gráfico 4.12.	Proporciones de personas nacidas en el extranjero entre los trabajadores y las trabajadoras del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social	200
Gráfico 4.13.	Proporción de empleo público/privado en la educación y en la atención de la salud y atención social, Canadá y Estados Unidos	202
Gráfico 4.9.b.	Conglomerado 2.1	202
Gráfico 4.14.	Perfiles del nivel académico de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y atención social	206
Gráfico 4.15.	Proporciones de personas nacidas en el extranjero entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y atención social	208
Gráfico 4.9.c.	Conglomerado 2.2.	210
Gráfico 4.16.	Perfiles del nivel académico de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y atención social	212

Gráfico 4.17.	Proporción de trabajadoras domésticas nacidas en el extranjero (empleadas por los hogares)	214
Gráfico 4.18.	Proporción de trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariados en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo	216
Gráfico 4.9.d.	Conglomerado 3.1.	218
Gráfico 4.9.e.	Conglomerado 3.2.	220
Gráfico 4.19.	Trabajadoras y trabajadores del cuidado en el empleo público y privado en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo	223
Gráfico 4.20.	Proporción de trabajadoras y trabajadores asalariados del cuidado en el sector informal de la atención de la salud y atención social, por sexo	224
Gráfico 4.21.	Proporción de trabajadoras domésticas informales (empleadas por los hogares).	225
Gráfico 4.22.	Horas semanales trabajadas, trabajadoras domésticas (empleadas por los hogares).	226
Gráfico 4.9.f.	Conglomerado 3.3	227
Gráfico 4.23.	Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en los sectores público y privado en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo.	231
Gráfico 4.24.	Proporción del empleo informal entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado asalariados en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo	232
Gráfico 4.25.	Proporción de trabajadoras domésticas en el sector informal (empleadas por hogares)	233
Gráfico 4.26.	Horas semanales de trabajo de las trabajadoras domésticas (empleadas por los hogares).	234
Gráfico 4.9.g.	Conglomerado 4.1	235
Gráfico 4.27.	Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en los sectores público y privado en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo	236
Gráfico 4.9.h.	Conglomerado 4.2	238
Gráfico 4.28.	Proporción del empleo informal entre las trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariado en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo	237
Gráfico 4.29.	Perfiles del nivel académico de los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y atención social	241
Gráfico 4.30.	Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en los sectores público y privado en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo.	242

Gráfico 4.31.	Parte del empleo informal correspondiente a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo	243
Gráfico 4.32.	Horas semanales trabajadas, trabajadoras domésticas (empleadas por los hogares).	244
Gráfico 5.1.	El círculo virtuoso de la inversión en la economía del cuidado.	254
Gráfico 5.2.	Número de empleos directos e indirectos generados en la educación.	262
Gráfico 5.3.	Distribución del empleo adicional en la educación en el marco del escenario de la mejor vía, por sexo.	263
Gráfico 5.4.	Asignación del gasto adicional por subsector de la educación en el marco del escenario de la mejor vía (porcentajes).	264
Gráfico 5.5.	Asignación del empleo adicional por subsector de la educación en el marco del escenario de la mejor vía (porcentajes).	264
Gráfico 5.6.	Aumento del número de empleos en la educación - Escenarios del <i>statu quo</i> y de la mejor vía, 2015 vs. 2030.	266
Gráfico 5.7.	Generación de empleos en la atención de la salud, por empleos directos e indirectos.	270
Gráfico 5.8.	Distribución del empleo adicional en la atención de la salud, por sexo	270
Gráfico 5.9.	Generación de empleos en cuidados de larga duración y proporción de los países.	273
Gráfico 5.10.	Empleo en el sector de la atención de la salud y la atención social - Escenarios del <i>statu quo</i> y de la mejor vía, 2015 vs. 2030	274
Gráfico 5.11.	Empleo total en el cuidado y empleo conexo, escenarios del <i>statu quo</i> y de la mejor vía, 2015 vs 2030	275
Gráfico 5.12.	Gasto total en cuidados, por sector.	277
Gráfico 5.13.	Proporción de mujeres en el empleo total, por sector	279
Gráfico 5.14.	Resumen de los resultados de la simulación.	280
Gráfico 6.1.	El marco de las cinco “R” para el trabajo de cuidados decente: Transitar por la mejor vía hacia el trabajo de cuidados con igualdad de género	291
Gráfico A.4.1.	Ejemplo de análisis de conglomerados completo	410
Gráfico A.4.2.	Dendograma de análisis de conglomerados completo utilizando la distancia euclidiana: Cinco indicadores: trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la educación; trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la atención de la salud y la atención social; trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares); trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado; trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado	414

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.1.	El trabajo de cuidado y su relación con la Resolución I de la 19. ^a CIET, la ICATUS y el SCN 2018	9
Cuadro 3.1.	Panorama general de las políticas de cuidado	114
Cuadro 3.2.	Protección de la maternidad, servicios de AEPI y empleo de las madres, por región, 2015-2016 (porcentajes)	120
Cuadro 4.1.	Fuerza de trabajo de la atención de la salud y la atención social como porcentaje del empleo total, masculino y femenino, por región, sexo y grado de feminización por región	175
Cuadro 4.2.	Trabajadores de la salud de la comunidad, por densidad, edad media y proporción de mujeres	183
Cuadro 4.3.	Fuerza de trabajo en el sector de la educación como proporción del empleo total, masculino y femenino, por región y sexo, y grado de feminización por región	185
Cuadro 4.4.	Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por los hogares) como proporción del empleo total, masculino y femenino, por región y sexo, y grado de feminización por región	190
Cuadro 5.1.	Resumen de parámetros educativos: escenario de <i>statu quo</i> (SQ) o la mejor vía (MV)	260
Cuadro 5.2.	Sector de la educación: generación de empleo y gasto en el marco de los escenarios del <i>statu quo</i> y de la mejor vía.	261
Cuadro 5.3.	Resumen de los parámetros del sector de la atención de la salud: escenarios del <i>statu quo</i> y de la mejor vía	268
Cuadro 5.4.	Sector de la atención de la salud: generación de empleo y gasto en los escenarios del <i>statu quo</i> y de la mejor vía.	269
Cuadro 5.5.	Resumen de los parámetros del cuidado de larga duración: escenarios del <i>statu quo</i> y de la mejor vía	272
Cuadro A.1.1.	Normas internacionales del trabajo relacionadas con los cuidados	339
Cuadro A.2.1.	Población en edad de trabajar, por tipo de hogar (en porcentajes), último año disponible	352
Cuadro A.2.2.	Población en edad de trabajar que vive en hogares monoparentales, por sexo del cabeza de familia (en porcentajes), último año disponible	355
Cuadro A.2.3.	Coefficientes de dependencia de cuidados (en porcentajes), 2000, 2015 y 2030.	359
Cuadro A.3.1.	Tiempo dedicado en las tres categorías principales del trabajo de cuidados no remunerado y en el trabajo remunerado (minutos por día) y proporción del trabajo de cuidados no remunerado, por sexo (en porcentajes), último año disponible	366

Cuadro A.3.2.	Tendencias en lo que respecta al tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado y al trabajo remunerado, por sexo (minutos por día), 1997 y 2012	370
Cuadro A.3.3.	Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y situación en la fuerza de trabajo (en porcentajes), último año disponible.	372
Cuadro A.3.4.	Cuidadoras no remuneradas, por lugar de residencia y situación en la fuerza de trabajo (en porcentajes), último año disponible	376
Cuadro A.3.5.	Determinantes de la participación en la fuerza de trabajo, coeficientes estimados en un modelo de regresión lineal, por sexo, último año disponible	379
Cuadro A.3.6.	Porcentaje de personas inactivas, por sexo y principal motivo para estar fuera de la fuerza de trabajo, último año disponible	382
Cuadro A.3.7.	Porcentaje de cuidadoras y cuidadores no remunerados y de personas que no viven con los receptores de cuidados en la población ocupada, por sexo (en porcentajes), último año disponible.	385
Cuadro A.3.8.	Situación en la fuerza de trabajo de las madres y los padres de niños y niñas de 0 a 5 años de edad, y de las que no son madres y los que no son padres de niños y niñas de 0 a 5 años de edad (en porcentajes), último año disponible	388
Cuadro A.3.9.	Horas semanales trabajadas a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia, por sexo y número de niños y niñas menores de 6 años, último año disponible	392
Cuadro A.3.10.	Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y situación en el empleo (CISE-93) (en porcentajes), último año disponible.	395
Cuadro A.3.11.	Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y por la naturaleza informal o formal del trabajo principal (en porcentajes), último año disponible.	399
Cuadro A.3.12.	Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y cotización a la seguridad social (en porcentajes), último año disponible.	401
Cuadro A.4.1.	Fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados. Estimaciones mundiales y regionales, por región y sexo (en miles), 2018	408
Cuadro A.4.2.	Trabajadores y trabajadoras del cuidado como porcentaje del total ocupado (en porcentajes), último año disponible	411
Cuadro A.5.1.	Costos basados en los países de la expansión de los servicios de cuidado en el escenario <i>statu quo</i> frente al escenario de la mejor vía	415
Cuadro A.5.2.	Generación de empleo directo en la salud, los cuidados de larga duración y la educación en 2030, y mayor generación de empleo en la salud y la atención social y en la educación en 2030, derivada de la inversión en servicios de cuidado, por país (puestos de trabajo, en miles)	418

Cuadro A.6.1.	País, grupos regionales, subregionales y de ingresos	420
Cuadro A.7.1.	Lista de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares, por país y año, microdatos	427
Cuadro A.7.2.	Encuestas sobre el uso del tiempo, años	432

LISTA DE RECUADROS

Recuadro 1.1.	La definición de la CIET de formas de trabajo	10
Recuadro 1.2.	Personas mayores que residen con niños y niñas	18
Recuadro 1.3.	Revisión del marco de la triple “R”: Reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado, y recompensar y representar a los trabajadores y trabajadoras del cuidado	25
Recuadro 1.4.	La contribución de la mejor vía hacia el trabajo de cuidados a la consecución de los ODS	27
Recuadro 1.5.	Normas internacionales del trabajo relacionadas con los cuidados	29
Recuadro 2.1.	Definiciones de trabajo de cuidados no remunerado en la Resolución I de la 19.ª CIET y la ICATUS 2016 en paralelo	41
Recuadro 3.1.	Cómo se ven las políticas clave en apoyo de que los hombres participen más en el trabajo de cuidados no remunerado en Europa.	121
Recuadro 3.2.	En general, la opinión pública es favorable a que los hombres tomen la licencia.	130
Recuadro 3.3.	Sintonizar las licencias y los servicios de AEPI: Ejemplos de los países nórdicos	137
Recuadro 3.4.	Las preferencias relativas a los cuidados infantiles varían entre las regiones y entre los grupos sociales.	137
Recuadro 3.5.	La forma en que la gente ve los servicios de AEPI en Europa está relacionada con las tasas de empleo de las mujeres	140
Recuadro 3.6.	Las personas esperan recibir apoyo de fuera de la familia como ayuda doméstica del día a día a las personas frágiles de edad avanzada	144
Recuadro 4.1.	Definición de la fuerza de trabajo del cuidado.	169
Recuadro 4.2.	Personas con discapacidades: asistentes personales y vida independiente . .	181
Recuadro 4.3.	Cooperative Home Care Associates	182
Recuadro 4.4.	Comparabilidad de los datos entre las estimaciones de 2013, 2016 y actuales	192
Recuadro 4.5.	Las trabajadoras y trabajadores domésticos y los intermediarios	193
Recuadro 4.6.	Las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes en Estocolmo . .	201

Recuadro 4.7.	Uso de robots en el Japón como ayuda para el trabajo de cuidados	205
Recuadro 4.8.	Los contratos de cero horas y las cuidadoras y los cuidadores en el Reino Unido	209
Recuadro 4.9.	Estratificación de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado de larga duración en Eslovenia	217
Recuadro 4.10.	Países del CCG: las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes y el sistema de la <i>kafala</i>	219
Recuadro 4.11.	Familias transnacionales	229
Recuadro 6.1.	Avances en la medición del trabajo de cuidados no remunerado: el caso de Colombia.	293
Recuadro 6.2.	Construir escuelas es el primer paso para aumentar el acceso a la educación .	295
Recuadro 6.3.	Afrontar el cambio climático con empleos verdes y políticas sensibles con los cuidados	296
Recuadro 6.4.	Programas de obras públicas sensibles con el cuidado: ejemplos de la India, Etiopía y Sudáfrica	298
Recuadro 6.5.	Implicar a los hombres en el cuidado de los hijos en el Brasil, Indonesia, Rwanda y Sudáfrica con MenCare+	302
Recuadro 6.6.	Avances hacia la cobertura de salud universal	303
Recuadro 6.7.	Programas y servicios de atención y educación de la primera infancia y trabajadores de la economía informal: lecciones extraídas de Chile, México y la India	305
Recuadro 6.8.	Iniciativa sobre el Cuidado Infantil de WIEGO: mejorar las opciones para el cuidado infantil que se ofrecen a las trabajadoras de la economía informal . .	306
Recuadro 6.9.	Empleadores que concilian la vida familiar aportando a los padres soluciones para los cuidados infantiles: el caso de Danone.	307
Recuadro 6.10.	Sistemas de pensiones que compensan el trabajo de cuidados no remunerado a quienes lo realizan.	312
Recuadro 6.11.	Principios básicos de los regímenes de licencias sensibles con las cuestiones del cuidado y transformadores en lo relativo al género	314
Recuadro 6.12.	Soluciones políticas para ampliar la protección de la maternidad a las mujeres de la economía informal	314
Recuadro 6.13.	La Propuesta de directiva de la Unión Europea para conciliar la vida laboral y la vida personal (2017)	316
Recuadro 6.14.	Recientes reformas legales que amplían el reconocimiento de los derechos laborales de las trabajadoras y los trabajadores domésticos.	318
Recuadro 6.15.	La función esencial de los sindicatos en la promoción de la igualdad de remuneración para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado: un caso histórico en Nueva Zelanda	319

Recuadro 6.16. Formalizando el trabajo de cuidados: el caso de una cooperativa de trabajadoras y trabajadores domésticos de Trinidad y Tobago	320
Recuadro 6.17. Cooperativas de cuidados que ofrecen mejoras en los servicios a los receptores de cuidados y en las condiciones de trabajo a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado: algunos ejemplos	322
Recuadro 6.18. Acabando con la segregación profesional en la AEPI: innovaciones adoptadas por el Gobierno de Flandes en materia de política	325
Recuadro 6.19. Contratación equitativa de docentes: lecciones extraídas del Protocolo de Contratación de Docentes del Commonwealth	328
Recuadro 6.20. Creación de capacidad a través de nuevas formas de incidencia: el caso de las asistentes y los asistentes personales en Finlandia	330
Recuadro 6.21. Negociación colectiva a nivel de estado: el caso de las trabajadoras y los trabajadores domésticos en Illinois y California.	332
Recuadro 6.22. El reconocimiento de las necesidades de cuidados en América Latina: los ejemplos de Uruguay y de Costa Rica.	333

AGRADECIMIENTOS

El informe es el resultado de un enorme esfuerzo de colaboración en toda la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y una importante contribución a las iniciativas para el centenario de la OIT relativas a las mujeres en el trabajo y al futuro del trabajo. Fue preparado por el Servicio de Género, Igualdad y Diversidad e ILOAIDS (GED) del Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad (WORKQUALITY) de la OIT, bajo la supervisión general de Shauna Olney y Manuela Tomei. El informe fue coordinado por Laura Addati, quien participó asimismo de su redacción, junto con Umberto Cattaneo, Valeria Esquivel e Isabel Valarino. Además, Umberto Cattaneo, Devora Levakova and Carlotta Nani llevaron a cabo una extensa labor de investigación, recopilación, procesamiento y análisis de datos.

El informe se benefició de una serie de estudios de referencia realizados por los siguientes expertos y expertas internacionales: Jayati Ghosh (Jawaharlal Nehru University), *Decent work and the care economy: Recognizing, reducing, redistributing, representing and rewarding care work*; Jacques Charmes (Instituto de Investigación para el Desarrollo), *The Unpaid Care Work and the Labour Market: An analysis of time-use data based on the latest World Compilation of Time-use Surveys*; Amelita King-Dejardin, consultora independiente y antigua funcionaria de la OIT, *The social construction of migrant care work: At the intersection of care, migration and gender*; Ipek Ilkcaracan (Istanbul Technical University) y Kijong Kim (Levy Economics Institute of Bard College), *The employment generation impact of meeting SDG targets in early childhood care, education, health and long-term care in 45 Countries*; Marcello Montefiori (Universidad de Génova) con las contribuciones de Umberto Cattaneo y Margherita Licata de la OIT, *The impact of HIV on care work and the care workforce*, y Tom Shakespeare (University of East Anglia) y Fiona Williams (University of Leeds), *Care and assistance: Issues for persons with disabilities, women and care workers*. Además, Claire Hobden de la OIT contribuyó ampliamente a las secciones sobre las trabajadoras y trabajadores domésticos.

El informe también se enriqueció con las aportaciones sustantivas y las discusiones generadas en el marco del panel sobre *Recognizing, Rewarding, Reducing and Redistributing Care Work*, durante la Conferencia de la Plataforma de Derechos Humanos de Oxford-OIT titulada “Un futuro mejor para las mujeres en el trabajo: estrategias jurídicas y de política” (Oxford, mayo de 2017), así como de la plenaria sobre *Care work and care jobs for the future of decent work – An opportunity for the future of decent work* en la Conferencia de la OIT de la red sobre regulación para el trabajo decente (Ginebra, julio de 2017). Agradecemos estas contribuciones a Shahrashoub Razavi (ONU-Mujeres), Valeria Esquivel (OIT), Juliana Martínez Franzoni (Universidad de Costa Rica), Ito Peng (University of Toronto), y Fiona Williams (University of Leeds), así como a Susan Himmelweit (Open University), Elissa Braunstein (Colorado State University), Chidi King (CSI), Eleonore Kofman (Middlesex University) y Magdalena Sepúlveda (UNRISD).

El equipo quisiera dar a las gracias a todos aquellos que han hecho posible este informe. En particular, deberían reconocerse los valiosos comentarios, contribuciones e ideas de los revisores homólogos anónimos, así como de una serie de colegas de toda la sede de la OIT: Manuela Tomei (WORKQUALITY); Shauna Olney, Syed Mohammed Afsar, Petter Anthun, Rishabh Dhir, Mai Hattori, Susan Maybud, Martin Oelz, Emanuela Pozzan, Esteban Tromel y Brigitte Zug-Castillo (GED); Philippe Marcadent, Patrick Belser, Janine Berg, Florence Bonnet y Claire Hobden (Servicio de Mercados Laborales Inclusivos, Relaciones Laborales y Condiciones de Trabajo); Michelle Leighton, Maria Gallotti y Katerine Landuyt (Servicio de Migraciones Laborales); Jae-Hee Chang (Oficina de Actividades para los Empleadores); Sangheon Lee (Departamento de Política de Empleo); María Teresa Gutiérrez (Programa de Inversiones Intensivas en Empleo); Matthieu Charpe (Servicio de Desarrollo e Inversiones); Anne Drouin, Cristina Lloret e Hiroshi Yamabana (Programa mundial sobre los regímenes de seguro y protección por accidentes del trabajo y enfermedades profesio-

nales); Simel Esim y Mina Waki (Unidad de Cooperativas); Moustapha Kamal Gueye (Iniciativa de Empleos Verdes); Federico Blanco y Michaelle De Cock (Servicio de Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo); Pablo Arellano (Unidad de Derecho del Trabajo y Reforma); Jordi Agusti-Panareda, Xavier Beaudonnet, Karen Curtis y Anna Torriente (Programa de Libertad Sindical); Alessandro Chiarabini, Claire Marchand-Campmas, Erica Martin, Emmanuelle Saint-Pierre Guilbault y Deepa Rishikesh (Programa de Protección Social y Condiciones de Trabajo); Stefania Errico (Departamento de Normas Internacionales del Trabajo); Damian Grimshaw, Uma Rani Amara, Marva Corley-Coulibaly, Elizabeth Echeverría Manrique, Ekkehard Ernst, Carla Henry, Takhmina Karimova, Takaaki Kizu, Stefan Kuehn, Pelin Sekerler Richiardi y Christian Viegelahn (Departamento de Investigaciones); Akira Isawa, Oliver Liang, Margherita Licata y Christiane Wiskow (Departamento de Políticas Sectoriales); Christina Behrendt, Markov Kroum y Xenia Scheil-Adlung (Departamento de Protección Social); Rafael Diez de Medina, Elisa Benes, Mónica Castillo, Roger Gomis, Edgardo Greising, David Hunter, Steven Kapsos, Yves Perardel, Ritash Sarna, Marie-Claire Sodergren, Theodoor Sparreboom y Kieran Walsh (Departamento de Estadística).

El informe se benefició enormemente de los comentarios de colegas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO): Giorgio Cometto, Tana Wulijit, Khassoum Diallo, los miembros de la Unidad de Datos, Pruebas y Conocimientos del Departamento de Personal Sanitario (OMS) y Yoshie Kaga (UNESCO). Quisiéramos expresar asimismo nuestro agradecimiento a Elisabeth Tang y al Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de Trabajadores del Hogar (IDWF).

Quisiéramos dar las gracias por los numerosos comentarios y aportaciones y el gran apoyo recibido de especialistas de la OIT en las oficinas exteriores de la OIT: María Arteta (OIT San José); Fabio Bertranou y su equipo (OIT Santiago); María José Chamorro (OIT Lima); Christoph Ernst (OIT Buenos Aires); Audrey Le Guével y su equipo (OIT Bruselas); Aya Matsuura (OIT Nueva Delhi); Mariko Ouchi (OIT Budapest), Anne Caroline Posthuma (OIT Brasilia), y Joni Simpson (OIT Bangkok).

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a Raphaël Crettaz, Gian Franco Danesi y el equipo de Servicio de Producción, Impresión y Distribución de Documentos y Publicaciones de la OIT; Joelle Baille, Indira Bermúdez, Susana Cardoso y el equipo de la biblioteca de la OIT; Adam Bowers, Chris Edgar, Inês Gomes, Rosalind Yarde, Jean-Luc Martinage, Hans von Rohland y el equipo del Departamento de Comunicaciones e Información Pública de la OIT en Ginebra y otras oficinas exteriores de la OIT por coordinar la presentación del informe y las actividades de comunicación conexas en todo el mundo. Asimismo, apreciamos enormemente el apoyo de Sylvie Layous y del Equipo de Pasantías de la OIT; María Ibarz López, Janet Pennington y Rasha Tabbara (WORKQUALITY), y Jane Barney y Verónica Rigottaz (GED).

Por último, este informe no habría sido posible sin el apoyo financiero del Gobierno de Flanders y de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SIDA).

ABREVIATURAS

CCG	Consejo de Cooperación del Golfo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIET	Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo
CINE	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
CSI	Confederación Sindical Internacional
CTRP	Protocolo de Contratación de Docentes de la Commonwealth
EPT	Educación para Todos
FMI	Fondo Monetario Internacional
FSESP	Federación Sindical Europea de Servicios Públicos
ICATUS	Clasificación Internacional de Actividades para Estadísticas sobre el Uso del Tiempo
ISU	Instituto de Estadística de la UNESCO
ISSP	International Social Survey Programme
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIT	Oficina/Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PISA	Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PPA	Paridad del Poder Adquisitivo
RSE	Responsabilidad Social Empresarial
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SEWA	Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia (India)
SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
TIC	Tecnología de la Información y de la Comunicación
UE	Unión Europea
UIP	Unión Interparlamentaria
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNRISD	Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social
WIEGO	Mujeres en Empleo Informal: Globalizando y Organizando

RESUMEN EJECUTIVO

El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente

El trabajo de cuidados, tanto remunerado como no remunerado, es de vital importancia para el futuro del trabajo decente. El crecimiento de la población, el envejecimiento de las sociedades, las familias cambiantes, el lugar todavía secundario de las mujeres en los mercados de trabajo y las deficiencias en las políticas sociales exigen que los gobiernos, los empleadores, los sindicatos y los ciudadanos adopten medidas urgentes en lo que respecta a la organización del trabajo de cuidados. Si no se afrontan de manera adecuada, los déficits actuales en la prestación de servicios de cuidado y su calidad crearán una grave e insostenible crisis del cuidado a nivel mundial y aumentará más aún la desigualdad de género en el trabajo.

El trabajo de cuidados consiste en dos tipos de actividades superpuestas: las *actividades de cuidado directo, personal y relacional*, como dar de comer a un bebé o cuidar de un cónyuge enfermo, y las *actividades de cuidado indirecto*, como cocinar y limpiar. El *trabajo de cuidados no remunerado* son los cuidados prestados por *cuidadoras y cuidadores no remunerados* sin recibir una retribución económica a cambio. La prestación de cuidados no remunerada se considera un trabajo, por lo que es una dimensión fundamental del mundo del trabajo.¹ El *trabajo de cuidados remunerado* es realizado por *trabajadores y trabajadoras del cuidado* a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro. Estos comprenden una gran diversidad de trabajadores de los servicios personales, como el personal de enfermería, el personal médico, y los trabajadores y trabajadoras del cuidado personal. Las trabajadoras y trabajadores domésticos, que prestan cuidados tanto directos como indirectos en los hogares, también integran la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados.

El grueso del trabajo de cuidados en todo el mundo es realizado por cuidadoras y cuidadores no remunerados, en su mayoría mujeres y niñas pertenecientes a grupos socialmente desfavorecidos. El trabajo de cuidados no remunerado es un factor clave al determinar si las mujeres acceden al empleo y permanecen en él, así como la calidad de los trabajos que desempeñan. Si bien la prestación de cuidados puede ser gratificante, cuando se realiza en exceso y conlleva tareas penosas considerables, obstaculiza las oportunidades económicas y el bienestar de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, y menoscaba los derechos humanos.

La mayoría de los trabajadores del cuidado remunerados son mujeres, con frecuencia migrantes, y cuando trabajan en la economía informal lo hacen en condiciones precarias y a cambio de un salario muy bajo. El trabajo de cuidados remunerado seguirá siendo una importante fuente de empleo en el futuro, en particular para las mujeres. La naturaleza relacional del trabajo de cuidados limita el potencial de sustitución de la mano de obra humana por robots y otras tecnologías.

Las condiciones del trabajo de cuidados no remunerado tienen un impacto en la manera en que las cuidadoras y cuidadores no remunerados acceden al trabajo remunerado y permanecen en él, e influyen en las condiciones de trabajo de todos los trabajadores y trabajadoras del cuidado. Este “círculo de trabajo de cuidados no remunerado –trabajo remunerado– trabajo de cuidados remunerado” afecta asimismo a la desigualdad de género en el trabajo remunerado fuera de la economía del cuidado, y tiene repercusiones en la desigualdad de género dentro de los hogares y en la capacidad de las mujeres y los hombres para prestar cuidados no remunerados.

Redunda en el interés superior de todos y todas asegurar unas buenas condiciones de prestación de cuidados en sus formas tanto remunerada como no remunerada. Las políticas transformadoras y el trabajo de cuidados decente son fundamentales para asegurar un futuro del trabajo que se apoye en la justicia social y promueva la igualdad de género para todos. Su aplicación exigirá duplicar la inversión en la economía del cuidado, lo que podría conducir a la creación de 475 millones de empleos.

EL TRABAJO DE CUIDADOS EN UN MUNDO CAMBIANTE

Los cambios en las estructuras familiares, los índices más elevados de dependencia de los cuidados y las necesidades de cuidado en continua evolución, unidos al incremento de la tasa de empleo de las mujeres en ciertos países, han reducido la disponibilidad de la prestación de cuidados no remunerada y conducido al aumento de la demanda de trabajo de cuidados remunerado. En 2015, había 2100 millones de personas necesitadas de cuidados (1900 millones de niñas y niños menores de 15 años de edad, de los cuales 800 millones eran menores de 6 años, y 200 millones de personas mayores que habían alcanzado o superado la esperanza de vida sana). De aquí a 2030, se prevé que el número de receptores de cuidados ascenderá a 2300 millones, lo que estará impulsado por 100 millones más de personas mayores y por 100 millones más de niñas y niños de edades comprendidas entre los 6 y los 14 años.

La prevalencia de discapacidades graves significa que entre 110 y 190 millones de personas con discapacidades podrían necesitar cuidados o asistencia durante toda su vida.² También ha aumentado la demanda de trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado prestados en el hogar para las personas con discapacidades.

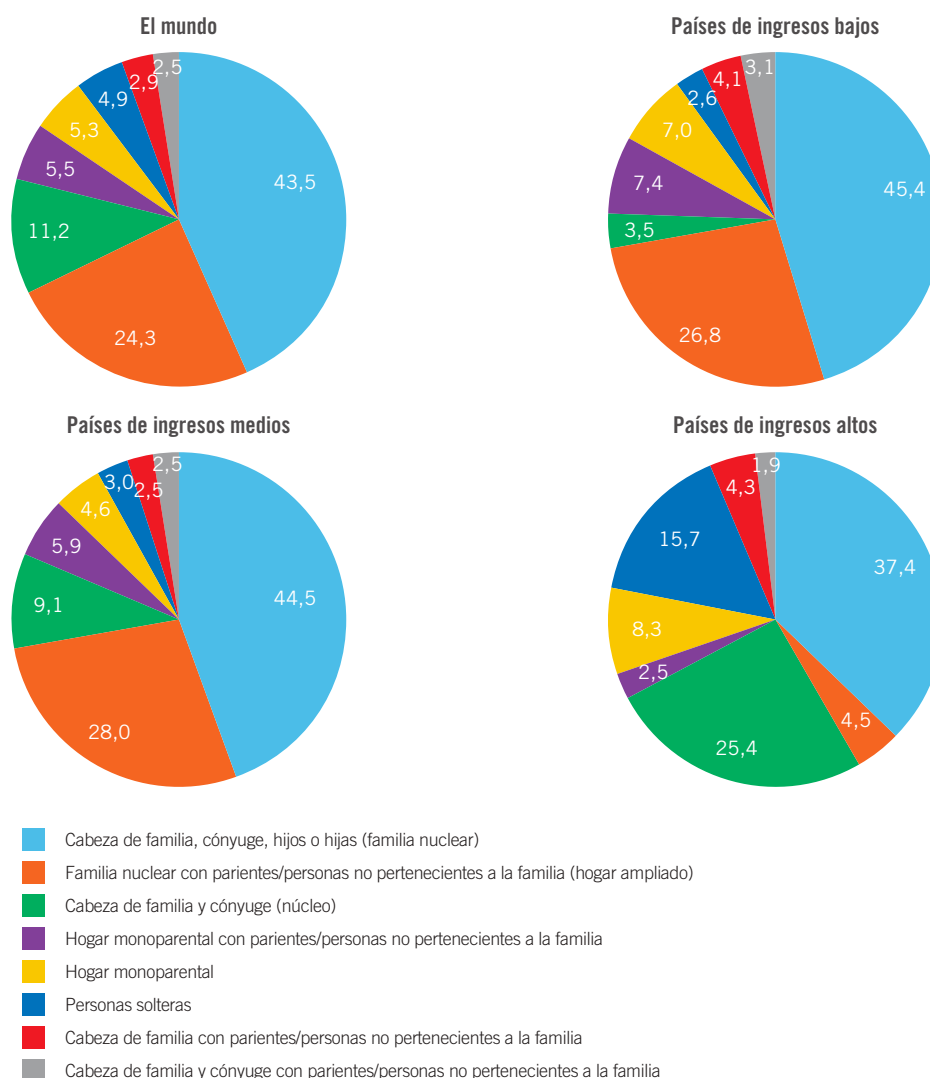
Los hogares se han hecho más pequeños y el papel tradicional de la familia ampliada se ha reducido considerablemente. En 2018, las familias nucleares representan el porcentaje más alto de la población mundial en edad de trabajar, a saber, el 43,5 por ciento, o 2400 millones de personas. Esta misma cifra para las familias ampliadas representa casi una cuarta parte: el 24,3 por ciento o 1300 millones de personas (véase el gráfico 1). Otra clara expresión de estos cambios en las estructuras familiares es la prevalencia de los hogares monoparentales, que constituyen el 5,3 por ciento de la población mundial en edad de trabajar (representando a 300 millones de personas). A escala mundial, el 78,4 por ciento de estos hogares están encabezados por mujeres, que están asumiendo cada vez más las responsabilidades financieras y de cuidado de niñas y niños sin el apoyo de los padres.

A menos que estas necesidades de cuidado adicionales sean abordadas por políticas de cuidado adecuadas, esta demanda adicional de trabajo de cuidados remunerado probablemente siga limitando la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, imponiendo una carga adicional a las mujeres y acentuando más aún la desigualdad de género en el trabajo.

EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN EL TRABAJO

Las mujeres realizan el 76,2 por ciento de todo el trabajo de cuidados no remunerado, dedicándole 3,2 veces más tiempo que los hombres

El trabajo de cuidados no remunerado realiza una contribución importante a las economías de los países, así como al bienestar individual y de la sociedad. Las cuidadoras y cuidadores no remunerados satisfacen la gran mayoría de las necesidades de cuidado en todo el mundo. Sin embargo, su trabajo de cuidados no remunerado sigue siendo mayormente invisible y no reconocido, y no se tiene en cuenta en la toma de decisiones. Las estimaciones basadas en datos de encuestas sobre uso del tiempo llevadas a cabo en 64 países (que representan el 66,9 por ciento de la población mundial en edad de trabajar), muestran que cada día se dedican 16 400 millones de horas al trabajo de cuidados no remunerado. Esto corresponde a 2000 millones de personas trabajando ocho horas por día sin recibir una remuneración a cambio. Si estos servicios se valoraran sobre la base de un salario mínimo horario, representarían el 9 por ciento del PIB mundial, lo que corresponde a 11 billones de dólares de EE.UU. La gran mayoría

Gráfico 1. Población en edad de trabajar por tipo de hogar (porcentajes) y grupo de ingresos, último año disponible

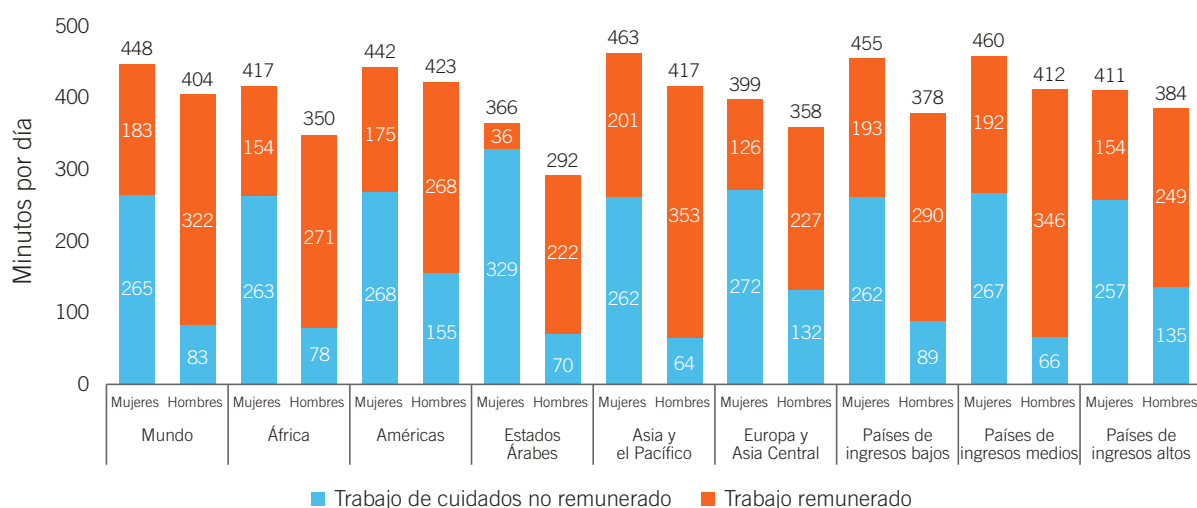
Nota: Véase el capítulo 1, gráfico 1.2. (90 países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

del trabajo de cuidados no remunerado consiste en tareas domésticas (el 81,8 por ciento), seguidas del cuidado personal directo (el 13,0 por ciento) y del trabajo voluntario (el 5,2 por ciento).

A escala mundial, sin excepción, las mujeres realizan el grueso del trabajo de cuidados no remunerado, a saber, el 76,2 por ciento del total de horas dedicadas al mismo. Ningún país del mundo registra una prestación de cuidados no remunerada igualitaria entre hombres y mujeres. Las mujeres dedican en promedio 3,2 veces más tiempo que los hombres a la prestación de cuidados no remunerada, a saber, 4 horas y 25 minutos por día frente a 1 hora y 23 minutos por día en el caso de los hombres. A lo largo de un año, esto representa un total de 201 días de trabajo (sobre una base de ocho horas diarias) para las mujeres en comparación con 63 días de trabajo para los hombres. En todas las regiones, las mujeres dedican más tiempo al trabajo de cuidados no remunerado que sus homólogos masculinos, desde 1,7 veces más en las Américas hasta 4,7 veces más en los Estados árabes. En todo el mundo, la prestación de cuidados no remunerada es más intensiva para las niñas y las mujeres que

Gráfico 2. Tiempo dedicado diariamente al trabajo de cuidados no remunerado, al trabajo remunerado y al trabajo total, por sexo, región y grupo de ingresos, último año disponible



Nota: Véase el gráfico 2.8. (64 países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, que se publicará próximamente.

viven en países de ingresos medios, las mujeres casadas y adultas, con un nivel educativo más bajo, residentes en zonas rurales y con niños que no han alcanzado la edad de escolarización.

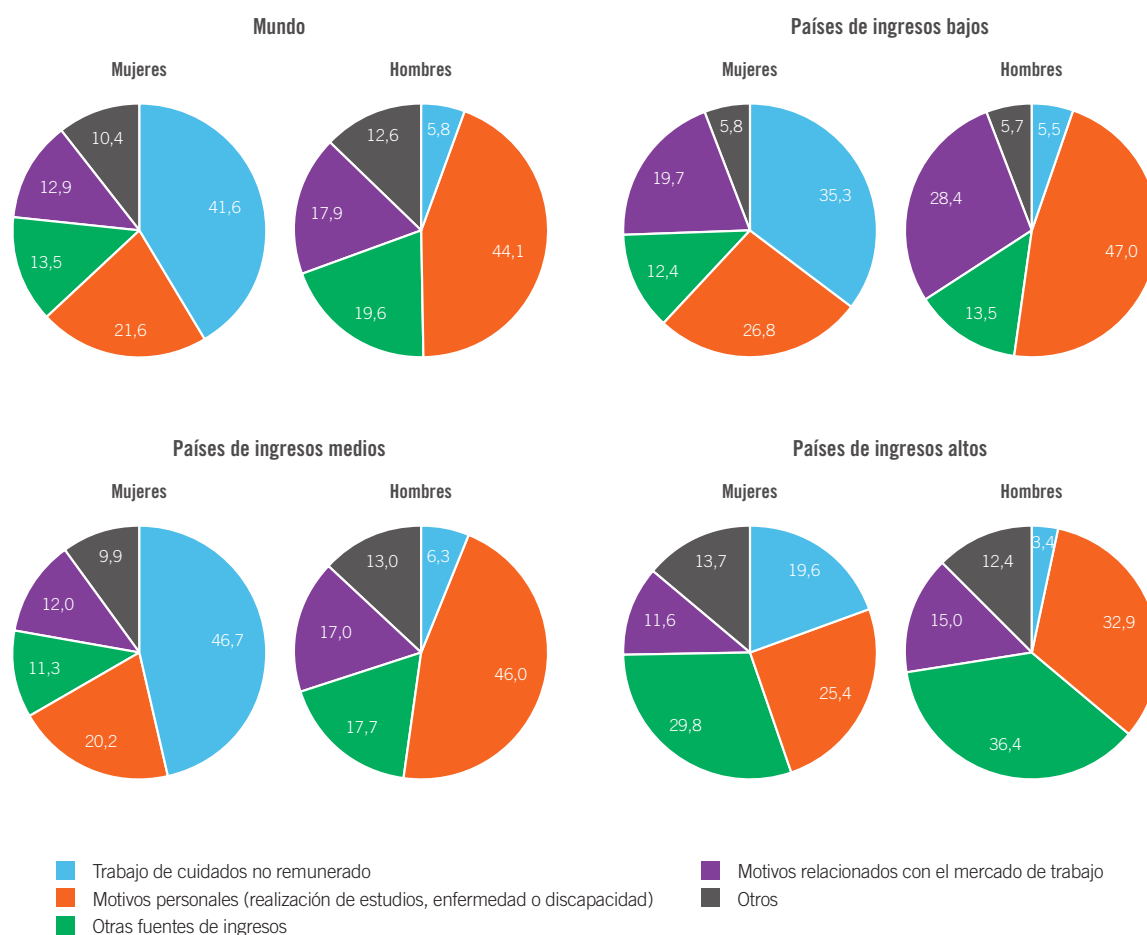
El trabajo remunerado de las mujeres no transforma por sí solo, automáticamente, la división sexual del trabajo no remunerado. En todas las regiones y grupos de ingresos, cuando se consideran conjuntamente el trabajo a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro y el trabajo de cuidados no remunerado, la jornada laboral promedio de las mujeres (7 horas y 28 minutos) es más larga que la de los hombres (6 horas y 44 minutos), pese a las diferencias considerables que existen entre los países (véase el gráfico 2). Esto hace que las mujeres sean sistemáticamente más pobres de tiempo que los hombres, incluso después de realizar ajustes para considerar las horas de empleo. Asimismo, el trabajo de cuidados no remunerado excesivo y extenuante puede conducir a estrategias de cuidado subóptimas, lo que tiene consecuencias negativas para los receptores de cuidados, como los bebés, los niños y las niñas, las personas con discapacidades y las personas mayores, así como para las propias cuidadoras y cuidadores no remunerados.

En algunos países, la contribución de los hombres al trabajo de cuidados no remunerado ha aumentado en los 20 últimos años. Sin embargo, entre 1997 y 2012, la brecha de género en el tiempo dedicado a la prestación de cuidados no remunerada apenas disminuyó en 7 minutos (al pasar de 1 hora y 49 minutos a 1 hora y 42 minutos) en los 23 países que cuentan con series cronológicas de datos. A este ritmo, cerrar la brecha de género observada en la prestación de cuidados no remunerada en estos países llevará 210 años (es decir, no hasta 2228). Este lentísimo ritmo de cambio cuestiona la efectividad de las políticas pasadas y actuales para abordar el alcance y la división del trabajo de cuidados no remunerado en los dos últimos decenios.

Las actitudes hacia la división sexual del trabajo remunerado y del trabajo de cuidados no remunerado están cambiando

La desigualdad de género en el hogar y en el empleo se deriva de representaciones basadas en el género de las funciones productiva y reproductiva, que persisten en las diferentes culturas y contextos socioeconómicos. Aunque existen variaciones regionales, el modelo familiar en el que el hombre es el proveedor sigue estando, en general, profundamente arraigado en la estructura de las sociedades, y la

Gráfico 3. Porcentaje de personas inactivas, por sexo, principal motivo de estar fuera de la fuerza de trabajo y grupo de ingresos, último año disponible



Nota: Véase el capítulo 2, gráfico 2.23. (84 países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

función de cuidadora de las mujeres en la familia continúa siendo central. Sin embargo, esto está cambiando. Existe una actitud muy positiva hacia el trabajo remunerado de las mujeres, y el 70 por ciento de las mujeres y el 66 por ciento de los hombres prefieren que las mujeres tengan un trabajo remunerado.³ En lo que respecta al papel de los hombres, se considera cada vez más que los hombres en todo el mundo nunca han participado tanto en el trabajo de cuidados no remunerado como hasta ahora. Las personas que poseen dificultades para conciliar la vida laboral y familiar, o que probablemente tengan responsabilidades de cuidado en un futuro cercano –como las mujeres, las personas más jóvenes, los progenitores que conforman una pareja con doble sueldo y los progenitores solteros– suelen tener actitudes más progresistas y a favor de la igualdad de género. Los cambios en las estructuras familiares y el envejecimiento de las sociedades apuntan a un aumento del número tanto de mujeres como de hombres que se enfrentarán a un conflicto potencial entre el trabajo de cuidados no remunerado y el empleo remunerado. Como consecuencia, debería anticiparse más apoyo a la igualdad en los roles de género y a su puesta en práctica. Este cambio de actitud y de práctica probablemente se traduzca asimismo en políticas de cuidado transformadoras. De hecho, según vayan aumentando la accesibilidad y la calidad de estas medidas, es probable que las actitudes hacia el empleo de las madres y lo que se considera una conciliación apropiada de la vida laboral y familiar favorezcan una división más igualitaria del trabajo remunerado y del trabajo de cuidados no remunerado entre las mujeres y los hombres.

647 millones de mujeres en edad de trabajar están fuera de la fuerza de trabajo debido a responsabilidades familiares

El trabajo de cuidados no remunerado constituye el principal obstáculo para la participación de las mujeres en los mercados de trabajo, en tanto que la distribución más igualitaria del trabajo de cuidados no remunerado entre hombres y mujeres se asocia a niveles más elevados de participación laboral femenina. A escala mundial, el principal motivo indicado por las mujeres en edad de trabajar para estar fuera de la fuerza de trabajo es el trabajo de cuidados no remunerado, mientras que para los hombres el principal motivo es “estar estudiando, enfermo o discapacitado”. En 2018, 606 millones de mujeres en edad de trabajar han señalado que no están disponibles para trabajar o que no están buscando un empleo debido al trabajo de cuidados no remunerado, mientras que solo 41 millones de hombres están inactivos por la misma razón. Estos 647 millones de cuidadoras y cuidadores no remunerados a tiempo completo representan el mayor grupo de participantes potenciales en el mercado de trabajo en todo el mundo, entre los cuales las madres de niños pequeños están sobrerrepresentadas. Las cuidadoras no remuneradas a tiempo completo constituyen el 41,6 por ciento de los 1400 millones de mujeres inactivas en todo el mundo, en comparación con tan solo el 5,8 por ciento de los 706 millones de hombres inactivos (véase el gráfico 3). En todos los grupos de ingresos, el trabajo de cuidados no remunerado es el motivo más mencionado de la inactividad de las mujeres en los países de ingresos medios, y el 46,7 por ciento de las mujeres señalan este motivo frente al 6,3 por ciento de los hombres. Un informe de la OIT y Gallup de 2017 concluyó que, a escala mundial, la mayoría de las mujeres preferirían trabajar a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro, incluidas las que no están en la fuerza de trabajo (el 58 por ciento), y que los hombres están de acuerdo.⁴ Esto significa que una gran parte de esta fuerza de trabajo potencial podría activarse a través del acceso universal a políticas, servicios e infraestructura de cuidado.

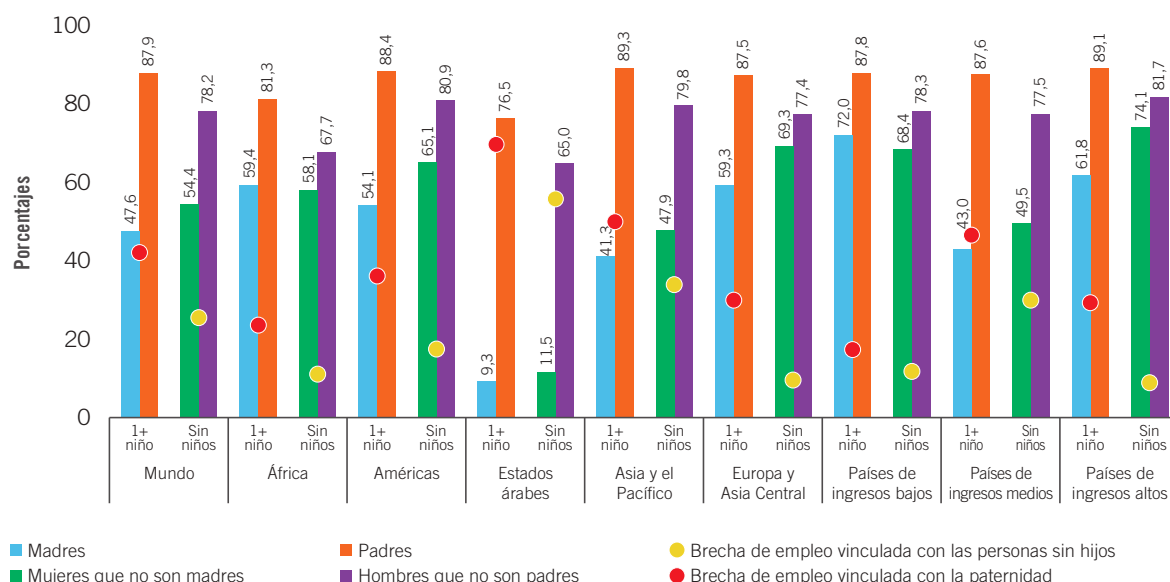
Tener un empleo al tiempo que responsabilidades familiares es la norma en todo el mundo. En 2018, 1400 millones de adultos viven con personas dependientes de cuidados (500 millones de mujeres y 900 millones de hombres). Esto significa que, a escala mundial, el 67,7 por ciento de los adultos ocupados –fundamentalmente hombres– son cuidadoras y cuidadores no remunerados potenciales. Sin embargo, la composición del hogar afecta de manera diferente a la participación de las mujeres y los hombres en el mercado de trabajo. Existe una “penalización en la participación en la fuerza de trabajo” para las mujeres con responsabilidades de cuidado, y una “prima en la participación en la fuerza de trabajo” para los hombres que viven con receptores de cuidados. En comparación con las mujeres solteras, las mujeres que viven en hogares ampliados tienen 16,6 por ciento menos probabilidades de ser activas en el mercado de trabajo, mientras que el mismo valor para los hombres es en realidad 0,5 puntos porcentuales más alto, lo que los hace más activos.

Las madres de niñas y niños de 0 a 5 años de edad experimentan una penalización en el empleo en comparación con los padres

Sin excepción, la cantidad de tiempo dedicado por las mujeres a la prestación de cuidados no remunerada aumenta considerablemente con la presencia de niñas y niños pequeños en el hogar. Esto se traduce en lo que puede denominarse una “penalización en el empleo vinculada con la maternidad”, que se observa a escala mundial y sistemáticamente en todas las regiones para las mujeres que viven con niños pequeños. En 2018, las madres de niños de 0 a 5 años de edad representan las tasas de empleo más bajas (el 47,6 por ciento), en comparación no solo con los padres (el 87,9 por ciento), y los hombres que no son padres (el 78,2 por ciento), sino también con las mujeres que no son madres (el 54,4 por ciento) de niñas y niños pequeños. Este modelo contrasta con una “prima en el empleo vinculada con la paternidad”, y los padres presentan la tasa más alta de empleo con respecto a la población a escala mundial y en todas las regiones en comparación con los hombres que no son padres, pero también con las mujeres que no son madres y con las madres de niñas y niños pequeños (véase el gráfico 4).

Más aún, apenas existe una pequeña variación en las tasas de empleo de los padres en relación con la población en todos los países y regiones, mientras que las tasas de empleo de las madres varían considerablemente. La “brecha de empleo vinculada con la paternidad” a escala mundial (es decir, la diferencia entre la tasa de empleo de los padres y la de las madres) es del 40,3 por ciento, y los

Gráfico 4. Tasas de empleo con respecto a la población de las madres y los padres de niños de 0 a 5 años de edad, y de las mujeres y de los hombres que no son madres o padres de niños de 0 a 5 años de edad, último año disponible



Nota: Véase el capítulo 2, gráfico 2.25. En los países de ingresos altos el grupo de edad es de 25 a 54 años, y en los países de ingresos medios el grupo de edad es de 18 a 54 años (89 países).

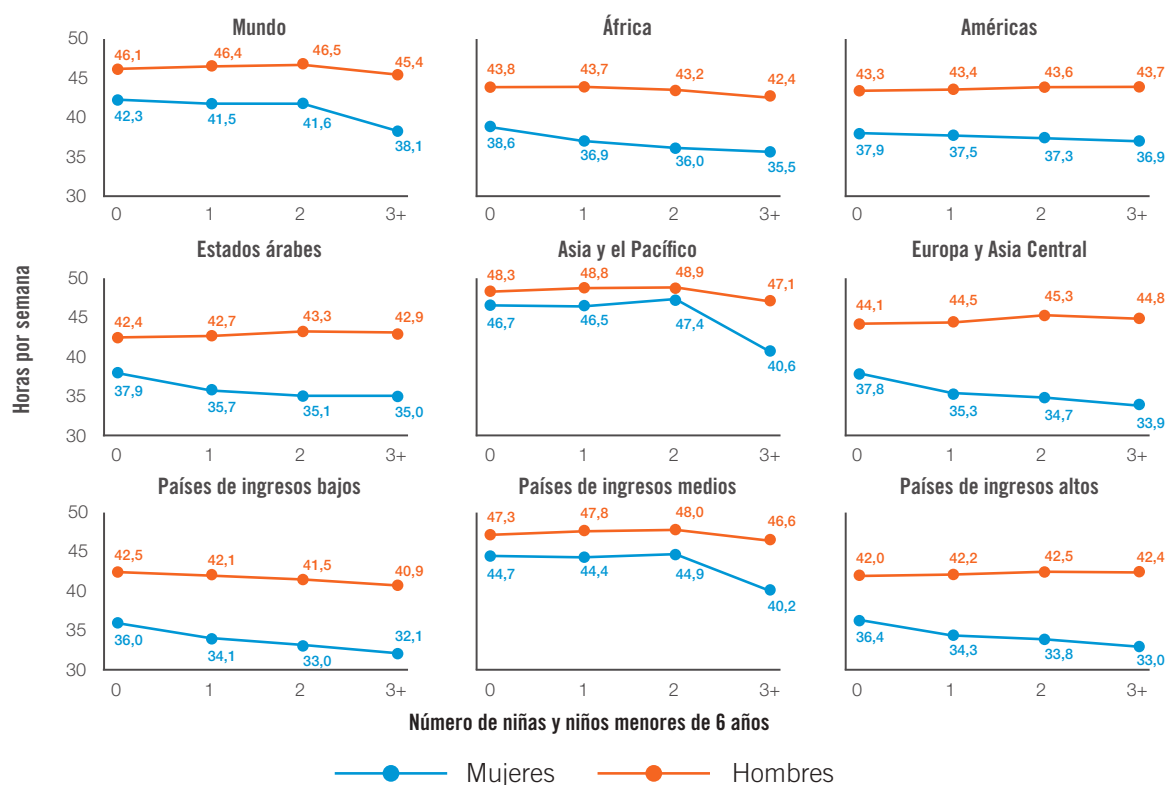
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

costos relacionados con el empleo que conlleva el cuidado de niñas y niños pequeños son más altos en los países de ingresos medios para las mujeres de los tres grupos de ingresos (casi el 45 por ciento). Después de África, la región de Europa y Asia Central muestra la brecha de empleo más pequeña vinculada con la paternidad, aunque existen diferencias considerables. Esto refleja la accesibilidad y calidad diferentes en los distintos países de las políticas y servicios de cuidado proporcionados públicamente.

Las cuidadoras y cuidadores no remunerados se enfrentan a una penalización en la calidad del empleo

El trabajo de cuidados no remunerado es uno de los principales obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para conseguir trabajos de mejor calidad, lo que afecta al número de horas dedicadas por las mujeres a trabajar a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro, a su situación en el empleo y a sus condiciones de trabajo. Las mujeres adultas que tienen un empleo al tiempo que responsabilidades familiares tienen más probabilidades de trabajar menos horas a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro que los hombres adultos y las mujeres adultas que no son madres. A escala mundial, las mujeres ocupadas que viven en hogares sin niños o niñas menores de 6 años de edad trabajan en media 42,3 horas por semana, en comparación con las 46,1 horas por semana trabajadas por los hombres. Esto representa una brecha de género en términos de horas trabajadas a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro de 3 horas y 48 minutos por semana. Vivir con al menos una niña o niño pequeño aumenta esta brecha hasta casi 5 horas (aproximadamente 1 hora menos de trabajo remunerado por semana para las mujeres, y 18 minutos más por semana para los hombres). En todas las regiones, la brecha de género por las horas dedicadas al empleo remunerado crece a medida que aumenta el número de niños. En total, las mujeres que trabajan 5 días por semana que tienen tres o más niños menores de 6 años de edad viviendo en el hogar pierden 18 horas de trabajo remunerado o con ánimo de lucro, por mes, mientras que esa pérdida no se registra entre los hombres que se encuentran en la misma situación. La brecha entre las horas semanales

Gráfico 5. Horas semanales trabajadas a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro, por sexo y número de niñas y niños menores de 6 años, último año disponible



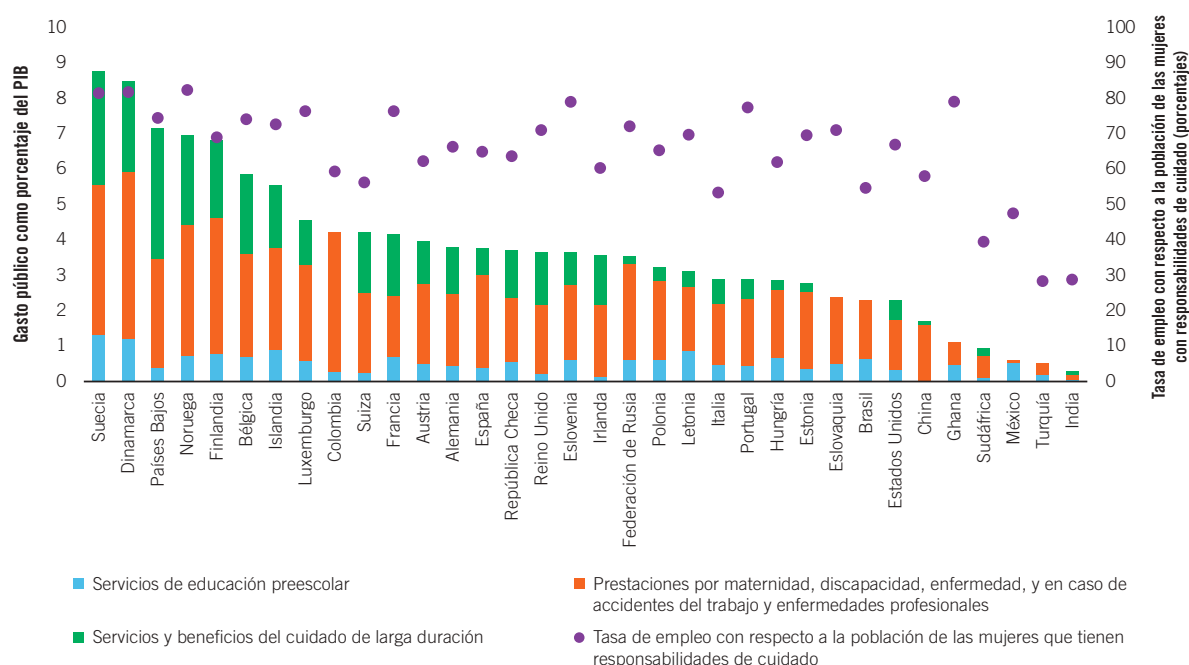
Nota: Véase el capítulo 2, gráfico 2.28. En los países de ingresos altos el grupo de edad es de 25 a 54 años, y en los países de ingresos medios el grupo de edad es de 18 a 54 años (86 países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

trabajadas por los padres y por las madres de una niña o niño menor de 6 años de edad es más pequeña entre las personas encuestadas que viven en la región de Asia y el Pacífico (2 horas y 18 minutos), y más amplia entre las personas que viven en Europa y Asia Central (9 horas y 12 minutos) (véase el gráfico 5). La incapacidad para trabajar largas jornadas afecta a la calidad de los empleos y al nivel de remuneración de las mujeres. En efecto, las largas jornadas de trabajo en algunos empleos predominantemente masculinos constituyen un elemento disuasorio para las cuidadoras no remuneradas reales o potenciales, y contribuye a la segregación ocupacional. La prima salarial por trabajar jornadas muy largas se incrementa también, lo cual aumenta la brecha salarial mensual entre hombres y mujeres.

Las mujeres con responsabilidades de cuidado también tienen más probabilidades de trabajar por cuenta propia y de estar ocupadas en la economía informal, y menos probabilidades de cotizar al régimen de seguridad social. A escala mundial, el porcentaje de trabajadoras asalariadas es inferior entre las cuidadoras (el 62,2 por ciento) que entre sus homólogas no cuidadoras (el 67,8 por ciento). Aunque el trabajo asalariado no es en sí mismo una garantía de un trabajo de mejor calidad, esto apoya la hipótesis de que las cuidadoras y cuidadores no remunerados tienen que “transitar” hacia trabajos por cuenta propia para poder conciliar la prestación de cuidados con el trabajo remunerado o con ánimo de lucro. Además, las cuidadoras y cuidadores no remunerados suelen tener peores condiciones de trabajo; por ejemplo, las cuidadoras no remuneradas tienen más probabilidades de estar ocupadas en la economía informal (el 62,0 por ciento) que sus homólogas no cuidadoras (el 56,8 por ciento). Las tra-

Gráfico 6. Gasto público en políticas de cuidado seleccionadas como porcentaje del PIB y tasa de empleo con respecto a la población de las mujeres (de 18 a 54 años de edad) con responsabilidades de cuidado, último año disponible



Nota: Véase el capítulo 3, gráfico 3.6. La correlación entre la inversión en políticas de cuidado y las tasas de empleo con respecto a la población de las mujeres con responsabilidades de cuidado es del 0,67 por ciento (41 países).

Fuentes: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares; UNESCO, 2018; OIT, 2017m; OCDE, 2017.

bajadoras y trabajadores asalariados con responsabilidades de cuidado también tienen menos probabilidades de estar cubiertos por el régimen de seguridad social que quienes carecen de responsabilidades de cuidado: entre las trabajadoras asalariadas, el 47,4 por ciento de cuidadoras no remuneradas cotizan al régimen de seguridad social, en comparación con el 51,6 de sus homólogas no cuidadoras.

LAS POLÍTICAS DE CUIDADO Y EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO

Las políticas de cuidado transformadoras dan resultados positivos en términos económicos y en lo que respecta a la salud y la igualdad de género

Las desigualdades en el trabajo de cuidados no remunerado y en la fuerza de trabajo están profundamente interrelacionadas. No pueden realizarse progresos sustantivos en la consecución de la igualdad de género en la fuerza de trabajo si no se afronta en primer lugar la desigualdad en la prestación de cuidados no remunerada a través del reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidados no remunerado entre las mujeres y los hombres, así como entre las familias y el Estado. Las políticas de cuidado son políticas públicas que asignan recursos para reconocer, reducir y redistribuir la prestación de cuidados no remunerada en forma de dinero, servicios y tiempo. Las políticas de cuidado abarcan la prestación directa de *servicios de cuidado, tanto infantil como de personas mayores, y transferencias y prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados* destinadas a los trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares o de cuidado, a las cuidadoras y cuidadores no remunerados, o a las personas que requieren cuidados. También incluyen *infraestruc-*

tura pertinente para el cuidado, que reduce el trabajo penoso para las mujeres, como recolectar agua, proporcionar servicios de saneamiento y proveerse de energía. Comprenden asimismo normas laborales, como *políticas relativas a las licencias y otras modalidades de trabajo favorables a la familia*, que permiten conciliar mejor el empleo remunerado con el trabajo de cuidados no remunerado.

Estas políticas son transformadoras cuando garantizan los derechos humanos, la autonomía y el bienestar tanto de las cuidadoras y cuidadores no remunerados (estén ocupados o no) como de los receptores de cuidados. Las políticas de cuidado transformadoras pueden dar resultados positivos en términos económicos y en lo que respecta a la salud y la igualdad de género, conduciendo a unos mejores resultados para niñas y niños, el empleo de sus madres y la prestación de cuidados de sus padres, así como para las personas mayores y con discapacidades. Los datos sobre el gasto público en políticas de cuidado seleccionadas muestran que en los países que suelen invertir más en una combinación de políticas de cuidado para compensar las contingencias de cuidado de la población en edad de trabajar –es decir, en caso de maternidad, enfermedad y discapacidad–, las tasas de empleo de las cuidadoras no remuneradas de 18 a 54 años de edad suelen ser más altas que las registradas en los países que invierten comparativamente menos (véase el gráfico 6). Concretamente, en las regiones en las que existe una amplia protección de la maternidad y una licencia remunerada de paternidad, junto con una prestación de servicios de cuidado y educación de la primera infancia relativamente generosa, las tasas medias de empleo de las madres suelen ser más altas.

Las políticas de cuidado sensibles a las cuestiones de género y basadas en los derechos humanos también pueden contribuir a transformar la división sexual del trabajo en los hogares, y cambiar así las actitudes de las personas hacia el trabajo de cuidados. Existe una asociación positiva entre las licencias parentales nacionales y el tiempo dedicado por los hombres al cuidado de niñas y niños. Los países en los que los hombres dedican en promedio al menos el 60 por ciento del tiempo consagrado por las mujeres al trabajo de cuidados no remunerado también son aquellos en los que la licencia remunerada de paternidad es más larga. Estos beneficios son posibles si una parte de la prestación de cuidados asumida por las mujeres y la familia se reorienta al Estado o a servicios de mercado o sin ánimo de lucro subvencionados públicamente.

Los déficits en la cobertura de las políticas de cuidado afectan a los grupos más desfavorecidos

A pesar de los sólidos argumentos a favor de unas políticas de cuidado transformadoras, existen grandes déficits en la cobertura de las mismas en todo el mundo. Las mayores brechas de cobertura se registran en África, Asia y el Pacífico, y los Estados árabes, y tienen consecuencias negativas tanto económicas como para la salud en las personas con necesidades de cuidado y las personas con responsabilidades de cuidado (en particular las mujeres), las personas mayores, las personas con discapacidades, las personas que viven con el VIH, los pueblos indígenas, los residentes de las zonas rurales y quienes tienen modalidades atípicas de empleo o se encuentran en la economía informal. En América Latina y el Caribe, aunque las políticas de cuidado ocupan un lugar más destacado en la agenda de política, persisten déficits notorios, especialmente en términos de acceso a los servicios. Incluso en los países de ingresos altos, al elaborarse y aplicarse las políticas de cuidado no se abordan sistemáticamente las desigualdades sociales y de género relacionadas con la división del trabajo de cuidados y con los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para participar en la fuerza de trabajo. En general, siguen escaseando los enfoques sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos, y la universalidad dista mucho de haberse logrado, al igual que la suficiencia y la equidad. La función del Estado varía según el tipo de política de que se trate, pero la responsabilidad principal sigue faltando en muchos casos.

El acceso universal a la protección de la maternidad y unos regímenes de licencia más igualitarios todavía no son una realidad. En 2016, solo el 42 por ciento de los países (de los 184 que cuentan con datos disponibles) cumplían las normas mínimas establecidas en el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), de la OIT, y el 39 por ciento de los países (68 de los 174 países con datos disponibles) no tenían ninguna disposición legal relativa a la licencia de paternidad (remunerada o no remunerada). El acceso universal a servicios de cuidado infantil de calidad dista mucho de haberse logrado, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. En todo el mundo, las tasas brutas de matriculación en los servicios de cuidado y educación de la primera infancia para niñas y

niños menores de 3 años de edad fueron tan solo del 18,3 por ciento en 2015, y apenas alcanzaron el 57,0 por ciento en el caso de la matriculación de niñas y niños de 3 a 6 años de edad en la educación preescolar. La educación preescolar gratuita y obligatoria durante al menos un año solo existe en 38 de 207 países.⁵

Los servicios de cuidado de larga duración son prácticamente inexistentes en la mayoría de los países africanos, latinoamericanos y asiáticos, y solo en algunos países de ingresos altos el Estado desempeña un papel de liderazgo en la financiación de servicios de cuidado de larga duración, lo que se traduce en una mayor cobertura. En 2015, la cobertura efectiva de las personas con discapacidades graves que recibían prestaciones fue tan solo del 27,8 por ciento, oscilando entre apenas el 9 por ciento en Asia y el Pacífico y más del 90 por ciento en Europa. Sin embargo, muchos países (103 de los 186 con datos disponibles) proporcionan prestaciones por discapacidad, pero únicamente a través de regímenes contributivos, lo que significa que solo pueden beneficiarse de estos regímenes los adultos ocupados, en su mayoría hombres.⁶ El acceso al agua, las instalaciones sanitarias y la mejor calidad de los servicios de electricidad pueden conducir a mejoras en el bienestar, en particular para las niñas y mujeres que viven en hogares pobres y en las zonas rurales. Sin embargo, existen enormes diferencias regionales en lo que respecta al acceso a estas estructuras relacionadas con el cuidado.

Un factor importante que limita a la gran mayoría de los países a la hora de aplicar políticas de cuidado transformadoras son los entornos con recursos limitados. Sin embargo, los países con un PIB y unas estructuras socioeconómicas similares muestran diferentes políticas de cuidado y resultados conexos relacionados con el cuidado. Esto pone de relieve la importancia que revisten unas prioridades de política claramente definidas y una voluntad política de ampliar el espacio fiscal, a fin de generar los niveles adecuados de recursos necesarios para apoyar la expansión de las políticas de cuidado y aprovechar los beneficios consiguientes.

LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL CUIDADO Y EL EMPLEO RELACIONADO CON EL CUIDADO

La fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados está integrada por 249 millones de mujeres y 132 millones de hombres

Los trabajadores y trabajadoras del cuidado son las caras y las manos de la prestación de servicios de cuidado remunerados. La fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados comprende asimismo a las trabajadoras y trabajadores del cuidado que trabajan en los sectores del cuidado (la educación, la salud y trabajo social) así como aquellos que trabajan en otros sectores, a las trabajadoras y trabajadores domésticos, y a quienes, sin prestar cuidados, trabajan en los sectores del cuidado brindando apoyo a la prestación de estos servicios. El empleo relacionado con el cuidado es importante en todo el mundo, especialmente para las mujeres. En total, la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados asciende a 381 millones de trabajadores: 249 millones de mujeres y 132 millones de hombres. Estas cifras representan el 11,5 por ciento del empleo mundial total, el 19,3 por ciento del empleo femenino mundial, y el 6,6 por ciento del empleo masculino mundial. En la mayoría de los lugares, cuanto mayor es la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados como porcentaje del empleo total, mayor es la proporción de mujeres en ella. Son mujeres aproximadamente dos tercios de la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados, y este porcentaje supera las tres cuartas partes en las Américas y en Europa y Asia Central.

La mayoría de los trabajadores y trabajadoras del cuidado están ocupados en el sector de la educación (123 millones) y en el sector de la salud y del trabajo social (92 millones). Juntos, ascienden en total a 215 millones de trabajadores (143 millones de mujeres y 72 millones de hombres), que representan el 6,5 por ciento del empleo mundial total en 2018. Las trabajadoras y trabajadores domésticos constituyen al menos el 2,1 por ciento del empleo mundial total: existen 70 millones de trabajadores domésticos empleados por hogares en el mundo, de los cuales 49 millones son mujeres y 21 millones son hombres. Los trabajadores y trabajadoras del cuidado que trabajan fuera de

los sectores del cuidado son en total 24 millones, o el 0,7 por ciento del empleo mundial total. Los trabajadores y trabajadoras no dedicados a la prestación de cuidados que trabajan en sectores del cuidado (por ejemplo, contables, cocineros y cocineras, o personal de limpieza) son 72 millones de trabajadores en total, o el 2,2 por ciento del empleo mundial total.

Los empleos de mala calidad para los trabajadores y trabajadoras del cuidado conducen al trabajo de cuidados de mala calidad

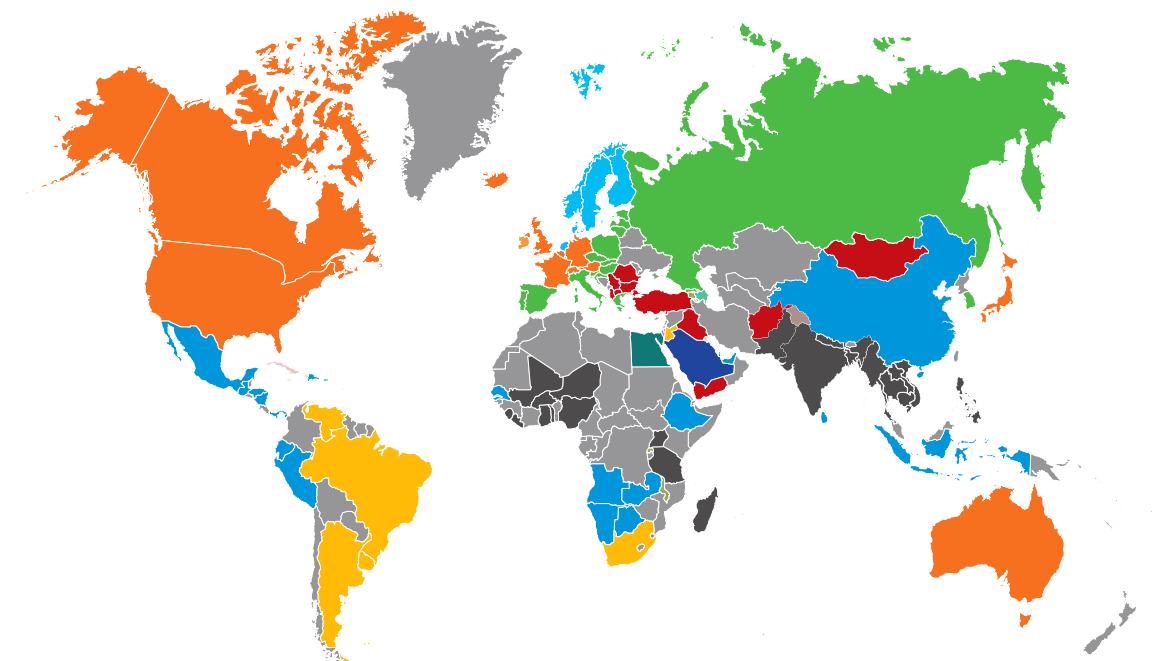
Los trabajadores y trabajadoras del cuidado comparten características distintivas: al proporcionar cuidados, entran en contacto con los receptores de cuidados, con quienes a menudo entablan relaciones de cuidado prolongadas; muestran diversas calificaciones, aunque estas no suelen reconocerse o remunerarse; experimentan con frecuencia tensiones entre aquellos a quienes cuidan y las condiciones en las que deben prestar cuidados, y son en su mayoría mujeres. Sin embargo, no son un grupo homogéneo: existen diferencias y jerarquías entre los trabajadores y trabajadoras del cuidado, también en términos de remuneración, condiciones de trabajo y estatus.

El personal de enfermería y partería constituye el mayor grupo profesional en el sector de la atención de salud, y la enfermería sigue siendo la ocupación más feminizada en este sector. Sus salarios son a menudo demasiado bajos, y el personal de enfermería recurre con frecuencia a múltiples trabajos o al aumento de sus turnos o de sus horas extraordinarias, una práctica que menoscaba la calidad de los cuidados y tiene un impacto negativo en la conciliación de la vida laboral y familiar y la retención del personal. Los trabajadores y trabajadoras del cuidado personal –en su mayor parte a domicilio– se enfrentan a unos bajos salarios y a unas condiciones de trabajo precarias, y suelen estar expuestos a prácticas discriminatorias. Los trabajadores y trabajadoras de la salud comunitarios carecen con frecuencia de la formación necesaria para efectuar sus tareas, no cuentan con recursos suficientes, están mal remunerados o no remunerados en absoluto, y a menudo se recurre a ellos para compensar la escasez de trabajadores de la salud. La migración de los trabajadores y trabajadoras de la salud es una característica de los mercados de trabajo de salud mundiales, impulsada por las condiciones de trabajo y por las diferencias de ingresos entre los países. El reconocimiento y la certificación de las calificaciones constituyen grandes obstáculos para el personal de enfermería migrante.

Los salarios de los docentes representan el costo de mayor cuantía en la educación formal. Los salarios anuales de los docentes de la educación primaria y secundaria están en consonancia con el PIB per cápita, algo inferiores en los países de ingresos altos, pero superiores en los países de ingresos relativamente más bajos. Sin embargo, en los últimos decenios, los trabajos temporales y a tiempo parcial en el sector de la educación han experimentado un incremento. En todos los países, con independencia del grupo de ingresos al que pertenecen, el estatus, el salario y las prestaciones de que goza el personal dedicado a la educación de primera infancia son peores que los de los docentes de la educación primaria, lo que puede conducir a unos bajos niveles de satisfacción en el empleo y a unas bajas tasas de retención del personal.

Las trabajadoras y trabajadores domésticos experimentan algunas de las peores condiciones de trabajo en toda la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados, y son particularmente vulnerables a la explotación. Los trabajos en este sector son considerablemente impredecibles y ocasionales, y se ven afectados por una baja cobertura de la protección social y laboral. Además, la violencia en el trabajo está omnipresente en el sector del trabajo doméstico.

Los empleos de mala calidad para los trabajadores y trabajadoras del cuidado conducen al trabajo de cuidados de mala calidad. Esto redundaría en detrimento del bienestar de quienes reciben los cuidados, de quienes los prestan, y también de las cuidadoras y cuidadores no remunerados que disponen de menos opciones. Por ejemplo, el incremento de la carga de trabajo del personal de enfermería en los hospitales aumenta el riesgo de mortalidad de los pacientes internos; los calendarios ajustados privan a los trabajadores del cuidado personal de la flexibilidad necesaria para prestar los cuidados requeridos, y el elevado porcentaje de alumnos por docente se asocia con peores resultados educativos.

Gráfico 7. Modelos de empleo relacionado con el cuidado

- 1 – Niveles muy altos de empleo en los sectores del cuidado
- 2.1 – Niveles muy altos de empleo en los sectores del cuidado con un porcentaje muy bajo de trabajadoras y trabajadores domésticos
- 2.2 – Niveles medios-altos de empleo en los sectores del cuidado con un porcentaje bajo, pero significativo, de trabajadoras y trabajadores domésticos
- 3.1 – Niveles medios de empleo en los sectores del cuidado con un porcentaje muy alto de trabajadoras y trabajadores domésticos
- 3.2 – Niveles de empleo medios-altos en los sectores del cuidado con un porcentaje alto de trabajadoras y trabajadores domésticos
- 3.3 – Niveles bajos de empleo en los sectores del cuidado con un porcentaje alto de trabajadoras y trabajadores domésticos
- 4.1 – Niveles medios de empleo en los sectores del cuidado con un porcentaje muy bajo de trabajadoras y trabajadores domésticos
- 4.2 – Niveles bajos de empleo relacionado con el cuidado
- No se dispone de datos

Nota: Véase el capítulo 4, gráfico 4.1 (99 países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

La “vía inadecuada” hacia el trabajo de cuidados decente es el modelo prevalente del empleo relacionado con el cuidado en todo el mundo

Existen grandes variaciones entre los países en lo que respecta a su tamaño y nivel de desarrollo, sus mercados de trabajo, sus políticas migratorias, y el alcance de sus servicios de salud, educativos y de cuidados. Estas variaciones influyen en los niveles y la composición del empleo relacionado con el cuidado. Un análisis de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados en 99 países, utilizando la técnica de clusters o conglomerados, identificó ocho modelos distintivos de empleo relacionado con el cuidado. Estos modelos agrupan algunos países de la misma región y con el mismo nivel de desarrollo, pero los modelos de empleo relacionado con el cuidado trascienden las regiones y los niveles de ingresos, mostrando que las vías hacia el empleo relacionado con el cuidado son diversas (véase el gráfico 7).

Existen dos fuentes principales de variación entre estos modelos: en primer lugar, el porcentaje de empleo en el sector de la salud y trabajo social, impulsado por la cobertura de la atención de

salud y los servicios de cuidado de larga duración y, en segundo lugar, el porcentaje de empleo en el trabajo doméstico, que en muchos países incluye un número desproporcionado de trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes. Las variaciones en el empleo relacionado con la educación son menos marcadas, hecho que se deriva del efecto combinado de niveles de cobertura cercanos a la universalidad en la educación primaria, y niveles similares (y bajos) de la cobertura de la educación para la primera infancia. Así por ejemplo, la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados representa el 27,7 por ciento del empleo total en los países que integran el grupo 1 (niveles muy altos de empleo en los sectores del cuidado), mientras que en los países que integran el grupo 4.2 (niveles bajos de empleo relacionado con el cuidado), la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados apenas representa el 4,7 por ciento del empleo total.

Una característica destacada del grupo 3 (que incluye los subgrupos 3.1, 3.2 y 3.3 del gráfico 7) es la dependencia de las trabajadoras y trabajadores domésticos, a menudo vinculada con la insuficiencia de servicios de cuidado públicos. Las trabajadoras y trabajadores domésticos (en muchos casos, trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes) han adquirido importancia en varios contextos: cuando los sectores más prósperos de la población tienen el poder económico para subcontratar la prestación de cuidados a otro grupo de la población que dispone de menos medios económicos; cuando programas de trabajadoras y trabajadores extranjeros orientados específicamente a los cuidados facilitan su contratación y empleo por parte de hogares privados; cuando las políticas públicas proporcionan incentivos y subsidios para alentar a las personas a contratar a trabajadores y trabajadoras del cuidado, como en el caso de varias políticas de transferencias monetarias para la prestación de cuidados, y cuando las relaciones de trabajo y las condiciones de trabajo en los hogares privados están, *de jure o de facto*, insuficientemente reglamentadas o no reglamentadas en absoluto.

Este análisis indica que las políticas son efectivamente importantes para determinar el nivel de empleo, las condiciones de trabajo, la remuneración y el estatus de los trabajadores y trabajadoras del cuidado. Las políticas migratorias, las políticas laborales, y la cobertura y el diseño de las políticas de salud, educativas y de cuidado determinan en última instancia las condiciones de vida de los trabajadores y trabajadoras del cuidado, en comparación con otros trabajadores y con otros países y regiones. La prestación pública de servicios de cuidado tiende a mejorar las condiciones de trabajo y el salario de los trabajadores y trabajadoras del cuidado, mientras que su prestación privada no regulada tiende a empeorarlos, sea cual fuere el nivel de ingresos del país. La existencia y representatividad de las organizaciones de trabajadores que cubren a los trabajadores y trabajadoras del cuidado, así como la cobertura de los mecanismos de diálogo social, incluida la negociación colectiva, también desempeñan un papel importante al determinar las condiciones salariales y laborales de los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y su capacidad para influir en la toma de decisiones que les afectan.

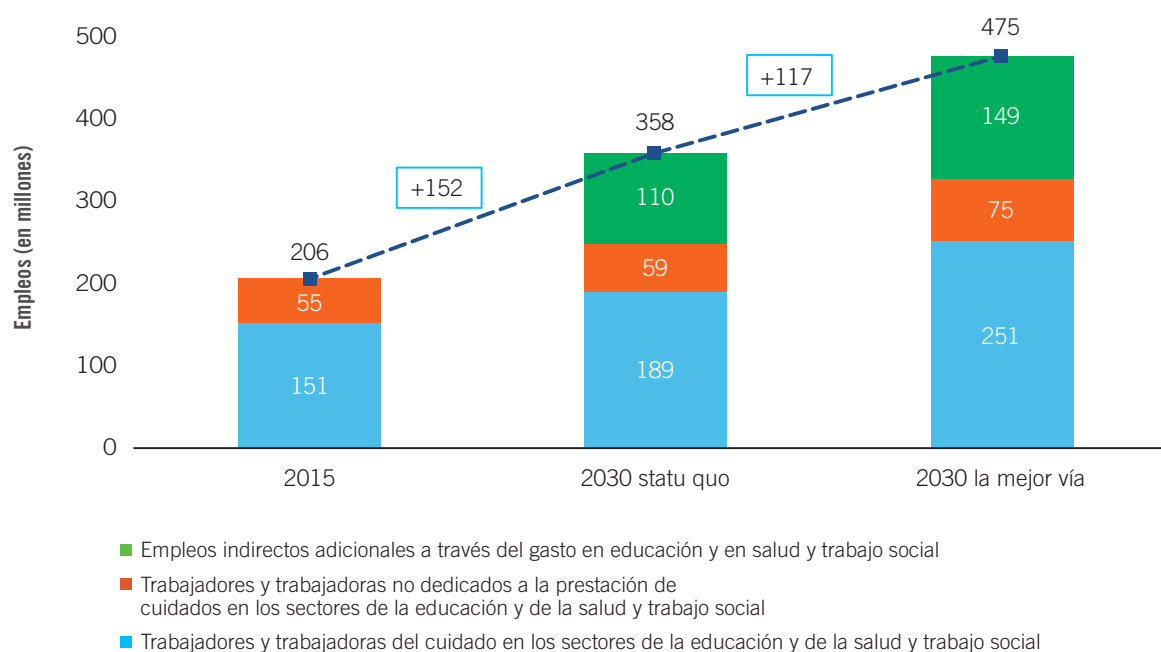
La “mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente significa hacer realidad el trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, incluidos los trabajadores y trabajadoras domésticos y migrantes. Cuidar de los trabajadores y trabajadoras del cuidado exige invertir las tendencias descritas, ampliando la protección laboral y social a todas las trabajadoras y trabajadores del cuidado; promover la profesionalización evitando al mismo tiempo la erosión de las competencias profesionales; asegurar la representación y la negociación colectiva de los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y evitar estrategias de ahorro de costos en los sectores del cuidado, tanto públicos como privados, que reducen los salarios o acortan el tiempo de cuidado directo.

LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL CUIDADO Y EL FUTURO DEL TRABAJO

La inversión en la economía del cuidado para lograr los ODS puede generar 475 millones de empleos en 2030

El empleo de buena calidad relacionado con el cuidado que promueve la igualdad de género y beneficia a todas las partes interesadas (los receptores de cuidados, los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y las cuidadoras y cuidadores no remunerados) es posible y factible. Esto se demuestra en un estudio de simulación macroeconómica para el año 2030, realizado sobre 45 países que representan el 85 por ciento del PIB mundial y cerca del 60 por ciento de la población y la fuerza

Gráfico 8. Empleo total relacionado con el cuidado y empleo conexo en 2015 y 2030, escenarios “statu quo” y de “la mejor vía”



Nota: Véase el capítulo 5, gráfico 5.11 (45 países). Para 2015, cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

Fuente: Ilkharacan y Kim, se publicará próximamente.

de trabajo mundiales. En 2015, el empleo combinado en los sectores de la educación, y de salud y trabajo social en estos 45 países ascendió aproximadamente a 206 millones de trabajadores, lo que representa casi el 10 por ciento de su empleo total, y correspondió al 8,7 por ciento del PIB combinado de estos países.

La simulación compara un escenario *status quo* con un escenario de “la mejor vía”. El escenario *status quo* parte de la base de que el empleo relacionado con el cuidado seguirá el ritmo de cambio de la población y las transformaciones demográficas de aquí a 2030, de modo que las tasas de cobertura, la calidad de las prestaciones y las condiciones de trabajo actuales en los sectores del cuidado se mantengan constantes, y que los déficits de cuidados actuales persistan. Según este escenario, se estima que el empleo sectorial total en los sectores de la educación, la salud y el trabajo social probablemente aumente casi un cuarto, hasta alcanzar un total de 248 millones de empleos para 2030. Estos incluyen 94 y 95 millones de trabajadores y trabajadoras del cuidado, y 29 y 30 millones de trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados en el sector de la educación y en el sector de la salud y trabajo social, respectivamente. Además, en otros sectores se generan 110 millones de empleos (empleos indirectos). Si prevalece el escenario “*status quo*”, el número total de empleos creados en la economía del cuidado y en otros sectores ascenderá a 358 millones de aquí a 2030.

El escenario de “la mejor vía” se apoya en metas pertinentes establecidas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y se asienta en el Programa de Trabajo Decente de la OIT. Los resultados de la simulación muestran que el aumento de la inversión en la economía del cuidado tiene el potencial de generar un total de 475 millones de empleos, a saber, 117 millones de nuevos empleos adicionales por encima del escenario “*status quo*” (véase el gráfico 8). De estos empleos

adicionales creados, 78 millones serían en el sector de la educación y en el sector de la salud y el trabajo social, lo que aumentaría el empleo sectorial total de 206 millones de empleos en 2015 a 326 millones de empleos en 2030. Los servicios de cuidado y educación de la primera infancia (39 millones) y los servicios de cuidados de larga duración (30 millones) son los que más contribuyen a este potencial de creación de empleo, seguidos de los servicios de salud y del trabajo social, con 9 millones de empleos nuevos. Los 39 millones de empleos adicionales restantes se generan en otros sectores (empleos indirectos). Esta cifra representa una estimación conservadora, ya que el análisis no contempló los efectos inducidos en el empleo, impulsados por el aumento del gasto de consumo de los hogares.

Lograr el escenario de “la mejor vía” exige duplicar los niveles actuales de inversión en educación salud y trabajo social de aquí a 2030

En el escenario “*status quo*”, el gasto público y privado total en la prestación de servicios de cuidado ascendería a 14,9 billones de dólares de EE.UU. para 2030, lo que corresponde al 14,9 por ciento de las previsiones del PIB total combinado de los 45 países bajo análisis en 2030. El incremento del 8,7 por ciento actual del PIB (en 2015) al 14,9 por ciento en el escenario “*status quo*” en 2030 está impulsado por la transformación demográfica que experimentarán estos países, y por los crecientes costos de salud y de cuidados de larga duración asociados con la misma. En otras palabras, si la inversión en la prestación de servicios de cuidado no aumenta en 6 puntos porcentuales del PIB actual, los déficits de cobertura se incrementarán y las condiciones de trabajo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado se deteriorarán.

Hacer realidad el escenario de “la mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente se traduciría en un gasto público y privado total en la prestación de servicios de cuidado que ascendería a 18,4 billones de dólares de EE.UU., lo que corresponde aproximadamente al 18,3 por ciento de las previsiones del PIB total de los 45 países en 2030. En otras palabras, lograr los ODS en los sectores de la educación y la salud y trabajo social para resolver los déficits de cuidados requiere un gasto adicional correspondiente a 3,5 puntos porcentuales del PIB previsto en 2030 más allá del escenario “*status quo*”. Este gasto adicional contribuye a la consecución simultánea de dos objetivos: en primer lugar, lograr las tasas de cobertura de toda la población en materia de atención de salud y de la población de personas mayores en materia de cuidados de larga duración, tal como establece el ODS 3 (salud y bienestar) y, en segundo lugar, lograr las tasas de matriculación en la educación (desde la educación de la primera infancia hasta la educación superior) a fin de conseguir el ODS 4 (educación de calidad). Además, este nivel de gasto asegura la consecución de estos objetivos en condiciones de trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, contribuyendo al logro del ODS 8 (trabajo decente y crecimiento económico).

Los niveles requeridos de gasto en la prestación de servicios de cuidado en el escenario de “la mejor vía” significan duplicar los niveles actuales de gasto como porcentaje del PIB, y realizar un llamamiento para que aumente el gasto público. Como mínimo, el 17,5 por ciento de cualquier gasto público adicional se recuperaría a corto plazo a través de ingresos fiscales.

“La mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente es factible, pero debe apoyarse en políticas transformadoras y en el trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras del cuidado

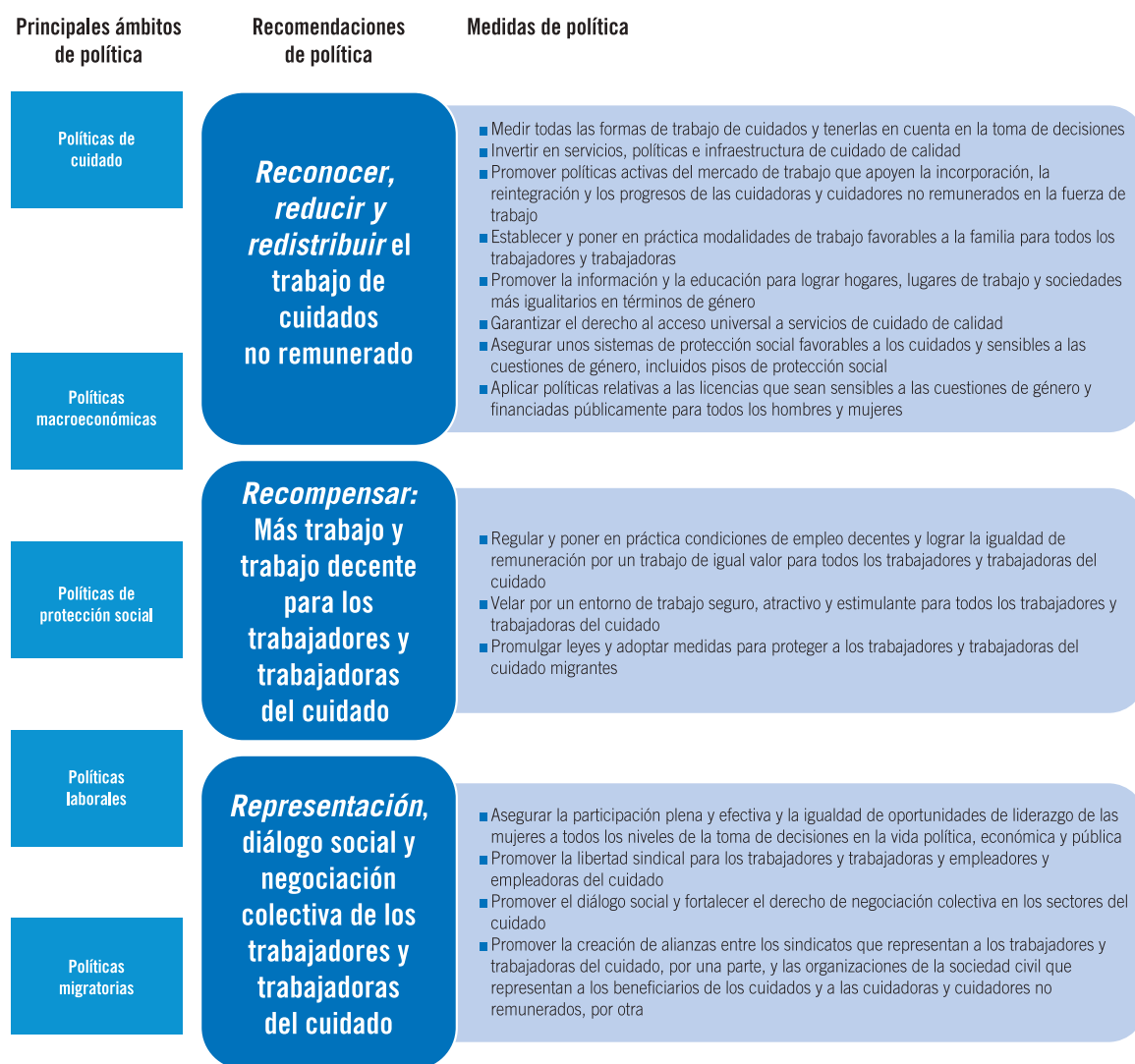
La OIT ha situado el trabajo de cuidados en el centro de las iniciativas para el centenario relativas a las mujeres en el trabajo y al futuro del trabajo. La consecución de la igualdad de género en el trabajo también es una prioridad urgente como consecuencia de la adopción del ODS 5, que tiene por objeto reconocer y valorar el trabajo de cuidados no remunerado “mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social” (Meta 5.4). Este compromiso mundial con la igualdad de género ha ido acompañado de un reconocimiento del papel que desempeña el Programa de Trabajo Decente al transformar el planeta, erradicando la pobreza extrema y mitigando las desigualdades. Esto ha sido reafirmado por el ODS 8 sobre el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos los hombres y mujeres.

Este informe muestra que el marco de la triple “R” –*reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados*– y el Programa de Trabajo Decente confluyen para definir “la mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente. Así, realiza un llamamiento para que se presten cuidados de buena calidad, que beneficien tanto a las cuidadoras y cuidadores no remunerados como a las personas a quienes van destinados los cuidados, y se proporcione trabajo decente a los trabajadores y trabajadoras del cuidado. La “mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente debe apoyarse en medidas transformadoras en cinco ámbitos de política principales: políticas de cuidado, macroeconómicas, de protección social, laborales y migratorias. Estas políticas son transformadoras cuando contribuyen al *reconocimiento* del valor del trabajo de cuidados no remunerado, a la *reducción* de ciertas formas penosas de trabajos de cuidados, y a la *redistribución* de las responsabilidades de cuidado entre las mujeres y los hombres y entre los hogares y el Estado. Las políticas también deben *recompensar* de manera adecuada a los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y promover su *representación*, así como la de los receptores de cuidados y la de las cuidadoras y cuidadores no remunerados.

El gráfico 9 resume las recomendaciones y medidas de política necesarias para lograr “la mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente en el marco de las cinco “R” para el trabajo de cuidados decente: *reconocer, reducir y redistribuir* el trabajo de cuidados no remunerado; *recompensar* el trabajo de cuidados remunerado, promoviendo más trabajo y el trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y garantizar la *representación*, el diálogo social y la negociación colectiva de las trabajadoras y trabajadores del cuidado. Cada grupo de recomendaciones de política se corresponde con un conjunto de medidas de política encaminadas a contribuir al avance de “la mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente, y estas medidas se guían por las normas del trabajo de la OIT.

El marco de las cinco “R” es un enfoque de la política pública sensible a las cuestiones de género y basado en los derechos humanos, que crea un círculo virtuoso al mitigar las desigualdades relacionadas con los cuidados, encarar los obstáculos que impiden a las mujeres acceder a un trabajo remunerado, y mejorar las condiciones de las cuidadoras y cuidadores no remunerados y de los trabajadores y trabajadoras del cuidado y, por extensión, de los receptores de cuidados.

Gráfico 9. El marco de las cinco “R” para el trabajo de cuidados decente: lograr el escenario de “la mejor vía” hacia el trabajo de cuidados que contemple la igualdad de género



Fuente: Elaboración propia. Véase el capítulo 6, gráfico 6.1.

NOTAS

- 1 OIT, 2013d.
- 2 OMS y Banco Mundial, 2011.
- 3 OIT-Gallup, 2017.
- 4 *Ibid.*
- 5 UNESCO (ed.), 2016b.
- 6 OIT, 2017m.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de cuidados, tanto remunerado como no remunerado, es de vital importancia para un futuro con trabajo decente. El crecimiento de la población y el envejecimiento de las sociedades, el lugar secundario de las mujeres en los mercados de trabajo y las deficiencias en las políticas sociales exigen que los gobiernos, los empleadores, los sindicatos y los ciudadanos adopten medidas urgentes en lo que respecta a la organización del trabajo de cuidados. La prestación de cuidados es fundamental para la reproducción de la fuerza de trabajo futura, para la salud y la educación de la fuerza de trabajo actual y para el cuidado de un número creciente de personas mayores. El grueso del trabajo de cuidados no remunerado en todo el mundo es realizado por mujeres, y resulta un factor clave al determinar si las mujeres pueden acceder al empleo y permanecer en él, así como la calidad de los trabajos que desempeñan. La mayoría de los trabajadores del cuidado remunerados son mujeres, que trabajan a menudo en la economía informal en condiciones muy precarias y a cambio de un salario bajo. Sin embargo, el trabajo de cuidados probablemente siga siendo una importante fuente de empleo en el futuro, en particular para las mujeres. Por consiguiente, el trabajo de cuidados decente es primordial para asegurar un futuro del trabajo que se base en la igualdad de género y la promueva en beneficio de todos.

Estos son los motivos por los que el trabajo de cuidados y la economía del cuidado se han situado en el centro de las iniciativas para el centenario de la OIT relativas a las mujeres en el trabajo y al futuro del trabajo, que se pusieron en marcha en la Conferencia Internacional del Trabajo en 2013. El objetivo de esta iniciativa es comprender por qué los progresos mundiales en la consecución del trabajo decente para las mujeres han sido tan lentos, y afrontar los obstáculos estructurales e identificar maneras innovadoras de lograr la igualdad de género transformadora. Ceñirse a un escenario “status quo” ya no es una opción viable. Este informe muestra que la distribución actual del trabajo de cuidados no remunerado es un enorme obstáculo para un futuro del trabajo en el que la igualdad de género sea un elemento central. Propone la centralidad del empleo remunerado de buena calidad en los sectores del cuidado al promover un mejor futuro del trabajo, y señala la importancia de adoptar un escenario de “la mejor vía” hacia el trabajo de cuidados. Presupone que se prestan cuidados de buena calidad, en beneficio tanto de los proveedores como de los receptores de cuidados, y se proporciona trabajo decente a los trabajadores y trabajadoras del cuidado.

La iniciativa relativa a las mujeres en el mundo del trabajo se presenta en una época de retos para la consecución de la igualdad de oportunidades y de trato para mujeres y hombres, pero también en un momento en el que el nivel y la intensidad del debate sobre el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género nunca han ocupado un lugar tan destacado en la agenda internacional. La adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ha situado el logro de la igualdad de género como una prioridad urgente. La meta 5.4 del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5, reconociendo y valorando el trabajo de cuidados no remunerado “mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social”, se convierte, por primera vez, no solo en una meta en sí misma, sino también en una manera de conseguir el desarrollo sostenible para todas las mujeres y niñas. Este compromiso mundial con la igualdad de género se ha visto acompañado por un reconocimiento del papel que desempeña el Programa de Trabajo Decente en la transformación del planeta, al erradicar la pobreza extrema y encarar las desigualdades. Esto ha sido afirmado por el ODS 8 sobre el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos los hombres y mujeres. Al hacer el trabajo decente con igualdad de género un pilar de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible también se ha reforzado el papel de la OIT y de sus mandantes al llevar a cabo un nuevo plan para un segundo siglo de trabajo decente en 2019, en el que el trabajo de cuidados y la economía del cuidado se sitúen en el centro de las políticas transformadoras.

La iniciativa relativa a las mujeres en el trabajo ha mostrado que los problemas a los que se enfrentan no son nuevos, pero que el entorno en el que están ocurriendo está cambiando debido a un crecimiento persistente con una débil generación de empleo, a la “crisis de desigualdad”¹ y a los retos

demográficos, migratorios y tecnológicos (véase la memoria del Director General presentada a la Conferencia Internacional del Trabajo de 2018).² Las brechas de género están cerrándose en muchos países, pero a un ritmo muy lento. Este estancamiento de los progresos en un entorno cambiante es otro factor desfavorable para las mujeres. Invertir esta situación requiere enfoques de política urgentes e innovadores. El informe reciente de la OIT y Gallup 2017³ demuestra que las mujeres en todo el mundo, incluidas las que están fuera de la fuerza de trabajo, quieren poder conciliar un trabajo a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro con el cuidado de sus familias. Sin embargo, esta aspiración a menudo no se satisface debido a la presencia persistente de obstáculos estructurales, tales como la distribución desigual de las responsabilidades de cuidado entre las mujeres y los hombres en el entorno familiar y la falta de cuidados asequibles para los niños y niñas y los familiares.

Dado que las mujeres en todo el mundo realizan una parte desigual, y a menudo considerable, del trabajo de cuidados no remunerado, su disponibilidad para el empleo remunerado se ve limitada, al igual que la calidad del empleo al que pueden acceder; lo que aumenta las brechas de género en el trabajo remunerado. La infravaloración del trabajo de cuidados no remunerado realizado por las mujeres se traduce en la infravaloración generalizada del trabajo de cuidados remunerado, lo que conduce a unos salarios más bajos y a unas condiciones de trabajo precarias en los sectores del cuidado, en los que las mujeres están sobrerrepresentadas. A su vez, estas desventajas en las ocupaciones del cuidado se extienden al resto de los mercados de trabajo, exacerbando más aún la desigualdad de género en el mundo del trabajo, también en lo que respecta a la voz y la representación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida –político, social y económico. Estas desventajas afectan asimismo al posicionamiento (o, en ciertos casos, a la ausencia total) de las preocupaciones relativas al cuidado en el diálogo social y en los procesos de toma de decisiones. Por consiguiente, resolver la ecuación del trabajo de cuidados no remunerado-remunerado es una condición necesaria para establecer un círculo virtuoso de trabajo decente para todos.

En el umbral del centenario de la OIT, los mandantes de la OIT se encuentran en una encrucijada histórica. A fin de crear un círculo virtuoso de trabajo decente para todos, es imperativo seguir la mejor vía hacia el trabajo de cuidados, basada en la justicia social. Dicha vía se asienta en el reconocimiento de que los Estados Miembros de la OIT deben ser “Estados que cuiden”⁴ y de que el mundo del trabajo debe convertirse en un “mundo del trabajo que cuida”, en consonancia con las aspiraciones de las personas. Un mundo del trabajo que cuida de las personas proporciona cuidados de buena calidad, lo que, a su vez, depende de un trabajo de cuidados remunerado de buena calidad y de una prestación de cuidados no remunerada que se comparta en pie de igualdad, para que tanto los hombres como las mujeres puedan prestar cuidados y beneficiarse de sus recompensas.

Invertir en el trabajo de cuidados de buena calidad ofrece múltiples beneficios a corto y largo plazo para un futuro con trabajo decente: ayudaría a satisfacer las necesidades no atendidas, o insuficientemente atendidas, actualmente; reorientaría la prestación de cuidados de los sectores no remunerados a los sectores remunerados, liberando a los cuidadores no remunerados, en su mayoría mujeres, para que acepten un empleo remunerado, y generaría un número considerable de empleos nuevos. De aquí a 2030, la OIT estima que la mejor vía hacia el trabajo de cuidados tiene el potencial de crear 475 millones de empleos en los ámbitos de la educación, la salud y el trabajo social e, indirectamente, en otros sectores como consecuencia del aumento del gasto sectorial. Esto representa 117 millones más de empleos decentes que los que se crearían si persistieran los niveles de cobertura y las condiciones de trabajo actuales de los trabajadores y trabajadoras del cuidado. El establecimiento de esta mejor vía requiere reconsiderar el paradigma actual y elaborar una nueva hoja de ruta hacia el trabajo de cuidados de calidad. Esto es lo que pretende hacer el presente informe.

OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL INFORME

El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente proporciona un examen pormenorizado de los retos que conlleva y las oportunidades que brinda integrar la economía del cuidado en los análisis y la política del mercado de trabajo. El informe examina el alcance, las características y la desigualdad transversal del trabajo de cuidados, tanto remunerado como no remunerado, y su relación con un mundo del trabajo en continua evolución. Analiza la economía del

cuidado como una manera de apoyar la igualdad de oportunidades y de trato de las mujeres en el trabajo y como un ámbito de crecimiento del empleo, con importantes consecuencias para los debates legislativos y de política relativos al futuro del trabajo.

Asimismo, estudia la contribución de las cuidadoras y cuidadores no remunerados en sus propios hogares, así como en sus comunidades en general. También examina los riesgos socioeconómicos vinculados con el impacto duradero que tiene la incapacidad para conciliar las responsabilidades laborales y familiares en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y en su acceso al empleo de calidad. Las condiciones de trabajo de las trabajadoras y trabajadores del cuidado en todo el mundo –el personal médico, el personal de enfermería, los docentes, el personal de cuidado infantil y los asistentes personales, por citar tan solo algunas ocupaciones del cuidado, y las trabajadoras y trabajadores domésticos– están estrechamente relacionadas con la organización del trabajo de cuidados no remunerado. La creación de puestos de trabajo suficientes en la prestación de cuidados para cubrir las futuras necesidades del sector, y la proporción de empleos decentes entre esos puestos de trabajo son aspectos cruciales para el establecimiento de la mejor vía hacia el trabajo de cuidados y para la definición de los factores que determinarán el futuro del trabajo.

El capítulo 1 comienza definiendo el trabajo de cuidados y la economía del cuidado a la luz de la adopción de la Resolución I de la 19ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET). Describe las principales características de la prestación de cuidados, que comprende tres partes: los receptores de cuidados, las cuidadoras y cuidadores no remunerados (estén ocupados o no) y los trabajadores y trabajadoras del cuidado. Explica cómo la dimensión de género del trabajo de cuidados es la causa profunda de su infravaloración económica, expone el papel limitado que las tecnologías pueden desempeñar en último término al sustituir la interacción humana en la prestación de cuidados, y pone de relieve la necesidad de desafiar la definición estándar de productividad laboral como una condición previa para lograr cuidados de calidad. El capítulo explica por qué y cómo la prestación de cuidados importa para el mundo del trabajo actual y futuro, en el contexto de las megatendencias socioeconómicas, demográficas y medioambientales actuales. Por último, examina de qué modo el trabajo de cuidados y las políticas conexas se posicionan dentro de los marcos de política nacionales e internacionales, y destaca la importancia de abordar las cuestiones relacionadas con el trabajo de cuidados en un entorno de política propicio.

El capítulo 2 define y analiza la magnitud, la naturaleza y el valor del trabajo de cuidados no remunerado, en términos del volumen de horas dedicadas y del número y las características de las cuidadoras y cuidadores no remunerados. Examina cuestiones de medición e indica el papel complementario de la fuerza de trabajo y de las encuestas sobre el uso del tiempo, tras la reciente actualización de las normas internacionales sobre las estadísticas del trabajo y la Clasificación Internacional de Actividades para Estadísticas sobre el Uso del Tiempo. Proporciona un análisis transversal de las brechas de género en la prestación de cuidados y de las tendencias conexas, que se apoya en una extensa base de datos de 67 encuestas sobre el uso del tiempo. Evalúa el impacto del trabajo de cuidados no remunerado en la desigualdad de género en el trabajo, prestando particular atención a la participación de la fuerza de trabajo, las horas trabajadas y la calidad del empleo, sobre la base del análisis de casi 90 encuestas sobre la fuerza de trabajo y otras encuestas de hogares. El capítulo también destaca el papel que desempeñan las actitudes sociales hacia el trabajo remunerado y el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres y los hombres a la hora de establecer y perpetuar la desigualdad de género en la fuerza de trabajo.

El capítulo 3 examina el papel de las políticas de cuidado transformadoras, en particular las medidas encaminadas a afrontar y transformar la desigualdad tanto en el trabajo de cuidados no remunerado como en el trabajo remunerado, mediante el reconocimiento, la reducción y la redistribución de la carga que representa la prestación de cuidados no remunerada. Expone los principios fundamentales y los principales elementos de las políticas de cuidado transformadoras, que comprenden las políticas de licencias, los servicios de cuidado, las prestaciones en efectivo de protección social relacionadas con los cuidados, las modalidades de trabajo favorables a la familia y la infraestructura de cuidados. El capítulo subraya el papel de las políticas de cuidado transformadoras al conducir a mejores resultados para los niños, el empleo de las madres y la función de prestación de cuidados de

los padres, así como para las personas mayores y las personas con discapacidades. También presenta las actitudes de las mujeres y los hombres hacia políticas de cuidado seleccionadas y las relaciona con disposiciones actuales relativas a la política de cuidado.

El capítulo 4 examina con más detenimiento la magnitud y las características de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados, sobre la base de casi 100 encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares. Proporciona estimaciones mundiales y regionales de dicha fuerza de trabajo, por sexo, y analiza su composición sectorial, centrándose especialmente en ocupaciones del cuidado seleccionadas. A continuación presenta un análisis de grupos por país que muestra el modo en que el alcance de la prestación de servicios de cuidado y el entorno de política dominante definen las condiciones de trabajo de las trabajadoras y trabajadores del cuidado. Los grupos muestran variaciones dentro de las regiones y entre las mismas que orientan los principales determinantes de la calidad de los empleos, con independencia del nivel de desarrollo.

El capítulo 5 examina el papel de la economía del cuidado en la futura creación de empleos. Apoyándose en una metodología de insumo-producto para 45 países en todo el mundo, proporciona estimaciones de la creación de empleo con trabajo decente en el empleo de cuidados, teniendo en cuenta futuras proyecciones demográficas. Analiza y compara los resultados tanto del escenario “status quo”, basado en la continuación de las tendencias actuales en la cobertura de los servicios de cuidado y las condiciones de trabajo de las trabajadoras y trabajadores del cuidado, como de la mejor vía hacia el trabajo de cuidados, establecida con miras a la consecución de ODS seleccionados.

El último capítulo proporciona una serie de recomendaciones de política basadas en las normas de la OIT y en las experiencias de los países en todo el mundo. Estas recomendaciones de política establecen la mejor vía hacia el trabajo de cuidados, en la que el trabajo decente contribuye a un mejor futuro del trabajo para todos.

NOTAS

1 Vázquez Pimentel, Macías Aymar y Lawson, 2018.

2 OIT, 2018a.

3 OIT y Gallup, 2017.

4 Tronto, 2015; OIT, 2015f.

CAPÍTULO 1

El trabajo de cuidados y los trabajadores y trabajadoras del cuidado: qué son y por qué importan

PRINCIPALES MENSAJES

- El trabajo de cuidados está en el centro de la humanidad, ya que todos los seres humanos dependen de los cuidados para sobrevivir y prosperar. El trabajo de cuidados puede ser remunerado o no remunerado.
- Tal como establecieron las definiciones de los estadísticos del trabajo en 2013, la prestación de cuidados no remunerada es trabajo. Las cuidadoras y cuidadores no remunerados proporcionan cuidados y apoyo y realizan trabajo doméstico dentro de los hogares o en la comunidad, sin recibir una compensación económica a cambio. Prácticamente todos los adultos serán cuidadores no remunerados en algún momento de sus vidas.
- La prestación de cuidados no remunerada es una experiencia gratificante, pero también puede tener efectos negativos en las oportunidades económicas, en el bienestar y en el goce general de los derechos humanos de las cuidadoras y cuidadores no remunerados.
- Los trabajadores y trabajadoras del cuidado prestan cuidados a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o ganancia, y proporcionan servicios de salud, sociales y educativos. Las trabajadoras y trabajadores domésticos prestan servicios de cuidados en el hogar. La economía del cuidado es la suma de todas las formas del trabajo de cuidados.
- Los cuidados de buena calidad exigen buenas condiciones de prestación de cuidados en sus formas tanto remunerada como no remunerada. La naturaleza relacional del trabajo de cuidados limita el potencial para sustituir la mano de obra humana por robots y otras tecnologías.
- Los cambios en las estructuras familiares, el signo desfavorable de los coeficientes de dependencia de cuidados y las cambiantes necesidades de cuidado, unidos al incremento de la tasa de empleo de las mujeres en ciertos países, se traducen en una menor disponibilidad de la prestación de cuidados no remunerada y, por ende, en el aumento de la demanda de trabajo de cuidados remunerado.
- Si no se resuelven de manera adecuada, los déficits en la prestación y calidad de servicios de cuidados aumentarán, exacerbando la crisis de cuidados a nivel mundial y acentuando más aún la desigualdad de género en el trabajo.
- La inclusión de la Meta 5.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre los cuidados no remunerados es un reconocimiento a la valiosa contribución de este trabajo a la consecución de todos los ODS y del bienestar individual y de la sociedad.
- El marco de la triple “R” –reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado– y el Programa de Trabajo Decente confluyen para definir la “mejor vía” hacia el trabajo de cuidados decente. Esto implica la prestación de cuidados de buena calidad, que benefician tanto a los proveedores de cuidados como a las personas a quienes van destinados, y proporcionan trabajo decente a los trabajadores y trabajadoras del cuidado.
- Las políticas de cuidado, y las políticas macroeconómicas, laborales, migratorias y de protección social convergen a fin de proporcionar un entorno de política propicio para hacer avanzar el trabajo de cuidados decente, que permita el recono-

cimiento, la redistribución y, cuando sea necesario, la reducción de la prestación de cuidados no remunerada, así como la promoción de la representación de los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y del trabajo decente para los mismos.

1.1. DEFINICIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS Y DE LA ECONOMÍA DEL CUIDADO

El trabajo de cuidados está en el centro de la humanidad. Todos los seres humanos dependen de los cuidados, ya sea como receptores o como proveedores. Los cuidados son necesarios para la existencia y la reproducción de las sociedades y de la fuerza de trabajo, y para el bienestar general de cada persona. La esencia misma de contar con ciudadanos independientes y autónomos y con trabajadores productivos se basa en la prestación de cuidados.

En consonancia con la documentación existente sobre el tema, en este informe el trabajo de cuidados se define ampliamente como aquel que consiste en las actividades y relaciones que conlleva atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas. Los recién nacidos y los jóvenes, las personas mayores, los enfermos y las personas con discapacidades, e incluso los adultos sanos, tienen necesidades físicas, psicológicas, cognitivas y emocionales, y requieren diversos grados de protección, cuidado o apoyo. Este informe se basa en una amplia definición del trabajo de cuidados que abarca la totalidad de los cuidados e incluye las actividades relacionadas con la reproducción social.

Existen dos tipos generales de actividades de cuidado. En primer lugar, las *actividades de cuidado directo, presencial y relacional* (a las que algunas veces se hace referencia como cuidado “de crianza” o “relacional”), como dar de comer a un bebé, cuidar de un cónyuge enfermo, ayudar a una persona mayor a bañarse, realizar controles médicos o enseñar a niñas y niños pequeños. En segundo lugar, las *actividades de cuidado indirecto*, que no conllevan cuidados personales presenciales, como limpiar, cocinar, lavar la ropa y otras tareas de mantenimiento del hogar (a las que algunas veces se hace referencia como “cuidados no relacionales” o “trabajo doméstico”), que proporcionan las condiciones previas para la prestación de cuidados personales. Estos dos tipos de actividades de cuidado no pueden disociarse y suelen superponerse en la práctica, tanto en los hogares como en las instituciones.

El trabajo de cuidados siempre tiene lugar en el marco de una relación de cuidado, entre un *cuidador o cuidadora y un receptor de cuidados*⁵ –entre madre e hijo o hija, enfermero o enfermera y paciente, trabajadora o trabajador doméstico y cliente, hijo o hija y padre enfermo. Los motivos para cuidar incluyen el amor y el cariño, el deber y la responsabilidad, y la presión social y familiar, así como la compensación pecuniaria cuando los cuidados se prestan a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia. Una relación de cuidado también tiene una dimensión de recursos o un componente financiero– alguien incurre en costos para prestar cuidados. Esto es evidente, existe un pago por el tiempo y los esfuerzos dedicados por el cuidador o la cuidadora, como los salarios de los trabajadores y trabajadoras del cuidado o las vacaciones pagadas de los cuidadores o cuidadoras. Los costos también pueden ser no monetarios, en términos de las oportunidades para desempeñar un empleo y de los tipos de trabajos a los que las cuidadoras y cuidadores no remunerados pueden acceder (véase el capítulo 2).

En efecto, el trabajo de cuidados puede ser remunerado o no remunerado. El *trabajo de cuidados no remunerado* consiste en cuidar de personas o en realizar trabajo doméstico sin recibir una compensación monetaria explícita a cambio. La mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado en casi todas las sociedades tiene lugar en el hogar, y suele ser realizado por mujeres y niñas. Sin embargo, las cuidadoras y cuidadores no remunerados también cuidan de personas no pertenecientes a sus familias, como amigos, vecinos y miembros de la comunidad, y dentro de diversas instituciones (públicas, basadas en el mercado, sin ánimo de lucro) de manera voluntaria.

El trabajo de cuidados remunerado es el trabajo de cuidados realizado a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia en una diversidad de entornos, como los hogares privados (como en el caso de las trabajadoras y trabajadores domésticos)⁶, y los hospitales públicos o privados, las

clínicas, las residencias de ancianos, las escuelas y otros establecimientos de cuidado. Los trabajadores y trabajadoras del cuidado pueden estar en una relación de trabajo en los casos en que el empleador es un particular o un hogar, un organismo público, una empresa privada con ánimo de lucro o una organización privada sin ánimo de lucro, o pueden trabajar por cuenta propia (trabajadores autónomos).

Cuidadoras y cuidadores no remunerados

Las mujeres proporcionan el grueso de la prestación de cuidados no remunerada en términos de número de horas, y representan asimismo la mayoría de los cuidadores no remunerados en todo el mundo. Las proveedoras y proveedores de cuidados no remunerados o “cuidadoras y cuidadores no remunerados”⁷ son personas que prestan cuidados no remunerados o apoyan a miembros de su propio hogar, o de otros hogares o de la comunidad, que tienen necesidades de cuidado o apoyo, en el contexto de unas relaciones familiares o comunitarias o de otras relaciones afectivas anteriores.⁸ Existen cuidadoras y cuidadores no remunerados en todas las sociedades, incluidas las que tienen un amplio estado de bienestar o en las que el mercado tiene diversos aspectos socializados o monetizados del cuidado. Las formas no remuneradas de la prestación de cuidados pueden ser apoyadas algunas veces por prestaciones o subsidios de protección social, por ejemplo, en forma de una transferencia de “dinero en efectivo a cambio de cuidados” encaminada a compensar la pérdida de ingresos o a reconocer la contribución de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, tal como se presenta en el capítulo 3. Las personas prestan cuidados no remunerados independientemente de que participen en la fuerza de trabajo –aunque esto tiene inevitablemente un impacto en las condiciones de dicha participación. Casi todos los adultos (y, en algunos casos, las niñas y niños) son o serán cuidadores no remunerados en algún momento durante su ciclo de vida.

Tal como se examina en el capítulo 2, una revisión de 89 encuestas sobre la fuerza de trabajo estima que existen unos 2300 millones de cuidadoras y cuidadores potenciales (1200 millones de mujeres y 1100 millones de hombres);⁹ concretamente, mujeres y hombres adultos en el mundo que viven en hogares con al menos una niña o niño menor de 15 años de edad, una persona mayor frágil o una persona con una discapacidad grave o una enfermedad de larga duración. Sin embargo, no todas las cuidadoras y cuidadores no remunerados potenciales realizan trabajos de cuidado no remunerados. La magnitud e intensidad de la prestación de cuidados no remunerada varían considerablemente en función de los entornos culturales, las características de las cuidadoras y cuidadores, y las condiciones socioeconómicas. La formación de las familias y la estructura familiar también son un factor importante, en particular el tipo y el número de miembros de la familia que tienen necesidades de cuidado o apoyo, y el grado en que estas son mitigadas por políticas de cuidado efectivas.¹⁰ Por ejemplo, en África, el perfil más común de las cuidadoras y cuidadores no remunerados es el de una mujer de 15 a 54 años de edad, con pocos recursos económicos, varias hijas e hijos, un bajo nivel de educación y, con frecuencia, problemas de salud y discapacidades, que trabaja al mismo tiempo a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia, casi siempre en la economía informal, y recibe un apoyo formal escaso o inexistente para el cuidado.¹¹ En los países de ingresos altos, una cuidadora o cuidador no remunerado suele ser una mujer de 25 a 54 años de edad, a menudo madre soltera que vive con uno o dos niñas o niños, que se beneficia de algunas formas de política de cuidado, pero que depende fundamentalmente del trabajo a tiempo parcial a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia a fin de atender las necesidades de cuidado de su familia. Tal como se analiza en el capítulo 2, las cuidadoras y cuidadores no remunerados cubren la gran mayoría de las necesidades de cuidado mundiales, lo que a menudo tiene efectos negativos en sus propias oportunidades económicas y bienestar, así como en las de los receptores de cuidados.

Trabajadores y trabajadoras del cuidado

Los trabajadores y trabajadoras del cuidado comprenden una gran diversidad de trabajadores y trabajadoras que difieren en términos de educación, competencias, sector y remuneración: abarcan desde profesores universitarios, doctores y dentistas en un extremo del espectro, a trabajadores del cuidado infantil y trabajadores del cuidado personal, en el otro.¹² Los trabajadores y trabajadoras del

cuidado en ocupaciones del cuidado proporcionan servicios educativos, sociales y de salud con el apoyo de otros trabajadores, como los supervisores, los contables, el personal técnico y el personal administrativo que trabajan en el mismo hospital o en la misma escuela. Si bien no se clasifican como trabajadores y trabajadoras del cuidado, su trabajo forma parte integrante de la prestación de servicios de cuidado. Por este motivo, el presente informe considera que son indisolubles de la economía del cuidado, y que todas las ocupaciones en los sectores de “la salud y el trabajo social” y de “la educación” forman parte de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados.¹³

Los trabajadores y trabajadoras del cuidado también incluyen las trabajadoras y trabajadores domésticos. Como proveedores de servicios personales y del hogar en hogares privados, las trabajadoras y trabajadores domésticos son una parte esencial de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados. Según las definiciones de la OIT, las trabajadoras y trabajadores domésticos son aquellos que trabajan para uno o varios hogares privados en el marco de una relación de trabajo. En lugar de definir el trabajo doméstico de acuerdo con las tareas, la característica distintiva del trabajo doméstico es el lugar de trabajo.¹⁴ Normalmente, las trabajadoras y trabajadores domésticos limpian, cocinan y realizan otras tareas del hogar que son esenciales para el cuidado personal, además de prestar cuidados directos a niñas y niños, a personas mayores y a personas con discapacidades.

Como se explica detenidamente en el capítulo 4, en la actualidad existen en todo el mundo 215 millones de trabajadoras y trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado (en la salud y el trabajo social y en la educación) y 70,1 millones de trabajadoras y trabajadores domésticos. Cuando se suman los trabajadores que apoyan la prestación de cuidados, la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados alcanza 381 millones de personas, o el 11,5 por ciento del empleo mundial total.

Las mujeres representan el 65 por ciento de la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados. Este porcentaje es más elevado entre los trabajadores y trabajadoras del cuidado en las ocupaciones del cuidado (el 66 por ciento) y entre las trabajadoras y trabajadores domésticos (el 70 por ciento).¹⁵ La fuerza de trabajo masculina mundial dedicada a la prestación de cuidados representa el 6,6 por ciento del empleo masculino mundial, mientras que el porcentaje equivalente para las mujeres es casi tres veces superior, al situarse en el 19,3 por ciento. Los estereotipos de género del trabajo de cuidados no remunerado, y la asociación del cuidado con las inclinaciones “naturales” y aptitudes “innatas” de las mujeres, en lugar de con competencias adquiridas a través de la educación formal o la formación, subyacen al alto nivel de feminización del empleo de cuidados. Esto no solo significa que el empleo en las ocupaciones y sectores del cuidado sea una fuente considerable de demanda de trabajo para las mujeres, también indica que mejorar las condiciones de trabajo y la remuneración de toda la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados tendrá un impacto positivo directo en las condiciones de trabajo y la remuneración de muchas mujeres.

1.1.1. El trabajo de cuidados y la nueva definición estadística de “trabajo”

La Resolución I adoptada por la 19ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) sobre “estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo” introduce una “definición conceptualmente revolucionaria” de trabajo (véase el recuadro 1.1). Esta definición incluye, pero trasciende, el trabajo a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia y comprende “todas las actividades realizadas por personas de cualquier sexo y edad con el fin de producir bienes o prestar servicios para el consumo de terceros o para uso final propio”. La introducción de la última oración, “para el consumo de terceros o para uso final propio”, marca el cambio decisivo, ya que reconoce como trabajo la producción de bienes y servicios proporcionados en el hogar para otros miembros del hogar y para uso personal. En efecto, el concepto de “trabajo” está en consonancia con la frontera general de producción del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) de 2008, con miras a incluir las actividades productivas, como la producción de servicios para uso final propio, así como el trabajo voluntario en los hogares productores de servicios.¹⁶ Además, las nuevas normas definen el concepto de trabajo con independencia de su carácter formal o informal o de la legalidad de la actividad.

Cuadro 1.1. EL TRABAJO DE CUIDADO Y SU RELACIÓN CON LA RESOLUCIÓN I DE LA 19.ª CIET, LA ICATUS Y EL SCN 2018

Destino previsto de la producción	Para uso final propio		Para el consumo de terceros				
	Trabajo de producción para el autoconsumo		Empleo	Trabajo en formación no remunerado	Otras actividades productivas	Trabajo voluntario	
Formas de trabajo en la Resolución I de la 19ª CIET	De servicios	De bienes				Trabajo en unidades de mercado y no de mercado	en hogares productores
	ICATUS 2016	4. Servicios de prestación de cuidados no remunerados para miembros del hogar y familiares	3. Servicios domésticos no remunerados para miembros del hogar y familiares	2. Producción de bienes para uso final propio	1. Empleo y actividades conexas	5. Trabajo voluntario no remunerado, trabajo en formación y otro trabajo no remunerado	51. Trabajo voluntario directo no remunerado para otros
				11. Empleo en emprendimientos gubernamentales e instituciones sin ánimo de lucro			
Tipo de trabajo	Trabajo no remunerado		Trabajo a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia		Trabajo no remunerado		
Tipo de trabajo de cuidados	Trabajo de cuidados no remunerado (como subconjunto de Trabajo no remunerado, incluido el cuidado de personas y el trabajo doméstico)		"Empleo de cuidados" para prestar servicios de cuidado en ocupaciones del cuidado y/o sectores del cuidado (como subconjunto de Empleo)		Trabajo de cuidados voluntario no remunerado basado en la comunidad y en organizaciones a fin de proporcionar servicios de cuidado en ocupaciones del cuidado o sectores del cuidado		
Relación con el SCN 2008	Trabajo de cuidados no remunerado (como subconjunto de Trabajo no remunerado, incluido el cuidado de personas y el trabajo doméstico)		"Empleo de cuidados" para prestar servicios de cuidado en ocupaciones del cuidado y/o sectores del cuidado (como subconjunto de Empleo)		Trabajo de cuidados voluntario no remunerado basado en la comunidad y en organizaciones a fin de proporcionar servicios de cuidado, similar al trabajo de cuidados no remunerado		
			Actividades dentro de la frontera de producción del SCN		Actividades dentro de la frontera general de producción del SCN		

Nota: En naranja, formas de trabajo de cuidados y su relación con la Resolución I de la 19ª CIET, la Clasificación Internacional de Actividades para Estadísticas sobre el Uso del Tiempo (ICATUS) 2016 y el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) 2008. En amarillo, su relación con los tipos generales de trabajo: "Trabajo no remunerado" y "Trabajo a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia". "Trabajo de cuidados no remunerado" coincide con la forma de trabajo de la CIET "Trabajo de producción de servicios para el autoconsumo". "Empleo de cuidados", "Trabajo de cuidados en formación no remunerado" y "Trabajo de cuidados voluntario" son, respectivamente, sub-categorías de "Empleo", "Trabajo en formación no remunerado" y "Trabajo voluntario".

Fuente: Elaboración propia, adaptado de OIT, 2013d; y Naciones Unidas, 2017a.

Recuadro 1.1. La definición de la CIET de formas de trabajo

“El trabajo comprende todas las actividades realizadas por personas de cualquier sexo y edad con el fin de producir bienes o prestar servicios para el consumo de terceros o para uso final propio”. A fin de prever la medición separada en lo que respecta al logro de diferentes objetivos, la Resolución I identifica las “cinco formas de trabajo mutuamente excluyentes” siguientes:

1. *trabajo de producción para el autoconsumo*, que comprende la producción de bienes y servicios para uso final propio;¹⁷
2. *trabajo en la ocupación*, que comprende el trabajo realizado para terceros a cambio de remuneración o beneficios;
3. *trabajo en formación no remunerado*, que comprende el trabajo realizado para terceros, sin remuneración, para adquirir experiencia o competencias en el lugar de trabajo;
4. *trabajo voluntario*, que comprende el trabajo sin remuneración y no obligatorio realizado para terceros, y
5. *otras actividades productivas* (no definidas en esta Resolución).¹⁸

Fuente: OIT, 2013d.

En consonancia con las normas adoptadas por la 19.^a CIET, el trabajo de cuidados puede realizarse a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia (empleo de cuidados) o puede ser no remunerado (bien como trabajo de cuidados no remunerado, trabajo de cuidados voluntario o trabajo de cuidados en formación no remunerado; véase el cuadro 1.1). Esta definición se centra en el proceso laboral que conlleva la prestación de servicios de cuidado,¹⁹ y no en el destino final de la prestación de servicios (hogar/familia o mercado) o en el lugar físico en el que se presta el servicio (esfera pública o privada).²⁰ La economía del cuidado es la suma de todas las formas de trabajo de cuidados. Por lo tanto, comprende tanto a las cuidadoras y cuidadores no remunerados como a los trabajadores y trabajadoras del cuidado.

1.1.2. El “círculo trabajo de cuidados no remunerado-trabajo de cuidados remunerado”

Las condiciones en que se realiza el trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado se influyen mutuamente y también tienen consecuencias en el trabajo remunerado fuera de la economía de cuidados. Esto se conoce como el “círculo trabajo de cuidados no remunerado-trabajo de cuidados remunerado”.²² Dependiendo del modo en que estos componentes se relacionan entre sí, las desigualdades, en particular la desigualdad de género, pueden aumentar o disminuir.

La cantidad desigual, y a menudo considerable, de trabajo de cuidados no remunerado realizado fundamentalmente por las mujeres y las niñas provenientes de grupos socialmente desfavorecidos limita tanto su disponibilidad para un empleo remunerado como el tipo y la calidad de los empleos a los que pueden acceder. Este es particularmente el caso cuando el Estado, el mercado o el sector sin ánimo de lucro no ofrece opciones de cuidado accesibles, asequibles y de calidad. En efecto, la falta de opciones de cuidado adecuadas es uno de los principales obstáculos para la participación de la fuerza de trabajo femenina (véase el capítulo 2). Sin embargo, la carga desproporcionada del trabajo de cuidados no remunerado afecta asimismo al número de horas dedicadas al trabajo remunerado, lo que se traduce en una “penalización en la participación en la fuerza de trabajo vinculada con la maternidad”, como se expone con detalle en el capítulo 2, lo que también afecta al salario y los ingresos de las cuidadoras y cuidadores no remunerados.²³ Este conjunto de condiciones desfavorables tiene otras consecuencias: crea brechas de género en los ahorros y los activos, impone más restricciones al poder de toma de decisiones de las mujeres en el hogar, limita el acceso de estas últimas a la protección social (incluidas las pensiones de vejez)²⁴ y, en última instancia, limita su goce general de los derechos humanos.²⁵ Además, el trabajo de cuidados no remunerado reduce la capacidad de las mujeres y de otros proveedores de cuidados no remunerados para ejercer su “voz” en los procesos de toma de decisiones, y limita su acceso a los mecanismos existentes y potenciales de representación y a los procesos de acción colectiva.²⁶

Proporcionar cuidados puede ser una experiencia gratificante, y la mayoría de las mujeres y de los hombres –tanto cuidadoras y cuidadores no remunerados como trabajadores y trabajadoras del cuidado– consideran un privilegio pasar tiempo experimentando los aspectos emocionales y relacionales del cuidado directo de los niños, los padres y otros receptores de cuidados. Sin embargo, el hecho de que una parte considerable del trabajo de cuidados en todas las sociedades conlleva tareas domésticas rutinarias, a menudo como un trabajo penoso (véase el capítulo 2), está distribuido de manera desigual entre las mujeres y los hombres y se realiza sin una remuneración a cambio, hace invisible los costos considerables que significa este trabajo para quienes lo desempeñan. Estos costos se traducen en esfuerzo físico, estrés emocional, obligaciones monetarias, pobreza de tiempo,²⁷ y oportunidades e ingresos perdidos –todos ellos factores que pueden empobrecer tanto a los proveedores como a los receptores de cuidados.

La infravaloración del trabajo de cuidados no remunerado conduce asimismo a unos salarios más bajos y a un deterioro de las condiciones de trabajo en los sectores del cuidado, en los que las mujeres están excesivamente representadas. Los propios trabajadores y trabajadoras del cuidado tienen necesidades de cuidado que a menudo no se atienden, debido a sus bajos salarios y a sus largas jornadas laborales.

La disponibilidad y la calidad de los servicios de cuidado están directamente relacionadas con los niveles de empleo y las condiciones de trabajo de los trabajadores del cuidado, y afecta a la oferta de mano de obra, en particular de mujeres. Dado que la mayoría de las mujeres (y solo algunos hombres) tienen responsabilidades de cuidado directas en algún momento de su vida, la falta de servicios de cuidado aceptables repercute seriamente en la igualdad de género, tanto en el mercado de trabajo como en sus contribuciones no remuneradas al cuidado.²⁹ En la relación entre el trabajo de cuidados remunerado y el trabajo de cuidados no remunerado, la conexión trabajo de cuidados no remunerado–trabajo remunerado–trabajo de cuidados remunerado constituye un círculo completo (véase el gráfico 1.1).

Gráfico 1.1. El “círculo trabajo de cuidados no remunerado-trabajo remunerado-trabajo de cuidados remunerado”



Fuente: Elaboración propia.

1.1.3. La calidad del trabajo de cuidados

Las condiciones de empleo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado (en los sectores tanto privado como público), y las condiciones en que se proporcionan los cuidados sin una remuneración a cambio, afectan a la calidad de los servicios de cuidado y, por tanto, al bienestar de los receptores de cuidados –las cuidadoras y cuidadores no remunerados, los trabajadores y trabajadoras del cuidado y los receptores de cuidados son las tres partes directamente afectadas por la cuestión del *trabajo de cuidados de calidad*.³⁰

A los receptores de cuidados y las cuidadoras y cuidadores no remunerados les interesa hallar cuidados de la mejor calidad para sí mismos y/o para sus familiares. En particular, en el caso de las personas que viven con discapacidades, incluidas las personas mayores frágiles, la unidad de los intereses entre los proveedores y los receptores de cuidados³¹ surge del reconocimiento de que todas las personas dependen de los cuidados y de que los cuidados deberían ser la base de los derechos sociales.³² Desde esta perspectiva, los cuidados de calidad significan, entre otras cosas, el acceso a servicios de cuidado asequibles, prestados por trabajadores y trabajadoras del cuidado con las competencias necesarias. Desde la perspectiva de los derechos de las personas discapacitadas, la particular atención prestada a “llevar una vida independiente” como una manera de permitir que las personas con discapacidades logren la máxima independencia y control sobre sus vidas, así como representación, ha sido un elemento esencial de los cuidados de calidad.³³ Este principio destaca el ejercicio de la libertad de las personas con discapacidades a elegir y controlar y, en general, de todos los receptores de cuidados destinados a los adultos, como una forma de aumentar su independencia, inclusión y participación en la sociedad.

Las cuidadoras y cuidadores no remunerados, estén en situación de empleo o fuera de la fuerza de trabajo, constituyen una de las partes en los debates sobre la calidad de los cuidados. Solo hace relativamente poco tiempo las sociedades han dejado de dar por sentado su trabajo de cuidados no remunerado y han comenzado a reconocer, reducir y redistribuir la contribución de las cuidadoras y cuidadores no remunerados.³⁴ En todas las sociedades, el grueso de los cuidadores no remunerados son mujeres, y en su mayoría están empleadas ellas mismas como “trabajadoras con responsabilidades familiares”.³⁵

Las necesidades y circunstancias de los trabajadores y trabajadoras del cuidado que prestan servicios de cuidado rara vez se han considerado en relación con la calidad de los cuidados y, sin embargo, son un elemento integrante. De la misma manera que los receptores de cuidados se preocupan por el nivel de los cuidados, la posibilidad de elegir, y la garantía de la continuidad y seguridad en lo que respecta a la prestación de cuidados, los trabajadores y trabajadoras del cuidado también tienen preocupaciones. Estas giran fundamentalmente en torno a las relaciones en las que pueden encontrarse al proporcionar cuidados; los acuerdos contractuales y las condiciones de trabajo en las que prestan los cuidados; su capacidad de asociación, representación y acción colectiva y, no menos importante, sus propias necesidades e intereses como personas y como cuidadoras y cuidadores no remunerados propiamente dichos.

Dada la naturaleza específica del trabajo de cuidados, los cuidados de alta calidad requieren de coeficiente de mano de obra extremadamente alto. Por lo tanto, las nociones estándar de productividad laboral –la cual, en los términos más simples, equivaldría a personas cuidadas por trabajador y trabajadora del cuidado– tal vez no solo sean irrelevantes, sino que también podrían ir en detrimento de los cuidados de calidad. La dificultad –si no imposibilidad– de aumentar la productividad de los trabajadores y trabajadoras del cuidado sin comprometer la calidad de los resultados es una de las características distintivas del trabajo de cuidados.³⁶ Otro factor son los aspectos relacionales de la prestación de cuidados que, entre otras cosas, limitan el potencial de sustituir robots y otras tecnologías por mano de obra humana. Esto tiene consecuencias para la carga de trabajo y sus efectos en la calidad de los cuidados. Una enfermera o enfermero que tenga que tratar con muchos más pacientes simplemente no podrá ofrecer unos cuidados de la misma calidad a todos. El aprendizaje en la primera infancia a menudo está estrechamente relacionado con el grado de atención que un niño o niña reciben de su cuidador o cuidadora/docente, y actualmente existen numerosas pruebas que ponen de relieve la importancia de una elevada proporción personal-niños en la educación en la primera infancia.³⁷

Además, dado que la prestación de cuidados también tiene aspectos emocionales y psicológicos, el trabajo excesivo de los cuidadores y cuidadoras no solo merma la calidad de la prestación de cuidados, sino que incluso puede dar lugar a la impaciencia, la irritación o al rechazo por parte del cuidador o la cuidadora. Esto puede ser perjudicial para el receptor, ya sea un lactante o un niño pequeño, una persona mayor frágil, un enfermo o una persona con discapacidades graves, o incluso un adulto sano con necesidades de cuidado específicas. Por lo tanto, redonda en el interés superior de la sociedad asegurar unas buenas condiciones de la prestación de cuidados en sus formas tanto remunerada como no remunerada.

El costo de los cuidados de calidad puede estar en conflicto con la asequibilidad de los servicios de cuidado. Habida cuenta de que los servicios de cuidado tienen un alto coeficiente de mano de obra inherente y de que la remuneración de los trabajadores constituye la mayor parte de los costos del cuidado, pagar unos salarios más altos a los trabajadores y trabajadoras del cuidado podría amenazar el acceso de las personas a los servicios de cuidado. Los crecientes costos del cuidado pueden ir más allá de la capacidad (o del umbral aceptable) de quienes requieren cuidados, o de las cuidadoras o cuidadores no remunerados o las entidades que pagan los cuidados. Esta es una de las principales inquietudes en un contexto de políticas de austeridad, que han reducido el gasto público en educación, salud y servicios de cuidado. Cuando los servicios de cuidado dejen de ser asequibles, los receptores de cuidados y sus cuidadoras y cuidadores no remunerados probablemente opten por la prestación de cuidados en el mercado informal, contratando a trabajadores y trabajadoras que no gozan de protecciones laborales efectivas, por lo que trabajarán en unas condiciones peores a cambio de un salario más bajo.

A su vez, los servicios públicos de cuidado de baja calidad solo serán utilizados por quienes no tienen alternativa. Si los únicos servicios de cuidado disponibles y asequibles son de baja calidad, una vez que las familias puedan ganar lo suficiente para que no todos los miembros de la familia tengan que trabajar, las mujeres saldrán nuevamente del mercado de trabajo, reducirán sus horarios de trabajo o hallarán sus propias soluciones informales a sus responsabilidades de cuidado, reproduciendo las condiciones precarias del mercado de trabajo y la calidad incierta de la prestación de cuidados. Por lo tanto, el trabajo de cuidados de mala calidad no contribuirá a cambiar las normas de género, a mejorar la calidad del empleo de las mujeres, o a producir reducciones sostenibles de las diferencias entre hombres y mujeres en materia de empleo.³⁸

1.2. EL TRABAJO DE CUIDADOS EN UN MUNDO CAMBIANTE

El trabajo de cuidados, tanto remunerado como no remunerado, es de vital importancia para el mundo del trabajo. Los Estados Miembros de la OIT se enfrentan a crecientes presiones ejercidas sobre sus sistemas de empleo y de protección social como consecuencia de la globalización, la tecnología, el crecimiento sin empleo, el empleo de mala calidad y el cambio climático, así como a deficiencias en la prestación de servicios de cuidado para los jóvenes, los enfermos, las personas con discapacidades y las personas mayores.³⁹ Una serie de tendencias socioeconómicas, demográficas y medioambientales mundiales indican que estas deficiencias en la prestación de servicios aumentarán, exacerbando la crisis mundial del cuidado. Estas megatendencias han dado lugar a que el trabajo de cuidados sea un tema cada vez más importante en sus agendas de política.⁴⁰

Asimismo esta situación está repercutiendo en la viabilidad y sostenibilidad de las modalidades de cuidado basadas en la centralidad de las familias (en su mayoría mujeres y niñas) y de las comunidades como los principales proveedores de cuidados. También está afectando al modo en que se distribuyen los cuidados en todo el espectro social y el ciclo de vida, y al impacto que esto tiene en la salud y el bienestar, así como en la participación de las personas en la vida familiar, el mundo del trabajo y la esfera pública.⁴¹ Estas tendencias y modalidades están impulsando un llamamiento a la adopción de medidas urgentes para abordar la manera en que el trabajo de cuidados se distribuye y organiza. Por ejemplo, el surgimiento y la expansión de una nueva clase media en todo el hemisferio sur, caracterizada cada vez más por hogares con dos fuentes de ingresos, significan que la prestación de cuidados está convirtiéndose en un ámbito que suscita creciente preocupación. En América Latina, en 2009, el número de

personas pertenecientes a la clase media era igual al de las personas que vivían en la pobreza.⁴² Las estimaciones indican que, en todo el mundo, la clase media aumentará de 1800 millones en 2009 a 3200 millones en 2020 y a 4900 millones en 2030.⁴³ Esta “clase media frágil”, a la que los costos del cuidado pueden empobrecer, está situando unos servicios sociales mejores y más asequibles en el centro de sus reivindicaciones políticas.⁴⁴

1.2.1. Un mundo del trabajo en transformación

Mercados de trabajo

En los últimos decenios, los cambios en los mercados de trabajo han afectado la prestación de cuidados tanto remunerados como no remunerados. El proceso de feminización e informalización del mercado de trabajo, el impacto de la migración, y las características cambiantes de la segregación profesional, que están traducándose en una reducción del conjunto de sectores y ocupaciones en los que trabajan las mujeres, ilustran la manera en que la dinámica de género del empleo se ha transformado con el tiempo y en diferentes lugares geográficos.⁴⁵ En muchos aspectos, la globalización y la reorganización de la producción en cadenas mundiales de valor y zonas francas de exportación han creado nuevos y mejores trabajos en términos de contratos, salarios y cobertura de la seguridad social.⁴⁶ Sin embargo, la globalización también se ha asociado con crecientes niveles de desigualdad de ingresos y con la exacerbación de las formas existentes de privación e inseguridad, que también pueden atribuirse a las necesidades de cuidado no atendidas.⁴⁷

Como consecuencia del contexto económico cambiante, muchas mujeres han optado por un empleo remunerado, y algunas han pospuesto su matrimonio, con el consiguiente riesgo de reducción de la fertilidad, experimentando al mismo tiempo una mayor autonomía y visibilidad y participación en la esfera pública. En caso de crisis económica, puede que todos los miembros del hogar –mujeres u hombres, jóvenes o mayores– tengan que realizar un trabajo remunerado para compensar la pérdida de empleos y aumentar los ingresos de los hogares. En los países más pobres, el desempleo y la pobreza de los hombres han obligado a muchas mujeres a asumir el principal papel de proveedor de la familia, sin ninguna forma de apoyo estatal para cubrir el trabajo de cuidados no remunerado al que tienen que renunciar.

En el siglo pasado, los esfuerzos en materia de política realizados para mejorar los derechos de las mujeres coincidieron con el incremento general de la participación femenina en el mercado de trabajo. Si bien la brecha de género en términos de participación en el mercado de trabajo ha disminuido en la mayoría de las regiones, la participación se ha mantenido a unos niveles bajos en los Estados árabes, África Septentrional y Asia Meridional. En todo el mundo, la brecha de género en el empleo solo se ha reducido 0,6 puntos porcentuales desde 1995. En 2018, la proporción del empleo femenino con respecto a la población es del 45,6 por ciento, en comparación con casi el 71,2 por ciento en el caso de los hombres, y las oportunidades de las mujeres para trabajar a cambio de una remuneración siguen siendo 25,6 puntos porcentuales inferiores a las de los hombres.⁴⁸

En ciertos países, el incremento del nivel de empleo de las mujeres, si bien proporciona a algunas mujeres derechos y un medio de empoderamiento económico y de integración social, no ha coincidido con la mejora general de la calidad de los empleos. Esta reorientación hacia el trabajo remunerado no se ha traducido necesariamente en “igualdad como coherencia”, en términos de trabajo decente, igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor, y reconocimiento y valoración de todas las formas de trabajo realizadas por las mujeres.⁴⁹ Incluso en aquellas regiones en las que el nivel de empleo remunerado de las mujeres ha aumentado, este suele caracterizarse por unos bajos salarios, contratos temporales, condiciones de trabajo precarias y trabajos de baja categoría.⁵⁰ Estas modalidades de empleo de las mujeres se han vinculado igualmente con unas mayores tensiones en la reproducción social de las personas, familias y sociedades, lo que conduce a que se disponga de menos tiempo para el trabajo doméstico y los cuidados personales no remunerados.⁵¹

Cambio climático

El cambio climático y otros fenómenos, como la desertificación, la deforestación, los desastres naturales, la sequía persistente y fenómenos meteorológicos extremos,⁵² se suman al reto actual de lograr empleos decentes, la igualdad de género y el desarrollo sostenible.⁵³ Las mujeres rurales, los niños y niñas, las personas mayores y los pueblos indígenas se ven particularmente afectados, y de múltiples maneras, por el cambio climático, en particular por los efectos relacionados con el cuidado. Su trabajo de cuidados no remunerado aumenta como consecuencia de las tareas domésticas adicionales penosas, y el deterioro de la salud de los familiares les exige que proporcionen más cuidados directos.⁵⁴

El cambio climático exacerba las penurias experimentadas en las zonas rurales, en particular de las mujeres y niñas, debido a la falta de infraestructura física. Esta situación es particularmente aplicable a los pueblos indígenas, el 80 por ciento de los cuales vive en Asia y el Pacífico, una región vulnerable al cambio climático. Por ejemplo, la escasez de agua puede obligar a las mujeres indígenas a caminar mayores distancias en busca de agua. Esto significa que las mujeres no solo tienen menos tiempo disponible para el empleo remunerado, sino que son más vulnerables al acoso sexual cuando van a recolectar agua lejos de sus aldeas comunales.⁵⁵ El aumento de la carga de trabajo resta tiempo a las mujeres para cuidar de sus hijos e hijas o para participar en actividades sociales.⁵⁶ En Sudáfrica, por ejemplo, muchas mujeres pasan dos horas al día recolectando combustible, y cerca de una hora recolectando agua. Dado que el cambio climático reduce el rendimiento de los cultivos, limita la disponibilidad de madera y aumenta la escasez de agua, la carga de estas actividades que dependen de los recursos naturales probablemente aumente para las mujeres.⁵⁷ Cuando se ven obligadas a migrar o hallan actividades generadoras de ingresos como alternativa a las tradicionales, las mujeres indígenas se exponen a menudo a la exclusión social y económica, la explotación, la violencia de género y violaciones de los derechos humanos.⁵⁸ También suelen concentrarse en ocupaciones con condiciones de trabajo precarias, que no respetan sus derechos laborales y que les ofrecen una protección social deficiente, incluido el trabajo doméstico.⁵⁹ Asimismo, tal vez se enfrenten a un acceso inadecuado a la formación para la adquisición de competencias, a unos débiles vínculos con el mercado, y a la discriminación en los mercados de trabajo tanto formal como informal.⁶⁰

El cambio climático también tiene repercusiones en la salud de la población, en particular la salud de los niños y niñas y de las personas enfermas y mayores. Esto crea una carga adicional para las niñas y las mujeres, que deben cuidar de sus familiares enfermos, y limita asimismo sus oportunidades de educación y de generación de ingresos.⁶¹ La salud de los niños y niñas suele verse afectada por el impacto directo de los desastres, especialmente tras períodos de sequía, como en el caso de la ciudad de Ho Chi Minh (Viet Nam), donde, durante períodos de marea alta, una mayoría de niños experimentan más problemas de salud.⁶² En África Subsahariana, las perturbaciones meteorológicas dan lugar a que los niños de hogares de ingresos bajos tengan una nutrición de peor calidad, lo cual, unido a una falta de acceso a intervenciones médicas, tiene un impacto negativo duradero en su desarrollo.⁶³

La globalización del trabajo de cuidados

Las tendencias indicadas anteriormente han acelerado el incremento de los costos del cuidado, en particular en los países cuya población está envejeciendo. Esto ha alentado a los gobiernos a introducir prestaciones monetarias relacionadas con los cuidados a fin de compensar el costo de los cuidados proporcionados en el hogar, que se prefieren cada vez más a los cuidados institucionales. La reducción, o la insuficiencia de larga data, del gasto público en políticas de cuidado en muchos países también ha conducido a que se ponga más énfasis en la privatización del cuidado, lo que ha transferido a la familia, el mercado y el sector voluntario una mayor responsabilidad en lo que respecta al trabajo de cuidados no remunerado.⁶⁴

Uno de los efectos de la tendencia a que las mujeres dediquen menos tiempo al trabajo de cuidados no remunerado ha sido la expansión de la prestación de servicios de cuidado, en particular en los

países más prósperos, donde las mujeres migrantes satisfacen crecientemente la demanda de trabajos de cuidados. Los trabajadores migrantes del cuidado que asumen papeles como trabajadores domésticos, cuidadores de niños y niñas, personal de enfermería o personal médico son en su mayoría mujeres que emigran de países de ingresos bajos e incluso medios. Las trabajadoras migrantes del cuidado a menudo dejan a sus propios hijos e hijas con el padre de los mismos u otros familiares, o emplean a un trabajador doméstico ellas mismas –a menudo otro migrante nacional o internacional– en lo que se ha denominado “cadenas mundiales de cuidados”.⁶⁵

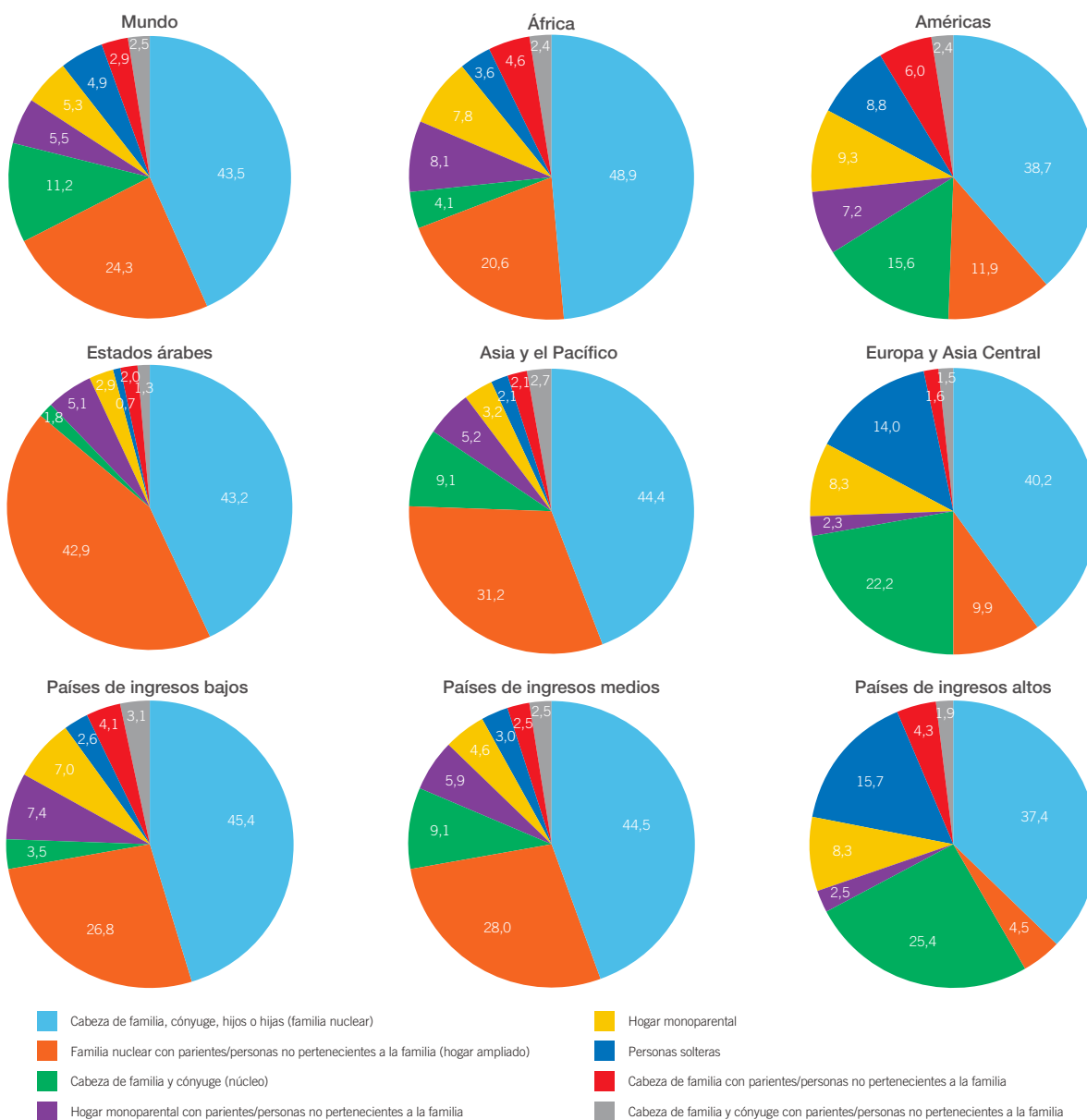
1.2.2. Necesidades demográficas y de cuidado cambiantes

Estructuras familiares

La importancia del trabajo de cuidados no remunerado como una barrera estructural para la igualdad de género en el trabajo está relacionada asimismo con el hecho de que los hogares también han cambiado. La transformación actual del modelo de familia nuclear, que antiguamente estaba integrada por una pareja heterosexual casada con hijos e hijas, ha hecho más común lo que se ha definido como “modelos globalizantes de familia”. Este proceso ha sido testigo de la proliferación de estructuras familiares y de modos de vida que no se apoyan en la obligación social, sino que se eligen cada vez más sobre la base del consentimiento mutuo y se basan en él.⁶⁶ Esta tendencia se observa tanto en los países de ingresos altos como en todo el hemisferio sur. Los vínculos y estructuras familiares han cambiado: los hogares se han hecho más pequeños y el número de familias ampliadas que viven bajo el mismo techo ha disminuido; en cada vez más países, un mayor número de familias son monoparentales, y las mujeres se casan más tarde y tienen menos hijos e hijas. Estas transformaciones, unidas al aumento de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, conducen a una menor disponibilidad para el trabajo de cuidados no remunerado y, por consiguiente, a más responsabilidades de cuidado para las mujeres, lo que puede exacerbar las tensiones con su empleo remunerado.

En 2018, las personas que viven en familias nucleares representan el mayor porcentaje de la población mundial en edad de trabajar –el 43,5 por ciento, o 2400 millones de personas (véase el gráfico 1.2). Las familias nucleares constituyen la mayor reserva de población en edad de trabajar en todas las regiones y grupos de ingresos, con la salvedad de los Estados árabes, donde porcentajes casi igualmente elevados de la población vive en hogares ampliados y nucleares (el 42,9 por ciento y el 43,2 por ciento, respectivamente). Incluso en África, el 48,9 por ciento de las personas de 15 años o más viven en familias nucleares, lo que muestra el grado en que el papel de la familia ampliada tradicional se ha visto socavado. Por ejemplo, en los países africanos de ingresos medios, como Egipto (el 67,2 por ciento) y Túnez (el 66,3 por ciento), la población de 15 años o más tiene más probabilidades de vivir en familias nucleares que en familias ampliadas. En estos países, las personas que viven en familias ampliadas representan menos del 10 por ciento de la población en edad de trabajar.

Gráfico 1.2. Población en edad de trabajar por tipo de hogar (porcentajes) y grupo de ingresos, último año disponible



Nota: Grupo de edad de 15 años o más. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de la población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 82 por ciento (90); África: 70 por ciento (24); Américas: 88 por ciento (13); Estados árabes: 43 por ciento (3); Asia y el Pacífico: 84 por ciento (16); Europa y Asia Central: 83 por ciento (34); Países de ingresos bajos: 66 por ciento (14); Países de ingresos medios: 86 por ciento (44); Países de ingresos altos: 71 por ciento (32). Véase el anexo A.2, cuadro A.2.1, para los datos por países, y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

No obstante, el 24,3 por ciento de la población mundial en edad de trabajar vive en hogares ampliados, que representan aproximadamente 1300 millones de personas (véase el recuadro 1.2), fundamentalmente en los países de ingresos bajos, donde la posibilidad de compartir las responsabilidades de cuidado, los activos y el consumo con los familiares hace este tipo de hogar más atractivo. Por ejemplo, en Afganistán, Gambia y Malí, que son países de ingresos bajos afectados por el conflicto,⁶⁷ el porcentaje de la población en edad de trabajar que vive en hogares ampliados es el más alto del mundo, con una prevalencia de más del 40 por ciento. En Asia Oriental y Meridional, la prevalencia de las familias ampliadas

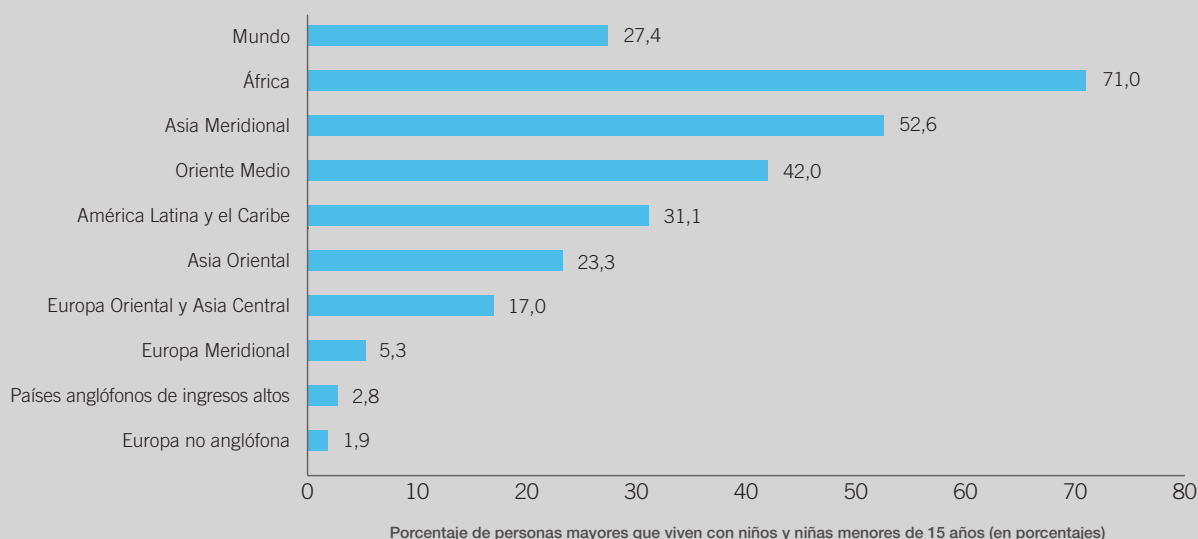
es principalmente el resultado de la influencia religiosa de la ética confuciana, las normas de patriarcado y la obligación filial, aunque el índice de matrimonios ha disminuido en los dos o tres últimos decenios, en particular entre las mujeres con un nivel de educación terciaria.⁶⁸ Los datos disponibles para la República de Corea indican que las expectativas en lo que respecta a los cuidados y el apoyo de los padres están cambiando, especialmente entre las mujeres. De hecho, las mujeres son sistemáticamente menos proclives que los hombres a considerar que la familia debería apoyar a sus padres mayores, y más a estar de acuerdo en que deberían recibir el apoyo del Gobierno y la comunidad en general.⁶⁹

El nivel de la población de 15 años o más que vive en hogares ampliados disminuye a medida que aumentan los ingresos, al pasar del 28,0 por ciento en los países de ingresos medios a apenas el 4,5 por ciento en los países de ingresos altos. La tendencia opuesta se observa en los hogares integrados por personas solteras y por parejas únicamente (cabeza de familia más núcleo conyugal). Las personas que viven en estos hogares representan, respectivamente, el 2,6 y el 3,5 por ciento de las personas de 15 años o más en los países de ingresos bajos, mientras que constituyen, respectivamente, el 15,7 y el 25,4 por ciento de la población en edad de trabajar en los países de ingresos altos.

Recuadro 1.2. Personas mayores que residen con niños y niñas

Los datos de la encuesta mundial de Gallup para 161 países (2006–2012) muestran que, a escala mundial, aproximadamente el 27,4 por ciento de las personas mayores (de más de 65 años) viven con niños y niñas menores de 15 años. En los países de ingresos más bajos, los abuelos y abuelas a menudo residen con sus nietos y nietas. En África, el 71,0 por ciento de las personas de más de 65 años viven con niños y niñas menores de 15 años, mientras que este porcentaje es del 52,6 por ciento en Asia Meridional y del 42,0 por ciento en Asia Oriental (véase el gráfico 1.3).

Gráfico 1.3. Porcentaje de personas mayores, de más de 65 años, que viven con niños y niñas menores de 15 años, 2006-2012



Fuente: Deaton y Stone, 2014, a partir de (2006-2012).

La prestación de cuidados infantiles por los abuelos y abuelas que residen con sus nietos y nietas también está extendida en Asia Oriental. Por ejemplo, en China, el 45,0 por ciento de los abuelos y abuelas reside con niños y niñas de 0 a 6 años de edad, lo que muestra un gran sentido de la solidaridad estructural entre las generaciones (Chen et al., 2011). La gran involucración de los abuelos y abuelas en el cuidado infantil obedece a la tradición cultural, el apoyo estatal limitado para las personas mayores y los niños y niñas, la baja edad de jubilación y la migración a gran escala de los adultos rurales en edad de trabajar en busca de mejores oportunidades de empleo.

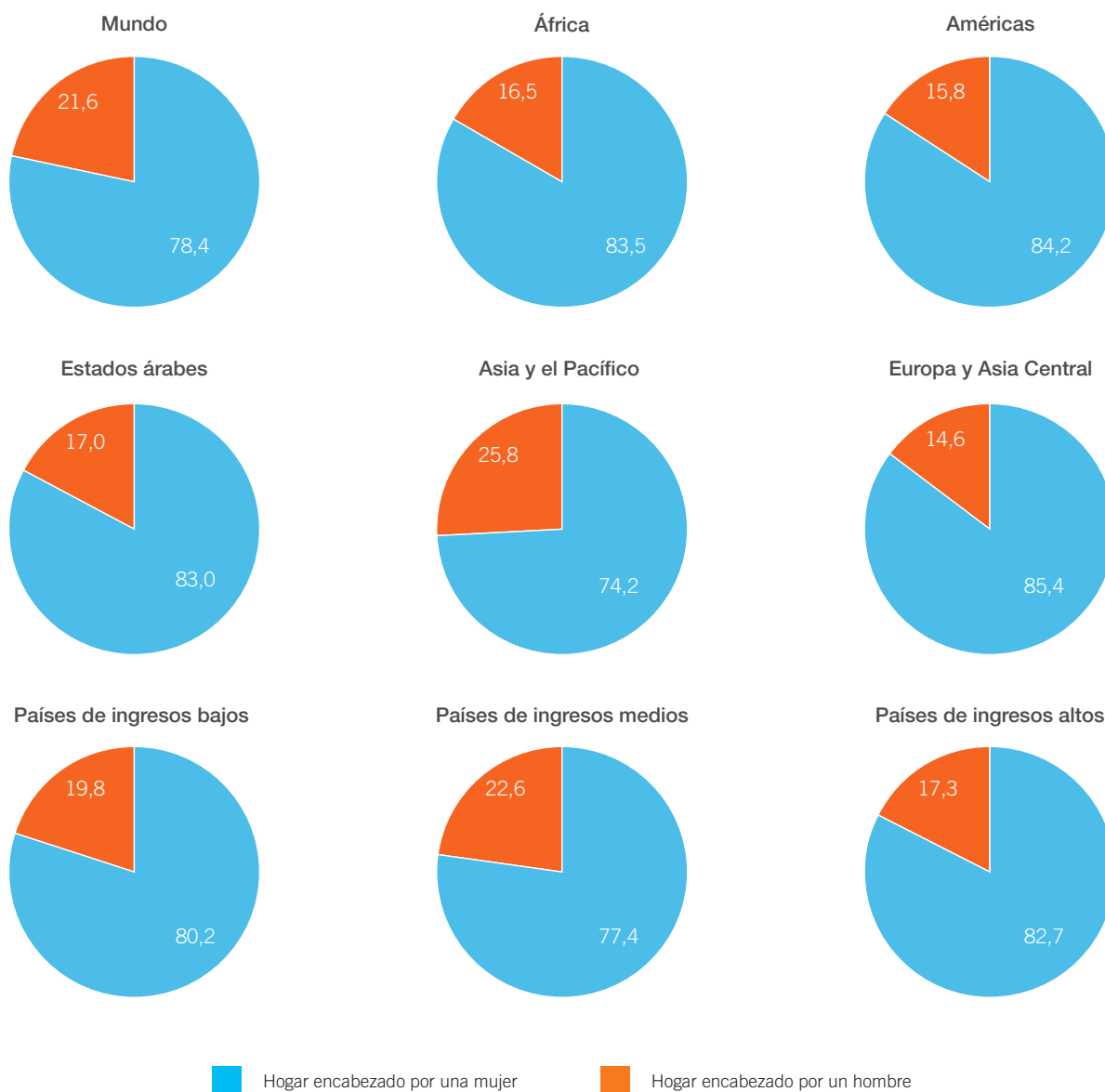
Fuente: Deaton y Stone, 2014, basado en la encuesta mundial de Gallup (2006–2012).

A escala mundial en 2018, 636 millones de personas de 15 años o más viven en hogares integrados únicamente por personas casadas o unidas sin hijos e hijas a cargo (cabeza de familia más núcleo conyugal, 11,2 por ciento), mientras que las personas solteras (personas que viven solas) representan 277 millones de personas (el 4,9 por ciento) (véase el gráfico 1.2). El porcentaje más alto de personas solteras se encuentra en los países europeos, donde existe una prevalencia de más del 25 por ciento de personas de más de 15 años en Dinamarca (27,0 por ciento) y Noruega (el 27,4 por ciento), mientras que esta desciende casi a cero en algunos países de ingresos bajos.

Una expresión clara de estos cambios en las estructuras familiares es la creciente prevalencia de la monoparentalidad. Se estima que 320 millones de niños viven en hogares monoparentales.⁷⁰ El 5,3 por ciento de la población mundial en edad de trabajar (que representa a 300 millones de personas) vive en este tipo de hogares, el 78,4 por ciento de los cuales están encabezados por una mujer (véase el gráfico 1.4). Esto significa que 235 millones de mujeres en todo el mundo son madres solteras o actúan como el único proveedor de cuidados infantiles en el hogar, en comparación con 65 millones de padres solteros. Este modelo se mantiene en todas las regiones y grupos de ingresos. Los hogares monoparentales encabezados por mujeres son particularmente numerosos en las Américas (el 84,2 por ciento) y África (el 83,5 por ciento). Asia y el Pacífico registran el porcentaje más bajo de la población que vive en hogares monoparentales encabezados por una mujer (el 74,2 por ciento). Este resultado es impulsado por China (que representa al 35,9 por ciento de la población regional en edad de trabajar), mientras que el 64,0 por ciento de la población de más de 15 años que vive en hogares monoparentales tiene a una mujer como cabeza de familia, la tercera estimación más baja del mundo.

En los Estados Unidos, en 2016, aproximadamente el 23 por ciento de todos los niños y niñas menores de 18 años vivían solo con sus madres, en comparación con el 4 por ciento que vivía solo con sus padres.⁷¹ Los factores que influyen en la monoparentalidad varían de una región a otra. Por ejemplo, en Europa y Asia Central, el 8,3 por ciento de la población en edad de trabajar vive en hogares monoparentales; estas cifras se ven impulsadas por el aumento del número de separaciones y divorcios.⁷² En África (el 7,8 por ciento), la monoparentalidad suele estar relacionada con los elevados costos asociados con el matrimonio, el desempleo estructural generalizado y los altos niveles de migración laboral. Este es particularmente el caso en África Meridional, donde las mujeres asumen cada vez más la carga financiera, así como las responsabilidades de cuidado infantil, sin el apoyo de los padres, aunque el apoyo social de parientes, especialmente las abuelas, es frecuente.⁷³ A escala mundial, el 5,5 por ciento de la población mundial en edad de trabajar (o 309 millones de personas) vive en hogares monoparentales con parientes o personas no pertenecientes a la familia, mientras que en los países con una alta prevalencia del VIH, como Botswana, Namibia y Sudáfrica, el porcentaje supera el 20 por ciento debido a las tasas de mortalidad más altas entre los cabezas de familia o sus cónyuges (véase el anexo 2, cuadro A.2.1).

Gráfico 1.4. Población en edad de trabajar que vive en hogares monoparentales, por sexo del cabeza de familia, último año disponible (en porcentajes)



Nota: Grupo de edad de 15 años o más. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de la población en edad de trabajar y número de países. Mundo: 82 por ciento (90); África: 70 por ciento (24); Américas: 88 por ciento (13); Estados árabes: 43 por ciento (3); Asia y el Pacífico: 84 por ciento (16); Europa y Asia Central: 83 por ciento (34); Países de ingresos bajos: 66 por ciento (14); Países de ingresos medios: 86 por ciento (44); Países de ingresos altos: 71 por ciento (32). Véase el anexo A.2, cuadro A.2.2 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

También existe el fenómeno de las “familias transnacionales”. Estas son el resultado de la migración transfronteriza e interna, e incluyen un creciente número de mujeres que buscan empleo en el extranjero o en las zonas urbanas de su propio país y dejan atrás a sus hijos e hijas. Estas tendencias desafían asimismo la idea de que la familia esté ubicada en un solo lugar, y apuntan a la existencia de “cadenas de cuidados” mundiales (internacionales) y nacionales (urbanas-rurales).⁷⁴ Los movimientos migratorios para acceder a mejores oportunidades de empleo, y la consiguiente “fuga de cerebros” y “fuga de cuidados” también se traducen en un menor número de cuidadores y cuidadoras adultos disponible y en la necesidad de hallar

soluciones alternativas.⁷⁵ Las niñas, las adolescentes y las mujeres mayores, en particular las procedentes de familias más grandes y de ingresos más bajos, no tienen otra opción que convertirse en cuidadoras y compartir la carga del trabajo de cuidados no remunerado en sus familias. Sin embargo, esto suele ser a expensas de su propia educación y de sus oportunidades de participación en el mercado de trabajo (véase la sección 2.1.4 del capítulo 2, y el capítulo 4).⁷⁶

Modelos de dependencia

En 2015, había 906 millones de personas de 60 años de edad o más en todo el mundo: de aquí a 2030, esta cifra aumentará a 1400 millones, de los cuales 292 millones superarán la edad de esperanza de vida sana establecida en 60 años.⁷⁷ Dado el envejecimiento de las sociedades en muchos países, los signos desfavorables de los coeficientes de dependencia (es decir, los elevados porcentajes de población que no trabaja en relación con la población que trabaja) ejercen presión sobre los estados de bienestar, ya que un porcentaje decreciente de la población debe financiar a un número cada vez mayor de personas a cargo. La participación de las mujeres en la fuerza de trabajo no solo impulsa la demanda de cuidados remunerados, sino que también proporciona una manera de afrontar los signos desfavorables de los coeficientes de dependencia y la escasez de mano de obra en algunos países.

Las personas con necesidad de cuidados se definen como los niños menores de 15 años y las personas mayores o que han superado la esperanza de vida sana establecida en 60 años. Los proveedores potenciales de cuidados se definen como los adultos de edades comprendidas entre los 15 años y la esperanza de vida sana, menos 6 años de edad. Según estas definiciones, en 2015 había 2100 millones de personas necesitadas de cuidados (1900 millones de niños y niñas menores de 15 años, de los cuales 800 millones tenían menos de 6 años, y 200 millones de personas mayores) y casi 5100 millones de proveedores potenciales de cuidados (concretamente adultos que vive con al menos una persona necesitada de cuidados). Entre 2015 y 2030, se prevé que el porcentaje de proveedores potenciales de cuidados aumentará un 17,9 por ciento, alcanzando 6000 millones, mientras que el número de receptores de cuidados se incrementará un 8,1 por ciento, alcanzando 2300 millones (2000 millones de niños y niñas menores de 15 años, de los cuales 800 millones serán menores de 6 años, y 300 millones de personas mayores). Estas proyecciones muestran que, aunque el coeficiente de dependencia de cuidados disminuirá 4,1 puntos porcentuales entre 2015 y 2013, el número absoluto de receptores de cuidados será más alto en 2030, impulsado por un número absoluto sin cambios de niños y niñas de edades comprendidas entre los 0 y los 5 años (800 millones) y 100 millones adicionales de personas mayores. A menos que se encare esta situación a través de políticas de cuidado adecuadas, esta demanda adicional de cuidados probablemente siga limitando la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y acentuando la desigualdad de género en el trabajo (véase el capítulo 2).

A escala mundial, la demanda actual de cuidados proviene fundamentalmente de los niños y niñas de 0 a 14 años de edad (que en 2015 representaron el 90,0 por ciento de todas las personas a cargo), mientras que las personas mayores constituyen únicamente un pequeño porcentaje de personas a cargo (el 10,0 por ciento del total en 2015). En 2030, el 87,3 por ciento de las personas a cargo tendrán entre 0 y 14 años de edad, mientras que el 12,7 por ciento serán personas mayores. En 2000, el coeficiente total mundial de dependencia de cuidados⁷⁸ fue del 52,1 por ciento y, desde entonces, ha disminuido, al cifrarse en el 44,3 por ciento en 2015 (véase el gráfico 5.1). En otras palabras, para cada cuatro personas que probablemente dependan de cuidados, existen unas 10 personas con el potencial de cuidar de ellas. Se prevé que, de aquí a 2030, el coeficiente de dependencia de cuidados se reducirá más aún, al 40,2 por ciento. Esto está relacionado fundamentalmente con la disminución continua prevista de la fertilidad en los países de ingresos medios y bajos.⁷⁹ En particular, todo apunta a que el coeficiente de dependencia de cuidados de los niños y niñas de 0 a 14 años de edad disminuirá del 48,3 por ciento en 2000 al 35,4 por ciento en 2030. Sin embargo, durante el mismo período, se prevé que el coeficiente de dependencia de cuidados de las personas mayores se incrementará un punto porcentual, alcanzando el 4,8 por ciento en 2030, lo que refleja el aumento previsto de la longevidad de la población mundial, debido a la mejora del nivel de vida y del acceso a la atención de salud.⁸⁰

Los países de ingresos altos registran los coeficientes más altos de dependencia de las personas mayores (el 6,9 por ciento en 2015), en comparación con los países de ingresos medios (el 3,7 por ciento) y los países de ingresos bajos (el 2,6 por ciento) (véase el gráfico 1.5). En cambio, en los países de ingresos bajos casi la totalidad del coeficiente de dependencia incluye a personas menores de 15 años, fundamentalmente niños y niñas menores de 6 años (que en 2015 representaron el 35,7 por ciento). A escala mundial, el coeficiente de dependencia de los niños menores de 15 años en 2015 fue del 40,1 por ciento, tendencia que se explica en gran parte por la fuerte demanda de cuidados en los Estados árabes y en África, que registra una tasa de fertilidad particularmente alta (a saber, del 4,71 por ciento en el período 2010-2015).⁸¹ Al desglosar los coeficientes de dependencia de los niños y niñas, los porcentajes más altos los representan los de edades comprendidas entre 0 y 2 años, con el 18,5 por ciento en los países de ingresos bajos en 2015, en comparación con tan solo el 8,2 por ciento en los países de ingresos medios y con apenas el 4,4 por ciento en los países de ingresos altos. El cuidado de los bebés es particularmente exigente y requiere una supervisión casi constante, lo que apenas deja tiempo a los cuidadores y cuidadoras para realizar otras actividades.⁸² Existen diferencias similares en los grupos de países en lo que respecta a los coeficientes de dependencia de cuidados de los niños y niñas de 3 a 5 años de edad. Este grupo de edad también requiere cuidados intensivos, en particular dado que solo una minoría de países proporciona acceso gratuito a la educación preescolar, lo que significa que deben hallarse soluciones de cuidado alternativas (véase el capítulo 3).⁸³ La gran demanda de cuidados impuesta por los niños muy pequeños, combinada con servicios de cuidado infantil de mala calidad e inaccesibles, probablemente tenga un impacto negativo en las tasas de empleo y las condiciones de trabajo de sus madres, que tal vez tengan que hallar una solución de compromiso entre el trabajo, a menudo en la economía informal, y la prestación de cuidados. Otros efectos negativos de un elevado coeficiente de dependencia son el trabajo infantil y el acceso limitado de los niños y niñas a la educación debido a su necesidad de realizar tareas domésticas y de asumir responsabilidades de cuidado de sus hermanos más pequeños, tal como se indica en muchos países en desarrollo (véase el capítulo 2).⁸⁴

Gráfico 1.5. Coeficientes de dependencia de cuidados, 2000, 2015 y 2030 (en porcentajes)



Nota: 183 países. Véase el anexo A.2.1 para la metodología y el cuadro A.2.3 para los datos a nivel de país. Fuente: Cálculos de la OIT basados en Naciones Unidas, 2017c, y OMS, 2018.

Un modelo contrastado surge en Europa y Asia Central, región caracterizada por una población de más edad, que registra los coeficientes más bajos del mundo de dependencia de los niños y niñas y los coeficientes más altos de dependencia de las personas mayores. De hecho, en países como Noruega y Dinamarca, el coeficiente de dependencia de cuidados de los niños y niñas menores de 15 años es del 24,1 y del 22,8 por ciento, respectivamente (en comparación con el 40,1 por ciento en todo el mundo), mientras que el coeficiente de dependencia de cuidados de las personas mayores es del 6,3 por ciento en Noruega y del 7,3 por ciento en Dinamarca, en comparación con el 4,1 por ciento en todo el mundo en 2015). En cambio, en Burkina Faso y Uganda, los coeficientes de dependencia de los niños y niñas y de las personas mayores son del 86,8 y del 2,0 por ciento, respectivamente, para los primeros, y del 96,2 y del 1,8 por ciento, respectivamente, para los últimos. En Zimbabwe y Lesotho, dos países con una alta prevalencia del VIH, los coeficientes de dependencia de cuidados son del 76,1 y del 62,3 por ciento, respectivamente. De hecho, la propagación del VIH puede aumentar el coeficiente al reducir el número de proveedores potenciales de cuidados, como parece ser el caso en Zimbabwe.

La prevalencia de discapacidades graves se suma a la carga de trabajo de los proveedores de cuidados. Las discapacidades graves afectan al 2,7 por ciento de la población mundial de 15 a 59 años de edad,⁸⁵ y las cifras oscilan entre el 2,6 por ciento en las Américas y el 3,3 por ciento en África. Aproximadamente el 5 por ciento de los niños y niñas, el 10 por ciento de los adultos en edad de trabajar y hasta el 50 por ciento de las personas mayores están discapacitados.⁸⁶ No existen datos fiables sobre el número exacto de personas con discapacidades que requieren apoyo y asistencia en sus vidas cotidianas. En el Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011 de la OMS y el Banco Mundial se estimó que, si bien había 1000 millones de personas con discapacidades en el mundo, solo entre 110 y 190 millones tenían discapacidades graves. Además, políticas como “envejecer en el hogar” para las personas mayores y la “desinstitucionalización” de las personas con discapacidades, en particular las que tienen discapacidades mentales, han aumentado la demanda de trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado en los hogares a las personas mayores frágiles o a las que tienen discapacidades graves y a sus familias. Un resultado de este proceso es que un elevado porcentaje del trabajo de cuidados remunerado tiene lugar en el ámbito privado, lo que aumenta su invisibilidad y ejerce presión adicional sobre las condiciones de trabajo y de vida tanto de los trabajadores y trabajadoras del cuidado como de los receptores de cuidados (véanse los capítulos 3 y 4).⁸⁷

En los debates sobre los cuidados, la discapacidad se pasa a menudo por alto, debido al énfasis que se pone en la prestación de cuidados para los niños y niñas y las personas mayores. El número de niños y niñas en todo el mundo duplica el de las personas con discapacidades, al representar más de un tercio de la población mundial.⁸⁸ La preponderancia de los niños y niñas y de las personas mayores, que requieren cuidados durante períodos limitados, posiblemente eclipsa las necesidades específicas de las personas con discapacidades. De hecho, algunas personas con una discapacidad requieren cuidados o asistencia durante toda su vida. Además, allí donde los argumentos a favor de invertir en la prestación de cuidados se centran fundamentalmente en lograr un retorno positivo para la sociedad (por ejemplo, al permitir a las madres y cuidadoras acceder al empleo remunerado), esto puede conducir a que se pasen por alto otros objetivos de política, como la empleabilidad de las personas mayores o de las personas con discapacidades intelectuales, a las que tal vez se considere carentes de potencial productivo.⁸⁹

1.3. EL TRABAJO DE CUIDADOS, LA AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE Y EL TRABAJO DECENTE

El ODS 5 de “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas” incluye la Meta 5.4: “Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.”⁹⁰

Esta meta reconoce que el trabajo no se limita al empleo remunerado, y que el trabajo de cuidados no remunerado realiza una valiosa contribución al bienestar individual y de la sociedad. La inclusión de esta meta en el ODS 5 reconoce asimismo el desequilibrio actual en la división del trabajo de cuidados no remunerado entre las mujeres y los hombres, y el hecho de que se necesitarán políticas concretas

para apoyar el logro de esta meta, de una manera que sea coherente con las realidades culturales y económicas de diferentes países. Además, la consecución de la meta 5.4 “mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social” permite simultáneamente contribuir al logro de otros ODS, en particular el ODS 3 sobre la salud, el ODS 4 sobre la educación y el ODS 8 sobre el trabajo decente (véase el recuadro 1.4).

La meta 5.4 se inspira en el marco de la triple “R” –reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado– que resume el enfoque transformador de las políticas de cuidado (véase el recuadro 1.3).⁹¹

Recuadro 1.3. Revisión del marco de la triple “R”: Reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado, y recompensar y representar a los trabajadores y trabajadoras del cuidado

El marco de la “triple” R –reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados y el trabajo doméstico no remunerados– amplía el llamamiento realizado en la Plataforma de Acción de Beijing (ONU-Mujeres, 1995) para el reconocimiento y la valoración, normalmente interpretados como medición, incluyendo una dimensión concreta de la justicia económica. “Reconocer” el trabajo de cuidados no remunerado conlleva poner fin a la práctica habitual de la sociedad de darlo por sentado, y desafiar las normas sociales y los estereotipos de género que lo subestiman y lo hacen invisible en la formulación y aplicación de políticas. “Reducir” el trabajo de cuidados no remunerado significa disminuir el tiempo dedicado al mismo cuando conlleva tareas penosas, fundamentalmente a través de la mejora de la infraestructura. “Redistribuir” el trabajo de cuidados no remunerado significa cambiar su distribución entre las mujeres y los hombres, pero también entre los hogares y la sociedad en su conjunto.

El marco de la triple “R” inspiró las conclusiones convenidas de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en 2016, que establecen que los gobiernos deberían tomar todas las medidas apropiadas para reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado, “dando prioridad a las políticas de protección social, incluidos unos servicios sociales accesibles y asequibles de calidad, servicios asistenciales para los niños, las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas que viven con el VIH y el SIDA, y para todos aquellos que necesiten cuidados; y a promover el reparto equitativo de las responsabilidades entre mujeres y hombres” (ONU Mujeres, 2016, pág. 13).

En 2017, las recomendaciones acordadas del Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empoderamiento Económico de las Mujeres sobre el trabajo de cuidados no remunerado subrayaron el marco de la triple “R” y reconocieron el papel que desempeña el Programa de Trabajo Decente en la formulación de políticas de cuidado, al instar a que el trabajo de cuidados remunerado sea “trabajo decente, con unos salarios adecuados, que contemple la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor, unas condiciones de trabajo decentes, la formalización, la cobertura de seguridad social, las normas de seguridad y salud en el trabajo, el autocuidado, la formación profesional y la profesionalización, y la libertad sindical” (Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas, 2017, pág. 9). La consecución de estos objetivos requiere el establecimiento de un sistema de “compensación” y “representación” apropiadas de los trabajadores y trabajadoras del cuidado remunerados.

Fuentes: ONU Mujeres, 1995; ONU Mujeres, 2016; Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas, 2017.

El reconocimiento de que la economía del cuidado se extiende más allá de la prestación de cuidados no remunerada y comprende asimismo el trabajo de cuidados remunerado ha reavivado el interés por los trabajadores y trabajadoras del cuidado en los círculos internacionales.⁹² El Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas, del cual fue miembro el Director General de la OIT, en su segundo informe, reconoce el imperativo de formalizar y promover el trabajo de cuidados remunerado de calidad: el cuidado infantil, el cuidado de las personas mayores, la atención de salud, la educación y el trabajo doméstico deben reconocerse como sectores esenciales de la economía que contribuyen al desarrollo humano y la igualdad de género y, por consiguiente, deben respetarse los salarios, las competencias y los derechos laborales. Esto es de vital importancia en los contextos en los que existe un mercado informal creciente para los cuidados, y allí donde se alienta a los trabajadores migrantes y los trabajadores nacionales a desempeñar formas contingentes y precarias de trabajo en la economía del cuidado que no están cubiertas por protecciones laborales y sociales efectivas, la legislación laboral nacional, y políticas de migración adecuadas, y algunas veces ni siquiera se reconocen como trabajo.⁹³

Además, en el informe se recomienda “asegurar que las organizaciones que representan a todos los trabajadores, incluidos los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y las organizaciones de derechos de las mujeres, puedan representar sus necesidades y preocupaciones en los foros de toma de decisiones en el lugar de trabajo, la comunidad y la esfera política (...) a fin de garantizar (...) que las cuidadoras y cuidadores remunerados y no remunerados tengan una voz al establecer unos cuidados de calidad y unas condiciones decentes de trabajo”.⁹⁴

Apoyándose en el informe del Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer subraya en sus conclusiones convenidas de 2017 que la inversión en los sectores de la salud y social “podría aumentar el empoderamiento económico de la mujer y transformar en trabajo decente las tareas de prestación de cuidados que desempeñan de manera informal y no remunerada, mejorando sus condiciones de trabajo y sus salarios y creando oportunidades para su empoderamiento económico mediante el desarrollo de las aptitudes y la promoción profesional”.⁹⁵ La Comisión conviene asimismo “promover la prestación de cuidados y el trabajo doméstico remunerados y decentes para las mujeres y los hombres en los sectores público y privado, proporcionando protección social, condiciones de trabajo seguras e igual salario por trabajo igual o por trabajo de igual valor, facilitando así la transición de los trabajadores del sector informal, especialmente los empleados en la prestación de cuidados y el trabajo doméstico remunerados e informales, hacia la economía formal”.⁹⁶

La creciente visibilidad del trabajo de cuidados en la agenda internacional sobre la igualdad de género mejora la comprensión de la relación que existe entre el trabajo doméstico y el trabajo de cuidados remunerados y no remunerados.⁹⁷ Permite adoptar un enfoque nuevo y más matizado de cuestiones como la segmentación de género de los mercados de trabajo y la migración de las mujeres, apoyando al mismo tiempo las alianzas políticas entre los trabajadores y trabajadoras del cuidado y los receptores de cuidados.⁹⁸ Los salarios bajos, el trabajo excesivo y, en general, las condiciones de trabajo difíciles se asocian a unos cuidados de mala calidad, en detrimento tanto de los trabajadores y trabajadoras del cuidado como de los receptores de cuidados. La atención que se presta a nivel internacional al trabajo de cuidados también ayuda a formular reclamaciones para que aumente la inversión pública directa en la prestación de cuidados (véase el capítulo 5).

Recuadro 1.4. La contribución de la mejor vía hacia el trabajo de cuidados a la consecución de los ODS



Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo): Insta a que se implementen “a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos” en relación, entre otras cuestiones, con la maternidad, los niños y niñas, las personas con discapacidades y las personas mayores (1.3). La protección social contribuye a disminuir el gasto directo relacionado con los cuidados, por lo que puede ayudar a reducir la proporción de personas que viven en la pobreza (1.2).



Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible): El acceso a los programas alimentarios públicos para los niños y niñas matriculados en servicios de educación de la primera infancia, así como en la enseñanza primaria y secundaria, contribuirá a asegurar el acceso a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año (2.1). Además, el acceso a una infraestructura básica y mejorada, como la relativa al agua, el saneamiento y la electricidad puede apoyar la participación de las mujeres rurales, las mujeres que trabajan en la agricultura y las mujeres indígenas, en actividades agrícolas o en otro tipo de actividades remuneradas (2.3).



Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a cualquier edad): El mejor acceso a la protección de la maternidad reducirá la tasa de mortalidad materna (3.1) y las muertes evitables de recién nacidos (3.2); el mejor acceso a los servicios de cuidado y a la cobertura sanitaria universal, incluidos los cuidados de larga duración, mejorará la salud de todos, incluidas las personas que viven con el VIH o el sida, las personas con discapacidad y las personas mayores (3.8).



Objetivo 4 (Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos): Mejorar el acceso para todas las niñas y todos los niños a servicios de atención en la primera infancia y a una educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria (4.2); asegurar el acceso a la enseñanza primaria y secundaria gratuita, equitativa y de calidad (4.1), y a una formación técnica, profesional y superior asequible y de calidad (4.3); garantizar instalaciones que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidades y las diferencias de género (4.a), y aumentar la oferta de docentes calificados (4.c) en las regiones donde más faltan.



Objetivo 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas): Los servicios públicos de cuidado, la protección social y la infraestructura mejorada reducirán las tareas penosas en la prestación de cuidados no remunerada y contribuirán al reconocimiento, la redistribución y la valoración de los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados (5.4). Al reorientar una parte de la carga del trabajo de cuidados del hogar al Estado, el mercado o el sector no lucrativo, así como de las mujeres a los hombres dentro del hogar, estas políticas de cuidado también contribuirán a promover la participación plena y efectiva de las mujeres, y la igualdad de oportunidades de liderazgo en la vida política, económica y pública (5.5). Las políticas de cuidado ayudarán en general a que se otorgue a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos (5.a) y a que se adopten políticas acertadas que promuevan la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas (5.c).



Objetivo 6 (Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos): El acceso universal y equitativo al agua potable (6.1) permitirá reducir las tareas penosas para las niñas y las mujeres, que asumen una parte desproporcionada de las tareas del hogar no remuneradas, mientras que el acceso a servicios de saneamiento e higiene (6.2) redundará en beneficio de todos, en particular de las mujeres y las personas con discapacidades que se enfrentan a mayores obstáculos y riesgos.



Objetivo 7 (Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos): El acceso universal a servicios energéticos asequibles, fiables y modernos (7.1) también supondrá un ahorro de tiempo considerable para las mujeres, lo que les permitirá realizar actividades personales, de esparcimiento y generadoras de ingresos, ayudando a reducir el trabajo penoso que conlleva la recolección de madera para la calefacción y la preparación de alimentos.



Objetivo 8 (Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos): Las políticas activas del mercado de trabajo, como los programas de obras públicas, que tienen en cuenta las obligaciones de cuidado de los participantes, pueden contribuir a la creación de puestos de trabajo decentes (8.3), también entre las mujeres rurales y otras personas procedentes de entornos desfavorecidos. Al apoyar a las cuidadoras y cuidadores no remunerados a través de la prestación de servicios de cuidado y al generar empleos decentes, las políticas y servicios de cuidado aumentan la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados, manteniendo la demanda de empleo de las mujeres (y de los hombres) y contribuyendo al empleo pleno y productivo para todos (8.5). La negociación colectiva y la mayor organización de todos los trabajadores y trabajadoras del cuidado, incluidos los trabajadores migrantes y domésticos, también pueden ayudar a lograr el trabajo decente para todos y la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor (8.5). Una mejor reglamentación estatal y la formalización de los trabajadores y trabajadoras del cuidado del sector informal contribuirán asimismo a la protección de los derechos laborales y promoverán unos entornos de trabajo seguros para todos los trabajadores, en particular para las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios (8.8). El acceso a los servicios financieros también es esencial para asegurar el empoderamiento de las mujeres y que los hogares puedan costear servicios de cuidado decentes (8.10).



Objetivo 9 (Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación): El establecimiento de infraestructuras relacionadas con los cuidados, así como de servicios de cuidado que ofrezcan empleos decentes, contribuirá al desarrollo de infraestructuras fiables, sostenibles, resilientes y de calidad para apoyar el desarrollo económico y el bienestar humano (9.1).



Objetivo 10 (Reducir la desigualdad en los países y entre ellos): El acceso universal a prestaciones monetarias de protección social relacionadas con los cuidados y los servicios de cuidado apoyará el crecimiento de los ingresos del 40 por ciento más pobre de la población (10.1) y promoverá la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen étnico, religión o situación económica u otra condición (10.2). Las políticas fiscales, salariales y de protección social para los trabajadores y trabajadoras del cuidado y las cuidadoras y cuidadores no remunerados contribuirán a asegurar la igualdad de oportunidades, a reducir la desigualdad de resultados (10.3), y a lograr progresivamente una mayor igualdad (10.4).



Objetivo 17 (Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible): Las políticas macroeconómicas que tienen por objeto invertir en la facilitación de infraestructuras de cuidado, servicios públicos de cuidado y empleos de cuidados están vinculadas con el fortalecimiento de la movilización de recursos internos, a fin de mejorar la capacidad nacional para recaudar ingresos fiscales y de otra índole (17.1).

Fuente: Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015a.

El enfoque del trabajo de cuidados desde la perspectiva del trabajo decente se basa en el Programa de Trabajo Decente de la OIT, que se asienta en la Constitución de la OIT (1919) y en una gran diversidad de normas internacionales de trabajo y declaraciones. Al incorporar el consenso tripartito internacional, el enfoque del trabajo de cuidados desde el prisma del trabajo decente proporciona un marco integral para complementar el marco de la triple “R” y justificarlo. Los cuatro pilares del Programa de Trabajo Decente –creación de empleo, protección social, derechos en el trabajo y diálogo social, con la igualdad de género como objetivo transversal– y el marco de la triple “R” confluyen para formar un marco de las cinco “R” para el trabajo de cuidados decente, que proporciona orientación con miras a definir y promover políticas de cuidado transformadoras y el trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras del cuidado (véase el recuadro 1.5). Al integrar estos derechos laborales y humanos en la legislación y las políticas nacionales, y al apoyarlos a través de la aplicación efectiva, los Estados tienen más posibilidades de lograr los ODS 5.4, 3, 4 y 8 y, por consiguiente, de seguir la mejor vía hacia el trabajo de cuidados.

Recuadro 1.5. Normas internacionales del trabajo relacionadas con los cuidados

Las normas internacionales del trabajo son instrumentos interrelacionados e interdependientes. Tomadas conjuntamente, ofrecen un marco que puede promover la igualdad de género transformadora y el trabajo de cuidados de calidad. Abordan los obstáculos estructurales a los que se enfrentan las personas –fundamentalmente las mujeres– con necesidades y responsabilidades de cuidado, y proporcionan orientación para lograr el trabajo decente para todos. Por lo tanto, es primordial que los 187 Estados Miembros de la OIT promuevan la ratificación y aplicación efectiva de las normas internacionales del trabajo relacionadas con los cuidados, que son particularmente pertinentes para la prestación de cuidados y para los trabajadores y trabajadoras del cuidado. Estas normas comprenden los Convenios fundamentales sobre la libertad sindical y la negociación colectiva (Convenios núms. 87 y 98); sobre la eliminación del trabajo infantil (Convenios núms. 138 y 182), y sobre la no discriminación y la igualdad de remuneración (Convenios núms. 100 y 111). Una serie de convenios y recomendaciones se centran en las políticas de cuidado, como la protección de la maternidad (Convenio núm. 183), las normas mínimas en materia de seguridad social (Convenio núm. 102) y los pisos de protección social (Recomendación núm. 202), y medidas para apoyar a los trabajadores con responsabilidades familiares, como el cuidado infantil y los cuidados de larga duración, la licencia parental y modalidades de trabajo favorables a la familia (Convenio núm. 156); el trabajo a tiempo parcial (Convenio núm. 175) y el tiempo de trabajo (Convenios núms. 30 y 47). Otros instrumentos y orientaciones tienen por objeto lograr que el trabajo decente sea una realidad para todos los trabajadores y trabajadoras, incluidos los procedentes de grupos socialmente desfavorecidos, como los trabajadores migrantes (Convenio núm. 143), los trabajadores con discapacidades (Convenio núm. 159), los pueblos indígenas y tribales (Convenio núm. 169), los trabajadores a domicilio (Convenio núm. 177), los trabajadores de las cooperativas (Recomendación núm. 193), los trabajadores que viven con el VIH (Recomendación núm. 200), los trabajadores de la economía informal (Recomendación núm. 204) y posibles normas internacionales futuras sobre la violencia en el mundo del trabajo. Otro grupo de instrumentos comprende los orientados específicamente a los trabajadores y trabajadoras del cuidado, con inclusión de las trabajadoras y trabajadores domésticos (Convenio núm. 189) y el personal de enfermería (Convenio núm. 149), así como recomendaciones de la OIT y la UNESCO sobre el personal docente y orientaciones de la OIT sobre el personal dedicado al cuidado infantil. El cuadro A.1.1 contenido en el anexo 1 ofrece una visión general de las disposiciones esenciales de las normas internacionales del trabajo relacionadas con los cuidados, mostrando que, además de los convenios fundamentales, que han sido ratificados ampliamente por todos los países, en general, los países de Europa y las Américas tienen más probabilidades de haber ratificado el resto, en comparación con los países de África, Asia y el Pacífico y los Estados árabes.

Fuente: Cuadro A.1.1 del anexo 1; OIT, 2013c; OIT y UNESCO, 2016.

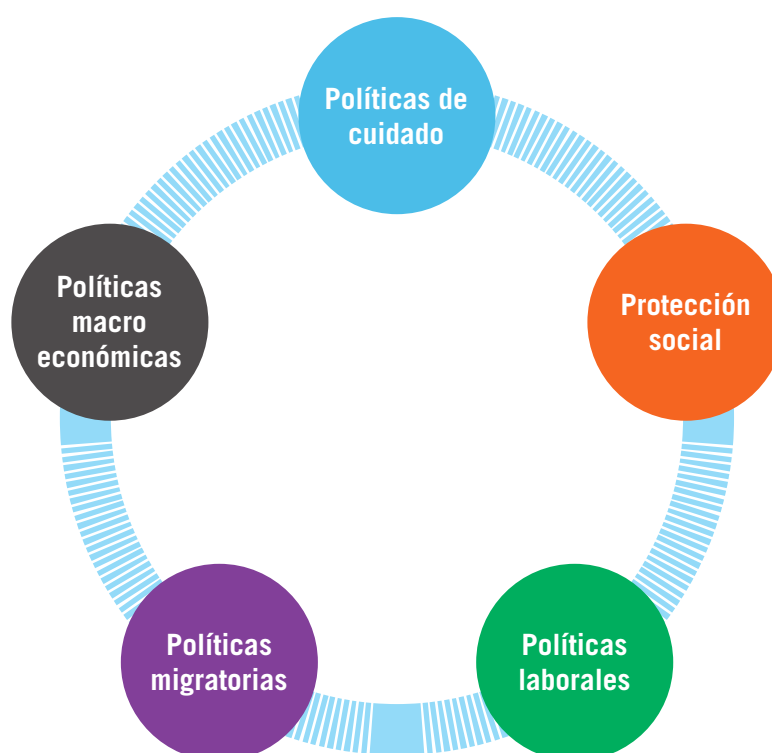
1.4. TRABAJO DE CUIDADOS DECENTE: UN MARCO PARA LA ACCIÓN DE POLÍTICA

La acción de política es de vital importancia para lograr el trabajo de cuidados de calidad, al establecer un círculo virtuoso de reconocimiento, reducción y redistribución del trabajo de cuidados no remunerado, y promover unas condiciones de trabajo decentes y la representación de todos los trabajadores y trabajadoras del cuidado, allanando así el terreno para la mejor vía hacia el trabajo de cuidados. Las maneras en que las políticas interactúan definen la vía de una sociedad hacia el trabajo

de cuidados, es decir, quién proporciona los cuidados, la calidad de la prestación de los cuidados y las condiciones de trabajo de las trabajadoras y trabajadores del cuidado remunerados.

El gráfico 1.6 presenta los ámbitos de política que afectan a la prestación de cuidados tanto remunerada como no remunerada. Las políticas de cuidado, macroeconómicas, de protección social, laborales y migratorias confluyen para proporcionar un entorno de política propicio a fin de promover el trabajo de cuidados decente, permitir el reconocimiento, la redistribución y, cuando sea necesario, la reducción del trabajo de cuidados no remunerado, y potenciar la representación de los trabajadores y trabajadoras del cuidado y el trabajo decente para los mismos.

Gráfico 1.6. Un entorno de política propicio para la mejor vía hacia el trabajo de cuidados



Fuente: Elaboración propia.

Las políticas de cuidado son políticas públicas que asignan recursos en forma de dinero (incluidos ingresos), servicios o tiempo a los cuidadores o cuidadoras y las personas que necesitan cuidados.⁹⁹ Tal como se ilustra en el capítulo 3, incluyen políticas relativas a las licencias (p.ej., licencia parental), servicios de cuidado (p.ej., desarrollo y cuidados de la primera infancia), transferencias sociales relacionadas con los cuidados (p.ej., subvenciones para el cuidado infantil), modalidades de trabajo favorables a la familia (p.ej., teletrabajo y horarios flexibles) e infraestructura (p.ej., saneamiento y suministro de agua a los hogares). Las políticas de cuidado velan por el bienestar de las sociedades y son un factor esencial al abordar la cuestión del trabajo de cuidados no remunerado y mitigar las desigualdades a las que se enfrentan las personas con altos niveles de necesidades de cuidado y/o las personas que suelen prestar cuidados sin recibir una remuneración a cambio (véase el capítulo 2).¹⁰⁰

Las políticas macroeconómicas, como las fiscales, monetarias y comerciales, determinan las oportunidades de las mujeres y los hombres en el empleo remunerado y los recursos disponibles para

las políticas encaminadas a reducir la desigualdad de género.¹⁰¹ La maximización del espacio fiscal aumenta los recursos disponibles para financiar las políticas de cuidado, y reduce y redistribuye la prestación de cuidados no remunerada. Si se centra en la creación de empleo (y no en metas limitadas, como el control de la inflación), la política monetaria puede apoyar la expansión del empleo global, y lograr al mismo tiempo la expansión del empleo de cuidados y la eliminación de la presión sobre los salarios de los trabajadores y trabajadoras del cuidado (véase el capítulo 4). La expansión de los servicios de cuidado se ha justificado en términos macroeconómicos con argumentos tanto “desde la perspectiva de la oferta” como “desde la perspectiva de la demanda”. En lo que respecta a la perspectiva de la oferta, la prestación de servicios de cuidado se defiende por su potencial para aumentar la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y para apoyar el futuro desarrollo del capital humano a través de la educación de los niños y niñas.¹⁰² Desde el prisma de la demanda, quienes preconizan los efectos macroeconómicos de una expansión de los servicios públicos de cuidado en los países desarrollados y en desarrollo¹⁰³ ponen de relieve el aspecto de la prestación de servicios de cuidado como una “inversión”, porque conduce a la creación de empleos de calidad comparativamente mejor y realiza una contribución fundamental a la creación de capital humano (capítulo 5).¹⁰⁴

Las políticas de protección social proporcionan los marcos de política y normativa esenciales y las instituciones que regulan las responsabilidades de cuidado. Influyen en el apoyo a los receptores de cuidados, en la situación de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, estén ocupados o no, y en las maneras en que se prestan los cuidados. Los sistemas de protección social definen qué tipo de cuidados es más apropiado y deseable, quién debería proporcionar los cuidados (a través de los sectores público, privado o voluntario), quién debería pagar los cuidados (por medio de sistemas contributivos, no contributivos o basados en la responsabilidad del empleador, o a través de prestaciones universales o sujetas a la comprobación de medios económicos), independientemente de que la prestación se cubra mediante servicios o pagos (como los pagos monetarios independientes y personales para la prestación de cuidados) y de la naturaleza y los niveles de las prestaciones/compensaciones destinadas a los cuidadores y de las condicionalidades vinculadas con las mismas. Una dimensión específica de los sistemas de protección social es el trato de la prestación de cuidados infantiles y las políticas públicas establecidas para proporcionar servicios de cuidado infantil (o apoyarlos). Estos abarcan la naturaleza de los servicios públicos y privados de cuidado infantil y la medida en que están disponibles, la existencia de políticas que facilitan la participación de los progenitores tanto en el cuidado directo como en el empleo remunerado (como las licencias de maternidad, paternidad y parental remuneradas), y la existencia de subvenciones o prestaciones en efectivo para ayudar a las familias a comprar servicios de cuidado infantil o a emplear a un trabajador o trabajadora del cuidado. Estas políticas determinan si los cuidados son prestados por cuidadores o cuidadoras a tiempo completo no remunerados (familiares, en su mayoría madres, que proporcionan cuidados infantiles a tiempo completo), o por cuidadoras y cuidadores no remunerados que combinan la prestación de cuidados con un empleo (véanse los capítulos 2 y 3).

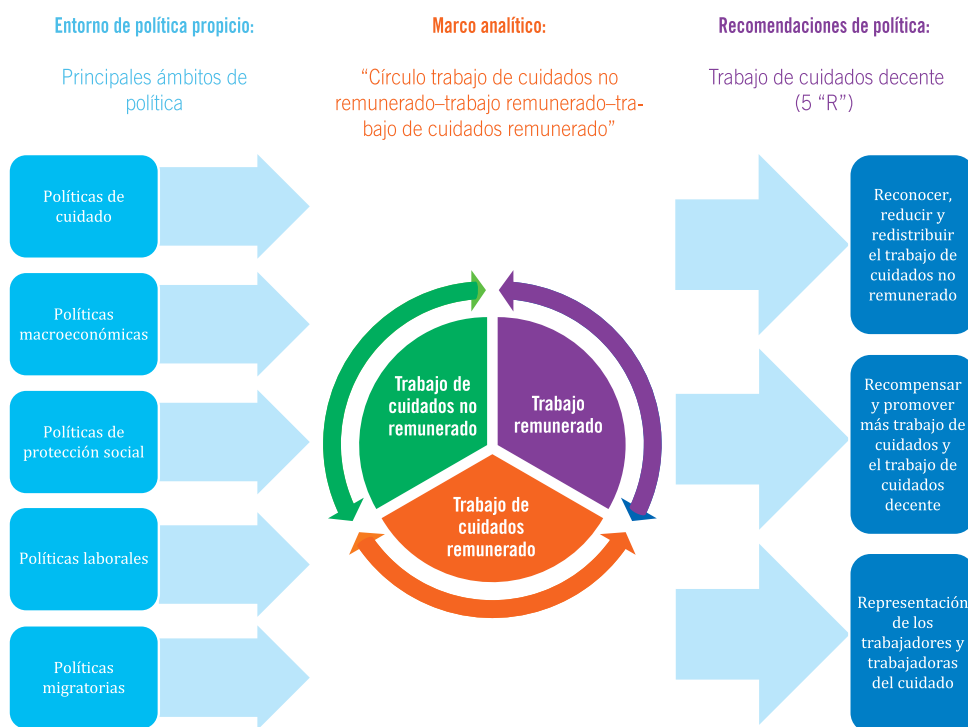
Las políticas laborales, incluidas las políticas de protección laboral y las normas del trabajo, regulan los derechos y obligaciones de los trabajadores y los empleadores a nivel macro; las instituciones y organizaciones, incluidas las empresas privadas, las cooperativas y otras empresas de la economía social y solidaria, a nivel meso, y las modalidades, relaciones y prácticas de empleo formales e informales a nivel micro. Las políticas laborales brindan oportunidades, o presentan retos, para las cuidadoras y cuidadores no remunerados, así como para las personas con discapacidades, que comienzan o retoman un empleo remunerado. Las políticas de protección laboral aclaran los derechos y obligaciones de las partes en la relación de trabajo, en particular para todos los trabajadores y empleadores en la economía del cuidado. Establecen normas del trabajo, como las condiciones de trabajo, el salario (incluida la igualdad de remuneración), la ordenación del tiempo de trabajo (incluida la compensación de las horas extraordinarias) y el acceso a mecanismos de recurso, así como medidas para facilitar la transición de la economía informal a la economía formal. Las políticas sectoriales contribuyen a definir la posición de los trabajadores y trabajadoras del cuidado en el mercado de trabajo, en los diferentes sectores relacionados con los cuidados, incluida la salud y el trabajo social, la educación y el trabajo doméstico. Las políticas laborales brindan además oportunidades de empleo y pueden mejorar la integración en el mercado de trabajo de todos los grupos de la sociedad (véanse los capítulos 4 y 6). Otras dimensiones clave son los principios fundamentales de la gobernanza y los derechos en

el trabajo de la libertad sindical y la negociación colectiva de los trabajadores y trabajadoras del cuidado (incluidos los que se encuentran en la economía informal) y de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, y la facilitación de un contexto de no discriminación y de protección contra la violencia y el acoso. Las políticas laborales también determinan los “derechos civiles” fundamentales, como las políticas de accesibilidad para las personas con discapacidades.

Las políticas migratorias son las normas que regulan la salida de un país y la entrada en el mismo, las cuotas y las disposiciones especiales para grupos particulares de personas, el asentamiento y los derechos de naturalización, así como los derechos laborales, sociales, políticos y civiles otorgados a los migrantes. Las políticas migratorias determinan la naturaleza y la sostenibilidad de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados, definiendo el tiempo que pueden permanecer los trabajadores y trabajadoras del cuidado migrantes; su situación en cuanto a la residencia y la posibilidad de reunificación familiar; si se favorece a los trabajadores y trabajadoras del cuidado calificados en relación con los trabajadores y trabajadoras del cuidado poco calificados; si se reconocen las credenciales, competencias y calificaciones a través de las fronteras, y si existen políticas de contratación equitativa, entre otras cosas.¹⁰⁵ Las políticas migratorias pueden abordar la desigualdad por motivos de género, raza y clase tanto en los países emisores como de destino. El grado en que las políticas de cuidado se combinan con las políticas macroeconómicas, migratorias, laborales y de protección social de los países de destino determina el papel que desempeñan las mujeres y hombres migrantes en la economía del cuidado y las condiciones en que trabajan y prestan servicios de cuidado.

El gráfico 1.7 expone los marcos tanto analítico como de política de este informe. Muestra la relación entre los cinco ámbitos de política principales que comprenden el entorno de política propicio (columna izquierda) para abordar el “círculo trabajo de cuidados no remunerado–trabajo remunerado–trabajo de cuidados” remunerado (gráfico central), y las recomendaciones de política que reflejan los resultados deseados en el marco de las cinco “R”, inspirado tanto en los ODS como en el Programa de Trabajo Decente. Estas recomendaciones de política sientan las bases para la mejor vía hacia el trabajo de cuidados para un futuro con trabajo decente. Ofrecen los medios para lograr el trabajo de cuidados decente, mediante el reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidados no remunerado; la promoción de más trabajo y del trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, y la garantía de la representación de los trabajadores y trabajadoras del cuidado, del diálogo social, y de los derechos de negociación colectiva (columna derecha).

Gráfico 1.7. La mejor vía hacia el trabajo de cuidados para un futuro con trabajo decente: marcos analítico y de política



Fuente: Elaboración propia.

El presente informe sigue la estructura de estos marcos analítico y de política con el objetivo de identificar y analizar sus interconexiones, comprender el papel que desempeñan las políticas en su establecimiento y determinar la mejor vía hacia el trabajo de cuidados. En el capítulo 2 se analizan los vínculos entre el trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo remunerado, mostrando la manera en la que la desigualdad en el trabajo de cuidados no remunerado contribuye a la desigualdad de género en el empleo. En el capítulo 3 se estudian las deficiencias en las políticas de cuidado y sus efectos en la perpetuación de la desigualdad de género en el trabajo y otros resultados perjudiciales que afectan concretamente a los receptores de cuidados. En el capítulo 4 se examina la relación entre el trabajo remunerado y el trabajo de cuidados remunerado, mostrando los efectos en el mercado de trabajo que tienen la oferta insuficiente de trabajadores y trabajadoras del cuidado y el déficit de trabajo decente en el trabajo de cuidados remunerado. También se cierra el círculo de las conexiones, estudiando el modo en que las condiciones de la prestación de cuidados no remunerada repercuten asimismo en las condiciones de trabajo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado. El capítulo 5 muestra el alcance potencial de la creación de empleo en los sectores del cuidado, y el papel determinante que desempeñarán los empleos de cuidado decentes en un futuro con trabajo decente. Por último, el capítulo 6 presenta las recomendaciones y medidas de política que proporcionan los pilares para la consecución de la mejor vía hacia los cuidados a través del trabajo decente, a fin de orientar la acción transformadora de los mandantes de la OIT.

NOTAS

- 1 Daly, 2001.
- 2 Razavi, 2013.
- 3 Duffy, 2011.
- 4 Razavi, 2007.
- 5 Jochimsen, 2003.
- 6 Según la situación en el empleo (CISE-93), esto se refiere a trabajadores asalariados en hogares privados, empresas o en el sector público, miembros de cooperativas de productores, empleadores y trabajadores por cuenta propia.
- 7 Tal como se define en el Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189).
- 8 En este informe se prefiere esta definición para describir esta forma de prestación de cuidados no remunerada a la definición basada en el concepto de cuidados “informales”. El término “informales” se refiere a la prestación de cuidados remunerada sobre una base profesional proporcionada en la economía informal o en el marco de una relación de trabajo informal, de conformidad con la Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal, 2015 (núm. 204).
- 9 Yeandle *et al.*, 2017.
- 10 Una minoría de 1500 millones de adultos no tiene responsabilidades de cuidado: 800 millones de hombres y 700 millones de mujeres.
- 11 Chioda, 2016.
- 12 Domínguez-Serrano 2012.
- 13 Razavi y Staab, 2010.
- 14 Véase el capítulo 4 y el anexo A.3.
- 15 OIT, 2016a.
- 16 Estos resultados están impulsados por las nuevas estimaciones para los Estados árabes y China (véase el capítulo 4).
- 17 Nussbaum, 2017.
- 18 El trabajo excluye las actividades que no conllevan la producción de bienes o servicios (p.ej., la mendicidad y el hurto) y el autocuidado (p.ej., la higiene y el ocio) y las actividades que no pueden ser realizadas por otra persona (como dormir y aprender).
- 19 Tal como se define en la resolución, “el trabajo de producción para el autoconsumo” hace referencia a “alguna actividad para producir bienes o prestar servicios para uso final propio”. La prestación de servicios para uso final propio comprende la contabilidad y administración del hogar, la preparación y/o servicio de comidas, la limpieza, decoración y tareas de mantenimiento del propio hogar, y el cuidado de los niños, el transporte y el cuidado de personas a cargo, incluidas las personas de edad y otros miembros del hogar.
- 20 Estas “otras actividades productivas” incluyen actividades tales como los servicios no remunerados prestados a la comunidad o el trabajo en prisión no remunerado impuesto por un tribunal o autoridad similar; y el servicio militar o civil alternativo no remunerados, que podrían considerarse una forma de trabajo específica a efectos de la medición (por ejemplo, trabajo obligatorio no remunerado para terceros”); véase OIT, 2013d, pág. 3.
- 21 En el pasado, el análisis de los datos de las encuestas sobre el uso del tiempo ha considerado la recolección de madera y de agua como un elemento del trabajo de cuidados y del trabajo doméstico no remunerados, y podría haber motivos para identificar subsecciones de la producción de bienes para uso final propio como trabajo de cuidados. En este informe, el trabajo de cuidados se asocia con la prestación de servicios, en consonancia con las nuevas definiciones de “trabajo de producción de bienes y servicios para el autoconsumo” establecidas en la 19.ª CIET.
- 22 Folbre, 2006b.
- 23 Esta categoría también puede incluir la prestación de servicios de cuidado: por ejemplo, trabajo penitenciario impuesto no remunerado limpiando las instalaciones, lavando la ropa, cocinando y sirviendo comidas.
- 24 Antonopoulos, 2009.
- 25 Grimshaw y Rubery, 2015.
- 26 OIT, 2016c.
- 27 Sepúlveda Carmona, 2013.
- 28 Antonopoulos, 2009, pág. 5.
- 29 Zacharias, Antonopoulos y Masterson, 2012.
- 30 Razavi, 2013; Glenn, 2000.
- 31 Himmelweit, 2017.
- 32 Esta denominación se desprende de UNRISD (2016), que sitúa a los cuidadores y cuidadoras y los receptores de cuidados en el mismo marco de justicia social.
- 33 Shakespeare y Williams, de próxima publicación.
- 34 Sainsbury, 2013.
- 35 Shakespeare y Williams, de próxima publicación.
- 36 Esquivel y Kaufmann, 2017.
- 37 El Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (núm. 156) y la Recomendación que lo acompaña (núm. 165), 1981, de la OIT.
- 38 Himmelweit, 2006.
- 39 OCDE, 2017a.
- 40 Himmelweit, 2017.
- 41 OIT, 2017d.
- 42 OIT, 2013b; Yeandle *et al.*, 2017.
- 43 Yeandle *et al.*, 2017.

- 44 Ferreira, 2013.
- 45 *Ibid.*
- 46 Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016.
- 47 Ferguson, 2013.
- 48 OIT, 2016j.
- 49 Razavi, 2013.
- 50 OIT, 2017j.
- 51 Hepple, 2017.
- 52 Lansky *et al.*, 2017a.
- 53 Elson, 1998; Razavi, 2013.
- 54 ONU Mujeres, 2017.
- 55 OIT, 2015b; OIT, 2018a.
- 56 OMS, 2011; Duncan, 2007; Agencia Europea de Medio Ambiente, 2006; Filleul, Larrieu y Lefranc, 2011; Nogueira *et al.*, 2005; Pirard *et al.*, 2005.
- 57 UNESCO, 2016a.
- 58 Carling, Carino y Sherpa, 2015.
- 59 Guzmán *et al.*, 2009.
- 60 OIT, 2017e; Sunuwar, 2015.
- 61 CEPAL, 2013.
- 62 OIT, 2017e.
- 63 EIGE, 2012.
- 64 Banco Mundial y AUS AID, 2014.
- 65 Hallegatte *et al.*, 2016.
- 66 Sainsbury, 2013; Flynn y Schwartz, 2017.
- 67 Yeates, 2012.
- 68 Giddens, 1992, y Padilla *et al.*, 2007, citado en Razavi, 2013.
- 69 Banco Mundial 2016. Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/700521437416355449/FCslist-FY16-Final-712015.pdf> [30 de abril de 2018].
- 70 Razavi, 2013.
- 71 Peng, 2012.
- 72 Charmie, 2016.
- 73 Folbre, 2017.
- 74 Bernardi y Mortelmans, 2018.
- 75 Razavi, 2013.
- 76 Yeates, 2012.
- 77 Domínguez-Serrano, 2012.
- 78 Samman *et al.*, 2016.
- 79 Cálculos de la OIT basados en Naciones Unidas, 2017c, y OMS, 2018.
- 80 En el presente informe, el coeficiente de dependencia de cuidados se designa como el número de “personas a cargo”, definido como los niños y niñas de 0 a 14 años de edad, más las personas que han alcanzado o que superan la esperanza de vida sana establecida en 60 años (personas mayores), dividido por el número de personas de edades comprendidas entre los 15 años y la edad de esperanza de vida sana establecida en 60 años menos 6 años de edad (“proveedores potenciales de cuidados no remunerados”) (véase el anexo A.2.1). El coeficiente de dependencia de cuidados difiere del coeficiente habitual de dependencia, en el que tanto la población activa como dependiente se define con arreglo a determinadas franjas de edad. El coeficiente de dependencia de cuidados utiliza la esperanza de vida sana establecida en 60 años, definida por el Observatorio mundial de la salud de la OMS (2018), teniendo en cuenta la heterogeneidad demográfica de cada país.
- 81 Naciones Unidas, 2017b; Naciones Unidas, 2017c.
- 82 HelpAge, 2017.
- 83 Naciones Unidas, 2017c.
- 84 Samman *et al.*, 2016.
- 85 UNESCO, 2017.
- 86 Samman *et al.*, 2016.
- 87 OMS y Banco Mundial, 2011.
- 88 *Ibid.*
- 89 Yeandle *et al.*, 2017.
- 90 Naciones Unidas, 2017c.
- 91 Shakespeare y Williams, de próxima publicación.
- 92 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015a.
- 93 Esquivel y Kaufmann, 2017.
- 94 Lansky *et al.*, 2017; Duffy, Armenia y Stacey, 2015; Anderson y Shutes, 2014; Kofman y Raghuram, 2015.
- 95 Grupo de las Naciones Unidas de Alto Nivel, 2017, pág. 9.
- 96 *Ibid.*
- 97 ONU Mujeres, 2017, punto 19.
- 98 *Ibid.*, punto r).
- 99 Banco Mundial, 2012b, pág. 201; Woetzel *et al.*, 2015; Banco Mundial, 2015b.
- 100 UNRISD, 2016.
- 101 *Ibid.*
- 102 Esquivel y Kaufmann, 2017.
- 103 Heintz, 2015.
- 104 Klugman y Tyson, 2016.
- 105 CSI, 2016; Ilkharacan, Kim y Kaya, 2015.
- 106 Cabe señalar que los modelos basados en la perspectiva de la oferta y la demanda a los que se hace referencia aquí contienen supuestos diametralmente opuestos. Si bien los modelos basados en la perspectiva de la oferta parten de la base de que las mujeres se enfrentan a obstáculos para entrar en la fuerza de trabajo que deben eliminarse (y de que, una vez eliminados, las mujeres podrán postular a vacantes existentes idóneas para ellas), los modelos basados en la perspectiva de la demanda asumen que existe una oferta infinita de mujeres (y hombres) para realizar estos trabajos, ya que solo la falta de demanda de trabajo impide a las mujeres acceder al empleo. Ambos supuestos son extremos y pasan por alto el hecho de que la demanda y la oferta se refuerzan mutuamente.
- 107 Williams y Gavanoas, 2008.

CAPÍTULO 2

El trabajo de cuidados no remunerado y las desigualdades de género en el trabajo

PRINCIPALES MENSAJES

- El trabajo de cuidados no remunerado aporta una contribución importante a las economías de los países así como al bienestar individual y de la sociedad. Las cuidadoras y cuidadores no remunerados satisfacen la gran mayoría de las necesidades de cuidados en todo el mundo. Sin embargo, este trabajo de cuidados no remunerado sigue siendo mayormente invisible y no reconocido, y no se tiene en cuenta en la toma de decisiones.
- Las definiciones armonizadas internacionalmente y las estadísticas comparables sobre el trabajo de cuidados no remunerado, reflejadas tanto en las encuestas de la fuerza de trabajo como en las encuestas sobre el uso del tiempo, proporcionan una medición efectiva del trabajo de cuidados no remunerado como una nueva forma de “trabajo”, permitiendo con ello su reconocimiento e inclusión en las políticas nacionales.
- En todo el mundo, sin excepción, las mujeres realizan la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado, a saber, el 76,2 por ciento del total de horas dedicadas a él. En ningún país del mundo se reparte por igual ese trabajo entre hombres y mujeres.
- El trabajo remunerado de las mujeres no transforma por sí solo automáticamente la división sexual del trabajo no remunerado. En efecto, cuando se consideran conjuntamente tanto el trabajo a cambio de remuneración o beneficio como el trabajo de cuidados no remunerado, la jornada laboral de las mujeres es más larga que la de los hombres, a pesar de las considerables diferencias entre países. Esto hace que las mujeres sean sistemáticamente más pobres de tiempo que los hombres, incluso tras los ajustes realizados para considerar las horas de empleo.
- Las disparidades en la división sexual del trabajo de cuidados no remunerado y del trabajo remunerado son el resultado de la composición del hogar y de desigualdades profundamente arraigadas por motivos de sexo, ingresos, edad, educación y lugar de residencia. Las mujeres y las niñas que viven en países de ingresos bajos, en zonas rurales y con escaso nivel de renta y educación realizan una parte desproporcionadamente alta del trabajo de cuidados no remunerado.
- El trabajo de cuidados no remunerado excesivo y extenuante puede dar lugar a estrategias de cuidados que no son las mejores, con consecuencias negativas para las personas que los reciben, como los bebés, los niños y las niñas, las personas con discapacidades y las personas de edad avanzada, así como para los propios cuidadores y cuidadoras no remunerados.
- Los hombres nunca han participado tanto en la vida familiar como en el presente; en efecto, en algunos países su contribución al trabajo de cuidados no remunerado ha aumentado en los 20 últimos años. Sin embargo, la brecha de género en ese trabajo está cerrándose a un ritmo casi imperceptible entre los pocos países que cuentan con series cronológicas de datos. A este paso de tortuga, es probable que se tarde unos 210 años (esto es, no hasta 2228) en cerrar la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado en estos países.
- Tener un empleo al tiempo que responsabilidades familiares es la norma en todo el mundo. En 2018, 1400 millones de personas empleadas (principalmente hombres) viven con personas dependientes de cuidados. Sin embargo, la composición del hogar afecta de manera diferente a la participación de las mujeres y de los hombres en el mercado de trabajo.

En comparación con las mujeres solteras, las mujeres que viven en hogares ampliados tienen 16,6 puntos porcentuales menos de probabilidad de estar activas en el mercado de trabajo, mientras que, en el caso de los hombres, el mismo valor es realmente 0,5 puntos porcentuales superior, haciéndolos más activos.

- A escala mundial, el principal motivo indicado por las mujeres en edad de trabajar para estar fuera de la fuerza de trabajo es el trabajo de cuidados no remunerado, mientras que para los hombres el principal motivo es “estar estudiando, enfermo o discapacitado”. En 2018 existen 647 millones de cuidadores no remunerados a tiempo completo. Representan el mayor grupo de participantes que pierde el mercado de trabajo en todo el mundo. De ellos, 606 millones son mujeres.
- Sin excepción, la cantidad de tiempo dedicado por las mujeres al trabajo de cuidados no remunerado aumenta considerablemente con la presencia de hijos pequeños en el hogar. Esto se traduce en lo que puede denominarse una “penalización en el empleo vinculada con la maternidad”, que se observa continuamente en todas las regiones entre las mujeres que viven con hijos pequeños y que se acentúa particularmente en los países de ingresos medios. En contraste, hay una “prima en el empleo vinculada con la paternidad”, presentando los padres las tasas más altas de empleo relativas a la población en comparación no solo con los hombres que no son padres, sino también con las mujeres que no son madres y con las que lo son.
- El trabajo de cuidados no remunerado es uno de los principales obstáculos para que las mujeres consigan trabajos de mejor calidad. Las mujeres con hijos menores de 6 años trabajan menos horas a cambio de remuneración o beneficio que los hombres y que las mujeres que no son madres. Las mujeres con responsabilidades de cuidados también tienen más probabilidades de trabajar por cuenta propia y de trabajar en la economía informal y menos de cotizar al régimen de seguridad social.
- La desigualdad de género en el hogar y en el empleo se deriva de representaciones de las funciones productiva y reproductiva de los hombres y las mujeres que están basadas en el género y que persisten en las diferentes culturas y contextos socioeconómicos.

El trabajo de cuidados no remunerado puede ser muy gratificante para quien lo presta y muy beneficioso para quienes los reciben. También es indispensable para el bienestar humano y el desarrollo de las capacidades de los pueblos. Sin embargo, quién presta esos cuidados y cómo los presta incide de manera importante en el bienestar de las personas y de la sociedad, lo que comprende la igualdad en el hogar y en el lugar de trabajo. Además, la división por género del trabajo de cuidados no remunerado determina la cantidad y la calidad del empleo remunerado de las mujeres.¹

La distribución del trabajo de cuidados no remunerado muestra no solo que hay muchas más mujeres que hombres desempeñando este tipo de trabajo (y durante más horas) sino que, entre las propias mujeres, algunas pasan mucho más tiempo que otras ocupadas en él.² Además, la prestación de cuidados no remunerados constituye un reflejo de las desventajas basadas en el género, la clase, la raza y el lugar, la discapacidad y la condición respecto del VIH y el sida, y la nacionalidad, entre otras cosas.³

El presente capítulo, al aplicar una lente interseccional, puede presentar las disparidades sociodemográficas, económicas y de género aplicables a la división del trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo remunerado, dos componentes del “círculo de los cuidados” (véase el capítulo 1). A continuación muestra cómo estas disparidades son consecuencia de la composición del hogar y de las desigualdades profundamente arraigadas que están basadas en el sexo, la clase, el origen, la educación y la localización del trabajo.⁴ El objetivo consiste en analizar las persistentes desigualdades en la fuerza de trabajo utilizando como elemento de entrada el dominio del trabajo que no es de mercado, esto es, las actividades que se desempeñan dentro de la frontera general de la producción del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) de 2008 (véase el gráfico 1.1 del capítulo 1). A tal fin, se adoptan tres enfoques que están basados en fuentes de datos e indicadores diferentes, aunque

complementarios. Se trata, en primer lugar, del volumen de horas consagradas al trabajo de cuidados no remunerado, medido por 67 encuestas sobre el uso del tiempo; en segundo lugar, la adopción de indicadores esenciales del mercado de trabajo desglosados por “composición de hogar” en tanto que sustituto de la extensión y la distribución del trabajo de cuidados no remunerado según el resultado de unas 90 encuestas sobre la fuerza de trabajo; y en tercer lugar, el estudio de las actitudes de las mujeres y de los hombres con respecto a la división del trabajo de cuidados remunerado y no remunerado que son debidas a las normas sociales imperantes, según los resultados que arrojan los datos disponibles en materia de actitudes.

El presente capítulo se divide en tres secciones. En la primera se recurre a los datos sobre el uso del tiempo para definir el trabajo de cuidados no remunerado y examinar su magnitud, naturaleza y valor. También examina las tendencias con respecto a las principales desigualdades en la prestación de trabajos de cuidados no remunerados en las últimas décadas. En la segunda sección se parte de un análisis de datos sobre la fuerza de trabajo con el fin de evaluar la magnitud y las características del mercado de trabajo de los cuidadores no remunerados. Lo que sale a la luz es hasta qué punto la presencia de personas dependientes en un hogar produce múltiples penalizaciones relacionadas con el empleo para una gran mayoría de mujeres. En la tercera y última sección se estudia cómo las normas sociales configuran las actitudes tanto de las mujeres como de los hombres con respecto a la división del trabajo de cuidados remunerado y no remunerado las cuales perpetúan las persistentes desigualdades de género en el trabajo.

2.1. EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y LAS PERSONAS QUE LO PRESTAN

En las sociedades de todo el mundo, la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado ha venido siendo prestado sin remuneración por la familia o el hogar sobre la base de relaciones de parentesco y familiares. Normalmente hay una gran desproporción entre el tiempo que las mujeres dedican al trabajo de cuidados no remunerado y el que dedican los hombres, con independencia del lugar, la clase y la cultura.⁵ El modelo según el cual el hombre sale a ganar el pan y la mujer se queda a prestar los cuidados sigue siendo el ideal dominante y normativo de las relaciones de género a nivel mundial; en virtud del mismo, la función principal del hombre es la de tener un trabajo remunerado y proporcionar alimento y refugio, y a la mujer le corresponden las tareas de los cuidados y de la crianza en la familia. Y ello a pesar de que las mujeres registran tasas de participación en el mercado de trabajo que son elevadas o están en aumento. Como consecuencia, suele decirse que las mujeres que tienen un trabajo remunerado trabajan un “segundo turno” o experimentan una “doble jornada”, una en el hogar y otra en el trabajo.

Con todo, se registran variaciones en las pautas de asignación de tiempo en el trabajo de cuidados no remunerado. Las mujeres que viven en comunidades rurales muy intervencionales pueden recibir ayuda de otras mujeres de la familia; por el contrario, las que han migrado recientemente a zonas urbanas pueden descubrir que no tienen tanto acceso a tales formas de ayuda informal. Allí donde no se dispone de agua del grifo ni de electricidad, quizá las mujeres rurales tengan que dedicar más tiempo a las faenas domésticas en comparación con sus compañeras urbanas. Cuando las políticas públicas apoyan los cuidados infantiles (por ejemplo, reconociendo la baja parental remunerada y creando guarderías públicas) o el cuidado de los ancianos, las mujeres pueden utilizar estos servicios con el fin de reducir el tiempo que consagran a algunas tareas de cuidados no remuneradas (véase el capítulo 3). En los países en desarrollo, las mujeres que ganan relativamente mucho suelen trabajar menos en cuidados no remunerados que sus compañeras que ganan poco gracias a que pueden comprar los servicios de quien las sustituya durante el tiempo que de otro modo habrían consagrado a los trabajos domésticos o al cuidado de los hijos (por ejemplo, mediante la contratación de una trabajadora doméstica o niñera, o pagando para que los hijos acudan a la guardería). En contraste, las mujeres que ganan poco disponen normalmente de menos flexibilidad económica y, a falta de sustitutos públicos o asequibles para la prestación de cuidados, se ven obligadas a trabajar un “doble turno”.

2.1.1. Definiciones y medición

La separación tradicional entre trabajo económico y “no económico” ha tenido como resultado la marginalización, minusvaloración y privatización del trabajo que no es de mercado, especialmente aquellas actividades asociadas a la maternidad y a los cuidados. A estas actividades “no económicas” se las ha situado fuera de la esfera productiva y, por consiguiente, del “reino del trabajo”.⁶ Como se describe en el capítulo 1, “la adopción de la Resolución I sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización” por la 19.^a Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) (2013) estableció un nuevo concepto de “trabajo” (véase gráfico 1.1, capítulo 1). Antes de la adopción de esta Resolución no existía ninguna norma internacional sobre estadísticas del trabajo con la que definir como trabajo la prestación de servicios para uso propio ni tampoco el trabajo voluntario. Esto significaba que trabajos tales como los servicios de prestación no remunerada de cuidados y los servicios domésticos no remunerados para el hogar y los familiares propios, o el trabajo voluntario no remunerado, no se medían de manera metódica, aun cuando las estadísticas sobre la fuerza de trabajo lo captaban. El cambio introducido por la 19.^a CIET es rompedor, pues recalca que el trabajo se realiza en cualquier tipo de unidad económica, incluso la del hogar y la comunidad.⁷ Por tanto, reconoce como trabajo los servicios no prestados en el contexto de las transacciones de mercado. Se trata de un importante reconocimiento de cuán vitales son para el funcionamiento de cualquier economía la “producción de servicios para el autoconsumo” y quienes los prestan sin remuneración.

Como se define en el capítulo 1, el trabajo de cuidados no remunerado es un trabajo que se desempeña sin remuneración para sostener el bienestar, la salud y el mantenimiento de otras personas en un hogar o en la comunidad, y comprende los cuidados tanto directos como indirectos (esto es, el trabajo doméstico rutinario).⁸ En el recuadro 2.1 se proporciona una definición del trabajo de cuidados y doméstico no remunerado, basada en la definición, recién adoptada y armonizada en las estadísticas internacionales, del trabajo y de las formas de trabajo. Este marco ya es evidente también en la Clasificación Internacional revisada de Actividades para Estadísticas sobre el Uso del Tiempo (ICATUS 2016), y facilitará la producción de estadísticas significativas y comparables sobre el uso del tiempo en los países y a lo largo del tiempo.⁹

Al proporcionar orientación sobre la medición del trabajo, la Resolución I de la 19.^a CIET resalta la función complementaria de las encuestas sobre la fuerza de trabajo (siendo las encuestas de hogares las mejor adaptadas para la recopilación de estadísticas sobre la fuerza de trabajo y el trabajo, incluido el trabajo de producción para el autoconsumo) y de los instrumentos especializados sobre los hogares, como las encuestas sobre el uso del tiempo. A estas encuestas se las considera “una de las principales fuentes estadísticas sobre la participación y el tiempo dedicado al trabajo de producción para el autoconsumo y al trabajo voluntario, que son necesarias para realizar análisis sobre los individuos, los hogares y macroeconómico”.¹⁰ Las encuestas sobre la fuerza de trabajo y el uso del tiempo son ambas pertinentes para la producción de estadísticas y de indicadores sobre dos dimensiones esenciales y complementarias relacionadas con el trabajo de cuidados no remunerado: la primera es la magnitud y las características de la población en edad de trabajar que participa en formas de trabajo no remunerado (esto es, en trabajo de producción para el autoconsumo, el trabajo en formación no remunerado y el trabajo voluntario), medida por número de personas e indicadores de tasas de participación; la segunda es el tiempo de trabajo que se consume participando en estas actividades no remuneradas, medido por indicadores del volumen de trabajo (esto es, las horas realmente trabajadas), de acuerdo con las normas estadísticas internacionales sobre el tiempo de trabajo.¹³

Recuadro 2.1. Definiciones de trabajo de cuidados no remunerado en la Resolución I de la 19.ª CIET y la ICATUS 2016 en paralelo

En el presente informe se entiende por trabajo de cuidados no remunerado la prestación de servicios para uso final propio, el trabajo voluntario en hogares que presta servicios de cuidados a otros hogares y el trabajo de cuidados en formación no remunerado, como se establece en la Resolución I de la 19.ª CIET (véase el gráfico 1.1). De él se excluyen las actividades productivas comprendidas en la “producción de bienes para el autoconsumo” (como la fabricación de productos para el autoconsumo, el acarreo de madera o de agua, la agricultura de subsistencia) y el empleo “con fines de lucro” (como la de contribuir al trabajo familiar, por ejemplo, o trabajar en un negocio familiar sin percibir sueldo o salario alguno).¹¹

Por consiguiente, las personas que cuentan como ocupadas en la prestación de servicios para uso final propio son aquellas que, encontrándose en edad de trabajar y durante un breve período de referencia, ejecutaron algunas de las siguientes actividades:

- la contabilidad y administración del hogar, la compra y/o transporte de bienes del hogar;
- la preparación y/o servicio de comidas, eliminación de desechos y reciclaje de residuos del hogar;
- la limpieza, decoración, y tareas de mantenimiento de la vivienda y las instalaciones, de los bienes duraderos del hogar y de otros bienes, y las labores de jardinería;
- el cuidado y educación de los niños, el transporte y cuidado de los miembros del hogar (mayores, dependientes u otros), y de los animales domésticos o mascotas del hogar, etc.

La ICATUS 2016 es compatible con la Resolución I de la 19.ª CIET y en ella se identifican varias “actividades productivas fuera de la frontera de producción del SCN, pero dentro de la frontera general de producción”.¹² Estas actividades son un reflejo de la lista anterior de servicios no remunerados de cuidados y comprenden:

i. *Servicios domésticos no remunerados para el hogar y los miembros de la familia, incluidos:*

- la administración y preparación de alimentos y comidas;
- la limpieza y el mantenimiento de la vivienda y sus alrededores;
- la decoración mediante bricolaje, el mantenimiento y las reparaciones;
- los cuidados y el mantenimiento de textiles y calzado;
- la administración del hogar para el propio uso final;
- el cuidado de mascotas;
- las compras para el hogar y los miembros de la familia;
- los viajes, los desplazamientos, el transporte o el acompañamiento de bienes o personas relacionados con servicios domésticos no remunerados para el hogar y los miembros de la familia; y
- los demás servicios domésticos no remunerados para el hogar y los miembros de la familia.

ii. *Servicios no remunerados de prestación de cuidados para miembros del hogar y familiares, incluidos:*

- el cuidado y la educación de los niños;
- el cuidado de adultos dependientes;
- la ayuda para miembros adultos del hogar no dependientes y familiares;
- los viajes y el acompañamiento de bienes o personas en relación con servicios no remunerados de prestación de cuidados para miembros del hogar y familiares; y
- las demás actividades relacionadas con servicios no remunerados de prestación de cuidados para miembros del hogar y familiares.

Fuente: Elaboración propia basada en OIT, 2013d, y Naciones Unidas, 2017a.

La metodología usada para las encuestas se basa en el uso o bien de registros diarios detallados o bien de preguntas de entrevista sencillas que están concebidas para registrar la forma en que los encuestados en edad de trabajar distribuyen su tiempo realizando las diversas actividades a lo largo de las 24 horas de uno o varios días, durante un determinado período de referencia.¹⁴ Los diarios y las preguntas resultan especialmente adecuados como método para captar las actividades de trabajo de cuidados no

remunerado realizadas simultáneamente, como el cuidado de los hijos y las labores domésticas, o de forma intermitente, por ejemplo, el amamantamiento o las atenciones a un familiar enfermo. Constituyen una fuente potencialmente útil que sirve para elaborar estimaciones del tiempo total de trabajo que abarcan todas estas formas diferentes de trabajo y para evaluar y perfeccionar la calidad de las estimaciones sobre empleo y volumen de trabajo derivadas de otras encuestas de hogares.¹⁵

Cabe hacer observar aquí que los analistas han puesto de relieve que existen problemas con la armonización y la comparabilidad de los datos sobre el uso del tiempo. Por ejemplo, en la clasificación de actividades de algunos países no se hace separación entre el cuidado de los niños y el de los adultos, ni entre el acarreo del agua y el tiempo para los viajes. Asimismo, debido a que no se recopilan con periodicidad datos ni sobre el trabajo voluntario ni sobre el tiempo que se destina al trabajo remunerado, no se los puede utilizar con fines comparativos. Aunque se considera que los registros diarios constituyen el mejor método para medir las actividades no remuneradas, este método de registro no se aplica sistemáticamente en cada región (América Latina, por ejemplo), factor que necesariamente compromete las comparaciones entre países. También plantea problemas la periodicidad de los datos, puesto que las encuestas sobre el uso del tiempo no se administran constantemente a lo largo del tiempo y algunos de los únicos datos por país de que se dispone están anticuados. Es importante observar que con frecuencia no se dispone de un desglose por sexo de los datos sobre el uso del tiempo publicados por los informes de estadísticas nacionales, lo que afecta a la calidad de los análisis de género. Se espera que la adopción de la ICATUS 2016 aborde algunos de estos problemas. En cualquier caso, las encuestas sobre el uso del tiempo siguen siendo la norma para medir el volumen del trabajo de cuidados no remunerado y sus pautas y diferencias dentro de los hogares y entre ellos.¹⁷

Las encuestas de la fuerza de trabajo también están evolucionando para recoger los conceptos y la orientación que proporciona la Resolución I de la 19.^a CIET. Esas encuestas suponen la principal fuente de información para captar las pautas generales de participación de la población en el mercado de trabajo y se las utiliza cada vez más como fuente para las estadísticas sobre la participación en formas de trabajo no remuneradas. Además, constituyen una importante herramienta para poner de relieve los vínculos existentes entre el trabajo no remunerado, en todas sus formas, y la situación en el mercado laboral. A tal fin, es posible añadir de forma periódica o continua a las encuestas sobre la fuerza de trabajo pequeños módulos o suplementos sobre la prestación de servicios para uso final propio, el trabajo en formación no remunerado y el trabajo voluntario basados en metodologías de diarios o preguntas retrospectivas, convirtiéndose en un medio eficaz para medir el trabajo de cuidados no remunerado.¹⁸ Hace poco, la OIT puso en marcha un trabajo metodológico para poner a prueba las distintas formas de medir la participación y el tiempo consagrado a la prestación de servicios para uso final propio mediante encuestas de hogares. Se pusieron a prueba los enfoques que recurren a preguntas retrospectivas estilizadas para su inclusión directa en las encuestas de la fuerza de trabajo o las encuestas conexas de hogares.¹⁹

La pertinencia del trabajo de cuidados no remunerado para el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) según su seguimiento por la meta 5.4 del ODS (véase el capítulo 1) así como las recientes novedades en la adaptación de las estadísticas de trabajo a las definiciones del uso del tiempo anuncian una mejora en la medición y, por tanto, el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado. Esto será posible gracias al desarrollo de estadísticas internacionalmente armonizadas y comparables sobre servicios no remunerados de prestación de cuidados captadas por encuestas sobre la fuerza de trabajo y sobre el uso del tiempo. Gracias a este enfoque se puede entender mejor la función desempeñada por el trabajo de cuidados no remunerado no solo para determinar las desigualdades de género dentro del empleo remunerado, sino también para reforzar una amplia gama de otras desigualdades dentro de la fuerza de trabajo. La medición eficaz del trabajo de cuidados no remunerado ayudaría por tanto a mejorar tanto la formulación de las políticas económicas, sociales y de mercado de trabajo como su aplicación (véase el capítulo 6).

2.1.2. Magnitud, naturaleza y valor del trabajo de cuidados no remunerado

La magnitud del trabajo de cuidados no remunerado

Como se indica en la Resolución I de la 19.^a CIET, la magnitud de la prestación de cuidados no remunerada se puede evaluar en términos tanto del volumen de horas de trabajo como del número de cuidadoras y cuidadores no remunerados. Las estimaciones basadas en datos sobre el uso del tiempo (correspondientes a varios años) para 64 países que cuentan con esos datos tanto en el trabajo remunerado como en el trabajo de cuidados no remunerado, que representan el 66,9 por ciento de la población en edad de trabajar²⁰, muestran que el tiempo consagrado al trabajo de cuidados no remunerado (prestación de servicios para uso final propio) se elevaba a 16 400 millones de horas por día, correspondiendo a las mujeres más de las tres cuartas partes (76,2 por ciento) del total (véase la sección 2.1.3). Esto equivale al trabajo sin remunerar a tiempo completo (esto es, 40 horas semanales) de 2000 millones de personas.

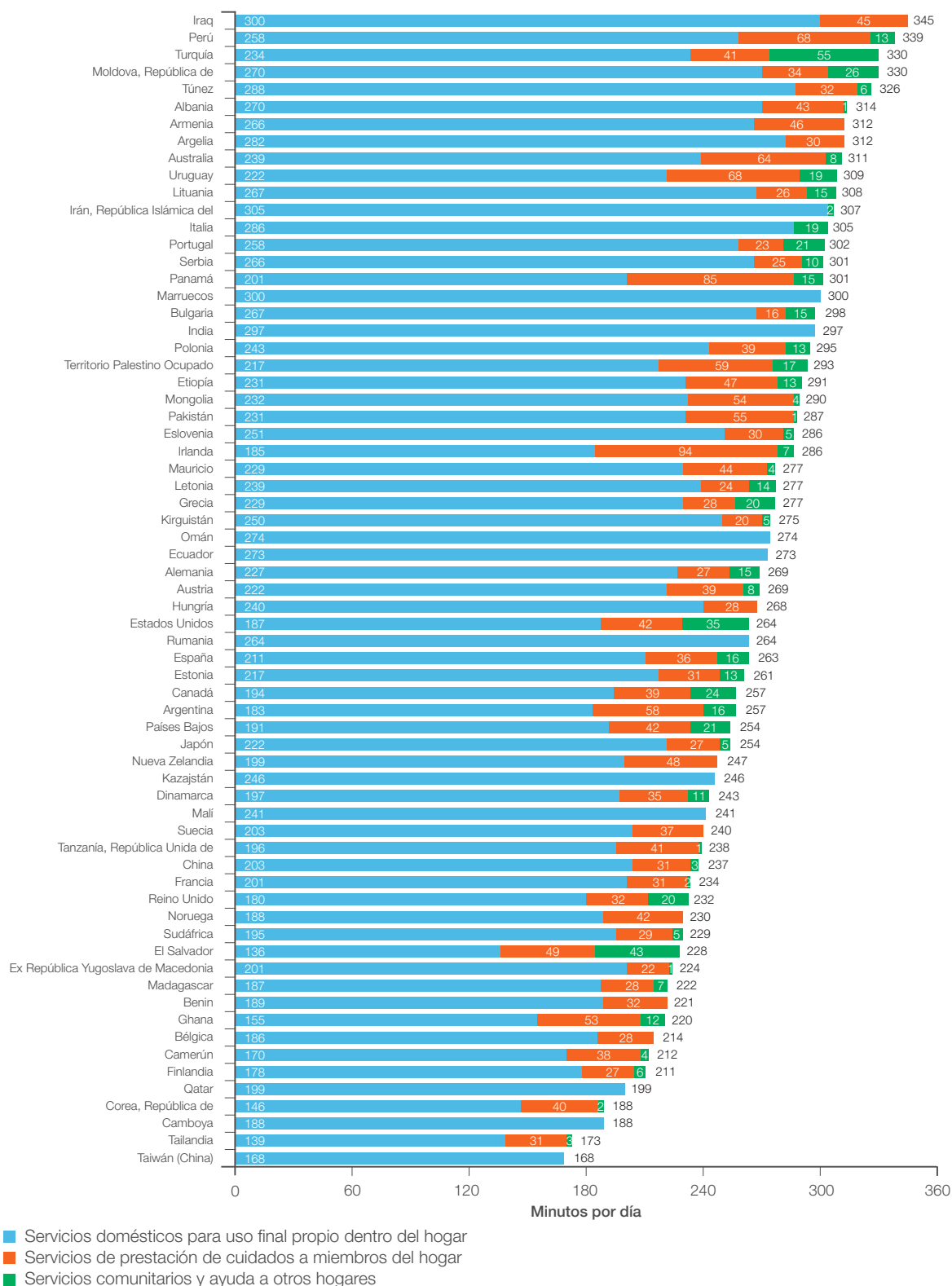
El tiempo que dedican las mujeres al trabajo de cuidados no remunerado varía enormemente de unos países a otros, oscilando desde un máximo de 345 minutos por día (cerca de la cuarta parte de las 24 horas del día) en el caso del Iraq, a un mínimo de 168 minutos por día (2 horas y 48 minutos por día) en el de Taiwán (China) (véase el gráfico 2.1). El valor medio correspondiente a 67 países que cuentan con datos sobre el uso del tiempo en el trabajo de cuidados no remunerado lo representan Austria y Alemania, donde ese tipo de trabajo realizado por las mujeres es de 269 minutos (4 horas y 29 minutos, o sea, el 18,7 por ciento de las 24 horas del día). El tiempo que consagran los hombres al mismo tipo de trabajo oscila desde los 200 minutos (3 horas y 20 minutos, o sea, el 13,9 por ciento de las 24 horas del día) en Moldova a únicamente 18 minutos en Camboya, con un valor medio de 110 minutos (1 hora y 50 minutos) en Qatar. La brecha entre los valores máximo y mínimo es un factor de 11. En promedio, los hombres dedican 83 minutos al trabajo de cuidados no remunerado, mientras que las mujeres dedican 265 minutos, más de tres veces el tiempo que dedican los hombres.²¹

La naturaleza del trabajo de cuidados no remunerado

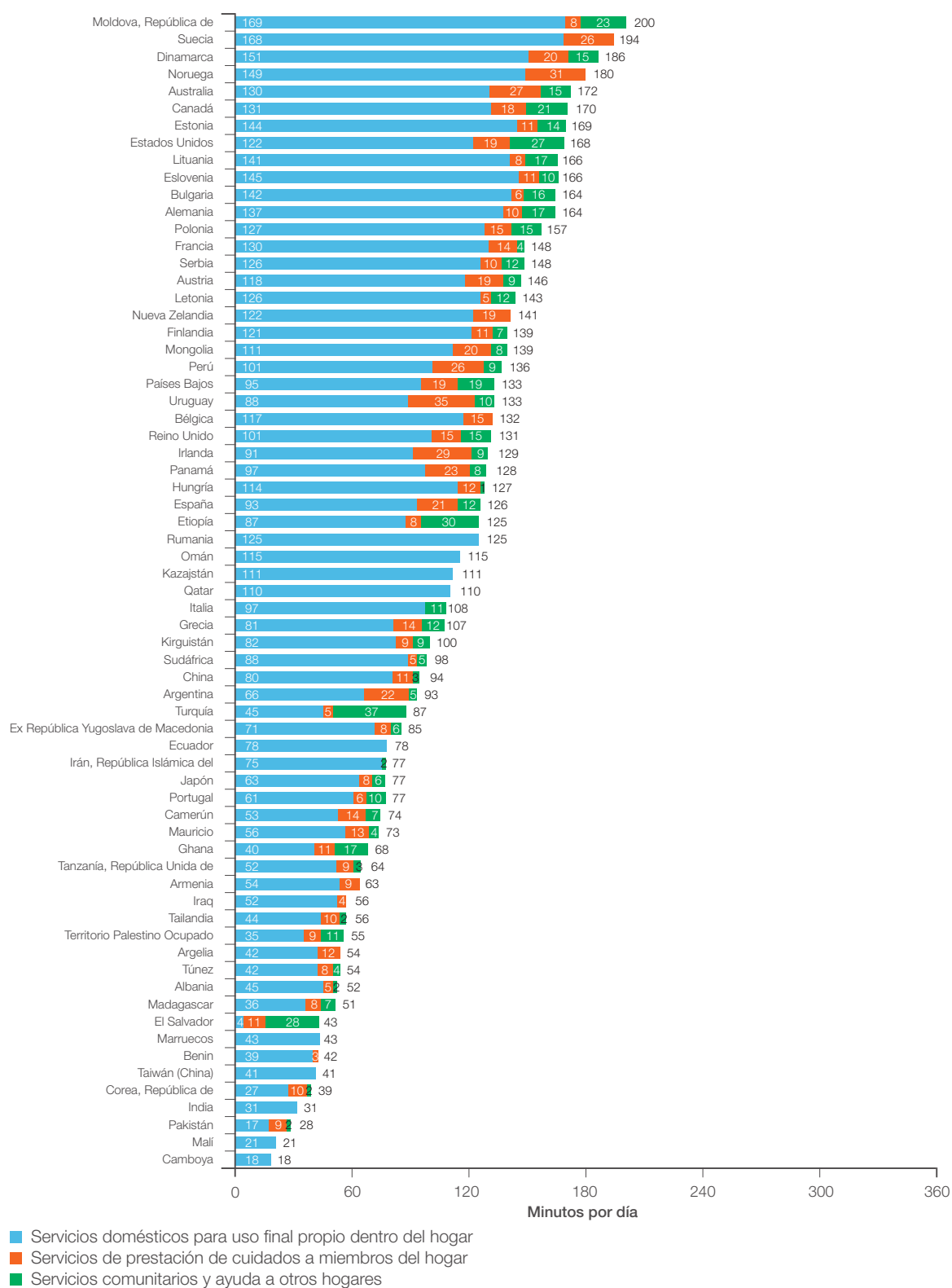
En el gráfico 2.1 se presentan las tres principales categorías de trabajo de cuidados no remunerado desglosadas utilizando encuestas disponibles sobre el uso del tiempo. Comprenden lo siguiente: trabajo doméstico (servicios domésticos para uso final propio dentro del hogar, cuidados indirectos); servicios de prestación de cuidados a miembros del hogar (cuidados directos); y trabajo voluntario (servicios de cuidados comunitarios y ayuda a otros hogares, cuidados directos e indirectos). En promedio, el 81,8 por ciento del trabajo de cuidados no remunerado consiste en trabajo rutinario doméstico, medido en tanto que actividad primaria. La prestación de cuidados directos a miembros de la familia representaba el 13,0 por ciento del total, en comparación con el 5,2 por ciento en el caso del trabajo voluntario. La prevalencia relativamente menor de los cuidados directos tiene que ver con el hecho de que las personas dependientes de esos cuidados no están presentes en todos los hogares. De hecho, en 2018 hay 3300 millones de personas en edad de trabajar que no tienen responsabilidades de prestación de cuidados; de estas, 1700 millones son hombres y 1600 millones, mujeres (véase la sección 2.2). Hay también una cuestión de método relacionada con el hecho de que en las encuestas sobre el uso del tiempo con frecuencia el trabajo de cuidados se realiza al mismo tiempo que otras labores domésticas y, por tanto, tiende a incluirse en la categoría de actividad secundaria o superior, y como resultado se obtiene una subestimación de los “cuidados directos”.²² La elevada tasa de prevalencia del trabajo del hogar resalta la importancia de los “cuidados indirectos” como algo que es necesario para todos los adultos.

Gráfico 2.1. Tiempo dedicado diariamente al trabajo de cuidados no remunerado, al trabajo remunerado y al trabajo total, por sexo, región y grupo de ingresos, último año disponible

Panel a. Mujeres



Panel b. Hombres

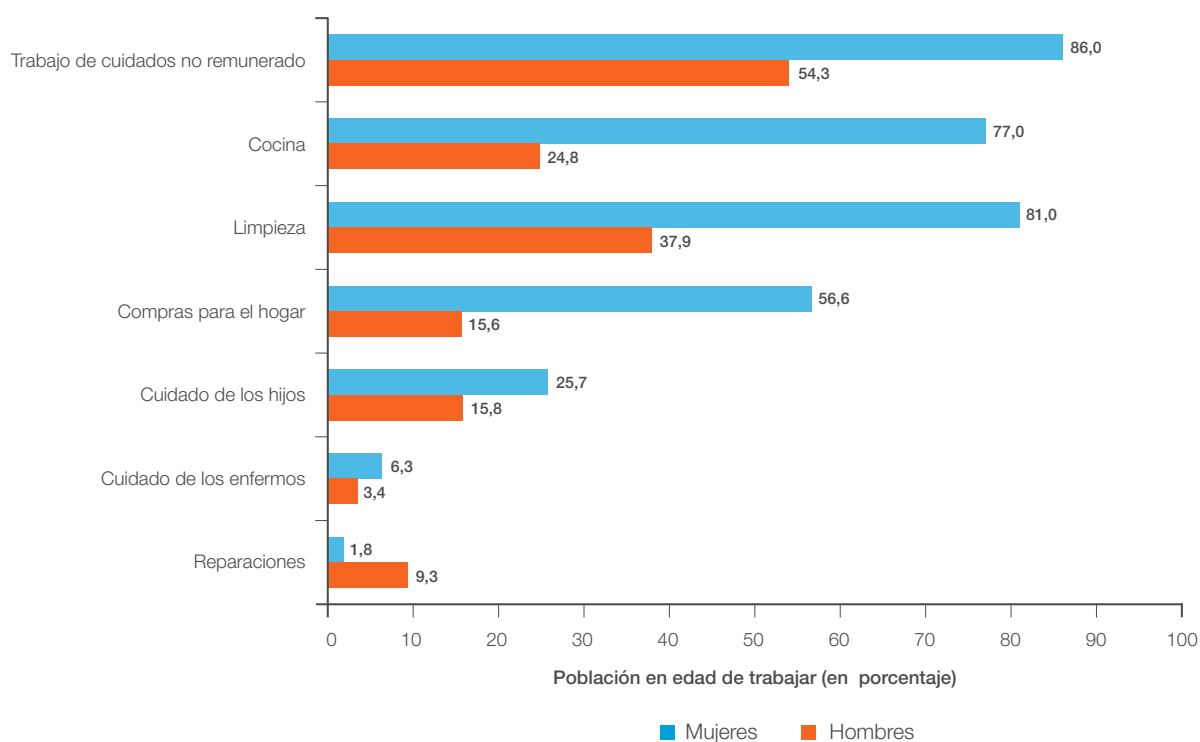


Nota: Grupo de edad: 15 y más años. (67 países). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.1 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición.

En el gráfico 2.2 se ilustra cómo en el caso de Camboya todos los servicios de cuidados y del hogar corren a cargo predominantemente de las mujeres (un total del 86,0 por ciento de mujeres frente al 54,3 por ciento de hombres). La participación de las mujeres en tareas de cocina, limpieza, compra y cuidados directos es siempre mayor que la de los hombres. La única excepción es la de la categoría de “reparaciones domésticas”, actividad que ejecuta el 9,3 por ciento de los hombres frente al 1,8 por ciento de las mujeres. Esta segregación por géneros en las actividades de cuidados no remuneradas responde a un conjunto de normas y percepciones sociales relativas a una división “natural” de las tareas domésticas que es común a países distintos de Camboya, con independencia del nivel de renta nacional y de los hogares (véase también la sección 2.1.3). El trabajo de cuidados no remunerado que hacen los hombres tiende a concentrarse normalmente en actividades “masculinas” como las reparaciones domésticas, cuando su parte total del trabajo de cuidados no remunerado es baja.

Gráfico 2.2. Proveedores de servicios para uso propio por sexo y grupo de actividad, Camboya, 2010



Nota: Grupo de edad: 15 y más años.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de la encuesta sobre la fuerza de trabajo de Camboya.

La significación y la naturaleza del trabajo de cuidados no remunerado (tanto directo como indirecto) tiende a variar de unos países a otros de acuerdo con la renta per cápita, siendo particularmente considerable y extenuante en los países de ingresos bajos, especialmente para las mujeres y los niños que viven en zonas rurales (véase también la sección 2.1.4). Como se expuso en el capítulo 1, esto guarda relación con la falta de servicios básicos y de infraestructuras, como el acceso adecuado al suministro de agua, el saneamiento, los servicios financieros, la electricidad, las carreteras, el transporte seguro, tecnologías que permiten ahorrar tiempo, la enseñanza, los cuidados de salud y otras políticas y servicios en materia de protección social y cuidados.²³ Otros factores importantes son la estructura de la población, la composición y el tamaño de las familias y las normas culturales que influyen en la división del trabajo por géneros (véanse también las secciones 2.1.4 y 2.1.5).

El VIH y otras epidemias también contribuyen al aumento de la prestación de trabajo de cuidados no remunerado, especialmente en los países con una elevada prevalencia de VIH. Sobre todo en la agricultura, las mujeres están siendo expulsadas de la fuerza de trabajo para que cuiden de los enfermos y moribundos.²⁴ Un informe de la OIT de 2018 estima que en 2020 el volumen adicional de trabajo de cuidados no remunerado que será necesario para atender las necesidades de las personas parcial o totalmente incapaces de trabajar debido a síntomas del sida representará entre 30 000 y 70 000 personas-años.²⁵ A escala mundial, este volumen adicional de trabajo de cuidados no remunerado sería equivalente a unas 40 000 personas incapaces de participar en el trabajo remunerado para 2020 debido a la demanda de trabajo de cuidados no remunerado a causa del sida.²⁶

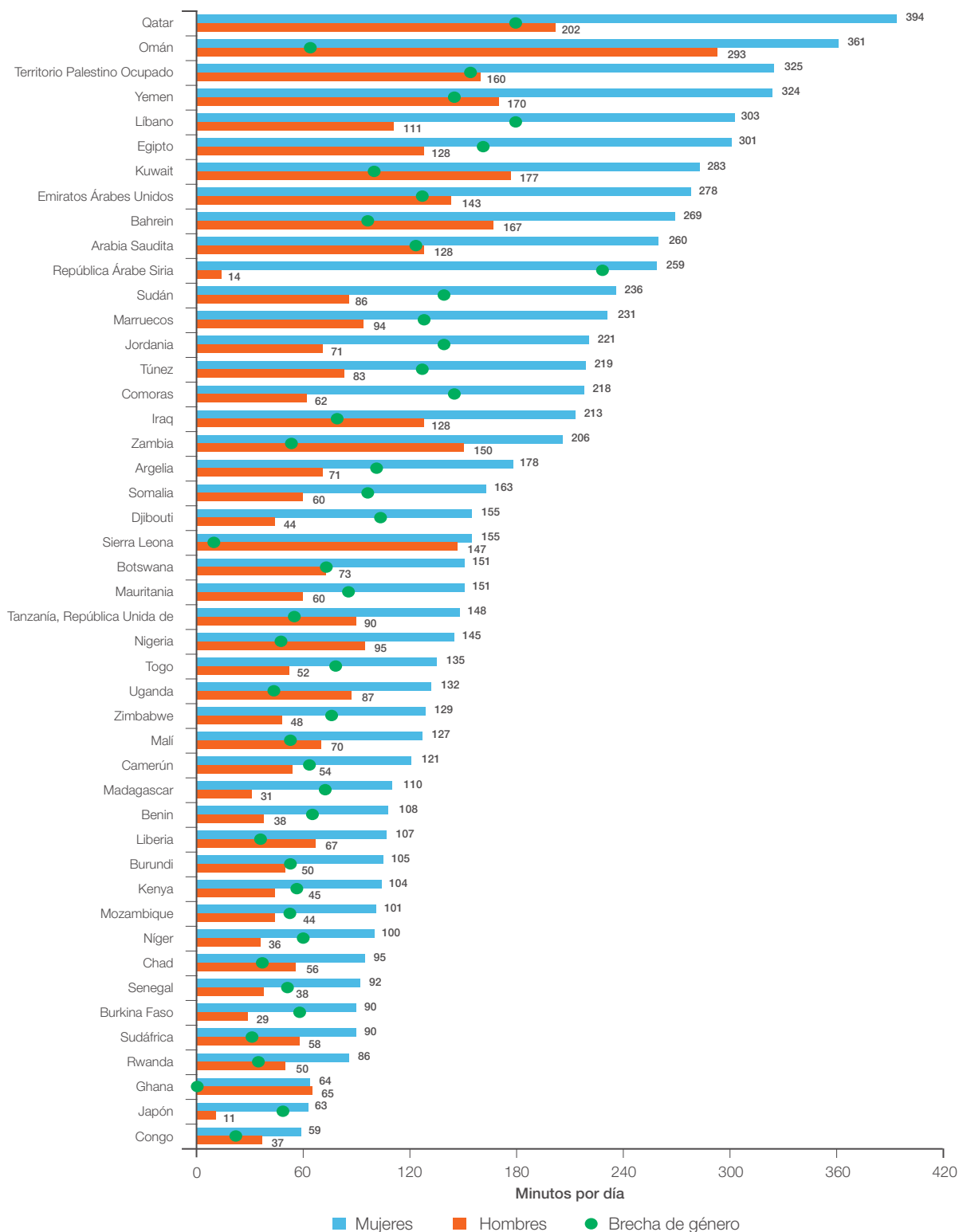
Al analizar únicamente el tiempo dedicado al cuidado de los niños, una reciente Encuesta Mundial de Gallup basada en datos extraídos de 46 países revela que el tiempo que las mujeres y los hombres dicen haber dedicado al cuidado de los niños varía considerablemente (gráfico 2.3). Se ve que así sucede incluso en países con un nivel equivalente de desarrollo; se trata de una conclusión que apunta a la función que desempeñan al respecto las políticas de cuidado (véase el capítulo 3). El tiempo dedicado a los cuidados infantiles oscila desde un máximo de 6 horas y 34 minutos por día en Qatar a solo 59 minutos por día en el Congo. En conjunto, las mujeres siguen desempeñando la mayor parte de esos cuidados, en promedio tres veces más que los hombres.

El valor del trabajo de cuidados no remunerado

La magnitud del trabajo de cuidados no remunerado es enorme y con frecuencia compensa la falta de gasto público en servicios e infraestructura de cuidados. Representa una transferencia de recursos de las mujeres (y muy pocos hombres) a la sociedad y la economía.²⁷ A pesar de su contribución, el trabajo de cuidados no remunerado está excluido de la principal medida de la riqueza nacional calculada por el Producto Interior Bruto (PIB). El resultado de ello es que se infravalora la actividad económica en general y se quita importancia al valor del bienestar personal, familiar y del conjunto de la sociedad. Así lo puso de relieve la Comisión sobre la Medición del Rendimiento Económico y el Progreso Social²⁸, al afirmar que “el PIB es insuficiente para calibrar el bienestar a lo largo del tiempo, especialmente en sus dimensiones económica, medioambiental y social”, aduciendo, entre otras cosas, que excluye a los servicios producidos por el trabajo de cuidados no remunerado.

El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) de las Naciones Unidas²⁹ fijó criterios para la compilación de la información económica que ha de entrar en el cálculo del PIB y otros agregados macroeconómicos. El SCN 2008 aduce como razones para no incluir el trabajo de cuidados no remunerado dentro de la frontera de producción del SCN “el aislamiento y la independencia relativa de esas actividades con respecto al mercado, la gran dificultad de obtener estimaciones económicamente significativas de sus valores, y los efectos negativos que su utilización en las cuentas podría introducir en el diseño de la política económica y en el análisis de los mercados y de sus desequilibrios”.³⁰ Merece la pena analizar esto. En primer lugar, el trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo remunerado guardan una relación fundamental; no son independientes el uno del otro (véase el capítulo 1). Cuando las mujeres ingresan en la fuerza de trabajo, por definición el PIB sube, mientras que no se toma en consideración la reducción concomitante en el trabajo de cuidados no remunerado. Por supuesto, esto no significa que por tanto las mujeres no deban ingresar en la fuerza de trabajo; pero la consiguiente reducción en el trabajo de cuidados no remunerado ha de ser sustituida por otro trabajo de cuidados, remunerado o no, con el fin de que se mantenga sin verse afectado el bienestar total, dimensión que en la actualidad no se capta en los agregados económicos. Algo similar puede argumentarse cuando los recortes de fondos gubernamentales para servicios públicos hacen subir la demanda de trabajo de cuidados no remunerado, que de nuevo es una dimensión a la que invariablemente no se tiene en cuenta. El aumento en “eficiencia” que suele esgrimirse en tales casos es artificial en la medida en que puede tener un efecto negativo si entonces no se prestan en absoluto los cuidados o si las personas que los prestan tienen que tomarse tiempo libre de su trabajo remunerado con el fin de cuidar a otros. Además, al no reconocer que el trabajo de cuidados no remunerado es una inversión en generaciones futuras, se subestima la inversión total (véase el capítulo 6).³¹

Gráfico 2.3. Minutos dedicados diariamente a cuidados infantiles por sexo, último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años (46 países). El año más reciente se refiere bien a 2008, bien a 2011.
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de la Encuesta Mundial de Gallup (Gallup World Poll).

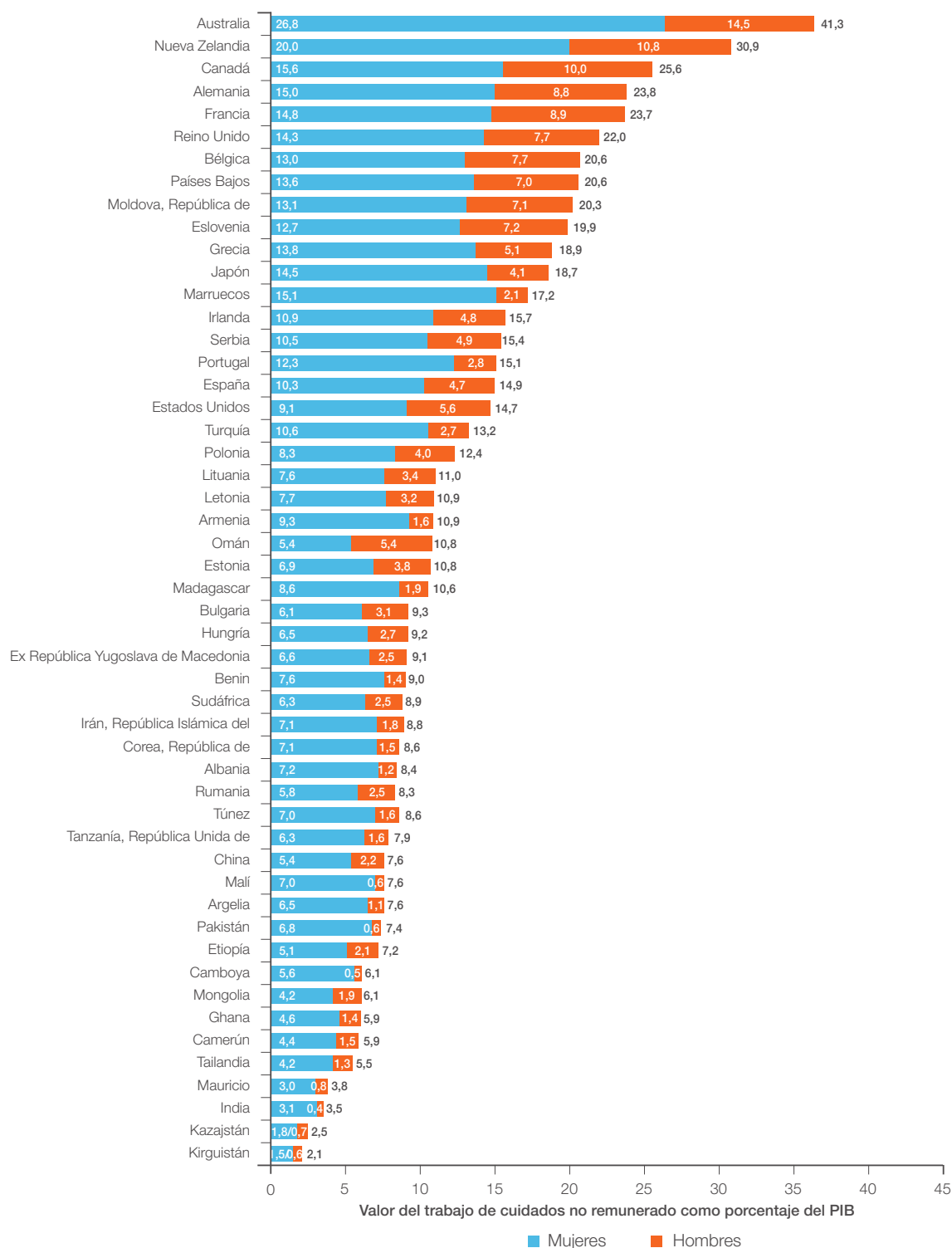
Se dispone de varios métodos para asignar un valor económico al trabajo de cuidados no remunerado, más allá de su valor intrínseco individual y para la sociedad, y por tanto para hacerlo visible.³² Los métodos de evaluación de insumos atribuyen un valor monetario al tiempo consagrado al trabajo de cuidados no remunerado, utilizando como coste del tiempo una de las siguientes opciones: a) el salario en el mercado de la persona que realiza el trabajo no remunerado; b) los ingresos medios (o el salario mínimo) correspondientes a todas las personas que participan en la economía (lo que se conoce como enfoques de costo de oportunidad); c) el salario medio que se paga a una trabajadora o trabajador doméstico; o d) el salario medio que se paga por cada tarea no remunerada como si el hogar hubiera empleado a una cuidadora o un cuidador especializado (por ejemplo, para trabajos de cocina, enfermería, enseñanza, etc.) para realizarlo (lo que se conoce como enfoques de costo de sustitución). La evaluación del producto, por su parte, atribuye un valor propio de mercado al bien público que se deriva del trabajo de cuidados no remunerado (por ejemplo, niños y adultos sanos, alimentos nutritivos, hogares limpios, etc.).

En 1995, en Beijing, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer adoptó una recomendación para mejorar la obtención de datos sobre el trabajo no remunerado y elaborar métodos para valorar dicho trabajo para su presentación en cuentas satélites u otras cuentas oficiales que son distintas de las cuentas del PIB pero en consonancia con ellas. Los avances en la recopilación de datos sobre el uso del tiempo y en los métodos de valoración proporcionan la base de la información para calcular las Cuentas Satélites del Sector de los Hogares con las que medir y cuantificar el valor del producto del trabajo no remunerado y de los hogares (o producción de los hogares) al margen del PIB pero dentro de la frontera de producción general del SCN.^{36 37} La construcción de cuentas satélites (actualmente disponible en un amplio abanico de países en cada región) ha permitido contar con una mejor evaluación y visibilidad del valor económico del trabajo de cuidados no remunerado y de su naturaleza de género como variables macroeconómicas agregadas.³⁸

Estimaciones del valor del trabajo de cuidados no remunerado

Las estimaciones de la OIT basadas en datos de 53 países que representan el 63,5 por ciento de la población mundial en edad de trabajar indican que el trabajo de cuidados no remunerado equivaldría al 9,0 por ciento del PIB mundial si se diera un valor monetario a las horas consagradas a su prestación, sobre la base del salario mínimo por horas (enfoque del costo de oportunidad).³⁹ Esto representa un total de USD 11 billones en paridad del poder adquisitivo (PPA) en 2011. El valor del trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres representa el 6,6 por ciento del PIB mundial, o sea, USD 8 billones, mientras que la contribución de los hombres representa el 2,4 por ciento del PIB mundial, o sea, USD 3 billones. El gráfico 2.4 ilustra que el valor del trabajo de cuidados no remunerado oscila entre el 2,1 por ciento del PIB en Kirguistán al 41,3 por ciento en Australia⁴⁰, con un valor medio de alrededor del 10 por ciento. Esta evaluación sugiere que en varios países el valor del trabajo de cuidados no remunerado supera a los respectivos valores de la manufactura, el comercio, el transporte y otros sectores esenciales del mercado.⁴¹ El valor del trabajo de cuidados no remunerado representa una proporción menor del PIB en los países de ingresos medios y bajos debido a que sus salarios mínimos son inferiores.

Gráfico 2.4. Valor del trabajo de cuidados no remunerado como porcentaje del PIB, PPA USD 2011, por sexo, último año disponible



Nota: 51 países. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.
Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición, e ILOSTAT.

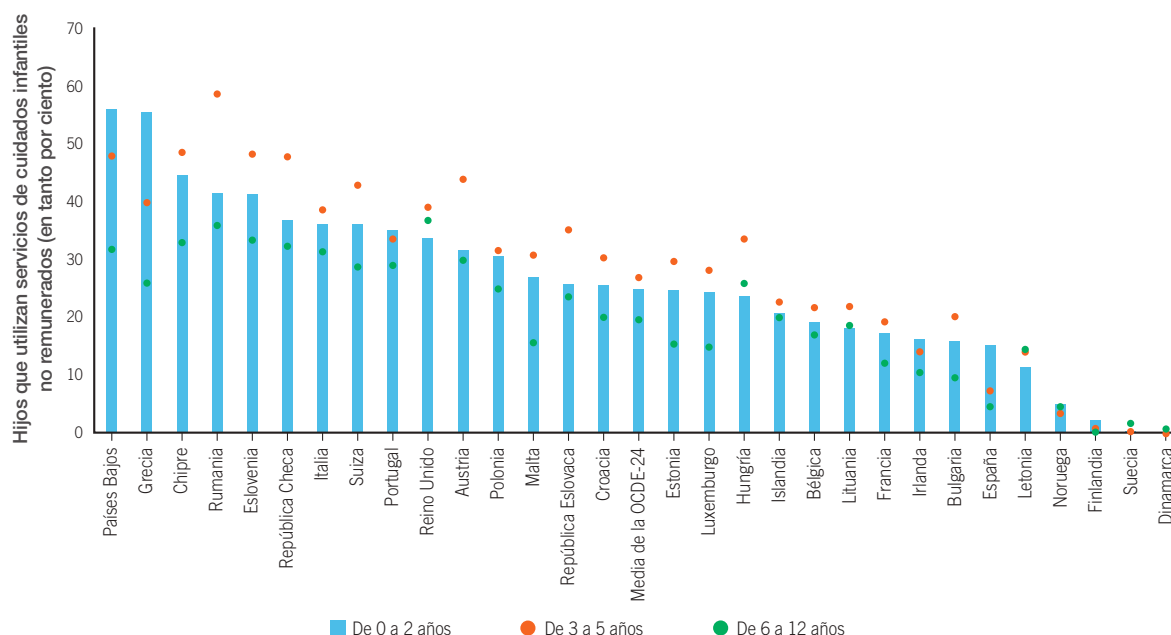
La contribución de las cuidadoras y cuidadores no remunerados

El valor del trabajo de cuidados no remunerado puede calibrarse además teniendo en cuenta la experiencia gratificante y de autorrealización que experimentan las cuidadoras y cuidadores no remunerados por prestar los cuidados, importante dimensión de esta actividad de relaciones. También puede evaluarse en términos de la necesaria contribución que aportan las cuidadoras y cuidadores no remunerados al responder a las necesidades en materia de cuidados, lo cual beneficia a las personas que los reciben (véase el capítulo 1). A nivel mundial, esas cuidadoras y cuidadores satisfacen la mayor parte de las necesidades mundiales en cuidados, con frecuencia en detrimento de sus oportunidades económicas y su bienestar personal así como los de las personas que reciben los cuidados. Entre los países se dan variaciones importantes con respecto a la medida en que las familias recurren a personas que prestan cuidados sin remuneración.

Como se expone en los capítulos 1, 3 y 4, tanto la existencia de políticas, infraestructuras y servicios en materia de cuidados así como los valores culturales constituyen determinantes esenciales de la distribución del trabajo de cuidados no remunerado.⁴² Los datos sobre 31 países en desarrollo indican que entre las formas de organizar los cuidados, la más extendida es la que se limita a la prestación de cuidados no remunerados. Más en concreto, el 39 por ciento de las mujeres empleadas con hijos menores de 6 años (el 44 por ciento de las cuales perciben ingresos bajos y el 29 por ciento, ingresos altos) fueron las principales y más frecuentes prestadoras de cuidados al tiempo que trabajaban por una remuneración o por un beneficio. Esto sugiere que las mujeres pueden estar experimentando una fuerte sobrecarga para tener que equilibrar la dispensa de cuidados con sus actividades económicas, productivas y remunerativas cuando no hay acceso a servicios de cuidados infantiles.⁴³ En la lista de quienes con más frecuencia prestan cuidados sin remuneración figuraban otros parientes (el 26 por ciento), niñas (en torno al 12 por ciento, pero solo un 3 por ciento de niños varones), vecinos o amigos (5 por ciento). Solo el 11 por ciento indicó que el cuidado de los hijos era en un marco organizado o corría a cargo de personal doméstico o contratado o de su pareja.⁴⁴

En los países de ingresos altos, las cuidadoras y cuidadores no remunerados también suponen un apoyo importante. Los datos provenientes de 30 países de ingresos altos indican que, en promedio, el 25,0 por ciento de los hijos de hasta dos años eran atendidos una hora al menos durante una semana normal en 2014 por cuidadoras o cuidadores no remunerados distintos de los padres, por ejemplo, las abuelas y abuelos u otros parientes, amigos o vecinos (véase el gráfico 2.5).⁴⁵ La demanda de cuidadoras y cuidadores infantiles no remunerados era incluso ligeramente superior entre los hijos de 3 a 5 años, elevándose al 26,9 por ciento la media de los que recibían cuidados no remunerados por personas distintas a los padres. Entre los hijos de 6 a 12 años que asistían a la escuela obligatoria descendía el recurso a cuidadoras o cuidadores no remunerados, pero aún se elevaba al 19,6 por ciento en promedio, lo que refleja al poco acceso que se tiene en muchos países a servicios formales de cuidados fuera del horario escolar.⁴⁶ En todos los grupos de edad, la proporción más baja de hijos que dependían de cuidados no remunerados se encontraba en los países nórdicos (con excepción de Islandia). Esto se corresponde con el amplio alcance de las políticas y servicios en materia de cuidados que se prestan en estos países (véase también el capítulo 3).⁴⁷ La ayuda que prestan las cuidadoras y cuidadores no remunerados también varía en su magnitud de unos países a otros, según el grupo de edad del hijo, pero en general esa magnitud es importante. Los hijos eran cuidados por personas sin remuneración durante un promedio de entre 11 horas (para el grupo de edad de 6 a 12 años) y 17 horas semanales (para el grupo de edad de cero a dos años).

Gráfico 2.5. Proporción de hijos que son cuidados por cuidadoras o cuidadores no remunerados (distintos de sus padres) durante al menos una hora a lo largo de una semana normal, por grupo de edad, 2014



Nota: 30 países.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en OCDE, 2017c.

Los abuelos (y las abuelas en particular) prestan importantes cuidados no remunerados en todo el mundo (véase la sección 2.1.4). Los datos procedentes de 11 países europeos indican que alrededor del 50 por ciento de las abuelas y los abuelos prestan ocasionalmente algún tipo de cuidados infantiles, y que el 12,5 por ciento de ellos prestan cuidados extensos, esto es, cuidados diarios durante al menos 15 horas por semana.⁴⁸ El cuidado de los hijos por las abuelas y los abuelos se encuentra más extendido entre las familias de bajos ingresos y está muy relacionado con la situación de la madre en el empleo. La probabilidad de que las abuelas presten cuidados infantiles amplios es 1,54 veces superior que la de los abuelos.⁴⁹ Aunque se piensa que la prestación de cuidados es buena para la salud de las abuelas y abuelos, los datos indican que ocuparse ampliamente de los nietos tiene una correlación con síntomas de depresión en las abuelas.⁵⁰ Los datos de la Encuesta Mundial de Gallup también sugieren que las personas mayores que viven con los nietos tienden a tener menos bienestar emocional, sobre todo en los países de rentas altas, debido a sentimientos de estrés, irritación y preocupación.⁵¹ En los países que registran una alta prevalencia de VIH, especialmente los del África oriental y meridional, las abuelas suelen recibir el encargo de cuidar a los nietos que quedaron huérfanos o bien cuidan de los nietos cuando los padres son incapaces de prestar este servicio debido a su mala salud. Se calcula que en 2016 fueron 16,5 millones los niños y niñas que perdieron a uno o a ambos padres por un motivo relacionado con el sida. Más del 80 por ciento de esos niños y niñas (13,8 millones) vivían en el África subsahariana. Un gran número de ellos pudo posteriormente ser cuidado por sus abuelas.⁵²

Por motivos de necesidad económica, malas condiciones de trabajo, redes de apoyo limitadas y falta de acceso a cuidados infantiles a precios asequibles, los padres pueden no tener más remedio que recurrir a sus propios hijos para que cuiden a sus hermanos más pequeños (véase la sección 2.1.4) o bien dejarlos desatendidos.⁵³ Los datos procedentes de 53 países, en su mayoría de ingresos bajos y medianos

(2005–2013), indican que, en promedio, el 20 por ciento de los hijos menores de 5 años no recibían cuidados de adultos durante al menos una hora en una semana, tiempo durante el cual o bien se los dejaba solos o al cuidado de un hermano o hermana menor de 10 años. Esto equivale a 35,5 millones de niños y niñas, esto es, más menores de 5 años de los que hay en toda Europa. Esta proporción es incluso más alta cuando se analizan los países de rentas bajas, en los que el 46 por ciento de menores de 5 años carecen de la debida supervisión.⁵⁴ Dicha falta de supervisión adecuada puede hacer no solo que se produzcan heridas o algo peor, sino que también puede afectar negativamente al desarrollo del niño o niña (véase el capítulo 3).⁵⁵

Se puede considerar que los servicios de cuidados infantiles no remunerados que se han descrito representan estrategias que no llegan a ser óptimas ni para quienes reciben los cuidados ni para las cuidadoras y cuidadores no remunerados, y las consecuencias son perjudiciales, especialmente para las mujeres y las niñas, que son quienes principalmente prestan cuidados infantiles dentro del hogar (véase el capítulo 1). Como se mostrará en las siguientes secciones, la suma de horas de trabajo de cuidados no remunerado y horas dedicadas al trabajo remunerado arroja como resultado cargas de trabajo que son muy intensas y que roban el tiempo. Las mujeres que soportan esas cargas disponen de menos tiempo para el ocio o incluso para un mínimo de descanso. Recientes estudios indican que la falta de tiempo entre las personas indicadas es significativa en cada uno de los siete países examinados, y oscilan entre el 38 por ciento en Ghana y el 52 por ciento en la República Unida de Tanzania. Invariablemente, las mujeres tienen menos tiempo que los hombres, incluso una vez tenidas en cuenta las horas en el empleo, puesto que soportan una carga desproporcionada del trabajo de cuidados no remunerado⁵⁶ (véase sección 2.1.3). La falta de tiempo puede producir escasez de ingresos cuando las mujeres y los hogares son incapaces de generar la renta suficiente para comprar sustitutos para una parte de su trabajo de cuidados no remunerado, ya sean en forma de contratación de servicios de cuidados, empleo de trabajadores o trabajadoras domésticos o mejoras en la infraestructura del hogar. Cuando así ocurre, sencillamente deja de prestarse una parte del necesario trabajo de cuidados no remunerado, y las largas e intensas horas de este trabajo de cuidados no remunerado resultan en su mayor parte insoportables y llegan a perjudicar el bienestar de las mujeres y de sus familias.

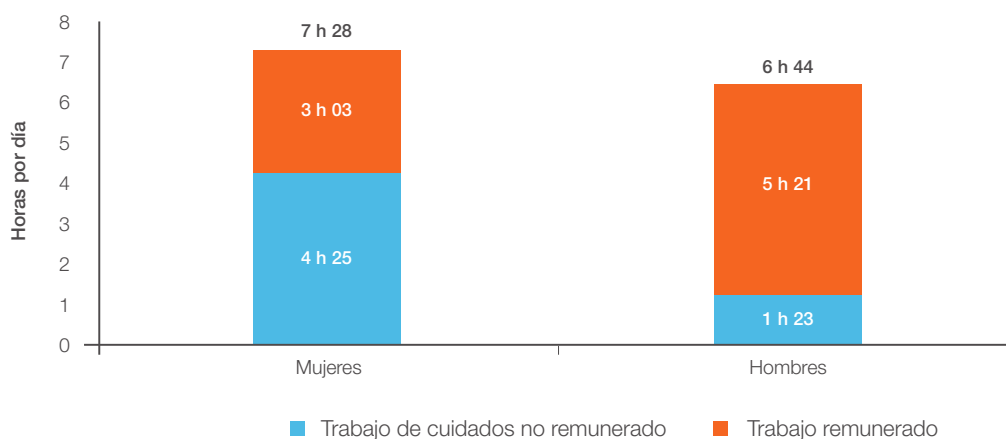
2.1.3. Brechas de género en la prestación de trabajo de cuidados no remunerado

Por todo el mundo, sin excepción, las mujeres realizan la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado, esto es, el 76,2 por ciento del total del trabajo realizado. En contraste con ello, la contribución media de los hombres al total del trabajo de cuidados no remunerado no supone ni siquiera una cuarta parte de él. A nivel mundial, en promedio las mujeres dedican 3,2 veces más horas que los hombres al trabajo de cuidados no remunerado: 4 horas y 25 minutos (265 minutos) por día frente a 1 hora y 23 minutos en el caso de los hombres (83 minutos). En promedio, en el curso de un año esto representa un total de 201 días laborables (sobre la base de una jornada laboral de 8 horas) en el caso de las mujeres y de 63 días laborables en el de los hombres.

Estimaciones mundiales

Esta llamativa brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado tiene dos efectos principales. Primero, las mujeres suponen apenas poco más de un tercio (36,3 por ciento) del volumen total del trabajo remunerado o solo el 43,1 por ciento del tiempo que los hombres dedican a la misma actividad: 3 horas y 3 minutos (183 minutos) al día para las mujeres frente a 5 horas y 21 minutos (321 minutos) para los hombres. La brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado se corresponde muy de cerca con la brecha de género en el trabajo a cambio de remuneración o beneficio. Segundo, el total de horas de trabajo al día en el caso de las mujeres (7 horas y 28 minutos) es más elevado que el de los hombres (6 horas y 44 minutos) cuando se toman en consideración ambas formas de trabajo (esto es, el trabajo a cambio de remuneración o beneficio y el trabajo de cuidados no remunerado). Esto representa una brecha de género de 44 minutos en el total del tiempo de trabajo diario (véase gráfico 2.6).

Gráfico 2.6. Distribución por género del trabajo remunerado, el trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo total entre los encuestados en edad de trabajar: Media mundial, por sexo, último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años. Estimaciones mundiales ponderadas en función de la población en edad de trabajar. 64 países que representan el 67 por ciento de la población mundial en edad de trabajar. Véase el anexo A.3, cuadro A.3.1 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.

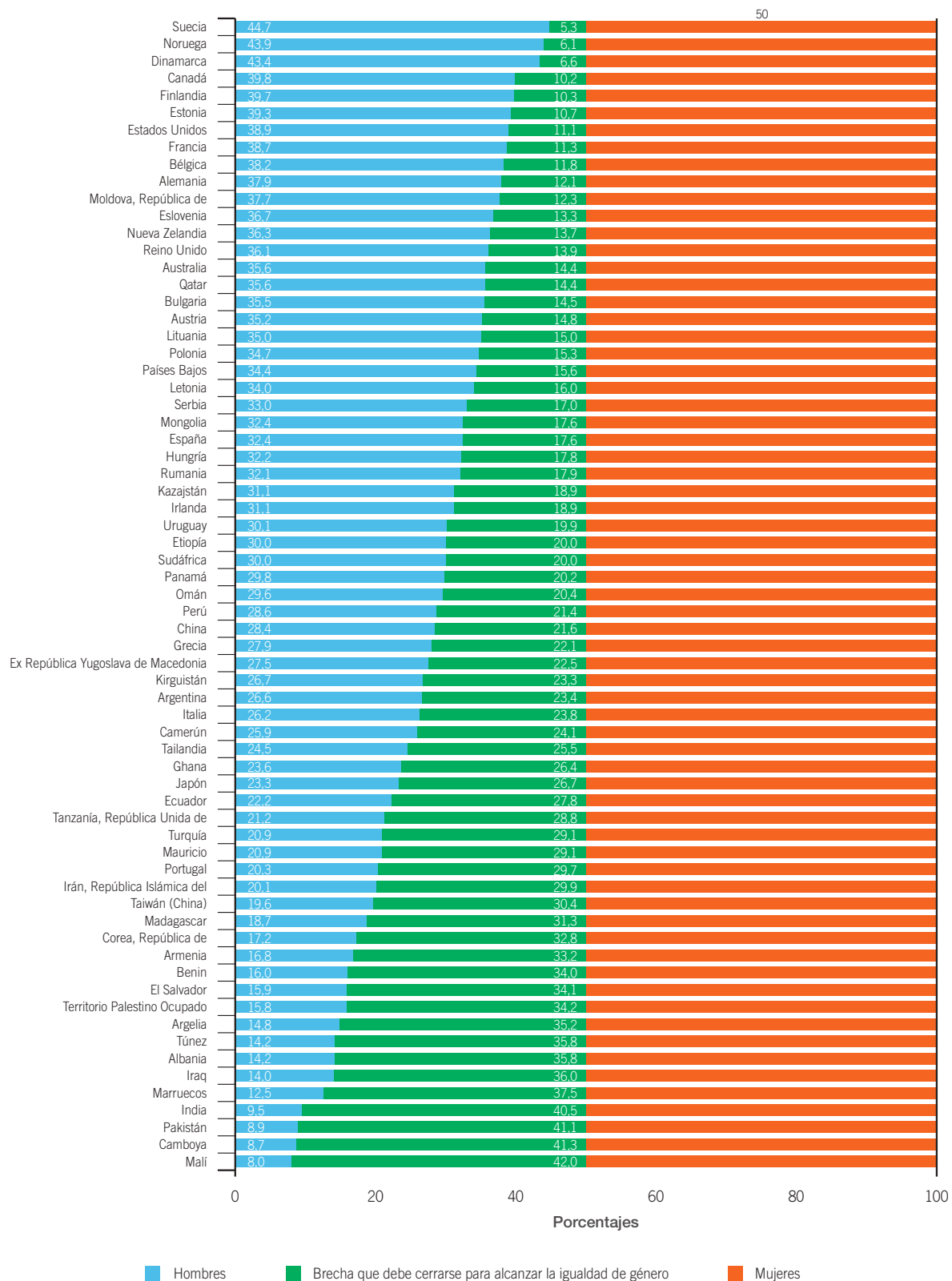
Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición.

El gráfico 2.7 ilustra la brecha que se debe cerrar con el fin de conseguir la paridad de género en la división del trabajo de cuidados no remunerado entre mujeres y hombres.⁵⁷ En ningún país del mundo prestan los hombres y las mujeres la misma proporción de trabajo de cuidados no remunerado. No obstante, en los países nórdicos europeos es donde más cerca se está de la paridad de género: los hombres realizan más del 40 por ciento del volumen total de ese tipo de trabajo. En Suecia, Noruega y Dinamarca los hombres realizan, respectivamente, el 44,7, el 43,9 y el 43,4 por ciento del total, seguidos por el Canadá, Finlandia y Estonia (más del 39 por ciento cada uno). En el otro extremo de la escala, los hombres de Malí, Camboya, el Pakistán y la India prestan menos del 10 por ciento del total del trabajo de cuidados no remunerado (8,0, 8,7, 8,9 y 9,5 por ciento, respectivamente).

Estimaciones regionales

En cada región, las mujeres dedican al trabajo de cuidados no remunerado varias veces más tiempo que los hombres: 1,7 veces más en las Américas, 2,1 en Europa y el Asia Central, 3,4 en África, 4,1 en Asia y el Pacífico y hasta 4,7 en los Estados Árabes (gráfico 2.8). A resultados de ello, en cada región las mujeres dedican menos tiempo que los hombres al trabajo remunerado: la ratio entre mujeres y hombres en el trabajo remunerado oscila desde 0,16 en los Estados Árabes a 0,56 en Europa y Asia Central, 0,57 en África y en Asia y el Pacífico y hasta 0,65 en las Américas. Más aún, las mujeres trabajan más horas que los hombres cuando se suman, juntándolos, el trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo remunerado. La ratio entre mujeres y hombres del trabajo total (remunerado y no remunerado) varía desde 1,05 en las Américas, 1,11 en Asia y el Pacífico y Europa y Asia Central, 1,19 en África hasta 1,25 en los Estados Árabes. En 7 de 64 países, los hombres destinan más horas al día en la suma del trabajo remunerado y no remunerado, registrándose la mayor diferencia en Tailandia, con 80 minutos. En todos los demás países, las mujeres trabajan más horas que los hombres en promedio, y esa brecha supera 1 hora y 30 minutos por día en 9 países y más de 2 horas en Albania, Madagascar, Malí y el Territorio Palestino Ocupado.

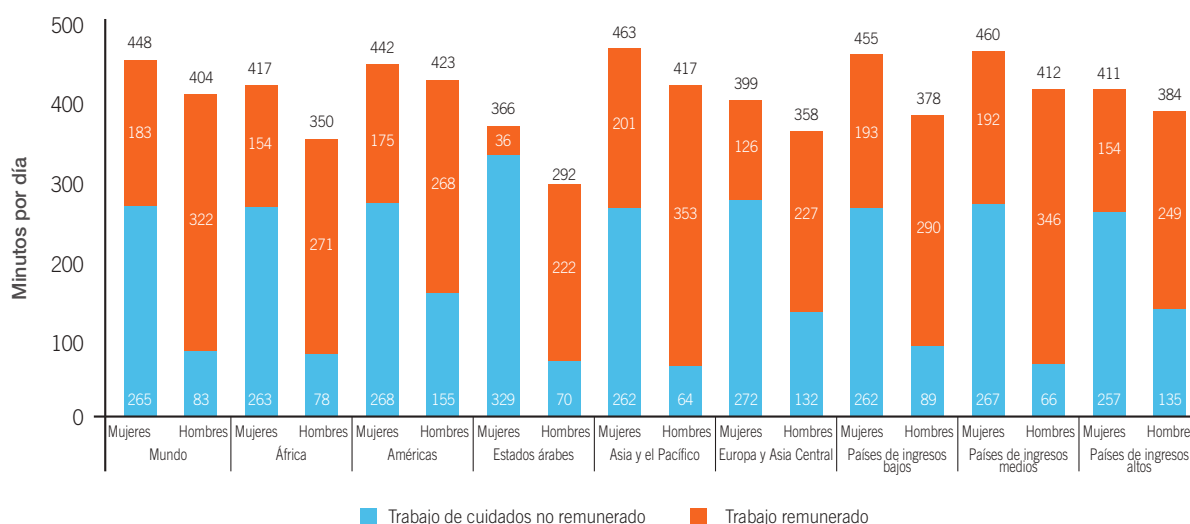
Gráfico 2.7. Parte correspondiente a cada sexo en el total del trabajo de cuidados no remunerado, último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años (67 países). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.1 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición.

Gráfico 2.8. Tiempo dedicado diariamente al trabajo de cuidados no remunerado, al trabajo remunerado y al trabajo total, por sexo, región y grupo de ingresos, último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años. Las estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos se han ponderado en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 67 por ciento (64); África: 35 por ciento (12); Américas: 47 por ciento (7); Estados árabes: 29 por ciento (4); Asia y el Pacífico: 80 por ciento (11); Europa y Asia Central: 68 por ciento (30); Países de ingresos bajos: 32 por ciento (5); Países de ingresos medios: 65 por ciento (30); Países de ingresos altos: 90 por ciento (32). Debido al redondeo, puede que la suma del trabajo de cuidados no remunerado y el trabajo remunerado no arroje el total. Véase el anexo A.3, cuadro A.3.1 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta. Fuente: Charmes, de próxima aparición.

Los Estados árabes constituyen la región del mundo que se caracteriza por tener la menor tasa de participación de mujeres y de hombres en el trabajo remunerado (36 minutos y 3 horas 42 minutos por día, respectivamente) y la segunda participación regional más baja para los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado, 1 hora y 10 minutos (véase el gráfico 2.8). En Asia y el Pacífico, los hombres realizan la proporción más baja de trabajo de cuidados no remunerado de todas las regiones (1 hora y 4 minutos), registrando 28 minutos el Pakistán (equivalente al 8,0 por ciento del total del tiempo que trabajan los hombres) y únicamente 31 minutos la India (7,9 por ciento). La región de las Américas registra una de las distribuciones más igualitarias, siendo la contribución de las mujeres al trabajo remunerado del 39,5 por ciento del tiempo total de trabajo y representando la parte correspondiente a los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado el 36,6 por ciento. Es en Europa y en Asia Central donde los hombres registran la proporción más alta del trabajo de cuidados no remunerado de todas las regiones. Su participación en el trabajo de cuidados no remunerado representa el 36,7 por ciento del total de su tiempo de trabajo, tanto remunerado como de cuidados no remunerado. Las partes correspondientes a cada país en el trabajo de cuidados no remunerado en esta región oscilan desde el 16,8 por ciento en Albania a más del 45 por ciento en Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Estonia y la República de Moldova.

Estimaciones por grupos de ingresos

Las importantes diferencias en las contribuciones relativas de mujeres y hombres al trabajo de cuidados tanto no remunerado como remunerado varían según los ingresos del país (gráfico 2.8). El tiempo que diariamente dedican las mujeres al trabajo remunerado registra su valor mayor en los países de ingresos bajos (3 horas y 13 minutos), seguido por los países de ingresos medios (3 horas y 12 minutos) y a continuación los países de ingresos altos (2 horas y 34 minutos). Esto puede deberse a que en los

países de ingresos altos la mayoría de las mujeres trabajan por un salario o un sueldo, mientras que en los países de ingresos bajos y medios una alta proporción de mujeres son trabajadoras por cuenta propia o trabajadoras familiares auxiliares que trabajan (sin remuneración) en la explotación agrícola o en el negocio de su familia.⁵⁸ Cuando el PIB per cápita es bajo, las mujeres se ven obligadas a participar en trabajos a cambio de remuneración o de beneficio (véase el gráfico 2.19 y la discusión).

Cuando se analiza el total del trabajo, las mujeres de los países de ingresos medios tienen, en promedio, la jornada laboral más larga (7 horas y 40 minutos), mientras que en los países de ingresos altos ese total es el más bajo (6 horas y 51 minutos). Esto representa una diferencia de casi una hora (49 minutos) entre los dos grupos. No obstante, es en los países de ingresos bajos donde la brecha de género es más llamativa: las mujeres trabajan en total 77 minutos más que los hombres, frente a 48 minutos más en los países de ingresos medios y 27 minutos más en los países de ingresos altos.

El PIB per cápita solo explica en parte estas brechas de género. Es en los países de ingresos medios donde las mujeres se pasan más horas en el trabajo de cuidados no remunerado (4 horas y 27 minutos), seguidos por los países de ingresos bajos (4 horas y 22 minutos) y a continuación los países de ingresos altos (4 horas y 17 minutos). Sin embargo, estas diferencias de grupos de ingresos son muy pequeñas y se sitúan dentro de un rango de 10 minutos. Y ello a pesar de que en los países de ingresos altos para las tareas domésticas se utiliza mucho más intensivamente el capital y, por lo tanto, requieren menos tiempo. Por otro lado, el volumen total de trabajo masculino de cuidados no remunerados registra su nivel más alto en los países de ingresos altos (2 horas y 15 minutos), frente a 1 hora y 29 minutos en los países de ingresos bajos (representados únicamente por 5 países africanos) y 1 hora y 6 minutos en los países de ingresos medios, con una diferencia de más de 1 hora al día entre el primer y el tercer grupo (equivalente a 0,5 veces).

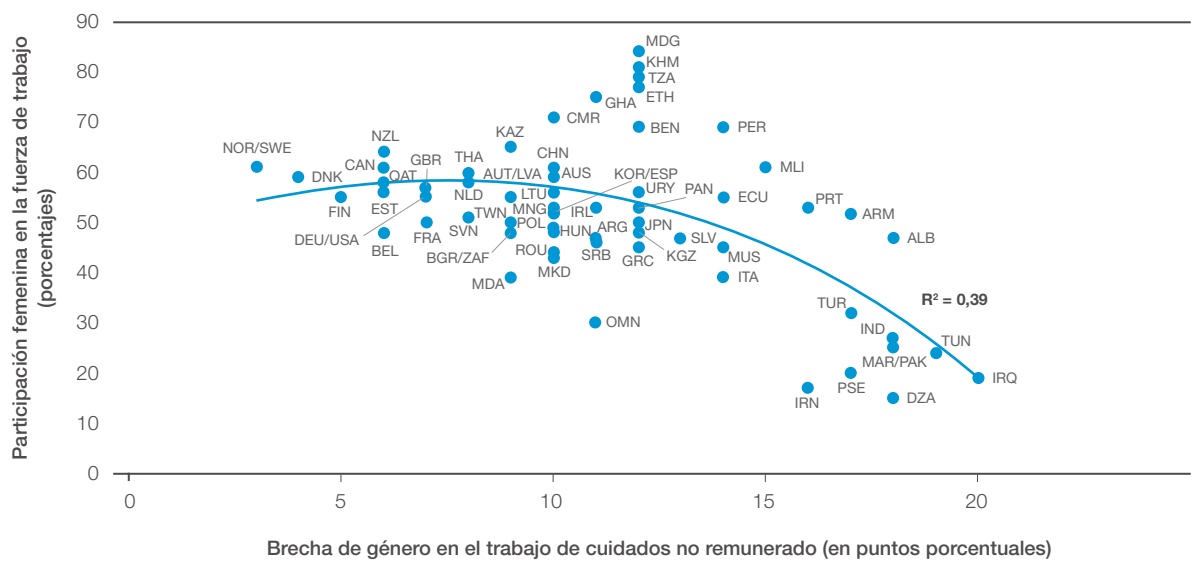
La aparente paradoja que encontramos en los países de ingresos altos, esto es, niveles relativamente más altos de trabajo de cuidados no remunerado (y niveles más bajos de trabajo remunerado) a pesar de una mayor riqueza per cápita, se puede explicar por la naturaleza del trabajo de cuidados no remunerados en el caso tanto de los hombres como de las mujeres. En los países de ingresos altos, los datos de que se dispone indican que las parejas sin hijos tienden a compartir el trabajo de cuidados con más igualdad que las parejas de edad similar con hijos. La presencia de hijos por debajo de la edad escolar es lo que normalmente aumenta la parte del trabajo de cuidados no remunerado que hacen las mujeres. Incluso cuando los dos miembros de la pareja trabajan a tiempo completo, la paridad de género en las labores tanto domésticas como del cuidado de los hijos sigue siendo una excepción, mientras que la brecha de género en el trabajo de cuidado de los hijos desciende con la presencia de hijos mayores en la familia.⁵⁹ Los padres dedican una proporción mayor que las madres del total del tiempo consagrado al cuidado de los hijos en “tiempo de calidad”, esto es, los cuidados interactivos (por ejemplo, lecturas, juegos y ayuda con los deberes). Por otro lado, las mujeres dedican una mayor proporción del tiempo que pasan cuidando a los hijos a los cuidados corporales y a la supervisión, mientras que, en general, consagran más tiempo al cuidado de los hijos, incluido el “tiempo de calidad”.⁶⁰

Se han hecho estudios sobre el papel que desempeña la participación de la fuerza de trabajo femenina en la reducción de la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado. Los resultados de un proyecto de investigación de Oxfam realizado en 2014 en Colombia, Etiopía, Filipinas, Uganda y Zimbabwe indican que en cada uno de estos países las mujeres pasan entre 10 y 44 minutos menos en trabajo primario de cuidados no remunerado por cada hora extra de trabajo remunerado que realizan; pero el trabajo remunerado no reduce significativamente el tiempo que destinan las mujeres al trabajo secundario de cuidados y a la supervisión de personas dependientes.⁶¹ Otros estudios sugieren que la reducción del trabajo no remunerado de las mujeres no es equivalente a la parte de su tiempo que destinan al trabajo remunerado, lo que arroja un aumento general de la carga de trabajo correspondiente a las mujeres empleadas. De hecho, por cada aumento adicional del 10 por ciento en la parte de la fuerza de trabajo correspondiente a las mujeres en relación con los hombres, la ratio del trabajo de cuidados no remunerado entre mujeres y hombres desciende en torno a 8 puntos porcentuales.⁶² Como más adelante detallamos, esto sugiere que por sí solo el trabajo remunerado de las mujeres no transforma de manera automática la división por géneros del trabajo no remunerado y que, además, las mujeres participan más en formas remuneradas de trabajo (con frecuencia consistentes en trabajo a tiempo parcial,

empleo por cuenta propia y trabajo en la economía informal) que son compatibles con sus responsabilidades como cuidadoras. En lugar de ello, parece que son las políticas transformadoras en materia de cuidados y de mercado de trabajo y el cambio en las actitudes lo que hace que el aumento de la igualdad de género en el trabajo se relacione estrechamente con una mayor igualdad en la división del trabajo de cuidados no remunerado entre hombres y mujeres en el hogar (véase el capítulo 3).

El gráfico 2.9 nos dice que un reparto más equitativo del trabajo de cuidados no remunerado entre hombres y mujeres va unido a niveles más altos de participación femenina en la fuerza de trabajo. Existe una fuerte correlación entre esta participación y el cierre de la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado.⁶³ Conclusiones similares indican que en los países más igualitarios, entre ellos los países nórdicos así como Australia y el Canadá, las mujeres siguen haciendo más trabajo de cuidados no remunerado, pero la correspondiente brecha de género es de menos de una hora, la tasa de empleo femenino es elevada y las brechas de género en la participación en la fuerza de trabajo son más pequeñas.

Gráfico 2.9. Relación entre la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado y la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, último año disponible



Fuente: Cálculos de la OIT basados en OIT, 2017j y Charmes, de próxima aparición.

2.1.4. La intersección de género y otras desigualdades en la prestación de trabajo de cuidados

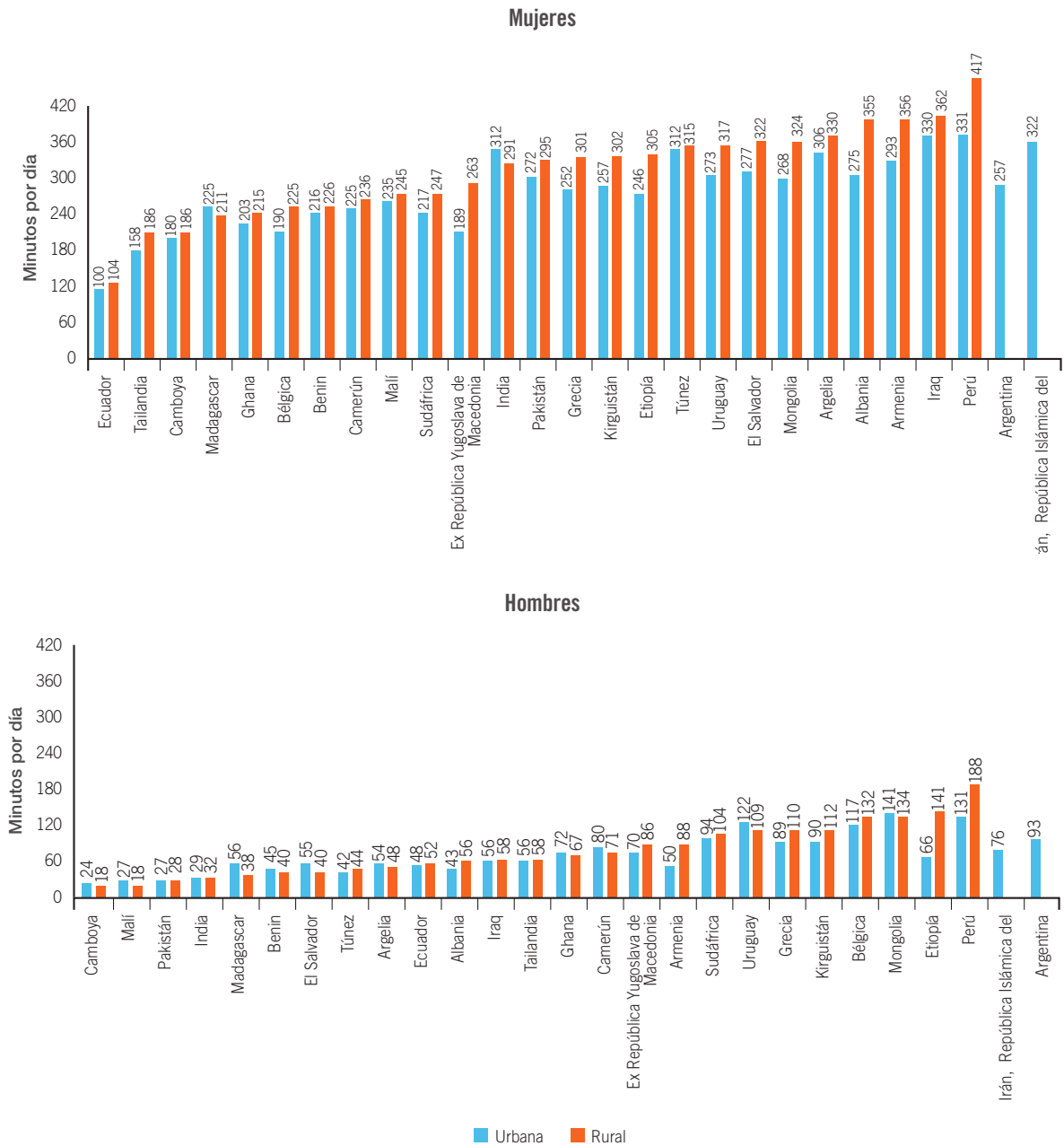
Las brechas de género observadas en el uso del tiempo por regiones y países pueden explicarse y amplificarse en función de otros varios factores socioeconómicos y de características individuales. Poco a poco los informes de las encuestas sobre el uso del tiempo han sido capaces, aunque parcialmente, de elucidar estos factores y características, entre los que se encuentran los siguientes: residencia en medio rural o urbano, grupo de edad, nivel de educación, estado civil y presencia en el hogar de hijos y otros miembros de la familia que necesitan cuidados o ayuda.⁶⁴ Otras importantes dimensiones a tener en cuenta son la etnia, la orientación sexual y la identidad de género, la discapacidad, la migración y la condición de portador del VIH, todas las cuales se entrecruzan con el género e influyen en el reparto del tiempo y en las desigualdades resultantes dentro del mercado de trabajo.

Residencia en medio rural o urbano

En general, residir en un medio rural⁶⁵ aumenta la demanda de trabajo de cuidados no remunerado, sobre todo entre las mujeres y las niñas, y constituye un importante factor que determina la no participación de las mujeres en el trabajo a cambio de remuneración o beneficio.⁶⁶ Aunque sigue habiendo considerables brechas de género, el gráfico 2.10 indica que en casi todos los países encuestados el trabajo de cuidados no remunerado consume habitualmente menos tiempo en las zonas urbanas debido a un mejor acceso a infraestructuras básicas, a dispositivos que permiten ahorrar tiempo y a los alimentos elaborados. Existen dos excepciones, sin embargo: la India y Madagascar. En estos países resulta que el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres consume, por el contrario, más tiempo en las zonas urbanas que en las rurales. Al igual que las mujeres, los hombres en Madagascar consagran menos tiempo al trabajo de cuidados no remunerado en las zonas rurales que en las ciudades, debido a un mayor nivel de participación en el trabajo remunerado.⁶⁷ También ocurre lo mismo en otros países como Argelia, Benin, Camboya, Camerún, El Salvador, Ghana, Malí, Mongolia y el Uruguay.

En las zonas rurales puede consagrarse un tremendo volumen de tiempo y de esfuerzos físicos a la producción de bienes para el autoconsumo, que implica, por ejemplo, la elaboración de productos alimenticios e ir a por agua y leña.⁶⁸ En 2015, 263 millones de personas dedicaron más de 30 minutos por trayecto de ida y vuelta para acarrear agua.⁶⁹ En el África subsahariana, el 71 por ciento de la tarea del acarreo de agua para los hogares recae en las mujeres y las niñas.⁷⁰ Las mujeres que residen en zonas rurales se pasan más tiempo yendo a por agua y leña que sus compañeras urbanas, en concreto unas seis veces más en Etiopía, cinco veces más en Benin y tres veces más en Madagascar. Los hombres consagran considerablemente menos tiempo que las mujeres al acarreo de agua, unas cuatro veces menos tanto en el Benin rural como en la Etiopía rural, y tres veces menos en el Madagascar rural. En Benin, Etiopía y la República Unida de Tanzania, sin embargo, los hombres pasan relativamente menos tiempo recogiendo leña, que en esos países se considera una actividad masculina. Puesto que la leña puede recogerse para su venta en el mercado, esto podría explicar la distribución inversa de género en estos tres países.⁷¹

Gráfico 2.10. Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado, por sexo y localización (urbana/rural), último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años (27 países). Véase el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.
 Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición.

Edad

A lo largo del ciclo de la vida varían las pautas del trabajo de cuidados no remunerado. Las adultas y los adultos, normalmente los que están en edad de trabajar, dedican más tiempo que sus compañeros más jóvenes o más mayores no solo al trabajo remunerado, sino también al trabajo de cuidados no remunerado. Ello sustentaría la hipótesis de que existe una relación en forma de U invertida entre la

edad y el tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado, siendo en la edad mediana cuando las personas, sobre todo las mujeres, consagran la mayor cantidad de su tiempo a los cuidados.⁷² Etiopía, Ghana y la República Unida de Tanzania son la excepción; allí las mujeres jóvenes dedican al trabajo de cuidados no remunerado más tiempo que las mujeres adultas o casi tanto como ellas (gráfico 2.11).

Adultos mayores

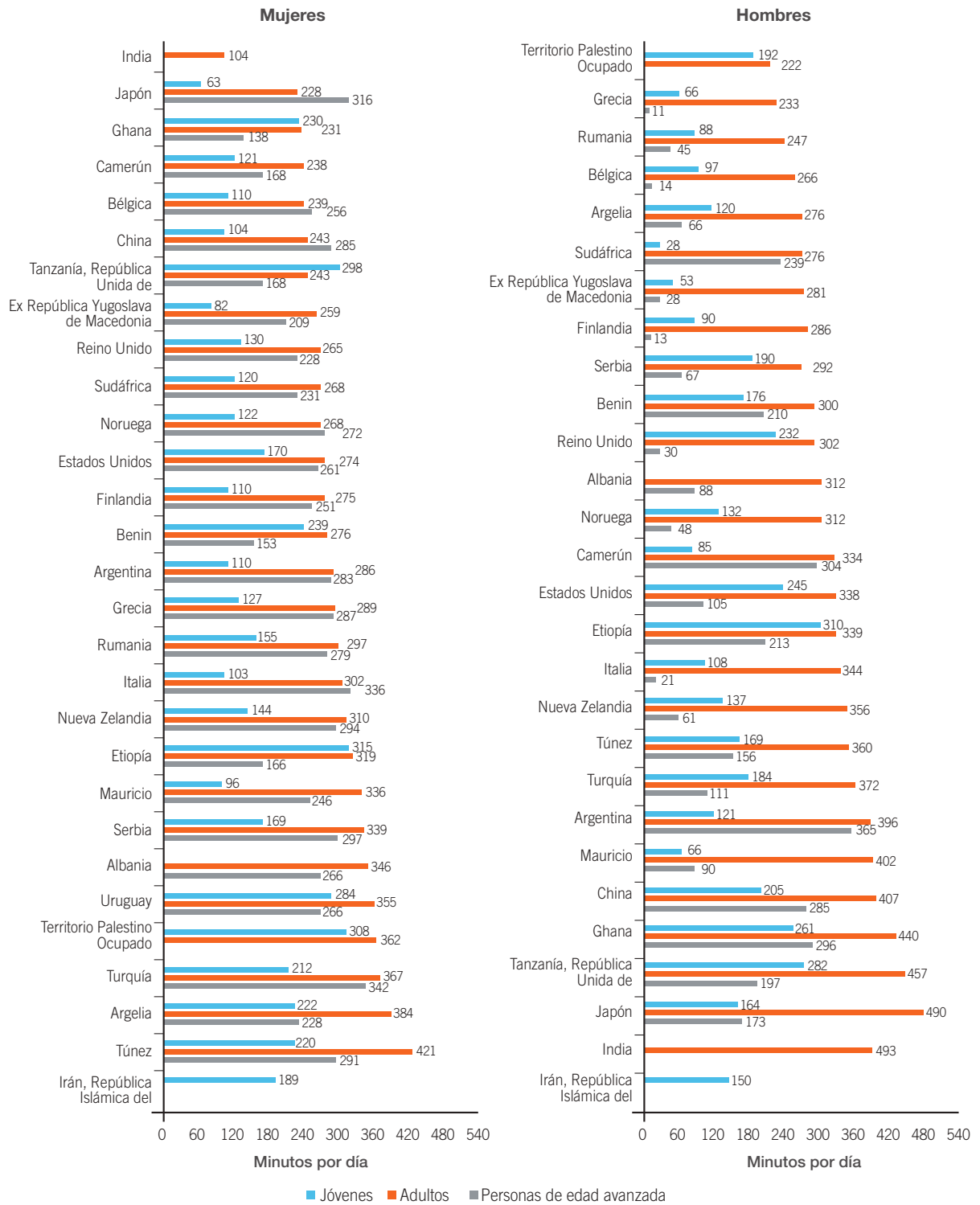
En general, el número de horas que destinan las mujeres al trabajo de cuidados no remunerado descende con la vejez, si bien la contribución de las mujeres mayores sigue siendo elevada y casi equivalente a la de las mujeres en edad de trabajar en algunos países (Argentina, Grecia y Noruega, por ejemplo). En Bélgica, Italia y el Japón, las mujeres mayores dedican más tiempo al trabajo de cuidados no remunerado que sus compañeras adultas en edad de trabajar. El envejecimiento de la población explica en parte esta conclusión. Además, en estos países (entre otros) es práctica común que los abuelos aumenten su contribución a los cuidados infantiles, especialmente allí donde los servicios públicos o privados o faltan o son insuficientes para atender la demanda. Con respecto al trabajo de cuidados no remunerado de los hombres, lo más chocante que surge del gráfico 2.11 es que en todos los países los hombres registran un fuerte aumento en el tiempo que dedican al trabajo de cuidados no remunerado en la edad adulta. Las explicaciones a esta misma conclusión en el caso de las mujeres en este grupo de edad siguen siendo válidas para los hombres. Una excepción a esta pauta general es la de la República Unida de Tanzania, donde las mujeres jóvenes prestan el nivel más alto de trabajo de cuidados no remunerado en comparación con sus compañeras de más edad. Los hombres mayores también muestran una elevada participación en el trabajo de cuidados no remunerado en algunas circunstancias. Por ejemplo, el análisis interseccional del uso del tiempo en la China rural muestra que, una vez se ha tenido en cuenta la edad y la etnia, los adultos mayores aumentan su trabajo de cuidados no remunerado cuando los adultos en edad productiva migran o cuando en el hogar hay mayores de 70 años e hijos pequeños.⁷³

Niñas y niños

Las niñas y los niños son importantes proveedores de trabajo de cuidados no remunerado, especialmente en las regiones de África y de Asia y el Pacífico. En el informe de la OIT Estimaciones Mundiales sobre el Trabajo Infantil (2017n) se evaluó la magnitud del trabajo de cuidados no remunerado (tareas domésticas) hechos por ellos, concluyendo que aproximadamente 800 millones de niñas y niños de entre 5 y 17 años de edad prestan algunos servicios de cuidados no remunerados para sus hogares. De manera similar a las conclusiones en el caso de los adultos, las pautas de género marcan la distribución de este trabajo no remunerado en todos los grupos de edad y en todos los horarios semanales.

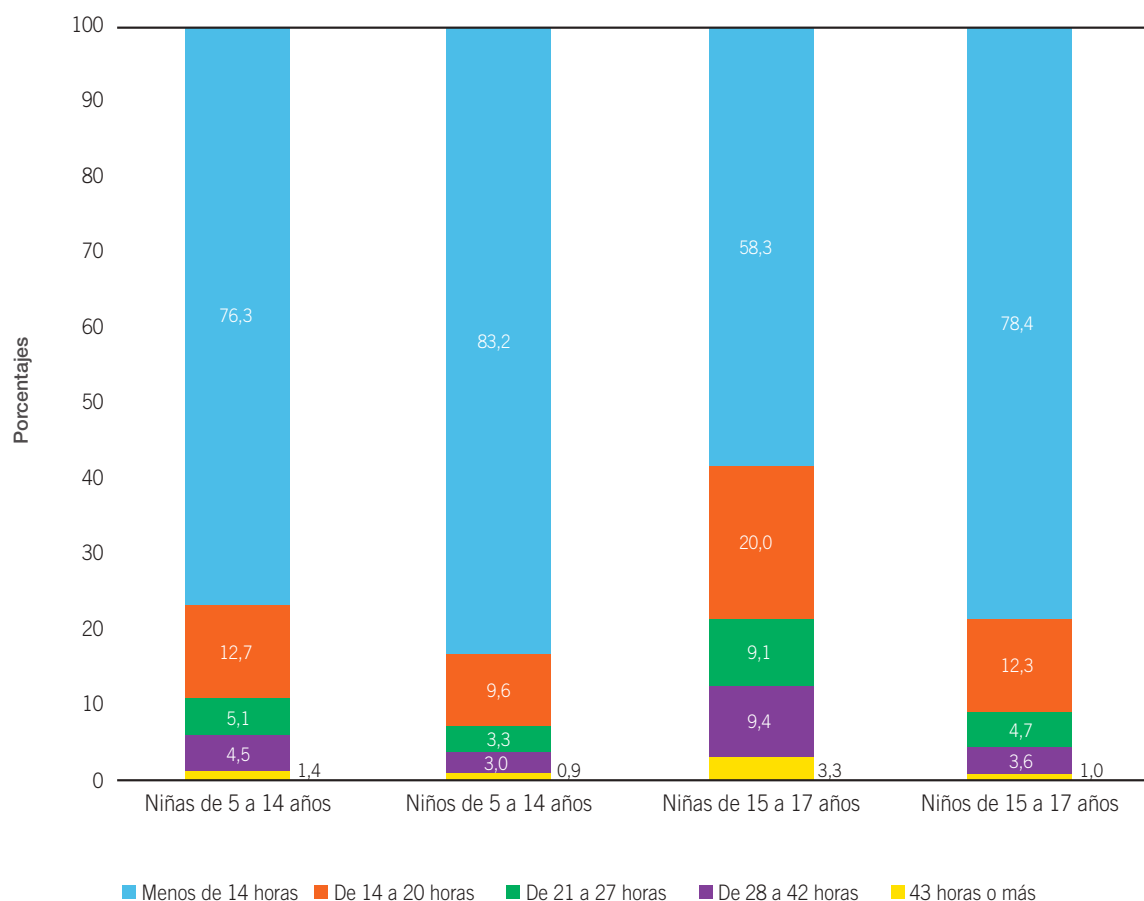
Aproximadamente 54 millones de niñas y niños de entre 5 y 14 años hacen un número “excesivo de horas” de trabajo de cuidados no remunerado, esto es, al menos 21 o más horas por semana, umbral a partir del cual los primeros estudios de investigación indican que las tareas domésticas empiezan a afectar negativamente la capacidad de los niños para participar con éxito en la educación. El 63 por ciento de ese total son niñas y el 37 por ciento, niños (véase el gráfico 2.12). Cerca de siete millones de niños y niñas de entre 5 y 14 años trabajan un número excesivamente prolongado de horas, esto es, 43 o más a la semana. Cuando se realizan tareas domésticas además de un trabajo a cambio de remuneración o beneficio, los niños y niñas cargan con una doble obligación. Aproximadamente la cuarta parte de los niños y niñas trabajan al menos 21 horas a la semana, y en este grupo las niñas son mayoría. Se observa que la brecha de género aumenta con la edad del niño o niña. Efectivamente, de 35 millones de adolescentes de entre 15 y 17 años que prestan servicios de cuidados no remunerados durante al menos 21 horas a la semana en sus propios hogares, el 73 por ciento son niñas y el 27 por ciento niños.⁷⁵

Gráfico 2.11. Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado, por grupo de edad,⁷⁴ año más reciente



Nota: 29 países. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.
Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición.

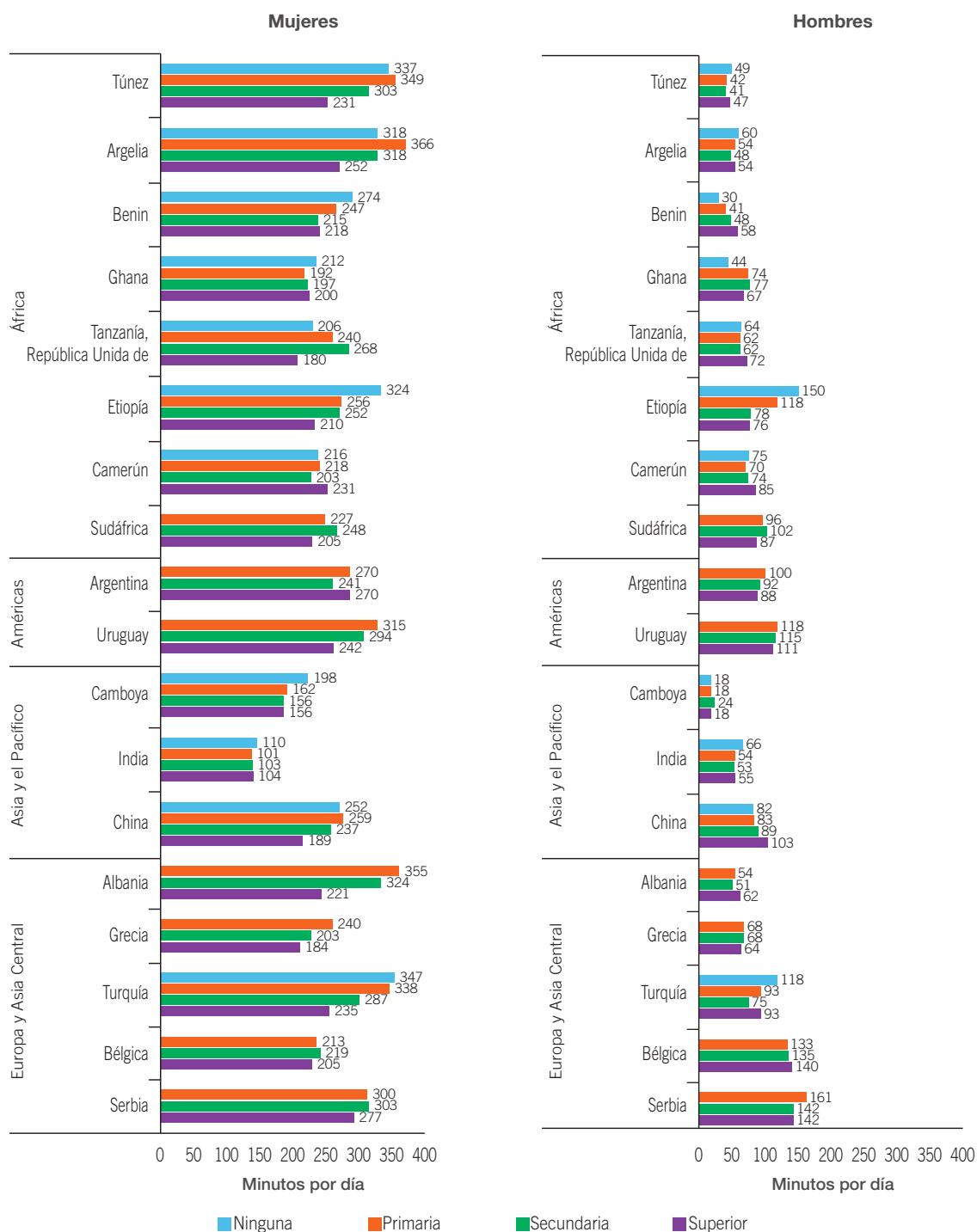
Gráfico 2.12. Proporción de niñas y niños que realizan algún trabajo de cuidados no remunerado (tareas domésticas), por sexo, grupo de edad y horas semanales, 2016



Fuente: OIT, 2017f.

Los datos sobre el uso del tiempo obtenidos de Colombia, México, el Perú y el Uruguay ilustran el importante papel que se otorga a los hijos como ayuda en el trabajo de cuidados no remunerado. Como se indica más abajo, mientras que el vivir con hijos pequeños significa más trabajo de cuidados no remunerado en el hogar, sobre todo para las madres, la presencia de hijos de 13 a 18 años, por el contrario, se asocia negativamente con el trabajo doméstico no remunerado. Esto confirma el papel con el que contribuye este grupo de edad, sobre todo cuando se trata de niñas, conclusión que apunta a una transmisión de generación a generación de los roles de género tradicionales.⁷⁶ Los datos sobre el uso del tiempo (2012) recopilados en dos aldeas de la República Unida de Tanzania indican que, en promedio, alrededor de 12 horas a la semana por hijo de entre 10 y 17 años de edad y por madre se destinaban al acarreo de agua, lo que conlleva una reducción del tiempo de que disponen los niños pequeños para el colegio y los juegos.⁷⁷ Los niños también hacen una aportación esencial en los cuidados de otros miembros de la familia que están enfermos o discapacitados. En algunos países subsaharianos, los niños (sobre todo niñas y muchachas) cuyos padres están afectados por el VIH están asumiendo el papel de cuidadoras de sus hermanos más pequeños.⁷⁸

Gráfico 2.13. Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado, por nivel de enseñanza⁷⁹ y por sexo, último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años. Véase la nota 79 para los grupos de clasificación de la enseñanza. 18 países. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta. Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, próxima aparición.

Educación

El nivel de educación es otro importante factor que determina el tiempo empleado en el trabajo de cuidados no remunerado, y sus efectos son opuestos en las mujeres y en los hombres. Cuanto más educadas están las mujeres, menos tiempo consagran al trabajo de cuidados no remunerado, mientras que cuanto más nivel de educación tienen los hombres, más tiempo destinan a ese trabajo. En 8 de 18 países de los que se dispone de datos, el tiempo que las mujeres dedican al trabajo de cuidados no remunerado desciende con el logro de niveles superiores de educación. Esta pauta tiene su reflejo en un aumento del tiempo que ellas pasan en su trabajo remunerado a medida que aumenta su nivel de educación (véase la sección 2.2). Sin embargo, en Argentina el tiempo dedicado por las mujeres al trabajo de cuidados no remunerado desciende en 30 minutos en el caso de las que tienen educación secundaria, y solo entonces vuelve a aumentar en el caso de las que tienen educación superior hasta regresar al mismo valor que el de las mujeres con educación primaria (4 horas y 30 minutos).

En lo que respecta al tiempo que los hombres destinan al trabajo de cuidados no remunerado, en 5 de 18 países el aumento de las horas va unido a un mayor nivel de educación (gráfico 2.13). Tal es el caso de Benin, Bélgica, el Camerún, China y la República Unida de Tanzania. En Argelia, Albania, la India, Túnez y Turquía se da una pauta similar cuando se toman en consideración únicamente la educación secundaria y superior. En la Argentina, Etiopía, Grecia, Serbia y Uruguay se puede observar la situación inversa: cuanto más nivel de educación tienen los hombres, menos cantidad de tiempo consagran al trabajo de cuidados no remunerado.

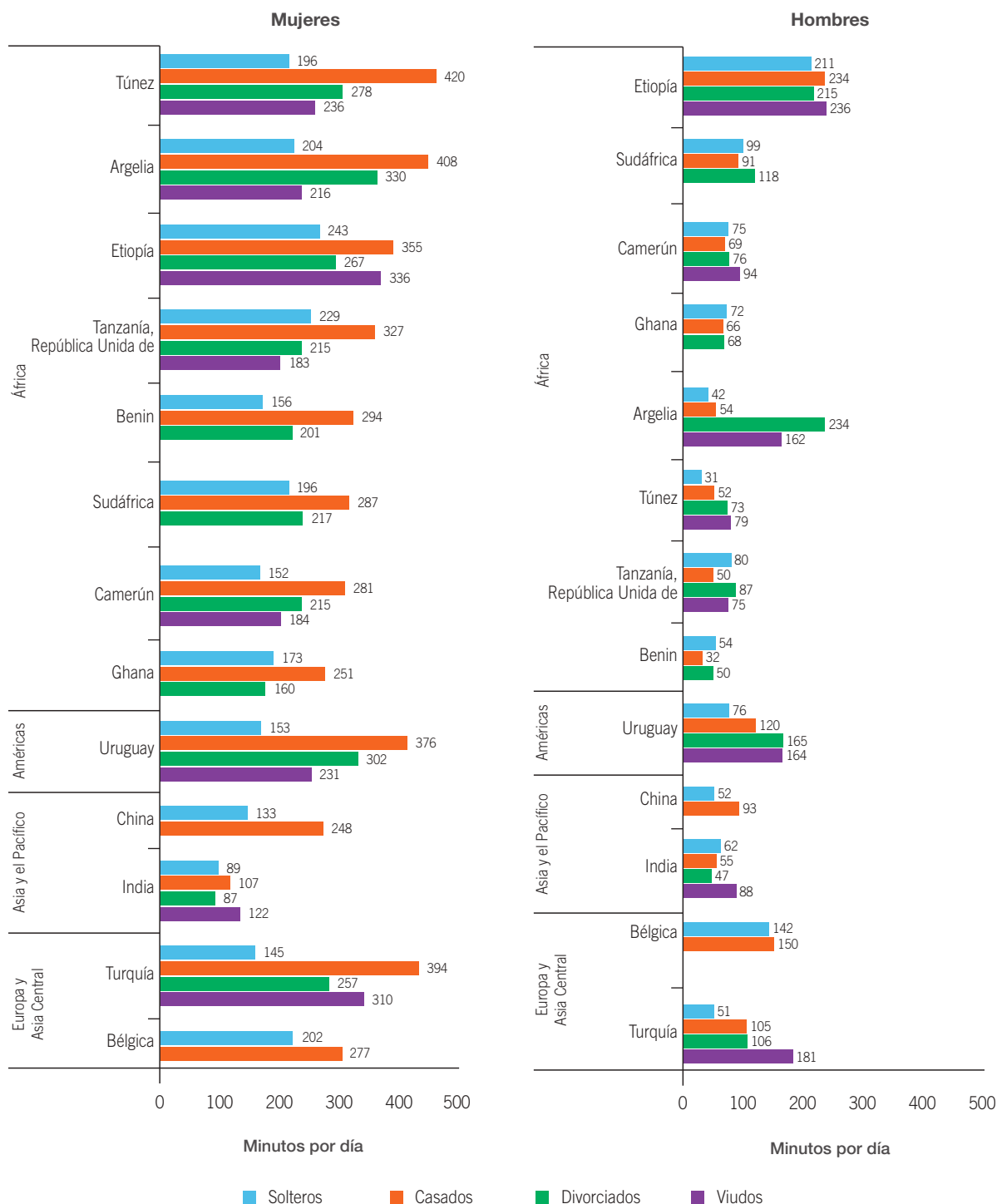
Estado civil

El estado civil⁸⁰ y la presencia de hijos en el hogar son potentes indicadores para medir hasta qué grado la dinámica que se da dentro del hogar afecta a la división del trabajo de cuidados no remunerado. Como ilustra el gráfico 2.14, las mujeres casadas experimentan un impresionante aumento en el volumen de trabajo de cuidados no remunerado que se ven obligadas a prestar, lo que hace que la formación de una familia sea un factor determinante clave del trabajo de cuidados no remunerado muy intenso. Por ejemplo, en las mujeres casadas ese tipo de trabajo se duplica en Argelia y en Túnez en comparación con el de las mujeres solteras (de 3 horas y 16 minutos por día pasa a 7 horas en el caso de las mujeres casadas), al igual que en China (de 2 horas y 13 minutos hasta 4 horas y 8 minutos) y se triplica en Turquía (de 2 horas y 25 minutos hasta 6 horas y 34 minutos). Este aumento también es notable en el Uruguay: de 2 horas y 33 minutos de trabajo de cuidados no remunerado en el caso de las mujeres solteras hasta 6 horas y 16 minutos en el de las mujeres casadas. En general, la participación de los hombres en los servicios del hogar también aumenta cuando están casados, por ejemplo, en China y en Turquía. No obstante, este aumento no es tan espectacular como en el caso de las mujeres en 8 de los 13 países que aparecen en el gráfico.

Presencia de hijos

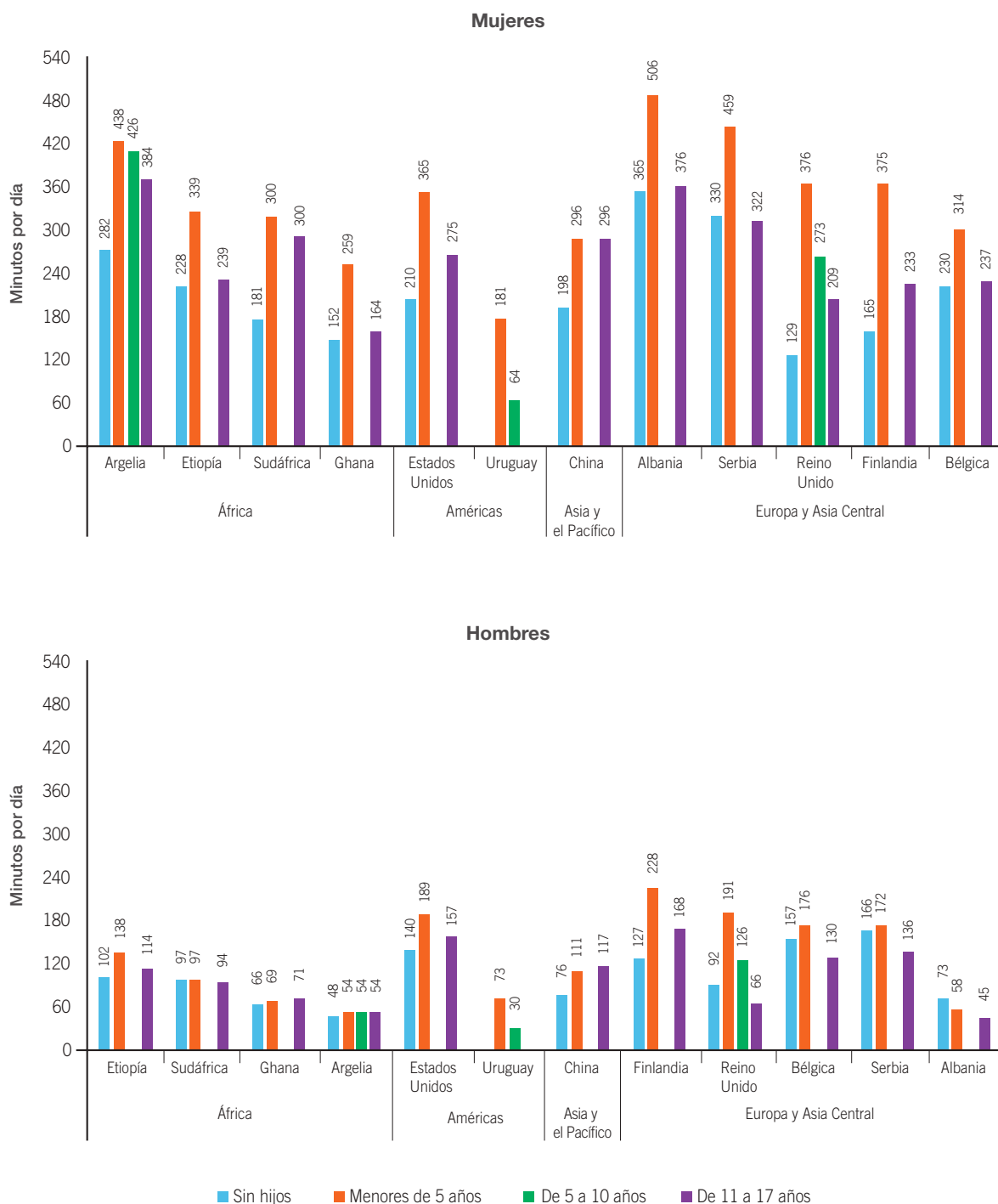
Sin excepción, la cantidad de tiempo que las mujeres dedican al trabajo de cuidados no remunerado aumenta notablemente con la presencia de hijos en el hogar⁸¹, en particular hijos menores de 5 años (gráfico 2.15). En el caso de las mujeres que viven con al menos un hijo pequeño, ese tiempo se duplica con creces en Finlandia (de 2 horas y 45 minutos hasta 6 horas y 15 minutos más por día) y se triplica en el Reino Unido (sumando otras 4 horas y 6 minutos más al día). En estos dos países, Finlandia y el Reino Unido, los hombres también aumentan espectacularmente su trabajo de cuidados no remunerado (en 1 hora y 41 minutos y 1 hora y 39 minutos, respectivamente). Tal aumento en el caso de los hombres es inexistente en Sudáfrica o bien mucho más modesto en otros países: 3 minutos en Ghana, 6 en Argelia, 36 en Etiopía y hasta 65 minutos en China. De hecho, en el caso de los hombres en Albania el trabajo de cuidados no remunerado incluso desciende con la presencia de un hijo en el hogar.

Gráfico 2.14. Tiempo destinado al trabajo de cuidados no remunerado, por sexo y estado civil, último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años (13 países). Véase el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.
Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición.

Gráfico 2.15. Tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado por sexo, presencia de hijos en el hogar y edad de estos, último año disponible



Nota: Grupo de edad: 15 y más años (12 países). Véase el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.
Fuente: Cálculos de la OIT basados en Charmes, de próxima aparición.

El análisis de los microdatos sobre el uso del tiempo en Colombia, México, el Perú y el Uruguay confirma que la presencia de hijos de hasta 5 años de edad va unida de manera apreciable con el tiempo que se destina al trabajo de cuidados no remunerado, especialmente en el caso de las madres⁸², cuando se compara con personas que no viven con hijos.⁸³ En la China rural, la presencia en el hogar de miembros de más de 70 años también sirve para aumentar el tiempo no remunerado que destinan a los cuidados las mujeres jóvenes, así como las mujeres de edad y los hombres. No obstante, el aumento en la dispensa de cuidados debido a la presencia de personas de edad avanzada es mucho menor que el que está relacionado con la presencia de hijos en edad preescolar, este último equivalente a tres veces más tiempo de cuidados no remunerado en el caso de las mujeres que en el de los hombres. El tener en el hogar más adultos de entre 16 y 70 años reduce normalmente el tiempo de trabajo de las mujeres (tanto remunerado como no remunerado), excepto cuando hay mujeres jóvenes y hombres de edad avanzada. Su presencia, de hecho, aumenta el tiempo que las mujeres de edad avanzada dedican tanto a actividades generadoras de ingresos como al trabajo de cuidados no remunerado.⁸⁴

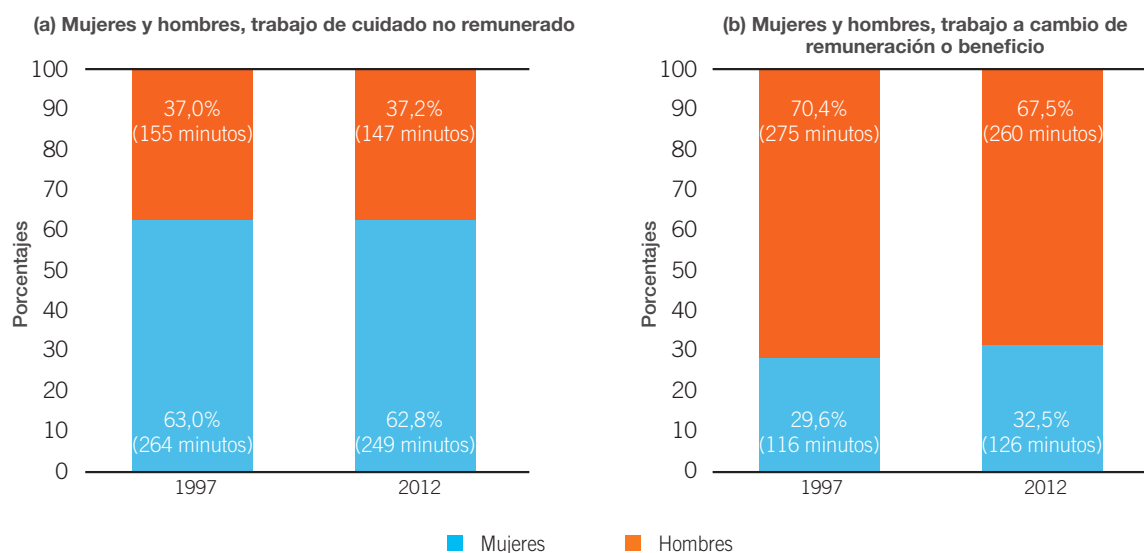
2.1.5. Tendencias en las brechas de género en el trabajo de cuidados no remunerado

Entre los 72 países de los que se dispone de datos sobre el uso del tiempo, menos de la mitad (23 países, en su mayoría de ingresos altos) han repetido una vez o más una encuesta sobre el uso del tiempo.⁸⁵ A pesar de esta periodicidad irregular, los datos disponibles indican que, con el transcurso del tiempo, la diferencia por géneros en el tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado solo se ha reducido ligeramente, y las mujeres siguen prestando la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado. Ello limita la capacidad de las mujeres de aumentar sus horas en el trabajo remunerado, formal y sujeto a sueldo y salario. Lo que resulta evidente considerando el limitado aumento de las tasas de empleo de las mujeres, que de 1997 a 2012 fue solamente de 2,8 puntos porcentuales a nivel mundial.⁸⁶

Durante los últimos 15 años (de 1997 a 2012), los promedios ponderados por población correspondientes a 23 países (que representan el 17,3 por ciento de la población mundial en edad de trabajar) exhiben un patrón casi inalterado en la división del trabajo de cuidados no remunerado. El tiempo que las mujeres dedican a este tipo de trabajo ha descendido solo ligeramente, de 4 horas y 23 minutos (equivalente al 63,0 por ciento del total) a 4 horas y 8 minutos (el 62,8 por ciento). Este descenso de 15 minutos representa una disminución de la parte del trabajo de cuidados no remunerado desempeñado por las mujeres de 0,2 puntos porcentuales durante 15 años (véase el gráfico 2.16, panel a).

A lo largo del mismo período, el trabajo de cuidados no remunerado de los hombres no aumentó, sino que por el contrario disminuyó en promedio 8 minutos (de 2 horas y 35 minutos hasta 2 horas y 27 minutos). La brecha de género resultante en los cuidados no remunerados disminuyó levemente de 1 hora y 49 minutos en torno a 1997 a 1 hora y 42 minutos en torno a 2012, lo que representa una reducción total de únicamente siete minutos. A este ritmo, sobre la base de una extrapolación lineal a partir de los datos disponibles, es probable que se tarde unos 210 años (esto es, hasta 2228) en cerrar la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado en estos países. Lo que pudiéramos calificar como paso de tortuga de este ritmo de cambio pone en entredicho la eficacia de las políticas del pasado y actuales para hacer frente a la dimensión y a la división del trabajo de cuidados no remunerado a lo largo de las pasadas dos décadas (véase el capítulo 3).

En 2012 las mujeres realizaron en promedio el 32,5 por ciento del total del trabajo remunerado en los 23 países de los que se dispone de datos (véase el gráfico 2.16, panel b). Ello representa un aumento medio de 10 minutos (equivalente a 8,6 puntos porcentuales) durante 15 años, pasando de 1 hora y 56 minutos por día en 1997 a 2 horas y 6 minutos en 2012. Durante el mismo período, el trabajo remunerado de los hombres registró un descenso de 15 minutos en promedio (véase infra). Cuando se tienen en cuenta tanto el trabajo de cuidados remunerado como el no remunerado, las mujeres pasaban menos tiempo trabajando, con un descenso de 5 minutos a lo largo de los últimos 15 años, frente a un mayor descenso de 23 minutos en el caso de los hombres. En conjunto, las mujeres aportaron una contribución del 47,9 por ciento del total del trabajo en 2012, frente al 46,9 por ciento en 1997.

Gráfico 2.16. Tendencias en el tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado y al trabajo remunerado, por sexo, 1997 y 2012

Nota: Grupo de edad: 15 y más años. Estimaciones mundiales ponderadas en función de la población en edad de trabajar. 1997 es el año promedio observado en las primeras encuestas y 2012 es el año promedio observado en las encuestas más recientes. 23 países. Véase el anexo 3, cuadro A.3.2 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta. Fuente: Charmes, de próxima aparición.

Las disparidades que muestran los países en las tendencias correspondientes a las mujeres y a los hombres nos dejan un cuadro más detallado y ponen de relieve la repercusión que tuvo la crisis económica y financiera mundial de 2008 en el trabajo de cuidados remunerado y no remunerado. En 16 de los 23 países, el tiempo dedicado por las mujeres al trabajo de cuidados no remunerado ha descendido progresivamente, y el mayor cambio anual en minutos a la semana dedicados al trabajo de cuidados no remunerado se registró en Turquía, seguida por Estonia, Noruega, Francia y Alemania, con un descenso anual de 2,6 minutos a la semana (véase el gráfico 2.17). En los países de ingresos altos ha descendido sostenidamente el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres. No obstante, en Estonia, Italia y España este se ha mantenido por encima de las 4 horas diarias. En los otros 8 países de los que se dispone de datos sobre tendencias, el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres ha aumentado, muy especialmente en el Japón, pero también en Benin, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania. Ello ha sucedido con independencia de un pequeño aumento en la parte de ese trabajo hecha por los hombres en Australia, Bélgica, Italia, el Japón, Nueva Zelanda, Noruega, España, Sudáfrica, Suecia y el Reino Unido (véase el gráfico 2.17).

En Canadá, entre 2005 y 2010 se produjo un aumento del trabajo de cuidados no remunerado entre las mujeres (+5 minutos) y especialmente entre los hombres (+14 minutos) debido a la crisis económica. Los datos de Canadá sobre el uso del tiempo (2010) indican que quedarse sin empleo supone una mayor desventaja para las mujeres, que en promedio aumentan el tiempo de trabajo de cuidados no remunerado cuatro veces más que el observado en el caso de los hombres.⁸⁷ Tras la recuperación de la crisis, la tendencia hacia el descenso en las horas dedicadas al trabajo de cuidados no remunerado imperante antes de la crisis se ha reanudado de manera aún más decisiva, especialmente entre las mujeres.⁸⁸ En los Estados Unidos, el tiempo dedicado por los hombres al trabajo remunerado descendió en 26 minutos entre 2008 y 2010.⁸⁹ Se detectó que en Estados Unidos los padres proporcionan más cuidados infantiles cuando la tasa general de desempleo aumenta por encima del 6 por ciento. Tal es en especial el caso de aquellos hogares en los que aumenta el trabajo remunerado de la madre.⁹⁰ La prestación de trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres, y en cierta medida de los hombres, aumentó como consecuencia del elevado desempleo, pero luego descendió una vez pasados los efectos de la crisis. Este patrón indica el importante papel que desempeñan la prestación de trabajo de cuidados no remunerado y las normas de género a la hora de configurar las estrategias del hogar para afrontar el aumento de las adversidades durante la recesión.⁹¹

Gráfico 2.17. Cambio anual en minutos por día dedicados al trabajo de cuidados no remunerados, por sexo, 1997 y 2012


Nota: Grupo de edad: 15 años en adelante. 1997 es el año promedio observado en las primeras encuestas y 2012 es el año promedio observado en las encuestas más recientes. 23 países. Véase el anexo 3, cuadro A.3.2 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.2 para el año de la encuesta.

Fuente: Charmes, de próxima aparición.

Con respecto a los hombres, durante los últimos 50 años se ha registrado un aumento general en la contribución aportada por los padres tanto a los cuidados infantiles como a las labores domésticas en algunos países europeos así como en Australia, el Canadá, Israel y los Estados Unidos.⁹² El gráfico 2.17 muestra que Noruega e Italia registran el mayor aumento en la contribución de los hombres al trabajo de cuidados no remunerado (55 y 30 minutos, respectivamente), de manera similar a Suecia (18 minutos). Sudáfrica es el único país de ingresos medios que ha experimentado un aumento así en la prestación de trabajo de cuidados no remunerado por los hombres (15 minutos). Más recientemente, un rasgo especialmente significativo ha sido el aumento de la contribución al trabajo de cuidados no remunerado entre hombres jóvenes con educación superior en países con una tasa muy baja de fertilidad como Alemania, Italia y España.⁹³ Este aumento ha sido menos significativo en España, que ha pasado de 1 hora y 59 minutos por día a principios de los 2000 a 2 horas y 8 minutos por día en 2010.

No obstante, este lento progreso de algunos países⁹⁴ hacia una mayor igualdad en las relaciones de género dentro del hogar se ha visto mitigado al frenarse, o “estabilizarse”, la contribución de los hombres al trabajo de cuidados no remunerado entre los últimos años 90 y los primeros años 2000 y el período 2009-15. Esta tendencia ha sido evidente en países como Australia, Bélgica, Canadá, el Japón y los Estados Unidos.⁹⁵ Otros países han registrado un descenso real en la contribución aportada por los hombres al trabajo de cuidados no remunerado, en concreto Tailandia (48 minutos), Francia (48 minutos), Finlandia (26 minutos), Benin (23 minutos), República de Corea (21 minutos) y Alemania (11 minutos) (véase el gráfico 2.17).

Algunos factores explicativos

Aunque hay signos positivos, la persistente magnitud del trabajo de cuidados no remunerado y su segregación por sexos han seguido siendo en los últimos 20 años importantes obstáculos para una más rápida convergencia hacia, primero, hogares más igualitarios y, segundo, y a resultas de ello, hacia una mayor igualdad de géneros en el mercado de trabajo (véase la siguiente sección).⁹⁶ Aunque las mujeres han visto aumentar su parte en el trabajo remunerado, dentro del hogar persisten los roles de género en los que la mujer sigue asumiendo la función principal de prestar cuidados directos y realizar labores rutinarias domésticas, incluso en familias con dos sueldos.⁹⁷ La reducción paulatina de la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado que se ha producido en algunos países se ha debido principalmente a la reducción del tiempo que la mujer dedica a las labores domésticas; al mismo tiempo, durante los últimos 50 años se ha visto cómo en algunos países de ingresos altos aumenta el tiempo dedicado por las mujeres al cuidado de los hijos.⁹⁸ Como lo ilustra el gráfico 2.9, la relación entre la participación de la mujer en la fuerza de trabajo y su parte del trabajo de cuidados no remunerado no es lineal. De hecho, las mujeres añaden al tiempo que dedican a su trabajo remunerado el trabajo de cuidados no remunerado, suponiendo de hecho este último un “segundo turno” de trabajo.⁹⁹ Las mujeres rurales que ganan poco, tienen menos estudios y viven con hijos pequeños suelen hacer incluso más horas de trabajo de cuidados no remunerado que sus compañeras urbanas que obtienen ingresos elevados y han recibido más educación.

Los hombres, especialmente los de nivel superior de educación, están haciendo más trabajo de cuidados no remunerado, aunque se trata principalmente de labores domésticas no rutinarias calificadas de masculinas (por ejemplo, compras, transporte, reparaciones del hogar, etc.) y “tiempo de calidad” para el cuidado de los hijos.¹⁰⁰ Dicho lo cual, el tiempo que los hombres consagran al cuidado de los hijos sigue siendo en general escaso en comparación con las mujeres¹⁰¹, pero con todo ha ido aumentando paulatinamente desde los años 60 en países como los Países Bajos, Noruega y el Reino Unido.¹⁰² Las políticas de cuidado, especialmente los incentivos otorgados a los padres para que se tomen licencias parentales, han desempeñado la importante función de fomentar que los hombres compartan el cuidado de los hijos y de mejorar la igualdad en la división del trabajo de cuidados no remunerado (véase el capítulo 3).¹⁰³

Más recientemente, la repercusión de la crisis económica de 2008, la conformidad con las normas culturales basadas en el género (véase la sección 2.3), las prácticas discriminatorias en el lugar de trabajo y el denominado “efecto de tope” de las políticas actuales (a saber, los límites a su eficacia para transformar las actuales desigualdades en el trabajo de cuidados no remunerado) son todos ellos factores que podrían llevarnos a explicar el freno experimentado recientemente en la convergencia de la paridad de género detectado en algunos países de ingresos altos.¹⁰⁴ La persistencia de importantes brechas de género en otros países también podría deberse a estos factores. Algunos analistas han señalado también los efectos del aumento de los horarios de trabajo atípicos (trabajo por turnos, horarios prolongados y/o fragmentados) en el sector de los servicios, lo que ha servido para reforzar la división tradicional del trabajo de cuidados no remunerado.¹⁰⁵ Ha resultado ser especialmente difícil conseguir una mayor igualdad en la división de las labores rutinarias domésticas, puesto que la ampliación de los servicios de cuidados solo marginalmente puede reducir las labores domésticas. En particular, las labores rutinarias domésticas y los cuidados directos son incompatibles con los largos y antisociales horarios de trabajo a cambio de remuneración o beneficio que asumen en particular los hombres.¹⁰⁶ A nivel mundial, la diferencia que separa a los hombres y las mujeres que trabajan un número excesivo de horas (más de 48 a la semana) por un sueldo o un salario es de 10,8 puntos porcentuales, mientras que a los hombres y las mujeres que trabajan por cuenta propia los separan más de 5,5 puntos porcentuales.¹⁰⁷ A nivel mundial, la diferencia que separa a los hombres y las mujeres que trabajan un número excesivo de horas (más de 48 a la semana) por un sueldo o un salario es de 10,8 puntos porcentuales, mientras que a los hombres y las mujeres que trabajan por cuenta propia los separan más de 5,5 puntos porcentuales.¹⁰⁸

Aunque en conjunto los avances en la igualdad de la división del trabajo de cuidados no remunerado han sido limitados hasta la fecha, en varios países existen políticas que están llevando a una división más igualitaria del trabajo de cuidados no remunerado entre los géneros. Como más tarde se analizará en los capítulos 3 y 6, estos ejemplos sugieren que la paridad de género en la división de ese tipo de trabajo se podría conseguir para 2030, siempre que el cambio en los principios que configuran las políticas de cuidado puedan generar un ambiente en el que las políticas se encaminen activamente a conseguir la igualdad de género en el hogar y en el trabajo (véase el capítulo 1).¹⁰⁹

2.2. EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA FUERZA DE TRABAJO

En el análisis de las desigualdades en el mercado de trabajo, tradicionalmente se han pasado por alto los hogares, las familias y la reproducción social en la forma de prestación de trabajo de cuidados no remunerado, su intensidad y la desigualdad en su distribución. La desigualdad de género en el trabajo de cuidados no remunerado constituye, sin embargo, el eslabón que falta y que influye en las brechas de género en los resultados del trabajo.¹¹⁰ Es esencial examinar con la “lente de los cuidados”, tanto en su dimensión remunerada como no remunerada, el marco analítico para comprender y afrontar la perpetuación de las desigualdades de género en la fuerza de trabajo.

En la siguiente sección se analiza cómo la desigual división del trabajo por sexos en el hogar configura las brechas de género en la participación en la fuerza de trabajo, las tasas de empleo con respecto a la población, las horas trabajadas y la informalidad en el empleo. Tanto la estructura de los hogares como la presencia de familiares dependientes que necesitan cuidados o ayuda influyen de manera importante en el nivel y las pautas de participación en el mercado de trabajo de las mujeres y de los hombres que prestan y que no prestan cuidados. De hecho, esos elementos configuran la decisión de la mujer sobre si se suma o no a la fuerza de trabajo, así como la intensidad (esto es, el número de horas trabajadas) y la calidad de su trabajo remunerado.

2.2.1. El trabajo de cuidados no remunerado como obstáculo principal para la participación de la mujer en la fuerza de trabajo

En 2018, la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo fue del 48,5 por ciento frente al 75,0 por ciento en el caso de los hombres. Ello representa una brecha de género de 26,5 puntos porcentuales.¹¹¹ Estas cifras significan que hay en el mundo 2100 millones de personas que no están en la fuerza de trabajo, lo que corresponde a un total del 67,3 por ciento de las mujeres en edad de trabajar (más de 1400 millones) frente al 32,7 por ciento de los hombres (706 millones) en el mismo grupo de edad. Como se dijo anteriormente, la “inactividad” estadística del trabajo de las mujeres oculta su enorme contribución a la sociedad a través de la aportación de miles de millones de horas de trabajo de cuidados no remunerado, contribución que sigue siendo invisible en las estadísticas nacionales, que no dan cuenta de ella (véase la sección 2.1.2). Además, sirve para ocultar a las “mujeres que faltan” en las estadísticas del trabajo, a saber, aquellas que trabajan fuera del hogar pero que se autoidentifican como “hacedoras de hogares” porque devalúan su trabajo remunerado y no lo notifican suficientemente.¹¹²

Aunque estos promedios mundiales son el reflejo de una distribución sexual casi inalterada del trabajo de cuidados no remunerado (véase la sección 2.1.5), las diferencias regionales en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo reflejan no solo las persistentes normas culturales relacionadas con el género¹¹³, sino, y ello es importante, la ausencia de las debidas oportunidades para que las mujeres concilien el trabajo a cambio de remuneración y beneficio con los cuidados no remunerados. En las regiones donde la brecha de género en la participación en la fuerza de trabajo ha sido amplia (por ejemplo, en los Estados Árabes y en el norte de África), ha seguido siéndolo. En el Asia Meridional y en el Asia Oriental la brecha se ha ampliado aún más.¹¹⁴ Junto con Europa Septentrional, Meridional y Occidental, América del Norte y el África subsahariana, América Latina es la región donde más se ha reducido la brecha de participación en la fuerza de trabajo, habiendo aumentado la tasa de participación de la mujer del 40,3 por ciento en 1991 al 51,5 por ciento en 2018. En este aumento parece haber jugado un papel importante la tasa de participación en la fuerza de trabajo correspondiente a las mujeres en edad reproductiva, que aumentó del 53 por ciento en 1992 al 65 por ciento en 2012.¹¹⁵

El análisis que sigue aporta nuevas reflexiones para entender estas pautas mundiales y regionales. Por vez primera, nuevos análisis de microdatos de 89 encuestas sobre la fuerza de trabajo y de hogares (que abarcan el 81,3 por ciento de la población mundial en edad de trabajar) permiten hacer una evaluación en los niveles mundial, regional y de ingresos de la medida en que la presencia de perso-

nas dependientes, como variable representativa del trabajo de cuidados no remunerado, afecta a los resultados correspondientes a las mujeres y a los hombres en el mercado de trabajo, empezando por su participación en la fuerza de trabajo. En el análisis se han incluido más de 15 millones de observaciones, a partir de las cuales se identificaron la composición de los hogares y la distinción entre las cuidadoras y los cuidadores no remunerados y quienes no son cuidadoras ni cuidadores, así como los receptores de los cuidados (véase el capítulo 1).

En 2018 hay aproximadamente 2300 millones¹¹⁶ de mujeres y hombres adultos¹¹⁷ (1200 millones de mujeres y 1100 millones de hombres)¹¹⁸ que habitan en hogares donde hay al menos un hijo menor de 15 años o una persona de edad avanzada que o cumple o ha superado la edad de “esperanza de vida sana” del país.¹¹⁹ Esta población de cuidadoras y cuidadores “potenciales” no remunerados representa el 41,9 por ciento de la población en edad de trabajar. Aunque el vivir en un hogar en compañía de una persona necesitada de cuidados aumenta la probabilidad de que se preste un trabajo de cuidados no remunerado, la sección 2.1 demuestra que no todas las cuidadoras y cuidadores potenciales no remunerados prestan ese tipo de trabajo. De hecho, lo que afecta a los resultados sobre la fuerza de trabajo es la intensidad de la prestación de horas de cuidados sin remunerar, intensidad que varía sustancialmente según el sexo y otros aspectos socioeconómicos.

Participación de las cuidadoras y cuidadores no remunerados en la fuerza de trabajo

En la presente subsección se comienza analizando la distribución de las cuidadoras y cuidadores no remunerados dentro de la fuerza de trabajo, centrándose en aquellas personas que viven con alguien que depende de cuidados y que están fuera de la fuerza de trabajo (esto es, “inactivos”) y realizan trabajo de cuidados no remunerado a tiempo completo. Una comparación entre las tasas correspondientes a las mujeres y a los hombres en la fuerza de trabajo muestra que la presencia en el hogar de hijos menores de 15 años o de personas en edad avanzada afecta negativamente a la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo (“penalización en la participación en la fuerza de trabajo”) y positivamente a la de los hombres (“prima en la participación en la fuerza de trabajo”). La mayor penalización corresponde a las mujeres que viven con hijos de 0 a 5 años de edad.

Al examinar la brecha que hay en la fuerza de trabajo entre las mujeres que dispensan cuidados y las que no lo hacen, los datos muestran que a escala mundial el 45,1 por ciento de las cuidadoras no remuneradas están fuera de la fuerza de trabajo, frente al 42,6 por ciento de las mujeres que no tienen responsabilidades directas de cuidados (gráfico 2.18). La mayor parte de los grupos de ingresos y de las regiones registran también una penalización para las mujeres que viven con personas que reciben cuidados. La diferencia entre las tasas de empleo relativas a la población que registran las mujeres cuidadoras en oposición a las no cuidadoras es negativa y alcanzó su valor más alto en países de ingresos altos, con una diferencia de 0,8 puntos porcentuales. En estos países de ingresos altos, el 27,3 por ciento de las cuidadoras no remuneradas están fuera de la fuerza de trabajo, frente al 19,4 por ciento de las mujeres sin responsabilidades de cuidados. En el plano regional, las Américas registran la mayor brecha (7,4 puntos porcentuales) entre cuidadoras y no cuidadoras en la tasa de empleo con respecto a la población, seguidas por Europa y Asia Central (5,8 puntos porcentuales). Por ejemplo, en Hungría el 61,9 por ciento de las cuidadoras tiene un empleo frente al 85,4 por ciento de las no cuidadoras, más de 20 puntos porcentuales de diferencia. Austria, la República Checa y Suiza también registran amplias brechas en el empleo entre las cuidadoras y las no cuidadoras (en torno a 20 puntos porcentuales). Estos son también países en los que hay un acceso limitado a los servicios públicos de cuidados (véanse los capítulos 3 y 4).

Es en los países de ingresos medios donde encontramos las proporciones más altas de mujeres fuera del mercado de trabajo que son cuidadoras no remuneradas (50,0 por ciento) y las que no son (48,1 por ciento). En el plano regional, las cuidadoras no remuneradas que más probabilidades tienen de estar fuera de la fuerza de trabajo están en los Estados Árabes, donde tienen empleo

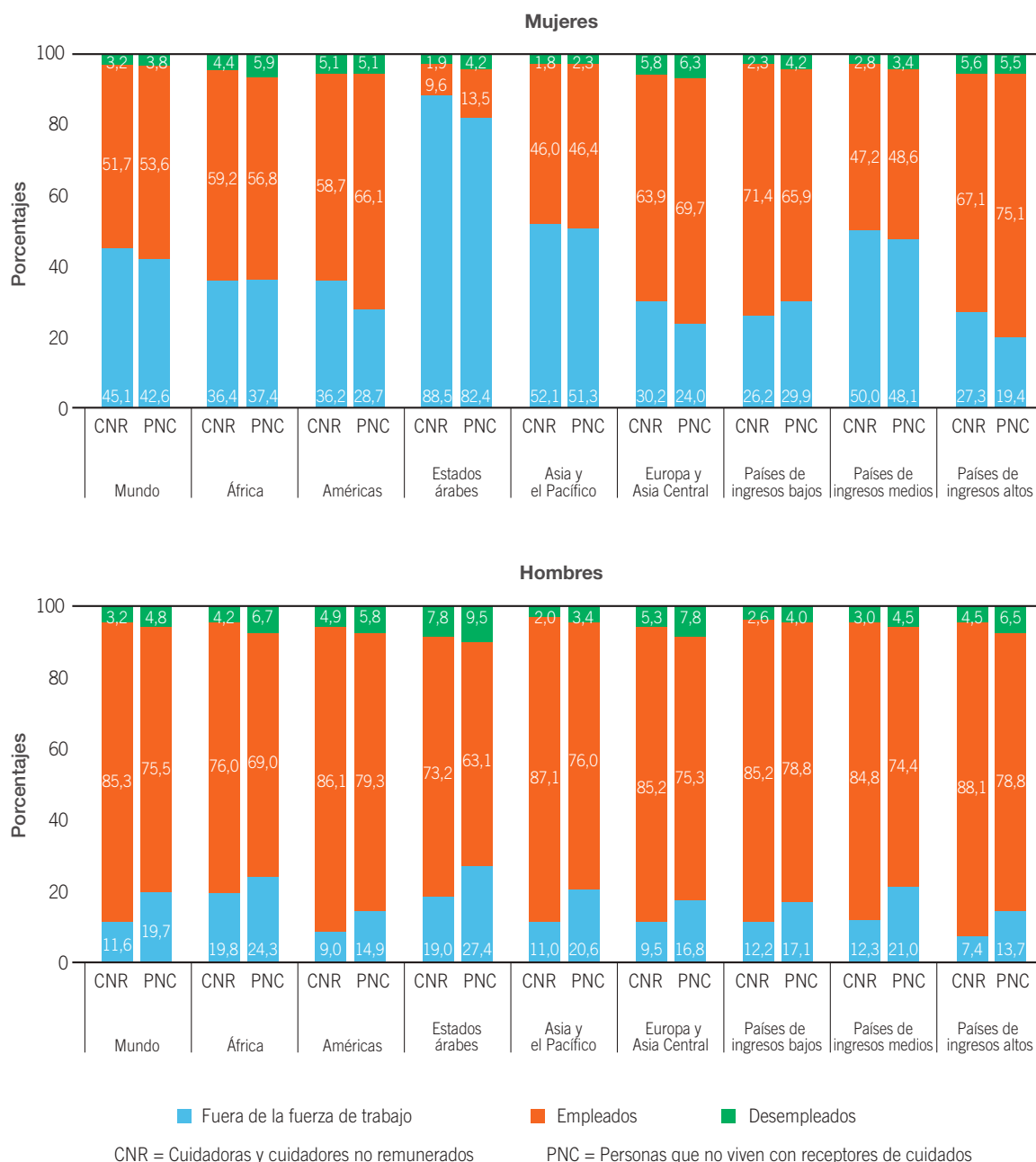
solo aproximadamente 10 de cada 100 cuidadoras no remuneradas. Se trata de la cifra más baja en todas las regiones y todos los grupos de ingresos. En esta región tienen un empleo 14 de cada cien mujeres no cuidadoras. Sin embargo, en África y en países de ingresos bajos pueden encontrarse excepciones a la penalización en la participación en la fuerza de trabajo relacionada con los cuidados. En África, por ejemplo, las cuidadoras están mejor representadas entre las empleadas (2,4 puntos porcentuales más que las no cuidadoras) y tienen menos probabilidad de quedar fuera de la fuerza de trabajo (1,0 puntos porcentuales) que las no cuidadoras (como explicación, véase más abajo el análisis del gráfico 2.19).

La situación en la fuerza de trabajo de los hombres que son cuidadores y los que no lo son arroja pautas completamente opuestas a las de las cuidadoras. En todas las regiones y en todos los grupos de ingresos, los hombres que viven en hogares con personas dependientes (cuidadores no remunerados) siempre tienen más probabilidad de participar en la fuerza de trabajo (en concreto, experimentan una “prima en la participación en la fuerza de trabajo”) que los hombres que no viven con personas dependientes. Los hombres tienen más probabilidad de tener un empleo y menos de quedarse fuera de la fuerza de trabajo cuando viven con hijos menores de 15 años o con personas de edad avanzada que cuando no viven con personas dependientes. Esto confirma que en todo el mundo el modelo del “hombre como sostén de la familia” continúa siendo la forma más predominante de organizar el trabajo y la familia. En todo el mundo, los hombres que prestan cuidados no remunerados registran en promedio una tasa de participación en la fuerza de trabajo que supera en 8,2 puntos porcentuales a la de los hombres que no tienen tales responsabilidades de cuidados. A nivel mundial, solo el 11,6 por ciento de los cuidadores están fuera de la fuerza de trabajo, y 85 de cada cien tienen un empleo. Además, el 19,7 por ciento de los hombres sin tareas de cuidados carecen de actividad y el 75,5 por ciento de ellos tienen un empleo (véase el gráfico 2.18).

Entre los tres grupos de ingresos encuestados, donde más alta es esta diferencia de participación en la fuerza de trabajo es entre los países de ingresos medios (8,7 puntos porcentuales), donde el 21,0 por ciento de los hombres que no tienen responsabilidades de cuidados están fuera de la fuerza de trabajo frente al 12,3 por ciento de sus compañeros cuidadores. A nivel regional, la brecha en la participación en la fuerza de trabajo entre cuidadores y no cuidadores oscila entre 4,5 puntos porcentuales en África hasta 9,6 en Asia y el Pacífico. Por países, donde más grande es esta brecha es en Níger (16,7 puntos porcentuales) y donde más pequeña, en el Congo (-37,6 puntos porcentuales), donde los hombres que tienen responsabilidades familiares participan en la fuerza de trabajo en menor grado que los que no las tienen.

Para explicar mejor las pautas de participación en el trabajo correspondientes a las personas que prestan cuidados y a las que no los prestan, se ha examinado el papel que desempeñan los niveles de pobreza en 89 países. El gráfico 2.19 muestra que el índice de pobreza de USD 1,90 está negativamente correlacionado (-0,51) con la diferencia entre la proporción de mujeres cuidadoras y la de mujeres no cuidadoras que están fuera de la fuerza de trabajo. De hecho, podría haber entre ambas una relación en forma de U invertida. En los países de ingresos bajos, a pesar de la falta de servicios de cuidados, hay una proporción menor de mujeres que están fuera de la fuerza de trabajo y viven con personas dependientes en comparación con las mujeres que viven sin ninguna persona dependiente. Esto refleja las tasas de pobreza existentes en estos países y la necesidad de trabajar a cambio de remuneración o beneficio con el fin de satisfacer las necesidades básicas de toda la familia. A medida que un país se desarrolla económicamente y que desciende el índice de pobreza, las mujeres que viven con hijos menores de 15 años y con personas de edad avanzada tienden a salir de la fuerza de trabajo a un ritmo mayor que las mujeres que no tienen personas dependientes.

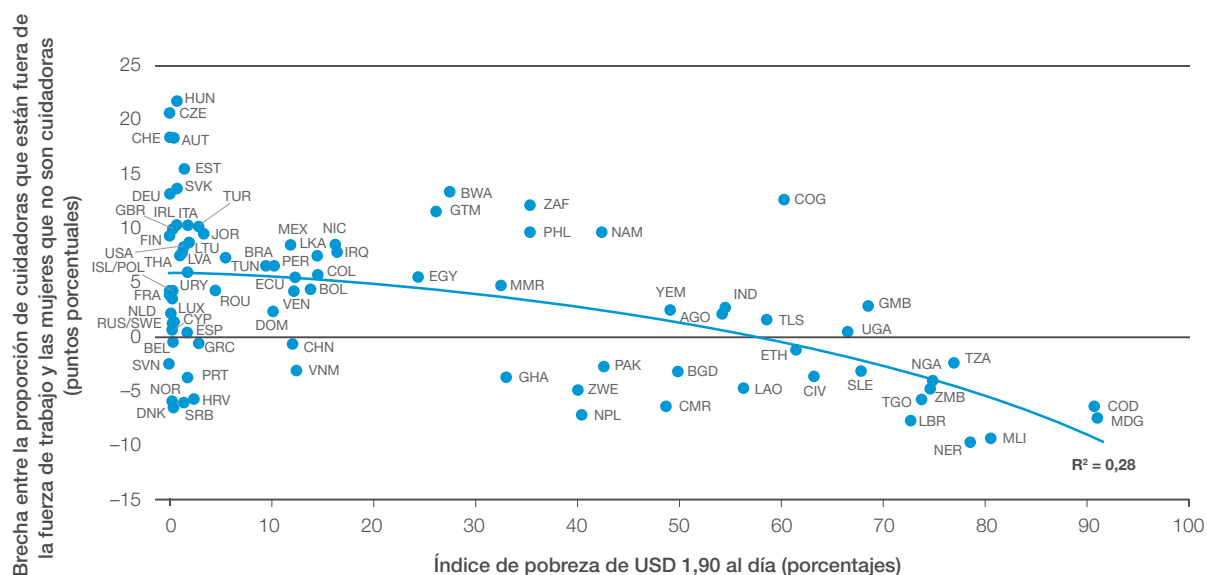
Gráfico 2.18. Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y situación en la fuerza de trabajo, último año disponible



Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos, de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de la población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 82 por ciento (89); África: 70 por ciento (24); Américas: 88 por ciento (13); Estados árabes: 43 por ciento (3); Asia y el Pacífico: 84 por ciento (15); Europa y Asia Central: 83 por ciento (34); Países de ingresos bajos: 66 por ciento (14); Países de ingresos medios: 86 por ciento (44); Países de ingresos altos: 69 por ciento (31). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.3 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

Gráfico 2.19. Brecha entre la proporción de cuidadoras que están fuera de la fuerza de trabajo y las mujeres que no son cuidadoras, índice de pobreza de USD 1,90 al día por persona, último año disponible

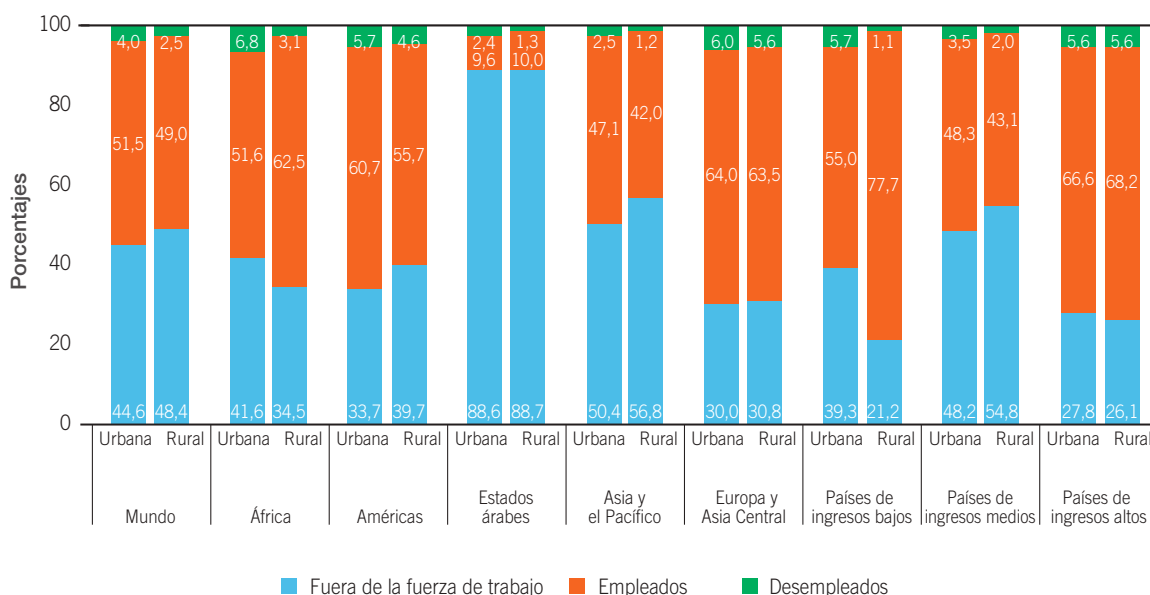


Nota: En este gráfico una brecha positiva indica una penalización potencial para las mujeres que viven con personas que reciben cuidados. El mapeo de las diferencias por país se hace en contraste con el índice de pobreza de USD 1,90 en PPA en dólares EE.UU. de 2011 (84 países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares y Banco Mundial, 2018a.

Ser cuidador o cuidadora no remunerado en las zonas rurales es un poco más desfavorable económicamente; en esas zonas, el 48,4 por ciento de las mujeres con personas dependientes están fuera de la fuerza de trabajo, frente al 44,6 por ciento de mujeres que se encuentran en esa situación en las zonas urbanas (gráfico 2.20). Asia y el Pacífico registran la mayor disparidad regional entre la situación en la fuerza de trabajo de las mujeres rurales y urbanas que viven con personas dependientes. En esa región las cuidadoras rurales tienen alrededor de 6 puntos porcentuales más de probabilidad de quedar fuera de la fuerza de trabajo que las cuidadoras urbanas. Sobre todo es China la que lo determina, pues allí el 71,6 por ciento de las cuidadoras urbanas tienen un empleo frente al 44,4 por ciento de las cuidadoras rurales. China es el país donde más penalizadas están las mujeres que viven en zonas rurales. En Guatemala, México, Rumania, Serbia y Sierra Leona las cuidadoras de las zonas rurales tienen que hacer frente a una brecha en la participación en la fuerza de trabajo de más de 15 puntos porcentuales, cifra que aumenta a más de 20 puntos porcentuales en Bulgaria, Lituania, Nicaragua y Sudáfrica.

Gráfico 2.20. Mujeres cuidadoras no remuneradas, por lugar de residencia y situación en la fuerza de trabajo, último año disponible

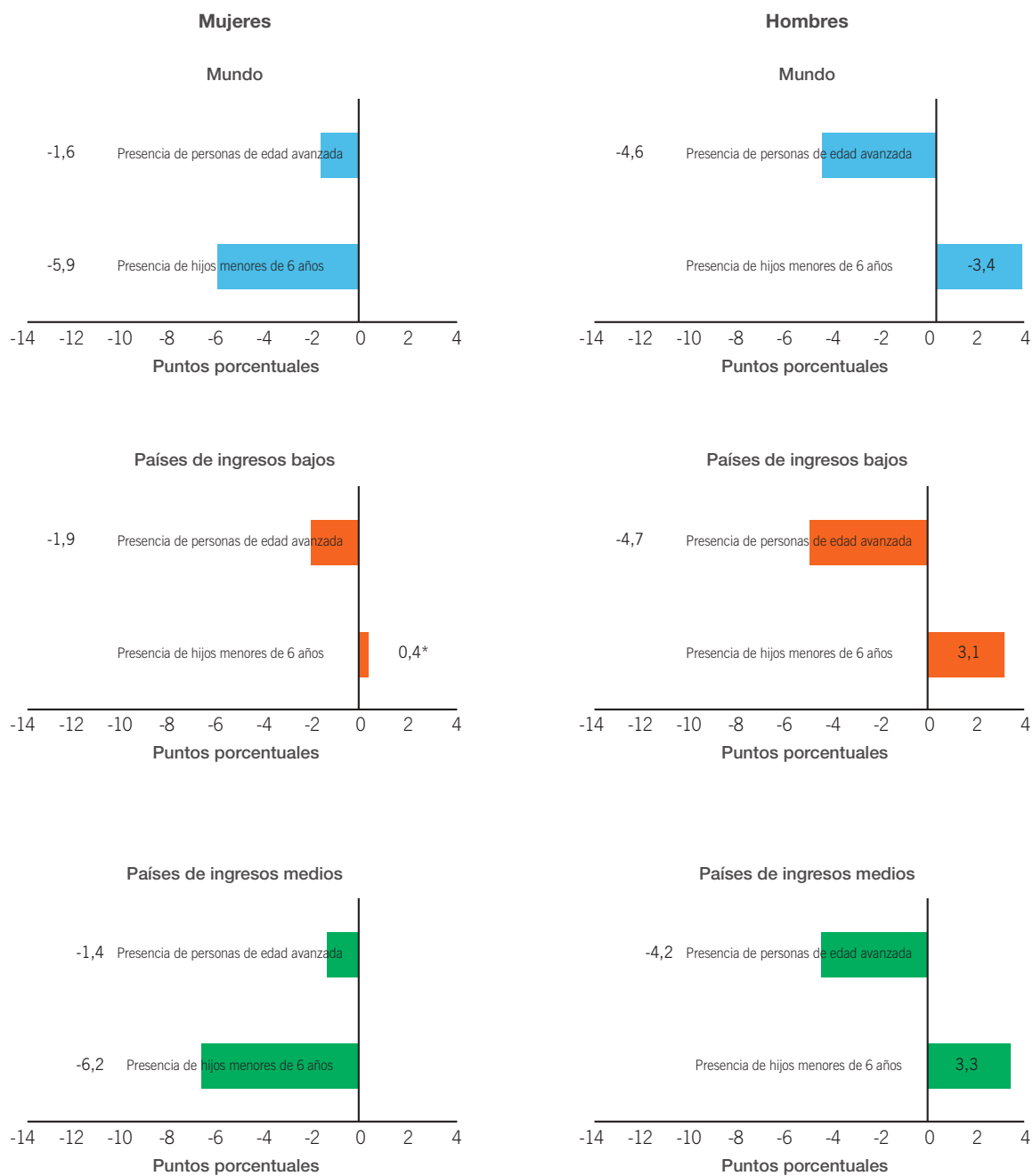


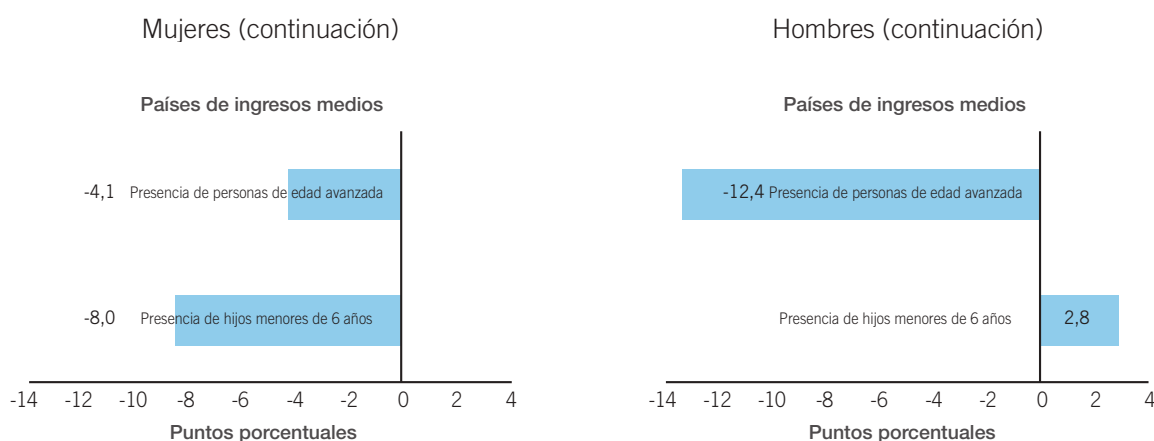
Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de la población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 80 por ciento (82); África: 69 por ciento (23); Américas: 78 por ciento (10); Estados árabes: 48 por ciento (3); Asia y el Pacífico: 83 por ciento (15); Europa y Asia Central: 81 por ciento (31); Países de ingresos bajos: 66 por ciento (14); Países de ingresos medios: 84 por ciento (40); Países de ingresos altos: 68 por ciento (28). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.4 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

Asimismo, las desventajas de ser cuidadora no remunerada aumentan según la persona que reciba los cuidados: los hijos pequeños imponen una mayor penalización en la participación en la fuerza de trabajo que las personas en edad avanzada. Además, esa penalización se ve más exacerbada en el caso de las mujeres que viven con hijos de entre 0 y 5 años. La penalización en la participación en la fuerza de trabajo que se debe a estos dos grupos de receptores de cuidados se ilustra en el gráfico 2.21. Esto confirma que las mujeres que viven con hijos pequeños tienen las menores probabilidades de trabajar a cambio de remuneración o beneficio, con independencia de algunas características personales. De hecho, una vez tomados en cuenta factores como la educación, el grupo de edad, el lugar de residencia y el grupo de ingresos y utilizando efectos constantes por país, los resultados de una regresión lineal del modelo de probabilidades arrojan que, en todo el mundo, la presencia en el hogar de hijos de 0 a 5 años de edad reduce la probabilidad de que la mujer participe en la fuerza de trabajo en 5,9 puntos porcentuales, mientras que la presencia de personas de edad avanzada reduce la misma probabilidad en 1,6 puntos porcentuales. Por otro lado, en el caso de los hombres, la probabilidad de estar en la fuerza de trabajo se ve positivamente afectada por la presencia de hijos menores de 6 años en 3,4 puntos porcentuales (“prima en la participación en la fuerza de trabajo”), aunque también ellos se ven negativamente afectados por la presencia de personas de edad avanzada, incluso en mayor medida que las mujeres (-4,6 puntos porcentuales).

Gráfico 2.21. Repercusión que tiene la presencia de hijos menores de 6 años de edad y de personas en edad avanzada en la participación en la fuerza de trabajo, por sexo, último año disponible





Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años. Para las mujeres y los hombres en el mundo y en cada grupo de ingresos se han calculado regresiones ordinarias basadas en mínimos cuadrados. Todos los coeficientes calculados son estadísticamente significativos, con la salvedad de los coeficientes marcados con un asterisco. Variable dependiente: participación en la fuerza de trabajo (1 si se está empleado o desempleado, 0 si se está fuera de la fuerza de trabajo). Controles: presencia en el hogar de hijos menores de 6 años; presencia en el hogar de personas de edad avanzada definidas como miembros del hogar que han alcanzado o superado la edad de una esperanza de vida sana; nivel de educación (básico o menos, intermedio, avanzado, no indicado); lugar de residencia (rural o urbano); efectos constantes por país; controles de grupo de edad (agrupados por cada cinco años). Se especifican los errores estándar robustos. Porcentaje de la población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 81 por ciento (85); Países de ingresos bajos: 66 por ciento (14); Países de ingresos medios: 88 por ciento (43); Países de ingresos altos: 60 por ciento (28). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.5, panel A, para el resultado de las regresiones, y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

Las mujeres que viven en países de ingresos altos son las que reciben la penalización más importante cuando viven con hijos de 0 a 5 años de edad. Ellas, en efecto, tienen un 8,0 por ciento menos de posibilidad de estar en la fuerza de trabajo que las mujeres del mismo grupo que no tienen hijos. En los países de ingresos altos, las familias pueden encontrar obstáculos para acceder a los servicios de cuidados y, por tanto, se plantea el dilema de optar entre el costo de los cuidados infantiles no familiares o los ingresos procedentes de un trabajo remunerado. Con frecuencia el resultado es que las mujeres se ven obligadas a retirarse del mercado de trabajo porque probablemente sus salarios sean inferiores a los de su compañero varón. En los países de ingresos altos, el descenso en la participación de las mujeres cuando hay hijos pequeños corre en paralelo al aumento de 2,8 puntos porcentuales en la tasa de la participación de los hombres en la fuerza de trabajo, lo que constituye una “prima en la participación en el trabajo por paternidad”.

En los países de ingresos bajos, la presencia de hijos de entre 0 y 5 años de edad no influye en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, mientras que en el caso de los hombres aumenta sus posibilidades de estar en la fuerza de trabajo (+3,1 puntos porcentuales). Con la presencia de hijos menores de 6 años, la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo podría aumentar por la falta de protección social y de ingresos. En entornos de escasos recursos, las mujeres podrían no tener más remedio que sumarse al mercado de trabajo o permanecer en él a fin de mantener a sus hijos pequeños. Además, como se expone en el capítulo 1, en los países de ingresos bajos el 32,7 por ciento de las personas en edad de trabajar viven en hogares ampliados en los que las responsabilidades de cuidados pueden repartirse entre los miembros de la familia, con lo que a las mujeres les resulta posible permanecer en la fuerza de trabajo. Además, hay países con una alta prevalencia de trabajadoras y trabajadores independientes, especialmente los trabajadores por cuenta propia o los trabajadores familiares auxiliares empleados en la agricultura, en su mayor parte en la economía informal; un hecho que permite a las trabajadoras y los trabajadores independientes combinar el trabajo a cambio de una remuneración o beneficio con los cuidados infantiles, si bien no de la manera más satisfactoria.¹²⁰

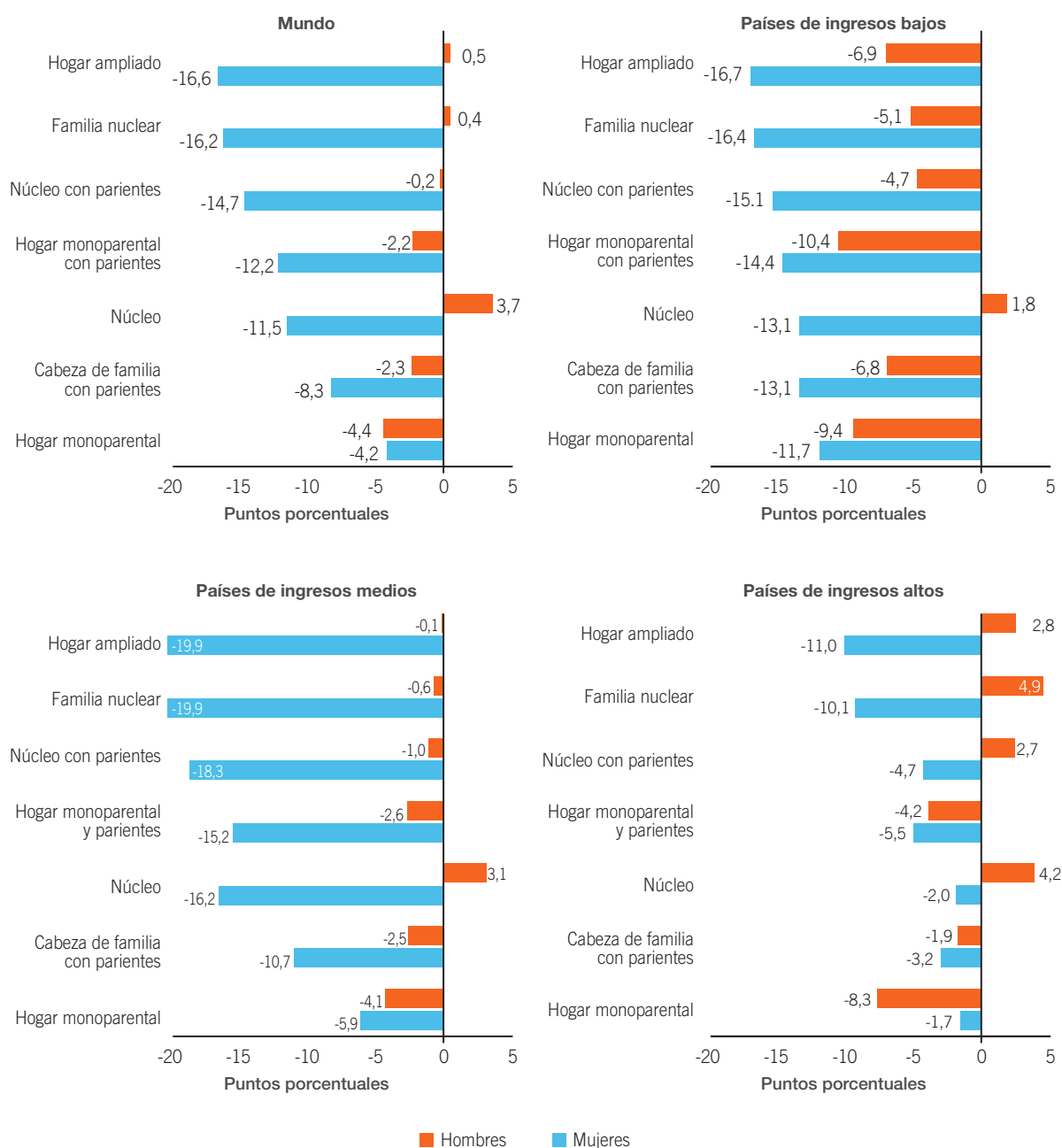
También afecta negativamente a la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo la presencia en el hogar de personas en edad avanzada, pero en menor grado que la presencia de hijos menores de 6 años. Como ocurre con la presencia de hijos de entre 0 y 5 años de edad, este factor cobra su mayor importancia en los países de ingresos altos, donde la reducción en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo es de 4,1 puntos porcentuales, seguidos por los países de ingresos bajos (-1,9 puntos porcentuales) y los países de ingresos medios (-1,4 puntos porcentuales). Este resultado está relacionado con las distintas tasas de dependencia de cuidados entre los dos grupos de países según los ingresos, marcadas por las diferencias en el tamaño de la población envejecida y en la esperanza de vida (véase el capítulo 1). No obstante, en todos los cuidadores y cuidadoras no remunerados y en todos los grupos de ingresos, la presencia de personas en edad avanzada va unida al mayor descenso en la tasa de participación entre los hombres, y esto lo volvemos a encontrar en los países de ingresos altos (-12,4 puntos porcentuales). La explicación podría ser que donde más altas son las tasas de hombres solteros es en los países de este grupo de ingresos y que en varios de estos países los hombres de 25 a 54 años tienden a tardar más que las mujeres de la misma edad en abandonar el hogar de los padres; además, esto también podría deberse a la precariedad de las condiciones de trabajo (véase el capítulo 1). Asimismo, un número cada vez mayor de hombres se ve abocado al dilema de escoger entre estar en la fuerza de trabajo o cuidar a los padres en edad avanzada, pues estos cuidados en su mayor parte hay que ponerlos en manos privadas y resultan caros (véase los capítulos 3 y 4).

Participación en la fuerza de trabajo y composición de los hogares¹²¹

Habitualmente las decisiones sobre la participación en la fuerza de trabajo (a saber, si se participa o no y, en caso afirmativo, cuántas horas se dedican al trabajo a cambio de remuneración y beneficio) se toman en el marco de la familia, siendo un factor importante el de las respectivas relaciones de negociación o poder entre los cónyuges o parejas (véase la sección 2.3). Las características y la dinámica de los hogares en relación con la presencia de otros potenciales cuidadores o cuidadoras no remunerados de adultos o de niños, especialmente mujeres y niñas, también influyen en la participación de las mujeres y de los hombres en la fuerza de trabajo y las brechas de género conexas. Es al comienzo de la formación de la pareja y de la familia cuando surgen las brechas entre hombres y mujeres y cuando se acentúan las que existían antes.¹²²

En comparación con las mujeres solteras, aquellas que están casadas o cohabitan con su pareja o que viven con hijos tienen menos probabilidad de estar activas en el mercado de trabajo (gráfico 2.22). A nivel mundial, la probabilidad de su participación desciende en 16,6 puntos porcentuales si viven en hogares ampliados y en 16,2 puntos porcentuales si viven en familias nucleares (esto es, cabeza de familia más cónyuge, con hijos) donde prevalece el modelo del “hombre como sostén de la familia”. La probabilidad de que las mujeres estén en la fuerza de trabajo desciende en 14,7 puntos porcentuales en hogares “nucleares” (esto es, cabeza de familia más cónyuge, sin hijos) con parientes. Esto nos lleva de nuevo al rol de sostén de la familia de los hombres que son cabeza de familia. También sugiere que la presencia de otras mujeres adultas en el hogar solo en parte sustituye las responsabilidades de la madre en materia de cuidados. Por tanto, la presencia de otras mujeres adultas no va sistemáticamente unida a una mayor tasa de participación en la fuerza de trabajo para las madres. En hogares monoparentales con parientes y en núcleo, la probabilidad de que las mujeres se sumen a la fuerza de trabajo disminuye en 12,2 y 11,5 puntos porcentuales, respectivamente. No es de extrañar que la menor reducción en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo (-4,2 puntos porcentuales) se registre en el caso de los hogares monoparentales, en su mayor parte con mujeres a la cabeza. En estos hogares, las mujeres se ven abocadas a la necesidad de trabajar a cambio de unos ingresos a fin de mantener a sus hijos y ofrecerles condiciones de vida.

Gráfico 2.22. Probabilidad de estar en la fuerza de trabajo, por sexo y por composición del hogar (en comparación con las personas solteras), último año disponible



Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos, de 18 a 54 años. Para las mujeres y los hombres en el mundo y en cada grupo de edad se han calculado regresiones ordinarias basadas en mínimos cuadrados. Todos los coeficientes calculados son estadísticamente significativos, con la salvedad de los coeficientes marcados con un asterisco. Variable dependiente: participación en la fuerza de trabajo (1 si se está empleado o desempleado, 0 si se está fuera de la fuerza de trabajo). Controles: tipo de hogar (ampliado, familia nuclear, núcleo con parientes, hogar monoparental con parientes, núcleo, cabeza de familia con parientes, hogar monoparental); grupo de referencia: soltera/soltero; nivel de educación (básico o menos, intermedio, avanzado, no consta); lugar de residencia (rural o urbano); efectos constantes por país, controles de grupo de edad (agrupados por cada cinco años). Se especifican los errores estándar robustos. Porcentaje de la población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 78 por ciento (84); Países de ingresos bajos: 66 por ciento (14); Países de ingresos medios: 83 por ciento (42); Países de ingresos altos: 60 por ciento (28). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.5, panel B, para el resultado de las regresiones, y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

En coherencia con lo expuesto anteriormente, no ser soltero afecta a la participación de los hombres en la fuerza de trabajo. La probabilidad de sumarse a la fuerza de trabajo disminuye en 0,2 puntos porcentuales para los hombres cuyos hogares consisten en un núcleo con parientes, 76 veces menos que el descenso observado para las mujeres (-14,7 puntos porcentuales). En el plano mundial, los hombres que viven con su cónyuge sin hijos (en núcleo) tienen más probabilidad de estar en la fuerza de trabajo (+3,7 puntos porcentuales) en comparación con los solteros. También se detecta una “prima en la fuerza de trabajo” para los hombres que viven en hogares ampliados (+0,5 puntos porcentuales) y en familias nucleares (+0,4 puntos porcentuales). Estos datos corroboran el modelo según el cual el hombre es el “sostén de la familia” y la mujer es la “dispensadora de cuidados” y también la hipótesis de la existencia de una “prima en la participación en la fuerza de trabajo por paternidad”.

El análisis por grupos de países según sus ingresos muestra que estas pautas persisten en los países de ingresos altos. No obstante, cabe destacar que en estos países las mujeres que viven con un cónyuge (en núcleo) tienen apenas dos puntos porcentuales menos de posibilidad de participar en la fuerza de trabajo si se las compara con las mujeres solteras. Lo que sugiere la existencia de un modelo de sostén de la familia más igualitario anterior a la paternidad en los países en que las mujeres han recibido más formación, el matrimonio se encuentra en declive y la fertilidad se aplaza (véase la sección 1.2). Con todo, existe una “prima en la fuerza de trabajo” para los hombres que cohabitan con una pareja (en familias nucleares, hogares ampliados, núcleos y núcleos con parientes), que tienen más probabilidad de estar activos que sus compañeros solteros. En comparación, en los países de ingresos bajos los hombres que viven en núcleo tienen solamente 1,8 más posibilidades de estar en la fuerza de trabajo si se los compara con los solteros, lo que indica que el efecto es más neutral en los casos de matrimonio o cohabitación. Las mujeres de los países de ingresos bajos, por el contrario, sufren una “penalización por matrimonio”, con el resultado de un descenso de 13,1 puntos porcentuales en la probabilidad de que las mujeres casadas o que cohabitan con una pareja tengan un empleo o estén buscando trabajo.

En los países de ingresos bajos, la probabilidad de que las mujeres no solteras y los hombres no solteros se sumen a la fuerza de trabajo siempre es menor, con independencia del tipo de hogar. No obstante, en el caso de las mujeres este efecto es más acentuado (en cuanto a su magnitud) que en el de los hombres, y siempre en torno a -14 puntos porcentuales. El hecho de que los resultados sean similares tanto para las familias con hijos como para las que no los tienen sugiere que lo que impide a las mujeres acceder a la fuerza de trabajo podría estar relacionado tanto con el trabajo de cuidados no remunerado como con otros obstáculos estructurales, por ejemplo, normas sociales, cuestiones relacionadas con la seguridad y ausencia de infraestructuras y oportunidades de ingresos. Como se indica en la sección 2.3, si a nivel mundial el equilibrio entre el trabajo y la familia es uno de los retos más duros a los que se enfrentan las mujeres trabajadoras, sobre todo en el África subsahariana, el principal reto que aduce el 20 por ciento de los encuestados (mujeres y hombres) es el del trato injusto en el trabajo (incluido el abuso, el acoso y la discriminación) seguido por el equilibrio entre el trabajo y la familia.¹²³

En los países de ingresos medios, la participación de los hombres en la fuerza de trabajo se ve afectada modestamente por la composición del hogar: su oscilación va desde +3,1 puntos porcentuales en el caso de los núcleos hasta -4,1 puntos porcentuales en el de los hogares monoparentales. No obstante, el impacto que la presencia de personas dependientes en el hogar tiene para las mujeres es más marcado todavía que en los países de ingresos bajos: en los hogares ampliados, las mujeres tienen cerca del -19,9 por ciento menos de probabilidad de estar en la fuerza de trabajo. En el caso de los hombres, por el contrario, esa probabilidad desciende en solo 0,1 puntos porcentuales. Se trata de la mayor brecha de género en todos los grupos de ingresos. También en las familias nucleares la probabilidad de que las mujeres estén en la fuerza de trabajo es 19,9 puntos porcentuales inferior a la de las mujeres solteras.

El efecto de una mayor carga relacionada con el VIH

En los países donde es alta la prevalencia del VIH y el acceso a los servicios de cuidados es inexistente o escaso, a los miembros del hogar que viven con el VIH les puede resultar difícil compaginar los cuidados que deben dispensar con el trabajo a cambio de remuneración o beneficio. Un estudio de próxima aparición de la OIT que utiliza microdatos de encuestas demográficas y de salud ha analizado si la presencia de un miembro de la familia que vive con el VIH en el hogar plantea a las cuidadoras o cuidadores no remunerados más dificultades para obtener un empleo, y si se puede observar que surgen diferencias según el sexo. El análisis se llevó a cabo en tres países donde la epidemia está generalizada, Liberia, Namibia y Zambia, y se limitó a los miembros del hogar que daban negativo como portadores del VIH. Una vez tenidos en cuenta diversos factores como el nivel de educación, el lugar de residencia y la edad, y de utilizar un marco de regresión lineal de probabilidad, se detectó que ser mujer y vivir en un hogar en el que algún miembro de la familia es portador del VIH reduce la posibilidad de tener un empleo en unos 30,0 puntos porcentuales.¹²⁴

La principal razón de la inactividad

Que la presencia de personas dependientes afecta negativamente a los resultados que obtienen las mujeres en el mercado de trabajo lo confirman también quienes respondieron a las 84 encuestas sobre la fuerza de trabajo y los hogares, una vez examinados los datos disponibles. Los cuestionarios hicieron posible la investigación de las razones por las que los encuestados no estaban participando en la fuerza de trabajo. A los encuestados (que no estaban ni empleados ni desempleados) se les preguntó por la razón principal de que no estuvieran buscando un empleo o de su indisponibilidad para ponerse a trabajar. Aunque los cuestionarios variaban, en general las posibles opciones para responder podían agruparse como sigue: responsabilidades de trabajo de cuidados no remunerado, motivos personales (estar estudiando, enfermo o discapacitado), disponibilidad de otras fuentes de ingresos, motivos relacionados con el mercado de trabajo y otras. En esta última categoría se incluyen la falta de infraestructuras necesarias con el fin de acceder al mercado de trabajo, la exclusión social, “no desea trabajar” y “no clasificado en ningún otro lugar”.

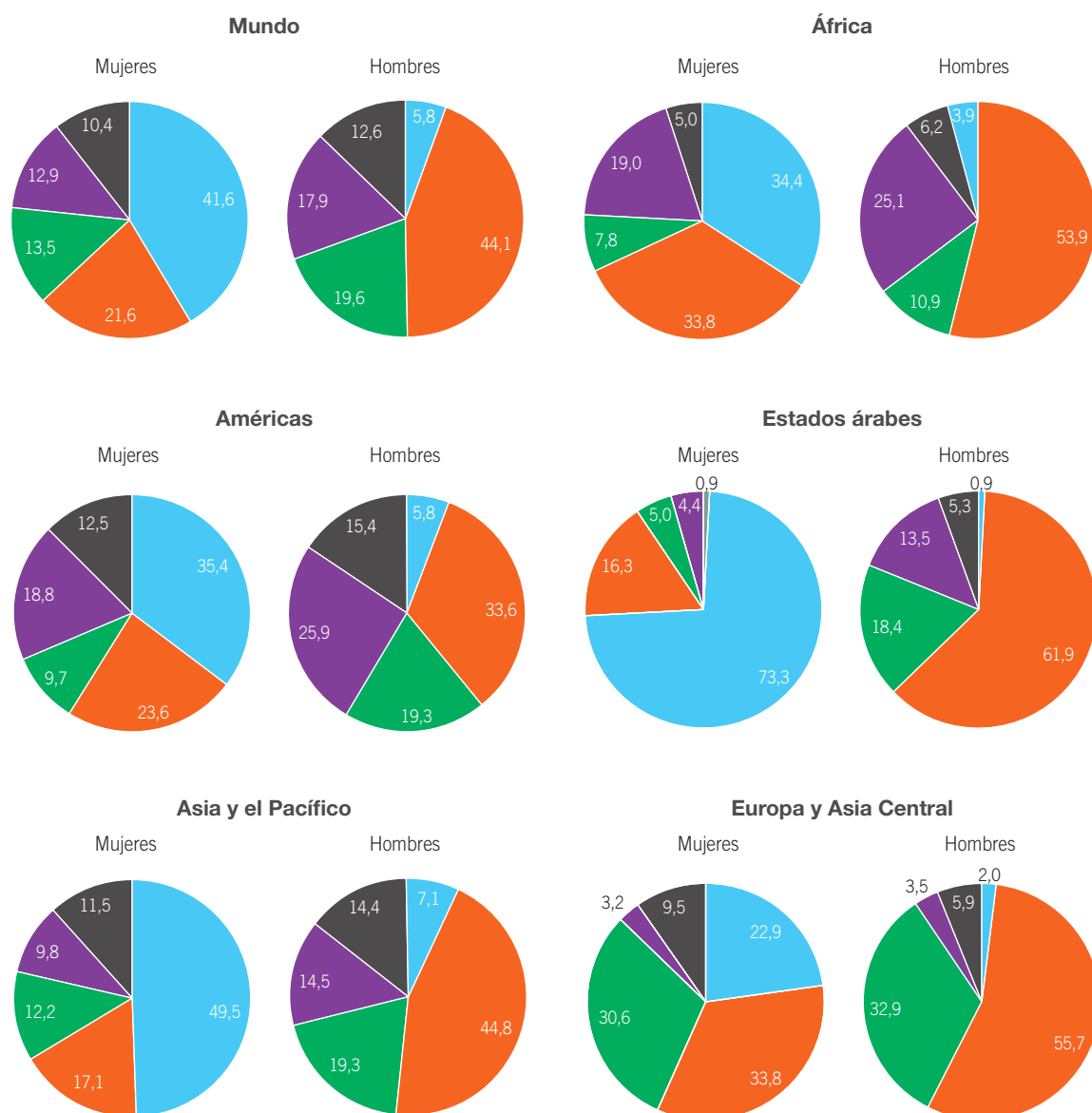
A nivel mundial, la principal razón aducida por las mujeres en edad de trabajar para estar fuera de la fuerza de trabajo fue la del trabajo de cuidados no remunerado (41,6 por ciento), mientras que en el caso de los hombres fue la de “estar estudiando, enfermo o discapacitado” (44,1 por ciento). En 2018, 606 millones de mujeres en edad de trabajar están fuera de la fuerza de trabajo debido a responsabilidades familiares, mientras que solo 41 millones de hombres están inactivos por la misma razón. Esas razones representan el 41,6 por ciento de los 1400 millones de mujeres inactivas en el mundo en comparación con solo el 5,8 por ciento de los 706 millones de hombres inactivos (véase el gráfico 2.23). Estas mismas mujeres también constituyen el 28,0 por ciento del número total de mujeres y hombres en edad de trabajar que están fuera de la fuerza de trabajo (2100 millones). En conjunto, estos 647 millones de mujeres y hombres que son cuidadoras y cuidadores no remunerados a tiempo completo representan el mayor grupo de participantes que pierde el mercado de trabajo en todo el mundo, y entre ellos las madres con hijos pequeños se encuentran sobrerrepresentadas. Puesto que a nivel mundial la mayoría de las mujeres preferirían tener un trabajo a cambio de remuneración o beneficio, incluidas aquellas que no se encuentran en la fuerza de trabajo, y los hombres están de acuerdo en ello¹²⁵ (véase la sección 2.3.1 infra), una gran parte de esta potencial fuerza de trabajo podría activarse mediante el acceso universal a políticas y servicios en materia de cuidados, como se expone en el capítulo 3.

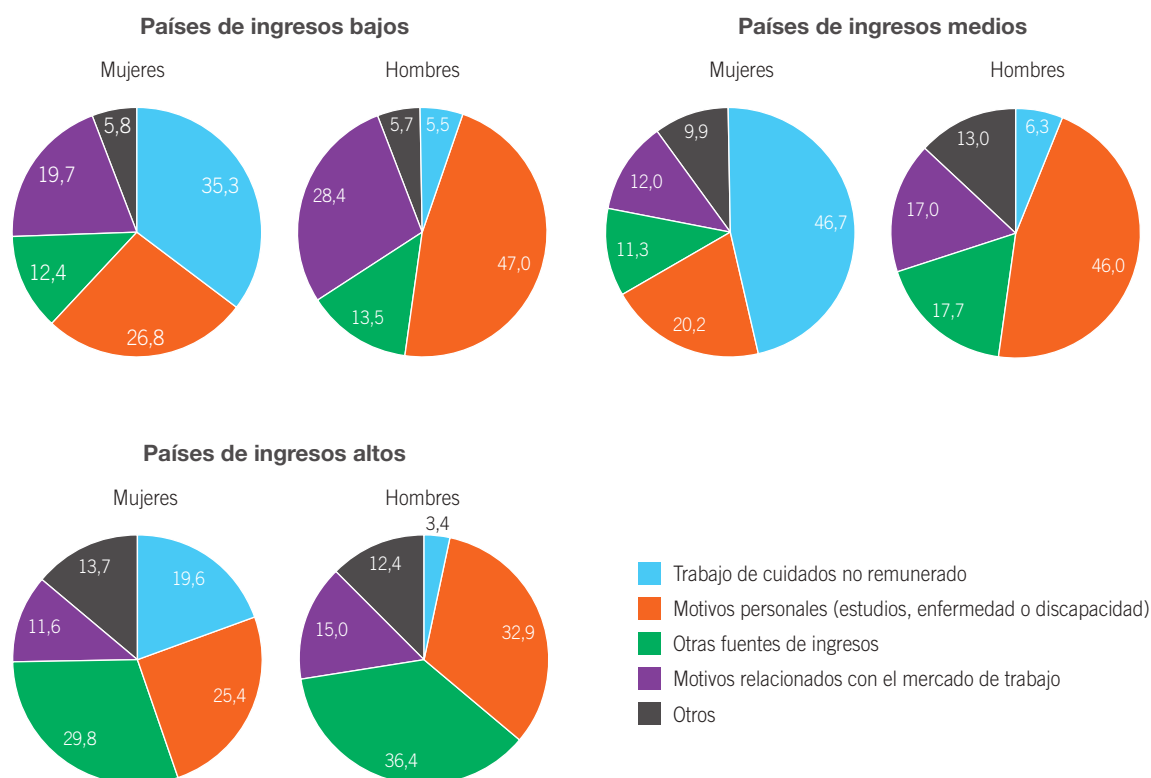
En todas las regiones y grupos de ingresos, la proporción de mujeres que están fuera de la fuerza de trabajo por motivo de trabajo de cuidados no remunerado nunca baja del 20 por ciento y así se indica constantemente como la causa principal de inactividad, con la excepción de los países de ingresos altos y de Europa y Asia Central. Dicho lo cual, incluso entre las economías más avanzadas, en las que son más accesibles las políticas y los servicios en materia de cuidados (véase el capítulo 3) y donde el principal motivo para que tanto las mujeres como los hombres estén fuera de la fuerza de trabajo es o bien “razones personales” (estar estudiando, enfermo o discapacitado) o “tener otras fuentes de ingresos”, los informes indican que alrededor del 20 por ciento de las mujeres están inactivas

por motivos relacionados con los cuidados. En todos los grupos de ingresos, el trabajo de cuidados no remunerado se indica como el principal motivo de la inactividad de las mujeres en los países de ingresos medios, indicándolo así el 46,7 por ciento de las mujeres en comparación con el 6,3 por ciento de los hombres.

A nivel regional, este motivo es el que más predomina entre los aducidos por las mujeres en los Estados Árabes, donde el 73,3 por ciento de ellas se encuentran fuera de la fuerza de trabajo por motivos relacionados con el trabajo de cuidados no remunerado, en comparación con solo un 0,9 por ciento de hombres. Esta tasa es la segunda más elevada de Asia y el Pacífico, que se sitúa en el 49,5 por ciento de mujeres frente al 7,1 por ciento de hombres. También es esta la región en la que la proporción más alta de hombres indica que los cuidados son su principal motivo de inactividad.

Gráfico 2.23. Porcentaje de personas inactivas, por sexo y principal motivo de estar fuera de la fuerza de trabajo, último año disponible





Nota: Grupo de edad: 15 y más años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de la población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 80 por ciento (84); África: 61 por ciento (21); Américas: 87 por ciento (12); Estados árabes: 43 por ciento (3); Asia y el Pacífico 85 por ciento (15); Europa y Asia Central: 75 por ciento (33); Países de ingresos bajos: 54 por ciento (12); Países de ingresos medios: 84 por ciento (40); Países de ingresos altos: 73 por ciento (32). El último año disponible se remonta al menos a 2008, correspondiendo el 44,9 por ciento de las observaciones a 2016. Véase el anexo A.3, cuadro A.3.6 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

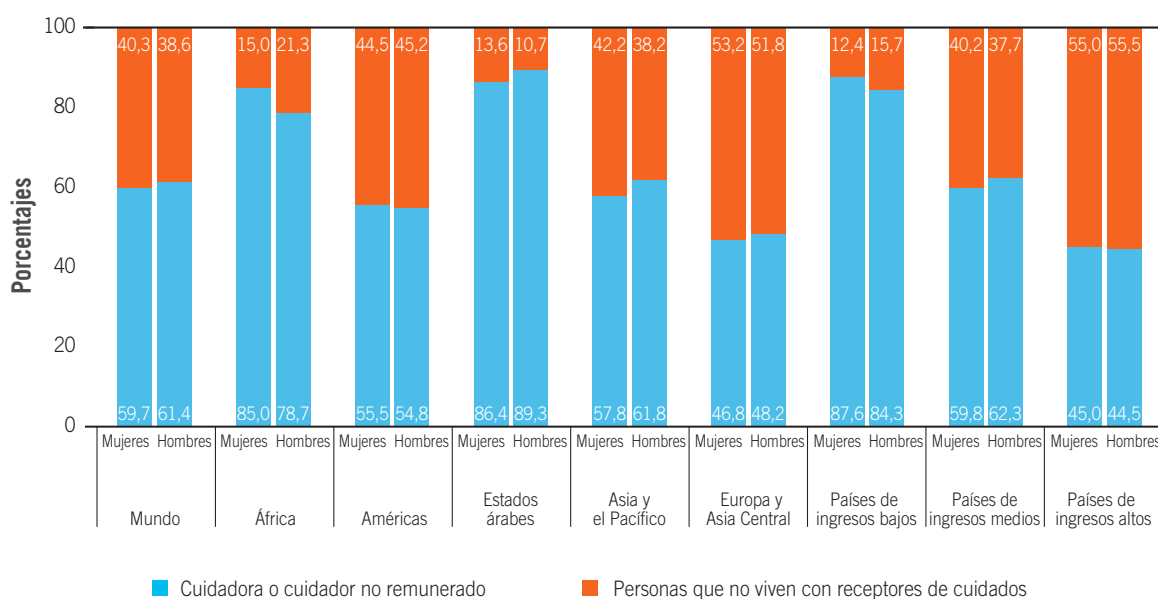
2.2.2. Las pautas de empleo de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados

La prestación de cuidados no remunerada repercute en la oferta de mano de obra en términos tanto de cantidad como de calidad, habiendo penalizaciones salariales relacionadas con la intensidad de la oferta de mano de obra (número de horas dedicadas al trabajo a cambio de remuneración o de beneficio), la opción correspondiente a la ocupación (situación en el empleo, sector público frente a sector privado, ocupación en sectores calificados de femeninos) y si se encuentra en la economía formal o en la economía informal.¹²⁶ A nivel mundial, la brecha de género en el empleo solo se ha cerrado en 0,6 puntos porcentuales desde 1995, lo que significa que no se ha progresado lo suficiente en el acceso de las mujeres a los empleos.¹²⁷ Un examen de 90 encuestas sobre la fuerza de trabajo que abarcan el 82,0 por ciento de la población mundial en edad de trabajar revela el grado en que la presencia de personas dependientes, utilizada como valor representativo del trabajo de cuidados no remunerado, afecta tanto a la participación de las mujeres y de los hombres en el empleo como a las horas trabajadas en todos los empleos.

Empleadas y empleados con responsabilidades familiares

Por todo el mundo, la norma es combinar el empleo con las responsabilidades de cuidados no remunerados. En 2018, 1400 millones de personas adultas con responsabilidades familiares tenían un empleo, esto es, “cuidadoras y cuidadores empleados” (500 millones de mujeres y 900 millones de hombres). Lo que significa que, a nivel mundial, el 60,7 por ciento de personas adultas empleadas¹²⁸ viven con personas que dependen de cuidados y que esas personas empleadas con responsabilidades familiares son principalmente hombres. Las cuidadoras empleadas (mujeres con responsabilidades familiares) representan el 59,7 por ciento de todas las mujeres empleadas, mientras que los cuidadores empleados representan el 61,4 por ciento de los hombres empleados (gráfico 2.24). África es una de las regiones donde la mayor parte de las mujeres empleadas tienen responsabilidades de cuidados (85,0 por ciento) debido a la combinación de elevadas tasas de fertilidad y las elevadas tasas de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo (véanse los gráficos 2.18 y 2.19 supra). Por otro lado, en Europa y el Asia Central solo el 46,8 por ciento de las mujeres empleadas son cuidadoras. El análisis por grupo de ingresos confirma también que a medida que los ingresos del país aumentan, vivir con una persona dependiente reduce la proporción tanto de cuidadoras como de cuidadores no remunerados entre las personas adultas empleadas.

Gráfico 2.24. Proporción de cuidadoras y cuidadores no remunerados y de personas que no viven con receptores de cuidados en la población empleada, por sexo (porcentajes), último año disponible



Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios e ingresos bajos, de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de población empleada y número de países: Mundo: 82 por ciento (90); África: 72 por ciento (24); Américas: 88 por ciento (13); Estados árabes: 34 por ciento (3); Asia y el Pacífico 85 por ciento (16); Europa y Asia Central: 83 por ciento (34); Países de ingresos bajos: 69 por ciento (14); Países de ingresos medios: 87 por ciento (44); Países de ingresos altos: 69 por ciento (32). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.7 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

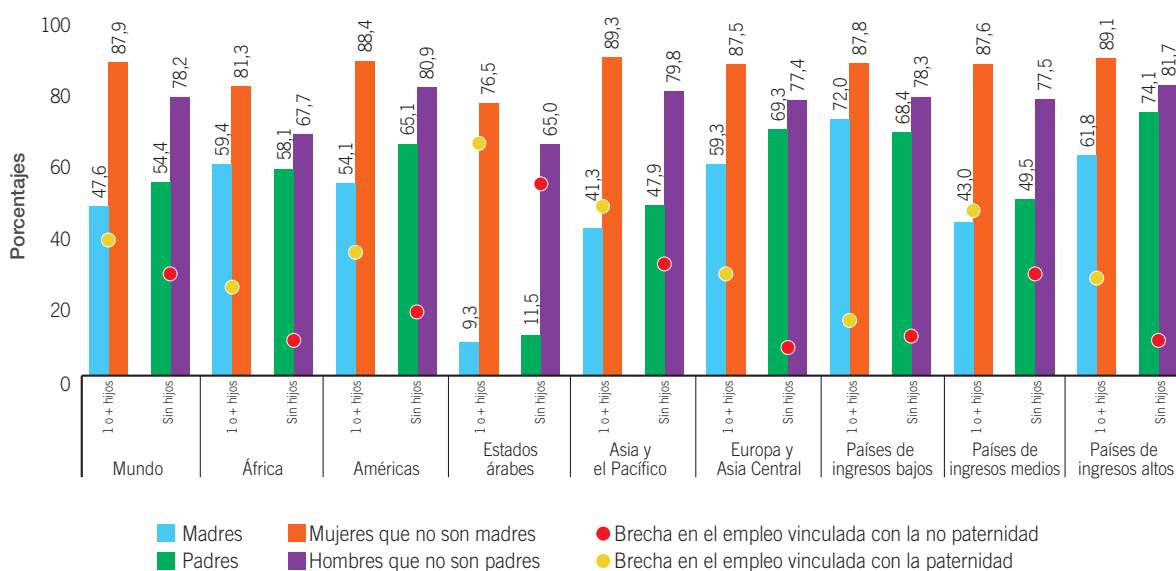
Fuentes: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Empleo de las madres

La anterior sección permite ver que para las cuidadoras y cuidadores no remunerados la penalización en la participación en la fuerza de trabajo es mayor cuando se vive con hijos pequeños que cuando se vive con personas en edad avanzada. En la presente sección se exponen los patrones que corresponden al empleo de las madres en comparación con los que se dan en el caso de los padres y de otras mujeres y otros hombres que no tienen responsabilidades de cuidados de hijos pequeños (esto es, personas que no son madres ni padres). Las madres y los padres con un empleo se definen como las adultas y los adultos que, estando empleados, viven en hogares con al menos un hijo de entre 0 y 5 años. A nivel mundial, solo el 47,6 por ciento de las madres tienen un empleo, frente al 54,4 por ciento de las mujeres que no son madres, lo que equivale a una penalización en la participación de 6,8 puntos porcentuales (véase el gráfico 2.25 infra).

El gráfico 2.25 ilustra que a nivel mundial existe una “brecha de empleo vinculada con la paternidad”¹²⁹ de 40,3 puntos porcentuales que desfavorece a las madres frente a los padres. Esta brecha en el total del empleo se reduce casi a la mitad en el caso de quienes no son padres o madres (23,8 puntos porcentuales). Lo que sugiere que, en el plano mundial y de manera constante de unas regiones a otras, existe una “penalización en el empleo vinculada con la maternidad”; en concreto, las mujeres que viven con hijos de entre 0 y 5 años registran la tasa de empleo más baja (47,6 por ciento) en comparación no solo con los padres (87,9 por ciento) sino también con quienes no son padres (78,2 por ciento) y con quienes no son madres (54,4 por ciento). Este patrón tiene su reflejo en una “prima en el empleo vinculada con la paternidad”, presentando los padres las tasas más altas de empleo relativas a la población en todas las regiones. En conjunto, la participación de los hombres en el trabajo a cambio de remuneración o beneficio es invariablemente más alta que la de las mujeres en el empleo, con independencia de que haya o no hijos pequeños.

Gráfico 2.25. Tasas de empleo con respecto a la población de las madres y los padres de hijos de 0 a 5 años, y de las mujeres y de los hombres que no son madres ni padres de hijos de 0 a 5 años, último año disponible



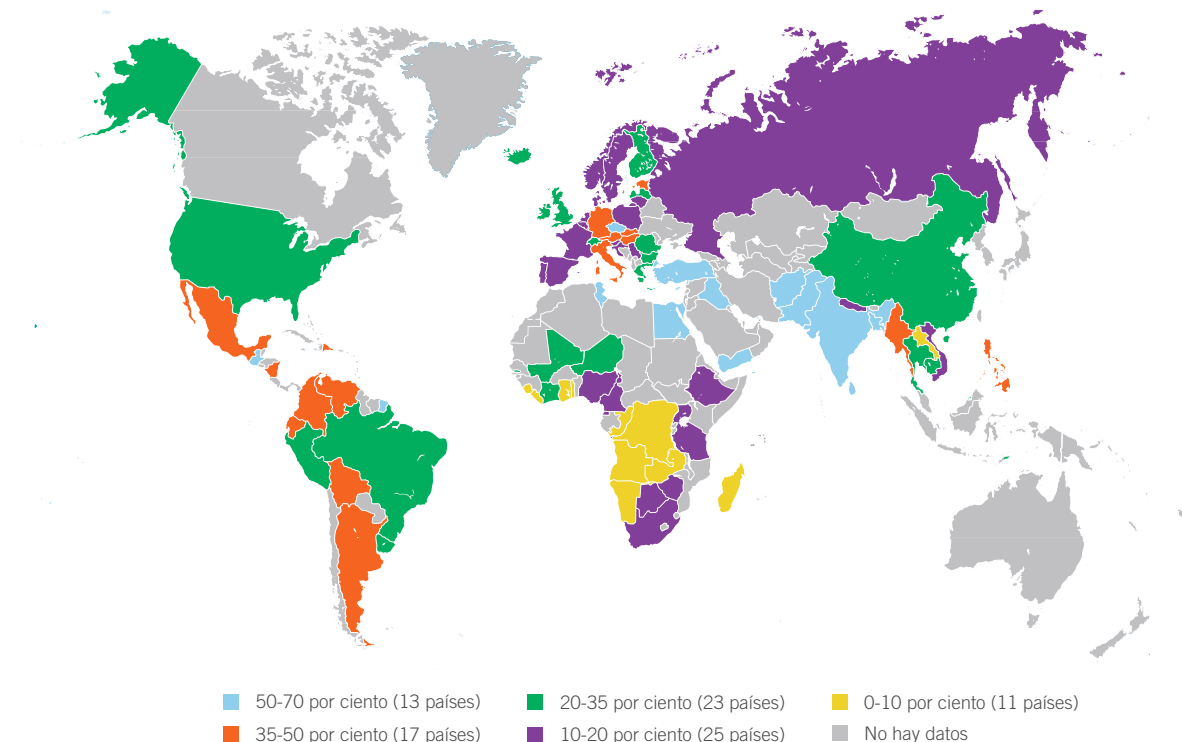
Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios e ingresos bajos, de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de población en edad de trabajar y número de países: Mundo: 82 por ciento (89); África: 70 por ciento (24); Américas: 88 por ciento (13); Estados Árabes: 43 por ciento (3); Asia y el Pacífico 84 por ciento (15); Europa y Asia Central: 83 por ciento (34); Países de ingresos bajos: 66 por ciento (14); Países de ingresos medios: 86 por ciento (44); Países de ingresos altos: 69 por ciento (31). Véase el anexo 3, cuadro A.3.8 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuentes: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Sin embargo, las variaciones regionales son chocantes. La brecha en el empleo vinculada con la paternidad alcanza su mayor cifra en los Estados Árabes (67,3 puntos porcentuales), en los cuales las tasas de empleo de las mujeres, incluyendo la de las madres (9,3 por ciento), son especialmente bajas. A esta región le sigue Asia y el Pacífico (48,0 puntos porcentuales), las Américas (34,3 puntos porcentuales), Europa y Asia Central (28,2 puntos porcentuales) y por último África (21,9 puntos porcentuales), donde las condiciones económicas empujan tanto a las mujeres que son madres como a las que no lo son a tomar un trabajo remunerado. En las Américas, y sobre todo también en Europa y en Asia Central, el menor tamaño de las brechas en el empleo vinculadas con no ser padres (15,8 y 8,1 puntos porcentuales, respectivamente) frente a las brechas en el empleo vinculadas a la paternidad (34,3 y 28,2 puntos porcentuales, respectivamente) ilustran la medida en que la presencia de algún hijo en el hogar es causa de la divergencia de las trayectorias de las mujeres y de los hombres en el empleo.

El gráfico 2.26 aporta un análisis general de la brecha existente entre las tasas de empleo de las madres y de los padres en relación con la población por país (la “brecha en el empleo vinculada con la maternidad o paternidad”). Egipto arroja la diferencia más grande entre ambos conjuntos de padres, registrando una brecha en el empleo de las madres y de los padres del 18,4 y 87,4 por ciento, respectivamente, seguido por Iraq, Jordania, la India, el Pakistán, Túnez, Yemen, Turquía y Sri Lanka. En estos últimos países, la brecha parental en el empleo se sitúa por encima de los 60 puntos porcentuales. Las brechas más pequeñas se registran en los países de ingresos bajos y medios de África, como Angola, Ghana, Liberia, Madagascar y Togo, en los que la brecha parental en el empleo se sitúa por debajo de los 10 puntos porcentuales. Como se expuso anteriormente, en estos países el trabajo de las mujeres a cambio de remuneración o beneficio es fundamental para ganarse la vida en el hogar, especialmente si hay hijos pequeños. Se observa que en consecuencia la brecha entre el empleo de las madres y el de los padres se reduce y se encoge.

Gráfico 2.26. Brecha en el empleo vinculada con la maternidad o paternidad, último año disponible (puntos porcentuales)

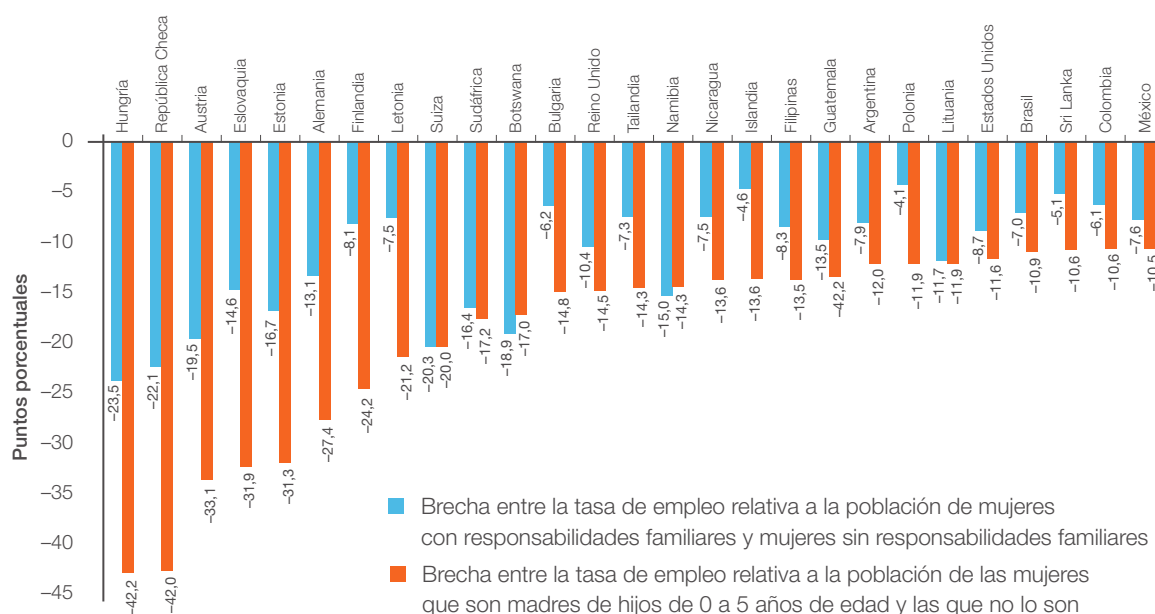


Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años. La brecha en el empleo vinculada con la paternidad es negativa en Zambia (-1,5) y el Congo (-22,6) (89 países). Fuentes: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

Es interesante observar que mientras que en las tasas de empleo de los padres en relación con la población solo se registra una pequeña variación a través de todas las regiones y países, las tasas de empleo correspondientes a las madres son más variables. La región de Europa y Asia Central registra la segunda brecha de empleo más pequeña vinculada con la paternidad, pero dentro de la región se observa un alto grado de heterogeneidad. En esta región, las brechas en el empleo vinculadas con la paternidad oscilan desde el 61,8 y el 52,6 por ciento en la República Checa y Hungría, respectivamente, hasta un mínimo de 13,1 puntos porcentuales en Suecia, país donde el empleo de las madres es del 78,4 por ciento y el de los padres, del 91,5 por ciento. En Portugal esa brecha es aún más pequeña y se eleva solo a 10,9 puntos porcentuales. Tal heterogeneidad refleja las diferencias existentes entre unos y otros países de la región en el acceso a las políticas y servicios públicos en materia de cuidados y en su calidad (véase los capítulos 3 y 4).

La conclusión que se extrae del gráfico 2.27 es que vivir con hijos pequeños representa una importante penalización en el empleo para las mujeres que no son madres respecto de las que no lo son y de otras mujeres con responsabilidades familiares (cuidados de ancianos o de hijos mayores). El grupo de edad de 0 a 5 años es aquel en que las necesidades de cuidados son más exigentes y en el que las cuidadoras y cuidadores no remunerados no disponen universalmente de políticas en materia de servicios de cuidados y de licencias (véase el capítulo 3). En Hungría, la República Checa, Austria, Eslovaquia, Estonia y Alemania la penalización en el empleo, medida como la brecha existente entre la tasa de empleo relativa a la población correspondiente a las mujeres que viven con hijos de entre 0 y 5 años de edad y las que viven sin ellos, resulta ser la más alta del mundo. Entre estos países, la brecha oscila desde un máximo de 42,2 puntos porcentuales en Hungría a un mínimo de 27,4 puntos porcentuales en Alemania.

Gráfico 2.27. Brechas en las tasas de empleo relativas a la población correspondientes a las mujeres que viven con personas dependientes y a las mujeres que viven sin dependientes (países que registran una brecha entre las mujeres que son madres y las que no lo son inferior al percentil 30), último año disponible



Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años (27 países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

Horas que pasan en el trabajo a cambio de remuneración o beneficio las cuidadoras y los cuidadores no remunerados

Incluso en los lugares donde las mujeres y los hombres registran tasas similares de ingreso en la fuerza de trabajo, vivir en un hogar con dependientes modifica los patrones de uso del tiempo de las cuidadoras y los cuidadores que tienen un empleo. Además, aunque entre las personas empleadas que viven con dependientes predominan los hombres, son principalmente las mujeres las que tienen más probabilidad de reducir sus horas de trabajo a cambio de remuneración o beneficio (de pasar a un trabajo a tiempo parcial), sobre todo si se tiene algún hijo menor de 6 años. A nivel mundial, las mujeres representan menos del 40 por ciento del total del empleo, pero constituyen el 57 por ciento de quienes trabajan con horarios más cortos y a tiempo parcial. Las estimaciones basadas en 100 países arrojan que más de un tercio de las mujeres empleadas (el 34,2 por ciento) trabajan menos de 35 horas a la semana en comparación con el 23,4 por ciento de los hombres empleados.¹³⁰ Las variaciones regionales son importantes a este respecto, pues las brechas de género varían desde casi 29,4 puntos porcentuales en el total del empleo en Europa Septentrional, Meridional y Occidental, 20 puntos porcentuales o menos en el Asia Central y Occidental, en el Asia Meridional y en América Latina y el Caribe, y hasta menos de 10 puntos porcentuales en Asia Oriental y en Europa Oriental.¹³¹

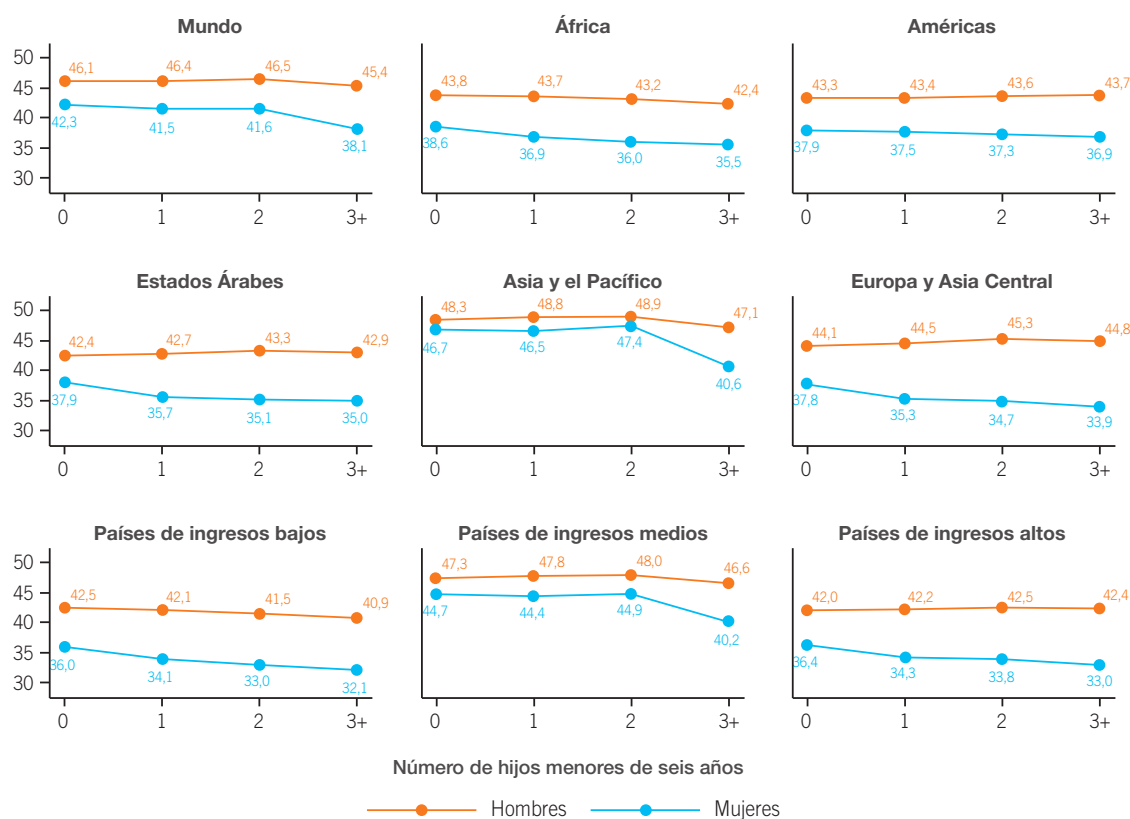
En las últimas décadas ha aumentado la importancia del trabajo a tiempo parcial en tanto que forma tradicional de empleo atípico. También se ha diversificado en sus formas, por ejemplo, incluyendo en la actualidad el trabajo “marginal” a tiempo parcial (en el que se trabaja menos de 15 horas a la semana). En esta forma atípica de empleo las mujeres se encuentran desproporcionadamente representadas en la mayoría de los países de los que se dispone de datos, incluidos el Brasil, Alemania, la India, Mozambique, los Países Bajos, el Níger y Suiza.¹³² Como ocurre con la inactividad, el principal motivo de que las mujeres estén sobrerrepresentadas en el trabajo a tiempo parcial es su trabajo de cuidados no remunerado. Por ejemplo, en 2014 en Europa el 27 por ciento de las mujeres que trabajaban a tiempo parcial respondieron haber optado por este tipo de trabajo debido a la necesidad de cuidar de hijos o de adultos de salud frágil, frente a solo un 4,2 por ciento de hombres trabajadores a tiempo parcial que adujeron ese motivo.¹³³

Al examinar la situación de las personas empleadas que son cuidadoras y no cuidadoras en 86 países del mundo, se detectó que las mujeres empleadas que vivían en hogares sin hijos menores de seis años trabajaban en promedio 42,3 horas por semana frente a las 46,1 horas por semana trabajadas por sus compañeros varones. Esto representa una brecha de género en las horas trabajadas a cambio de remuneración o beneficio de 3 horas y 48 minutos por semana. El gráfico 2.28 nos dice que cuando se vive con al menos un hijo pequeño esta brecha de género aumenta a casi 5 horas (aproximadamente una hora semanal menos de trabajo remunerado para las mujeres y 18 minutos por semana más en el caso de los hombres). Cuando hay un segundo hijo, el tiempo dedicado por las mujeres al trabajo remunerado se mantiene casi inalterado, mientras que las madres de tres o más hijos sufren una penalización de 4 horas y 12 minutos por semana en comparación con las mujeres en cuyos hogares no hay hijos de 0 a 6 años. En total, las mujeres que trabajan cinco días por semana y que viven en el hogar con tres o más hijos menores de 6 años pierden 18 horas mensuales de trabajo a cambio de remuneración o beneficio, mientras que, en la misma situación, los hombres no registran esa pérdida.

Las horas trabajadas en el empleo varían entre las regiones. La brecha existente entre las horas semanales que trabajan las mujeres y los hombres que no tienen hijos menores de 6 años registra su valor más pequeño en el caso de los encuestados que viven en Asia y el Pacífico (1 hora y 36 minutos) y su valor más alto en el de los que viven en Europa y Asia Central (6 horas y 18 minutos). En Europa y Asia Central, las mujeres empleadas que tienen un hijo trabajan 2 horas y 30 minutos menos a la semana que las mujeres del mismo grupo de edad que no lo tienen, seguidas por las mujeres que habitan en los Estados Árabes (2 horas y 12 minutos), África (1 hora y 42 minutos), las Américas (24 minutos) y la región de Asia y el Pacífico (12 minutos). La brecha que existe entre las horas semanales trabajadas por los padres y las trabajadas por las madres de un hijo menor de seis años registra su valor más pequeño en el caso de los encuestados que viven en la región de Asia y el Pacífico (2 horas y 12 minutos) y el valor más grande en el de los que viven en Europa y Asia Central (9 horas y 12 minutos). Esta brecha de género se amplía según aumenta el número de hijos, alcanzando un máximo de casi 11 horas en los hogares con tres o más hijos menores de 6 años en Europa y Asia Central.

El gráfico 2.28 está en línea con la información disponible de países de ingresos altos y de América Latina y el Caribe que indican que tener hijos en el hogar influye en la intensidad del trabajo prestado por las mujeres, utilizando como valor representativo el número de horas por semana que ellas trabajan.¹³⁴ Incluso cuando las mujeres y los hombres trabajan en un empleo a tiempo completo (36 horas o más), el promedio de horas de los hombres en el empleo remunerado es superior.¹³⁵ De hecho, el que en algunos empleos dominados por hombres se supongan horarios prolongados de trabajo actúa de elemento disuasorio para las mujeres y contribuye a la segregación profesional.¹³⁶ Además, cuando los maridos trabajan horarios excepcionalmente largos aumenta la probabilidad de que sus mujeres dejen sus empleos.¹³⁷ La prima salarial por trabajar horarios extraordinariamente largos aumenta en consecuencia y ello contribuye a la brecha de remuneración por razón de género.¹³⁸ En los países de la Europa Septentrional, la dependencia de los ingresos del cónyuge, incluso entre mujeres con un alto nivel de educación, tiene por consecuencia reducciones del tiempo de trabajo cuando llegan los hijos. También influye en que las mujeres elijan sectores y ocupaciones que permiten acceder mejor a modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar y cuyas políticas de licencias son mejores.¹³⁹

Gráfico 2.28. Horas semanales trabajadas a cambio de una remuneración o con ánimo de lucro, por sexo y número de niñas y niños menores de 6 años, último año disponible



Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población en edad de trabajar. Porcentaje de la población empleada y número de países: Mundo: 66 por ciento (86); África: 72 por ciento (23); Américas: 88 por ciento (13); Estados Árabes: 15 por ciento (2); Asia y el Pacífico: 57 por ciento (14); Europa y Asia Central: 83 por ciento (34); Países de ingresos bajos: 68 por ciento (13); Países de ingresos medios: 66 por ciento (42); Países de ingresos altos: 67 por ciento (31). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.9 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

2.2.3. Calidad del empleo de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados

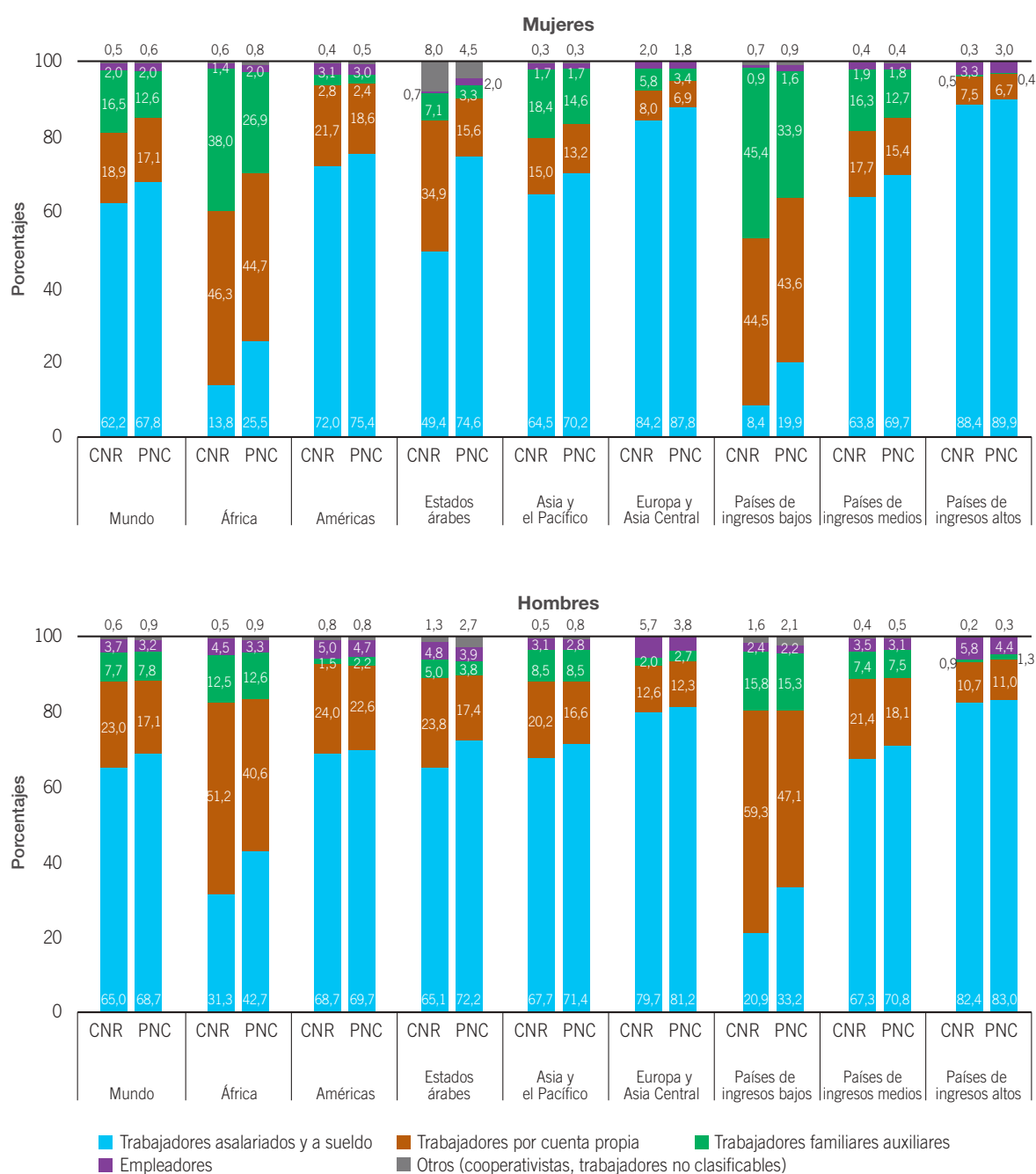
A nivel mundial, la proporción de trabajadores familiares auxiliares ha descendido notablemente entre las mujeres (17 puntos porcentuales durante los 20 últimos años). En conjunto, el 52,1 por ciento de las mujeres (frente al 51,2 por ciento de los hombres) que están en la fuerza de trabajo lo hacían en trabajos asalariados o a sueldo, lo que representa un aumento de 12 puntos porcentuales entre 1995 y 2016. Con todo, el empleo asalariado de las mujeres sigue siendo bajo en el Asia Meridional (19,5 por ciento) y el África Subsahariana (21,6 por ciento), mientras que la proporción de mujeres que trabajan por cuenta propia y que son trabajadoras familiares auxiliares (en su mayor parte en la economía informal) es mayor que la de los hombres en la mayoría de los países en desarrollo.¹⁴⁰ De por sí, el trabajo asalariado y a sueldo no constituye ninguna garantía de empleo de mayor calidad, puesto que, en el plano mundial, cerca del 40 por ciento de las mujeres que tienen ese tipo de trabajo lo hacen en la economía informal sin contribuir a la seguridad social, corriendo por consiguiente un mayor riesgo de vulnerabilidad socioeconómica.¹⁴¹

El trabajo de cuidados no remunerado también constituye uno de los principales obstáculos para que las mujeres consigan mejores trabajos. De hecho, es uno de los factores clave que determinan la situación de las mujeres en el empleo. Para ilustrarlo, el gráfico 2.29 recoge la situación en el empleo de quienes son cuidadoras o cuidadores y quienes no lo son por sexo, registrados según la Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo (CISE-93). Esta doble comparación arroja más luz todavía sobre las penalizaciones que las responsabilidades de cuidados imponen a las mujeres empleadas. La proporción de trabajadoras asalariadas y a sueldo es menor entre las cuidadoras (62,2 por ciento) que entre las que no son cuidadoras (67,8 por ciento). Esto apuntala la hipótesis de que quienes prestan cuidados no remunerados tienen que “transitar” a empleos por cuenta propia con el fin de compaginar la prestación de cuidados con el trabajo a cambio de remuneración o beneficio.

El gráfico 2.29 indica que las mujeres que tienen responsabilidades de cuidados tienen 3,9 puntos porcentuales más de probabilidad de ser trabajadoras familiares auxiliares y 1,8 puntos porcentuales más de probabilidad de ser trabajadoras por cuenta propia, en comparación con las mujeres sin responsabilidades de cuidados. Además, la probabilidad de que sean trabajadoras familiares auxiliares aumenta a 8,7 puntos porcentuales en comparación con los hombres que no son cuidadores. En comparación con las mujeres, los hombres tienen más probabilidad de ser empleados y menos de ser trabajadores familiares auxiliares, con independencia de si tienen o no responsabilidades de cuidados. Esto se da en todo el mundo y en todas las regiones y grupos de ingresos.

Los patrones regionales indican que en Europa, en Asia Central y en las Américas la diferencia entre mujeres cuidadoras y no cuidadoras en el trabajo asalariado y a sueldo es negativa y equivale a 3,6 y 3,4 puntos porcentuales, respectivamente. Esto responde al hecho de que en estas regiones la legislación vigente en materia de protección laboral y social es más inclusiva (véase el gráfico 2.29). En contraste, en África el 13,8 por ciento de las cuidadoras empleadas tienen un trabajo asalariado y a sueldo, en comparación con el 25,5 por ciento de las no cuidadoras, el 31,3 por ciento de los cuidadores y el 42,7 por ciento de los no cuidadores. La región de los Estados Árabes sigue un patrón similar, con un 49,4 por ciento de cuidadoras con un empleo que también son asalariadas frente al 74,6 por ciento de las no cuidadoras. En los países de ingresos bajos, la brecha entre las cuidadoras y las no cuidadoras en el trabajo asalariado y a sueldo es muy amplia (el 8,4 por ciento de las cuidadoras con un empleo son asalariadas, frente al 19,9 por ciento de las no cuidadoras). Esta brecha se va cerrando a medida que aumentan los ingresos, registrando una diferencia negativa de solo 1,5 puntos porcentuales en los países de ingresos altos entre las empleadas en trabajos asalariados y a sueldo que son cuidadoras y aquellas que no lo son.

Gráfico 2.29. Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y situación en el empleo (CISE-93), último año disponible



Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas en función de la población empleada. Porcentaje de población empleada y número de países: Mundo: 77 por ciento (85); África: 55 por ciento (21); Américas: 88 por ciento (13); Estados Árabes: 34 por ciento (3); Asia y el Pacífico: 84 por ciento (15); Europa y Asia Central: 66 por ciento (33); Países de ingresos bajos: 68 por ciento (13); Países de ingresos medios: 81 por ciento (41); Países de ingresos altos: 67 por ciento (31). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.10 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

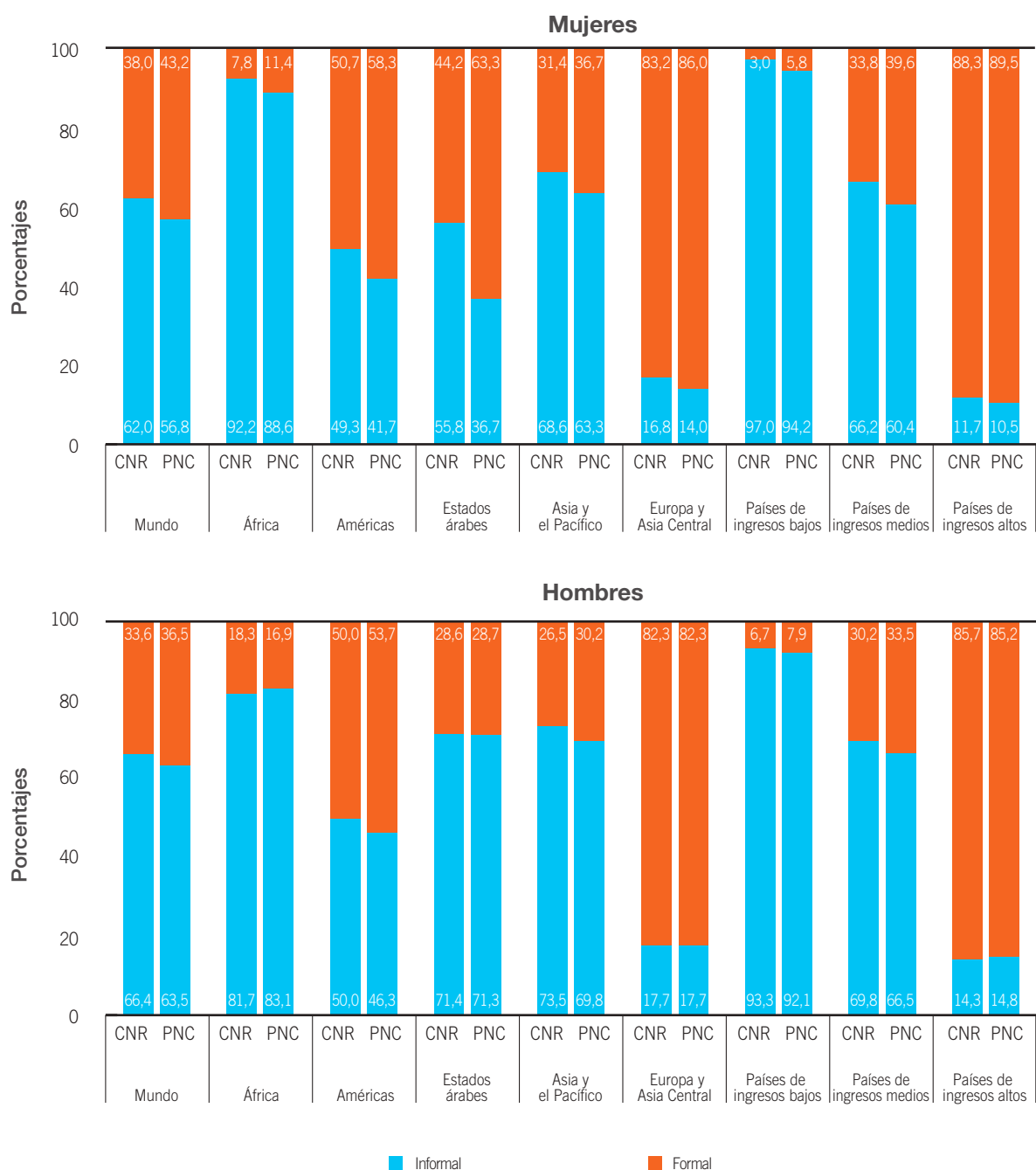
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

La informalidad es otra faceta de la calidad del empleo de las cuidadoras no remuneradas. Algunas pueden decidir (o verse obligadas) a trabajar en la economía informal¹⁴² o en empleos atípicos como estrategia de último recurso para conciliar la vida laboral y familiar. Tales trabajos tienen muchos lados oscuros, como la exposición a riesgos profesionales no cubiertos por sistemas de protección social como la indemnización por accidentes en el trabajo, pero al menos permite disponer de más flexibilidad en cuanto al número de horas trabajadas y la localización de la actividad.¹⁴³ Esta suposición se ve corroborada por algunos datos sobre el uso del tiempo en los que se hacen distinciones entre los trabajadores según su situación de informalidad. Por ejemplo, en Colombia, México y el Uruguay los trabajadores de la economía informal tienden a dedicar más horas al trabajo de cuidados no remunerado, vinculación que es más acentuada en las mujeres que en los hombres.¹⁴⁴ Hace poco, una investigación en el marco de la OIT también ha arrojado luz sobre el papel que desempeñan las responsabilidades de cuidados en las mujeres que optan por asumir trabajos colaborativos en plataformas de red, y cómo esas responsabilidades afectan a la manera en que pueden desempeñar su trabajo y ponen limitaciones a cuánto pueden ganar.¹⁴⁵

En el gráfico 2.30 se ve que, a nivel mundial, las mujeres y los hombres que tienen responsabilidades de cuidados tienden más a estar empleados en condiciones informales que quienes no tienen esas responsabilidades. En el caso de las mujeres, esa brecha alcanza un pico de 19,1 puntos porcentuales en los Estados Árabes, donde el 55,8 por ciento de las cuidadoras no remuneradas, frente al 36,7 por ciento de las no cuidadoras, trabajan en la economía informal. La brecha de informalidad entre quienes prestan cuidados y quienes no lo hacen cae a 2,8 puntos porcentuales en Europa y Asia Central. En los países de ingresos bajos, con independencia de si las mujeres tienen o no responsabilidades de cuidados, la mayoría de las cuidadoras que tienen un empleo están en la economía informal (97,0 por ciento de las cuidadoras no remuneradas y el 94,2 por ciento de las mujeres que no viven con receptores de cuidados). A la inversa, en los países de ingresos altos no solo la brecha entre cuidadoras y no cuidadoras es la más pequeña (1,2 puntos porcentuales), sino que también la proporción de mujeres que tienen empleos informales es la más baja: 11,7 por ciento de las mujeres que no viven con receptores de cuidados y 10,5 por ciento de las cuidadoras no remuneradas.

Los hombres y las mujeres que trabajan en la economía informal no reciben las prestaciones de que disponen los trabajadores asalariados y a sueldo de la economía formal, como por ejemplo cobertura de seguridad social. También ocurre así con las empleadas y los empleados en el sector informal. Las mujeres y los hombres que tienen responsabilidades de cuidados tienden más a aceptar empleos que no incluyen prestaciones de seguridad social, pues es probable que necesiten un empleo y carezcan a corto plazo de otras alternativas de ingresos (gráfico 2.31). A nivel mundial, el 47,4 por ciento de las mujeres empleadas que tienen responsabilidades de cuidados aportan una contribución a la seguridad social, mientras que lo hacen el 51,6 por ciento de las mujeres sin dichas responsabilidades. En el caso de los hombres se observa el mismo patrón. Los que realizan trabajos asalariados y tienen responsabilidades de cuidados tienden menos a contribuir a la seguridad social que sus homólogos que no tienen tales obligaciones de cuidados. Ambas categorías de hombres contribuyen menos a la seguridad social que las mujeres. En comparación con las mujeres, los trabajadores asalariados que tienen responsabilidades de cuidados están contribuyendo menos a la seguridad social, esto es, el 39,9 por ciento de hombres frente al 47,4 por ciento de mujeres. Esto es una prueba de cómo funciona el modelo del “hombre como sostén de la familia”, pues los hombres que tienen obligaciones de cuidados son más proclives a aceptar arreglos contractuales que no exigen contribuciones a la seguridad social, pues en muchos casos ellos son los únicos que aportan ingresos al hogar. No obstante, el riesgo de que las trabajadoras y los trabajadores y sus familias caigan en la pobreza es mayor cuando no están protegidos por sistemas de protección social en armonía con las normas de la OIT (véase el capítulo 3).

Gráfico 2.30. Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y por naturaleza (informal o formal) de su trabajo principal, último año disponible

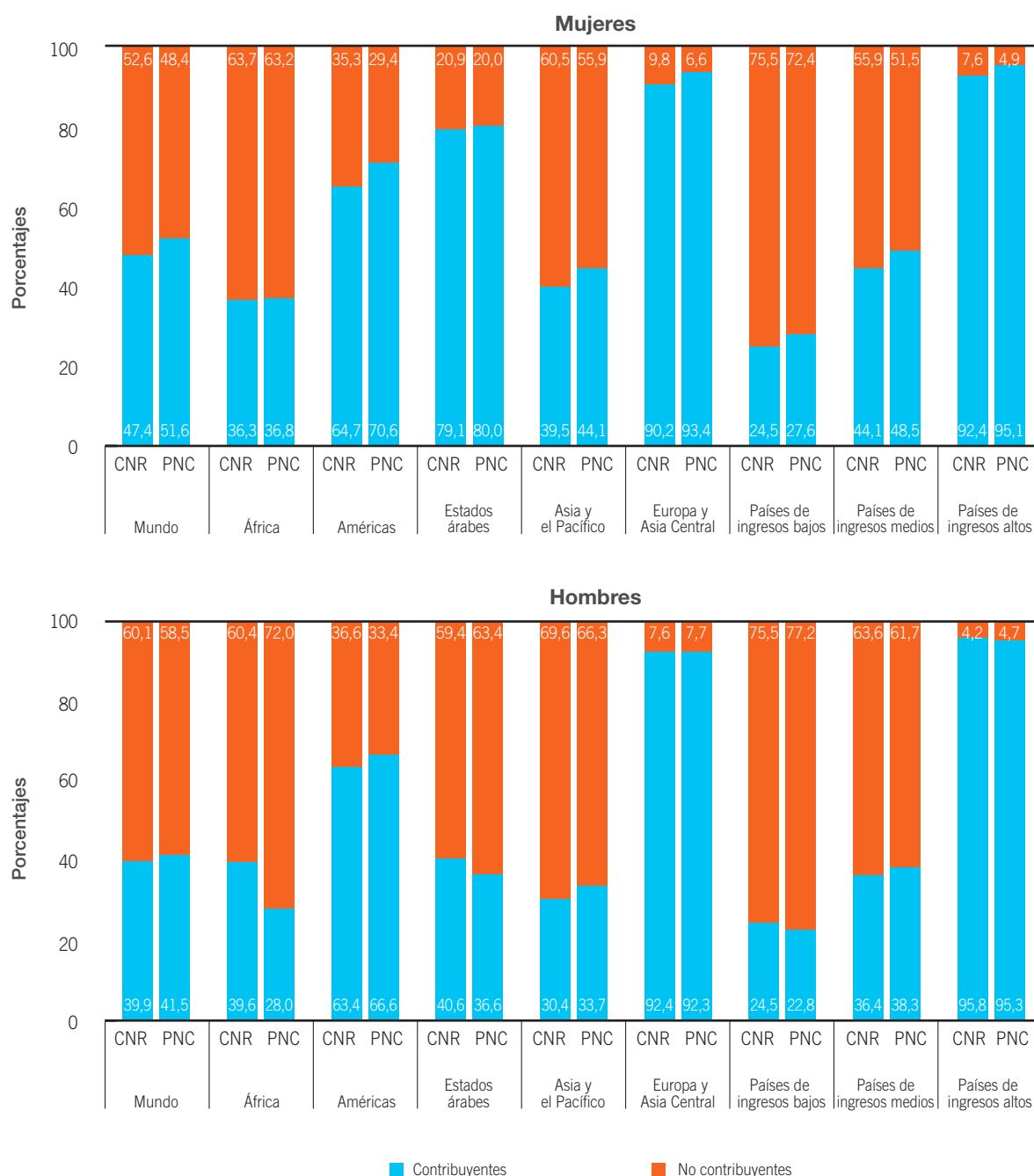


CNR = Cuidadoras y cuidadores no remunerados PNC = Personas que no viven con receptores de cuidados

Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas según la población empleada. Porcentaje de población empleada y número de países: Mundo: 64 por ciento (66); África: 35 por ciento (14); Américas: 47 por ciento (9); Estados Árabes: 30 por ciento (2); Asia y el Pacífico: 78 por ciento (10); Europa y Asia Central: 55 por ciento (31); Países de ingresos bajos: 29 por ciento (6); Países de ingresos medios: 76 por ciento (32); Países de ingresos altos: 32 por ciento (28). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.11 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

Gráfico 2.31. Trabajadores asalariados y a sueldo que son cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con receptores de cuidados, por sexo y por contribución a la seguridad social, último año disponible



Nota: El grupo de edad de los países de ingresos altos es de 25 a 54 años, el de los países de ingresos medios y bajos es de 18 a 54 años. Estimaciones mundiales, regionales y por grupo de ingresos ponderadas según la población empleada. Porcentaje de población empleada y número de países: Mundo: 63 por ciento (67); África: 44 por ciento (16); Américas: 48 por ciento (10); Estados árabes: 30 por ciento (2); Asia y el Pacífico: 78 por ciento (10); Europa y Asia Central: 47 por ciento (29); Países de ingresos bajos: 31 por ciento (9); Países de ingresos medios: 75 por ciento (31); Países de ingresos altos: 28 por ciento (27). Véase el anexo A.3, cuadro A.3.12 para los datos por países y el anexo A.7, cuadro A.7.1 para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de hogares.

2.3. CÓMO AFECTAN LAS ACTITUDES A LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL TRABAJO DE LAS MUJERES Y DE LOS HOMBRES

La decisión personal de las mujeres y de los hombres entre ponerse o no a trabajar a cambio de remuneración o beneficio es compleja y se toma teniendo en cuenta consideraciones y presiones que plantean el hogar, la economía y la sociedad. Las preferencias de cada cual están configuradas por la evaluación personal de las propias circunstancias (por ejemplo, estudios, aptitudes, ingresos) y la contraposición entre los costos percibidos (por ejemplo, la estabilidad de la pareja en cuanto pareja, el bienestar de los hijos) y los beneficios (por ejemplo, los ingresos, la autonomía, la realización personal), que se asocian con el acceso a la fuerza de trabajo.¹⁴⁶ Por tanto, las “preferencias” personales, así como las oportunidades y las opciones de las mujeres y de los hombres, son el resultado de condiciones y limitaciones socioeconómicas que afrontan los hogares, las comunidades y los países.¹⁴⁷ Además, se ven influidas por lo que la familia, la comunidad o la sociedad consideran aceptable en relación con las normas sociales y los roles de género. Las mujeres y los hombres tienden a ajustarse a las normas sociales a fin de evitar las consecuencias adversas de la exclusión social, la inseguridad y otras sanciones sociales, por ejemplo, la violencia y la discriminación.¹⁴⁸ A su vez, estas actitudes hacia los roles de género definen la división del trabajo dentro de los hogares, factor que afecta a la posición desigual de las mujeres en la fuerza de trabajo, como se describe en la sección 2.2.

Las actitudes de las personas con respecto a la división sexual del trabajo remunerado y no remunerado son importantes, teniendo en cuenta los resultados de estudios que sugieren que las actitudes y las prácticas están estrechamente relacionadas.¹⁴⁹ Un informe de la OIT de 2017 que utiliza datos de la OIT y de Gallup sobre las actitudes con respecto al trabajo remunerado de las mujeres mostró que, al igual que todos los demás factores, la relación entre las preferencias de las mujeres y su participación en el mercado de trabajo es bastante positiva.¹⁵⁰ En la presente sección se analizan las preferencias de la gente con respecto a los roles sociales de las mujeres y de los hombres en tanto que cuidadores no remunerados y si de unas y otros se espera, y de qué manera, que participen tanto en el trabajo remunerado como en el trabajo de cuidados no remunerado. Partiendo de un análisis de los datos mundiales más pertinentes sobre las actitudes obtenidos de los países que disponen de ellos, en esta sección se exponen las actitudes con respecto al empleo de las mujeres y de las madres, las preferencias en relación con las estrategias de conciliación de la vida laboral y familiar, y las opiniones sobre la participación de los hombres en tareas de cuidados y domésticas no remuneradas.

2.3.1. Actitudes con respecto al empleo de las mujeres

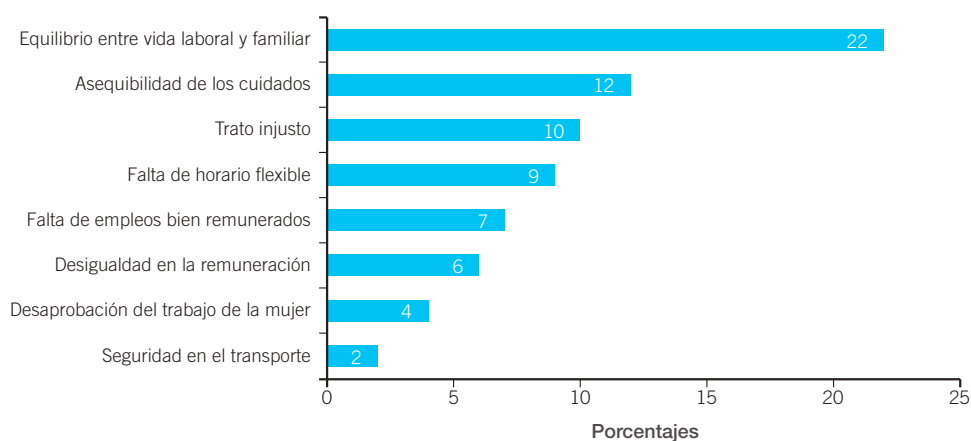
El informe de la OIT y Gallup (2017) contiene valiosas reflexiones acerca de la preferencia de las mujeres por los empleos remunerados y las percepciones que tienen las personas sobre las mujeres y el trabajo, la aceptabilidad de que las mujeres tengan un empleo pagado si lo quieren, así como los desafíos más importantes que afrontan las trabajadoras y sus oportunidades en el mercado de trabajo.¹⁵¹ El estudio se llevó a cabo en 2016 en 142 países y territorios que juntos representaban el 95 por ciento de la población mundial, con cerca de 149 000 encuestados de 15 años en adelante.¹⁵² Una pregunta de la encuesta trataba de establecer si las mujeres encuestadas preferirían trabajar en un empleo remunerado, quedarse en casa para ocuparse de la familia y de las labores domésticas o hacer ambas cosas, y qué preferirían los hombres que hicieran las mujeres de su familia a este respecto. Los resultados revelan que a nivel mundial se tiene una actitud muy positiva respecto de que las mujeres tengan un trabajo remunerado: el 70 por ciento de las mujeres preferirían tener un trabajo remunerado (bien trabajando únicamente en un empleo remunerado, bien compaginándolo con ocuparse de la familia y de las labores domésticas), y el 66 por ciento de los hombres preferirían que las mujeres trabajaran en empleos remunerados. Examinando las diferencias regionales, parece que en Europa Septentrional, Meridional y Occidental domina la preferencia de que las mujeres trabajen en empleos remunerados; en esas regiones están de acuerdo con ello 9 de cada 10 mujeres. Los hombres del África Septentrional y de los Estados Árabes son los que se inclinan menos por preferir que las mujeres tengan empleos remunerados; de hecho, alrededor de la mitad de ellos preferirían que las mujeres se quedaran en casa. En el África Septentrional, los hombres jóvenes se inclinan más por esta preferencia que los de más

de 45 años. Lo que contrasta vivamente con las mujeres jóvenes, una mayoría de las cuales preferiría participar en la fuerza de trabajo.¹⁵³

Dos resultados destacan cuando se trata de comprender las preferencias manifestadas en relación con el trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres. Primero, que las actitudes positivas hacia el trabajo remunerado de las mujeres son compartidas por una mayoría de las mujeres que en la actualidad están fuera de la fuerza de trabajo (58 por ciento), lo que se da especialmente entre las del grupo de edad más joven (15 a 29 años, 67 por ciento). Teniendo en cuenta que únicamente alrededor de la mitad de las mujeres en el mundo están en la fuerza de trabajo y que el principal motivo aducido es el trabajo de cuidados no remunerado (véase la sección 2.2.1), resulta instructivo que la mayoría de este grupo de mujeres prefiera tener un empleo remunerado. El segundo resultado importante es la influencia que la presencia de hijos¹⁵⁴ tiene en las preferencias. La presencia de hijos menores de 15 años en el hogar no influye de manera significativa en las preferencias de las mujeres con respecto a tener un trabajo remunerado, pero sí en las preferencias de los hombres con respecto a si las mujeres debieran o no trabajar en empleos remunerados. Las madres no tienen más tendencia que las mujeres sin hijos a preferir que las mujeres se queden en casa cuidando de la familia, mientras que los padres tienen más tendencia que los hombres sin hijos a querer que las mujeres se queden en casa.

Existen otras diferencias socioeconómicas: las mujeres jóvenes solteras son notablemente más proclives a preferir el trabajo en empleos remunerados que las mujeres mayores y las mujeres casadas, viudas, divorciadas o separadas. Las mujeres y los hombres que tienen más estudios (esto es, educación secundaria o estudios universitarios) se inclinan más por preferir que las mujeres compaginen el trabajo con las responsabilidades de cuidados. Así ocurre también con las mujeres que trabajan a tiempo completo y que están desempleadas.

Gráfico 2.32. Percepción personal de cuál es el mayor problema para las mujeres en los empleos remunerados, 2016



Nota: 142 países.
Fuente: OIT y Gallup, 2017.

El informe elaborado por la OIT y Gallup también revela que, a nivel mundial, el principal problema para las mujeres que tienen un trabajo es el de equilibrar la vida laboral y familiar. En cada región, el primer o segundo de los principales obstáculos indicados, tanto por mujeres como por hombres, para que la mujer vaya a trabajar es o bien el equilibrio entre la vida laboral y la vida familiar o bien lo inasequible de los cuidados, factor estrechamente vinculado con el anterior. El grupo individual

más amplio de encuestados en todo el mundo (22 por ciento) consideró que el equilibrio entre la vida laboral y la vida familiar constituye el principal obstáculo que afrontan las mujeres en los empleos remunerados (gráfico 2.32). Si a esto se le añade la falta de cuidados asequibles para los hijos y los parientes (12 por ciento de encuestados), los obstáculos “relacionados con los cuidados” se elevan al 34 por ciento. Asimismo se indicaron como obstáculos significativos el trato injusto en el trabajo (sobre todo entre las economías en desarrollo) así como la falta de horarios flexibles. La desigualdad en la remuneración fue también uno de los principales obstáculos indicados en las economías en desarrollo.

Los obstáculos percibidos a que las mujeres trabajen fuera de casa varían en función de las circunstancias que rodean la evolución de la vida de las mujeres. Por ejemplo, se constató que las mujeres con hijos de menos de 15 años que viven en el mismo hogar eran más proclives que las que no tenían hijos a nombrar como obstáculo principal la falta de cuidados para los hijos y los familiares en condiciones asequibles. Y las mujeres que están participando en la fuerza de trabajo también suelen citar como obstáculo ese factor, junto con los horarios flexibles, el equilibrio entre vida laboral y vida familiar y la desigualdad en la remuneración. Las mujeres de entre 30 y 44 años de edad son más propensas que las de otros grupos de edad a citar como obstáculo la falta de cuidados asequibles para sus hijos y familiares. Las mujeres con educación universitaria son más proclives que aquellas con menos nivel de educación a citar como su principal obstáculo el equilibrio entre la vida laboral y la vida familiar (29 por ciento) y aquellas con un nivel de educación de escuela primaria o inferior son más proclives que las que tienen mayor nivel de educación a citar la falta de cuidados asequibles para los hijos y los familiares.

2.3.2. Actitudes con respecto al empleo de las madres

Otra importante cuestión tiene que ver con las actitudes con respecto al empleo de las madres, dado que, como se expuso en la sección 2.2.2, la maternidad va asociada a un descenso en la participación en la fuerza de trabajo. La Encuesta Mundial de Valores (World Value Survey) proporciona un amplio conjunto de datos mundiales y a largo plazo sobre valores, incluidos temas relacionados con la igualdad de género y la diversidad, y su repercusión en la vida social y política. La encuesta más reciente se llevó a cabo entre 2010 y 2014 y en las 5 regiones respondieron más de 90 000 encuestados mayores de 16 años en 59 países en representación del 73 por ciento de la población mundial.¹⁵⁵ Se capturaron las actitudes con respecto al empleo de las madres consultando a los encuestados su opinión acerca de la siguiente afirmación: “Cuando una madre tiene un trabajo remunerado, los hijos sufren”.

Los resultados revelan la división de opiniones sobre esta afirmación: a nivel mundial, el 50 por ciento de los hombres y el 45 por ciento de las mujeres se mostró de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación, mientras que el 47 por ciento de los hombres y el 51 por ciento de las mujeres se mostraron en desacuerdo o muy en desacuerdo.¹⁵⁶ Estos datos sugieren que persiste la creencia de que lo mejor para los hijos son los cuidados maternos, pero que, en general, los hombres tienen una opinión más conservadora que las mujeres en relación con las formas de organizar el trabajo y la familia. Sin embargo, este tipo de creencias ha disminuido a lo largo de las últimas décadas, como lo ilustran las tendencias en las actitudes en un subconjunto de 10 países con series cronológicas para esta misma pregunta.¹⁵⁷ Mientras que entre 1989 y 1993 el 17 por ciento de los encuestados de estos países se mostraron de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación, solo el 42 por ciento lo hizo más recientemente, 20 años después (entre 2010 y 2014).

Una investigación más a fondo de los últimos datos disponibles de 2010 a 2014 revela que las actitudes también varían según características socioeconómicas como el nivel de educación y la vinculación al mercado de trabajo. Primero, el 60 por ciento de las personas sin estudios o con nivel de educación primaria se mostraron de acuerdo o muy de acuerdo con que los hijos sufren cuando las madres trabajan, mientras que el 45 por ciento de quienes tienen educación secundaria y el 40 por ciento de los titulados superiores pensaron así, elevando hasta 20 puntos porcentuales la divergencia en las actitudes. Segundo, las mujeres que trabajan a tiempo com-

pleto o tiempo parcial o que lo hacen por cuenta propia son notablemente más proclives que los hombres en similares situaciones de empleo a estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con esa afirmación, siendo las brechas de género de entre 11 y 15 puntos porcentuales. En conjunto, las cuidadoras y cuidadores no remunerados a tiempo completo constituyen el grupo que más tiende a estar de acuerdo con la afirmación de que cuando las mujeres trabajan los niños sufren (58 por ciento), frente a sus compañeras y compañeros sin hijos, que tienden más a disentir con esta afirmación. Se observó una diferencia más de género: a nivel mundial, el 51 por ciento de los padres pensaban que los hijos sufrían cuando las madres trabajaban, mientras que el 47 por ciento de las madres pensaban lo mismo.

Más allá de estas variaciones en el plano individual, se observó que entre las regiones las actitudes también varían de manera significativa. Donde más se está de acuerdo en que los hijos sufren cuando las madres trabajan es en los Estados Árabes (el 77 por ciento de los hombres y el 71 por ciento de las mujeres estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo) y donde menos, en Europa y el Asia Central, donde el 40 por ciento de los hombres y únicamente el 36 por ciento de las mujeres estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo. En medio se sitúan los países africanos (56 por ciento de hombres y 49 por ciento de mujeres), Asia y el Pacífico (49 por ciento de hombres y 45 por ciento de mujeres) y las Américas (40 por ciento de hombres y 42 por ciento de mujeres). Estas diferencias regionales en la percepción van unidas a variaciones en las brechas de género que son evidentes en las tasas de participación en la fuerza de trabajo y en los diferentes mecanismos económicos e institucionales encaminados a conciliar el trabajo remunerado y las responsabilidades en materia de cuidados. En Europa y Asia Central, la región donde más desarrollados están los servicios de cuidados infantiles y los cuidados no parentales se encuentran relativamente institucionalizados y extendidos (véase el capítulo 3), el porcentaje de personas que tienen actitudes negativas con respecto al empleo de las madres es más pequeño que en otras regiones, en las que las alternativas a los cuidados maternos pueden o no existir, o ser de poca calidad o inasequibles. Lo que sugiere que las políticas y servicios en materia de cuidados están relacionadas con las percepciones que tienen las personas de cómo debería organizarse la vida familiar y cuáles son las funciones que se consideran aceptables para las madres.¹⁵⁸

2.3.3. Actitudes con respecto a las modalidades para que los padres organicen el equilibrio entre la vida laboral y familiar

Los datos procedentes de una encuesta del Programa Internacional de Encuesta Social (ISSP) permiten determinar con más precisión cuáles son las expectativas de la gente con respecto a la forma en que las parejas y las familias deberían dividir el trabajo remunerado y el trabajo de cuidados no remunerado. También se estudian las percepciones acerca de quién se debería responsabilizar del cuidado de familiares como los hijos en edad preescolar y las personas frágiles de edad avanzada.¹⁵⁹ Esta encuesta se llevó a cabo entre 2011 y 2014 en 41 países de ingresos altos y medios y respondieron a ella 61 000 encuestados de 15 años en adelante.¹⁶⁰ El tema de las actitudes con respecto a las responsabilidades de cuidados y a la manera en que las familias deberían equilibrar el trabajo y las responsabilidades familiares se afrontó en primer lugar con una pregunta acerca de lo que se consideraba la modalidad ideal para organizar la vida laboral y familiar en una pareja heterosexual. Se preguntó a los encuestados: “Suponga una familia con un hijo en edad preescolar. En su opinión, ¿cuál es la mejor manera de que organicen su vida familiar y laboral?”

Los resultados indican que el modelo tradicional del “hombre como sostén de la familia”, en el que la madre no realiza ningún trabajo remunerado y el padre trabaja a tiempo completo, fue el preferido por el 37 por ciento de la muestra total (gráfico 2.33). Una proporción importante se declaró a favor de una versión modificada del modelo del “hombre como sostén de la familia” (34 por ciento). Otras formas de organizarse en la que ambos trabajan, bien a tiempo completo (11 por ciento), bien a tiempo parcial (8 por ciento), fueron escogidas por los encuestados con menos frecuencia. Muy pocos encuestados pensaron que las madres deberían trabajar a tiempo completo y los padres o no trabajar o hacerlo a tiempo parcial (1 por ciento de la muestra).

Gráfico 2.33. Forma preferida de organizar la vida laboral y la vida familiar (porcentajes), 2011-2014

Nota: Grupo de edad: 15 y más años (41 países).

Fuente: ISSP Research Group, 2016.

El modelo del “hombre como sostén de la familia” resultó especialmente favorecido en los países de Europa Oriental (52 por ciento), los países asiáticos (entre el 45 y el 55 por ciento), así como en el África Meridional (51 por ciento); fue el menos favorecido en Europa Septentrional, Meridional y Occidental (23 por ciento) y en América del Norte (29 por ciento), donde el 38 y el 32 por ciento de los encuestados favorecieron, respectivamente, el modelo del padre en casa o trabajando a tiempo parcial y la madre trabajando a tiempo total, una forma modificada del modelo del “hombre como sostén de la familia”.

La preferencia por el modelo del “hombre como sostén de la familia” varía según las circunstancias de la vida de una persona y la probabilidad o no de que tenga que afrontar problemas para equilibrar el trabajo y las responsabilidades familiares. Quienes son más proclives a preferir el modelo tradicional del “hombre como sostén de la familia” son los hombres (39 por ciento) frente a las mujeres (35 por ciento); los padres y madres (40 por ciento) frente a los encuestados sin hijos o hijas (31 por ciento); el mayor de su generación de 65 años o más (42 por ciento) frente a los más jóvenes (en torno al 35 por ciento); las parejas con un solo obtentor de ingresos (45 por ciento) frente a los personas solas con ingresos y sin pareja (32 por ciento) y las parejas en las que ambos obtienen ingresos (28 por ciento); y quienes nunca habían trabajado a cambio de remuneración (50 por ciento) o quienes en la actualidad no tenían un trabajo remunerado (40 por ciento) frente a quienes trabajaban en la actualidad (32 por ciento); y, por último, las personas sin estudios o con nivel de educación primaria (54 por ciento) frente a las personas con educación secundaria (39 por ciento) o superior (26 por ciento).

2.3.4. Actitudes con respecto a la participación de los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado

Otra importante dimensión a tener en cuenta cuando se analizan las actitudes con respecto a la división por sexos del trabajo remunerado y el trabajo de cuidados no remunerado es la medida en que los hombres participan en actividades familiares y domésticas no remuneradas o si ello se considera una función exclusivamente femenina. Una encuesta realizada en 2016 en 22 países de ingresos altos y medios (principalmente en sus zonas urbanas) con más de 17 000 mujeres y hombres de entre 16 y 64 años revela que, en conjunto, la percepción de la gente es que en la actualidad los hombres participan más en el trabajo no remunerado que en el pasado (Ipsos MORI, 2017).¹⁶¹ Un promedio del 69 por ciento de la muestra (73 por ciento de los hombres y 64 por ciento de las mujeres) se mostraron de acuerdo con esta afirmación: “Hoy los hombres asumen más responsabilidad que nunca antes en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos”.¹⁶² El acuerdo alcanzó su cifra más alta en países de ingresos medios como la India (81 por ciento) e Indonesia (79 por ciento), pero también se dio entre

varios países de ingresos altos (la Argentina, Australia, el Canadá, la República de Corea, el Reino Unido y los Estados Unidos), en los que del 75 al 79 por ciento de los encuestados se mostró de acuerdo con esta afirmación. Solo en dos países fueron minoría los que estuvieron de acuerdo: Polonia (49 por ciento) y la Federación de Rusia (39 por ciento).

Otro estudio llevado a cabo entre 2009 y 2012 se ocupó de la participación de los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado, concretamente desde la perspectiva de los hombres (Encuesta Internacional sobre los Hombres y la Igualdad de Género).¹⁶³ En la encuesta participaron más de 10 000 hombres de entre 18 y 59 años que vivían principalmente en medios urbanos de 8 países de ingresos bajos y medios. Sobre los temas relacionados con la familia, se preguntó a los encuestados si estaban o no de acuerdo con la afirmación siguiente: “Cambiar los pañales, bañar a los niños y alimentarlos son responsabilidades de las madres”. Se observó una enorme variedad en las respuestas recibidas en diferentes contextos, mostrándose de acuerdo o parcialmente de acuerdo con la afirmación el 10 por ciento en Brasil, el 26 por ciento en México, el 28 por ciento en Croacia, el 46 por ciento en Chile, el 52 por ciento en Bosnia, el 53 por ciento en la República Democrática del Congo, el 61 por ciento en Rwanda y el 86 por ciento en la India.¹⁶⁴ Los autores observaron que los países de ingresos más bajos tenían las actitudes menos equitativas en cuestiones de género. Argumentaron que esas diferencias tienen su raíz en que los países de ingresos bajos perciben que la igualdad de género está siendo impuesta desde el exterior. Además, en algunos medios de extrema pobreza, el alto nivel de competencia por los recursos hace que se apoye menos la igualdad de género. Además de estas diferencias de unos países a otros, también se observaron distinciones en el interior de los países, en función del nivel de estudios del encuestado y el de su madre, así como de la participación del padre en las obligaciones domésticas.¹⁶⁵ El estudio concluyó que los niños varones aprenden e interiorizan determinadas normas de género en sus hogares, y que estas últimas influyen en sus actitudes como adultos, lo que apoya la hipótesis de la “exposición” o “socialización”.

El fuerte predominio del modelo del “hombre como el sostén de la familia” también se encontró en un estudio realizado en 20 países de ingresos bajos y medios,¹⁶⁶ basado en grupos destinatarios y entrevistas realizadas con unos 4000 hombres y mujeres y niños y niñas.¹⁶⁷ Los autores descubrieron que las normas que sostienen los roles de género tienen una gran universalidad y resiliencia. Con pequeñísimas diferencias entre las regiones y las generaciones, el “buen marido” se definió casi en su totalidad por su capacidad de obtener ingresos y su función de autoridad en el hogar, mientras que a la “buena esposa” se la definió por su función de cuidados y de crianza con respecto a los hijos, el marido y las personas en edad avanzada y por sus responsabilidades domésticas, así como por su contribución a los ingresos del hogar según y cuando fuera necesario.¹⁶⁸

En Europa, las actitudes hacia la participación de los hombres en la dispensa de cuidados y las actividades del hogar son dadas a conocer por el Eurobarómetro.¹⁶⁹ En la encuesta realizada en 2014 se preguntó a casi 28 000 hombres y mujeres de 15 años en adelante¹⁷⁰ si estaban o no de acuerdo con la siguiente afirmación: “En general, los hombres son menos competentes que las mujeres para realizar las tareas domésticas”. Solo el 50 por ciento de los encuestados (46 por ciento de las mujeres y 53 por ciento de los hombres) se mostraron en desacuerdo con esa afirmación, lo que sugiere que tales opiniones acerca de competencias de género en las tareas domésticas siguen estando muy extendidas y están vinculadas con la manera en que efectivamente se reparten esas tareas. Además de una diferencia de género en las percepciones (inclinándose más las mujeres por considerar a los hombres menos competentes que los propios hombres), se registraron acusadas diferencias generacionales. Los grupos de edad más jóvenes (15 a 29 y 30 a 44 años, respectivamente) se inclinaron notablemente más por estar en desacuerdo con la afirmación (54 y 53 por ciento, respectivamente) que los encuestados de 65 años en adelante (40 por ciento).

Cuando se trata de las carreras profesionales de los hombres frente a su participación en la vida familiar, la mayor parte de las europeas y europeos encuestados consideran que se debe llegar a un compromiso. Así, dos tercios de las mujeres y los hombres, sin diferencia entre los géneros, se mostraron en desacuerdo con esta afirmación: “Un padre debe anteponer su carrera a los cuidados de su hijo pequeño”. Lo que sugiere que estas mujeres y hombres no son de la opinión de que los padres deban escoger su carrera por encima de la familia y el cuidado de los hijos, si bien estos datos no indican cuál es el nivel de participación que se espera de los padres.

OBSERVACIONES FINALES: ARMONIZAR EL TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y EL EMPLEO PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO EN TODAS LAS FORMAS DE TRABAJO

“[...] Realmente el tiempo es el último recurso escaso y la manera en que lo utilizamos define quiénes somos y qué producimos. Además, el quiénes somos y qué producimos se ve afectado por nuestro sexo, raza, etnia y otras características, así como por las oportunidades y los obstáculos que surgen en las comunidades en que vivimos. [...] Aplicando una lente de género, es vital identificar las diferencias de género que contienen estos tipos de trabajo y sus cargas y beneficios para mejorar el bienestar de las mujeres, las niñas y los niños y los hombres.

*Rachel Connelly y Ebru Kongar*¹⁷¹

La nueva definición ampliada del trabajo de manera que incluya las actividades de cuidados no sujetas al mercado tiene implicaciones profundas no solo para la manera en que se explican las desigualdades de género, sino también para el modo en que se analizan fenómenos económicos como la renta nacional, los mercados de trabajo, la pobreza, la distribución de los ingresos y las crisis económicas y las implicaciones políticas que se derivan de ellos (véanse los capítulos 3, 5 y 6).¹⁷² En este capítulo se ha mostrado de qué manera el trabajo de cuidados no remunerado aporta una contribución sustancial a las economías de los países así como al bienestar individual y colectivo. No obstante, en su mayor parte dicho trabajo sigue siendo invisible, carece de reconocimiento y en la adopción de decisiones no se le tiene en cuenta. Ello está relacionado con lagunas en las mediciones estadísticas y los métodos de evaluación, por lo que se espera afrontar la adopción de nuevas normas estadísticas sobre la fuerza de trabajo y el uso del tiempo.

Además, la considerable magnitud del trabajo de cuidados no remunerado y su asignación por sexos a la economía de cuidados ajena al mercado es una “fuente sistemática siempre presente de [estas] desigualdades de género en el mercado”, incluso en el mercado de trabajo.¹⁷³ Los datos sobre el uso del tiempo y la fuerza de trabajo presentados en este capítulo justifica fehacientemente la tesis de que las desigualdades en el trabajo de cuidados no remunerado y las desigualdades en la fuerza de trabajo están profundamente relacionadas entre sí. Lo cual no solo confirma la conexión entre el “trabajo de cuidados no remunerado – trabajo de cuidados remunerado” examinada en el capítulo 1, sino que también demuestra que no puede hacerse ningún avance sustantivo en el logro de todas las dimensiones de la igualdad de género en la fuerza de trabajo si no se afrontan antes las desigualdades en el trabajo no remunerado mediante su reconocimiento, reducción y redistribución de manera efectiva entre mujeres y hombres, así como entre las familias y el Estado (véanse también los capítulos 3 y 6).

En este capítulo se ha seguido analizando cómo las desigualdades de género en el hogar y en el empleo también tienen su origen en las representaciones por géneros de las funciones productivas y reproductivas de los hombres y las mujeres que persisten entre las diferentes culturas y en distintos contextos socioeconómicos. No obstante, una proporción importante y cada vez mayor de mujeres y de hombres (en ocasiones, incluso una mayoría de ellos) considera que las mujeres y las madres deberían participar en el trabajo remunerado. Los datos relativos al uso del tiempo y a las actitudes muestran que los hombres nunca han estado más involucrados en la vida familiar que en la actualidad y que la contribución que hacen al trabajo de cuidados no remunerado ha venido aumentando durante los últimos 20 años. No obstante, esto no significa necesariamente que las personas encuestadas consideren que las mujeres deberían abandonar su función central de dispensadora de cuidados en la familia, incluso si el hecho de ser la principal cuidadora está vinculado con una penalización en la fuerza de trabajo o en la calidad del empleo. Tal es el caso sobre todo en los países de ingresos altos y medios donde más elevados son los costos relacionados con el empleo de prestar cuidados a los hijos pequeños. Así, la función del hombre en tanto que principal sostén de la familia aún es un concepto social muy enraizado que se refleja en el análisis antes presentado del mercado de trabajo. Los hombres están aumentando su participación en las actividades de prestación de cuidados, pero no lo suficiente como para mitigar las desventajas que sufren las mujeres en la fuerza de trabajo debido a sus amplias responsabilidades en materia de cuidados.

En el lado optimista hay, en general, más actitudes positivas hacia el trabajo remunerado de las mujeres y el trabajo de cuidados no remunerado de los hombres, actitudes que se encuentran entre las mujeres, las parejas jóvenes y las personas en edad de procrear, los padres en parejas con dos sueldos, los padres o madres solteros con un empleo, las personas que tienen actualmente un trabajo remunerado así como entre las personas con mayor nivel de educación. Como se analiza en el próximo capítulo, también existe un mayor apoyo para que el Estado adopte una función más activa en ocuparse de las necesidades de las personas en materia de cuidados. Lo que significa que las personas que se ven afrontadas a conflictos de equilibrio entre la vida laboral y la vida familiar, o que en un futuro próximo tengan tales

responsabilidades, serán más proclives a favorecer políticas de las que puedan beneficiarse y a apoyar prácticas que reflejen las circunstancias de su vida familiar.

Los resultados que se han presentado en este capítulo a partir de datos sobre el uso del tiempo, la fuerza de trabajo y las actitudes constituyen una prueba de que al menos dos dimensiones influyen en las preferencias, actitudes y prácticas de la persona con respecto a los resultados del mercado de trabajo. La primera es la circunstancia personal y de la evolución de la vida de una persona, aquellos que han conocido o están experimentando el obstáculo de equilibrar la vida laboral y familiar, y aquellos que más expuestos están a este obstáculo, son también los más proclives a mantener actitudes más progresistas y de igualdad de género. Segundo, factores de gran escala como los entornos de las políticas y las características del mercado de trabajo, así como las normas culturales, tienen una fuerte influencia en lo que la gente considera que es socialmente justo y aceptable para sus hogares y sus sociedades. Puesto que los cambios en las estructuras de las familias y las sociedades en proceso de envejecimiento analizados en el capítulo 1 apuntan a que cada vez más tanto las mujeres como los hombres alcanzarán un conflicto potencial entre el trabajo de cuidados no remunerado y el empleo, cabe esperar que aumente el apoyo a la igualdad en los roles de sexo y su traducción en la práctica. Probablemente tal cambio en las actitudes y en la práctica vendrá de políticas de cuidado más transformadoras, que traten activamente de conseguir la armonización del trabajo de cuidados no remunerado y el empleo tanto para las mujeres como para los hombres. La función de tales políticas para configurar las preferencias personales y los resultados de los mercados de trabajo se aborda en el próximo capítulo.

NOTAS

- 1 Ferguson, 2013.
- 2 Budlender, 2008.
- 3 Razavi, 2011.
- 4 *Ibid.*
- 5 Ferrant, Pesando y Nowacka, 2014; Razavi y Staab, 2010; Folbre, 2006b.
- 6 Ferguson, 2013, pág. 338.
- 7 Nussbaum, 2017.
- 8 Folbre, 2006b.
- 9 Naciones Unidas, 2017a.
- 10 OIT, 2013d, párrafo 67.
- 11 Se trata en su totalidad de actividades productivas no remuneradas dentro de la frontera de producción del SCN que en conjunto dan cuenta de una parte sustancial del uso del tiempo por las mujeres. Estas actividades (como recoger leña o ir a por agua) también se cruzan con la prestación de trabajo de cuidados no remunerado, sobre todo en los países de ingresos bajos (véase el capítulo 3 sobre las políticas de cuidado para ocuparse del trabajo de cuidados no remunerado).
- 12 Naciones Unidas, 2017a, párrafo 41.
- 13 *Ibid.*, párrafos 72–75.
- 14 Budlender, 2007.
- 15 OIT, 2013d, párrafo 67.
- 16 Charmes, de próxima aparición; Esquivel, 2017b.
- 17 Cross, 1998; Esquivel *et al.*, 2008.
- 18 OIT, 2013d, párrafo 67.
- 19 Los resultados principales de los estudios piloto, las enseñanzas y las recomendaciones extraídas de las encuestas de la OIT sobre la fuerza de trabajo se describen en una serie de informes que están disponibles en el sitio web del Departamento de Estadística de la OIT.
- 20 Véase el anexo A.3, cuadro A.3.1 para los datos por países.
- 21 Los promedios se ponderan utilizando una población de 15 años en adelante.
- 22 Budlender, 2007; Charmes, de próxima aparición.
- 23 Naciones Unidas, 2015a.
- 24 Domínguez-Serrano, 2012.
- 25 OIT, 2018i.
- 26 Este cálculo se basa en el supuesto de que cada hora dedicada a cuidar a una persona con sida es una hora menos de que se dispone para un trabajo que de otro modo se asumiría. Fuente: Cálculos de la OIT basados en encuestas demográficas y de salud correspondientes a 31 países, OIT, 2018a.
- 27 Naciones Unidas, 2016.
- 28 Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2009.
- 29 Naciones Unidas et al., 2009.
- 30 *Ibid.*, pág. 99, 6.30.
- 31 ONU Mujeres, 2015.
- 32 Abraham y Mackie, 2005.
- 33 Budlender, 2011.
- 34 Antonopoulos, 2009.
- 35 Naciones Unidas, 1996.
- 36 Las Cuentas Satélites del Sector de los Hogares son herramientas que se utilizan para medir y cuantificar el valor de la producción del trabajo de cuidados no remunerado, incluida la producción del sector no lucrativo, en el Sistema Nacional de Cuentas. La construcción de cuentas satélites, disponible en la actualidad en una amplia variedad de países, ha permitido mejorar la evaluación y la visibilidad del valor económico del trabajo de cuidados no remunerado y su naturaleza de género como variables macroeconómicas agregadas.
- 37 Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2009; Abraham y Mackie, 2005.
- 38 Ilkharacan, 2017.
- 39 El PIB en PPA es el producto interior bruto de 2016 convertido a dólares internacionales utilizando tasas de paridad del poder adquisitivo. Un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo sobre el PIB que tiene el dólar de los EE.UU. en los Estados Unidos. El PIB es la suma del valor bruto añadido por todos los productores residentes en la economía más cualesquiera impuestos que gravan los productos menos cualesquiera subvenciones no incluidas en el valor de los productos. Se calcula sin hacer deducciones por la depreciación de los activos fabricados o por el agotamiento y la degradación de los recursos naturales. Los datos se expresan en dólares internacionales actuales. Para la mayoría de las economías, las cifras de la PPA se extrapolan a partir de las estimaciones del indicador del Programa de Comparación Internacional (ICP) de 2011 o se imputan utilizando un modelo estadístico basado en dicho programa. En el caso de 47 economías de ingresos altos e ingresos medios-altos, los factores de conversión son proporcionados por Eurostat y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).
- 40 El elevado valor del trabajo de cuidados no remunerado en Australia se explica por el valor del salario mínimo nacional, que es de USD 15 en PPA (2011) por hora.
- 41 Naciones Unidas, 2016.

- 42 Glaser *et al.*, 2013.
- 43 Cassirer y Addati, 2007; Alfery, 2016.
- 44 ONU Mujeres, 2015.
- 45 OCDE, 2017c.
- 46 OCDE, 2016a.
- 47 OCDE, 2017a.
- 48 Glaser, Di Gessa y Tinker, 2014.
- 49 Glaser *et al.*, 2013.
- 50 Glaser, Di Gessa y Tinker, 2014.
- 51 Samman, Presler-Marshall y Jones, 2016.
- 52 UNICEF, 2018; Foster y Williamson, 2000.
- 53 Samman, Presler-Marshall y Jones, 2016.
- 54 *Ibid.*, pág. 15.
- 55 Morrongiello *et al.*, 2006.
- 56 Zacharias, 2017.
- 57 La parte correspondiente a las mujeres es el complemento hasta el 100 por ciento correspondiente a este indicador.
- 58 OIT, 2018e.
- 59 OCDE, 2017b.
- 60 *Ibid.*
- 61 Rost, Bates y Dellepiane, 2015.
- 62 Samman, Presler-Marshall y Jones, 2016.
- 63 El gráfico 2.9 muestra una correlación negativa de 0,48.
- 64 Charmes, de próxima aparición.
- 65 Las definiciones de los términos “urbano” y “rural” varían de un país a otro, lo cual afecta a la comparabilidad. Por ejemplo, algunas encuestas agregan zonas geográficas a la capital, a otra ciudad importante (por ejemplo, la capital económica), a zonas urbanas secundarias, a zonas semiurbanas y, por último, a zonas rurales. A efectos de comparación, en el presente informe solo se conservaron dos zonas por país: rural y urbana.
- 66 Connelly y Kongar, 2017.
- 67 Charmes, de próxima aparición.
- 68 DeGraff, Levison y Dungumaro, 2017.
- 69 OMS y UNICEF, 2017.
- 70 Naciones Unidas, 2013.
- 71 Charmes, 2015.
- 72 Amarante y Rossel, 2018.
- 73 Maurer-Fazio y Connelly, 2017.
- 74 Definiciones: los grupos de edad usados para tabular las encuestas sobre el uso del tiempo varían considerablemente de unos países a otros. Esto significa que es difícil construir grupos de edad homogéneos a efectos comparativos. Por ejemplo, la categoría “joven” varía desde 10 a 15, 10 a 17 o 10 a 19 años (en el Camerún, Sudáfrica y Mauricio, respectivamente) hasta 18 a 29 años (en el Uruguay o en el Territorio Palestino Ocupado) o 20 a 24 años (en Grecia o en los Estados Unidos). El grupo de edad de las “personas de edad avanzada” varía desde 45 años en adelante en Sudáfrica, 50 a 74 años en Túnez, 55 años en adelante en Turquía, hasta 65 años en adelante en la mayoría de los demás países. Los grupos de edad correspondientes a los adultos varían de manera similar, pero debido a la imposibilidad de agregar subgrupos, el grupo de edad de 25 a 44 años o de 35 a 44 años, o incluso de 25 a 34 años, representa a los adultos en un número no despreciable de países. En el caso de un país (Albania), el grupo de edad de 15 a 64 años representa a los adultos (sin ninguna categoría de joven). En China, los grupos de personas jóvenes y personas de edad avanzada se combinan en una categoría única de “grupo de edad inactivo”; por tanto, no se incluyó a este país. Por estos motivos, a los efectos del análisis de esta sección se identificaron los tres siguientes grupos de edad agregados: “jóvenes”, “adultos” y “personas de edad avanzada”.
- 75 OIT, 2017a.
- 76 Amarante y Rossel, 2018.
- 77 DeGraff, Levison y Dungumaro, 2017.
- 78 Samman, Presler-Marshall y Jones, 2016a.
- 79 Definición: Las clasificaciones por nivel de enseñanza no están ni mucho menos armonizadas. En algunos países la educación secundaria se divide en niveles de educación inferior y superior. En tales casos, se utiliza el nivel superior. El nivel preescolar se incluye a veces en la educación primaria y, por último, algunos países distinguen entre nivel universitario y otros niveles postsecundarios. Para hacer posibles las comparaciones, se ha conservado el nivel universitario. Otro tipo de clasificación incluye las categorías siguientes: “secundaria incompleta”, “secundaria completa + superior incompleta” y “superior completa”. Pueden explicarse algunas discrepancias por las particularidades de las clasificaciones utilizadas. No obstante, es posible identificar algunas pautas, a pesar de tal heterogeneidad de categorías.
- 80 Definiciones: Las clasificaciones del estado civil son muy diferentes debido a los detalles que proporcionan. Casado[a]/no-casado[a] o soltero[a] es una definición que raramente se presenta como tal en los informes de las encuestas. En general, hay muchas subcategorías de estado civil que se utilizan, por ejemplo, oficialmente casados[as]/en cohabitación, casado monógamo/casado polígamo. Con frecuencia se distingue entre divorciado[a], separado[a], viudo[a]. Una vez más, allí donde no resultó posible la agregación se escogieron

- las categorías más ampliamente utilizadas.
- 81 Cuestiones relativas a las definiciones: Con el fin de captar los cambios en el uso del tiempo debidos a los cuidados infantiles, los informes de las encuestas emplean diversas metodologías. Hacen ajustes en la edad (por ejemplo, de 25 años en adelante en Argelia o por debajo de 45 años en Finlandia) o categorizan los hogares en subgrupos en función de la presencia o no de hijos por debajo de cierta edad o en una horquilla de edad. Sin embargo, este tipo de clasificación no está armonizado. Por tanto, los grupos y clasificaciones de edad utilizados en nuestras tabulaciones y gráficos no son homogéneos. Se han definido cuatro categorías: 1) ausencia de hijos en el hogar; 2) presencia de hijos de menos de 5 años; 3) presencia de hijos de entre 5 y 11 años; 4) presencia de hijos de entre 11 y 17 años. No obstante, algunos países utilizan horquillas de edad diferentes de estas, por ejemplo, de 6 a 18 años (China, Etiopía, Ghana); de 7 a 18 años (Sudáfrica); de 7 a 17 años (Albania, Bélgica, Finlandia, Serbia); y 3, 6 y 12 años (Uruguay). Etiopía, Ghana y Uruguay estipulan: "al menos un hijo de menor de...".
- 82 Con un coeficiente de la variable que es de cuatro a seis veces más elevado para las mujeres que para los hombres.
- 83 Amarante y Rossel, 2018.
- 84 Maurer-Fazio y Connelly, 2017.
- 85 Los Estados Unidos son el único país que desde 2003 lleva a cabo periódicamente cada año una encuesta de este tipo. Noruega lleva a cabo desde 1970 una encuesta sobre el uso del tiempo cada diez años. En el caso de la mayoría de los países solo se dispone de dos puntos (o tres puntos) en el tiempo.
- 86 OIT, 2017b.
- 87 MacPhail, 2017.
- 88 Charmes, de próxima aparición.
- 89 *Ibid.*
- 90 Kongar y Price, 2017.
- 91 Connelly y Kongar, 2017.
- 92 Kan, Sullivan y Gershuny, 2011.
- 93 Altintas, Sullivan y Billari, 2014.
- 94 *Ibid.*
- 95 Charmes, de próxima aparición.
- 96 Kan, Sullivan y Gershuny, 2011; Sullivan, 2000.
- 97 Kan, Sullivan y Gershuny, 2011.
- 98 Samman, Presler-Marshall y Jones, 2016.
- 99 Hochschild, 1989.
- 100 Sullivan, 2013.
- 101 Kan, Sullivan y Gershuny, 2011.
- 102 Samman, Presler-Marshall y Jones, 2016.
- 103 Adema, Clarke y Frey, 2015; OIT, 2016b; Adati, Cassirer y Gilchrist, 2014.
- 104 Altintas y Sullivan, 2016; Altintas, Sullivan y Billari, 2014.
- 105 Kan, Sullivan y Gershuny, 2011.
- 106 Bianchi *et al.*, 2012.
- 107 OIT, 2016b.
- 108 OIT, 2011.
- 109 Muñoz Boudet, Petesch y Turk, 2013.
- 110 Ferrant, Pesando y Nowacka, 2014; OIT, 2016b; Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas, 2017.
- 111 OIT, 2018b.
- 112 Franck y Olsson, 2017; Gasparini y Marchionni, 2015; Ghosh, de próxima aparición. Esta cuestión de la autoclasificación en las encuestas de hogares también podría constituir el motivo que subyace a las grandes lagunas que hay en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo rural y urbana en otras regiones como América Latina (Gasparini y Marchionni, 2015). Por ejemplo, se ha calculado que en la India, añadiendo el trabajo a cambio de remuneración y beneficio a la producción de bienes para uso propio, aumenta la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo del 24 a más del 80 por ciento (Ghosh, de próxima aparición).
- 113 OIT, 2017c.
- 114 OIT, 2016b.
- 115 Gasparini y Marchionni, 2015.
- 116 Véase en la sección 1.1 la definición de cuidadoras y cuidadores no remunerados.
- 117 Por adultas y adultos se entiende las personas de entre 18 y 54 años de edad en los países de ingresos bajos y medios, y de 25 a 54 años en los países de ingresos altos.
- 118 Una minoría de 1500 millones de adultos no tiene responsabilidades de cuidados; 800 millones son hombres y 700 millones, mujeres.
- 119 No fue posible atribuir cada receptor de cuidados a una persona adulta prestadora de cuidados en base a un análisis de composición de los hogares. Por tanto, en el presente informe consideramos "cuidadora o cuidador no remunerado" o "prestadora o prestador de cuidados no remunerado" a toda persona adulta que viva en un hogar con: a) un niño o niña de menos de 15 años; b) una persona de edad avanzada que haya alcanzado o sobrepasado la edad de esperanza de vida sana del país; o c) una persona con una grave discapacidad o una enfermedad prolongada. Con esta definición se reconoce haberse detectado que hay 35 millones de niñas y niños de 15 a 17 años que realizan tareas del hogar durante más de

- 21 horas a la semana y, como tales, tienen una altísima probabilidad de entrar en la categoría de cuidadora o cuidador no remunerado.
- 120 Alferts, 2016; Hill, 2017.
- 121 Se han identificado ocho tipos de hogar: 1) de soltero o soltera, definido como el o la cabeza del hogar que vive sin cónyuge ni hijos o hijas; 2) hogar núcleo, compuesto por cabeza del hogar y cónyuge sin hijos o hijas; 3) cabeza del hogar con parientes (sin hijos): el o la cabeza del hogar vive con sus parientes, y otros miembros que no pertenecen a la parentela, siempre que estos no sean hijos o hijas del o la cabeza del hogar; 4) hogar núcleo con parientes es aquel con cabeza, cónyuge y parientes, siempre que estos no cuenten entre los hijos o hijas del o la cabeza del hogar; 5) hogar monoparental, que se compone del o la cabeza del hogar y sus hijos o hijas; 6) familia nuclear, que es un hogar compuesto de cabeza, cónyuge, hijos o hijas; 7) hogar ampliado, que es una familia nuclear con un pariente; 8) hogar monoparental con parientes, que es el compuesto por el o la cabeza del hogar, sus hijos o hijas y algún pariente próximo.
- 122 Chioda, 2016.
- 123 OIT y Gallup, 2017.
- 124 Montefiori, Cattaneo y Licata, de próxima aparición.
- 125 OIT y Gallup, 2017.
- 126 Folbre, 2017; Chioda, 2016.
- 127 OIT, 2016b.
- 128 Los adultos y las adultas del grupo de referencia se definen como las personas de entre 18 y 54 años de edad en los países de ingresos bajos y medios, y de entre 25 y 54 años de edad en los países de ingresos altos.
- 129 Se mide como la diferencia de la razón empleo-población (proporción de la fuerza de trabajo ocupada) entre hombres y mujeres que viven con hijos e hijas de entre 0 y 5 años. Una diferencia positiva significa que la relación empleo-población para los padres es mayor que para las madres.
- 130 OIT, 2016b.
- 131 *Ibid.*
- 132 OIT, 2016a.
- 133 *Ibid.*, basado en Schmid y Wagner, 2016.
- 134 Chioda, 2016; EUROSTAT, 2017.
- 135 OIT, 2016b.
- 136 Folbre, 2017.
- 137 Goldin, 2014.
- 138 Cha y Weeden, 2014.
- 139 OIT, 2016b.
- 140 Lansky *et al.*, 2017.
- 141 OIT, 2016b.
- 142 Para la definición de economía informal, véase https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_IFL_SP.pdf
- 143 Cassirer y Addati, 2007; Alferts, 2016; Hill, 2017.
- 144 Amarante y Rossel, 2018.
- 145 Adams y Berg, 2018.
- 146 Chioda, 2016.
- 147 Muñoz Boudet, Petesch y Turk, 2013.
- 148 OIT, 2017c, págs. 23-24.
- 149 Muñoz Boudet, Petesch y Turk, 2013.
- 150 OIT y Gallup, 2017c.
- 151 *Ibid.*
- 152 **África (39):** África del Norte (6): Argelia; Egipto; Libia; Marruecos; Sudán del Sur; Túnez. *África subsahariana (33):* Benin; Botswana; Burkina Faso; Camerún; República Centroafricana; Chad; Congo; Costa de Marfil; Congo, República Democrática del; Etiopía; el Gabón; Ghana; Guinea; Kenya; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Malí; Mauritania; Mauricio; el Níger; Nigeria; Rwanda; el Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudáfrica; Tanzania, República Unida de; el Togo; Uganda; Zambia; Zimbabwe.
- Américas (21): América Latina y el Caribe (19):* Argentina; Bolivia, Estado Plurinacional de; Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; la República Dominicana; Ecuador; El Salvador; Guatemala; Haití; Honduras; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; Uruguay; Venezuela, República Bolivariana de. América del Norte (2): Canadá; los Estados Unidos.
- Estados árabes (9):** Bahrein; Iraq; Jordania; Kuwait; el Líbano; Territorio Palestino Ocupado; Arabia Saudita; los Emiratos Árabes Unidos; el Yemen.
- Asia y el Pacífico (21 países y territorios):*
- Asia Oriental (6):* China; Hong-Kong, China; Japón; Corea, República de; Mongolia; Taiwán, China. *Asia Sudoriental y el Pacífico (9):* Australia; Camboya; Indonesia; Myanmar; Nueva Zelanda; Filipinas; Singapur; Tailandia; Viet Nam. *Asia Meridional (6):* Afganistán; Bangladesh; India; Irán, República Islámica del; Nepal; Pakistán.
- Europa y Asia (52):** *Europa Septentrional, Meridional y Occidental (30):* Albania; Austria; Bélgica; Bosnia y Herzegovina; Croacia; Dinamarca; Estonia; Finlandia; France; Alemania; Grecia; Islandia; Irlanda; Italia; Kosovo; Letonia; Lituania; Luxemburgo; Macedonia del Norte; Malta; Montenegro; Países Bajos; Noruega; Portugal; Serbia; Eslovenia; España; Suecia; Suiza; Reino Unido. *Europa Oriental (10):* Belarús; Bulgaria; Repúbli-

- ca Checa; Hungría; Moldova, República de; Polonia; Rumania; Eslovaquia; Federación de Rusia; Ucrania. *Asia Central y Occidental (12)*: Armenia; Azerbaiyán; Chipre; Georgia; Israel; Kazajistán; Kirguistán; Chipre; Tayikistán; Turquía; Turkmenistán; Uzbekistán.
- 153 OIT y Gallup 2017.
- 154 Es importante observar que estos hijos pueden no ser los propios hijos del encuestado. Gallup preguntó a la gente cuántos hijos menores de 15 años vivían en sus hogares, con independencia de quiénes fueran sus padres. Se trata por tanto de una aproximación de si son o no padres.
- 155 **África (10)**: *África Septentrional (5)*: Argelia; Egipto; Libia; Marruecos; Túnez. *África subsahariana (5)*: Ghana; Nigeria; Rwanda; Sudáfrica; Zimbabwe.
- Américas (9)**: *América Latina y el Caribe (8)*: Brasil; Chile; Colombia; Ecuador; México; Perú; Trinidad y Tobago; Uruguay. *América del Norte (1)*: Estados Unidos.
- Estados Árabes (8)**: Bahrein; Iraq; Jordania; Kuwait; Líbano; Territorio Palestino Ocupado; Qatar; Yemen.
- Asia y el Pacífico (13)**: *Asia Oriental (5)*: China; Hong Kong, China; Japón; Corea, República de; Taiwán, China. *Asia Sudoriental y el Pacífico (6)*: Australia; Malasia; Nueva Zelanda; Filipinas; Singapur; Tailandia. *Asia Meridional (2)*: India; Pakistán.
- Europa y Asia Central (19)*: *Europa Septentrional, Meridional y Occidental (6)*: Estonia; Alemania; Países Bajos; Eslovenia; España; Suecia. *Europa Oriental (5)*: Belarús; Polonia; Rumania; Federación de Rusia; Ucrania. *Asia Central y Occidental (8)*: Armenia; Azerbaiyán; Chipre; Georgia; Kazajistán; Kirguistán; Turquía; Uzbekistán.
- 156 Cuando los porcentajes no suman 100, lo que resta representa a los participantes en la encuesta de los que faltan datos (“no responde” o “no sabe”). En este caso, en el 4 por ciento y el 3 por ciento de las mujeres faltaron valores para esta pregunta.
- 157 Los países para los que hay datos comparables son Brasil, Chile, China, India, Japón, República de Corea, México, Nigeria, Federación de Rusia y España. La ola 2 de la Encuesta sobre Valores en el Mundo se llevó a cabo en 1989-1993 y la ola 6, en 2010-2014.
- 158 Sjöberg, 2004.
- 159 ISSP Research Group, 2016.
- 160 **África (1)**: Sudáfrica.
- Américas (6)**: *América Latina (4)*: Argentina; Chile; México; Venezuela, República Bolivariana de. *América del Norte (2)*: Canadá; Estados Unidos.
- Asia y el Pacífico (7)**: *Asia Oriental (4)*: China; Japón; Corea, República de; Taiwán, China. *Asia Sudoriental y el Pacífico (2)*: Australia; Filipinas. **Asia Meridional (1)**: India.
- Europa y Asia Central (27)**: *Europa Septentrional, Meridional y Occidental (18)*: Austria; Bélgica; Croacia; Dinamarca; Finlandia; Francia; Alemania; Islandia; Irlanda; Letonia; Lituania; Países Bajos; Noruega; Portugal; Eslovenia; España; Suecia; Suiza; Reino Unido. *Europa Oriental (6)*: Bulgaria; República Checa; Hungría; Polonia; Federación de Rusia; Eslovaquia. *Asia Central y Occidental (2)*: Israel; Turquía.
- 161 **África (1)**: Sudáfrica.
- Américas (6)**: *América Latina (4)*: Argentina; Brasil; México; Perú. *América del Norte (2)*: Canadá; Estados Unidos.
- Asia y el Pacífico (5)**: *Asia Oriental (2)*: Japón; Corea, República de. *Asia Sudoriental y el Pacífico (2)*: Australia; Indonesia. *Asia Meridional (1)*: India.
- Europa y Asia Central (10)**: *Europa Septentrional, Meridional y Occidental (7)*: Bélgica; Francia; Alemania; Italia; España; Suecia; Reino Unido. *Europa Oriental (2)*: Polonia; Federación de Rusia. *Asia Central y Occidental (1)*: Turquía.
- 162 Ipsos MORI, 2017.
- 163 Levtoev et al., 2014.
- 164 *Ibid.*
- 165 *Ibid.*
- 166 **Ingresos altos**: Polonia. **Ingresos medios**: Bhután; República Dominicana; Fiji; India; Indonesia; Moldova, República de; Papua Nueva Guinea; Perú; Serbia; Sudáfrica; Sudán; Territorio Palestino Ocupado; Yemen. **Ingresos bajos**: Afganistán; Burkina Faso; Liberia; Tanzania, República Unida de; Togo; Viet Nam.
- 167 Muñoz Boudet, Pesesch y Turk, 2013.
- 168 *Ibid.*
- 169 Comisión Europea y Parlamento Europeo, 2015.
- 170 **Europa Septentrional, Meridional y Occidental**: Austria; Bélgica; Croacia; Dinamarca; Estonia; Finlandia; Francia; Alemania; Grecia; Irlanda; Italia; Letonia; Lituania; Luxemburgo; Malta; Países Bajos; Portugal; Eslovenia; España; Suecia; Reino Unido. **Europa Oriental**: Bulgaria; República Checa; Hungría; Polonia; Rumania; Eslovaquia. **Asia Central y Occidental**: Chipre.
- 171 Connelly y Kongar, 2017.
- 172 Ilkkaracan, 2017.
- 173 *Ibid.*

CAPÍTULO 3

Las políticas de cuidado y el trabajo de cuidados no remunerado

PRINCIPALES MENSAJES

- Las *políticas de cuidado* asignan recursos para reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado en forma de dinero, servicios y tiempo. Incluyen políticas de licencia, servicios de cuidado, prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados, modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar e infraestructuras pertinentes para los cuidados.
- Las *políticas de cuidado transformadoras* garantizan los derechos humanos, la actividad y el bienestar tanto de quienes prestan los cuidados no remunerados (tengan o no un empleo) como de quienes los reciben. Se asientan en cuatro principios fundamentales: sensibilidad a las cuestiones de género y derechos humanos; universalidad, suficiencia y equidad; responsabilidad general y principal del Estado; y diálogo social y representación.
- Gracias a las políticas de cuidado transformadoras mejoran los resultados correspondientes a los niños y niñas, al empleo de las madres y al papel de cuidador de los padres, así como a las personas de edad y las personas con discapacidades.
- Cuando los Estados invierten en una combinación de políticas de cuidado, las tasas de empleo en relación con la población de las cuidadoras no remuneradas tienden a ser más altas que las de los países que invierten comparativamente menos.
- La cobertura de las políticas de cuidado es muy deficitaria en todo el mundo, con consecuencias negativas tanto para las personas necesitadas de cuidados como para las encargadas de prestarlos.
- El acceso universal a la protección de la maternidad dista mucho de ser una realidad, y más de un tercio de los países del mundo no reconocen a los padres ningún derecho legal a licencia por paternidad. La formulación de políticas de licencia es un factor esencial para hacer que las madres y los padres tengan la oportunidad de ejercer tanto su trabajo remunerado como el trabajo de cuidados no remunerado.
- En la mayoría de los países, las tasas brutas de matrícula en los servicios de atención y educación de la primera infancia (AEPI) correspondientes a los niños y niñas menores de 3 años son inferiores al 20 por ciento. La asistencia a la escuela preprimaria es más alta, pero sigue habiendo lagunas en los países de ingresos bajos. La disponibilidad de servicios de AEPI de jornada completa permite a ambos padres asumir un empleo a tiempo casi completo para obtener mayores ingresos.
- Solo en unos pocos países asume el Estado la iniciativa de financiar servicios de cuidado de larga duración.
- En más de un tercio de los países del mundo, la legislación nacional no contempla prestaciones por hijos a cargo ni prestaciones familiares.
- Las prestaciones en efectivo para los cuidados pueden mejorar considerablemente la vida independiente de las personas con discapacidades al permitirles emplear a asistentes personales.

- Los programas de obras públicas son particularmente transformadores cuando, además de proporcionar empleo, contribuyen a aliviar la carga de las cuidadoras y cuidadores no remunerados.
- Las políticas de licencias, los servicios de guardería en el lugar de trabajo y las modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar son inversiones que pueden suponer rendimientos a largo plazo para los empleadores y tener efectos positivos generales en el equilibrio entre la vida familiar y laboral.
- El acceso al agua, a servicios de saneamiento y a servicios de electricidad mejorados puede producir avances en bienestar, en particular para los hogares pobres, las niñas y las mujeres.

A medida que las familias y los mercados de trabajo cambian y que las tasas de dependencia de cuidados evolucionan (véase el capítulo 1), satisfacer las necesidades de cuidados se está haciendo cada vez más problemático. Es crucial identificar y aplicar las medidas correctas para poder responder a estos problemas y afrontar las necesidades de cuidados. Las políticas de cuidado, junto con las medidas tendentes a crear un entorno político que facilite el apoyo a las mismas, han constituido el objeto principal de una acción política fructífera.

Las políticas de cuidado pueden ser un medio eficaz de afrontar las desigualdades relacionadas con el trabajo de cuidados no remunerado y garantizar los derechos humanos, la actividad y el bienestar tanto de las cuidadoras y cuidadores como de quienes reciben los cuidados.¹ Pero esto depende mucho de la manera en que estén formuladas y del objetivo general de tales políticas. La prestación de políticas de cuidado varía enormemente entre los países y las regiones. Esta variación está relacionada con diversos contextos demográficos, económicos, sociales y culturales, los cuales configuran los debates sobre las políticas y las prioridades de los países, incluido el margen fiscal que tienen los Estados para aplicar estas políticas. Por ejemplo, los países de ingresos altos (especialmente los países nórdicos, véase el capítulo 4) se han colocado tradicionalmente en primera línea para hacer frente a las contingencias relativas a los cuidados, en tanto que componente integral de las responsabilidades del Estado de bienestar, y para poner a punto medidas relacionadas con el mercado de trabajo como políticas relativas a licencias y modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar.² En los países del África Subsahariana, en lo que actualmente se pone el énfasis es en la necesidad de infraestructuras relacionadas con los cuidados, mientras que en Asia y en América Latina los servicios de cuidado son temas de interés en las cuestiones relativas a las políticas.³

Las maneras de enmarcar las políticas de cuidado en los debates sobre las políticas también repercuten en su formulación y aplicación. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe las políticas de cuidado se enmarcan como cuestiones de igualdad de género: se reconoce que la desigual división del trabajo de cuidados no remunerado entre los hombres y las mujeres es uno de los principales motores de las desigualdades de género en las esferas económica y política. En contraste, en otras regiones de ingresos bajos y medios las políticas de cuidado se consideran primordialmente como políticas de reducción de la pobreza, y como consecuencia se presta poca atención a facetas de los cuidados como la protección social y las políticas del mercado de trabajo.⁴

En el presente capítulo se expone el potencial transformador de las políticas de cuidado para el bienestar económico y social de todos y su esencia como ingredientes clave para conseguir los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En él se examinan diferentes tipos de políticas de cuidado y su cobertura mundial, dentro del marco de los principios y derechos fundamentales que constituyen el fundamento de políticas de cuidado transformadoras. También se desarrollan las razones que justifican invertir en políticas de cuidado analizando las implicacio-

nes de las medidas seleccionadas, incluidas las relacionadas con las tasas de empleo de las madres y las cuidadoras no remuneradas, el desarrollo infantil y la esperanza de vida de las personas de edad. A continuación se indica cuáles son las lagunas existentes en las diferentes regiones junto con las consiguientes desigualdades, sobre todo para las mujeres (especialmente las mujeres rurales e indígenas) y las personas de edad, las personas con discapacidades y las personas que viven con el VIH. También se exponen las actitudes de las mujeres y los hombres respecto de determinadas políticas de cuidado en relación con las disposiciones actuales para mostrar que las normas sociales pueden evolucionar y ser el espejo del enfoque transformador del entorno normativo.

3.1. POLÍTICAS DE CUIDADO TRANSFORMADORAS

3.1.1. Definición de políticas de cuidado

Por *políticas de cuidado* se entienden las políticas públicas que asignan recursos para reconocer, reducir y redistribuir los cuidados no remunerados en forma de dinero, servicios y tiempo (véase el cuadro 3.1).⁵ Su papel es fundamental para ocuparse del trabajo de cuidados no remunerado, promover la igualdad de género y mitigar las desigualdades a que hacen frente las personas con muchas necesidades de cuidados, así como las mujeres, las niñas y las personas pertenecientes a grupos socialmente desfavorecidos que habitualmente prestan cantidades ingentes de cuidados no remunerados.⁶

Por *políticas de cuidado transformadoras* se entiende aquellas que, al mismo tiempo, garantizan los derechos humanos, la actividad y el bienestar de las cuidadoras y cuidadores, tanto remunerados como no remunerados, así como los de las de las personas que reciben los cuidados, evitando potenciales contrapartidas y haciendo de puente entre intereses opuestos.⁷ A la luz de esto, cabe identificar cuatro principios fundamentales que sirven de soporte a la formulación, la aplicación y la evaluación de políticas de cuidado transformadoras (véase el gráfico 3.1).

Las políticas de cuidado van desde las transferencias y subvenciones de la protección social relacionadas con el cuidado y destinadas a trabajadoras y trabajadores con responsabilidades familiares, cuidadoras y cuidadores no remunerados o personas que necesitan cuidados, hasta la prestación directa de servicios de cuidado y servicios complementarios, como agua y saneamiento y demás infraestructuras relacionadas con los cuidados. También incluyen la normativa laboral, incluida la normativa sobre licencias y demás modalidades de trabajo conciliables con la familia que permitan equilibrar mejor la vida laboral y la familiar (véase el cuadro 3.1). Por tanto, las políticas de cuidado comprenden las políticas que se cruzan con algunos otros ámbitos normativos y que se ven afectadas por ellos, por ejemplo, la política macroeconómica, la política laboral (y las políticas conexas de los sectores de la salud y la educación, véase el capítulo 5), la protección social y la migración (véase el capítulo 1). En función de su concepción, también persiguen diferentes objetivos, como la reducción de la pobreza y la inclusión social, la igualdad de género en el trabajo, el trabajo decente para todos, la creación de empleo y la ampliación de las capacidades humanas de las generaciones futuras.⁸

Si se conciben de manera transformadora, las políticas de cuidado pueden contribuir a satisfacer varios de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), a saber: 1 (poner fin a la pobreza); 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar); 4 (garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad); 5 (lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas); 6 (garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos); 8 (promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos); y 10 (reducir la desigualdad entre los países).⁹

Cuadro 3.1. Panorama general de las políticas de cuidado

Políticas de cuidado	Breve descripción
Políticas relativas a licencias	<p>Derechos para que las cuidadoras y los cuidadores que tengan un empleo puedan tomarse un tiempo libre mientras conservan sus derechos de protección en el empleo y la seguridad de sus ingresos mediante prestaciones monetarias.</p> <p>Ejemplos al respecto son la licencia de maternidad, la licencia de paternidad, la licencia parental, la licencia para el cuidado de los hijos y la licencia para atender a familiares discapacitados, enfermos o de edad avanzada que tienen necesidades de cuidados.</p>
Servicios de cuidado	<p>Son servicios que redistribuyen cierta parte del trabajo de cuidados no remunerado que realizan cuidadoras y cuidadores con niños en edad preescolar y personas enfermas, discapacitadas o de edad avanzada a los sectores público, del mercado o no lucrativo. En el África Subsahariana son esenciales los servicios de cuidado para personas que viven con el VIH. Debería permitirse acceder a servicios de cuidado prestado por personal cualificado a un costo razonable según la capacidad de pago de las personas.</p> <p>Los servicios de atención y educación de la primera infancia (AEPI) comprenden servicios y programas en apoyo de la supervivencia, el desarrollo y el aprendizaje de los niños desde el nacimiento hasta el ingreso en la escuela primaria, prestados habitualmente en un centro o en el hogar, así como servicios en los lugares de trabajo. Se hace una distinción entre los programas de desarrollo educativo de la primera infancia (DEPI), para niños de 0 a 2 años, y los programas de escuela pre-primaria (desde los 3 años hasta la escolarización).</p> <p>Los servicios de cuidado de larga duración comprenden servicios y políticas en apoyo de personas con necesidades de cuidados de larga duración, como enfermos o personas de edad avanzada o personas con discapacidades, en su vida diaria. Estos servicios se suelen prestar en el hogar o en instituciones.</p>
Prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados	<p>Las prestaciones relacionadas con los cuidados que comprenden sistemas de protección social que reconocen las contingencias relativas a cuidados que se dan en las vidas de las personas, como los cuidados prestados por la familia o la crianza de los hijos, y que se ocupan de ellos haciendo transferencias monetarias o en especie a personas necesitadas de cuidados o a cuidadoras o cuidadores no remunerados. Estas prestaciones guardan relación con los costos del embarazo, el parto y la adopción, la discapacidad y los cuidados de larga duración, la crianza de los hijos y los cuidados de otros miembros de la familia, así como el reconocimiento del trabajo de cuidados en sistemas de protección social para las cuidadoras y los cuidadores, por ejemplo, en planes de pensiones.</p> <p>Además de las políticas relativas a licencias y los servicios de cuidado, las prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados comprenden desgravaciones fiscales y transferencias monetarias a cambio de cuidados, así como programas de transferencias en efectivo y programas de empleo con un componente específico de cuidados, como los concebidos para que personas con responsabilidades familiares puedan permanecer en la fuerza de trabajo o reingresar en ella (por ejemplo, programas de obras públicas).</p>
Modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar	<p>Modalidades de trabajo que permiten que los empleados cambien sus pautas normales de trabajo a fin de permitir el equilibrio entre las responsabilidades laborales y las familiares. Entre estas modalidades figuran los horarios flexibles, los horarios reducidos, el derecho a obtener o solicitar trabajo a tiempo parcial y las correspondientes prestaciones y derechos prorrateados, el teletrabajo o el trabajo nómada digital. Normalmente se les concede a trabajadores con responsabilidades familiares o personas con discapacidades.</p>
Infraestructuras pertinentes para los cuidados	<p>Infraestructuras que reducen las penalidades de los trabajos del hogar, como conseguir agua, procurar saneamiento y energía eléctrica y proporcionar acceso al transporte y a dispositivos que quiten trabajo en el hogar.</p>

Nota: Aunque la definición estadística de trabajo de cuidados no remunerado en los capítulos 1 y 2 deja fuera la recogida de leña y el acarreo de agua, la falta de infraestructuras básicas tiene repercusiones importantes de tiempo en el volumen de trabajo de cuidados no remunerado que las mujeres y las niñas realizan en el hogar y en la comunidad, especialmente en los países de ingresos bajos. La función de la infraestructura básica también está reconocida en la meta 5.4 de los ODS y en la Recomendación sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156). Por tanto, este elemento de política se incluye en esta definición de las políticas de cuidado. Fuente: Elaboración propia a partir del Convenio núm. 156 y la Recomendación núm. 165 de la OIT; Addati et al., 2014; UNRISD, 2016.

3.1.2. Principios y derechos fundamentales que sirven de marco para unas políticas de cuidado transformadoras

La igualdad de género y la no discriminación en el mundo del trabajo han estado en el centro del mandato de la OIT desde 1919. Estos principios se han traducido en una variedad de normas internacionales del trabajo, adoptadas por representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores de todo el mundo. Se puede extraer un marco para unas políticas de cuidado transformadoras a partir de algunos de estos instrumentos, en particular aquellos Convenios que se consideran esenciales para la igualdad, en concreto el Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm.100), el Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111), el Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156) y el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm.183). Otras normas internacionales del trabajo que aportan su contribución a un marco para unas políticas de cuidado transformadoras son los que se ocupan de la seguridad social, las trabajadoras y los trabajadores domésticos y la transición desde la economía informal a la economía formal, entre otros (véanse también los capítulos 1 y 6 y el cuadro 1.1 del Apéndice A.1).

El Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156) y la Recomendación (núm. 165) que lo acompaña son normas esenciales que se centran de manera explícita en reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados, con el fin de que tanto las trabajadoras como los trabajadores puedan armonizar las responsabilidades laborales y familiares sin estar sujetos a discriminación. Los dobles objetivos de los instrumentos consisten en crear la igualdad de oportunidad y de trato en el empleo entre mujeres y hombres con responsabilidades familiares, así como entre los trabajadores que tienen responsabilidades familiares y aquellos que no las tienen. Estos objetivos se fundamentan en la conciencia de que “para lograr la plena igualdad entre hombres y mujeres es necesario modificar el papel tradicional tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia”.¹⁰ El Convenio exige a los signatarios que uno de los objetivos de la política nacional sea que todos los trabajadores con responsabilidades familiares, tanto mujeres como hombres, puedan ejercer sus empleos sin discriminación y, en lo posible, sin conflicto entre la vida laboral y la vida familiar.

El requisito de una política nacional replica el Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111), que obliga a los Estados que lo ratifiquen a formular y llevar a cabo una política nacional que promueva “la igualdad de oportunidades y de trato en materia de empleo y ocupación, con objeto de eliminar cualquier discriminación a este respecto”. El Convenio núm.156 no expone los medios específicos que sirvan para formular o llevar a cabo la política nacional, sino que permite una amplia variedad de acciones, medidas proactivas que deben adoptarse para “permitir a los trabajadores con responsabilidades familiares el ejercicio de su derecho a elegir libremente su empleo; y para tener en cuenta sus necesidades en lo que concierne a las condiciones de empleo y a la seguridad social”, lo que implica una diversidad de políticas de cuidado, incluidas políticas en materia de licencias, modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar y prestaciones de protección social. Otra disposición exhorta a adoptar medidas para tener en cuenta las necesidades de los trabajadores con responsabilidades familiares en la planificación de las comunidades, así como desarrollar o promover servicios comunitarios “tales como los servicios y medios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar” (Convenio núm.156), subrayando la necesidad de disponer de servicios de cuidado. Las políticas de cuidado se encuentran claramente en el núcleo del Convenio y la Recomendación. Más abajo se examina con más detalle una variedad de otros instrumentos de la OIT en el contexto de la visión de conjunto de las políticas de cuidado.

Sobre la base de las normas internacionales del trabajo y de las buenas prácticas en su aplicación nacional, se pueden identificar cuatro principios fundamentales que sirven de soporte a las políticas de cuidado transformadoras y que figuran en el gráfico 3.1. La aplicación de estos principios en la formulación, la aplicación y la evaluación de las políticas de cuidado culmina en políticas que sustentan los derechos humanos, la actividad y el bienestar de quienes prestan y quienes reciben los cuidados, aspectos que son un elemento central de la definición de políticas de cuidado transformadoras.

Gráfico 3.1. Principios fundamentales que sustentan las políticas de cuidado transformadoras

Fuente: Elaboración propia a partir de Daly y OIT, 2001; OIT, 2014b; UNRISD, 2016; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016.

Primero, *las políticas de cuidado deben ser sensibles con respecto al género y estar basadas en los derechos humanos*: es decir, es necesario que estimulen activa y sistemáticamente el logro de la no discriminación y la igualdad de género en el hogar, en el trabajo y en la sociedad.¹¹ Las políticas de cuidado y sus vínculos con otros ámbitos normativos (véase el capítulo 1.5) pueden ampliar los derechos, las capacidades y las opciones de las mujeres y los hombres, y mitigar otras dimensiones de las desigualdades relacionadas con la etnia, el origen y la discapacidad.¹² No obstante, también las pueden acentuar y confinar a las mujeres a los papeles tradicionales asociados con la feminidad y la maternidad. Por ejemplo, cuando estas políticas van dirigidas únicamente a las mujeres, desalientan su acceso a empleos de calidad y el derecho y la responsabilidad de los hombres de prestar cuidados y, con ello, fracasan en atacar el problema de la distribución dentro del hogar del trabajo de cuidados no remunerado.¹³ De manera que la formulación de la política y su aplicación efectiva son esenciales para procurar que contribuyan al logro de la igualdad sustancial de género y al empoderamiento económico de las mujeres.

Segundo, *las políticas de cuidado deben ser universales y proporcionar prestaciones suficientes y equitativas*. Las políticas de cuidado pueden beneficiar a las mujeres y los hombres en su totalidad, especialmente a quienes es más probable que sean dejados atrás, en el marco del espíritu de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para ello hace falta que lleguen a toda la población con servicios similares y de alta calidad y transferencias generosas. El principio de la universalidad en la formulación, la aplicación y los resultados implica también la distribución de su cobertura y la generosidad para con todos los beneficiarios. Esto significa el alcance masivo (hombres y mujeres, pobres y no pobres, población urbana y rural, ciudadanos y no ciudadanos) de una combinación de prestaciones suficientes y de servicios públicos de alta calidad que estén financiados no solo a través de los ingresos generales, sino también del seguro social unido a la asistencia social.¹⁴ Además, el principio de la solidaridad social excluye financiar las políticas de cuidado, como las licencias de maternidad o de paternidad o los servicios de guardería, mediante la responsabilidad directa del empleador. Este mecanismo de financiación podría poner a las mujeres y a otros grupos específicos en peligro de discriminación.¹⁵

Tercero, *en las políticas de cuidado se debe procurar que el Estado tenga la responsabilidad general y primordial*. Esta dimensión se fundamenta en el principio de que los cuidados constituyen un bien social. El papel dirigente del Estado comprende establecer las prestaciones y definir la calidad de

los servicios (condiciones para optar a ellos, nivel, derechos, financiación, prestación, seguimiento y evaluación), regular eficazmente el mercado y actuar como entidad normativa e institución esencial de financiación así como proveedor directo y empleador de las cuidadoras y los cuidadores del sector público.¹⁶ La responsabilidad general del Estado puede impedir que las políticas de cuidado se formulen, financien o apliquen de manera deficiente, lo que perpetuaría las desigualdades.¹⁷

Cuarto, *las políticas de cuidado deben basarse en el diálogo social y en la representación*. Se trata de un principio de gobernanza esencial. Las políticas en materia de cuidados tienen el potencial de conferir poder y garantizar los derechos, la actividad, la autonomía y el bienestar de quienes los reciben, de quienes los prestan sin remuneración y de las trabajadoras y los trabajadores de cuidados. Pero para configurar las políticas es necesario oír la voz de los más afectados; es necesario que se apoye el diálogo entre los representantes de quienes reciben los cuidados, de quienes los prestan sin remuneración y de las trabajadoras y los trabajadores de cuidados y el Estado.¹⁸ Como se establece en las normas internacionales del trabajo de la OIT, las organizaciones de trabajadores y de empleadores y, entre ellos, los representantes de quienes trabajan en la prestación de cuidados¹⁹ y sus empleadores, tienen una función esencial que desempeñar en la formulación, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de las políticas de cuidado y en procurar que estas reciban una financiación suficiente y sostenible. Los receptores de cuidados y las cuidadoras y cuidadores no remunerados, incluidas las mujeres, las madres y los padres, las personas de edad y las personas con discapacidades, las personas que viven con el VIH y otros representantes de la sociedad civil deberían, en lo posible, ser incluidos también en las decisiones sobre la elaboración de las políticas y en las evaluaciones de las políticas con el fin de procurar que estas satisfagan sus necesidades y expectativas.²⁰ Obrando así, las políticas de cuidado transformadoras pueden tener efectos generales positivos en la gobernanza, la ciudadanía y la responsabilidad social.²¹

En las siguientes secciones se examinará la situación y la condición de las políticas de cuidado en todo el mundo, en el marco de las normas de la OIT y de conformidad con los tres primeros principios (sensibilidad de género y respeto de los derechos humanos; universalidad, suficiencia y equidad; y responsabilidad principal del Estado). Se exponen también las funciones de la negociación colectiva y de los empleadores en la promoción de determinadas medidas de cuidados. En los capítulos 4 y 6 se analizará la función del diálogo social y la representación de las cuidadoras y los cuidadores en el contexto de dichas políticas.

3.2. ABOGANDO POR POLÍTICAS DE CUIDADO TRANSFORMADORAS

Existen enormes déficits en la cobertura de las necesidades de cuidados en el mundo, con consecuencias perjudiciales para las personas necesitadas de cuidados y las responsables de prestarlos, en especial las mujeres, las personas de edad avanzada y las personas que viven con discapacidades o con el VIH. Estas consecuencias afectan su seguridad económica así como a su salud y bienestar. En la presente sección se examina la relación entre determinadas políticas de cuidado y los resultados, mostrando la repercusión positiva que pueden tener a condición de que sean universales y sensibles al género, que impliquen la responsabilidad principal del Estado y que se basen en el diálogo social.

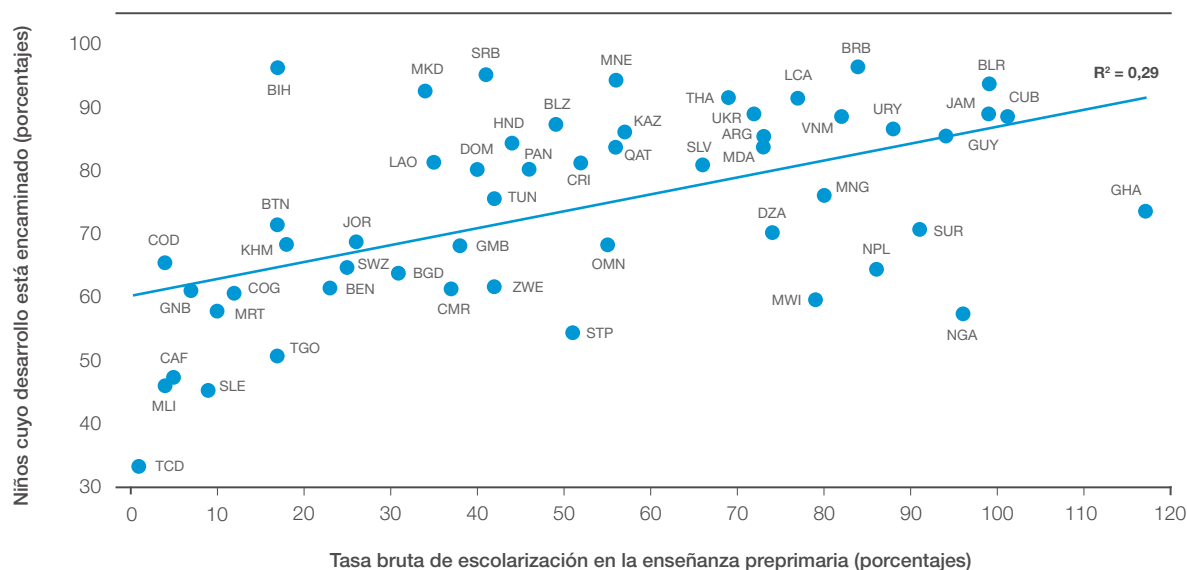
3.2.1. Desarrollo de los niños

El desarrollo de los niños (crecimiento neurológico y físico) depende de que haya un conjunto de políticas de cuidado adecuadas que sean accesibles y de condiciones de vida seguras, incluidas infraestructuras básicas y la aportación de nutrientes suficientes y adecuados, así como entornos e interacciones sociales estimulantes con prestadores de cuidados que sean atentos.²² Durante los tres primeros años de vida del niño o niña, las zonas de su cerebro donde se desarrolla el control emocional, las habilidades sociales, el lenguaje y el cálculo son sumamente sensibles.²³ El entorno hogareño y los cuidados paternos desempeñan una función esencial a la hora de determinar las posibilidades de la niña o el niño para sobrevivir y desarrollarse. El acceso a una licencia parental suficientemente larga y bien remunerada reduce las tasas de mortalidad neonatal e infantil y está vinculado con tasas más

altas de inmunización y vacunación.²⁴ También hay indicios de que cuando los padres tienen acceso a una buena licencia de paternidad o parental con suficiente compensación, los niños obtienen mejores resultados de desarrollo, puesto que reciben los beneficios de la interacción y la estimulación de ambos padres y no solo de uno de ellos.²⁵

El acceso de los niños a servicios de AEPI asequibles y de buena calidad también desempeña un papel crucial en su desarrollo. Aunque medir y comparar el desarrollo infantil es sumamente complejo, hay un gran volumen de evidencia que sugiere que asistir a esos servicios tiene efectos positivos a medio plazo en la salud, el desarrollo y el rendimiento escolar, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.²⁶ El Índice de Desarrollo de la Primera Infancia (ECDI) de la UNICEF evalúa el cumplimiento del potencial de las niñas y niños de entre 36 y 59 meses en cuatro ámbitos de desarrollo: alfabético/numérico, físico, socio-emocional y cognitivo.²⁷ Se considera que las niñas y niños están “encaminados”, en general, si lo están en al menos tres de los cuatro ámbitos. El gráfico 3.2 indica que existe una correlación positiva entre el porcentaje de niñas y niños escolarizados en la enseñanza preprimaria y el porcentaje de aquellos cuyo desarrollo está encaminado en 53 países de ingresos bajos y medios de los que se tienen datos.

Gráfico 3.2. Porcentaje de niños de entre 36 y 59 meses cuyo desarrollo está encaminado y escolarización bruta de niños en la enseñanza preprimaria, último año disponible



Nota: 53 países.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en UNESCO, 2018

Un estudio de la OCDE concluyó que las niñas y niños que habían asistido al menos dos años a servicios de AEPI rendían mejor que otros en ciencias a los 15 años de edad, utilizando datos de 2015 del Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes (PISA).²⁸ Esta conclusión resultó estadísticamente significativa en alrededor de la mitad de los 57 países de los que se dispuso de datos una vez tenida en cuenta la condición socioeconómica de los niños. Los servicios de AEPI de buena calidad desempeñan una función crucial, especialmente para las niñas y niños de familias de ingresos bajos con antecedentes inmigrantes o de familias o sociedades conflictivas. Fomentando el acceso universal a servicios de AEPI de calidad se pueden compensar las experiencias negativas y los déficits nutricionales o emocionales de los niños pequeños.²⁹

3.2.2. Resultados en el empleo de las madres

Como se expuso en el capítulo 2, habitualmente la participación de las madres en el mercado de trabajo es menor y de calidad relativamente baja en comparación tanto con las mujeres que viven sin personas dependientes como con los hombres y los padres. Cuando no se dispone de licencia con prestaciones suficientes, las trabajadoras tienen que interrumpir del todo o reducir su participación en el trabajo remunerado con el fin de dar a luz y criar a su hijo, lo que tensa de manera notable su seguridad económica.³⁰ Por ejemplo, un estudio en el que se analizaba la repercusión que tuvieron en Bangladesh dos reformas de la licencia de maternidad (de 12 a 16 semanas para todas las empleadas en 2006 y de 16 a 24 semanas para las funcionarias públicas en 2010) en la participación femenina en la fuerza de trabajo detectó un aumento del número de mujeres que ingresaron y permanecieron en el mercado de trabajo.³¹

No obstante, la formulación de las políticas de licencias es un factor esencial para que las madres tengan la oportunidad de participar tanto en el trabajo remunerado como en el trabajo de cuidados. Los estudios indican que las licencias muy prolongadas con prestaciones bajas o nulas tienden a perjudicar las carreras y las perspectivas de ingresos de las mujeres.³² Por ejemplo, se descubrió que el incremento en Austria del período de licencia parental de 2 a 3 años reducía a corto plazo el reintegro de las mujeres al trabajo.³³ En Alemania, por el contrario, el cambio en 2007 de una licencia mal pagada de 3 años a otra bien pagada más breve (14 meses) repercutió positivamente en las tasas de empleo de las madres y las horas trabajadas, hasta 5 años después de dar a luz y especialmente entre las de ingresos medios y altos.³⁴ También la calidad de empleo registró un aumento y las mujeres fueron más propensas a continuar en el mismo empleo y a tener contratos indefinidos. Esto indica la necesidad de disponer de sistemas de protección suficiente de la maternidad y de licencias parentales sensibles al género para reforzar la vinculación de las madres con el mercado de trabajo y redistribuir dentro de la familia parte del trabajo de cuidados no remunerado.

Las políticas relativas a licencias se deben completar con modalidades adecuadas de trabajo compatibles con la vida familiar dirigidas tanto a las madres como a los padres, así como con servicios de AEPI de calidad que sean accesibles y gratuitos o subvencionados con fondos públicos. El cuadro 3.2 indica que en la mayor parte de las regiones del mundo (excepto en África) existe una relación entre la participación media en la fuerza de trabajo de las mujeres que viven con al menos un hijo de 0 a 5 años (utilizado como variable representativa de la participación de las madres en el empleo) y las licencias, así como las políticas de AEPI. Las tasas registran sus valores más altos en Europa y Asia Central (59 por ciento), con la mayor proporción de países que satisfacen las normas de la OIT en materia de protección de la maternidad, en los cuales 8 de cada 10 madres reciben prestaciones pecuniarias y donde las tasas brutas de escolarización de las niñas y los niños de menos de 3 años, así como de entre 3 años y la edad de comienzo de la escuela primaria, alcanzan valores relativamente altos. En las Américas y en Asia y el Pacífico las tasas de participación en la fuerza de trabajo son más bajas (54 y 41 por ciento, respectivamente), como lo son los indicadores de protección de la maternidad y de políticas de AEPI. En los Estados Árabes, tanto la protección de la maternidad como la cobertura de AEPI son escasas y es muy baja la participación en la fuerza de trabajo de las mujeres que tienen hijos en edad preescolar (solo un 9 por ciento). África destaca, puesto que se caracteriza no solo por lo bajo de las prestaciones y de la cobertura de los servicios para las madres, sino por una participación comparativamente alta en la fuerza de trabajo de las mujeres que viven con hijos pequeños (59 por ciento). Esto puede entenderse como el resultado de la urgencia que tienen los hogares de satisfacer necesidades básicas en un entorno de pobreza muy grande. Además, la alta incidencia del trabajo informal y rural puede, en cierta medida y con consecuencias negativas, permitir a las mujeres trabajadoras llevar a sus hijos al lugar de trabajo (véase el capítulo 2).

Cuadro 3.2. Protección de la maternidad, servicios de AEPI y empleo de las madres, por región, 2015-2016 (porcentajes)

	Protección de la maternidad		Servicios de AEPI		Participación en la fuerza de trabajo de mujeres que viven con hijos de hasta 5 años ^c
	Países que cumplen las normas de la OIT sobre protección de la maternidad (C.183) ^a	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones de maternidad en efectivo ^b	Tasa de participación bruta en programas DEPI	Tasa de participación bruta en programas de enseñanza preprimaria	
Europa y Asia Central	85	81	26	77	59
Américas	34	69	16	72	54
Asia y el Pacífico	28	33	27	67	41
África	25	16	4	34	59
Estados árabes	0	n.e.d.	5	44	9
Mundo	42	41	21	60	48

Notas: a. Licencia de 14 o más semanas, pagada a razón de 2/3 o más de los ingresos y costeadada a razón de 2/3 o más por la seguridad social (datos de 2016). b. Cobertura efectiva para las madres con recién nacidos: porcentaje de mujeres que dan a luz y reciben prestaciones de maternidad en efectivo (datos de 2015 o del último año disponible; no se dispone de datos para los Estados árabes). c. La presencia de hijos que viven en el hogar se utiliza como variable representativa para la maternidad. En los países de ingresos altos, se incluyen las mujeres de entre 25 y 54 años; en los países de ingresos medios y bajos la edad es de entre 18 y 54 años (datos de 2016 o del último año disponible) (89 países).

Fuentes: Cálculos de la OIT basados en datos de la fuerza de trabajo y datos de encuestas del hogar; OIT, 2017m; UNESCO, 2018.

3.2.3. La participación de los padres en las tareas domésticas y de cuidado de los hijos

Por lo general, el nacimiento de un hijo hace que las parejas adopten una división del trabajo más tradicional en la que las madres quitan tiempo al empleo para dárselo al trabajo de cuidados no remunerado después del parto (véase el capítulo 2). Un conjunto de políticas y medidas puede contribuir a mitigar estas desigualdades y a aumentar la participación de los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado (véase el recuadro 3.1).

Recuadro 3.1. Cómo se ven las políticas clave en apoyo de que los hombres participen más en el trabajo de cuidados no remunerado en Europa

Los datos del Eurobarómetro³⁶, recogidos en 2014 entre casi 28 000 personas de más de 15 años encuestadas en 28 países europeos,³⁷ nos hacen ver cómo se ven en la actualidad las políticas necesarias para conseguir más igualdad de género en el hogar y aumentar la parte de los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado. Solo el 5 por ciento de los hombres y el 3 por ciento de las mujeres respondieron que no deseaban que los hombres participaran más en los cuidados (véase el gráfico 3.3). Las tres respuestas más citadas fueron las siguientes: 1) los cambios en las actitudes de los hombres hacia el trabajo no remunerado (citado por el 44 por ciento de las mujeres y el 37 por ciento de los hombres); 2) el aumento de modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar, entre ellas horarios reducidos para los hombres (citado por el 39 por ciento de las mujeres y el 40 por ciento de los hombres); 3) la protección frente a la discriminación en caso de que los hombres se tomen una baja (citado por el 36 por ciento de las mujeres y el 32 por ciento de los hombres).³⁸

Gráfico 3.3. Cómo se ven las políticas de apoyo, 2014



Nota: Grupo de edad: 15 y más años (28 países, véase la nota final 37 para la lista completa de países).

Fuente: Comisión Europea y Parlamento Europeo, 2015.

Estos resultados sugieren que los hombres y las mujeres saben que las actitudes de género en relación con el trabajo de cuidados no remunerado constituyen un importante obstáculo para el aumento de la participación de los hombres; de ahí la necesidad de reconocer y valorar mejor el trabajo de cuidados no remunerado y de llevar a cabo campañas de sensibilización con el fin de hacer frente a las normas sociales sobre la prestación de cuidados que están sesgadas por el género.³⁹ Asimismo, con el fin de contrarrestar la persistencia de la norma del “hombre como sostén de la familia”, hacen falta mejores políticas del mercado de trabajo para que se reconozcan modalidades de trabajo flexible y políticas de licencias, con la garantía de que el uso de esas medidas no perjudique las carreras profesionales de hombres y mujeres ni conlleve discriminación. También son importantes las políticas para mejorar la accesibilidad a los servicios de atención a la infancia así como a los empleos de calidad para las mujeres y la adopción de la licencia de paternidad obligatoria. Por último, reducir la segregación por sexos en las ocupaciones relativas a los cuidados también se ve como algo que puede mejorar la participación de los hombres en el trabajo de cuidados no remunerado.

La licencia de paternidad remunerada y la licencia parental reservada para los padres son políticas de cuidado transformadoras que promueven el vínculo entre padre e hijo, así como la adopción de modalidades de familia con más igualdad entre los sexos a medio y largo plazo.⁴⁰ La conclusión de un estudio de la OCDE sobre Australia, Dinamarca, el Reino Unido y los Estados Unidos indica que cuando los padres tomaban una licencia (especialmente para períodos de dos o más semanas) participaban en actividades de cuidados de los hijos como alimentarlos, cambiarles los pañales o levantarse por las noches.⁴¹ En Alemania se notificaron conclusiones similares en relación con la toma de licencias por los hombres.⁴² También se vio que su participación aumentaba en las tareas del hogar, pero solo cuando los padres tomaban al menos dos meses de licencia o si la tomaban cuando la madre se había reintegrado al trabajo y ellos se encontraban solos en casa con el hijo. El que los hombres tomen su licencia también hace más probable que trabajen con horarios reducidos, resultado que se dio en Alemania, así como en Noruega y Suecia.⁴³ La importancia de la duración de la licencia y de la experiencia de responsabilidad exclusiva de los padres al tomarse una licencia cuando la madre se ha reintegrado al trabajo se puso de relieve en otros países, como el Canadá, Portugal y los Estados Unidos.⁴⁴ Otro estudio sobre los hombres llevado a cabo en 27 países europeos reveló que el haber tomado una licencia de paternidad estaba notablemente relacionado con participar con más frecuencia en el cuidado de los hijos así como en las tareas del hogar, incluso después de tener en cuenta características de micronivel individuales.⁴⁵

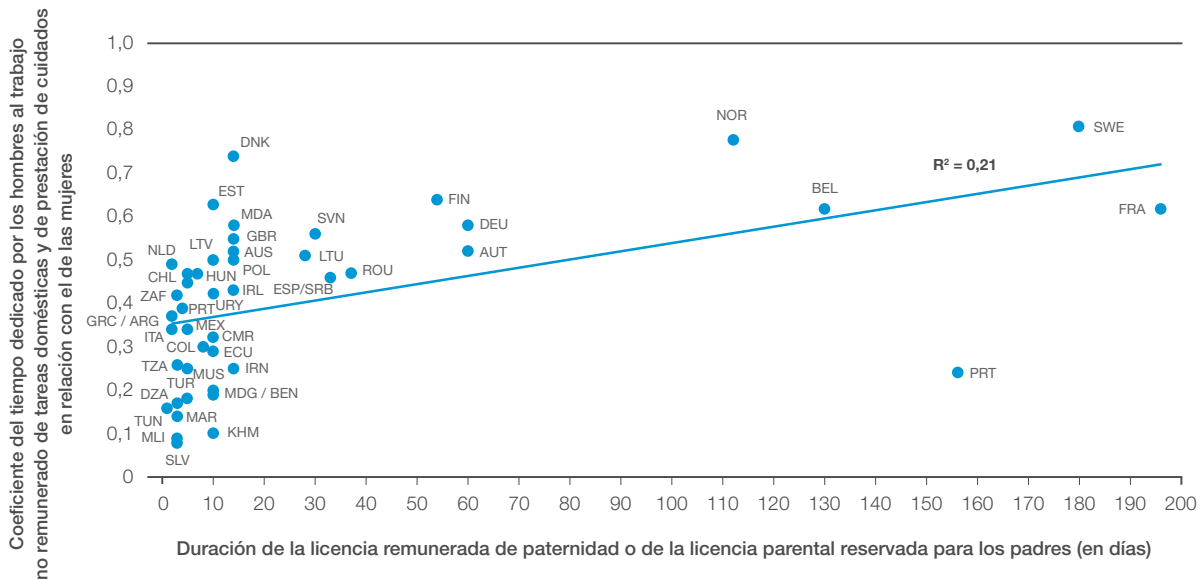
Los estudios muestran también que hay una relación positiva entre las modalidades nacionales de licencia parental y el tiempo que los hombres dedican al cuidado de los hijos. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en ocho países industrializados descubrió que el número de semanas de licencia parental de que disponían los padres y las prestaciones altas repercutían positivamente en el tiempo de los padres dedicado al cuidado de los hijos, una vez tenidas en cuenta características del país como las tasas de empleo de las mujeres.⁴⁶ Se estimó que si en lugar de ninguna se reconocían prestaciones altas por licencia parental, el tiempo de cuidado paterno de los hijos aumentaba casi una hora a la semana.

El gráfico 3.4 indica que hay una notable relación entre la duración de la licencia remunerada que se pueden tomar los padres y el coeficiente entre hombres y mujeres del tiempo dedicado a actividades domésticas y de prestación de cuidados. Los países en los que los hombres dedican un promedio de al menos el 60 por ciento del tiempo de las mujeres al trabajo de cuidados no remunerado (como Bélgica, Francia, Finlandia, Dinamarca, Noruega y Suecia) son aquellos en los que los hombres tienen una licencia remunerada de mayor duración. Con todo, el gráfico también sugiere que existe una variación notable en los coeficientes del tiempo de los hombres en relación con el de las mujeres entre países con duraciones similares de las licencias. Así, además de las políticas en materia de licencias y su formulación, la participación de los padres en el cuidado de los hijos y las tareas domésticas está configurada por otros muchos factores de orden general y particular, por ejemplo, las tasas de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, el desarrollo económico, los valores familiares y la ideología de género, las características socioeconómicas y la composición de los hogares (véase también el capítulo 2).⁴⁷

3.2.4. Resultados relativos a las personas de edad avanzada y las personas con discapacidades

El envejecimiento de la población y la evolución de las ratios entre dependencia y cuidados (véase el capítulo 1) tienen diversas implicaciones para las sociedades y los estados del bienestar. Por un lado, a lo largo de las dos últimas décadas ha venido aumentando continuamente la esperanza de vida sana en el mundo,⁴⁸ lo que implica que las personas de más edad pueden contribuir durante más tiempo a la prosperidad económica y social, especialmente mediante el cuidado de los nietos (véase el capítulo 1).⁴⁹ Por otro lado, también están aumentando las tasas de supervivencia de personas con enfermedades crónicas, lo que significa que a lo largo de su vida convivirán más años con alguna enfermedad.⁵⁰ Esto afecta particularmente a las mujeres, pues a los 60 años su esperanza de vida es más larga que en el caso de los hombres (véase el gráfico 3.5). Las mujeres, al igual que las personas de condición socioeconómica más baja, tienen más probabilidad de experimentar morbilidad múltiple⁵¹ y fragilidad⁵² en la ancianidad y de depender de cuidados.⁵³

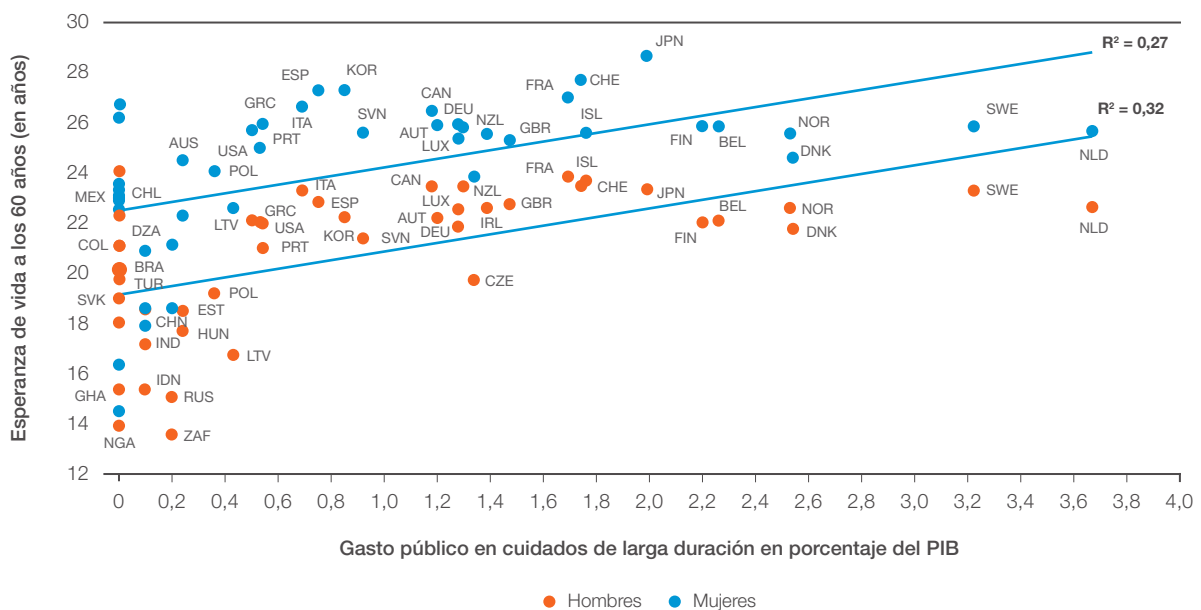
Gráfico 3.4. Políticas sobre la duración de la licencia remunerada de los padres y proporción del tiempo dedicado por los hombres al trabajo doméstico y de prestación de cuidados en relación con el de las mujeres, 2015-2016



Nota: 46 países. Los datos sobre el uso del tiempo corresponden al tiempo medio dedicado por los hombres a prestar servicios no remunerados de atención de cuidados a miembros del hogar, dividido por el tiempo medio dedicado por las mujeres a estas mismas actividades en cada país.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos legales de la OIT y en Charmes, de próxima aparición.

Gráfico 3.5. Gasto público en cuidados de larga duración en porcentaje del PIB y esperanza de vida a los 60 años en 45 países, por sexo, 2010-2015



Nota: Los datos sobre el gasto público en cuidados de larga duración (CLD) corresponden a la media de 2006-2010. Los datos sobre la esperanza de vida a los 60 años son de 2015 (45 países).

Fuente: OIT, 2017m; OMS, 2018.

Por tanto, el acceso universal a servicios de salud y de cuidado de larga duración que sean asequibles y de calidad beneficiaría a las personas de edad avanzada en general y, entre ellas, a las mujeres en particular. Muchos factores inciden en la esperanza de vida, por ejemplo, los recursos en materia de cuidados de salud, la condición socioeconómica y la genética.⁵⁴ El gráfico 3.5 sugiere que en los países en los que se destina una proporción mayor del PIB al gasto en cuidados de larga duración, las mujeres y los hombres mayores de 60 años tienen en promedio una esperanza de vida más larga. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los servicios de salud y de cuidado de larga duración unidos a los entornos contextuales pueden detener, frenar o revertir el declive de las capacidades de las personas en el curso de sus vidas.⁵⁵ Los cuidados de larga duración pueden garantizar que las personas de edad avanzada vivan dignamente sus vidas con oportunidades de crecimiento personal continuo y la conservación de su capacidad intrínseca.

La mejora de la cobertura de las necesidades de las personas con discapacidades así como del acceso a los servicios puede mejorar sustancialmente sus vidas, no solo en cuanto a salud y bienestar, sino también con respecto a su acceso a la educación y al mercado de trabajo.⁵⁶ Las políticas que hacen posible que las personas con discapacidades contraten a asistentes personales que les ayuden en su vida diaria pueden, en el caso de quienes están en edad de trabajar, suprimir obstáculos a su ingreso en el mercado de trabajo e impulsar un modo de vida independiente.⁵⁷ Tales políticas también eliminan una parte de la carga que soportan las cuidadoras y cuidadores no remunerados, que con frecuencia limita sus propias oportunidades de ganarse la vida y participar plenamente en el mercado de trabajo. Asimismo existe un enorme potencial en cuanto a la creación de empleo, a condición de que estos empleos de cuidados estén regulados y conlleven condiciones decentes de remuneración y trabajo (véase el capítulo 4).

3.2.5. Inversión pública en políticas de cuidado y participación de las cuidadoras no remuneradas en el empleo

En el capítulo 2 vimos que las mujeres que viven con personas que dependen de cuidados tienen más probabilidades de realizar más trabajos de cuidados no remunerados. También tienen menos probabilidades que otras mujeres y, en general, que los hombres, a tener un empleo y conservar puestos de trabajo de calidad. El gráfico 3.6 sugiere que cuando los estados del bienestar invierten en una combinación de políticas de cuidado, las tasas de empleo en relación con la población de las cuidadoras no remuneradas de entre 18 y 54 años⁵⁸ tienden a ser más altas que las de los países que invierten comparativamente menos.

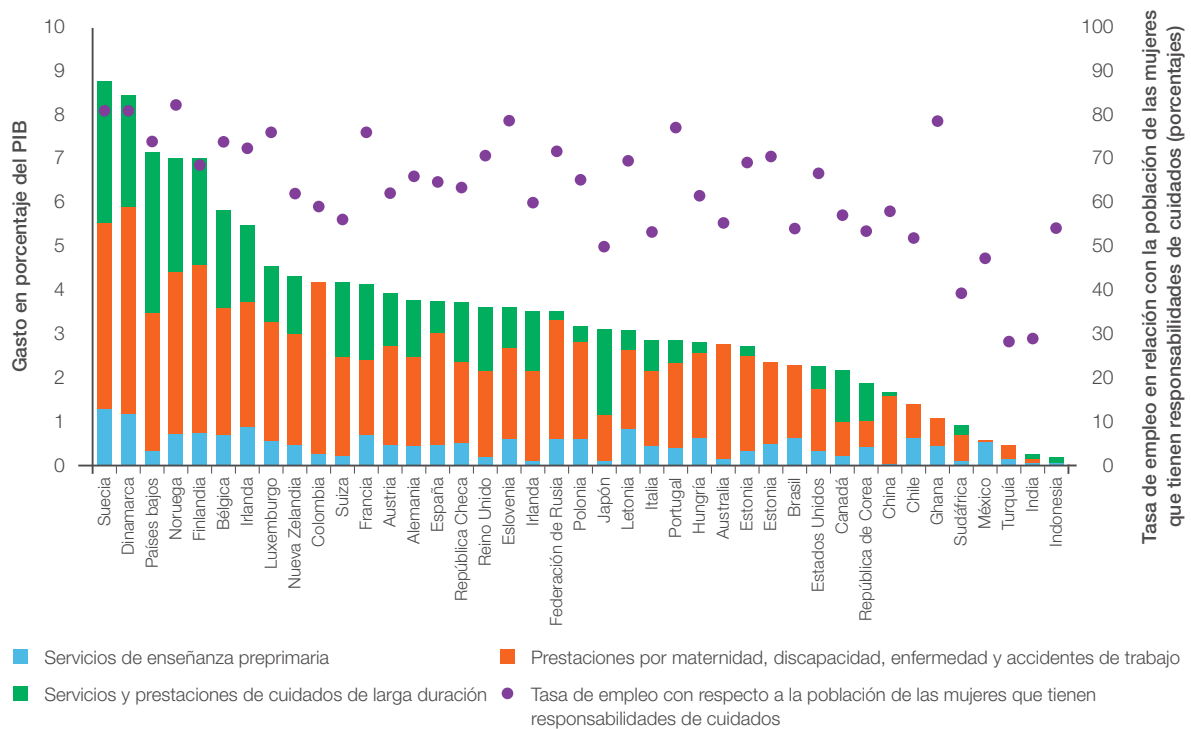
El gráfico 3.6 (eje de la izquierda) muestra el gasto público en porcentaje del PIB en 41 países correspondiente a tres políticas de cuidado seleccionadas para las que hay datos disponibles: enseñanza preprimaria; servicios y prestaciones de cuidados de larga duración; y prestaciones por maternidad, discapacidad, enfermedad y accidentes en el trabajo. La inversión pública oscila entre el 8 por ciento del PIB en Dinamarca y Suecia, y menos del 1 por ciento en Sudáfrica, México, Turquía, la India e Indonesia. Los países tienden a invertir más para contrarrestar las contingencias de cuidados que se le puedan presentar a la población en edad de trabajar en caso de maternidad, enfermedad y accidentes en el trabajo así como discapacidad (en cuyo caso se expande a todas las edades) (2 por ciento del PIB en promedio), y menos para las necesidades de cuidados de los muy pequeños (0,47 por ciento del PIB en promedio en la enseñanza preprimaria) y las personas de edad avanzada (0,98 por ciento del PIB en promedio en gastos en cuidados de larga duración, que afectan principalmente a las personas de edad avanzada).

Las tasas medias de empleo relativas a la población de cuidadoras no remuneradas (en el eje derecho) oscilan entre el 28,4 por ciento en Turquía y el 82,3 por ciento en Noruega, con un promedio de población ponderado del 55,1 por ciento. La cifra sugiere que entre los países que más invierten en políticas de cuidado, la tasa de empleo relativa a la población de estas mujeres se sitúa en torno

al 70 por ciento o más. En contraste, en los países que menos invierten la tasa de empleo relativa a la población varía mucho más y en general es inferior; lo que sugiere que las mujeres que tienen obligaciones de cuidados afrontan obstáculos para acceder al trabajo remunerado y permanecer en él. Se ven obligadas a encontrar otras maneras de afrontar sus obligaciones de cuidados, como la ayuda procedente de una red más amplia de la familia o de la comunidad, a acudir a servicios de cuidado privados o del sector informal, o a compaginar su vida laboral y sus obligaciones de cuidados como mejor puedan (véase el capítulo 2).

A pesar de lo muy justificadas que están las políticas de cuidado transformadoras, sigue habiendo una importante falta de enfoques sensibles al género y basados en los derechos humanos; se está lejos de conseguir la universalidad, y también la suficiencia y la equidad. Como se mostrará más abajo, la función del Estado varía según el tipo de la política de que se trate, pero como quiera que sea sigue faltando la responsabilidad principal en multitud de casos.

Gráfico 3.6. Gasto público en políticas de cuidado seleccionadas como porcentaje del PIB y tasa de empleo con respecto a la población de las mujeres (de 18 a 54 años de edad) con responsabilidades de cuidado, último año disponible



Nota: Entre la inversión en políticas de cuidado y la tasa de empleo en relación con la población de las mujeres con responsabilidades de cuidados hay una correlación de 0,67. La razón empleo-población en las mujeres con responsabilidades de cuidados corresponde a aquellas de entre 18 y 54 años en países de ingresos medios y bajos y al grupo de 25 a 54 años de edad en los países de ingresos altos. Por mujeres que tienen responsabilidades de cuidados se entiende aquellas que viven en el mismo hogar con al menos un hijo menor de 15 años y/o con una persona mayor (cuya edad es igual o superior a la de la esperanza de vida sana del país a los 60 años). En Australia, Canadá, Chile, Indonesia, Japón, la República de Corea y Nueva Zelanda no se define a las mujeres que tienen responsabilidades de cuidados, por tanto, se utiliza la tasa de empleo relativa a la población de todas las mujeres de 25 años en adelante. 41 países. Fuentes: Cálculos de la OIT basados en datos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares; UNESCO, 2018; OIT, 2017m; OCDE, 2017.

3.3. PANORAMA MUNDIAL DE LAS POLÍTICAS DE CUIDADO

3.3.1. Políticas de licencia

Conceptos esenciales

Las políticas de licencia permiten que las cuidadoras y cuidadores no remunerados que tienen un empleo se tomen períodos de baja para cuidar a los miembros de la familia manteniendo sus derechos de protección en el empleo y la seguridad de sus ingresos a través de prestaciones pecuniarias. La *licencia de maternidad* es una parte de la protección de la maternidad que, como se establece en el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), también comprende el derecho a cuidados de salud de la madre y el hijo; la prevención de la exposición a los riesgos que plantea el lugar de trabajo para la salud y la seguridad de las trabajadoras embarazadas y lactantes; la protección contra la discriminación en el empleo y la ocupación; el derecho garantizado a retornar al trabajo tras la licencia de maternidad; y las interrupciones para la lactancia. El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) son otros instrumentos de la OIT cuyo fin es velar por la seguridad de los ingresos en relación con la maternidad. El acceso a otros tipos de licencia familiar para cuidar a los recién nacidos y a los hijos pequeños, así como a los miembros de la familia enfermos o discapacitados, es importante para que un trabajador pueda conciliar la vida laboral y la vida familiar, como se establece en la Recomendación sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, núm.165.

La *licencia de paternidad* suele consistir en un breve período de baja que se toma para cuidar al hijo y a la madre en torno a las fechas del parto. La *licencia parental* tiende a ser un período de baja más largo que se toma para cuidar al hijo más allá de la licencia de maternidad o de paternidad, y habitualmente la puede utilizar uno de los padres o ambos. En la actualidad algunos países ofrecen sistemas de licencia neutros con respecto al género (sin distinción entre maternidad, paternidad y licencia parental) y porciones no transferibles de licencia parental para cada uno de los padres.

Pueden darse otras modalidades de licencia para el cuidado prolongado de los hijos (*licencia para el cuidado de los hijos*) o por necesidades de *cuidados de urgencia o cuidados imprevistos* para los niños u otras personas dependientes. La *licencia de adopción* proporciona a los padres tiempo para cuidar de sus hijos adoptados. Además, la *licencia para miembros de la familia adultos o de edad avanzada con necesidades de salud* permite habitualmente a las personas prestar cuidados a un hijo, al cónyuge o a un miembro de la familia de edad avanzada que se encuentre (gravemente) enfermo o discapacitado.

Protección de la maternidad en los países de ingresos bajos y medios

Universalidad

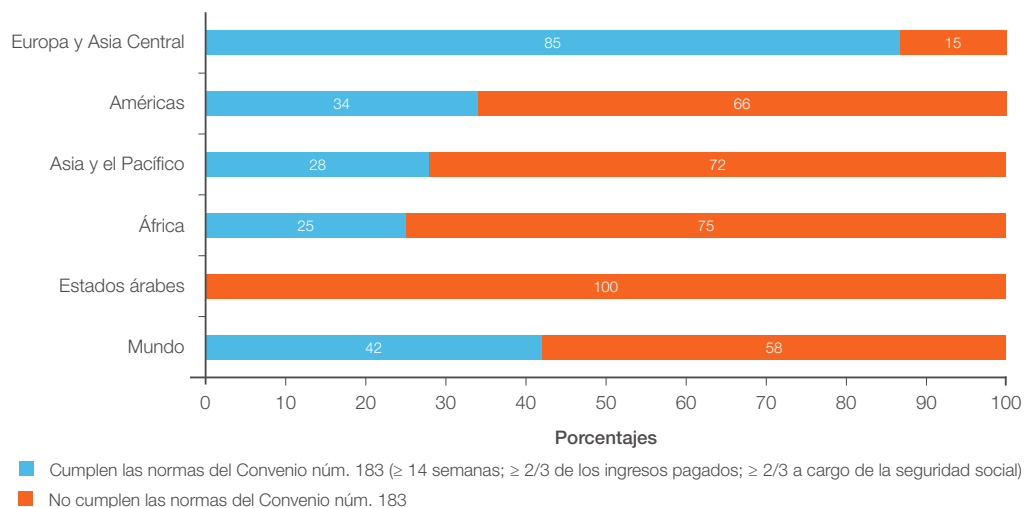
Uno de los primeros Convenios adoptados por los mandantes de la OIT, en 1919, fue el de la protección de la maternidad. Después de casi 100 años, la mayoría de los países del mundo proporciona alguna protección de maternidad a las mujeres empleadas. Sin embargo, la universalidad está lejos de conseguirse. Una gran mayoría de las trabajadoras todavía siguen sin estar protegidas debido a lagunas en la cobertura legal de ciertas categorías de trabajadoras basadas en la situación en el empleo, la ocupación, el sector y la forma del trabajo, o debido a problemas de aplicación, conocimiento de los derechos, capacidad como contribuyente, prácticas discriminatorias o exclusión social.⁵⁹ El trabajo informal es un importante obstáculo para el acceso de las mujeres a la protección de la maternidad; la Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal, 2015 (núm. 204) de la OIT recomienda a los Estados miembros “extender progresivamente, en la legislación y en la práctica, a todos los trabajadores de la economía informal, la seguridad social [y] la protección de la maternidad”.

Los datos sugieren que el acceso universal a la protección de la maternidad dista mucho de ser una realidad. En 2015, en 172 países, cerca del 60 por ciento de las trabajadoras de todo el mundo (casi 750 millones de mujeres) carecían de un derecho reconocido legalmente a licencia de maternidad, y el 65,9 por ciento estaba excluido de la cobertura obligatoria legal como reemplazo de sus ingresos durante la licencia de maternidad.⁶⁰ Cuando se tienen en cuenta la aportación de prestaciones de carácter no contributivo (además de las contributivas), la cobertura efectiva de las madres de recién nacidos era solamente del 41,1 por ciento en 2015 (estimación de la OIT del indicador 1.3.1 de los ODS).⁶¹ Entre las regiones existen grandes variaciones; la cobertura efectiva es de más del 80 por ciento en Europa y Asia Central, mientras que se estima que solo un 16 por ciento de las mujeres que dan a luz en África reciben una prestación.

Responsabilidad del Estado

La responsabilidad general del Estado es crucial para garantizar los derechos e impedir las prácticas discriminatorias contra las mujeres en el mercado de trabajo, y con todo no suele estar garantizada.⁶² Esto es evidente cuando se evalúa la proporción de países cuya legislación sobre la maternidad cumple los tres requisitos principales establecidos en el Convenio núm. 183: i) la licencia debería ser de al menos 14 semanas; ii) las prestaciones pecuniarias no deberán ser inferiores a dos tercios de las ganancias anteriores; iii) las prestaciones por maternidad deberán financiarse preferiblemente mediante un seguro social obligatorio o con cargo a fondos públicos (al menos dos tercios de financiación estatal y no más de un tercio de financiación a cargo del empleador).

Gráfico 3.7. Porcentaje de países que cumplen las normas de la OIT sobre la duración de la licencia de maternidad, el pago de prestaciones pecuniarias y la fuente de estas, por región, 2016



Nota: 184 países.

Fuente: OIT, basado en datos legales de la OIT, 2016.

En 2016, el 42 por ciento de los países (77 países de entre los 184 de los que se dispone de datos) contaban con leyes que cumplieran el Convenio núm. 183 (véase el gráfico 3.7). Esta proporción es mayor que en 2013, año en el que el 34 por ciento de los países (57 países de los 167 de los que se dispone de datos) llegaban a cumplir los tres requisitos o los superaban.⁶³ Las tasas más elevadas de conformidad se encuentran en Europa y Asia Central, donde el 85 por ciento de los países evaluados cumplen las normas. Entre los países africanos, solo el 25 por ciento (13 países) lo hacen, incluido Egipto, que en 2015 aumentó la licencia de maternidad remunerada de 13 a 17 semanas. En Asia y

el Pacífico, el 28 por ciento (9 países) satisfacen los requisitos y el 34 por ciento (12 países) lo hacen en las Américas. Ninguno de los Estados Árabes cumple las normas de protección de la maternidad del Convenio núm. 183.

Entre los países que reformaron sus regímenes de licencias entre 2013 y 2017 y que en la actualidad satisfacen las normas figuran: El Salvador (de 12 a 16 semanas); la India (de 12 a 26 semanas); la República Democrática Popular Lao (de 13 a 15 semanas); Paraguay (de 12 a 18 semanas); Perú (de 13 a 14 semanas); y Uruguay (de 12 a 14 semanas).

Sensibilidad a las cuestiones de género: maternidad, paternidad y licencia parental

El principio de la sensibilidad a las cuestiones de género tiene especial pertinencia para asegurar que las políticas de licencia permitan tanto a las mujeres como a los hombres involucrarse en el cuidado de los hijos y de otros miembros de la familia y que, en general, el trabajo de cuidados no remunerado se redistribuya más igualitariamente entre ellos. Es necesario aplicar los principios de universalidad y de función principal del Estado para que en los sistemas de licencias haya una sensibilidad a las cuestiones de género que los haga equitativos y sostenibles.

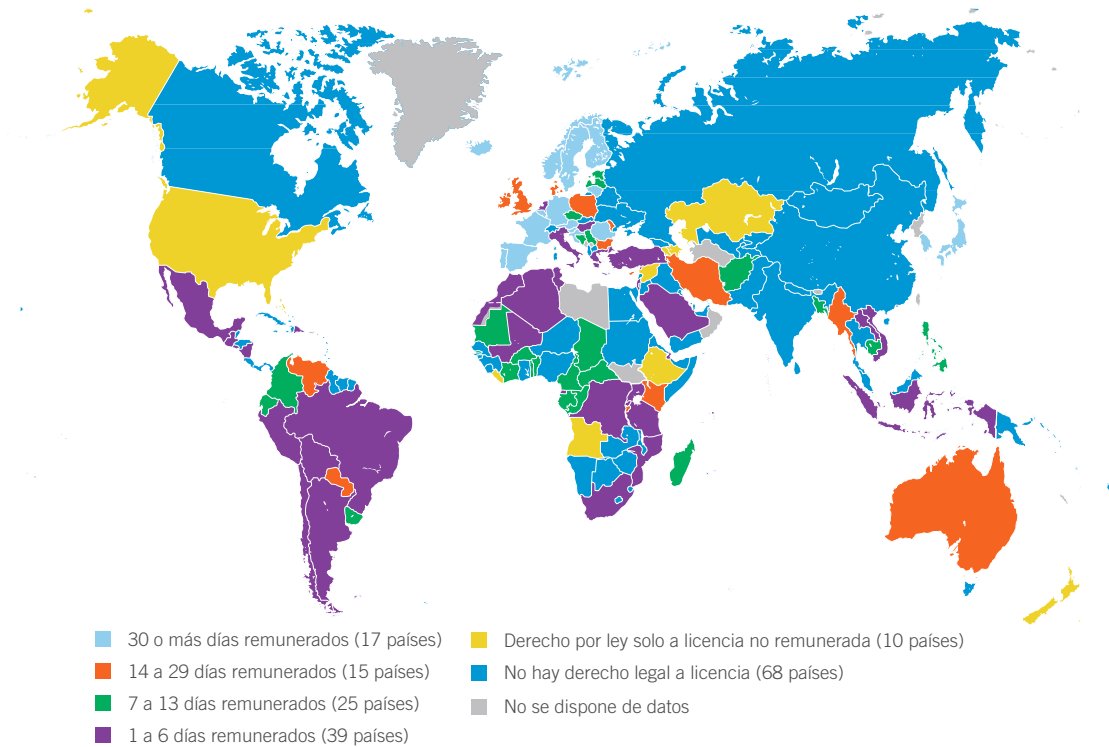
Con la excepción del tiempo que hace falta para recuperarse del parto y para la lactancia exclusiva, buena parte del trabajo de cuidados que necesita un bebé no está directamente vinculado con la función biológica de la mujer y se puede repartir entre ambos padres. De las investigaciones se desprende que el sano desarrollo físico y psicológico de los niños pequeños no está relacionado con el sexo de quien presta los cuidados, sino que depende de la calidad de esa prestación y de la interacción entre el niño y la cuidadora o el cuidador.⁶⁴ Reconocer el derecho y la responsabilidad de los hombres a participar en el trabajo de cuidados no remunerado puede contribuir a quebrar las actitudes sociales tradicionales, con el resultado de una mayor igualdad de género.

La formulación de las políticas de licencia tiene el enorme potencial de promover que el hombre se tome las bajas y de reducir la brecha de género en el trabajo de cuidados no remunerado (véase el capítulo 2).⁶⁵ Tener derecho a una licencia de duración suficiente (al menos dos semanas o más) en forma de licencia de paternidad o de cuotas no transferibles de licencia parental que se compensen con un alto porcentaje de las ganancias anteriores puede hacer que los padres utilicen efectivamente el derecho que les asiste a tomar la licencia y que incrementen su participación en el cuidado de los hijos.⁶⁶ A pesar de estas prestaciones reconocidas, en 2016 solo un poco más de la mitad de los países en el mundo (96 de 174 países de los que se dispone de datos) concedieron a los padres legalmente el derecho a tomar licencias que se remuneraban según un porcentaje de sus ingresos o con prestaciones de tarifa plana. Aunque esta proporción está aumentando lentamente, muchos padres siguen desprovistos de ese reconocimiento legal, y en muchos países la duración de la licencia sigue siendo relativamente corta.

Alrededor del 36 por ciento de los países (64 países de 174) conceden licencia de menos de 2 semanas; el 14 por ciento (25 países), de 7 a 13 días; y el 22 por ciento (39 países), de 1 a 6 días. Entre los países que ofrecen licencias de dos semanas o más, el 9 por ciento (15 países) tienen licencias que oscilan entre 14 y 29 días y el 10 por ciento (17 países), licencias de un mes o más. La licencia más larga para los padres se concede sobre todo en países de Europa Septentrional, Occidental y Meridional (véase el gráfico 3.8).

Alrededor del 39 por ciento de los países (68 países) no reconocen en absoluto a los padres ningún derecho legal a licencia de baja. Entre estos 68 países, 20 están en África, 17 en las Américas, 14 en Asia y el Pacífico, 10 en Europa y Asia Central y 7 en los Estados Árabes. En 10 países los padres tienen derecho por ley a licencia no remunerada. Así sucede, por ejemplo, en los Estados Unidos, donde, en virtud de la Ley federal sobre licencia familiar y médica, se otorga a los hombres (y a las mujeres) hasta 12 semanas de baja remunerada por una diversidad de motivos, entre ellos el nacimiento de un hijo o los cuidados de un hijo recién nacido hasta los 12 meses.⁶⁷

Gráfico 3.8. Países en cuya legislación se ofrece a los padres el derecho a licencia remunerada o no remunerada por el nacimiento de un hijo, por duración (en días), 2016



Nota: Este mapa abarca las disposiciones de la legislación nacional o federal sobre licencias reservadas a los padres en relación con el nacimiento de un hijo o la baja que puede utilizarse exclusivamente por los padres como licencia de paternidad o parental. También comprende la baja que se puede compartir y que es efectivamente “reservada” porque debe ser utilizada por la pareja del principal usuario de la licencia (con frecuencia el padre) a fin de que la familia pueda optar a semanas de bonificación. El mapa no incluye las disposiciones sobre licencia parental a las que puedan acogerse el padre o la madre ni las partes de los derechos a licencia de maternidad que la madre pueda transferir al padre. Incluye determinadas disposiciones sobre licencias además de la licencia anual a las que pueden acogerse los padres en el momento del nacimiento, pero que no entran estrictamente en la categoría de “licencia de paternidad”. 174 países.

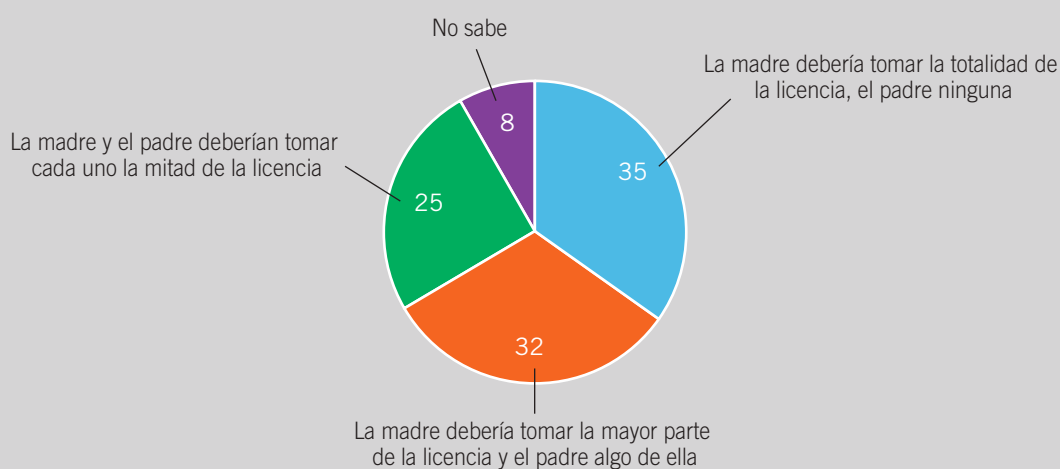
Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos legales.

Sin embargo, cada vez más se reconoce que los hombres tienen tanto el deseo como la obligación de estar más involucrados en la primera y crítica etapa de la vida del hijo (véase el recuadro 3.2). Entre las recientes reformas, Bahrein puso en práctica un día de baja remunerada para los padres, Hong Kong (China) y Guinea Ecuatorial tres días, Turquía cinco días y Afganistán diez días, todos ellos a cargo del empleador en su totalidad. En 2016, Singapur aumentó su licencia de paternidad de 7 a 14 días, a cargo de la seguridad social. En 2017, la República Checa adoptó una licencia de una semana remunerada e Irlanda y Chipre, dos semanas. En España, además de los 2 días de “permiso por nacimiento”, en 2017 entró en vigor un aumento de la licencia de paternidad de 2 a 4 semanas.

Recuadro 3.2. En general, la opinión pública es favorable a que los hombres tomen la licencia

El International Social Survey Programme (ISSP) de 2012 nos permite adentrarnos en las preferencias de las personas en relación con los derechos de los padres a las licencias y la manera en que deberían acogerse a ellos. Se dispone de datos de 41 países de ingresos altos y medios de todas las regiones del mundo excepto los Estados Árabes⁶⁸, en representación del 62 por ciento de la población mundial. En la encuesta se preguntó a los participantes de 15 años en adelante por sus opiniones sobre las licencias para los padres y madres que trabajan: si tendría que haber licencia remunerada y, en su caso, cuánto debería durar en total (incluyendo la licencia de maternidad, de paternidad y parental). Los datos indican que el 85 por ciento de los encuestados (83 por ciento de hombres y 86 por ciento de mujeres) eran favorables a la licencia remunerada. La duración media preferida de la licencia era de poco más de 1 año (12,3 meses), y los hombres y las mujeres estuvieron más o menos de acuerdo sobre esta duración. En promedio, las mujeres consideraron que ambos padres deberían tener derecho a una baja de 12,8 meses, mientras que los hombres consideraron que la baja debería ser de 11,7 meses.

En la encuesta también se preguntó a los participantes por sus opiniones respecto de la manera ideal en que ambos padres deberían compartir esta baja remunerada (si los dos deberían poder optar a ella y en una situación laboral similar). Los resultados sugieren que la mayoría de los encuestados (57 por ciento en total), lo mismo hombres que mujeres, consideran que ellos, los padres, deberían tomar al menos alguna baja (si no la mitad de ella) y por tanto involucrarse en las actividades del cuidado de los hijos (gráfico 3.9).

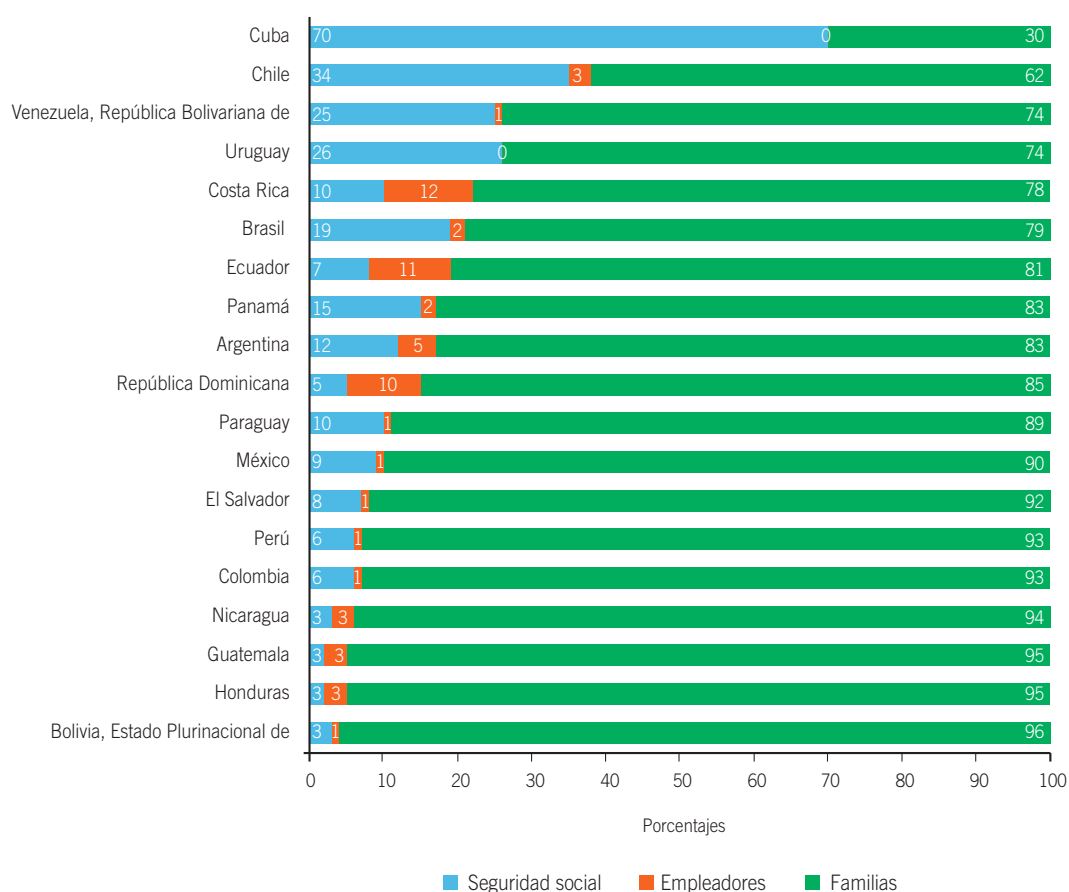
Gráfico 3.9. División entre los sexos de las preferencias en materia de licencia, 2011-2014 (porcentajes)

Nota: Grupo de edad: 15 y más años (41 países, véase nota final 68 para la lista completa de países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos de la encuesta de 2012 del ISSP (Family and Changing Gender Roles IV module), ISSP Research Group, 2016.

El análisis por región muestra alguna variación con respecto a las actitudes predominantes. Los cuidados maternos son los preferidos por más del 60 por ciento de los encuestados de media en los países de Europa Oriental y en Sudáfrica, y por alrededor del 50 por ciento en Israel, Turquía y en un conjunto de países de América Latina (la Argentina, Chile, México y la República Bolivariana de Venezuela). Las preferencias por que ambos sexos se acojan por igual a las políticas de licencia se observan sobre todo en Europa Septentrional, Meridional y Occidental, en dos países del Asia Sudoriental y del Pacífico (Australia y Filipinas) y en América del Norte, donde alrededor del 30 por ciento prefieren que ambos padres compartan por igual la licencia. Esto sugiere que existe una relación entre las preferencias y las actuales políticas de licencia. Las regiones en las que se prefiere la exclusividad de los cuidados maternos son aquellas en las que los regímenes de licencia son los menos sensibles al género y en los que apenas se reservan períodos de baja para los padres.⁶⁹ De modo que el contexto institucional y de políticas configura las actitudes de las personas hacia las políticas y la manera en que deberían utilizarse.⁷⁰

Gráfico 3.10. Proporción de tiempo durante el primer año de vida del niño en que los costos relacionados con la paternidad corren a cargo del Estado (seguridad social), los empleadores y las familias, último año disponible



Nota: 19 países.

Fuente: Salvador et al., de próxima aparición; basado en datos de ILOSTAT, BID y CEDLAS.

Un reciente estudio de la OIT llevado a cabo en 19 países de América Latina nos ofrece un panorama de cómo los costos relacionados con la paternidad se reparten entre las familias, los empleadores y el Estado (seguridad social) durante el primer año de vida del hijo.⁷¹ El estudio analiza el porcentaje del tiempo durante los 12 meses que siguen al nacimiento de un hijo en el que las familias están cubiertas por un derecho de licencia remunerada relacionada con el nacimiento del hijo, incluidas las licencias de maternidad, paternidad y parental, así como las reducciones remuneradas del tiempo de trabajo para la lactancia (véase el gráfico 3.10). Los resultados indican que, incluso cuando se tienen en cuenta todas las políticas nacionales en materia de licencia legal remunerada, las familias (principalmente las mujeres) siguen soportando la mayor parte de los costos del trabajo no remunerado de cuidados infantiles, mientras que solo se cuenta con prestaciones de licencia a cargo de la seguridad social durante una pequeña porción de tiempo. En esta comparación destaca Cuba, puesto que además de las 18 semanas de licencia de maternidad completamente remunerada, se concede a los padres 39 semanas de licencia parental remuneradas al 60 por ciento de sus ingresos anteriores que corren a cargo de la seguridad social. En todos los demás países, las familias soportan más del 60 por ciento de los costos relacionados con el nacimiento del hijo durante el primer año. En Costa Rica, Ecuador y República Dominicana los empleadores cubren directamente al menos 10 semanas de los costos relacionados con la paternidad, lo que potencialmente supone una fuente de discriminación contra las mujeres. Los datos dejan ver los enormes déficits de disposiciones en materia de licencia que tienen muchos países con respecto

a la función del Estado como principal financiador. Los costos para las familias aumentan aún más si también se tienen en cuenta las lagunas en los servicios disponibles de atención de la infancia en los primeros años de la vida del niño. Esas lagunas son el resultado del importante vacío de cobertura que se da entre el final de la licencia remunerada, donde en la práctica se tiene acceso a esta medida, y el comienzo de la enseñanza libre y obligatoria (sobre este tema, véase también el recuadro 3.5).

Derechos a licencia para atender a parientes enfermos o discapacitados

En los sistemas de licencia para prestar cuidados a niños, adultos y ancianos de la familia enfermos o discapacitados existen importantes lagunas. Los déficits afectan tanto a la accesibilidad universal a la licencia (en muchos casos los países carecen de legislación) como a la función principal del Estado de financiar el sistema (allí donde hay licencia, su remuneración suele ser inexistente o escasa). Los datos recogidos en 2014 por el World Policy Analysis Center indican que de los 186 países de los que había datos, 89 (el 48 por ciento) concedían licencia para prestar cuidados de salud a familiares adultos, mientras que 97 (el 52 por ciento de la muestra total) no lo hacían.⁷² Allí donde se concede la licencia, es más frecuente remunerarla (66 países) que no (23 países). Hay, sin embargo, importantes diferencias regionales en todo el mundo. Europa y Asia Central tienen la mayor proporción de países, 45 de 54 (el 83 por ciento de este subconjunto de la muestra), que concede esta licencia, seguida por África, donde casi la mitad de los países (25 de 53) conceden licencia remunerada (18) o no remunerada (7). Las regiones donde son menos frecuentes las licencias para cuidar de familiares adultos son los Estados Árabes, Asia y el Pacífico y las Américas.

En conjunto, la licencia para cuidar de los familiares de edad avanzada está todavía menos extendida. De los 189 países sobre los cuales existen datos, solo 54 (que representan el 29 por ciento de la muestra) conceden licencia remunerada (38) o no remunerada (16) a los trabajadores para atender las necesidades de cuidados de salud de sus padres ancianos. Aquí volvemos a encontrar una importante brecha entre Europa y Asia Central y el resto del mundo. En Europa y Asia Central, el 45 por ciento de los países (25 de 55) conceden licencia remunerada para prestar cuidados de salud a los padres ancianos, y el 25 por ciento (14) conceden licencia no remunerada. En las demás regiones, el 80 por ciento o más de los países carece de licencia remunerada para cuidar a las personas de edad avanzada y en los Estados Árabes no existe tal licencia, remunerada o no. En Asia y el Pacífico, seis países de 36 (el 17 por ciento) conceden licencia remunerada: Australia, Bhután, Camboya, el Japón, las Maldivas y Nueva Zelandia. En África, solo lo hacen Angola, Namibia y las Seychelles (tres países de 54, o el 6 por ciento). En las Américas, dos países de 33 (el 6 por ciento) conceden licencia no remunerada (Bahamas y los Estados Unidos) y cuatro conceden licencia remunerada: el Canadá, El Salvador, Nicaragua y el Perú (12 por ciento).

Incluso en Europa y Asia Central, donde más extendida está la licencia para cuidar de familiares adultos y ancianos, existen amplias diferencias entre los países con respecto a la duración y a la compensación económica de la licencia.⁷³ Varios países establecen una distinción entre licencia de corta duración y licencia de larga duración para prestar cuidados. Los datos correspondientes a Europa y América del Norte indican que, en 2009, la licencia de corta duración para prestar cuidados osciló entre cinco días remunerados en Austria e Irlanda y 36 días en Italia. Mientras que en muchos países se remunera la licencia, otros conceden una licencia legal no remunerada (por ejemplo, Chipre, Alemania y el Reino Unido) o únicamente regulan su concesión a través de convenios colectivos (por ejemplo, el Canadá, Dinamarca, Finlandia, Islandia y Suiza) o acuerdos individuales (por ejemplo, Letonia y la Federación de Rusia).

La licencia de larga duración para prestar cuidados se utiliza habitualmente para hacer frente a necesidades de cuidados y de ayuda durante un período de tiempo más prolongado: entre unas cuantas semanas y tres años. La normativa más generosa la encontramos en Italia, donde las cuidadoras y cuidadores pueden recibir la reposición de todos sus ingresos (pero con un límite) durante un período de 24 meses como máximo para casos de familiares con grave necesidad de ayuda. No obstante, la licencia también puede ser no remunerada, como sucede en los Países Bajos, remunerada a tasas de reposición más bajas (por ejemplo, el 70 por ciento de la prestación por desempleo en Finlandia) o en forma de

una suma global, como en Bélgica, donde los trabajadores reciben unos 740 euros al mes si se toman una “licencia para cuidados paliativos” (de hasta 12 meses) o “licencia de asistencia médica” (de entre uno y tres meses).⁷⁴

En una comparación entre seis países (Austria, el Canadá, Francia, Alemania, los Países Bajos e Italia) se concluyó que las mujeres representaban al menos el 60 por ciento de los beneficiarios de las licencias, debido a la persistencia de los tradicionales roles de género y a la resultante brecha de remuneración, que tiene como consecuencia habitual que los ingresos familiares se reduzcan más si los hombres se toman la licencia de cuidados.⁷⁵ Otros obstáculos para que los hombres (y las mujeres) tomen esas licencias radican en factores societarios o psicológicos. Así, con frecuencia los hombres no se atreven a pedir la licencia por miedo al estigma que supone en el lugar de trabajo o a que sus carreras se vean perjudicadas de otras formas. Muchos países procuran que los trabajadores con responsabilidades de cuidados mantengan su vinculación con el mercado de trabajo. Esto supone un desafío incluso en países en los que está firmemente arraigada la licencia para cuidar de familiares enfermos o mayores, como el Japón. El número de trabajadores que abandonan su empleo en el Japón es particularmente elevado entre quienes tienen responsabilidades de cuidados. En 2012, solo un 3,2 por ciento se tomó los tres meses de licencia remunerada que permite el sistema de licencia para cuidados en la familia.⁷⁶ Posteriormente, a partir de 2017, se reformuló en parte este sistema de licencia: las tasas de las prestaciones aumentaron del 40 al 67 por ciento de los ingresos anteriores; los trabajadores pueden ya segmentar los tres meses de licencia, se pueden tomar la licencia en unidades de media jornada, y se les puede eximir de hacer horas extraordinarias.⁷⁷

3.3.2. Servicios de cuidados

Conceptos esenciales relacionados con los servicios de AEPI

Los servicios de *atención y educación de la primera infancia* (AEPI) son servicios y programas que contribuyen a la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje de los niños, incluidas la salud, la nutrición y la higiene, así como al desarrollo cognitivo, social, afectivo y físico, desde el nacimiento hasta el ingreso en la enseñanza primaria.⁷⁸ Los programas de AEPI introducen a los niños pequeños en la instrucción organizada fuera del contexto familiar; tienen un componente educativo intencional y el objetivo de preparar a los niños para su ingreso en la enseñanza primaria.⁷⁹ La meta 4.2 del Objetivo 4 para el Desarrollo Sostenible es la siguiente: “De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria.”

De conformidad con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE)⁸⁰ de la UNESCO, hay dos categorías de programas: los programas de *desarrollo educativo de la primera infancia* (DEPI) están concebidos para niñas y niños de 0 a 2 años (CINE 01) y los programas de *educación preprimaria*, para niñas y niños desde los 3 años hasta el comienzo de la educación primaria (CINE 02). A fin de ser reconocidos dentro de la CINE, los programas de AEPI deben satisfacer un conjunto de criterios, por ejemplo, tener las debidas propiedades educativas o pedagógicas intencionales, ser ejecutados por personal calificado, tener lugar en entornos institucionalizados y alcanzar el número mínimo fijado de horas de apertura diarias y anuales. En muchos países existen más modalidades de AEPI, pero aún no se las ha homologado con estos criterios y por tanto no han sido incluidas en los datos de la UNESCO relativos a matrículas, lo cual limita la fiabilidad de estos indicadores. Solo en el caso de los países de ingresos altos es posible dar cuenta también de las matrículas en otros entornos de AEPI registrados.⁸¹

Los servicios de que disponen los padres pueden ser o bien *programas formales de AEPI ejecutados en centros institucionales o programas autorizados de AEPI ejecutados en los hogares*. Actualmente, los servicios de AEPI en los hogares tienen lugar en el hogar del que los presta y predominan sobre todo entre los niños menores de 3 años.⁸² Los requisitos mínimos establecidos para los servicios autorizados de AEPI en los hogares varían ampliamente según los países, desde reconocimientos médicos y pruebas de seguridad (iniciales o anuales) hasta el registro con requisitos en materia de normas

relativas al personal y las materias impartidas, inspección pedagógica anual, requisitos de formación en el servicio y supervisión pedagógica llevada a cabo periódicamente por un organismo supervisor acreditado. Los proveedores registrados de AEPI en el hogar son reclutados, apoyados y, en algunos casos, empleados, por una autoridad pública o una organización privada y financiada con fondos públicos. En algunos países, como Francia, los proveedores de AEPI en el hogar son empleados directamente por los padres (“assistant(e)s maternel(le)s”).

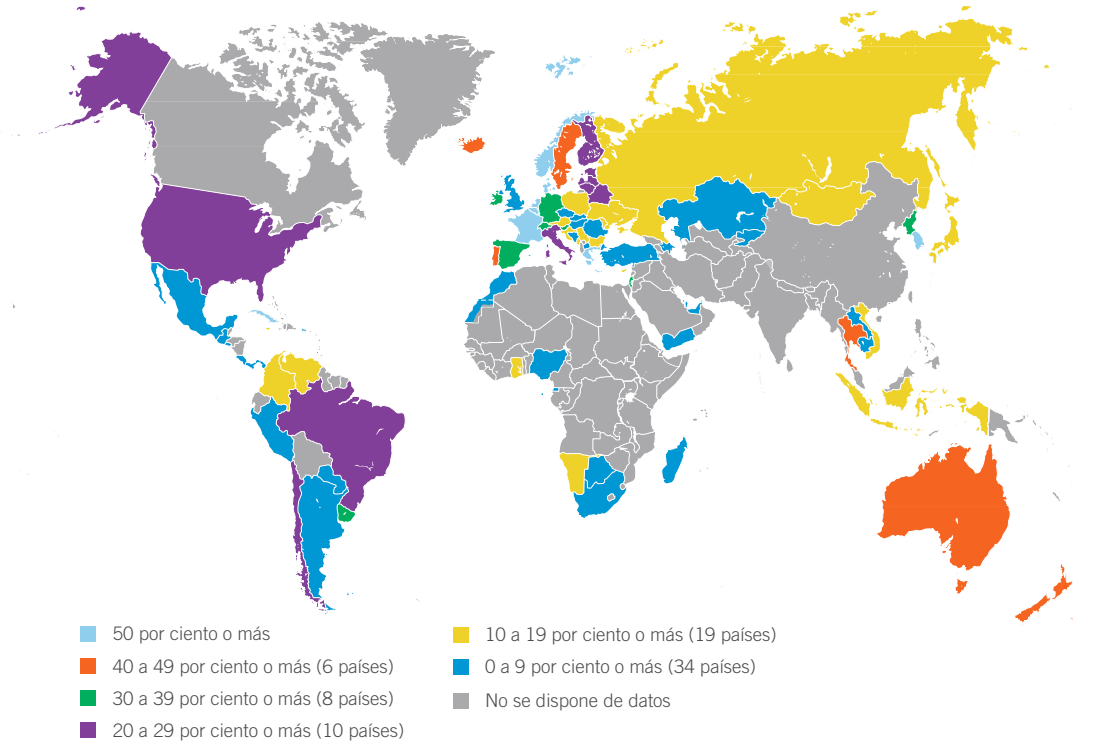
Los *centros de acogida de AEPI autorizados o formalizados* suelen admitir a niñas y niños de toda la horquilla de edad de la AEPI y con frecuencia sirven de complemento a otras formas de atención infantil, en ocasiones fuera de los horarios de apertura de otros entornos de AEPI prestada en centros como guarderías.⁸³

Servicios de AEPI en todo el mundo

Universalidad

Normalmente la cobertura de los servicios de AEPI se evalúa utilizando tasas de matrícula de niños y niñas en los programas de AEPI.⁸⁴ De los datos se deduce que el principio de universalidad dista mucho de haberse alcanzado en la mayoría de las partes del mundo, aunque hay grandes diferencias entre las regiones y los países (véase también el capítulo 4).⁸⁵ Las estimaciones de la OIT basadas en datos de la UNESCO sobre matrícula de niños indican que las tasas brutas de matrícula correspondientes a las niñas y niños más pequeños (menores de 3 años) en programas de DEPI oscilaron entre poco más de cero y 85 por ciento (datos disponibles para 87 países, véase el gráfico 3.11). Las tasas brutas de matrícula corresponden al número de alumnos matriculados en determinado nivel de educación, con independencia de la edad, expresado como porcentaje de la población oficial en edad escolar correspondiente al mismo nivel de educación. La tasa bruta media de matrícula fue del 18,3 por ciento en 2015 (o los últimos datos disponibles desde 2010).⁸⁶ La mayoría de los países (53 países) registraron tasas brutas de matrícula de menos del 20 por ciento. 24 países registraron tasas de entre el 20 y el 49 por ciento y solo 10 países registraron tasas de matrícula del 50 por ciento o más. Estos fueron Bélgica, Cuba, Dinamarca, Francia, Grecia, la República de Corea, Luxemburgo, Malta, los Países Bajos y Noruega.

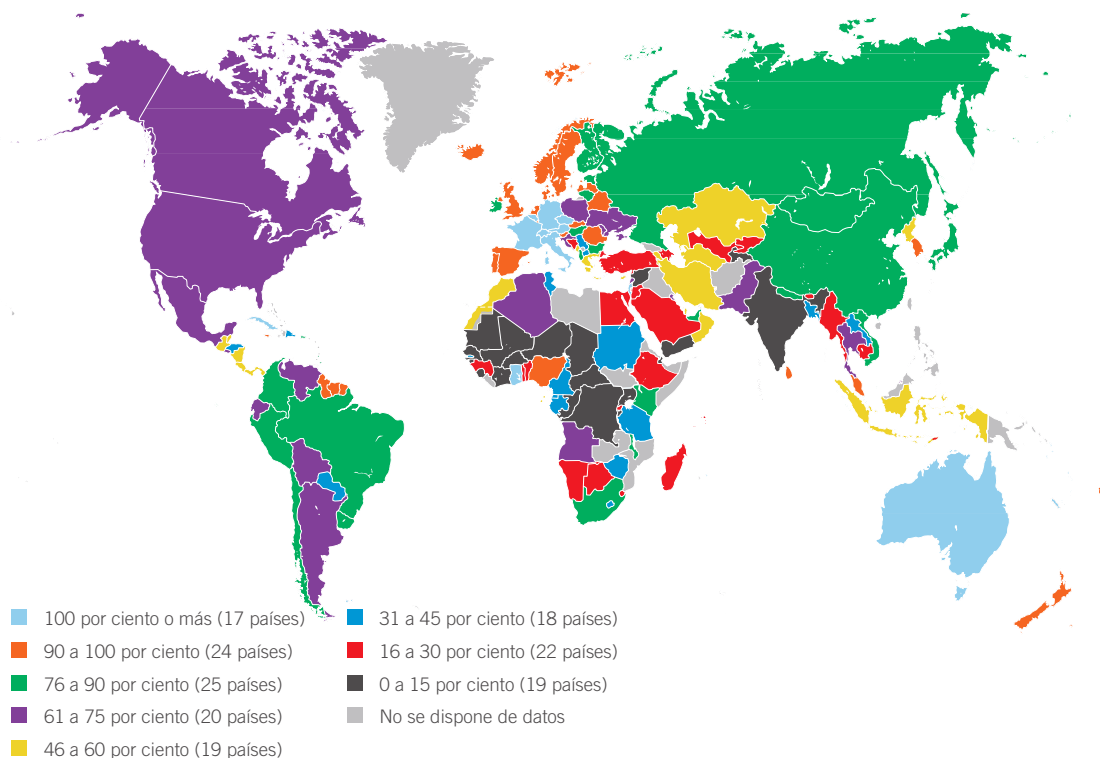
La asistencia a la escuela preprimaria es notablemente superior: en promedio, la tasa bruta de matrícula es del 57,0 por ciento (sobre la base de datos de 2015 o del último año disponible desde 2010; se dispone de datos correspondientes a 164 países). Según la UNESCO, la matrícula en la educación preprimaria aumentó en un 64 por ciento de 1999 a 2012, hasta alcanzar cerca de 184 millones de niños en todo el mundo.⁸⁷ No obstante, siguen faltando muchísimos niños y muchos países aún están lejos de asegurar el acceso de los niños a la AEPI, como se establece en la meta 4.2 de los ODS (véase el gráfico 3.12). Solo el 25 por ciento de los países (41 de 164) consiguió la cobertura universal en 2015.⁸⁸ En los países de ingresos bajos, la tasa bruta de matrícula en la escuela preprimaria fue de solo el 23 por ciento, y en los países de ingresos medios, del 56 por ciento. En los países de ingresos altos las tasas de cobertura fueron notablemente superiores, con un promedio del 87 por ciento. Los países con mejores resultados fueron principalmente los de ingresos altos, pero entre las excepciones figura, por ejemplo, Ghana, donde a este nivel se han suprimido las tasas escolares y se ha fomentado, mediante campañas de sensibilización, la existencia y los beneficios de los programas de educación preprimaria adaptados a los niños.⁸⁹ Lo que sugiere que, más allá de las preferencias de los padres por determinadas soluciones a la atención infantil, las políticas de educación y la disponibilidad y el costo de los servicios son factores fundamentales para explicar las tasas de matrícula (véase el recuadro 3.4 en cuanto a las preferencias).

Gráfico 3.11. Tasas brutas de matrícula en programas de DEPI, 2015

Nota: 87 países.

Fuentes: Cálculos de la OIT basados en UNESCO, 2018, y Naciones Unidas, 2017c.

Según la UNESCO, la educación preprimaria gratuita y obligatoria de al menos un año existe solo en 38 de 207 países de los que se dispone de datos.⁹⁰ Allí donde existe el derecho a servicios de AEPI, tal derecho comienza cuando la niña o el niño cumple los 3 años y a menudo suele consistir solo en matrícula a tiempo parcial. No obstante, con el fin de ayudar a que las madres no dejen de participar en el mercado de trabajo, es de importancia capital que se ofrezca la matrícula a tiempo total y que se reduzca el período que media entre el final de las licencias remuneradas y el comienzo de la edad legal para comenzar a usar los servicios de AEPI (véase el recuadro 3.3).

Gráfico 3.12. Tasas brutas de matrícula para programas de preprimaria, 2015


Nota: La tasa bruta de matrícula puede superar el 100 por ciento debido a la inclusión de alumnos que han ingresado prematura o tardíamente a la escuela y a los repetidores.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en UNESCO, 2018.

Otra importante dimensión de la calidad de los servicios de AEPI es su grado de inclusividad y si el acceso a ellos es universal para todos los niños, incluidos los que tienen discapacidades. Los cálculos en todo el mundo sugieren que hay 93 millones de niños menores de 15 años con una discapacidad moderada o grave, cuya mayoría (80 por ciento) vive en países en desarrollo⁹¹ y en familias pobres.⁹² En los servicios de AEPI falta la formación pertinente para los docentes y también tecnología de asistencia para el desarrollo de los niños y ayuda para acceder a estos servicios, especialmente en los países en desarrollo.⁹³ Con todo, la primera infancia es un período crucial para identificar los problemas de desarrollo y las discapacidades para tener acceso a intervenciones que puedan ayudar a los niños a conseguir todo su potencial.⁹⁴ Si a los niños y a sus familias no se les ofrece pronto intervenciones, apoyo y protección, sus dificultades se pueden agravar, lo que frecuentemente tendrá consecuencias de por vida y más pobreza y exclusión. Algunos países de ingresos altos están aplicando políticas de educación inclusivas para todos los niños, por ejemplo, Finlandia, que aplica un enfoque integrado. Italia y el Reino Unido constituyen otros dos ejemplos en los que se contrata a asistentes y a personal docente de apoyo para mejorar la experiencia de aprendizaje de los niños que tienen necesidades especiales en las clases del sistema general.⁹⁵ Varios países de ingresos medios también están aplicando programas en el marco de las instituciones de enseñanza general; entre ellos figuran la India y Viet Nam, así como países del África Subsahariana como Etiopía, Malawi, Rwanda y la República Unida de Tanzania.⁹⁶

Recuadro 3.3. Sintonizar las licencias y los servicios de AEPI: Ejemplos de los países nórdicos

La International Network on Leave Policies and Research examinó el estado en que se encuentran las políticas de licencia y los derechos a usar los servicios de AEPI en 2017 en 42 países, principalmente de ingresos altos. De los resultados se desprende que 25 países garantizan el acceso efectivo a esos servicios, pero que en la gran mayoría de ellos (18 países) el acceso no comienza más que a los 3 años de edad. El hueco que media entre el final de la licencia bien remunerada reconocida por la ley y el comienzo para poder acceder a servicios de AEPI oscila entre 1 y 5 años.

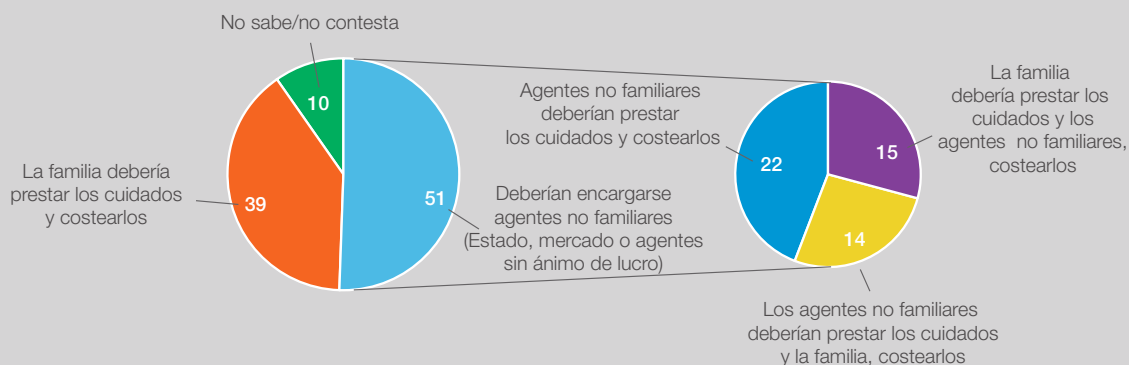
De hecho, únicamente 6 países (principalmente nórdicos) velan porque no exista ese hueco, que las políticas estén sintonizadas y que los servicios de AEPI sean efectivamente accesibles. En Dinamarca, la licencia bien remunerada dura hasta casi el primer año de vida del niño y los servicios de AEPI ya comienzan a disfrutarse cuando el niño tiene 6 meses. En Noruega y Suecia existe un solapamiento de un mes entre el final de la licencia bien remunerada (13 meses) y el derecho del niño a acceder a la AEPI (12 meses). De manera similar, en Finlandia y Eslovenia el acceso a la AEPI comienza desde el final de la licencia parental, que termina más o menos al año. En Malta se puede acceder a los servicios de AEPI a los 3 meses de edad, cuando finaliza la licencia bien remunerada. No obstante, tal acceso se reserva a los niños cuyos padres trabajan o estudian a tiempo completo.

El desarrollo de políticas coherentes y bien articuladas en esos países se impulsó con la adopción de sistemas integrados de AEPI, esto es, la integración de servicios de AEPI para niños menores y mayores de tres años, bajo la responsabilidad de un ministerio. Cuando los servicios de AEPI para los niños más pequeños de menos de tres años recibieron más atención, se vio mejor la necesidad de sintonizar estos servicios con las políticas de licencia. Esto se hizo posible rebajando la edad para tener derecho a los servicios de AEPI de modo que coincidiera con el final del período de la licencia. Tomando el caso de Suecia como ejemplo de estudio, Moss (2012) concluye que el enfoque para integrar los servicios de AEPI y las políticas de licencia en este país se hizo posible gracias a una convergencia de factores, entre ellos la importancia de los valores de universalidad e igualdad que imperaron en el sistema de bienestar de la socialdemocracia sueca y que justificaron el gasto en este campo; el compromiso con la igualdad de género así como con los derechos de los niños en ambas esferas de la política; y la continuidad del gobierno durante períodos prolongados, lo que garantizó el mantenimiento de la relación entre las políticas de licencia y de AEPI.

Fuentes: Blum, Koslowski y Moss, 2017; Moss, 2012.

Recuadro 3.4. Las preferencias relativas a los cuidados infantiles varían entre las regiones y entre los grupos sociales

Datos del International Social Survey Programme que representan al 62 por ciento de la población mundial⁹⁷ nos permiten reflexionar acerca de las preferencias de las personas en cuanto a quiénes creen que deberían ser los principales encargados de proporcionar y financiar los cuidados infantiles tras el final de las licencias y antes del comienzo de la escuela primaria.⁹⁸ El 51 por ciento está a favor de la ayuda de agentes de fuera de la familia (principalmente del Estado, pero también de agentes del mercado o sin ánimo de lucro) para costear o proporcionar cuidados infantiles a niños que no han alcanzado la edad escolar, mientras que el 39 por ciento lo considera una función exclusiva de la familia (gráfico 3.13, izquierda). Entre el 51 por ciento que prefiere algún tipo de ayuda extrafamiliar, alrededor del 22 por ciento considera que los cuidados infantiles deberían ser prestados y costeados por agentes no familiares; hay una división relativamente igual entre quienes señalan que la familia debería proporcionar los cuidados, pero que otros deberían ayudar financieramente a las cuidadoras o los cuidadores, y quienes piensan que los cuidados deberían correr a cargo de agentes no familiares, pero costeados por las propias familias (gráfico 3.13, derecha).

Gráfico 3.13. Preferencias sobre los cuidados infantiles, 2011-2014 (porcentajes)


Nota: Grupo de edad: 15 años y más (41 países, véase la lista completa de países en la nota final 97).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos del Family and Changing Gender Roles IV module, ISSP Research Group, 2012.

Existen notables diferencias regionales en las actitudes respecto de las preferencias. La idea de que solo la familia debería prestar y costear los cuidados infantiles es más marcada en Sudáfrica (60 por ciento), Asia Oriental y en Australia y Filipinas (Asia Sudoriental) (57 por ciento). Es la menos preferida en los países de Europa Septentrional, Meridional y Occidental (23 por ciento), donde las familias recurren en la actualidad más ampliamente a los servicios de cuidados infantiles y donde se registran las tasas más altas de matrícula y servicios de AEPI en comparación con otras regiones.⁹⁹

Entre los grupos sociales se pueden observar otras distinciones. Los padres y madres solteros que trabajan y los padres y madres que trabajan en hogares en los que entran dos sueldos (que habitualmente utilizan servicios de cuidados infantiles) tienen proporcionalmente más propensión que otros a estar a favor de la ayuda extrafamiliar para el cuidado de los hijos (respectivamente el 56 y el 57 por ciento). Las diferencias en función de la educación y de la situación en el empleo probablemente reflejan los distintos costos de oportunidad de renunciar al trabajo remunerado. Las personas con educación secundaria (51 por ciento) o terciaria (59 por ciento) son más propensas a preferir la ayuda extrafamiliar en comparación con quienes tienen educación primaria (39 por ciento). Alrededor del 55 por ciento de los encuestados que en la actualidad tienen un empleo están a favor de una ayuda extrafamiliar para prestar los cuidados, mientras que solo lo está el 38 por ciento de quienes están fuera de la fuerza de trabajo. Solo se observan pequeñas diferencias según el sexo; las mujeres tienden un poco más que los hombres a preferir alguna ayuda extrafamiliar para el cuidado de los hijos (respectivamente, el 52 y el 50 por ciento).

Fuente: UNESCO, 2015b; Family and Changing Gender Roles IV module, ISSP Research Group, 2012.

Función del Estado

El déficit de accesibilidad a servicios de AEPI pone en desventaja a los niños de países de ingresos bajos y medios (sobre todo en África, Asia Central y los Estados Árabes) así como a los que viven en zonas rurales y en hogares pobres. También son muy grandes las diferencias entre las zonas urbanas y rurales en cuanto a tasas de asistencia a programas de educación de la primera infancia; superan los 35 puntos porcentuales en Túnez y la República Democrática Popular Lao.¹⁰⁰ El acceso a programas gratuitos y/o de subvención pública sigue siendo escaso. En 2015, solo el 33 por ciento de países estipulaban por ley al menos un año de gratuidad de la educación de la primera infancia, el 21 por ciento un año de obligatoriedad de la misma y el 17 por ciento, las dos cosas.¹⁰¹ Por tanto, la accesibilidad a los servicios de atención infantil varía enormemente según la riqueza, dado que muchas familias tienen que pagar las tasas de educación preescolar. Según el informe más reciente de la UNESCO (2017) sobre el seguimiento de la educación en el mundo, entre 2010 y 2015 “los niños de 3 y 4 años más ricos tenían cinco veces más probabilidades de asistir a un aprendizaje organizado que los más pobres” en 52 países de ingresos bajos y medios.¹⁰²

Los servicios de AEPI pueden correr a cargo de instituciones públicas o entidades privadas. Normalmente estas últimas son controladas o gestionadas, sea o no con fines lucrativos, por organizaciones no gubernamentales, organismos religiosos, grupos de interés especial, fundaciones o empresas comerciales¹⁰³, y pueden o no recibir subvenciones del Estado. Estas entidades y los programas que ofrecen de atención a la infancia tienen grados de institucionalización diferentes, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, donde los servicios de AEPI con frecuencia tienen lugar en entornos tan diversos con centros comunitarios, iglesias locales o instalaciones anexas a las escuelas.¹⁰⁴ Lo insuficiente de la responsabilidad del Estado y de las inversiones en servicios de AEPI tiene su reflejo en la elevada tasa de matrícula en instituciones privadas en el nivel preprimario (41 por ciento en el mundo en 2015).¹⁰⁵ Esta cifra es mucho mayor que en la primaria (17 por ciento) y en la secundaria (26 por ciento), debido a la menor inversión pública en la primera infancia. Los datos sobre los gastos del Estado en la educación preprimaria en 70 países muestran que en 2014 la inversión más elevada (entre el 1 y el 1,5 por ciento) se registró en el Ecuador, la República de Moldova y Suecia, y la más baja (cerca del 0 por ciento) en la República Islámica del Irán, Malí y el Sudán del Sur (véase la sección 3.2.5).¹⁰⁶

Por regiones, las estimaciones indican que la matriculación en instituciones privadas es especialmente alta en los Estados Árabes y los países asiáticos, en promedio de hasta el 45 y el 55 por ciento, respectivamente. Cuando se permite que el sector no estatal imparta y financie la educación preprimaria, como en Etiopía, Sierra Leona y varios Estados árabes, esa educación tiende a llegar solo a la población urbana más favorecida. Los datos correspondientes a países de ingresos altos sugieren que las proporciones de niñas y niños matriculados en programas privados de AEPI son incluso más altas que las de educación preprimaria y sobrepasan el 50 por ciento en dos tercios de los países.¹⁰⁷

Otro aspecto importante de los servicios de AEPI es el de la medida en que incluyen programas de alimentación y proporcionan comidas a los niños. Estos servicios tienen efectos positivos en la salud de los niños, tanto a corto plazo, al ofrecer menús nutricionalmente equilibrados, como a largo plazo, al influir en los hábitos dietéticos y prevenir la obesidad.¹⁰⁸ Además, proporcionan a los padres (sobre todo a las madres) más tiempo para dedicarse a actividades generadoras de ingresos sin ninguna interrupción a la hora de comer. Según el Programa Mundial de Alimentos, 368 millones de alumnos de enseñanza preprimaria, primaria y secundaria reciben comidas a través de las escuelas (sobre la base de 169 países de los que se dispone de datos).¹⁰⁹ No obstante, en los países de ingresos bajos y de ingresos medios bajos estos programas generalmente solo existen en determinadas zonas geográficas escogidas según factores de vulnerabilidad. Mientras que el 49 por ciento de los alumnos de la escuela primaria reciben comidas gratuitas en los países de ingresos medios, solo el 18 por ciento lo hace en países de ingresos bajos.¹¹⁰ Es probable que esta discrepancia también sea aplicable al nivel de preprimaria, aunque no se disponga de datos. Los comedores de los colegios pueden mejorar notablemente la seguridad alimentaria de los niños, especialmente en el entorno rural, y deberían constituir parte fundamental de los pisos de protección social, como sugiere un reciente estudio realizado en Togo.¹¹¹

La gobernanza en los sistemas de AEPI puede ser repartida o integrada. En los sistemas de gobernanza repartida, que se da por ejemplo en Francia, Japón, Turquía y los Estados Unidos, las políticas en materia de AEPI (centradas en la atención) y de programas de preprimaria (centradas en la educación de la primera infancia) se han desarrollado separadamente y son competencia de organismos diferentes, habitualmente el Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Educación, respectivamente.¹¹² En los sistemas de gobernanza integrada (Australia, Brasil, Dinamarca y Suecia, por ejemplo) las competencias de los servicios de AEPI recaen en un organismo que regula el currículo, las normas y/o la financiación. De la investigación se desprende que estos últimos sistemas están asociados con una mejor calidad de la AEPI, mayor universalidad, un acceso más asequible, personal más calificado y transiciones menos traumáticas para los niños.¹¹³

Calidad variable de los servicios de AEPI

Una educación de buena calidad puede reducir las desigualdades sociales haciendo que todos los niños comiencen en pie de igualdad la escolarización formal.¹¹⁴ No hay ninguna definición mundialmente acordada ni instrumento de medición de la calidad de la educación de la primera infancia, y las personas pueden entender de manera diferente qué son los servicios de calidad (véase el recuadro 3.5).¹¹⁵ Sin embargo, en general, se considera que el personal docente determina de manera decisiva la calidad de la educación y las interacciones en las aulas.¹¹⁶ La calidad de la enseñanza está muy vinculada con la formación, las calificaciones y las condiciones de trabajo del personal de AEPI (véase el capítulo 4). Otro factor importante es la proporción de alumnos por docente en el aula. Si esta es baja, los docentes pueden centrarse más en las necesidades personales de los alumnos y se reduce el tiempo que hace falta para manejar los problemas. El cálculo mundial de la proporción de alumnos por docente en la educación preprimaria fue de 17,8 en 2015, con fuertes disparidades entre los países de ingresos bajos (28,3 en promedio), los de ingresos medios (18,7) y los de ingresos altos (13,6).¹¹⁷ Las proporciones más altas son típicas de los países del África Subsahariana, con un promedio de 30 alumnos por docente, con una considerable variación que oscila entre 17 en Lesoto hasta 42 en Malawi y 53 en Liberia. Asimismo, existen diferencias dentro de los países, por ejemplo, entre las zonas rurales y urbanas, y también entre los entornos público y privado. La UNESCO también destaca la falta de normas en relación con la proporción de alumnos por docente y la insuficiente observancia de la normativa en muchos países de ingresos bajos y medios.¹¹⁸

No hay estimaciones mundiales de las proporciones de alumnos por docente en los programas de DEPI, pero normalmente son más bajas que las de la educación preprimaria, puesto que las niñas y niños de menos de 3 años precisan de más atención y cuidados. Los datos de que se dispone para 14 países de ingresos altos indican que en 2014 la proporción media de alumnos por docente fue de 9, oscilando desde 4 en Nueva Zelanda hasta 16 en el Reino Unido.¹¹⁹ Los datos de que se dispone para unos cuantos países de ingresos bajos y medios sugieren que la variación es grande y que en muchos casos la supervisión es insuficiente. En un informe de la OIT se afirma que las proporciones de alumnos por docente oscilan entre 4 en Barbados y Trinidad y Tobago hasta 25 en Filipinas y 30 en el Pakistán.¹²⁰

Recuadro 3.5. La forma en que la gente ve los servicios de AEPI en Europa está relacionada con las tasas de empleo de las mujeres

La gente tiene formas diversas de ver la calidad de los servicios de AEPI. La Encuesta europea sobre calidad de vida, realizada en 34 países europeos en 2011–12, preguntó a los residentes de 18 años en adelante qué puntuación daban a la calidad de los servicios de atención infantil en su país, en una escala comprendida entre 1 (muy baja calidad) a 10 (muy alta calidad). Los promedios de los países oscilaron entre alrededor de un 5 en Bulgaria, Kosovo, Polonia y Rumania hasta poco más de 7 en Austria, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Luxemburgo, Malta y Suecia.

Los análisis de Eurofound mostraron que un mejor acceso a servicios de atención a la infancia se asociaba positivamente con la forma en que la gente veía la calidad de los servicios. Se evaluó el acceso a esos servicios, teniendo en cuenta cómo veían los usuarios su costo, su disponibilidad, el acceso (distancia u horario de apertura) y la calidad de la atención. Eurofound también observó una correlación positiva entre el empleo de las mujeres y la forma de ver la accesibilidad a la atención a la infancia. Lo que sugiere que los países que registran altas tasas de empleo de las mujeres son aquellos en los que las personas afrontan menos dificultades al utilizar servicios de atención a la infancia. También apunta a que la buena calidad de tales servicios y el acceso a ellos permiten a las mujeres tener un trabajo remunerado. Esto se observó especialmente en los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia y Suecia) y en unos pocos países de Europa Occidental (Austria, Alemania y los Países Bajos).

Fuente: Eurofound, 2013.

También hay variación entre países y programas en el tipo de la prestación del servicio, a saber; la mezcla de una prestación a tiempo parcial (menos de 30 horas por semana) y a tiempo total (más de 30 horas por semana). Disponer de servicios de AEPI a jornada completa es un factor crucial que permite a los padres de niños pequeños asumir un empleo casi a tiempo total y obtener ingresos más altos.¹²¹ Sin embargo, solo se dispone de datos comparables en el caso de países de ingresos altos con una asistencia media de 30 horas por semana en 2014.¹²²

Conceptos clave relacionados con servicios de cuidados de larga duración

Por *cuidados de larga duración* se entiende la prestación de servicios a personas de todas las edades que tienen una dependencia funcional de larga duración. La dependencia genera la necesidad de servicios concebidos para compensar la limitación de la capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse y levantarse y acostarse, durante un período prolongado de tiempo.¹²³ La dependencia también genera dificultades para acceder a la atención de salud y mantener un estilo de vida sano para impedir el deterioro de la salud y de las funciones, creando nuevas necesidades emocionales y tensiones que se deben afrontar.

Por *sistema de cuidados de larga duración* de un país se entiende la totalidad de quienes dispensan los cuidados y de los entornos para la prestación de cuidados de larga duración. El trabajo de cuidados no remunerado por parte de familiares y amigos es la fuente más importante de cuidados para personas con necesidades de cuidados de larga duración.¹²⁴ Además, muchos países han puesto en práctica sistemas públicos de *servicios de cuidados de larga duración* para la cobertura de riesgos, servicios que proporcionan personal de enfermería así como profesionales no sanitarios,¹²⁵ incluidas las trabajadoras y los trabajadores domésticos (“asistentes personales”).¹²⁶ Los receptores de cuidados son personas de edad avanzada así como niños y adultos con discapacidades.

La *discapacidad* es un concepto complejo, dinámico y de múltiples dimensiones, con un componente tanto médico como social. Es un término que engloba los impedimentos, las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación y que se refiere a los diversos obstáculos que pueden surgir como resultado de la interacción entre una persona con impedimentos de larga duración (físicos, mentales, intelectuales o sensoriales) y los factores contextuales de esa persona (medioambientales y personales).¹²⁷

Los servicios de cuidados de larga duración se pueden prestar *en la comunidad o en las instituciones*. Por cuidados en la comunidad se entiende todas las formas de cuidados que no requieren que las personas de edad avanzada o las personas con discapacidades residan de manera permanente en un entorno de cuidados institucional; comprenden los cuidados en el hogar¹²⁸, centros comunitarios y centros de día.¹²⁹ Por *cuidados en las instituciones* se entiende los cuidados institucionalizados prestados en centros de asistencia para la vida y hogares de ancianos. En los servicios de *cuidados de respiro* se prestan cuidados a corto plazo para aliviar a las cuidadoras y cuidadores no remunerados. Pueden darse en los hogares así como en los centros comunitarios o en residencias. Como se establece en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es crucial que estas personas puedan elegir y tengan acceso a diferentes tipos de servicios, incluida la asistencia personal, con el fin de facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.¹³⁰

Los servicios de cuidados de larga duración pueden ser prestados por organizaciones públicas o privadas (con o sin ánimo de lucro), con servicios que varían desde sistemas de alarma hasta los cuidados personales de 24 horas los 7 días de la semana. Se puede pedir a los usuarios de los servicios que abonen una parte del costo por la utilización de esas prestaciones. En la sección de las políticas de cuidado sobre “prestaciones de protección social” (sección 3.3.3) se tratan políticas como las de transferencias en efectivo a las personas para que contraten servicios de cuidados de larga duración.

Universalidad

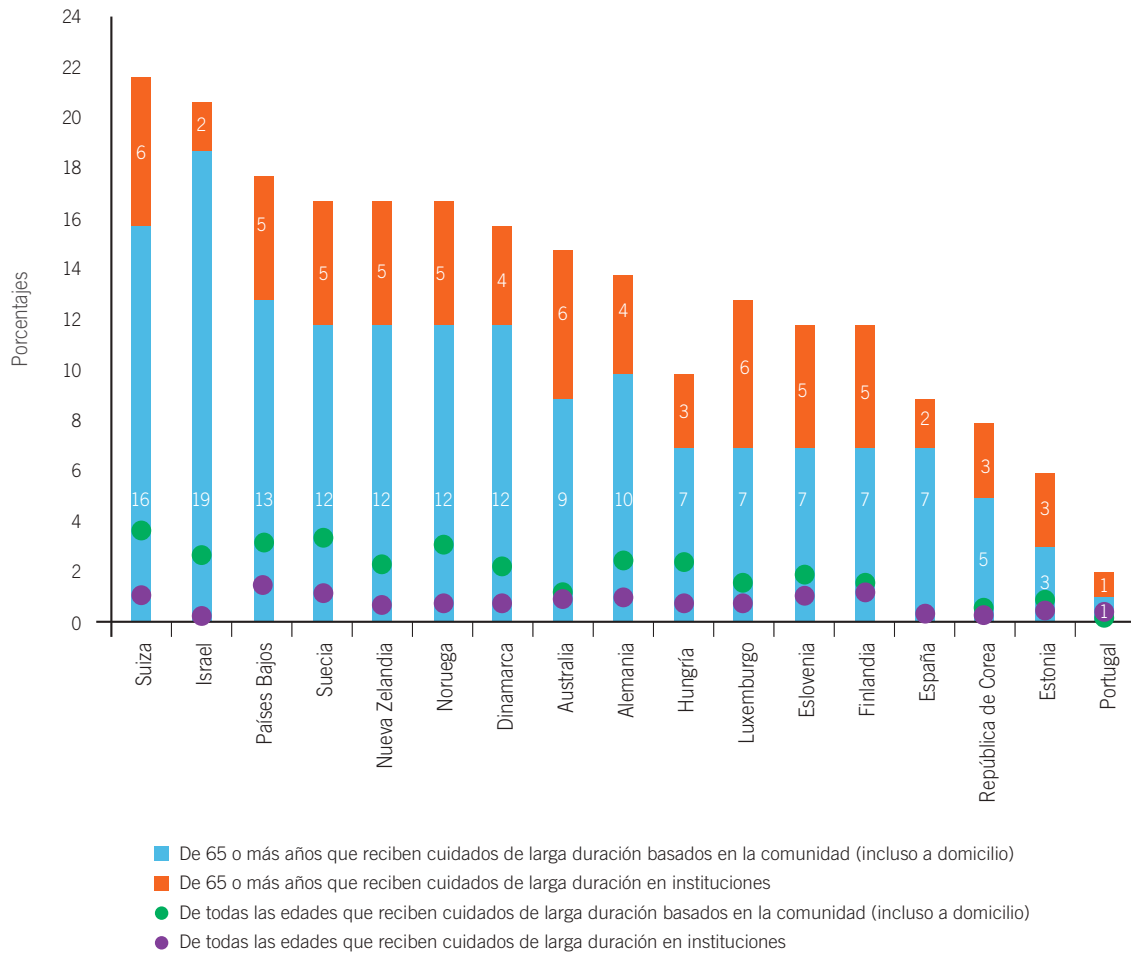
El crecimiento de la población de más edad (véase el capítulo 1) nos indica que en el futuro las políticas de cuidado de larga duración desempeñarán un destacado papel (véase también el capítulo 5). A pesar de su importancia cada vez mayor, en el mundo ya hay una falta crucial de accesibilidad a los servicios de cuidados de larga duración y el principio de universalidad se ha convertido en realidad solo para una minoría. Un estudio de 46 países representativos de todas las regiones del mundo muestra que en 2015 solo nueve países (de ingresos altos) habían consagrado en su legislación nacional el derecho a recibir protección de cuidados de larga duración.¹³¹ Del resto de los países estudiados, 23 tenían déficits muy altos, ofreciendo solo prestaciones en función de los medios comprobados, y 14 tenían un déficit del 100 por ciento. En consecuencia, el 48 por ciento de la población de estos 46 países no tenía en absoluto ninguna protección de cuidados de larga duración y el 46 por ciento estaba en gran parte excluido de esa cobertura. Puesto que la esperanza de vida de las mujeres es más larga que la de los hombres, esas carencias tienen implicaciones cruciales para las desigualdades de género y para el bienestar de las mujeres y denota una falta de sensibilidad de género en las políticas de cuidado de larga duración.

Función del Estado

La función de asumir los servicios de cuidados de larga duración de parte del Estado es mucho menos prominente a nivel mundial, e incluso inexistente en algunos casos, en comparación con las políticas en materia de licencia y asistencia a la infancia. El gasto público en cuidados de larga duración fue en promedio inferior al 1 por ciento del PIB durante los años 2006–10 entre los 46 países del estudio antes citado. Con unas pocas excepciones, la mayoría de los países africanos, latinoamericanos y asiáticos no gastaron nada en cuidados de larga duración. En Asia, la República de Corea destaca como país cuyo gasto público es similar al de los países europeos más generosos, a saber, Dinamarca, Islandia, Luxemburgo, los Países Bajos y Noruega. En 2015, el gasto medio en cuidados de larga duración en 15 países de ingresos altos fue del 1,7 por ciento del PIB.¹³² Por tanto, solo en unos pocos países asume el Estado la iniciativa de la financiación de servicios de cuidados de larga duración. La consecuencia es una enorme desigualdad para acceder a ellos y grandes gastos personales, lo que puede llevar a los hogares a la pobreza. El acceso y la asequibilidad de los servicios varían en función de los sistemas de salud y de si los cuidados de larga duración forman o no parte de un sistema universal de atención de la salud. Según estimaciones de la OIT, en determinados países de ingresos altos el gasto personal en cuidados de larga duración osciló entre el 3,5 por ciento de los ingresos del hogar en Luxemburgo hasta el 22,9 por ciento en Israel en 2015.¹³³

En 17 países de ingresos altos de los que se dispone de datos (año 2016 o último año disponible), una mayoría de beneficiarios de cuidados de larga duración los reciben en la comunidad y no en las instituciones. Así ocurre tanto para los beneficiarios de más edad, de 65 años en adelante, como con los beneficiarios de cuidados de larga duración de todas las edades. Tomando el promedio aritmético de estos países, el 9 por ciento de las personas de 65 años o más reciben cuidados de larga duración mediante servicios basados en la comunidad (incluidos los servicios a domicilio) y en torno al 4 por ciento en instituciones (véase el gráfico 3.14). En países de ingresos bajos y medios, los cuidados de larga duración con frecuencia son prestados a través de organizaciones sin ánimo de lucro y de programas y servicios de cuidados basados en la comunidad, que en ocasiones forman parte de los programas de obras públicas, como por ejemplo en Sudáfrica.¹³⁴

Gráfico 3.14. Beneficiarios de cuidados de larga duración por tipo de servicio y por edad, último año disponible



Nota: 17 países de ingresos altos.

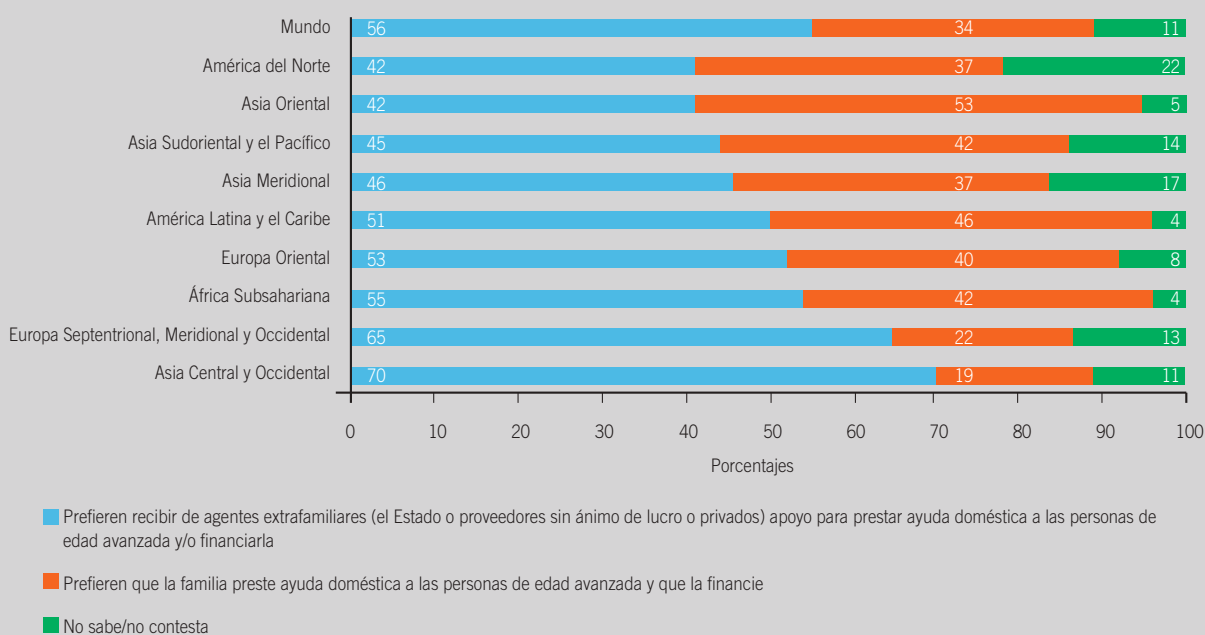
Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos estadísticos de la OCDE, 2016 o último año disponible.

La falta de una protección suficiente de cuidados de larga duración se basa en gran parte en el supuesto de que los familiares (sobre todo las hijas, las nueras o las esposas) prestarán gratuitamente los servicios de cuidados, aun cuando los datos sobre las actitudes sugieren que una mayoría de personas preferiría alguna ayuda de fuera de la familia (véase el recuadro 3.6). De hecho, como se ha indicado en el capítulo 2, la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado para personas frágiles de edad avanzada lo realizan las mujeres que viven en el mismo hogar. Esta situación implica con frecuencia que las cuidadoras renuncian a oportunidades de empleo y de ingresos o asumen intensos trabajos de cuidados físicos y emocionales, en ocasiones a costa de su salud y bienestar.¹³⁵ Una forma de aliviar a las cuidadoras y cuidadores no remunerados es a través de los servicios de cuidados de respiro, que les permiten tomarse una pausa en sus obligaciones de cuidados, reducen el riesgo de agotamiento y mejoran sus posibilidades de mantener una buena salud mental. No obstante, la disponibilidad de estos servicios es escasa, incluso en países con prestaciones relativamente elevadas de servicios de cuidados de larga duración.¹³⁶

Recuadro 3.6. Las personas esperan recibir apoyo de fuera de la familia como ayuda doméstica del día a día a las personas frágiles de edad avanzada

Con frecuencia las personas frágiles de edad avanzada necesitan ayuda doméstica diaria, por ejemplo, para las compras, la limpieza de la casa y la colada. Los datos de la encuesta ISSP de 2012 correspondientes a 41 países de ingresos altos y medios¹³⁷ en representación del 62 por ciento de la población mundial nos permite entender las preferencias de la gente con respecto a quién, a su entender, debería encargarse principalmente de prestar y costear esta ayuda.¹³⁸ Los datos muestran que el 34 por ciento (el 36 por ciento de los hombres y el 32 por ciento de las mujeres) considera que la prestación y los gastos de la ayuda doméstica para personas de edad avanzada debería correr principalmente a cargo de la familia, mientras que el 56 por ciento espera un apoyo extrafamiliar del Estado o de agentes privados sin ánimo de lucro (gráfico 3.15). De este 56 por ciento, alrededor del 31 por ciento considera que corresponde principalmente a agentes públicos o privados prestar y costear el trabajo de cuidados doméstico; el 18 por ciento considera que los cuidados debería prestarlos la familia recibiendo por este trabajo prestaciones estatales o gubernamentales; y el 6 por ciento considera que la familia debería costear los servicios domésticos prestados por agentes públicos o privados.

Gráfico 3.15. Prestación de ayuda doméstica para personas de edad avanzada, preferencias en 2011-2014 (porcentajes)



Nota: Grupo de edad: 15 y más años (41 países, véase en la nota final 137 la lista completa de países).

Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos del Family and Changing Gender Roles IV module, ISSP Research Group, 2012.

Existen importantes diferencias regionales en cuanto a las preferencias. Por ejemplo, en Europa Septentrional, Meridional y Occidental la mayoría (65 por ciento de media) prefiere un apoyo de fuera de la familia para la ayuda doméstica a las personas de edad avanzada, lo que en cierta medida es un reflejo de inversiones públicas en cuidados de larga duración que son mayores que las de otras regiones.¹³⁹ Se observa un patrón similar en Israel y Turquía (una media del 70 por ciento está a favor de recibir apoyo de fuera de la familia), y eso que estos países tienen una fuerte tradición de cuidados en la familia.¹⁴⁰ Y en los países del Asia Oriental, en los que prevalece un fuerte sentimiento de solidaridad intergeneracional¹⁴¹, la mayoría (el 53 por ciento de media) sigue estando a favor de que la responsabilidad principal sea de la familia. En algunas regiones también se observan diferencias en las actitudes entre los géneros, siendo las mujeres más propensas a favorecer el apoyo extrafamiliar. Por ejemplo, en la India, el 51 por ciento de las mujeres está a favor de recibir apoyo extrafamiliar para los cuidados domésticos de las personas de edad avanzada, frente a solamente el 41 por ciento de los hombres. En América del Norte, el 41 por ciento de los hombres prefiere la responsabilidad familiar, en comparación con solo el 33 por ciento de las mujeres.

Las características socioeconómicas de las personas, por ejemplo, el tipo de hogar, la educación y la edad, también influyen en las actitudes. Por ejemplo, los encuestados de hasta 30 años de edad son proporcionalmente menos proclives que otros grupos de edad a preferir la plena responsabilidad familiar para la ayuda doméstica de las personas de edad avanzada y más inclinados a preferir el apoyo de fuera de la familia. Un elemento interesante es que los encuestados de más edad (65 años en adelante) no difieren mucho de los demás grupos de edad; su probabilidad de preferir la responsabilidad familiar es similar a la de los encuestados de 30 a 64 años de edad. Lo que sugiere que los ancianos no tienen expectativas particularmente altas de recibir cuidados de la familia y agradecen el apoyo exterior.

Fuente: Family and Changing Gender Roles IV module, ISSP Research Group, 2012; Colombo et al., 2011; OMS, 2015.

Calidad de los servicios de cuidados de larga duración

Debido a lo deficiente de las condiciones de trabajo y de la normativa, la calidad de los servicios de cuidados de larga duración suele ser baja (véase el capítulo 4).¹⁴² Algunas de las cuestiones más apremiantes son la escasez de trabajadoras y trabajadores de cuidados de larga duración que estén calificados, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios (véase el capítulo 4),¹⁴³ y la calidad y el tipo de los cuidados prestados. Los servicios prestados pueden chocar con el objetivo de apoyar un modo de vida digno de las personas de edad avanzada y mantener su autonomía.¹⁴⁴ La ancianidad, los estereotipos y las concepciones erróneas acerca de las personas de edad avanzada y las personas con discapacidades y sus necesidades influyen demasiado a menudo en la calidad de los cuidados prestados. Por ejemplo, se ha calculado en torno al 10 por ciento la tasa de abusos de personas de edad avanzada en la comunidad general (siendo las mujeres y las personas con alguna discapacidad quienes hacen frente a los mayores riesgos de abuso) y se ha estimado que el abuso físico de ancianos con demencia afecta hasta al 23 por ciento de quienes reciben los cuidados.¹⁴⁵ Otro problema frecuente es el de la falta de integración entre los cuidados de larga duración y las atenciones de salud, tanto desde el punto de vista administrativo como físico, allí donde se prestan los servicios. La separación estricta entre los servicios de cuidados de larga duración y los servicios de atención de la salud puede dar lugar a una cobertura fragmentada, a lagunas en la prestación de los servicios y al uso inapropiado de servicios de atención de la salud para casos graves.

También constituye un obstáculo al acceso a los servicios de larga duración la falta de infraestructuras en países tanto desarrollados como en desarrollo, sobre todo en las zonas rurales.¹⁴⁶ A nivel mundial, los servicios públicos de cuidados a domicilio son incluso más limitados que los de cuidados en instituciones. En los países africanos se observan casos graves de escasez de servicios de cuidados de larga duración, por lo que se ven particularmente afectados teniendo en cuenta la elevada prevalencia de VIH y el correspondiente incremento de las necesidades de cuidados de larga duración.¹⁴⁷ La disponibilidad de estos servicios es muy limitada en la mayoría de países de Asia y de América Latina, con la excepción de la Argentina, país que tiene la infraestructura más desarrollada de la región, donde, sin embargo, únicamente el 2 por ciento de las personas de edad avanzada tienen la posibilidad de vivir en hogares o residencias de ancianos o en hogares adaptados.

3.3.3. Prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados

Conceptos clave

La *protección social* es un derecho humano.¹⁴⁸ Se la define como un conjunto de políticas y programas concebido para reducir y prevenir la pobreza y la vulnerabilidad durante la vida de una persona.¹⁴⁹ La meta del Objetivo 1.3 de los ODS exhorta a los países a implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de “las personas pobres y vulnerables”. Este compromiso reafirma los derechos y principios del Convenio núm. 102 de la OIT sobre la seguridad social (normas mínimas), que fija la norma mínima del nivel de las prestaciones de la seguridad social y las condiciones bajo las que se prestan. La meta 1.3 de los

ODS también refuerza la Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), que afirma que los Estados miembros deberían establecer y mantener pisos de protección social en el marco de los sistemas nacionales de protección social. En tanto que conjunto de garantías básicas de la seguridad social definido a nivel nacional, los pisos de protección social aseguran una protección cuyo fin es prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Estas garantías deberían asegurar que todas las personas necesitadas tengan acceso a lo largo de su vida por lo menos a atenciones de salud esenciales, por ejemplo, las relativas a la maternidad, con una seguridad básica de ingresos para los hijos y las personas de edad avanzada, así como para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, particularmente en casos de enfermedad, desempleo, maternidad y discapacidad. Los sistemas de protección social se ocupan de todos estos ámbitos de política mediante una combinación de sistemas contributivos (seguro social)¹⁵⁰ y no contributivos,¹⁵¹ cuyas prestaciones se financian con impuestos y que comprenden la asistencia social.

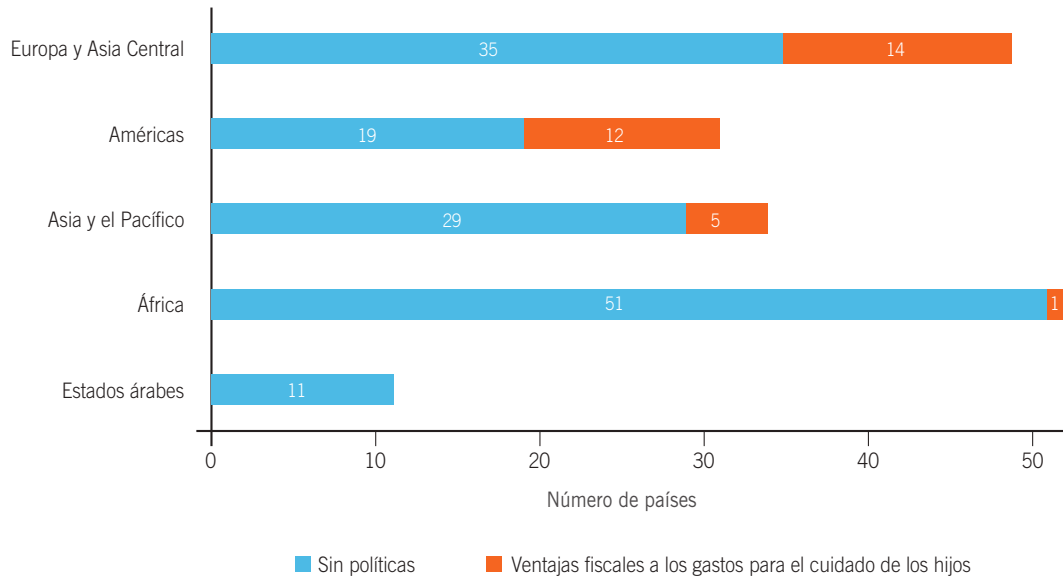
La falta de protección social deja a las personas expuestas a la pobreza, la desigualdad y la exclusión social y constituye un importante obstáculo para el desarrollo económico y social. Las personas necesitadas de cuidados, como las que tienen discapacidades o viven con el VIH así como las más proclives a sufrir contingencias relacionadas con cuidados, como las mujeres, son las más expuestas. En general, las personas que menos participan en el trabajo formal remunerado (incluidos los indígenas u otras minorías étnicas) reciben una cobertura y unas prestaciones de protección social (si es que las reciben) menos amplias y generosas que las personas cubiertas por regímenes contributivos relacionados con el empleo. No obstante, cuando los regímenes de protección social están concebidos con un enfoque transformador y son conformes con los principios fundamentales, con ellos se pueden afrontar estas carencias y reducir las desigualdades basadas concretamente en el género, la clase, la casta y la etnia.¹⁵²

Las *prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados* comprenden los regímenes de protección social que reconocen las contingencias de cuidados que surgen en las vidas de las personas, por ejemplo, los cuidados en la familia o la crianza de los hijos. Por tanto, afrontan esas contingencias aportando transferencias en efectivo o en especie a las personas necesitadas de cuidados o a las cuidadoras o cuidadores, en relación con los costos del embarazo, el parto y la adopción, la crianza de los hijos y los cuidados de otros miembros de la familia.¹⁵³ Las prestaciones de protección social pueden adoptar la forma de desgravaciones fiscales y de transferencias en efectivo para los cuidados, así como de programas de transferencias en efectivo y programas de obras públicas con determinado componente de cuidados, por ejemplo, programas que ayuden a las cuidadoras y cuidadores no remunerados a conseguir la permanencia estando en la fuerza de trabajo o al retornar a esta. También incluyen el reconocimiento del trabajo de cuidados en los regímenes de protección social, por ejemplo, en los de pensiones.¹⁵⁴

Sistemas impositivos que tienen en cuenta las contingencias de cuidados

Universalidad

Los regímenes de protección social pueden aportar ayuda a los hogares con hijos o con miembros necesitados de cuidados de larga duración mediante desgravaciones fiscales.¹⁵⁵ A través de tales medidas, los Estados proporcionan incentivos económicos a quienes prestan cuidados, con frecuencia las mujeres, para que tengan un trabajo remunerado y adquieran a proveedores públicos o privados servicios de cuidados. Los datos de 2018 del Banco Mundial sobre desgravaciones fiscales para la atención infantil muestran que en el mundo solo una pequeña minoría de países ofrece tales incentivos económicos (32 de 177 de los que se dispone de datos) (véase el gráfico 3.16).¹⁵⁶ La mayoría de estos países están ubicados en Europa y el Asia Central, donde 15 de 49 países permiten ventajas fiscales a los gastos para cuidados infantiles, y en las Américas, donde se disfruta de tales ventajas en 12 de 31 países. En Asia y el Pacífico, solo Bhután, la República de Corea, Malasia, Nueva Zelanda y Tailandia brindan tales derechos, mientras que en África, Mauricio es el único país que aplica tal política. En los Estados Árabes no se otorga ninguna ventaja fiscal a los gastos para el cuidado de los hijos. No obstante, este indicador no tiene en cuenta si los Estados tienen otras políticas que contribuyan a reducir los gastos del cuidado de los hijos o a ofrecer gratuitamente o a costo reducido dichos servicios.

Gráfico 3.16. Sistemas impositivos que contemplan ventajas fiscales a los gastos para el cuidado de los hijos, 2018

Nota: 177 países.

Fuente: Banco Mundial, 2018b.

Sensibilidad a las cuestiones de género

Aparte de las desgravaciones fiscales, la sensibilidad a las cuestiones de género, o la falta de ella, en el diseño de los sistemas impositivos de los países tendrá una influencia considerable en la división por sexos del trabajo remunerado y no remunerado, especialmente en las economías desarrolladas. Las parejas casadas pueden tributar por sus ingresos conjuntamente o individualmente. En el caso de la tributación conjunta, puede ser que el miembro de la pareja que obtenga menos ingresos (habitualmente la mujer) sea gravada a un tipo superior que si tributa individualmente. Esto genera un desincentivo para la participación de las madres en el mercado de trabajo, especialmente en aquellos contextos en los que los servicios de cuidados infantiles son caros. Los sistemas de tributación individual son más sensibles a las cuestiones de género, pues generan no solo un reparto más equitativo de los ingresos entre los distintos miembros del hogar, sino una participación igualitaria en el mercado de trabajo. En 2014, la mayoría de los países de ingresos altos contemplaban la imposición por separado de las rentas de los cónyuges y los miembros de las parejas. Entre las excepciones figuraban Estonia, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Polonia, Portugal, España, Suiza y los Estados Unidos, aun cuando algunos de ellos permiten a las parejas elegir entre ambos sistemas.¹⁵⁷

Prestaciones en efectivo para los cuidados

Universalidad

Más de un tercio (69 países) de 186 países encuestados por la OIT no contemplan en su legislación nacional ninguna prestación por hijos o por familiares. Entre los 117 países que tienen un régimen de prestaciones por hijos o por familiares, 34 tienen en su legislación disposiciones que abarcan únicamente a los trabajadores del sector formal.¹⁵⁸ Los Estados pueden poner en práctica sistemas de prestaciones en efectivo para los cuidados como una forma de reconocer y compensar las actividades de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, ya se trate de padres de hijos pequeños o de quienes

prestan cuidados a los familiares de más edad.¹⁵⁹ Normalmente existen dos variantes de dichas prestaciones: (ayudar a) adquirir servicios de cuidados o subvencionar directamente a las cuidadoras o cuidadores.

La primera variante de las prestaciones en efectivo corresponde a “dinero dado a un usuario/consumidor habilitado a fin de adquirir los cuidados directamente o de adquirir un servicio en nombre de quien lo utiliza”.¹⁶⁰ Por ejemplo, los sistemas de prestaciones y de bonos son transferencias públicas de efectivo que proporcionan a los padres un incentivo para que tengan un trabajo remunerado que les permita adquirir servicios públicos o privados de atención a la infancia o contratar trabajadoras o trabajadores domésticos. Estos sistemas existen en diversos países, entre ellos Francia, Bélgica y Chile.¹⁶¹ No obstante, la cuantía de las prestaciones a menudo es insuficiente para el costo de unos cuidados de buena calidad. Las familias de rentas bajas pueden tender a escoger opciones de cuidados más baratas y de menor calidad, como se notificó, por ejemplo, en algunos Estados de los Estados Unidos.¹⁶² En Francia, la Caja Nacional de Asignaciones Familiares aporta un pago en función de los medios comprobados¹⁶³ a los padres trabajadores para que puedan afrontar los gastos del cuidado de los hijos en el hogar (principalmente de niñas o niños) para los hijos de hasta 6 años.¹⁶⁴

Cuando se trata del cuidado de personas de edad avanzada, existen también prestaciones en efectivo para los cuidados con una gran variedad de sistemas en función de las particularidades del país y de los patrones de desarrollo en el sector de los cuidados de larga duración.¹⁶⁵ Las prestaciones para cuidados de larga duración se pueden financiar bien a través de contribuciones de la seguridad social, bien mediante los impuestos generales.¹⁶⁶ Ambas variantes de prestaciones en efectivo para los cuidados pueden permitir que los ancianos necesitados de cuidados de larga duración puedan ser atendidos por sus parientes cercanos, y que las cuidadoras o cuidadores reciban el pago bien de los beneficiarios de los cuidados, o directamente del Estado. Aunque estas medidas contribuyen al reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado prestado por los parientes, también en este caso la cuantía de las prestaciones sociales suele ser escasa y no contrarresta los costos de los cuidados, remunerados o no.

También se pueden proporcionar prestaciones en efectivo para sustituir un servicio de cuidados; en ese caso se trata de “dinero ofrecido para complementar los ingresos, subvencionar el costo de los cuidados o compensar por los ingresos dejados de percibir durante la baja”.¹⁶⁷ Las prestaciones por licencia y conexas pagadas para cuidar a los hijos, los enfermos o los familiares de más edad son, pues, ejemplos de tales políticas (véase la sección 3.3.1). Además, pueden hacerse a los padres transferencias en efectivo con independencia de su historial profesional o de que tomen la licencia (véase en el capítulo 6 el caso de la asignación que reconoce Finlandia por licencia para prestar cuidados en el hogar).

Pueden existir regímenes similares de prestaciones en efectivo para cuidados de personas con discapacidades. En una visión de conjunto de la OIT sobre los regímenes de prestaciones en efectivo por discapacidad se nos muestra que de 186 países de los que se dispone de datos, 170 contaban en su normativa nacional con un régimen de prestaciones periódicas en efectivo para personas discapacitadas.¹⁶⁸ Según cálculos mundiales, la cobertura efectiva de personas con graves discapacidades que reciben prestaciones era del 27,8 por ciento en 2015 (o el último año disponible), con un abanico comprendido entre apenas el 9 por ciento en Asia y el Pacífico a más del 90 por ciento en Europa. No obstante, un gran número de países (103) ofrece prestaciones por discapacidad únicamente través de regímenes contributivos, lo que implica que solo pueden ser beneficiarios los adultos que tienen un empleo y que se excluye a los niños discapacitados. Asimismo, muchos países limitan el acceso a la ayuda relacionada con la discapacidad y la condicionan a una comprobación de recursos que con frecuencia no tiene en cuenta los costos específicos de la discapacidad. Estas políticas pueden desalentar la participación en el empleo y constituyen para muchas personas que viven con discapacidades una trampa que les deja en la pobreza.¹⁶⁹ Sin embargo, estudios llevados a cabo en Finlandia, Suecia y el Reino Unido sugieren que las prestaciones en efectivo destinadas a cuidados pueden mejorar notablemente la independencia de las personas discapacitadas al permitirles emplear a asistentes

personales.¹⁷⁰ Habitualmente se da preferencia a estos últimos por encima del sector de los cuidados sociales debido a que el índice de rotación es menor; la flexibilidad, mayor; y la relación entre el empleador y el trabajador, más gratificante.¹⁷¹ Por tanto, las políticas de prestaciones en efectivo para cuidados tienen un potencial transformador.

Sensibilidad a las cuestiones de género

Algunas prestaciones en efectivo están motivadas explícitamente por los cuidados, al estar concebidas para que los padres, o aquellos que viven con otros familiares necesitados de cuidados, puedan optar entre utilizar servicios de cuidados de los hijos o de otro tipo o prestar ellos mismos los cuidados. Si bien estas medidas reconocen el trabajo de cuidados no remunerado, a menudo carecen de sensibilidad con las cuestiones de género y ofrecen prestaciones insuficientes (con frecuencia a tarifa plana) que no suplen la totalidad de los ingresos cuando el empleo se interrumpe de manera temporal o permanente. De hecho, son utilizadas principalmente por las madres (que suelen trabajar mal pagadas o tener escasa formación escolar), con lo que se acentúan las consecuencias negativas para su participación en el mercado de trabajo.¹⁷²

Con respecto a las prestaciones para cuidados de larga duración, en un estudio de la OCDE en el que se comparaba a 10 países se concluyó que, sobre la base de una prestación de 22 horas de trabajo de cuidados no remunerado a un familiar con necesidades moderadas, las cuidadoras o cuidadores recibirían en torno a la mitad del promedio del salario medio en Francia y en los Países Bajos y hasta el 100 por ciento en el Canadá (Nueva Escocia).¹⁷³ No obstante, en Bélgica, Croacia, la República Checa, la República de Corea, Suecia y el Reino Unido la compensación sería inferior al 30 por ciento del salario medio. De modo que las políticas de prestaciones en efectivo para cuidados suelen valorar solo en parte el trabajo de las cuidadoras o cuidadores no remunerados (principalmente mujeres) y carecen de sensibilidad a las cuestiones de género.

Programas de transferencias en efectivo condicionadas y programas de obras públicas con un componente de cuidados

En países de rentas bajas y medias se ha puesto en marcha un número cada vez mayor de programas de lucha contra la pobreza en forma de programas de transferencias en efectivo condicionadas y programas de obras públicas.¹⁷⁴ En 2014 adoptaron tales programas 63 y 94 países, respectivamente. No obstante, estos programas no suelen ser sensibles a las cuestiones de género ni necesariamente tener en cuenta las necesidades y obligaciones de quienes reciben los cuidados. Un estudio de los programas en 53 países de ingresos bajos y medios concluyó que solo 23 de las 149 políticas tenían como fin reconocer y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres.¹⁷⁵

Por ejemplo, en varios programas de transferencias en efectivo condicionadas se exige una serie de condiciones con el fin de pagar la prestación, con el resultado frecuente de que las mujeres disponen de menos tiempo y se refuerza la división por sexos del trabajo de cuidados no remunerado dentro del hogar.¹⁷⁶ En un estudio en el que se comparaban los programas de ese tipo en Chile, Costa Rica y El Salvador se concluyó que sus resultados eran razonablemente buenos en reducir las desigualdades de ingresos entre los hogares más pobres, gracias a nuevas prestaciones y al acceso a los servicios. No obstante, ni cuestionaban los roles de género ni mejoraban el acceso de las mujeres al trabajo remunerado.¹⁷⁷ Un estudio centrado en el programa Prospera de transferencias monetarias condicionadas¹⁷⁸ en México reveló que la mayor parte de las intervenciones relacionadas con el género se habían centrado en quebrar el ciclo intergeneracional de la pobreza, sobre todo para las niñas desfavorecidas, pero habían sido más débiles a la hora de promover el empoderamiento económico de las mujeres debido, en concreto, a faltas de coordinación con servicios relacionados con el empleo, así como con servicios de cuidados infantiles y otros servicios sociales.¹⁷⁹

Los programas de obras públicas son programas gubernamentales que ofrecen oportunidades de empleo a determinadas categorías de personas incapaces de encontrarlo. Suelen combinar ayudas a los ingresos con oportunidades para el perfeccionamiento de las capacidades y el empleo y el emprendimiento, así como requisitos tales como la escolarización de los hijos y/o medidas sanitarias para ellos. Si se aplica un enfoque de sensibilidad a las cuestiones de género, estos programas tienen efectos positivos para las mujeres y atienden sus necesidades relacionadas con los cuidados. Por ejemplo, pueden fomentar la participación de las mujeres estableciendo cuotas, prever servicios de guarderías en los lugares de trabajo y permitir horarios de trabajo flexibles, así como garantizar la protección de la maternidad a las participantes en el programa.¹⁸⁰ Una de las limitaciones de estos programas es que se centran excesivamente en los trabajos manuales con respecto a los programas que invertirían en servicios de salud y sociales; aunque existen excepciones en Sudáfrica, por ejemplo, con el Programa Ampliado de Obras Públicas. Tales programas de obras públicas son particularmente transformadores porque además de proporcionar empleo contribuyen a aliviar la carga de las cuidadoras y cuidadores no remunerados¹⁸¹

3.3.4. Modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar

Conceptos básicos

Las *modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar* son una variedad de la pauta normal de trabajo de un empleado. Permiten a los trabajadores ajustar sus horas y calendario de trabajo y su lugar de trabajo en consonancia con sus circunstancias personales y su situación familiar. Comprenden modalidades tales como el horario reducido de trabajo, el tiempo flexible y el trabajo a tiempo parcial (definido como trabajo a cambio de remuneración o beneficio realizado sobre la base de menos de 35 horas semanales) con términos y condiciones equivalentes como las prestaciones a tiempo total y prorrateadas, el teletrabajo o el trabajo móvil basado en las TIC, así como arreglos en el lugar de trabajo. Estas modalidades tienen su fundamento en el Convenio núm. 156 de la OIT y la Recomendación núm. 165 que lo acompaña (véase la sección 3.1.2), así como el Convenio sobre el trabajo a tiempo parcial, 1994 (núm. 175). El acceso de las modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar y su utilización no deberían conducir a condiciones de empleo desfavorables.

Tales modalidades pueden ser pertinentes para que todos los trabajadores armonicen los compromisos y preferencias laborales y personales, pero son particularmente útiles para los trabajadores que tienen responsabilidades de cuidados en la familia así como para personas con discapacidades.

Trabajo a tiempo parcial

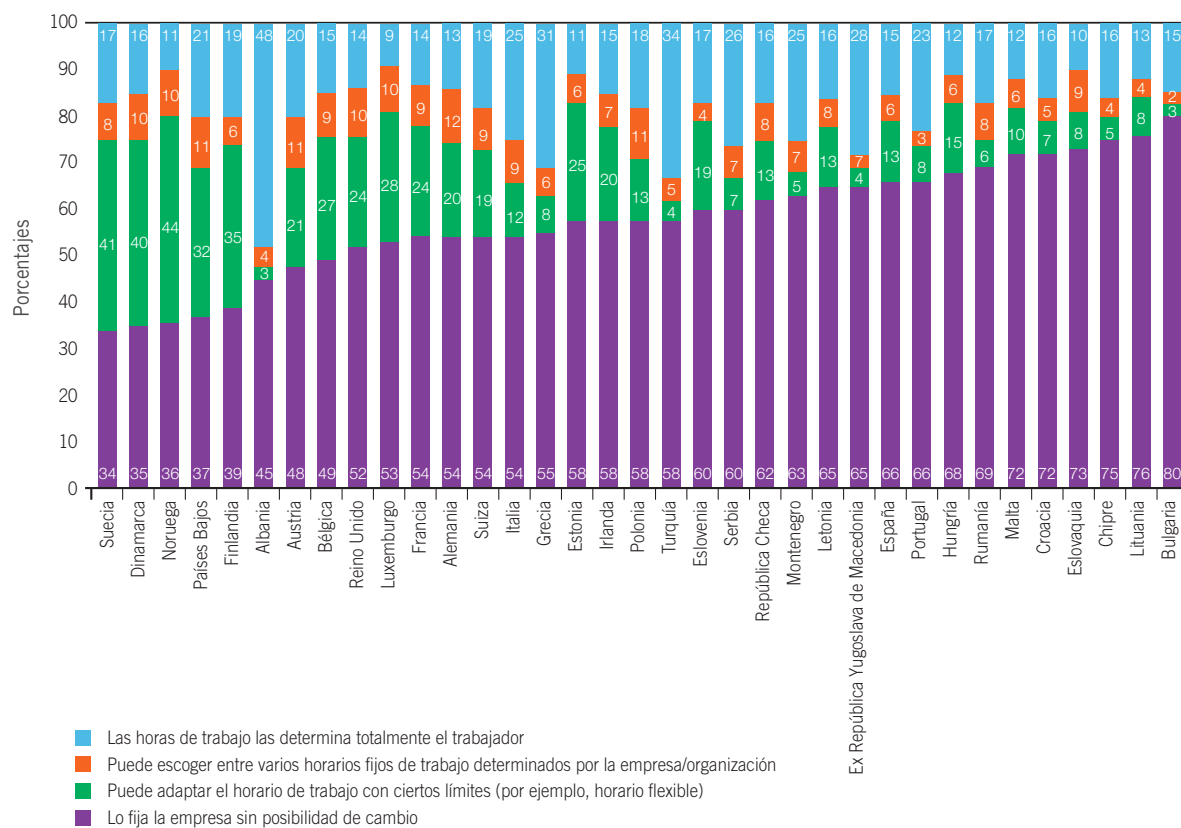
Los países pueden conceder a los trabajadores el derecho a solicitar el acceso al trabajo a tiempo parcial en determinadas circunstancias. Aunque todavía no se tiene una visión general, un informe de la OIT señaló a 21 países en los que trabajadoras y trabajadores con hijos pequeños o con otras responsabilidades de cuidados tenían derecho a solicitar el cambio al trabajo a tiempo parcial.¹⁸² Entre ellos figuraban unos pocos países de ingresos medios como Angola, Armenia, Cabo Verde, Kazajstán y México. Los Estados también pueden conceder el derecho a solicitar el traslado al trabajo a tiempo parcial cuando los trabajadores tengan problemas de salud o discapacidades; así ocurre en Angola, Armenia, Dinamarca, Finlandia, Lituania y Portugal.¹⁸³ En los países en los que el trabajo a tiempo parcial es corriente (como Australia y el Reino Unido), esta forma de trabajo también se usa con frecuencia para cuidar a los padres ancianos o a los hijos o las parejas que están gravemente enfermos o discapacitados.¹⁸⁴ No obstante, esto puede crear a las familias muchas dificultades económicas para llegar a fin de mes. Las madres de hijos gravemente enfermos o discapacitados que trabajan a tiempo parcial tienen “más probabilidades que otras madres de que sus ingresos sean escasos, de quedarse fuera del mercado de trabajo o en los márgenes de este y de afrontar difíciles problemas para combinar el trabajo y los cuidados”.¹⁸⁵

La incidencia de horarios de trabajo más cortos y de trabajo a tiempo parcial varía notablemente a través del mundo y, en general, predomina entre las mujeres y las cuidadoras y cuidadores no remunerados, especialmente las madres, que tienen un empleo. Mientras que para muchos el trabajo a tiempo parcial representa una modalidad conciliable con la vida familiar, para otros muchos es involuntario y puede que no responda a la armonización entre la vida laboral y familiar. El subempleo (cuando las personas están dispuestas y quieren trabajar más horas de las que hacen) es especialmente alto en África (14 por ciento), en comparación con otras regiones de las que se dispone de datos (9 por ciento en las Américas, 6 por ciento en Asia y el Pacífico, así como en Europa y Asia Central en 2010).¹⁸⁶ En 2014, en la Unión Europea el 30 por ciento de los trabajadores a tiempo parcial (40 por ciento de hombres y 26 por ciento de mujeres) declararon que el motivo por el que trabajaban a tiempo parcial era porque no habían encontrado un empleo permanente a tiempo completo; para el 21 por ciento (4 por ciento de hombres y 27 por ciento de mujeres) era para cuidar a los hijos o a adultos incapacitados; y para el 4 por ciento (6 por ciento de hombres y 3 por ciento de mujeres) era porque estaban enfermos o discapacitados.¹⁸⁷

Normalmente los trabajadores a tiempo parcial hacen frente a una penalización en cuanto a remuneración, seguridad en el empleo, formación y promoción en comparación con los que trabajan a tiempo completo.¹⁸⁸ Están expuestos a un mayor riesgo de pobreza y tienen menos probabilidad de poder acceder a prestaciones de desempleo o a la ayuda para el reempleo si se quedan sin trabajo.¹⁸⁹ También se vincula con más frecuencia el trabajo a tiempo parcial al trabajo temporal, en el que las mujeres también están generalmente sobrerrepresentadas.¹⁹⁰ Por tanto, es esencial que se promueva y normalice el trabajo a tiempo parcial de buena calidad.¹⁹¹ El Convenio núm. 175 exhorta a la adopción del principio de igualdad de trato de los trabajadores a tiempo parcial sobre la base de salarios y prestaciones distribuidos a prorrata comparables a los acordados a los trabajadores a tiempo completo. Los trabajadores a tiempo parcial también deberían tener acceso a oportunidades de formación y de desarrollo igual que los que tienen contratos a tiempo completo. La ampliación del derecho a solicitar trabajo a tiempo parcial y a poder convertirlo en trabajo a tiempo completo son otros instrumentos esenciales que facilitan el reingreso a la fuerza de trabajo remunerada a los padres o madres que regresan de su licencia de maternidad y parental, y ayudan en general a evitar la trampa del tiempo parcial.¹⁹² Los gobiernos y las empresas también deberían establecer políticas que amplíen las modalidades de trabajo a tiempo parcial a ocupaciones mejor pagadas que requieren más calificaciones y promover activamente que tanto los hombres como las mujeres hagan uso de las modalidades de trabajo a tiempo parcial, sobre todo para estimular a los hombres a asumir una parte más grande del trabajo de cuidados no remunerado y permitir a las mujeres participar más plenamente en la fuerza de trabajo.

El derecho a la reducción del horario de trabajo y al horario flexible

En los últimos años algunos países han reconocido el efecto negativo que los horarios prolongados de trabajo tienen en la salud y han adoptado legislación para promover medidas que limiten el exceso de trabajo.¹⁹³ Aunque no se tienen estimaciones mundiales sobre el acceso a horarios reducidos de trabajo y a horarios flexibles, parece que el derecho a disfrutarlos se encuentra sobre todo en los países de ingresos altos. Los datos correspondientes a 2017 muestran que, por ejemplo, 20 países de 42 (principalmente de ingresos altos) conceden derecho a solicitar horarios reducidos para las madres empleadas en período de lactancia y para las madres empleadas (y a menudo los padres) con responsabilidades de cuidado de hijos.¹⁹⁴ 10 países de 42¹⁹⁵ prevén el derecho a solicitar horario flexible, permitiendo al trabajador o trabajadora que escoja las horas de comienzo y terminación del trabajo diario.¹⁹⁶ Los empleadores solo se pueden negar si las necesidades de la empresa lo justifican claramente. Los datos procedentes de 35 países europeos¹⁹⁷ sugieren que aproximadamente el 24 por ciento de las personas empleadas tienen alguna flexibilidad con respecto a su horario.¹⁹⁸ Alrededor del 17 por ciento declara que pueden adaptar su horario de trabajo con ciertos límites (horario flexible), mientras que el 7 por ciento indica que pueden escoger entre horarios fijos determinados por el empleador. Entre los países existen amplias diferencias, teniendo las personas empleadas en países de Europa Central y Septentrional más probabilidad que las empleadas en países de Europa Meridional y Oriental de indicar que tienen acceso a horarios de trabajo flexibles (véase el gráfico 3.17).

Gráfico 3.17. Modalidades de tiempo de trabajo para las personas empleadas en la Unión Europea, 2015 (porcentajes)


Nota: 35 países de ingresos medios y altos.

Fuente: Eurofound, 2017.

Los datos de que se dispone sugieren que hay déficits en relación con los derechos a horarios de trabajo reducidos y horarios flexibles (así como al trabajo a tiempo parcial), especialmente en países de ingresos medios y bajos, con unas pocas excepciones, como las de Angola, Armenia, Cabo Verde, Kazajstán, México y la Federación de Rusia.¹⁹⁹

La negociación colectiva es un instrumento importante a través del cual se pueden elaborar modalidades de trabajo conciliables con la familia con buenas condiciones de empleo junto con otros medios reglamentarios como, por ejemplo, la legislación y medidas a nivel de empresa.²⁰⁰ Los resultados de una encuesta de la Confederación Europea de Sindicatos mostraron que el 49 por ciento de los sindicatos había celebrado acuerdos para mejorar el equilibrio entre la vida laboral y familiar, por ejemplo, acuerdos que regulan el horario de trabajo, el horario flexible y el teletrabajo, así como los derechos de los trabajadores a tiempo parcial y de quienes prestan cuidados de larga duración.²⁰¹ Y los resultados de un informe conjunto de Eurofound y la OIT mostraron que el diálogo social en los planos nacional, sectorial y de empresa ha desempeñado un destacado papel en la regulación del teletrabajo en Bélgica, Finlandia, Italia, los Países Bajos, España y Suecia.²⁰²

Teletrabajo y trabajo móvil basado en las TIC

El acceso cada vez mayor a las TIC significa que el trabajo puede ser realizado fuera de los locales de los empleadores. El teletrabajo y el trabajo móvil basado en las TIC pueden representar nuevas

posibilidades para armonizar mejor las responsabilidades laborales y las familiares. De las investigaciones se desprende que el teletrabajo, especialmente el realizado con regularidad en casa, tiene efectos generalmente positivos en el equilibrio entre la vida laboral y la vida personal.²⁰³ Permite a los trabajadores reducir el tiempo de desplazamiento al trabajo y aumentar su autonomía en la organización del tiempo de trabajo, sobre la base de sus necesidades y preferencias. No obstante, también existen riesgos, por ejemplo, que se solapen las horas de trabajo con el tiempo para la familia y que se hagan horas extraordinarias sin pagar, sobre todo entre los trabajadores que realizan un trabajo de alta movilidad o que trabajan muy intensamente en el teletrabajo o en el trabajo móvil basado en las TIC.

Entre los 28 países de la Unión Europea, una media del 17 por ciento de las trabajadoras y trabajadores están, según los informes, en uno de los tres tipos de situaciones de teletrabajo y de trabajo móvil basado en las TIC: trabajo regular en casa, trabajo ocasional y trabajo de alta movilidad.²⁰⁴ En Dinamarca, los Países Bajos y Suecia, esto afectaba al 30 por ciento o más de las personas empleadas. En la mayoría de los países el teletrabajo ocasional está más extendido que las demás formas de teletrabajo y de trabajo móvil basado en las TIC. El Japón y los Estados Unidos también están entre los países que tienen una incidencia relativamente alta de teletrabajo y de trabajo móvil basado en las TIC (20 y 16 por ciento, respectivamente). En la India, el 19 por ciento de la población empleada en la economía formal no agrícola son teletrabajadores y trabajadores móviles de las TIC, pero, dado que solo entre el 14 y el 16 por ciento de toda la economía de la India es formal, esto no representa más que una pequeña proporción de trabajadores.

El uso del teletrabajo y del trabajo móvil basado en las TIC no debería constituir un obstáculo para el progreso profesional de los trabajadores, los cuales deberían beneficiarse de los mismos derechos que otros empleados.²⁰⁵ El Acuerdo marco europeo sobre el teletrabajo de 2002 contempla directrices amplias para modalidades de teletrabajo en las empresas privadas y otras organizaciones. En concreto, garantiza la igualdad de derechos y de condiciones de empleo entre los teletrabajadores y los trabajadores móviles basados en las TIC y aquellos que trabajan en los locales del empleador, la protección de la seguridad y la salud profesionales de los teletrabajadores y su acceso a la formación y al desarrollo profesional. El Convenio de la OIT sobre el trabajo a domicilio, 1996 (núm. 177) también es un instrumento importante cuya finalidad es mejorar la situación de los trabajadores a domicilio y promover la igualdad de trato, pero solo lo han ratificado 10 países. Existen iniciativas nacionales para promover el teletrabajo y el trabajo móvil basado en las TIC, por ejemplo, en el Japón con las *Directrices para la adopción y ejecución apropiadas del teledesplazamiento con equipo de TIC*, y en los Estados Unidos con la Ley de Fomento del Teletrabajo de 2010.²⁰⁶ Esta Ley es aplicable a todos los empleados públicos del Gobierno federal de los Estados Unidos, lo que la convierte en el mayor programa de teletrabajo del mundo.

Ajustes de accesibilidad del lugar de trabajo para personas con discapacidades

Los ajustes de accesibilidad del lugar de trabajo desempeñan un papel crucial para las personas con discapacidades; puede permitir la participación en el lugar de trabajo o prolongarla tras la aparición de algún percance de salud o una discapacidad. Las personas que viven con el VIH también se pueden beneficiar de esos ajustes en el lugar de trabajo.²⁰⁷ De un estudio en tres Estados de los Estados Unidos (Mississippi, Nueva Jersey y Ohio) se concluyó que al menos un tercio de las personas no trabajadoras con discapacidades experimentaban obstáculos para el empleo, como la inexistencia de transporte y la inaccesibilidad al lugar de trabajo, que podían resolverse mediante ajustes en las instalaciones del lugar de trabajo.²⁰⁸ En el estudio se concluyó también que había una correlación positiva entre disfrutar de ciertos tipos de ajustes de accesibilidad del lugar de trabajo (por ejemplo, ayuda para el transporte, horarios flexibles o un asistente para cuidados personales) y tener un empleo.²⁰⁹

Los incentivos públicos a los empleadores para que procedan a tales ajustes pueden revestir formas diferentes: desgravaciones fiscales para los empleadores, especialmente los pequeños; asesoramiento a las empresas y financiación para el ajuste de las instalaciones relacionado con el empleo; o ayuda y financia-

ción a las modificaciones en el lugar de trabajo.²¹⁰ Las empresas multinacionales de todo el mundo tienden cada vez más a considerar la inclusión de la discapacidad como parte de sus responsabilidades sociales empresariales y también reconocen que hay una justificación empresarial en hacerlo.²¹¹ No obstante, hace falta que tales políticas inclusivas se apliquen también en las empresas pequeñas y medianas.

3.3.5. Infraestructura relacionada con los cuidados

Conceptos fundamentales

La *infraestructura relacionada con los cuidados* reduce el volumen de trabajo vinculado con los cuidados del hogar y de la familia, normalmente a cargo de las mujeres y las niñas, que implican tareas como ir a por agua y obtener energía. También se examina en este trabajo, como parte de la necesaria infraestructura, el acceso a instalaciones de saneamiento.

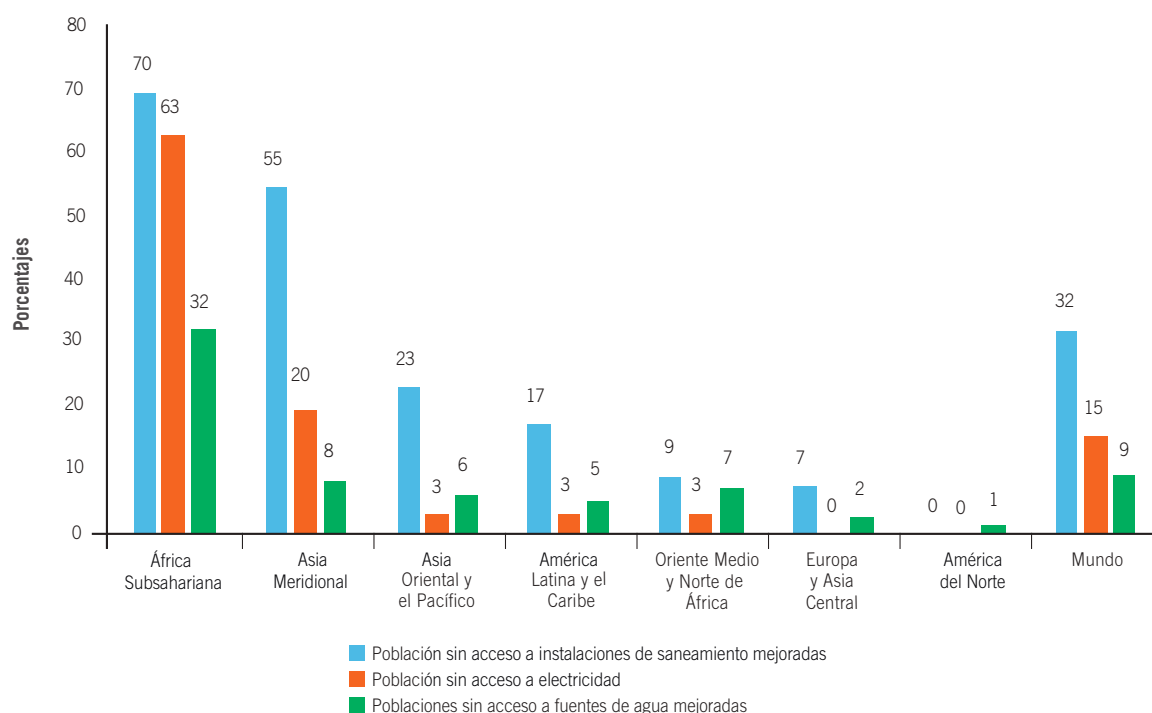
El ODS 5.4 enumera las infraestructuras entre las medidas para reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados. Otros ODS ponen de relieve su importancia. La finalidad del ODS 1 es “poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo” y comprende una meta para el acceso universal a servicios básicos, con un enfoque especial en “los pobres y los vulnerables” (1.4). Los *servicios básicos de agua potable* comprenden el agua potable procedente de una fuente mejorada como el agua entubada, los pozos perforados o de tubo, los pozos construidos a mano y protegidos, las fuentes protegidas y el agua envasada o suministrada, a condición de que el tiempo para acarrearla no lleve más de 30 minutos para la ida y vuelta, incluido el tiempo de hacer cola. Los *servicios básicos de saneamiento* corresponden a instalaciones mejoradas como sistemas de alcantarillado con descarga de agua a las tuberías, fosas sépticas o letrinas de pozo, letrinas de pozo mejoradas con ventilación, inodoros de composta o letrinas de pozo enlosadas que no se comparten con otros hogares.

La finalidad del ODS 6 es la de “garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos” y lograr el acceso universal y equitativo al agua potable y a servicios de saneamiento para todos de aquí a 2030 (6.1 y 6.2). Los *servicios de agua potable gestionados de forma segura* comprenden el agua potable procedente de una fuente mejorada situada en los locales, disponible cuando se necesite, libre de sustancias fecales y no contaminada por sustancias químicas prioritarias. Los *servicios de saneamiento gestionados de forma segura* consisten en instalaciones mejoradas que no se comparten con otros hogares y donde los desechos fecales son vaciados y tratados fuera del lugar, tratados y eliminados in situ o transportados por un alcantarillado de aguas residuales y tratados fuera del lugar.

Infraestructura relacionada con los cuidados

Universalidad

Existen fuertes diferencias regionales en el acceso a la electricidad así como a los servicios básicos de agua y de saneamiento. Los indicadores de desarrollo en el mundo muestran que América del Norte, Europa y Asia Central tienen las menores tasas de déficit de acceso, seguidas de cerca por el Oriente Medio y el Norte de África, así como por América Latina y el Caribe (con la salvedad de las instalaciones de saneamiento, donde los déficits de acceso son más altos: el 17 por ciento de la población carecía de acceso a un saneamiento mejorado en 2014) (véase el gráfico 3.18). También es este el caso del Asia Oriental y el Pacífico, cuyos países salen relativamente bien parados, excepto con respecto al saneamiento (el 23 por ciento de su población carece de acceso). En el Asia Meridional, esta proporción aumenta marcadamente hasta el 55 por ciento y el acceso deficitario a la electricidad aumenta al 20 por ciento. Los déficits más grandes se encuentran claramente en el África Subsahariana, donde el 32 por ciento de la población vive sin acceso a fuentes mejoradas de agua, el 63 por ciento sin electricidad y el 70 por ciento sin instalaciones mejoradas de saneamiento.

Gráfico 3.18. Población sin acceso a infraestructuras básicas por región del mundo, 2014-2015

Nota: Los datos correspondientes al acceso a la electricidad corresponden a 2015 y los del acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento y de agua, a 2014. Los grupos de países utilizados en este gráfico son los empleados por el Banco Mundial. 212 países. Fuente: Basado en Banco Mundial, 2018.

Las diferencias en la cobertura también están muy influidas por los niveles de riqueza de los hogares, dándose las mayores disparidades en el acceso a instalaciones básicas de saneamiento.²¹² Además, existen claras disparidades en el acceso a infraestructuras básicas entre quienes viven en medio rural y en medio urbano, incluso habiéndose registrado pequeñas mejoras en las zonas rurales, por ejemplo, en el África Subsahariana entre 1990 y 2010.²¹³

Cuando se trata del acceso universal y equitativo a servicios de agua y saneamiento gestionados de manera segura, como se define en el ODS 6, las brechas son aún más grandes, sobre todo para las personas que viven en las zonas rurales.²¹⁴ En 2015, en 96 países de los que se disponía de datos en representación de cuatro regiones del mundo, se estimó que tenía acceso a agua potable gestionada de manera segura el 85 por ciento de la población urbana, frente al 55 por ciento de la población rural. Los servicios de saneamiento gestionados de manera segura eran accesibles solamente al 43 por ciento de la población urbana y al 35 por ciento de la población rural.

Consecuencias de los déficits de acceso a las infraestructuras relacionadas con los cuidados

La falta de servicios básicos de saneamiento y de suministro de agua va en detrimento de la salud de las personas. La diarrea y las infecciones graves de las vías respiratorias son las dos causas principales de mortalidad infantil, y se pueden reducir significativamente lavándose las manos.²¹⁵ Las personas que viven con el VIH pueden permanecer sanas y productivas durante un período de tiempo más largo si tienen acceso a lavabos y a la higiene. Puesto que las mujeres y las niñas son las principales encargadas del trabajo de cuidados no remunerado (véase el capítulo 2), las mejoras

en el suministro de agua y en el saneamiento pueden mejorar notablemente la situación de su vida y reducir los casos de acoso y los riesgos de violación relacionados con la defecación al aire libre y con alejarse de las aldeas para ir a por agua y leña. También las personas con discapacidades son particularmente vulnerables a la falta de lavabos y a las largas distancias que hay que cubrir para llegar a los servicios comunes.²¹⁶

La falta de acceso a la electricidad también contribuye a la pobreza de los resultados en materia de salud, educación y trabajo. La electrificación y la mejora en la calidad de los servicios de electricidad pueden conducir a avances en el bienestar, especialmente para los hogares pobres, las niñas y las mujeres. Un análisis de 50 estudios sobre los efectos de la electrificación, llevado a cabo en África, las Américas y Asia, concluyó que la escolarización infantil había aumentado una media del 7 por ciento, con mayor repercusión en las niñas que en los niños.²¹⁷ También se observaron aumentos medios del 15 por ciento en la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y del 30 por ciento en los ingresos de los hogares. El acceso a la electricidad ahorra tiempo, lo que permite a las mujeres participar en actividades relacionadas con ingresos. Un estudio en la República Democrática del Congo concluyó que las mujeres con cocinas tradicionales trabajaban hasta 52 horas más a la semana de lo que haría falta con cocinas de combustible eficientes.²¹⁸ Los resultados positivos en materia de salud están relacionados con el consumo reducido de combustibles sucios y de mala calidad para la iluminación, como el queroseno o las velas. Estas mejoras benefician en particular a las mujeres y las niñas y niños, puesto que pasan más tiempo en el interior de la vivienda que otros miembros del hogar.

Debido al insuficiente acceso al saneamiento, el agua y la electricidad, las mujeres rurales empleadas en la agricultura realizan tareas desproporcionadamente penosas en el hogar, factor clave para perpetuar las desigualdades de género.²¹⁹ Las mujeres representan una proporción cada vez mayor de la fuerza de trabajo agrícola remunerada a nivel mundial: el 43 por ciento en 2010, con más del 60 por ciento en el África Subsahariana, Oceanía y el Asia Meridional.²²⁰ Por tanto, las tecnologías que ahorran trabajo representan una fuente importante de recursos que pueden beneficiar a las mujeres rurales y apoyar sus actividades generadoras de ingresos.²²¹ En Kenya, por ejemplo, es posible producir biogás limpio barato, una fuente de energía renovable que se obtiene a partir de la fermentación anaeróbica de la biomasa y los residuos orgánicos sólidos.

Asimismo, las mujeres indígenas se ven particularmente afectadas por la falta de infraestructuras relacionadas con los cuidados, especialmente en el contexto del cambio climático, y se ven expuestas a múltiples formas de discriminación y de explotación. En América Latina, algunos programas de obras públicas para mejorar las infraestructuras en Nicaragua y el Panamá van dirigidos a las mujeres indígenas con el fin de afrontar estas cuestiones.²²² De conformidad con el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169), es esencial que las mujeres y los hombres indígenas participen en los órganos encargados de tomar decisiones sobre políticas y programas que les afectan.

El desarrollo sostenible y la mejora del acceso de las mujeres rurales e indígenas a las infraestructuras básicas pueden ir de la mano con la mejora de sus formas de ganarse la vida y con condiciones de trabajo decentes mediante la creación de “empleos verdes”.²²³ Sectores como los de las empresas verdes, la gestión de residuos y su reciclado y las energías renovables, según las prioridades fijadas en el Programa de Empleos Verdes de la OIT, son esenciales para hacer realidad el potencial de las mujeres y los hombres rurales e indígenas en tanto que actores decisivos de cambio para una mejor sostenibilidad. La transición justa hacia una economía baja en carbono y el trabajo decente también pueden reducir el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado de las mujeres, por ejemplo, estimulando las inversiones sociales en infraestructuras y servicios relacionados con los cuidados (véase el capítulo 6).²²⁴

3.3.6. Oportunidades y problemas que plantean las políticas de cuidado desde la perspectiva de los empleadores

Con el fin de compensar la falta de servicios de AEPI, las empresas ofrecen cada vez más servicios de guardería en el lugar de trabajo para sus empleados; y ello también en los países en desarrollo y emergentes.²²⁵ Las empresas están materializando los beneficios de ofrecer estos servicios, como la reducción del absentismo, la rotación del personal y los accidentes en el trabajo, así como el aumento de la producción diaria de las trabajadoras (véase el recuadro 3.3). En los países de ingresos bajos y medios, entre otras modalidades comunes de prestación de cuidados infantiles, figuran servicios y cooperativas de cuidados de índole no formal y comunitarios. Dos recientes informes de la OIT sobre el papel de las cooperativas en la prestación de cuidados sugieren que está surgiendo este tipo de empresas como formas innovadoras de prestación de cuidados, sobre todo cuando no existen opciones viables de carácter público u otras opciones privadas (véase el capítulo 6).²²⁶

Al coadyuvar al equilibrio de las responsabilidades laborales y familiares entre hombres y mujeres, las políticas de licencia, los servicios de guardería en el lugar de trabajo y las modalidades conciliables con la vida familiar en el lugar de trabajo son inversiones de los empleadores que pueden dar fruto a largo plazo, reduciendo las tasas de rotación y el absentismo y aumentando la participación de los trabajadores en el mercado de trabajo, su motivación y su productividad. Aunque para asegurar la igualdad de género en el trabajo es crucial el principio de la responsabilidad del Estado en la formulación y la aplicación de las políticas y en no obligar a los empleadores a correr con los costos directos de los servicios de cuidados, las políticas de cuidado pueden ser una parte importante de los recursos humanos de las empresas o de sus programas de responsabilidad social. Las empresas pueden decidir si, más allá de cumplir la ley, quieren mejorar su reputación en tanto que socios empresariales y empleadores atractivos. Se han estudiado casos en diferentes sectores de varias regiones del mundo, por ejemplo, en Brasil, la India, Jordania, Kenya, Sudáfrica y Turquía, que muestran el impacto favorable que los servicios de guardería en el trabajo tienen para la productividad de las empresas.

Sin embargo, los costos que conlleva la aplicación o la administración de las políticas de cuidado pueden plantear problemas a los empleadores. Un estudio de las Cámaras de Comercio Británicas basado en una encuesta en línea de 408 empresas concluyó que el 21 por ciento de los empleadores relacionaba las medidas sobre trabajo flexible con un engorro administrativo. Las solicitudes de licencia parental o de trabajo a tiempo parcial por motivos de cuidados pueden implicar, por ejemplo, que las empresas tengan que formar y supervisar al personal de sustitución. Según los contextos y la concepción de las políticas de cuidado, las solicitudes de adaptación a las necesidades de cuidados pueden plantear más problemas a las pequeñas (y medianas) empresas que a las empresas grandes, especialmente a aquellas que emplean trabajadores especializados cuya sustitución no es fácil. Estas dificultades pueden subsanarse en parte mediante un preaviso suficiente de las fechas de comienzo de la licencia, su duración y la fecha de regreso, permitiendo a los empleadores planificar las ausencias.

Una encuesta de la OIT realizada en 2013, entre cerca de 1300 empresas grandes, medianas y pequeñas en 39 países, nos ofrece una visión de lo que opinan las empresas acerca de lo que necesitan para prestar un mejor apoyo a las mujeres y los hombres con responsabilidades de cuidados y su promoción en la empresa y la administración. Se trata de medidas como compartir las buenas prácticas entre las empresas, elaborar estrategias, políticas y formación específicas, recibir asistencia para el análisis de la política de género y el diseño de las iniciativas, participar en redes con asociaciones empresariales de mujeres e impulsar la capacidad con organizaciones de empleadores. Los resultados de un estudio de la Corporación Financiera Internacional (CFI) sugieren también que se deben promover soluciones que se ajusten a las empresas. En el caso de soluciones de guarderías en el lugar de trabajo, ello quiere decir que existen diferentes medidas para adaptarse a diferentes necesidades y capacidades de financiación; estas varían desde horarios flexibles y servicios de información sobre guarderías hasta soluciones para cuidados de urgencia y centros de guardería en los locales.²²⁷

OBSERVACIONES FINALES: LA NECESIDAD DE ACTUAR RÁPIDAMENTE EN PRO DE POLÍTICAS DE CUIDADO TRANSFORMADORAS Y GENERALES

En el presente capítulo se ha indicado que existe una considerable variedad en la cobertura de las necesidades de cuidados en el mundo. En muchas regiones, especialmente en África, Asia y el Pacífico y los Estados Árabes, hay claros déficits en las políticas de cuidado aplicadas. En América Latina y el Caribe, si bien las políticas de cuidado cada vez reciben más atención política, persisten importantes déficits, concretamente en cuanto a los servicios de cuidados. Incluso en países europeos y de América del Norte de ingresos altos, que normalmente cuentan con infraestructuras más desarrolladas y con estados del bienestar, las políticas no siempre se ocupan de las desigualdades sociales y de género relacionadas con el trabajo de cuidados no remunerado y la participación en el mercado de trabajo.

Estos déficits tienen consecuencias negativas para la seguridad económica y social de las personas, así como para su salud y bienestar. Los grupos más desfavorecidos son aquellos que más proclives son a eventualidades de cuidados (mujeres), las personas más necesitadas de cuidados (a saber, las personas de edad avanzada, las personas con discapacidades y las que viven con el VIH) y las personas con más probabilidades de quedar excluidas de los sistemas de protección social, en concreto, los pueblos indígenas, las personas que viven en zonas rurales y las que trabajan en formas atípicas de empleo o en la economía informal.

En contraste, las políticas de cuidado, cuando se formulan y se aplican teniendo en cuenta los principios fundamentales que coadyuvan a su potencial transformador, pueden mejorar sustancialmente las vidas tanto de las cuidadoras y cuidadores no remunerados (tengan o no un empleo) como de las personas que reciben los cuidados.²²⁸ Una combinación exhaustiva de políticas de cuidado comprende: modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar; servicios de AEPI asequibles y de calidad que satisfagan la demanda; servicios públicos accesibles de cuidados de larga duración para todos así como prestaciones y servicios para las personas que viven con discapacidades; políticas de licencia remunerada sensibles a las cuestiones de género para ambos padres, así como una protección efectiva de la maternidad; prestaciones de protección social en efectivo que tengan en cuenta las contingencias personales en materia de cuidados; y, por último, infraestructuras básicas adecuadas, especialmente en los países de ingresos bajos.

Estas políticas pueden contribuir de manera efectiva al reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidados no remunerado.²²⁹ Asimismo, pueden ser beneficiosas para la salud y el desarrollo infantil y contribuir a la prolongación de la vida con capacidades funcionales mejoradas así como a una división más igualitaria del trabajo remunerado y no remunerado entre hombres y mujeres. Las políticas de cuidado transformadoras de cuidado también pueden influir en las expectativas que tienen las personas acerca de las responsabilidades en materia de cuidados y de los roles de género, que son factores importantes que influyen en la división por sexos del trabajo en el hogar y en el logro de la igualdad de géneros en el empleo a nivel mundial.²³⁰

Un importante factor que limita a la gran mayoría de países a la hora de planear políticas de cuidado transformadoras es la viabilidad financiera de aplicar estas medidas en entornos con recursos ajustados. No obstante, este capítulo muestra que países cuyo PIB y estructuras socioeconómicas son similares exhiben diferencias en cuanto a políticas de cuidado y los resultados conexos. Esto confirma la importancia de tener claras las prioridades políticas y la voluntad política de ampliar el espacio fiscal con el fin de generar niveles suficientes de recursos necesarios para apoyar la expansión de las políticas de cuidado y cosechar sus beneficios. Esta cuestión se analiza en el capítulo 5.

NOTAS

- 1 UNRISD, 2016.
- 2 Standing, 2001. Véase también el capítulo 5.
- 3 Esquivel y Kaufmann, 2016.
- 4 Esquivel y Kaufmann, 2017.
- 5 Estas políticas también deben garantizar condiciones de trabajo decentes para las cuidadoras y los cuidadores remunerados y que estos tengan la debida representación en los procesos de adopción de decisiones (véase el capítulo 4).
- 6 Véase el capítulo 2. Véase también Esquivel y Kaufmann, 2017.
- 7 UNRISD, 2016.
- 8 Esquivel y Kaufmann, 2017.
- 9 UNRISD, 2016. Véanse también los capítulos 1 y 6.
- 10 Naciones Unidas, 1979.
- 11 UNRISD, 2016; Goldblatt, 2016.
- 12 Razavi, 2007; OIT, 2016e; Esquivel y Kaufmann, 2017.
- 13 Blofield y Martínez Franzoni, 2015.
- 14 OIT, 2012b; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016.
- 15 Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014b.
- 16 OIT, 2012b; Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, 2016.
- 17 Sepúlveda Carmona, Nyst y Hautala, 2012.
- 18 Levtov *et al.*, 2015; Heilman *et al.*, 2017.
- 19 En concreto, el personal docente y sanitario, el personal doméstico, las trabajadoras y trabajadores de la AEPI y el personal que presta cuidados de larga duración.
- 20 OIT, 2016e.
- 21 Molyneux, Jones y Samuels, 2016.
- 22 UNICEF, 2013b; UNESCO, 2016b.
- 23 OCDE, 2017b.
- 24 Heymann *et al.*, 2017; O'Brien, 2009; Nandi *et al.*, 2016.
- 25 Adema, Clarke y Frey, 2015; Levtov *et al.*, 2015.
- 26 UNESCO, 2007; UNESCO, 2016b; OCDE, 2017b.
- 27 UNICEF, 2013b.
- 28 OCDE, 2017b.
- 29 UNESCO, 2016b.
- 30 Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014b.
- 31 Ahmed, 2017.
- 32 Solaz y Thévenon, 2013; Kunze, 2016.
- 33 Lalive y Zweimüller, 2009.
- 34 Kluge y Schmitz, 2018.
- 35 Véase también OCDE, 2017c; Gasparini y Marchionni, 2015.
- 36 Comisión Europea y Parlamento Europeo, Bruselas, 2015.
- 37 *Europa Septentrional, Meridional y Occidental*: Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, Reino Unido. *Europa Oriental*: Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia, Rumania, Eslovaquia. *Asia Central y Occidental*: Chipre.
- 38 Se pidió a los encuestados que dieran un máximo de tres respuestas a partir de una lista de siete medidas, intervenciones o factores que, a su parecer, pudieran hacer aumentar la participación de los hombres.
- 39 Véase, por ejemplo, Heilman *et al.*, 2017.
- 40 Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014b.
- 41 Huerta *et al.*, 2013.
- 42 Bünning, 2015.
- 43 Duvander y Jans, 2009; Rege y Solli, 2010.
- 44 O'Brien y Wall, 2017; Nepomnyaschy y Waldfogel, 2007; Rehel, 2014.
- 45 Meil, 2013.
- 46 Boll, Leppin y Reich, 2014.
- 47 Hook, 2006; Levtov *et al.*, 2015.
- 48 HelpAge, 2017.
- 49 Véase, por ejemplo, Igel y Szydlík, 2011.
- 50 HelpAge, 2017.
- 51 Por multimorbilidad se entiende las múltiples condiciones de larga duración de la salud de las personas.
- 52 Por fragilidad se entiende la extrema vulnerabilidad a factores endógenos y exógenos de estrés que exponen a una persona a un mayor riesgo de resultados negativos para su salud, según la OMS.
- 53 OMS, 2015.
- 54 Véase, por ejemplo, Chan y Kamala Devi, 2015.
- 55 OMS, 2015.
- 56 OIT, 2014a; OMS y Banco Mundial, 2011.
- 57 Anand y Sevak, 2017; OMS y Banco Mundial, 2011.
- 58 Mujeres que viven con al menos un hijo menor de 15 años o una persona mayor cuya edad es igual o superior a la de la esperanza de vida sana a los 60 años en cada país.
- 59 Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014a; OIT, 2016e; OIT, 2017c.
- 60 OIT, 2016e.
- 61 OIT, 2017b.
- 62 Cuando los empleadores están obligados por ley a costear total o parcialmente el costo directo de la protección de la maternidad, eso puede desincentivar la contratación de mujeres trabajadoras.

- 63 Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014b.
- 64 Levtov et al., 2015; OMS, 2004.
- 65 Castro-García y Pazos-Moran, 2016; Ray, Gornick y Schmitt, 2010; Heilman et al., 2017.
- 66 Huerta et al. 2013; Nepomnyaschy y Waldfogel, 2007; Meil, 2013; Bünning, 2015; Boll, Leppin y Reich, 2014.
- 67 Gatenio Gabel y Kaufmann, 2017.
- 68 Lista de países incluidos, por regiones de la OIT: *Europa Septentrional, Meridional y Occidental*: Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Países Bajos, Noruega, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido. *Europa Oriental*: Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia, Federación de Rusia, Eslovaquia. *Asia Central y Occidental*: Israel, Turquía. *Asia Oriental*: China, Japón; República de Corea; Taiwán, China. *Asia Sudoriental y el Pacífico*: Australia, Filipinas. *Asia Meridional*: India. *América Latina*: Argentina, Chile, México, República Bolivariana de Venezuela. *América del Norte*: Canadá, Estados Unidos. *África*: Sudáfrica.
- 69 Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014b.
- 70 Valarino et al., 2017.
- 71 Salvador et al., 2018.
- 72 World Policy Analysis Center, Database on Family, Working conditions affecting care, disponible en: <https://www.worldpolicycenter.org/topics/family/policies>.
- 73 Rodrigues, Huber y Lamura, 2012.
- 74 *Ibid.*
- 75 Schmidt, Fuchs y Rodrigues, 2016.
- 76 Ikeda, 2017.
- 77 Inamori, 2017.
- 78 Véase glosario, UNESCO, 2016.
- 79 UNESCO, 2007; Instituto de Estadística de la UNESCO, 2011 y 2018.
- 80 *Ibid.*
- 81 OCDE, 2017b.
- 82 *Ibid.*
- 83 *Ibid.*
- 84 UNESCO, 2015b; UNESCO, 2016b; UNESCO, 2017.
- 85 Existen retos con los datos y la metodología para comparar las tasas de matrícula entre los países. La DEPI y la tasa bruta de matrícula en la escuela preprimaria presentadas se basan en los cálculos de la OIT utilizando las cifras más recientes de matriculación entre 2010 y 2015 procedentes de los datos de población de la UNESCO y el Banco Mundial. En el caso de unos pocos países cuyos datos faltan en la UNESCO, se utilizaron las tasas netas de matrícula de la OCDE. Los datos de la UNESCO dan cuenta solamente de los niños matriculados en entornos de AEPI que satisfacen criterios de la CINE. Se notificaron diferencias entre los países en relación con la decisión de asignar o no algunos programas DEPI a la categoría CINE 01. Por su parte, las tasas de matrícula de la OCDE incluyen a los niños matriculados en entornos AEPI que satisfacen los criterios de la CINE así como a los matriculados en otros entornos AEPI. Las tasas de matrícula no tienen en cuenta el número de horas de asistencia de los niños a los programas; sí incluyen la asistencia a tiempo completo así como a tiempo parcial.
- 86 La tasa bruta de matrícula puede superar el 100 por ciento debido a la inclusión de alumnos que están por encima o por debajo de la edad debido a que ingresaron antes o después de tiempo, y a la repetición de curso.
- 87 UNESCO, 2015b.
- 88 Cobertura universal medida por una tasa bruta de matrícula superior al 90 por ciento. Según la UNESCO, “Cuando esta tasa supera el 90 por ciento en un nivel determinado de educación, el número agregado de vacantes para los alumnos se aproxima al número requerido para lograr el acceso universal del grupo en edad oficial. Sin embargo, esta interpretación solo tendría sentido si fuera razonable esperar una futura declinación de la proporción de estudiantes matriculados en un nivel educativo cuyas edades están bajo y sobre el rango de edades oficial para este nivel educativo”. Véase <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/education-indicators-technical-guidelines-sp.pdf>.
- 89 UNESCO, 2015b.
- 90 UNESCO, 2016b.
- 91 UNICEF, 2013a; OMS y Banco Mundial, 2011.
- 92 UNESCO, 2015b.
- 93 UNICEF, 2013b.
- 94 OMS y UNICEF, 2012.
- 95 Devecchi et al., 2012.
- 96 UNESCO, 2015b.
- 97 *Europa Septentrional, Meridional y Occidental*: Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Países Bajos, Noruega, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido. *Europa Oriental*: Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia, Federación de Rusia, Eslovaquia. *Asia Central y Occidental*: Israel, Turquía. *Asia Oriental*: China, Japón, República de Corea, Taiwán (China).

- Asia Sudoriental y el Pacífico:* Australia, Filipinas. *Asia Meridional:* India. *América Latina:* Argentina, Chile, México, República Bolivariana de Venezuela. *América del Norte:* Canadá, Estados Unidos. *África:* Sudáfrica.
- 98 La pregunta relativa a las preferencias con respecto a la responsabilidad de los cuidados infantiles fue: “Las personas opinan de manera diferente acerca de los cuidados a prestar a los niños que no han alcanzado la edad escolar. ¿Quién cree usted que debería prestar principalmente esos cuidados?”. Las posibles respuestas eran “los familiares”, “los organismos públicos”, “las organizaciones sin ánimo de lucro, por ejemplo, organizaciones caritativas, organizaciones eclesiósticas/religiosas, proveedores privados de cuidados (por ejemplo, guarderías privadas, nanas, niñeras)”. La segunda pregunta relativa a las preferencias sobre el pago de los servicios de AEPI fue: “¿Quién cree usted que debería costear principalmente los gastos de cuidar a los niños que no han alcanzado la edad escolar?”. Las posibles respuestas fueron “la propia familia”, “el Gobierno/con fondos públicos” o “los empleadores”. Los porcentajes que figuran se basan en las respuestas combinadas de los encuestados a estas dos preguntas, tras agrupar a quienes: 1) respondieron “la familia” a ambos puntos de la encuesta; 2) escogieron a agentes de fuera de la familia como proveedores y a familiares como costeadores; 3) escogieron a familiares como proveedores y a agentes de fuera de la familia como costeadores; y 4) respondieron que los agentes de fuera de la familia deberían prestar y costear los cuidados de la familia.
- 99 UNESCO, 2015b.
- 100 *Ibid.*
- 101 UNESCO, 2017, los datos se refieren a 2015 o al último año disponible.
- 102 *Ibid.*, pág. xvi; véase también págs. 144-145.
- 103 Véase glosario en UNESCO, 2016b.
- 104 UNESCO, 2015a.
- 105 UNESCO, 2015b.
- 106 *Ibid.*
- 107 OCDE, 2017b.
- 108 Drake y Woolnough, 2016.
- 109 PMA, 2013.
- 110 *Ibid.*
- 111 OIT, 2015g.
- 112 OCDE, 2017b.
- 113 *Ibid.*
- 114 UNESCO, 2016b.
- 115 UNESCO, 2017.
- 116 UNESCO, 2015g.
- 117 *Ibid.*
- 118 UNESCO, 2016b.
- 119 OCDE, 2017b.
- 120 OIT, 2012a.
- 121 OCDE, 2017b.
- 122 La asistencia a tiempo parcial entre niños de menos de 3 años está particularmente extendida en países como los Países Bajos (18 horas), el Reino Unido (17 horas de media) y Suiza (20 horas) (*Ibid.*).
- 123 Colombo et al., 2011; Brodsky, Habib y Hirschfeld, 2003.
- 124 OCDE, 2017a.
- 125 Colombo et al., 2011.
- 126 Shakespeare y Williams, 2018.
- 127 OMS y Banco Mundial, 2011; Shakespeare y Williams, 2018.
- 128 Según las definiciones de la OIT, los servicios de cuidados de larga duración prestados en el hogar pueden considerarse una forma de trabajo doméstico.
- 129 OMS, 2015; Klaver et al., 2013.
- 130 Naciones Unidas, 2006.
- 131 OIT, 2017b; Scheil-Adlung, 2015.
- 132 OCDE, 2017a.
- 133 Scheil-Adlung, 2015.
- 134 Patel, 2009.
- 135 Colombo et al. 2011; OMS, 2015.
- 136 Hoffmann, Huber y Rodrigues, 2013.
- 137 *Europa Septentrional, Meridional y Occidental:* Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Países Bajos, Noruega, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido. *Europa Oriental:* Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia, Federación de Rusia, Eslovaquia. *Asia Central y Occidental:* Israel, Turquía. *Asia Oriental:* China, Japón, República de Corea, Taiwán, China. *Asia Sudoriental y el Pacífico:* Australia, Filipinas. *Asia Meridional:* India. *América Latina:* Argentina, Chile, México, República Bolivariana de Venezuela. *América del Norte:* Canadá, Estados Unidos. *África:* Sudáfrica.
- 138 La pregunta de la encuesta sobre la prestación de cuidados fue la siguiente: “Pensando en las personas de edad avanzada que necesitan alguna ayuda en sus vidas diarias, por ejemplo, para la compra, la limpieza de la casa, la colada, etc., ¿quién, según usted, debería encargarse principalmente de esta ayuda?”. Las posibles respuestas fueron: “Los familiares”, “los organismos públicos”, “las organizaciones sin ánimo de lucro (por ejemplo, organizaciones benéficas, iglesias/organizaciones religiosas)” o “prestadores

- privados de este tipo de ayuda". La pregunta correspondiente a la financiación de los cuidados fue la siguiente: "¿Y quién, según usted, debería principalmente costear los gastos de esta ayuda a estas personas de edad avanzada?". Las posibles respuestas fueron: "las propias personas de edad avanzada o su familia" o "el Estado/con fondos públicos". Los porcentajes presentados se basan en las respuestas combinadas de los encuestados a estas dos preguntas, tras agrupar a: 1) aquellos que respondieron "la familia" a ambas preguntas de la encuesta; y 2) aquellos que escogieron otros agentes en una o las dos preguntas.
- 139 Colombo et al., 2011; OMS, 2015.
 140 Colombo et al., 2011.
 141 Chen, Liu, y Mair, 2011.
 142 Colombo et al., 2011.
 143 OIT, 2017b.
 144 OMS, 2015.
 145 *Ibíd.*
 146 Scheil-Adlung, 2015.
 147 Véase, por ejemplo, Selwyn et al., 2000.
 148 En virtud de la legislación internacional sobre derechos humanos, el derecho a la seguridad social y el derecho a la protección social son sinónimos y se los puede usar de manera intercambiable. Véase Sepúlveda Carmona, 2017.
 149 OIT, 2017b.
 150 Por *régimen de seguro social* se entiende un régimen contributivo de protección social que garantiza una protección basada en la previa aportación de contribuciones y la "puesta en común" para cubrir los gastos sobrevenidos como resultado de una contingencia, como el desempleo o la enfermedad.
 151 Los *regímenes no contributivos* normalmente no requieren una cotización directa de los beneficiarios o de sus empleadores como condición para tener derecho a percibir las prestaciones que correspondan. El término engloba un amplio espectro de regímenes, que incluyen los *regímenes universales* para todos los residentes o los *regímenes por categorías* para determinados grupos amplios de la población (por ejemplo, para niños por debajo de cierta edad o para personas mayores por encima de cierta edad), y los *regímenes sujetos a verificación de recursos*. Estos últimos proporcionan prestaciones previa aportación de la prueba de la necesidad y su objetivo son determinadas categorías de personas u hogares cuyos medios caen por debajo de determinado umbral; con frecuencia se los denomina *regímenes de asistencia social*.
- 152 OIT, 2016e; Esquivel y Kaufmann, 2017.
 153 Cichon et al., 2004.
 154 Fultz, 2011.
 155 Véase, por ejemplo, OIT, 2016a.
 156 Este indicador no tiene en cuenta si los países conceden a los padres prestaciones libres de impuestos para el cuidado de los hijos, las cuales puedan utilizar luego para adquirir servicios de cuidados. Los 32 países que proporcionan pagos deducibles a efectos fiscales para el cuidado de los hijos son: *África*: Mauricio. *Américas*: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, México, Puerto Rico, Paraguay, Estados Unidos, Uruguay. *Asia y el Pacífico*: Bhután, República de Corea, Malasia, Nueva Zelandia, Tailandia. *Europa y Asia Central*: Austria, Bélgica, República Checa, Francia, Alemania, Italia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Portugal, Federación de Rusia, España, Suiza, Reino Unido.
- 157 OCDE, 2016b.
 158 OIT, 2017b.
 159 Ungerson y Yeandle, 2007.
 160 Kamerman y Gatenio Gabel, 2010, pág. 11.
 161 Hein y Cassirer, 2010.
 162 *Ibíd.*
 163 El pago de la seguridad social asciende a una cifra de entre 175 y 463€ (para un niño menor de 3 años) y entre 88 y 231€ (para un niño de entre 3 y 6 años), en función de la renta familiar.
 164 Hein y Cassirer, 2010; CAF, 2018.
 165 Da Roit y Le Bihan, 2010.
 166 OIT, 2017b.
 167 Kamerman y Gatenio Gabel, 2010.
 168 OIT, 2017b. Obsérvese que no todos los programas se ocupan explícitamente de las necesidades de cuidados; algunos se ocupan del costo general de la discapacidad u ofrecen ayuda para mantener los ingresos.
 169 *Ibíd.*; Shakespeare y Williams, 2018.
 170 Yeandle y Kröger, 2014.
 171 Shakespeare y Williams, 2018.
 172 Sipilä, Repo y Rissanen, 2010.
 173 Muir, 2017.
 174 Banco Mundial, 2015.
 175 Chopra, Kelbert y Iyer, 2013.
 176 Holmes y Jones, 2010; Fultz y Francis, 2013.
 177 Martínez Franzoni y Voorend, 2012.
 178 Al principio el nombre del programa fue Progresá, luego se rebautizó como Oportunidades y, por fin, en 2014, como Prospera.
 179 Orozco Corona y Gammage, 2017.

- 180 Holmes y Jones, 2010.
 181 OIT, 2018d.
 182 OIT, 2016b.
 183 *Ibid.*
 184 Yeandle y Kröger, 2014.
 185 *Ibid.*, pág. 229.
 186 OIT, 2016b.
 187 *Ibid.*
 188 OIT, 2016e.
 189 OCDE, 2010.
 190 OIT, 2017b.
 191 Fagan et al., 2014.
 192 OIT, 2016e.
 193 *Ibid.*
 194 Blum, Koslowski y Moss, 2017.
 195 Australia, Bulgaria, Islandia, Irlanda, Italia, Malta, Países Bajos, Nueva Zelandia, Portugal y Reino Unido.
 196 Blum, Koslowski y Moss, 2017.
 197 De la encuesta europea de 2015 sobre las condiciones de trabajo.
 198 Eurofound, 2017.
 199 OIT, 2016b.
 200 Pillinger, Schmidt y Wintour, 2016.
 201 Pillinger, 2014.
 202 Eurofound y OIT, 2017.
 203 *Ibid.*
 204 *Ibid.*
 205 *Ibid.*
 206 *Ibid.*
 207 OIT, 2016c.
 208 Anand y Sevak, 2017.
 209 Entre otros ajustes de accesibilidad del lugar de trabajo figuran normalmente ofrecer un supervisor, la formación específica; organizar la ayuda de los compañeros; modificar las tareas del puesto de trabajo tras la aparición de una discapacidad; proporcionar equipo especial o modificar el lugar de trabajo; y ayudar en los cuidados familiares o de los hijos.
- 210 Así ocurre en Australia con el Sistema de Modificaciones en el Lugar de Trabajo, que financia hasta con 10.000 dólares australianos tales obras. Véase OMS y Banco Mundial, 2011.
 211 OIT, 2014a.
 212 OMS y UNICEF, 2017.
 213 Esquivel y Kaufmann, 2017.
 214 OMS y UNICEF, 2017.
 215 Banco Mundial, FAO e IFAD, 2008.
 216 OMS y Banco Mundial, 2011.
 217 Jiménez, 2017.
 218 Naciones Unidas, 2013.
 219 Sexsmith, Smaller y Speller, 2017; Banco Mundial, FAO e IFAD, 2008.
 220 IFAD, 2016b.
 221 IFAD, 2016a.
 222 Tanzarn y Gutiérrez, 2015.
 223 OIT, 2015a.
 224 OIT, 2009.
 225 IFC, 2017; Hein y Cassirer, 2010.
 226 OIT, 2016d; OIT, 2017a.
 227 IFC, 2017; OIT, 2015c; Smeaton, Ray y Knight, 2014.
 228 UNRISD, 2016.
 229 Esquivel y Kaufmann, 2017.
 230 Sjöberg, 2004.

Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y el empleo de prestación de cuidados

MENSAJES PRINCIPALES

- Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado atienden las necesidades humanas más básicas y velan por el bienestar de quienes están en una posición relativamente dependiente. Su labor suele conllevar una cierta implicación emocional con las personas que cuidan.
- La fuerza de trabajo de los cuidados en el mundo está integrada por las trabajadoras y trabajadores que prestan cuidados en los sectores del cuidado (la educación, la salud y el trabajo social), y los que no son del cuidado y por las trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares). También comprende las trabajadoras y trabajadores que no son del cuidado en los sectores del cuidado, pues contribuyen a la prestación de servicios de cuidados. Sumando esas diversas categorías, la fuerza de trabajo de los cuidados en el mundo asciende a 381 millones de trabajadoras y trabajadores, que representan el 11,5 por ciento del empleo total mundial.
- La fuerza de trabajo de los cuidados en el mundo está compuesta por 248,9 millones de mujeres y 132,1 millones de hombres. En la mayoría de los lugares, cuanto mayor es la proporción de esa fuerza de trabajo en el empleo total, más feminizada está. Aproximadamente dos tercios de esta fuerza de trabajo mundial son mujeres, y este porcentaje aumenta por encima de los tres cuartos en las Américas y en Europa y Asia Central.
- Muchas ocupaciones del cuidado se consideran una extensión del trabajo de cuidados no remunerado que realizan las mujeres en sus propios hogares y comunidades. Como consecuencia, conllevan un bajo estatus, carecen de reconocimiento social y su remuneración es escasa.
- Ciertas características del trabajo de cuidados remunerado debilitan la posición de negociación de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, contribuyendo más aún a su baja remuneración e incentivando una elevada rotación. Muchas trabajadoras y trabajadores del cuidado experimentan una “penalización en la remuneración de los cuidados” que oscila entre el 4 y el 40 por ciento de su salario por hora.
- El sector de la salud y del trabajo social es una importante fuente de empleo. Representa 130,2 millones de empleos en todo el mundo, lo que constituye el 3,9 por ciento del empleo mundial total. El 7 por ciento de todas las empleadas del mundo encuentran un trabajo en este sector, en comparación con el 2 por ciento de los hombres empleados.
- El personal de enfermería y obstetricia constituye el mayor grupo profesional en el sector de la atención de salud, y el trabajo de enfermería sigue siendo la ocupación más feminizada de ese sector. Las trabajadoras y los trabajadores de los cuidados personales, en su mayor parte a domicilio, se enfrentan a salarios bajos y condiciones de trabajo terribles, y tienden a verse expuestos a prácticas discriminatorias. Las trabajadoras y trabajadores de la salud comunitarios suelen estar mal formados y contar con pocos recursos, su remuneración suele ser escasa o nula, y a menudo se recurre a ellos para remediar la escasez de trabajadores sanitarios.

- La migración de las trabajadoras y trabajadores de la salud es una característica de los mercados mundiales de trabajo de la salud, impulsada por las condiciones de trabajo y por las diferencias de ingresos entre los países. El reconocimiento y la certificación de las aptitudes constituyen importantes obstáculos para las enfermeras y enfermeros migrantes.
- El empleo en el sector de la educación supone 157 millones de puestos de trabajo en todo el mundo, constituyendo el 4,8 por ciento del empleo mundial total. Estas cifras representan el 7,4 por ciento de todas las mujeres empleadas y el 3,1 por ciento de los hombres empleados a escala mundial.
- Los salarios anuales del personal docente están a la altura del PIB per cápita, un poco por debajo en los países de ingresos altos, pero por encima en los países de ingresos relativamente más bajos. Sin embargo, en los últimos decenios los trabajos temporales y a tiempo parcial en el sector de la educación han experimentado un incremento.
- Existen 70,1 millones de trabajadoras y trabajadores domésticos empleados por hogares en el mundo (49,2 millones de mujeres y 20,9 millones de hombres), que representan el 2,1 por ciento del empleo mundial total y el 3,8 por ciento del empleo femenino total.
- Las trabajadoras y trabajadores domésticos experimentan algunas de las peores condiciones de trabajo de toda la fuerza de trabajo de los cuidados, y son particularmente vulnerables a la explotación. Los trabajos en este sector son considerablemente impredecibles y ocasionales, y se ven afectados por la baja cobertura de la protección social y laboral. La violencia en el trabajo está omnipresente en el sector del trabajo doméstico.
- Las cifras, las condiciones de trabajo y los niveles de remuneración de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado que se dan en los países están estrechamente relacionados con la cobertura y la calidad de los servicios de cuidados y con la función compensatoria que el trabajo doméstico puede desempeñar en su ausencia. A su vez, las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado influyen en la calidad de los cuidados que prestan.
- La informalidad, las largas jornadas de trabajo y las modalidades atípicas de empleo adoptan formas particulares entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.
- La prestación pública de servicios de cuidados tiende a mejorar las condiciones laborales y la remuneración de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, mientras que su prestación privada no regulada tiende a empeorarlas, con independencia del nivel de ingresos del país.
- La existencia y representatividad de organizaciones de trabajadores que cubran a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, junto con el alcance de los mecanismos de diálogo social, como la negociación colectiva, también desempeñan una función importante en la determinación de las condiciones salariales y laborales de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y en hacer oír su voz en otras decisiones que les afectan.
- La mejor vía hacia el trabajo de cuidados no se construye sin trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores del sector

Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado atienden las necesidades básicas más humanas y son el sostén del bienestar de quienes se encuentran en una situación relativamente dependiente, como los niños, los ancianos o las personas con discapacidades. Son los cerebros, los rostros y las manos de la prestación de servicios de cuidados: son las trabajadoras y los trabajadores de la enfermería, la docencia, la medicina, el cuidado de los niños y los cuidados personales, por no citar más que unas pocas de las profesiones del cuidado. Al mismo tiempo, la situación de estas trabajadoras y trabajadores plasma muchos de los problemas a los que hacen frente las trabajadoras en los mercados de trabajo en general, por ejemplo, la segmentación por géneros, las malas condiciones de trabajo y de remuneración, las diferencias en la remuneración por motivos de género y la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.

Las trabajadoras y trabajadores del cuidado cierran el círculo entre la prestación no remunerada de cuidados y el trabajo remunerado. Muchas profesiones del cuidado son vistas como una extensión de la función de cuidadoras que ejercen las mujeres en sus casas y, como resultado, arrastran con ellas un estatus inferior y una falta de reconocimiento social. De hecho, a algunas profesiones se las relaciona tanto con lo que es visto como actitudes y predisposiciones “naturales” de la mujer que se asume su poca especialización, justificando así que se les pague poco. Un número desproporcionado de estos empleos son asumidos por las mujeres, que pueden quedar aún más marginadas debido a su raza, etnia o estatus migratorio.¹

Las cifras de las trabajadoras y trabajadores del cuidado, sus condiciones de trabajo y sus niveles de remuneración están estrechamente relacionados con la cobertura y la calidad de los servicios del cuidado, en la enseñanza y en la atención de la salud y la atención social, incluida la atención y la educación de la primera infancia y los cuidados de larga duración (véase el capítulo 3). La importancia de la prestación pública, las presiones para reducir el gasto público en países azotados por la crisis y la solidez de la regulación de los prestadores privados de servicios del cuidado son factores todos ellos que conforman los salarios de las trabajadoras y trabajadores del cuidado, sus condiciones de trabajo y su nivel profesional.² Otras políticas contribuyen también a definir la posición de las trabajadoras y trabajadores del cuidado en el mercado de trabajo, a saber, las políticas en materia laboral (por ejemplo, políticas sectoriales específicas relativas a trabajadores de los sectores del cuidado y a las trabajadoras y trabajadores domésticos), pero también las políticas migratorias y las políticas de protección social. La existencia y representatividad de las organizaciones de trabajadores que amparan a las trabajadoras y trabajadores del cuidado, unidas a la cobertura de mecanismos de diálogo social como la negociación colectiva, también desempeñan una función importante para determinar las condiciones de remuneración y de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y para hacer oír su voz en otras decisiones que les afectan.

Este capítulo se divide en tres secciones. En la primera se define la fuerza de trabajo del cuidado y los diferentes grupos que la comprenden, y presenta las estimaciones mundiales y regionales del empleo en el sector en 2018. También examina los elementos que son comunes entre quienes trabajan en el cuidado. En la segunda sección se pone el foco en las trabajadoras y trabajadores domésticos y en determinadas profesiones del cuidado. En la tercera sección se expone un estudio de los “modelos de empleo en el cuidado” en las distintas naciones, basado en un análisis por conglomerados del nivel y composición de la fuerza de trabajo del cuidado en 99 países. Este análisis muestra las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en ocho modelos diferentes, determinados por la combinación de la cobertura de los servicios del cuidado, la manera en que está organizada la prestación de estos servicios y las políticas vigentes pertinentes de mercado laboral y migratorias. Este capítulo completa el capítulo 3 al presentar una visión de los servicios del cuidado desde la perspectiva de los trabajadores, y cierra el círculo de trabajo de cuidados no remunerado –trabajo remunerado– trabajo de cuidados remunerado que comenzó en el capítulo 2. Los déficits en materia de prestación de servicios de cuidados que no cubre este capítulo ni el capítulo 3 y las cifras y condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado que se describen aquí constituyen las bases para el establecimiento de los escenarios del *statu quo* y de la mejor vía del capítulo 5.

4.1. EL EMPLEO DE CUIDADOS EN TODO EL MUNDO

La fuerza mundial del trabajo de cuidados comprende a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado (enseñanza y atención de la salud humana), a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en otros sectores y a las trabajadoras y los trabajadores domésticos. También comprende a los trabajadores que no prestan servicios de cuidados en los sectores del cuidado, dado que coadyuvan a la prestación de estos servicios. Combinando estas diversas categorías, la fuerza mundial del trabajo de cuidados asciende a 381 millones de trabajadores. Constituye por tanto una importante fuente de empleo a nivel mundial y, como se muestra en el capítulo 5, debería experimentar una notable expansión si se cumplen los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado son aquellas y aquellos que trabajan a cambio de beneficio o remuneración³ y cuyas profesiones implican la prestación de un servicio presencial que desarrolla las capacidades humanas del receptor de los cuidados⁴ (cuidados personales o cuidados “afectivos”).⁵ Engloba el trabajo del personal médico y de enfermería, la educación de la primera infancia, los docentes de la escuela primaria y secundaria y sus asistentes, los terapeutas y los trabajadores de los cuidados personales. Cuando están empleados en los sectores del cuidado, normalmente prestan sus servicios en hospitales, residencias de ancianos, colegios o clínicas de salud (véase el recuadro 4.1). En el mundo existen actualmente 215 millones de *trabajadoras y trabajadores del cuidado en sectores del cuidado*, que representan el 6,5 por ciento del empleo total mundial. Hay 142,8 millones de mujeres y 72,5 millones de hombres que son trabajadores del cuidado. En otras palabras, dos tercios de los trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado son mujeres y únicamente un tercio son hombres, lo que para empezar apunta a un fenómeno que es evidente por todo el mundo y aplicable a la mayoría de las categorías de trabajadores del cuidado: el trabajo de cuidados remunerado lo realizan mujeres en su mayoría.

Además, hay trabajadores del cuidado empleados en otros contextos, por ejemplo, la enfermera o el enfermero que trabaja en una fábrica o la maestra o el maestro de educación de la primera infancia que lo hace en una guardería organizada por el empleador. Aunque todavía prestan cuidados, lo hacen en sectores distintos al de los cuidados. *Las trabajadoras y trabajadores del cuidado en sectores que no son del cuidado* representan 23,5 millones en todo el mundo (el 0,7 por ciento del empleo mundial total) y comprenden 13,8 millones de mujeres y 9,7 millones de hombres.

La fuerza de trabajo del cuidado también comprende a las trabajadoras y trabajadores domésticos. Como se define en el Convenio de la OIT sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189), el trabajo doméstico es “el trabajo realizado en un hogar u hogares o para los mismos” profesionalmente, y una trabajadora o trabajador doméstico es, por tanto, “toda persona que realiza un trabajo doméstico en el marco de una relación de trabajo”.⁶ Esta definición establece el lugar de trabajo (el hogar) como la característica definitoria del sector. Si bien el Convenio no define el trabajo doméstico según las tareas, a grandes rasgos se entiende que el mismo comprende tareas como el cuidado de los niños, el cuidado de personas de edad avanzada o con discapacidades en sus hogares, la cocina, la limpieza o el planchado. La inclusión de las trabajadoras y los trabajadores domésticos en la fuerza de trabajo del cuidado reconoce de ese modo que la prestación de cuidados comprende no solamente al personal del cuidado, sino también al trabajo de cuidados indirecto que no implica relaciones, como la limpieza y la cocina, los cuales sientan las condiciones previas necesarias para la prestación de cuidados personales.

Al adoptar una perspectiva sectorial, el presente informe utiliza una definición estadística de trabajadoras y trabajadores domésticos que es más estricta que la del Convenio núm. 189. A los efectos del presente informe, por trabajadoras y trabajadores domésticos se entiende los empleados por los hogares (véase el recuadro 4.1), excluyendo por tanto determinadas trabajadoras y trabajadores domésticos que son empleados por proveedores de servicios domésticos, tanto públicos como privados.⁷ Debido a limitaciones en los datos (cuya raíz está en la definición de la población en edad de trabajar), este informe también excluye a las niñas y niños (menores de 15 años) que hacen trabajos domésticos, los cuales suelen trabajar en condiciones de trabajo infantil.⁸ Esto significa que el número de trabajadoras y trabajadores domésticos calculados en el presente informe probablemente es una infravaloración. Teniendo esto presente, hay 70,1 millones de trabajadoras y trabajadores domésticos en los hogares en todo el mundo (49,2 millones de mujeres y 20,9 millones de hombres). Ello representa el 2,1 por ciento del empleo mundial total, y el 3,8 por ciento del empleo femenino total.

Las personas que no prestan cuidados y que trabajan en los sectores de la atención de la salud y la atención social y de la enseñanza contribuyen a la prestación de servicios de cuidados en los sectores del cuidado: son oficiales administrativos, cocineros o personal de limpieza, por ejemplo, cuyas profesiones no son del cuidado pero cuyo trabajo forma parte integrante de la prestación de servicios de cuidado, y por tanto forman parte de la economía del cuidado según se la define en la sección 1.1.1. Representan 72 millones de trabajadores (el 2,2 por ciento del empleo total mundial), de los cuales 43 millones son mujeres y 28,9 millones, hombres.

En suma, la fuerza mundial del trabajo de cuidados de 381 millones de trabajadores está compuesta de 248,9 millones de mujeres y 132,1 millones de hombres. La tasa de feminización de la fuerza total del trabajo de cuidados es del 65,3 por ciento. Estas cifras se traducen en el 11,5 por ciento del empleo mundial total, el 19,3 por ciento del empleo femenino mundial y el 6,6 por ciento del empleo masculino mundial. El empleo en el cuidado es por tanto una fuente significativa de empleo en todo el mundo, en particular para las mujeres.

Recuadro 4.1. Definición de la fuerza de trabajo del cuidado

El presente informe identifica a los trabajadores del cuidado utilizando tanto la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 08 o versiones anteriores)⁹ como la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIU Revisión 4 o versiones anteriores)¹⁰ al nivel de dos dígitos. Sobre la base de la CIUO 08 los trabajadores del cuidado son aquellos clasificados en las siguientes profesiones del cuidado: 22 – Profesionales de la salud; 23 – Profesionales de la enseñanza; 32 – Profesionales de nivel medio de la salud; 53 – Trabajadores de los cuidados personales; 26 – Profesionales en derecho, en ciencias sociales y culturales; 34 – Profesionales de nivel medio de servicios jurídicos, sociales, culturales y afines; 51 – Trabajadores de los servicios personales; y 91 – Limpiadores y asistentes. Se los recoge de manera indirecta combinando los códigos CIUO y CIU.

Sobre la base de la CIU Revisión 4, los sectores del cuidado son: 85 – Enseñanza; 86 – Actividades de la atención de la salud y la atención social; 87 – Actividades de atención en instituciones; y 88 – Actividades de asistencia social sin alojamiento. Obsérvese que esta clasificación abarca a los proveedores de servicios tanto públicos como privados que operan en estos sectores. Combinando las profesiones del cuidado con los sectores del cuidado, es posible identificar a trabajadores del cuidado que trabajan en sectores del cuidado y a trabajadores del cuidado que trabajan en otros sectores, así como a trabajadores que no son del cuidado y que trabajan en los sectores del cuidado.

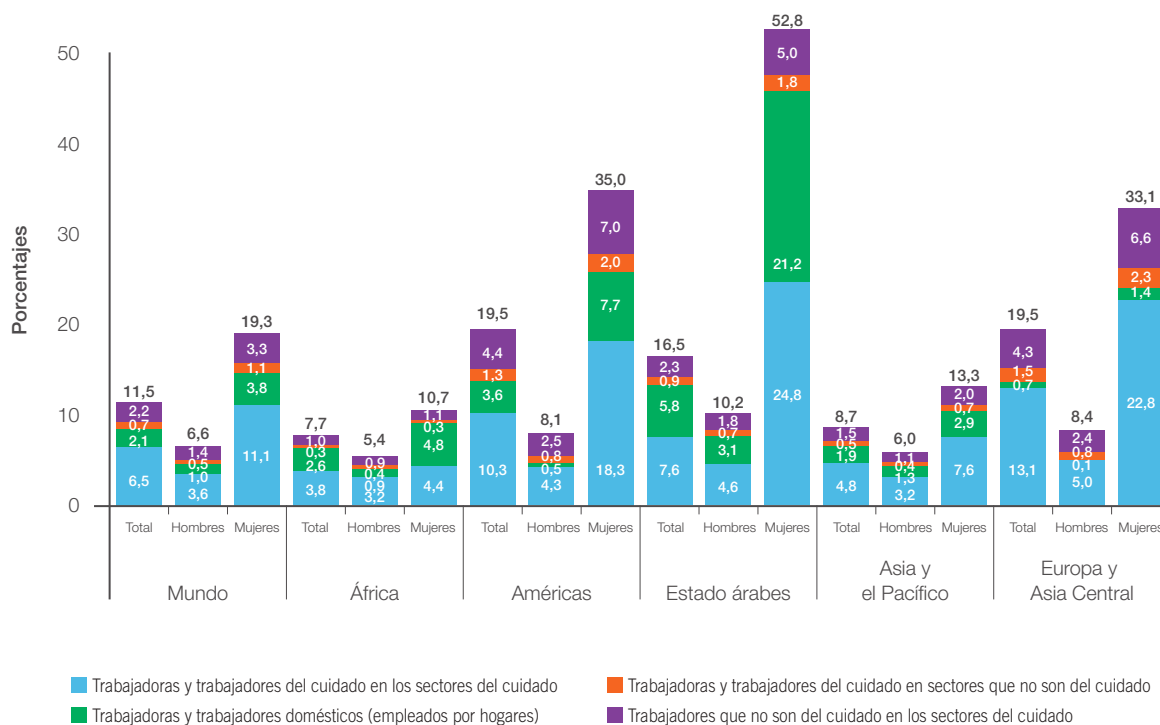
Las trabajadoras y los trabajadores domésticos están identificados en el código 97 de la CIU (Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico), sin diferenciar entre las profesiones incluidas dentro de este código de ocupaciones.¹¹

Nota: Véase el anexo A.4.1 para más detalles.

Fuente: Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202); Naciones Unidas, 2008.

4.1.1. Empleo en el cuidado: estimaciones mundiales y regionales

Existen importantes variaciones regionales en los patrones del empleo en el cuidado (gráfico 4.1). Con la excepción de los Estados Árabes, cuanto mayor es la fuerza de trabajo del cuidado en tanto que proporción del empleo total, más feminizada está. En tres regiones del mundo, las Américas y Europa y Asia Central, la fuerza de trabajo total de los cuidados comprende casi un quinto de la población total y más de un tercio del empleo femenino, y la tasa de feminización de la fuerza de trabajo del cuidado es de más del 76 por ciento. Sin embargo, estas tres regiones difieren en un aspecto importante: mientras que en Europa y el Asia Central los trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado representan el 13,1 por ciento y los trabajadores domésticos el 0,7 por ciento del empleo total, en las Américas los trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado representan el 10,3 por ciento y los trabajadores domésticos el 3,6 por ciento del empleo total. En las Américas, y en particular en América Latina, los trabajadores domésticos están empleados por los hogares. En Europa y Asia Central están en su mayoría empleados por el Estado o por organismos privados que prestan cuidados personales a domicilio. En las Américas, las trabajadoras del cuidado en los sectores del cuidado representan el 18,3 por ciento y las trabajadoras domésticas el 7,7 por ciento del empleo femenino total. En Europa y Asia Central, las trabajadoras domésticas representan únicamente el 1,4 por ciento del empleo femenino total, mientras que las trabajadoras del cuidado representan el 22,8 por ciento. Los perfiles de la fuerza de trabajo de los cuidados en ambas regiones, sin embargo, son similares: los trabajadores del cuidado representan el 4,3 y el 5 por ciento del total del empleo masculino, y los trabajadores domésticos, el 0,5 y el 0,1 por ciento del total del empleo masculino en las Américas y en Europa y Asia Central, respectivamente.

Gráfico 4.1. El empleo en el cuidado como proporción del empleo total, por región y sexo


Nota: Población empleada abarcada y número de países por estimaciones mundiales: Mundo: 88 por ciento (99); África: 64 por ciento (22); Américas: 87 por ciento (14); Estados árabes: 82 por ciento (8); Asia y el Pacífico: 96 por ciento (19); Europa y Asia Central: 83 por ciento (36). Véase los detalles metodológicos en el anexo A.4.2. y las estimaciones mundiales y regionales de la fuerza de trabajo del cuidado en el cuadro A.4.1.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

En África, Asia y el Pacífico, la fuerza de trabajo total del cuidado comprende alrededor del 8 por ciento del empleo total (el 7,7 y el 8,7 por ciento, respectivamente); es inferior en el caso de los hombres (5,4 y 6 por ciento, respectivamente) que en el de las mujeres (10,7 y 13,3 por ciento, respectivamente). África registra la proporción más baja del empleo de prestación de cuidados de todas las regiones del mundo y la proporción más baja de trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado (3,8 por ciento). Además, una tercera parte de la fuerza de trabajo de los cuidados de África son trabajadores domésticos, lo que sugiere que hay un grave déficit de prestación de servicios de cuidados, como se analizará en la sección 4.3. A su vez, Asia y el Pacífico registran un predominio ligeramente superior de trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado (4,8 por ciento) en comparación con África, pero esta cifra sigue estando por debajo de la mitad de la proporción registrada en las Américas, lo que también es un indicio de que hay deficiencias en la prestación de servicios de cuidados.

Los Estados Árabes muestran un patrón que difiere de todas las demás regiones: es la región con la proporción más elevada de trabajadores domésticos en relación con el empleo total (5,8 por ciento) y la región donde tanto la fuerza de trabajo femenina de los cuidados como la masculina representan la proporción más elevada de todas las mujeres y hombres que están empleados. Más de la mitad de todas las mujeres empleadas (52,8 por ciento) trabajan en la economía de los cuidados, haciendo de ella la mayor fuente de empleo para las mujeres, y cerca de la mitad de estas mujeres (o el 21,2 por ciento del total del empleo femenino) son trabajadoras domésticas.

Al mismo tiempo, es la región con el menor grado de feminización de la fuerza de trabajo de los cuidados (47 por ciento). Esta paradoja se explica por la bajísima ratio de empleo femenino con respecto a la población (15,8 por ciento).¹² En otras palabras, son poquísimas las mujeres que están empleadas en los Estados Árabes, pero cuando lo están, una de cada dos forma parte de la fuerza de trabajo de los cuidados.

4.1.2. Trabajadoras y trabajadores del cuidado: algunas características comunes

El trabajo de cuidados es amplio y variado, y los trabajadores del cuidado, un grupo muy heterogéneo. Las características y experiencias de estos trabajadores varían en función de un abanico de factores: el tipo de trabajo que realizan, el contexto, el nivel de calificaciones, el entorno normativo, etc. No obstante, algunas características que cabe identificar en el caso de la mayoría de los trabajadores del cuidado se describen en la presente sección. Las características concretas de los diferentes grupos de trabajadores del cuidado se exponen en las secciones 4.2 y 4.3.

La prestación de cuidados como trabajo remunerado

Al atender a las necesidades de cuidados, el trabajo de los trabajadores del cuidado conlleva normalmente un grado de implicación emocional con quienes son objeto de los cuidados, lo cual es difícil de medir.¹³ Esto hace que la prestación de cuidados sea inseparable de la persona que los presta, característica que la hace fundamentalmente diferente de la mayoría de las demás actividades económicas.

Debido a su naturaleza relacional, incluso en su forma “menos calificada”, el trabajo de cuidados no remunerado es menos rutinario que otros trabajos, y por tanto se presta menos a la automatización y a la externalización¹⁴, aunque la tecnología puede contribuir a fragmentar el proceso de prestación de cuidados y parcelarlo en tareas rutinarias y no rutinarias.

El hecho de que los cuidados sean de naturaleza relacional significa también que la demanda de trabajo de cuidados remunerado es difícil de ajustar y, en algunos casos, no puede ajustarse en absoluto. Eso vale tanto en el plano temporal como en términos de la naturaleza de los cuidados que hacen falta. En los jardines de infancia, los niños necesitan atenciones que no se pueden aplazar. Las personas de edad avanzada con limitaciones de movilidad o las que tienen determinadas discapacidades necesitan cuidados y asistencia con determinadas actividades diarias, los cuales deben prestarse para que puedan seguir adelante con sus vidas. La demanda de trabajo de cuidados remunerado en términos de necesidad no varía con los precios. Lo que variará en función del precio y de los ingresos son las aptitudes, los salarios y las condiciones en las cuales se presta el trabajo de cuidados remunerado, y la satisfacción o no de las demandas de cuidados.

Violencia y acoso

Las relaciones de cuidados entre quienes los prestan y quienes los reciben suelen ser satisfactorias, pero también exigentes y emocionalmente tensas. Hay ocasiones en que los trabajadores del cuidado sufren violencia y acoso. En particular, los trabajadores de la atención sanitaria dan cuenta de algunos de los más elevados niveles de violencia en comparación con otras ramas de actividad y sectores.¹⁵ En los Estados Unidos, las tasas de violencia por parte de los receptores de cuidados contra los trabajadores de la asistencia sanitaria fueron, según estimaciones, 16 veces superiores a las de cualquier otra profesión de servicios.¹⁶ En Rwanda, el 39 por ciento de los trabajadores de sanitarios notificaron haber experimentado alguna forma de violencia en el lugar de trabajo en los 12 meses anteriores.¹⁷ En la Unión Europea (UE), de entre todos los sectores fue el de la salud el que ocupó el lugar más alto con respecto a la exposición a la violencia y el acoso: según la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo de 2016, el 2 por ciento de

los trabajadores en 28 países europeos estuvieron expuestos a violencia física a lo largo de los 12 meses previos a la encuesta, pero en el sector de la atención de la salud la tasa correspondiente fue del 7 por ciento.¹⁸

La violencia en el sector del trabajo doméstico es omnipresente. Las trabajadoras y trabajadores domésticos se ven frecuentemente excluidos de la cobertura legal de los sistemas de derecho del trabajo y, cuando están protegidos, en la práctica puede que no disfruten de esas protecciones, puesto que con frecuencia trabajan de manera informal.¹⁹ Un reciente estudio en Portugal, por ejemplo, concluyó que las trabajadoras y los trabajadores domésticos son víctimas de abusos en el trabajo con más frecuencia, mientras que los migrantes, especialmente las mujeres brasileñas, son los más propensos a notificar todo tipo de abusos y acoso.²⁰

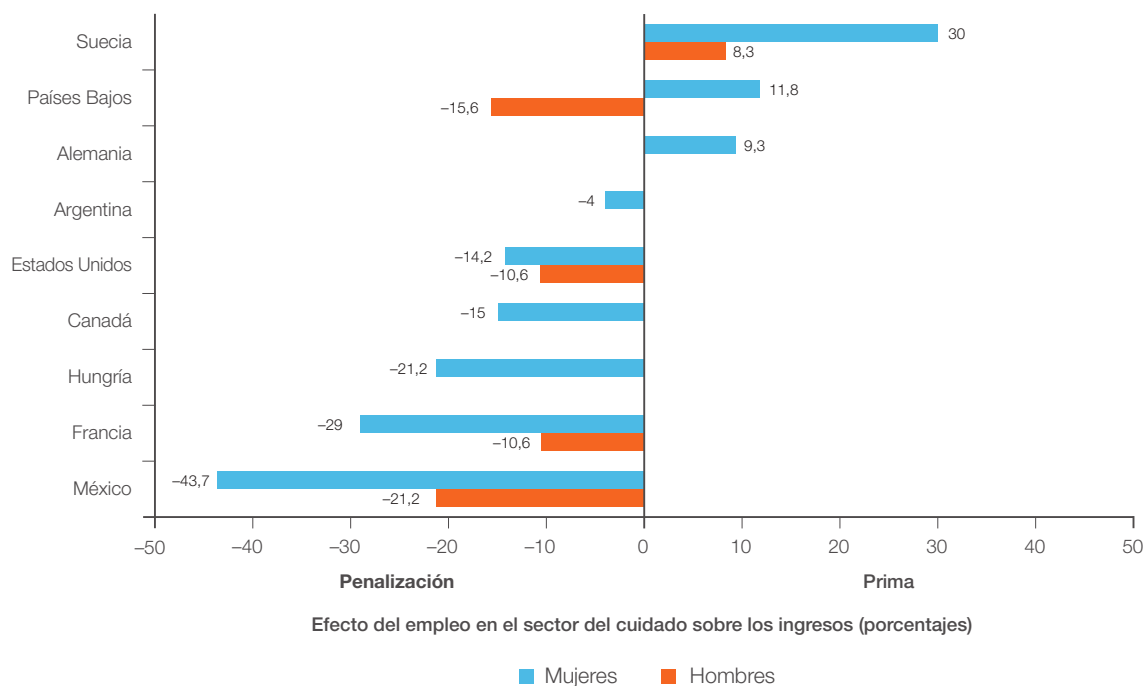
Feminización del trabajo de cuidados remunerado

La feminización de la fuerza de trabajo de los cuidados es una de las características más chocante a través de la mayoría de las regiones, los sectores y las profesiones. En Europa y Asia Central, por ejemplo, son mujeres el 79 por ciento de todos los trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado y el 89 por ciento de los trabajadores domésticos, y en las Américas las proporciones equivalentes son del 76 y el 92 por ciento, respectivamente. El nivel más bajo de feminización se encuentra en los Estados Árabes y en África, donde solo más o menos la mitad de todos los trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado son mujeres (48 y 51 por ciento, respectivamente). En los Estados Árabes, en Asia y el Pacífico las proporciones de mujeres entre los trabajadores domésticos es la más baja del mundo (el 54 y el 57 por ciento, respectivamente). En África, el 80 por ciento de todos los trabajadores domésticos son mujeres.

Las “preferencias por los cuidados” de las mujeres podrían explicar en parte esta feminización, pues socialmente se asocian las inclinaciones por los cuidados con la feminidad. Pero las preferencias por los cuidados también se desarrollan cuidando, pues la interacción con quienes están siendo cuidados suele conducir al desarrollo de un apego emocional con el receptor de los cuidados.²¹ Por tanto, las normas de género se refuerzan si quienes cuidan continúan cuidando.

El que las mujeres predominen en el empleo de los cuidados no significa que todas las mujeres que trabajan en estas profesiones y sectores sean iguales. Hay profundas divisiones entre las trabajadoras de los cuidados que reproducen las desigualdades entre grupos de mujeres. Estudios llevados a cabo en los Estados Unidos han concluido que las mujeres blancas participan de manera desproporcionada en funciones de supervisión y profesionales, mientras que las mujeres de etnias racializadas hacen los trabajos de cuidados pesados o indirectos.²² Las divisiones también tienen que ver con el diferente estatus social (e incluso condición moral) de las profesiones de cuidados, lo que da lugar al surgimiento de jerarquías entre quienes realizan trabajos de cuidados.²³

Además, no todas las profesiones de cuidados han sido siempre realizadas por mujeres ni han constituido un sustituto del trabajo de cuidados no remunerado.²⁴ Algunas profesiones que dominaban los hombres en los países de ingresos altos se han feminizado con el tiempo, por ejemplo, las profesiones médicas, a medida que se ampliaba la formación académica de las mujeres. Sin embargo otras profesiones de cuidados, como la enseñanza y los cuidados de enfermería, se han mantenido feminizados en la mayoría de los países.²⁵ Los estereotipos de género y la falta de titulaciones apropiadas podrían dar razón de que los hombres estén menos presentes en estas profesiones en los países de ingresos altos.²⁶ En los países de ingresos bajos el empleo en los cuidados parece servir de puerta de entrada al trabajo asalariado, particularmente en la enseñanza. El empleo en los cuidados responde a los cambios en las normas de género y a la evolución de las formas de entender lo que son los cuidados.

Gráfico 4.2. Selección de constataciones empíricas de penalizaciones/primas en los salarios de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, por sexo

Fuente: Budig y Misra (2010), excepto para los Estados Unidos y la Argentina. Para los Estados Unidos, Budig et al., 2018. Solo se notifican los efectos significativos ($p \leq 0.05$, pruebas de dos colas). El modelo comprende características de estructura familiar y demográficas, capital humano, características de los empleos, incluido el grado de feminización en la profesión o el sector de ocupación, y porcentaje de empleo público en la enseñanza. En el caso de la Argentina, en el modelo de Esquivel y Pereyra (2017) se tienen en cuenta características personales y del empleo, incluso si este es del sector público, pero no el grado de feminización en la profesión o la rama de actividad.

Penalización en la remuneración de los cuidados

En casi todos los contextos, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado están relativamente mal pagados. En diversos contextos se ha identificado una “penalización en la remuneración de los cuidados”, una brecha en los salarios por hora que no se puede atribuir a diferencias en las aptitudes, las experiencias o las titulaciones.²⁷ En el caso de los Estados Unidos, una estimación reciente de la penalización arroja un 14,2 por ciento en el caso de las mujeres y un 10,6 por ciento en el de los hombres que son trabajadores de cuidados.²⁸ Una vez que se han tenido en cuenta también factores institucionales, como el grado de feminización por sectores u ocupaciones y la proporción del empleo del sector público en las ocupaciones, las penalizaciones en el caso de las trabajadoras del cuidado alcanza el 29 por ciento en Francia y el 21,2 por ciento en Hungría, pero en Suecia se da una prima del 30 por ciento (véase también la sección 4.3). Las penalizaciones y las primas son evidentes en el caso de los hombres, pero comparativamente son menores. En México, la penalización en el caso de las mujeres es del 43,7 por ciento y en el de los hombres, del 21,2 por ciento.²⁹ En Argentina, solo las mujeres experimentan una penalización en la remuneración de los cuidados del 4 por ciento, que se explica por las penalizaciones en el sector de la salud³⁰ (gráfico 4.2). La penalización en los cuidados se exagera en el caso de las trabajadoras y los trabajadores domésticos en Sudáfrica³¹ y en Filipinas.³²

Entre las razones de esta penalización en la remuneración de los cuidados se encuentra la falta de reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado, que se extiende a la infravaloración del trabajo de cuidados remunerado y puede contribuir a desinflar los salarios.³³ Esto es especialmente evidente en el caso de las trabajadoras y los trabajadores domésticos.³⁴

Determinadas características intrínsecas del trabajo de cuidados remunerado pueden debilitar la posición negociadora de los trabajadores del cuidado, lo que también podría contribuir a su menor remuneración. En ciertos trabajos de cuidados, en particular los prestados a domicilio y el trabajo doméstico, los trabajadores se encuentran aislados y tienden a no participar en sindicatos u otras organizaciones de trabajadores. La ausencia de una voz colectiva hace más difícil la negociación. Además, debido a que su trabajo es relacional, muchos trabajadores del cuidado no pueden amenazar con retirar sus servicios: pueden no ser capaces de dejar desatendidos a los receptores de los cuidados si la sustituta o sustituto no ha llegado, por ejemplo, ni declararse en huelga cuando prestan servicios esenciales. El resultado de unos cuidados de calidad también es difícil de medir; quienes reciben los cuidados a veces son incapaces de juzgar la calidad de los cuidados recibidos, y con frecuencia no son ellos quienes los pagan. Por ejemplo, la dificultad de medir el resultado y el hecho de que la prestación de cuidados de calidad a menudo dependa de una labor eficaz de equipo se encuentra detrás de la resistencia de los docentes en los Estados Unidos a medidas de remuneración en función del rendimiento. El trabajo de cuidados es un “bien público”³⁵; tiene externalidades positivas, lo que significa que el valor completo de la prestación de trabajos de cuidados supera al precio con el que lo facturan los proveedores privados. Esto reduce los márgenes de beneficio en el sector privado, incentivando estrategias de alta rotación asociadas a la baja calidad de los cuidados y la escasa remuneración de los trabajadores del cuidado.³⁶

Las explicaciones se han centrado también en las características particulares de los servicios del cuidado, cuya productividad podría quedar rezagada con respecto a otras ramas de actividad. El aumento de las presiones competitivas podría provocar el rezagamiento de los salarios relativos, la caída del nivel de los cuidados, la desespecialización y la acentuación de la segmentación de la fuerza de trabajo del cuidado³⁷ y el aumento de los costos relativos de los servicios de cuidados.³⁸ Otras explicaciones se han basado en los contextos específicos del mercado de trabajo y las condiciones de empleo que afrontan los trabajadores del cuidado, como las modalidades de sus contratos y su cobertura o no por protecciones laborales, así como su capacidad de sindicalización, representación y acciones colectivas. Por ejemplo, la oferta de trabajo migrante para los cuidados puede mantener relativamente bajos los salarios de los trabajadores del cuidado en determinados segmentos de la fuerza de trabajo del cuidado, tanto más cuanto más precario sea su estatus de migración. En mercados de trabajo con una amplia desigualdad de ingresos o niveles elevados de desempleo, ciertos trabajadores del cuidado podrían quedar en lo más bajo de la jerarquía de la remuneración, añadiendo presión a la remuneración de los trabajadores del cuidado.³⁹

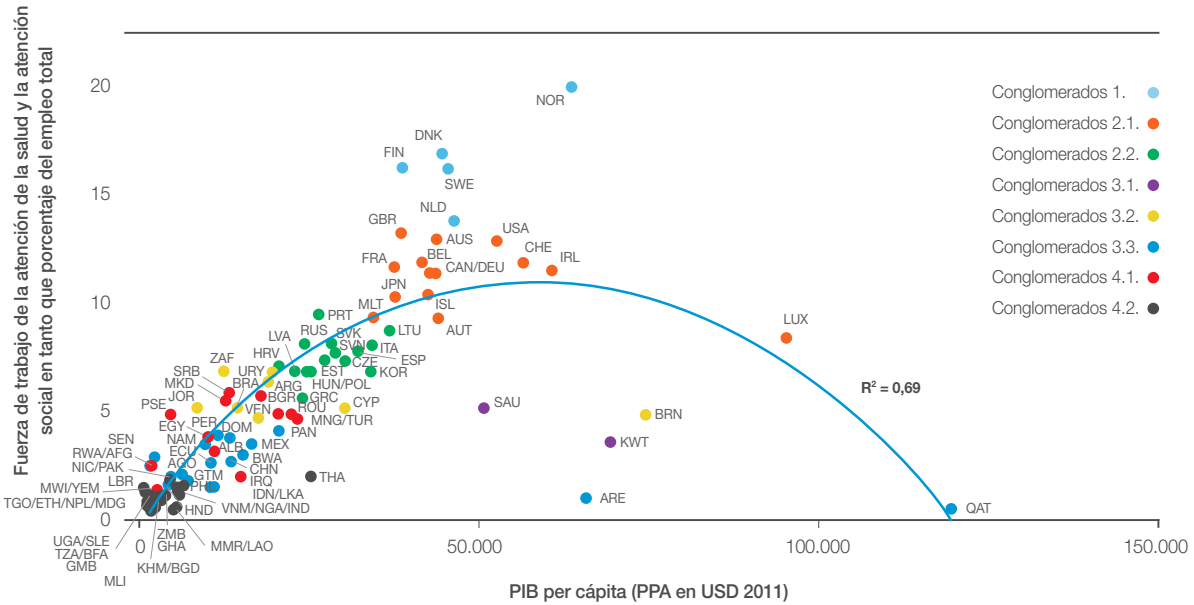
Sin embargo, no todos los trabajadores del cuidado ganan poco. Según sus aptitudes y titulaciones, los trabajadores del cuidado de mayor estatus también han podido mejorar su remuneración.⁴⁰ Un cierto grado de “reserva ocupacional” (los obstáculos normativos y sociales al empleo que algunas profesiones pueden levantar) sirve para limitar la oferta de trabajo en determinadas profesiones, que está sujeta a licencias, titulaciones académicas o sindicalización.⁴¹ La definición del contenido de las tareas de determinadas ocupaciones de cuidados profesionales, como las de enfermería, la docencia y la asistencia social, se ha visto acompañada, sin embargo, por la redefinición concurrente de otros grupos de trabajadores como poco calificados, por ejemplo, los asistentes sanitarios, los ayudantes docentes y los trabajadores de la beneficencia, cuya remuneración es inferior.⁴²

4.2. LA FUERZA DE TRABAJO DEL CUIDADO POR SECTOR

4.2.1. Atención de la salud y atención social⁴³

El sector de la atención de la salud y atención social es una importante fuente de empleo. En 2018 representa 130,2 millones de empleos en todo el mundo, lo que constituye el 3,9 por ciento del empleo mundial total. Más de dos tercios de estos trabajadores (90,6 millones) son mujeres, mientras que los hombres son 39,6 millones. El empleo en la atención de la salud y la atención social guarda una correlación positiva con el desarrollo económico. En el gráfico 4.3 se muestra cómo los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) cuentan con cifras de trabajadores del cuidado que están por encima de las que cabría esperar por su nivel de PIB⁴⁴, mientras que los países árabes las tienen sustancialmente inferiores.

Gráfico 4.3. Relación entre la fuerza de trabajo de la atención de la salud y la atención social como porcentaje del empleo total y el PIB per cápita



Nota: Para la descripción de los conglomerados, véase la sección 4.2 y el gráfico 4.10. Para la lista de códigos de países, véase el anexo A.6.

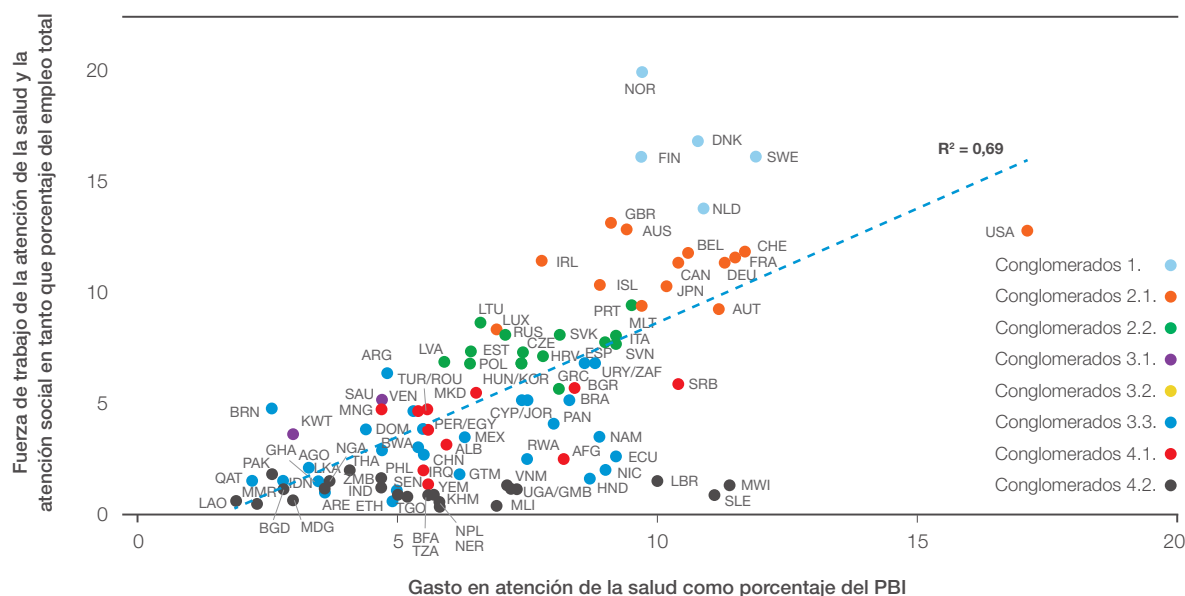
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas de la fuerza de trabajo y encuestas de hogares y Banco Mundial, 2018a.

Cuadro 4.1. Fuerza de trabajo de la atención de la salud y la atención social como porcentaje del empleo total, masculino y femenino, por región, sexo y grado de feminización por región

	Fuerza de trabajo de la atención de la salud y la atención social	Fuerza de trabajo de la atención de la salud y la atención social		Mujeres en % del empleo total en el sector de la atención de la salud y la atención social
		Hombres	Mujeres	
Mundo	3,9	2,0	7,0	69,6
África	1,5	1,0	2,0	59,5
Américas	7,6	3,1	13,8	76,7
Estados Árabes	2,8	2,1	7,2	37,8
Asia y el Pacífico	2,5	1,6	4,0	58,8
Europa y Asia Central	9,6	3,7	16,8	78,9

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de los hogares.

Gráfico 4.4. Relación entre la fuerza de trabajo del sector de la atención de la salud y la atención social como porcentaje del empleo total y el gasto en atención de la salud como porcentaje del PIB



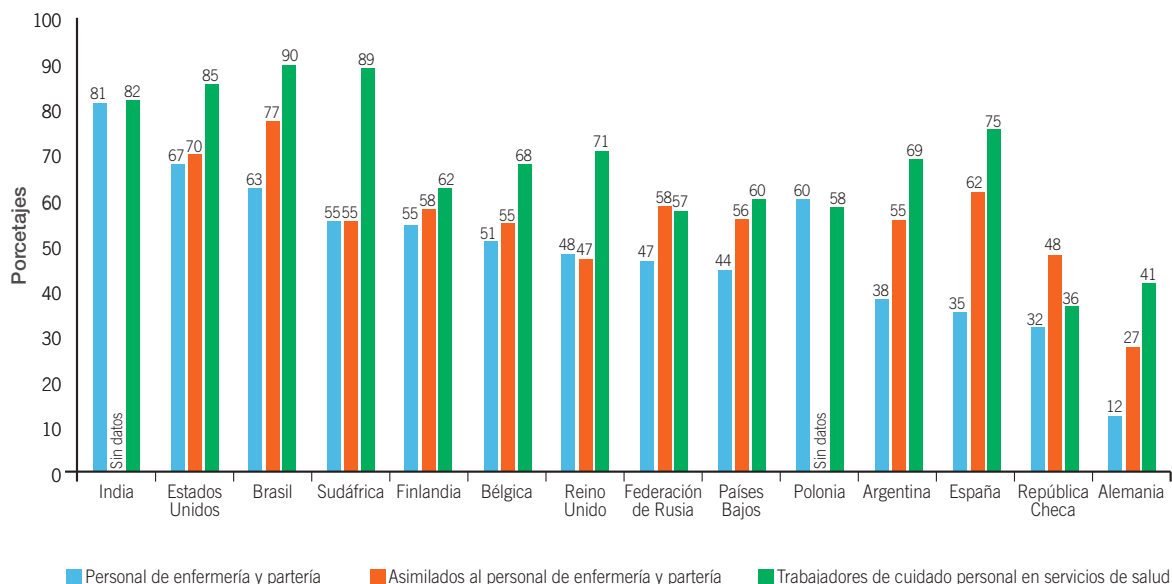
Nota: Para la descripción de los conglomerados, véase la sección 4.2 y el gráfico 4.10. Para la lista de códigos de países, véase el anexo A.6.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares y OMS, 2018.

En términos regionales, la parte del empleo en el sector de la atención de la salud y la atención social en tanto que porcentaje del empleo total registra su cifra más baja en África (1,5 por ciento), seguida por Asia y el Pacífico (2,5 por ciento) y los Estados Árabes (2,8 por ciento). Las partes más altas las registran Europa y Asia Central (9,6 por ciento) y las Américas (7,6 por ciento) (cuadro 4.1).

El sector de la atención de la salud humana y la atención social es una fuente de empleo más importante para las mujeres que para los hombres: hasta el 7 por ciento de todas las mujeres empleadas en el mundo encuentran trabajo en él. Así ocurre en particular en el caso de dos regiones en las que es más alto el empleo en este sector: Europa y Asia Central (donde el empleo en el sector representa el 16,8 por ciento del empleo de las mujeres, frente al 3,7 por ciento de los hombres) y las Américas (donde las cifras equivalentes son del 13,8 y el 3,1 por ciento, respectivamente). En las Américas, Europa y Asia Central, cerca del 80 por ciento de los trabajadores del sector de la atención de la salud humana y la atención social son mujeres. Como ocurre en otros sectores del cuidado, en los puestos de jefatura y de adopción de decisiones las mujeres están infrarrepresentadas⁴⁵, incluso en las instituciones multilaterales y mundiales de salud que prestan financiación y en las instituciones académicas.⁴⁶

Los datos nacionales arrojan variaciones que tienen que ver con el gasto en servicios de atención de salud y de cuidados de larga duración (gráfico 4.4). Destacan dos características. En primer lugar, los cuatro países nórdicos anteriormente mencionados están por encima de la media, lo que indica una mayor intensidad empleadora de su gasto en atención de salud, seguidos por otros países europeos. Por el contrario, los Estados Unidos están por debajo de la media, y eso que su gasto total en proporción al PIB es el más grande. Segundo, algunos países de ingresos bajos presentan niveles elevados de gasto en tanto que proporción del PIB sin alcanzar un nivel suficiente de empleo en los cuidados. Esto se explica por los elevados gastos que la gente paga de su bolsillo.

Gráfico 4.5. Brechas de remuneración en determinadas profesiones en comparación con el personal médico, 2011

Fuente: Cálculos propios basados en Tijdens, De Vries y Steinmetz, 2013.

Condiciones de trabajo y remuneración

Como repetidamente han señalado la OIT⁴⁷ y la OMS⁴⁸, prácticamente todos los países tienen dificultades en lo que respecta a la contratación, el despliegue y la retención de un número suficiente de trabajadores sanitarios debidamente calificados en los lugares en los que se necesitan. Las elevadas tasas de rotación y de reducción del personal sanitario en muchos países obedecen fundamentalmente a su insatisfacción con las condiciones de trabajo, incluidos los bajos salarios, la sobrecarga de trabajo, las largas jornadas laborales y las escasas perspectivas profesionales.

La remuneración es un factor importante de la contratación, la retención y la motivación de los trabajadores en el sector de la atención de la salud y la atención social. Para los trabajadores sanitarios, la remuneración refleja el nivel de reconocimiento de su trabajo y el grado en que este se valora. El nivel de remuneración debería ser comparable y poder competir con el de los grupos profesionales de niveles similares en otros sectores económicos, y reflejar las calificaciones, las responsabilidades, las obligaciones y la experiencia especificadas para el personal de enfermería, por ejemplo, en la Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 157). Los ingresos también son importantes para que los trabajadores sanitarios desempeñen sus funciones con total independencia y de acuerdo con su ética profesional.

El gráfico 4.5 muestra los salarios por horas en determinadas profesiones en tanto que proporción de los salarios del personal médico. La variación en los niveles salariales entre las ocupaciones es considerable: de 16 grupos profesionales en el ámbito de la salud en 20 países, el personal médico era el mejor remunerado y los trabajadores de los cuidados personales los peor remunerados, mientras que los grupos de profesionales de la enfermería y la partería se encontraban en el medio.⁴⁹ El gráfico también es ilustrativo de las estructuras más o menos comprimidas de la remuneración, siendo la República Checa y Alemania los países más igualitarios, mientras que se priman más las titulaciones en Brasil, la India, Sudáfrica y los Estados Unidos. Los trabajadores de los cuidados personales están particularmente mal pagados en Brasil, la India y Sudáfrica, que tienen las estructuras de remuneración menos comprimidas, y en los Estados Unidos, donde sus condiciones de trabajo y su remuneración están más cerca de las de los trabajadores domésticos.

Por todo el mundo, los trabajadores del cuidado en el sector de la atención de la salud y la atención social están empleados en formas atípicas de empleo que comprenden el trabajo de duración determinada, el trabajo temporal, el trabajo temporal a través de agencia, el empleo por cuenta propia económicamente dependiente y el trabajo a tiempo parcial. Si están bien concebidas y reglamentadas, las formas atípicas de empleo pueden ayudar a los proveedores de servicios de atención de la salud a responder de manera oportuna a la evolución de la demanda y a sustituir a los trabajadores temporales ausentes, pero los trabajadores que se encuentran en este tipo de modalidades de trabajo suelen estar más expuestos a los déficits de trabajo decente, en términos de inseguridad del empleo, una remuneración inferior, brechas en el acceso a la protección social, mayores peligros para la seguridad y la salud, y un poder limitado de organización y de negociación colectiva.⁵⁰ Existe una tendencia en algunos países a sustituir los empleos permanentes en los servicios de salud pública por contratos de duración determinada, y a recurrir a la subcontratación para ciertos tipos de trabajo.⁵¹ Si tal redistribución del empleo se efectúa a través de agencias de colocación, a menudo los trabajadores carecen de seguridad del empleo, quedan excluidos de la cobertura de la negociación colectiva y tal vez no reciban la misma remuneración que sus colegas asalariados.

Las condiciones de trabajo influyen en la calidad de la atención de salud. Los indicadores de los resultados en los pacientes, tales como la morbilidad y la mortalidad, están estrechamente asociados con los niveles de dotación de personal, la estabilidad de dicha dotación y el nivel de educación de los trabajadores. Los estudios realizados en nueve países europeos muestran que un incremento de la carga de trabajo para el personal de enfermería de tan solo un paciente aumenta un 7 por ciento el riesgo de mortalidad de los pacientes internos; en cambio, un aumento del 10 por ciento del porcentaje de profesionales de enfermería con licenciatura universitaria se asocia con una disminución del 7 por ciento de la mortalidad de los pacientes.⁵² Los estudios llevados a cabo en la República de Corea indican asimismo una asociación entre la escasa dotación de personal y el aumento del riesgo de la mortalidad de los pacientes.⁵³ Así pues, el trabajo decente en el sector de la salud tiene una doble función primordial que desempeñar a la hora de reforzar los resultados positivos: asegurar la sostenibilidad del personal sanitario y la prestación de cuidados de calidad. La mejora del empleo y de las condiciones de trabajo atrae y retiene a los trabajadores sanitarios, al tiempo que les permite desempeñar sus funciones de una manera más eficiente.

Migración de los trabajadores sanitarios

La migración de los trabajadores de la salud es una característica de los mercados laborales sanitarios mundiales. En promedio, el porcentaje respectivo de personal médico y personal de enfermería migrantes representa el 22 y el 14,5 por ciento en los países de la OCDE. En esos países, el número de profesionales médico-sanitarios migrantes aumentó un 60 por ciento entre 2000 y 2010.⁵⁴ Más allá de la OCDE, la migración de los trabajadores de atención de la salud muestra indicios de patrones complejos de movilidad, como desplazamientos de sur a sur (por ejemplo, los médicos cubanos que emigran a Sudáfrica y los médicos de Trinidad y Tobago que proceden de la India, Jamaica y Nigeria); desplazamientos intrarregionales, tanto en África como en América Latina; e incluso desplazamientos de norte a sur, como es el ejemplo del Reino Unido como segunda fuente más importante de la inmigración de médicos en Sudáfrica.⁵⁵

Las condiciones de trabajo y las diferencias en los ingresos entre los países siguen siendo los principales motores de la emigración de los trabajadores sanitarios. Por ejemplo, se observó una correlación entre los niveles de ingresos en los países de origen y la intención de emigrar en 17 países europeos, en los que los profesionales de la salud se sentían atraídos hacia los países donde los ingresos eran más elevados, mientras que los flujos de salida disminuían en los países en que los salarios aumentaban.⁵⁶ Otros factores que motivan a los profesionales de la salud a dejar sus países de origen eran la insatisfacción general con las condiciones de trabajo y la búsqueda de desarrollo profesional.⁵⁷

Para hacer frente al impacto negativo de la migración, todos los países deben adoptar políticas que aseguren una fuerza de trabajo nacional sostenible, con el fin de reducir la dependencia de los trabajadores sanitarios migrantes y de subsanar los déficits de trabajo decente para mejorar la contra-

tación y la retención de los trabajadores. Como resultado de la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS de 2010⁵⁸, 70 países han aplicado medidas para atender las necesidades de los trabajadores sanitarios a nivel nacional, como la creación de empleo y la mejora de los salarios y de las condiciones de trabajo.⁵⁹ También se han señalado los puntos débiles del Código, en particular la falta de mecanismos y métodos claros para el seguimiento y el respeto de su aplicación.⁶⁰

En los países de destino, la condición de migrante precario suele dar lugar a malas condiciones de trabajo. Así ocurre en particular entre los trabajadores internos de los cuidados personales (*véase infra*). Es improbable que los trabajadores del cuidado migrantes en situación de empleo irregular hagan oír sus quejas por miedo a perder el empleo o a que los deporten. Su aislamiento y falta de información acerca de sus derechos laborales también contribuyen a la precariedad de sus condiciones de trabajo.

Enfoque en determinados trabajadores de la atención de la salud

Personal de enfermería y partería

En las distintas regiones, el personal de enfermería y partería constituye el mayor grupo profesional en la atención de la salud. Están amparados por el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) y su Recomendación núm. 157 acompañante, que expone las normas básicas del trabajo esenciales, por ejemplo, sobre lo siguiente: instrucción y formación apropiadas para el ejercicio de sus funciones; reglamentación profesional; legislación en materia de higiene y seguridad en el trabajo; horas de trabajo, licencias y seguridad social; y participación en la planificación de los servicios de enfermería y consulta sobre las decisiones que les afectan.

Los cuidados de enfermería son la profesión más feminizada de las atenciones de salud; en algunos países, más del 90 por ciento del personal de enfermería son mujeres.⁶² Al comienzo se trataba de una profesión femenina en los hospitales y las enfermeras, que tenían escasa formación, desempeñaban un papel subordinado al de los médicos. Paulatinamente, con la aparición de escuelas de enfermería a mediados del siglo XX, se fueron introduciendo calificaciones formales junto con requisitos específicos de licencia. La feminización de la profesión (y su respetabilidad) se mantuvo al ponerse el énfasis en que rasgos del carácter identificados como femeninos (autosacrificio, altruismo, pureza moral y sometimiento) eran esenciales para la función de la enfermera instruida.⁶³ A pesar de la creciente profesionalización, hoy siguen vigentes tanto los estereotipos que vinculan la capacidad de prestar cuidados con aptitudes e inclinaciones que son “inherentemente” femeninas como las jerarquías en los hospitales.⁶⁴ Las enfermeras se ven a sí mismas con un estatus inferior entre el personal médico y en la sociedad en general, y así se ha documentado, por ejemplo, en la Argentina,⁶⁵ Australia⁶⁶ y los Estados Unidos.⁶⁷

Paralelamente a la profesionalización, también es evidente un proceso de desespecialización mediante el cual se consiguen ahorros transfiriendo determinadas tareas a ayudantes peor pagados como subalternos, asistentes, enfermeros y enfermeras menos formados⁶⁸ o cuidadoras y cuidadores que sirven en las comunidades.⁶⁹

Como se muestra en el gráfico 4.5, los ingresos del personal de enfermería y de partería son aproximadamente la mitad de los de los médicos, y el de los profesionales asistentes, alrededor del 40 por ciento.⁷⁰ El que las enfermeras y enfermeros trabajen en el sector de la salud o en los cuidados de larga duración también repercute en los salarios: en Alemania, Nueva Zelanda y los Estados Unidos, las enfermeras y enfermeros de los cuidados de larga duración tienen salarios más bajos que los empleados en la atención de la salud.⁷¹ También existen brechas salariales de género: en los Estados Unidos, las enfermeras suponen aproximadamente el 70 por ciento de todo el personal de enfermería, pero ganan menos que los enfermeros, incluso en la misma disciplina de cuidados de enfermería.⁷²

A fin de remediar los bajos salarios, el personal de enfermería y los ayudantes de enfermería suelen recurrir al pluriempleo o a aumentar sus turnos u horario de trabajo,⁷³ práctica que puede poner en peligro la calidad de los cuidados⁷⁴ y que afecta negativamente al equilibrio entre la

vida laboral y la vida personal y la retención.⁷⁵ La insuficiencia de personal y la intensificación del volumen de trabajo también plantean problemas, como se ha documentado en el caso de hospitales en El Salvador⁷⁶ y Canadá⁷⁷ y en servicios de cuidados de larga duración en los Estados Unidos.⁷⁸ Es de destacar que en algunos contextos se han notificado casos de violencia contra el personal de enfermería y de partería, incluyendo casos de abuso verbal y físico, ambos relacionados con la insuficiencia de personal y con “demandas” de usuarios de atenciones de salud del sector privado.⁷⁹

Hay ejemplos importantes de cambios positivos en algunos países. En Finlandia, por ejemplo, el sindicato del personal de enfermería negoció con éxito la adopción de cambios en la estructura de turnos, como horarios previsible y garantía de tiempo libre entre los turnos y de días libres consecutivos, resultado de lo cual fue el aumento de la motivación y de la retención de enfermeras y enfermeros y también la mejora de la calidad del servicio.⁸⁰ En los Estados Unidos, los hospitales adaptaron sus turnos (y las escuelas de enfermería sus calendarios) a fin de permitir una mayor profesionalización de las enfermeras y los enfermeros, aunque sigue suponiendo un costo para quienes tienen que equilibrar el trabajo con una formación más en profundidad.⁸¹

En función del marco institucional del país de destino, las condiciones de trabajo de las enfermeras y los enfermeros migrantes pueden diferir en mayor o menor medida de las de sus colegas no internacionales. Las enfermeras y enfermeros filipinos e indios en el Reino Unido, por ejemplo, disfrutaban de condiciones de trabajo similares a las de los nacionales, pero entre el personal migrante y el que no lo es hay evidentes diferencias en la seguridad en el empleo, la identidad profesional y el reconocimiento. Las enfermeras y enfermeros migrantes tienen más probabilidades de que se les asignen turnos de noche y de que experimenten una intensificación de su volumen de trabajo, desigualdad de trato y discriminación por motivos étnicos en el lugar de trabajo.⁸²

Para el personal de enfermería migrante es particularmente difícil obtener el reconocimiento y la certificación de sus competencias. Por ejemplo, las enfermeras y enfermeros con formación que no son de la UE y que deseen practicar en el Reino Unido como enfermera o enfermero registrado tienen que pasar la calificación del Consejo de Enfermería y Obstetricia, así como las pruebas de competencia del Programa del Personal de Enfermería Extranjero (ONP), que comprueba la capacidad para practicar en el entorno de la atención de la salud del Reino Unido. Algunos empleadores pueden ofrecer a las enfermeras y enfermeros migrantes puestos en calidad de auxiliar formado en el extranjero o de asistente de atención de salud en tanto se complete el proceso,⁸³ si bien esto equivale en la práctica a utilizar mano de obra especializada por una remuneración inferior.⁸⁴ En Australia, el personal de enfermería y de partería calificado que es migrante trabaja como “asistente de enfermería” porque no se le reconocen sus calificaciones.⁸⁵

Trabajadores de los cuidados personales

Estos trabajadores prestan cuidados personales directos, incluidas actividades del día a día, como las de alimentar, bañar y realizar pruebas básicas de salud.⁸⁶ Predominan sobre todo en la prestación de cuidados de larga duración, tanto en las instituciones como en los cuidados prestados a domicilio y en la comunidad.⁸⁷ En los países de la OCDE representan, en promedio, más del 60 por ciento del empleo total del cuidado de larga duración.⁸⁸ La mayor parte de esas trabajadoras y trabajadores de los cuidados personales (56 por ciento)⁸⁹ trabajan a domicilio, donde sus prestaciones, salarios y condiciones de trabajo tienden a ser inferiores que en los cuidados prestados en instituciones. En los cuidados prestados a domicilio predominan más los turnos de noche y los horarios partidos, contratos de muy pocas horas, de duración determinada o inestables, así como el impago del tiempo y los gastos de desplazamiento, una situación que está generalizada. El carácter aislado de este tipo de trabajo puede hacer inseguro el entorno de estos trabajadores y pueden surgir conflictos de intereses entre los receptores de los cuidados, los familiares y los trabajadores con respecto a los conocimientos, la actitud y los límites de las responsabilidades del trabajador o la trabajadora.⁹⁰

Recuadro 4.2. Personas con discapacidades: asistentes personales y vida independiente

Los asistentes personales son trabajadores que prestan ayuda. Pueden estar directamente contratados o gestionados por la persona que tiene una discapacidad o la persona de edad avanzada. Mientras que en el presente informe todas estas funciones se definen como trabajo de cuidados, en el seno de los movimientos sobre discapacidades ha habido un rechazo del término “cuidados”, dadas sus connotaciones paternalistas, en favor de términos como “asistencia” y “apoyo” o incluso “ayuda”. El movimiento sobre discapacidades ha tratado de hacer de la función de la prestación de cuidados un conjunto de tareas neutro y contractual.

En general, las personas con discapacidades son libres de dar empleo a quienes deseen, de organizar el apoyo que necesitan de la forma que lo deseen, y las relaciones que se derivan tienen lugar sin la supervisión de organismos estatales, profesionales o de un tercer sector. Esta libertad ofrece grandes compensaciones (cuando las personas con discapacidades tienen el control de las modalidades de apoyo que necesitan, los resultados y beneficios son mejores para ambas partes). Pero también se plantean riesgos y cuestiones preocupantes. Dado que habitualmente los asistentes personales carecen de regulación y apenas están sindicados, existe margen para el abuso o la explotación bien del empleador discapacitado (que con frecuencia se encuentra en una posición vulnerable) o de la persona empleada, que puede ser mujer, recién llegada al país e incapaz de dar una salida a su situación, sobre todo si se trata de una trabajadora interna. Las relaciones y los resultados pueden mejorar impartiendo formación en ser empleador para personas con discapacidades y formación para trabajadores en materia de requisitos de la asistencia personal.

Fuente: Shakespeare y Williams, de próxima aparición.

En el Reino Unido, los asistentes personales (véase el recuadro 4.2) reciben una remuneración por horas que en promedio es más elevada que la de otros trabajadores del cuidado. La flexibilidad y condiciones de trabajo positivas hacen que esta forma de empleo sea aún deseable para algunos trabajadores.⁹¹ Sin embargo, la mayoría de quienes trabajan en los cuidados personales reciben salarios que están por debajo de los de otras profesiones del sector de la atención de la salud. Como se muestra en el gráfico 4.5, sus ingresos pueden bajar hasta el 10 por ciento de lo que ganan los médicos (Brasil) o el 40 por ciento en los países con escalas de remuneración más comprimidas (Alemania).⁹² En algunos países, los trabajadores de los cuidados personales reciben salarios que, en promedio, están 1 por ciento por encima del umbral de pobreza.⁹³

Tanto la sobrecalificación como la falta de calificaciones son características de las trabajadoras y trabajadores de los cuidados personales. Muchos de estos trabajadores tienen escasa capacitación formal, e incluso cuando hace falta titulación, la mayoría de ellos carece de las calificaciones pertinentes.⁹⁴ La sobrecalificación es común también, en el caso de los trabajadores migrantes especializados (esto es, enfermeras y enfermeros), que no pueden convalidar su titulación y están sujetos a prácticas de contratación injustas.⁹⁵ Los trabajadores migrantes de los cuidados personales que trabajan internos las 24 horas del día son particularmente vulnerables a la explotación personal y económica, dado que no pueden escapar de la relación de empleo.⁹⁶ Con frecuencia su aislamiento milita contra la sindicalización y la organización, incluso en cooperativas de trabajadores, aunque hay ejemplos que son positivos (recuadro 4.3). Además, si bien los trabajadores de los cuidados personales que trabajan en un hogar privado o para él están amparados por el Convenio núm. 189, en la práctica suelen estar desprotegidos. Con todo, su función en la prestación de cuidados de larga duración y servicios de atención de salud es cada vez más indispensable en los países desarrollados.⁹⁷

Un reciente estudio cualitativo sobre los trabajadores migrantes y de etnias minoritarias, que trabajan principalmente en instituciones prestando cuidados a personas de edad avanzada con importantes necesidades de cuidados en Londres, Madrid y París, pone de relieve el racismo y el sexismo que experimentan estos trabajadores, incluso por parte de las personas a quienes cuidan. En opinión de los trabajadores, el racismo que experimentaban se ignoraba o, por lo menos, se consideraba secundario con respecto a las vulnerabilidades de los residentes de edad avanzada y discapacitados. Tanto predominaban el racismo y el sexismo que los directores de las residencias de ancianos consideraban

Recuadro 4.3. Cooperative Home Care Associates

La Cooperative Home Care Associates (CHCA) es la mayor proveedora de servicios de cuidados en el hogar y la mayor de las cooperativas de trabajadores en los Estados Unidos, con sede en la ciudad de Nueva York. Fue fundada en 1985 para prestar cuidados de calidad a domicilio a sus clientes, ofreciendo empleos decentes a los trabajadores de cuidados directos, y hoy su personal se cifra en más de 2050 personas empleadas, casi todas ellas mujeres latinoamericanas y afroamericanas. Anualmente imparte formación gratuita a 600 mujeres de bajos ingresos y desempleadas y es un importante impulsor del empleo en el Bronx.

A las empleadas de la CHCA se les ofrece horario a tiempo completo, salarios competitivos, horas extraordinarias pagadas a razón de vez y media el salario de base, propiedad para el trabajador, tutoría a cargo de un semejante, formación en conocimientos económicos y una supervisión que equilibra de manera eficaz la preparación, el apoyo y la responsabilidad.

Fuente: CHCA, 2018.

que ser capaz de aguantar estas actitudes y comportamientos era parte de las aptitudes emocionales que necesitaba el personal para hacer su trabajo de cuidados.⁹⁸ No obstante, algunos sindicatos han rechazado ese punto de vista. La Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (EPSU) se ha opuesto vigorosamente a la propuesta formulada por autoridades públicas de Suecia de otorgar a las personas de edad avanzada el derecho de rechazar a sus cuidadoras o cuidadores por el color de su piel o por ser inmigrante.⁹⁹

La falta de reconocimiento de las contribuciones que los trabajadores de los cuidados personales hacen a la sociedad por parte de los familiares, los directivos y la comunidad en general tiene varias repercusiones en el sentido de la autoestima, las condiciones de empleo y los salarios de esos trabajadores. Los valores culturales relacionados con el envejecimiento y el trabajo que implica tocar el cuerpo humano contribuyen de manera importante a esa falta de reconocimiento, pues el trabajo de cuidados personales se relaciona con “trabajo sucio”, que tiene escaso prestigio y está mal pagado.¹⁰⁰ Al mismo tiempo, la retórica relativa al amor y la virtud y el cuidado, en la que el afán por recibir un salario (dinero) se presenta como fundamentalmente opuesto a la noción de devoción y altruismo (amor), desempeña una importante función a la hora de acallar las demandas de salarios más altos.¹⁰¹

Con todo, las condiciones de trabajo y la remuneración de los trabajadores de los cuidados personales no están determinadas únicamente por normas culturales. Estas normas interactúan con la comercialización y la externalización de los servicios de cuidados de larga duración con el objetivo de reducir sus costos. Los recortes en el gasto público significan que los proveedores privados reciben menos fondos, lo que contribuye a que los salarios de los cuidadores personales sigan siendo bajos y sus condiciones de trabajo, terribles.¹⁰²

Trabajadores de la salud de la comunidad y trabajadores de la salud voluntarios

Los trabajadores de la salud de la comunidad proporcionan educación y referencias sobre una amplia gama de servicios, así como apoyo y asistencia a las comunidades, las familias y las personas, por ejemplo, medidas preventivas de salud y asesoramiento sobre cómo acceder a servicios de salud curativos y servicios sociales. Hacen de puente entre los proveedores de servicios de salud, sociales y comunitarios y las comunidades que pueden tener dificultades para acceder a esos servicios.¹⁰³ Con frecuencia su formación y recursos son escasos, ganan poco o nada y a menudo se les contrata para remediar la escasez de trabajadores de la salud.¹⁰⁴ En el África Subsahariana, el 68 por ciento de los trabajadores de la salud de la comunidad son mujeres, en su mayoría jóvenes (cuadro 4.2); el 59 por ciento no sobrepasa la educación primaria. La inmensa mayoría de ellos no cobran, el 43 por ciento recibe incentivos no monetarios y el 23 por ciento, estipendios. Además, soportan gastos, por ejemplo, de transporte, que con frecuencia no están cubiertos.¹⁰⁵ Los bajos niveles de compensación producen altas tasas de deserción, lo que socava la eficacia general de los programas basados en la comunidad.¹⁰⁶

Cuadro 4.2. Trabajadores de la salud de la comunidad, por densidad, edad media y proporción de mujeres

País/región	Densidad por 1000 habitantes	Edad media	Proporción de mujeres
África Subsahariana	0,34	32	68
Liberia	2,15	25	38
Uganda	0,74	30	70
República Unida de Tanzania	0,47	29	51
Zambia	3,13	32	57

Fuente: Monterfiori, Cattaneo y Licata, de próxima aparición.

Los trabajadores de la salud de la comunidad en los países de ingresos bajos tienen un estatus social bajo y sus condiciones de trabajo son insatisfactorias. Para las derivaciones, los medicamentos, el equipo, la formación y la supervisión actúan en vinculación con el sector de la salud, pero cuando los sistemas de salud son débiles a menudo carecen de apoyo.¹⁰⁷ Además, estos trabajadores no poseen una estructura para el ascenso profesional, lo que les genera insatisfacción en el empleo. En el África Subsahariana, las personas que prestan cuidados en el hogar y trabajan en sus comunidades para mitigar los efectos del VIH y el sida (normalmente como parte de una organización basada en la comunidad)¹⁰⁸ suelen carecer de suministros suficientes y se encuentran aislados profesionalmente.¹⁰⁹

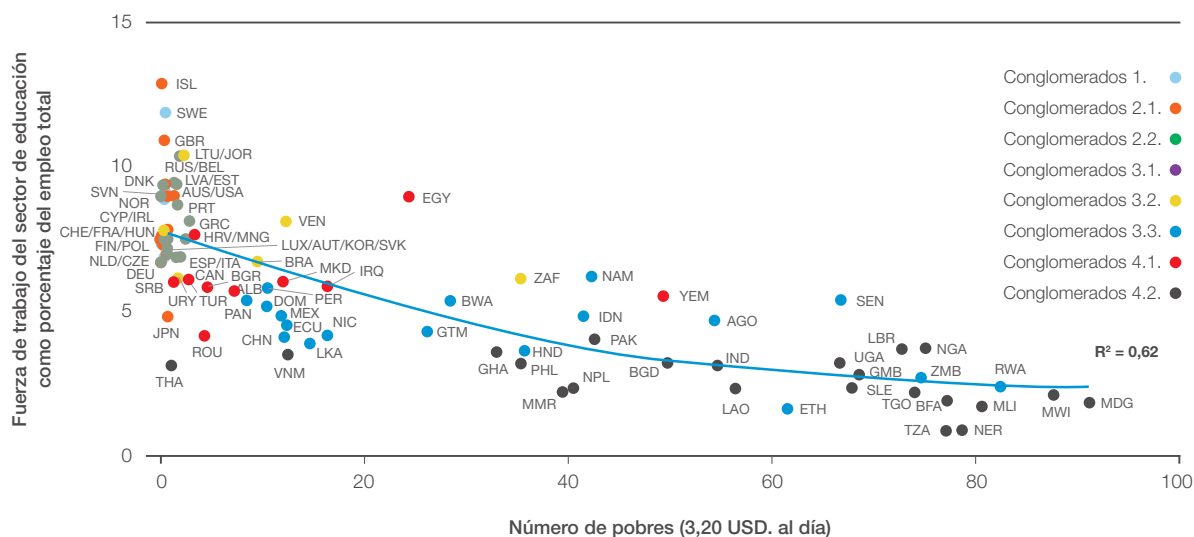
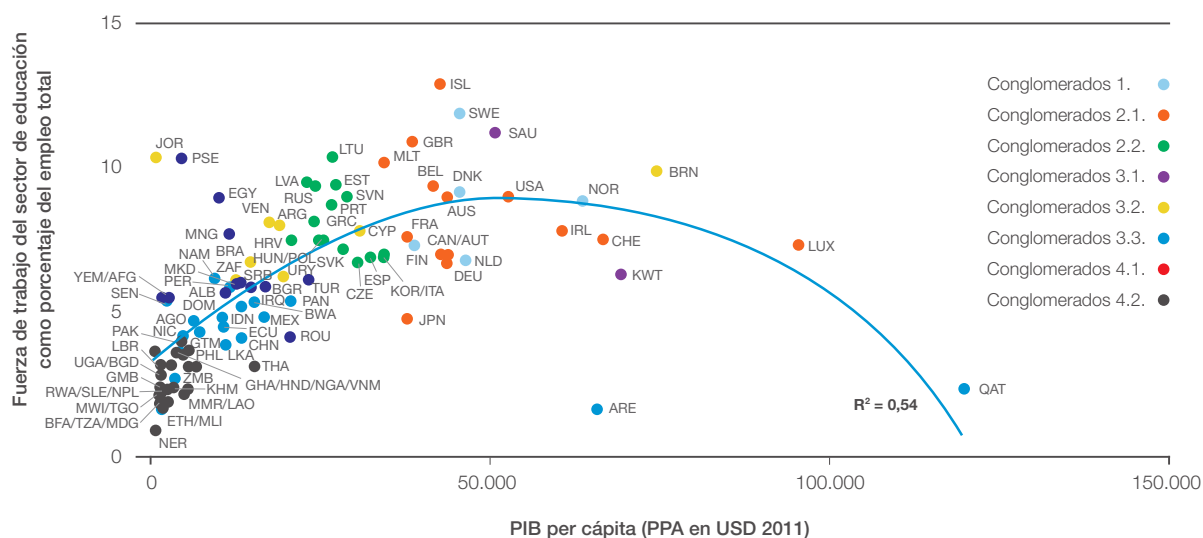
En los países de ingresos altos, los trabajadores voluntarios proporcionan un amplio apoyo al funcionamiento del sector de la salud y de la asistencia social, en ocasiones sustituyendo a los trabajadores del cuidado. En los Países Bajos, en 2003, aproximadamente un millón de personas hacían su aportación voluntaria al sector de la salud y de la atención social. Uno de cada seis voluntarios afirmaba que realizaba tareas que en su opinión tendrían que realizar los profesionales, y el 17 por ciento indicaba que no sabían con claridad cuáles eran sus tareas.¹¹⁰ En Australia, de los 5,8 millones de australianos que asumieron trabajos voluntarios en 2014, el 10 por ciento dedicó su tiempo a actividades de voluntariado en el sector de la salud. Las tres cuartas partes de los voluntarios en los servicios de atención de la salud son mujeres.¹¹¹

4.2.2. Educación

El empleo en el sector de la educación suma 157 millones de puestos de trabajo en todo el mundo en 2018, lo que constituye el 4,8 por ciento del empleo total. Desde el año 2000 se ha producido una expansión de la educación básica. El empleo en la educación guarda una correlación positiva con el desarrollo económico; no obstante, esa correlación es menor que en el caso de la salud y la atención social, lo que es indicador de un rendimiento relativamente superior de los países de ingresos bajos y medios. El gráfico 4.6 muestra que varios países lograron estar por encima de la tendencia en cuanto a su fuerza de trabajo del sector de la educación, la mayoría de ellos en Europa y Asia Central. Las tasas de pobreza, a su vez, guardan una alta correlación con los bajos niveles de empleo en la educación, particularmente en los países africanos.

Por regiones, la proporción del empleo en el sector de la educación con respecto al empleo total alcanza su nivel más bajo en África (3,3 por ciento) seguida por Asia y el Pacífico (3,8 por ciento). Las proporciones en Europa y Asia Central (7,8 por ciento), en las Américas (7,1 por ciento) y en los Estados Árabes (7 por ciento) son relativamente similares (cuadro 4.3).

Gráfico 4.6. Relación entre la fuerza de trabajo del sector de la educación como porcentaje del empleo total, el PIB per cápita y el número de pobres



Nota: Para la descripción de los conglomerados, véase la sección 4.2 y el gráfico 4.10. Para la lista de códigos de países, véase el anexo A.6.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de encuestas de los hogares y Banco Mundial, 2018a.

Cuadro 4.3. Fuerza de trabajo en el sector de la educación como proporción del empleo total, masculino y femenino, por región y sexo, y grado de feminización por región

	Fuerza de trabajo en el sector de la educación	Fuerza de trabajo en el sector de la educación		Porcentaje de mujeres con respecto al total de empleados en la educación
		Hombres	Mujeres	
Mundo	4,8	3,1	7,4	60,6
África	3,3	3,1	3,6	46,4
Américas	7,1	3,7	11,6	69,6
Estados Árabes	7,0	4,3	22,6	47,4
Asia y el Pacífico	3,8	2,8	5,7	54,4
Europa y Asia Central	7,8	3,7	12,7	73,8

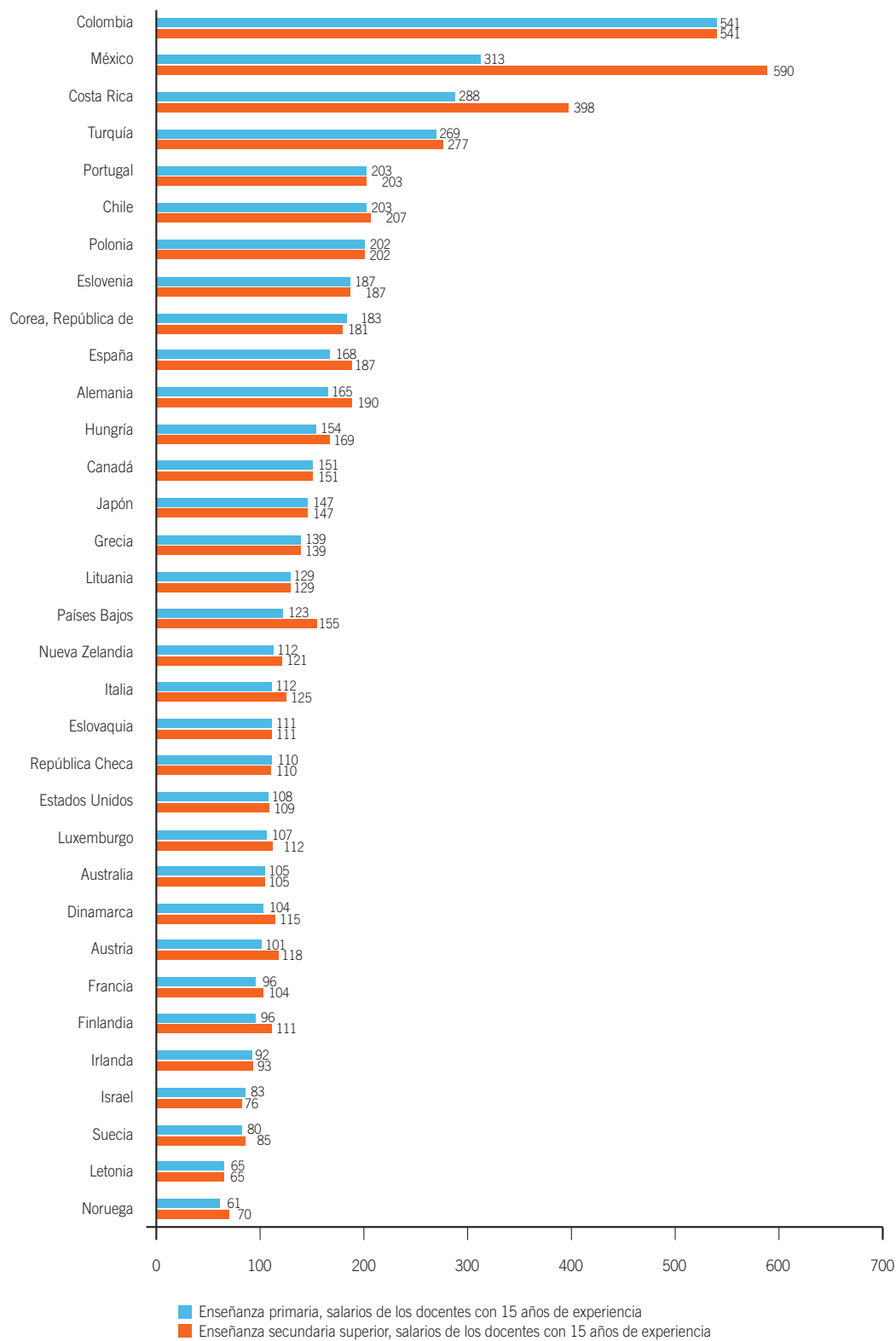
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

El sector de la educación supone una fuente de empleo más importante para las mujeres que para los hombres: hasta el 7,4 por ciento de todas las mujeres empleadas en el mundo encuentra trabajo en él, en comparación con el 3,1 por ciento de los hombres empleados. No obstante, en términos mundiales el grado de feminización de la educación (60,6 por ciento) no es tan alto como en la atención de la salud y la atención social (69,6 por ciento). Como en este último sector, el grado de feminización es mayor cuanto mayor es el empleo en el sector. Por ejemplo, en Europa y Asia Central el empleo en el sector representa el 12,7 por ciento del empleo de las mujeres, frente al 3,7 por ciento del de los hombres, mientras que en las Américas representa el 11,6 por ciento del empleo de las mujeres y el 3,7 por ciento del de los hombres. La fuerza de trabajo del sector de la educación se encuentra más masculinizada en los países africanos que tienen amplias poblaciones rurales. En los Estados Árabes se repiten los patrones ya señalados en el sector de la atención de la salud y la atención social, pero con una notable diferencia: la región cuenta con la proporción más elevada de trabajadores varones en la educación en comparación con el empleo masculino total, en el 4,3 por ciento.

Condiciones de trabajo y remuneración

Los salarios de los docentes representan el gasto individual más elevado en la educación formal. En la mayoría de los países de la OCDE, los salarios de los docentes aumentan según el nivel de educación en el que ejercen: los profesores de la enseñanza secundaria superior reciben en torno a un 25 por ciento más de remuneración que los maestros de la escuela preprimaria. El gráfico 4.7 muestra que los salarios anuales de los docentes con 15 años de experiencia se corresponden con el PIB per cápita, estando ligeramente por debajo en los países de ingresos altos, pero por encima en países de ingresos relativamente bajos. Los datos correspondientes a Costa Rica y México también muestran importantes diferencias entre los profesores de enseñanza secundaria superior y de enseñanza primaria, pero en la mayoría de los países sus salarios anuales son similares.

Gráfico 4.7. Salarios anuales de los docentes con 15 años de experiencia como porcentaje del PIB per cápita, 2015



Fuentes: OCDE, 2018c; Banco Mundial, 2018a.

Con el aumento de las deudas nacionales e incitados por las respuestas gubernamentales a la crisis financiera de 2008, los responsables de formular las políticas en los países de la OCDE han tratado de reducir el gasto público en la educación, sobre todo en las nóminas de los empleados públicos.¹¹² El giro económico a la baja en 2008 tuvo una repercusión directa en los salarios de los docentes, que quedaron o bien congelados o recortados en algunos países. Entre 2005 y 2015, los salarios de los docentes establecidos en la ley descendieron en términos reales en un tercio de los países de los que se dispone de datos. El descenso (en los niveles de preprimaria, primaria y secundaria) alcanzó alrededor de un 10 por ciento en Inglaterra (Reino Unido) y Portugal, y hasta el 28 por ciento en Grecia.¹¹³ Los salarios de los docentes en los países de la OCDE también resultaron ser, en promedio, inferiores a los de los trabajadores a tiempo completo, de entre 25 y 64 años con educación superior; y su tasa de progresión más lenta a medida que envejece la fuerza de trabajo en comparación con los ingresos de otros trabajadores.¹¹⁴

En las últimas décadas el sector de la educación ha experimentado un aumento de los empleos temporales y a tiempo parcial. El empleo temporal puede representar más del 20 por ciento del empleo en la educación en países como Finlandia, Grecia, Portugal y España. La educación es un sector altamente feminizado y las mujeres se encuentran desproporcionadamente sobrerrepresentadas en estas formas atípicas de empleo. Por ejemplo, los datos de la Unión Europea muestran que en el período 2009–11 en Alemania y el Reino Unido la proporción de personal docente femenino empleado a tiempo parcial superaba el 30 por ciento, mientras que se situaba en torno al 10 por ciento en el caso de los hombres.¹¹⁵ Una brecha similar de género existe para los contratos de duración determinada en casi todos los países de la UE examinados, especialmente en Irlanda, los Países Bajos y Noruega, donde en 2009-11 la proporción de mujeres en estos tipos de contratos fue el doble que la de los hombres.

Migración de los trabajadores de la educación

Los trabajadores de la educación migran en todas las regiones del mundo. El análisis de la Base de datos sobre inmigrantes en los países de la OCDE, disponible solo para el año 2000, muestra que los profesionales extranjeros de la enseñanza en los Estados Unidos y en otros países desarrollados procedían en su mayoría de países de la OCDE (migración norte – norte y en el interior de la OCDE), países con una historia colonial compartida (esto es, países del Commonwealth) y países con una lengua compartida (esto es, anglófonos).¹¹⁶ La migración de docentes ha sido muy predominante entre países con un sistema de educación basado en la lengua inglesa como Australia, el Canadá, la India, Jamaica, Malasia, Sudáfrica, los Estados Unidos y el Reino Unido.¹¹⁷ Donde el inglés no es la lengua principal de la enseñanza, ha habido migración de docentes pero a niveles relativamente menos importantes.

La migración de docentes puede representar un potencial de “ganancia de cerebros”, esto es, los países de origen ganan con los nuevos conocimientos y capacidades que sus migrantes adquieren en el extranjero, aun cuando se carece de datos detallados que muestren la amplitud de las ganancias, las categorías de trabajadores migrantes a las que esto se aplica y los países de destino y origen.¹¹⁸ Existen, sin embargo, datos relativos a docentes que migraron desde la India al Reino Unido y los Estados Unidos¹¹⁹ y a participantes en programas de intercambio de docentes en Francia, España y los Estados Unidos¹²⁰ que arrojan luz sobre la experiencia desarrolladora y enriquecedora de la migración. El planteamiento de los méritos de la migración temporal y la “migración circular” se debe en parte al análisis de estos datos. Los programas de intercambio de docentes aseguran que los docentes migrantes regresarán a su país tras determinado período o periódicamente en el marco de un calendario establecido, satisfaciendo con ello las necesidades de los países de destino al tiempo que también se promueve la “ganancia de cerebros” o la “circulación de cerebros” y se minimiza la “fuga de cerebros” en el caso de los países de origen.¹²¹ A pesar de estas ventajas, se han señalado las posibles implicaciones negativas de la migración circular para los derechos de los trabajadores; entre otras, el riesgo de desespecialización y sobrecalificación de los docentes migrantes.¹²²

Enfoque en determinados trabajadores de la educación

Maestros de preescolar y atención de la primera infancia

En los países desarrollados y en desarrollo el estatus, la remuneración y las prestaciones del personal de preescolar están por debajo de los de los maestros de primaria, lo que puede producir escasa satisfacción en el empleo y a bajas tasas de retención.¹²³

Por ejemplo, aunque el horario oficial de trabajo puede ser similar al de los maestros de la enseñanza primaria, pocos países en desarrollo pagan en la actualidad a los docentes por planificar y preparar las clases fuera del aula. El personal que trabaja en el sector privado en la OCDE y en los países de ingresos bajos y medios tiende a estar peor pagado, pues el sector no siempre garantiza los mismos salarios y demás prestaciones que reciben los puestos públicos.¹²⁴ El caso de Argentina, donde las instituciones que fijan los salarios abarcan a los maestros de educación preescolar junto con los maestros de primaria, tanto en el sector público como en el sector privado, es una excepción a esta regla, que puede ser atribuida al alto nivel de sindicalización.¹²⁵

En los países de la OCDE, donde a la mayoría de los maestros de enseñanza primaria se les exige tener un grado en educación terciaria, normalmente estos docentes no perciben más que el 78 por ciento del salario medio de un trabajador a tiempo completo de 25 a 64 años con educación terciaria; su remuneración está por debajo de la de los docentes de primaria y secundaria.¹²⁶ Esto tiene que ver con el poco valor y reconocimiento que se atribuye a esta profesión y con sus altísimos niveles de feminización, así como con sus bajísimos niveles de sindicalización. Un estudio de sistemas de la primera infancia en 17 países de casi todas las regiones del mundo concluyó que “los maestros [de la educación de la primera infancia] siguen en gran parte sin estar sindicados, particularmente en el sector privado”.¹²⁷ Los bajos niveles de sindicalización producen un déficit de diálogo social. Es la situación que predomina especialmente en los países en desarrollo. Incluso cuando están formalmente integrados en el sistema de educación básica, nada garantiza que las asociaciones o sindicatos existentes de docentes, dominados por docentes de niveles más elevados de educación, presten atención a los docentes de un subsector al que a menudo se considera competidor para recibir fondos del Estado.¹²⁸

En los países de la OCDE pueden observarse otras distinciones entre la fuerza de trabajo del sector de la enseñanza para los niños de 0 a 3 años y para los niños de 3 a 6 años (edad de comienzo de la escuela primaria), en función del sistema educativo. Los maestros de preprimaria tienden a tener requisitos de educación iniciales más exigentes y mejores condiciones de empleo que los cuidadores que trabajan con niños menores de 3 años cuando estos servicios de cuidados no forman parte del sistema de educación (sistemas divididos de educación de la primera infancia). En los sistemas integrados se exige sistemáticamente a todo el personal requisitos de educación más altos para el puesto, con mejores condiciones de trabajo para todos los maestros de preescolar.¹²⁹

Maestros de enseñanza primaria

Los maestros de enseñanza primaria en los países en desarrollo gozan por lo general de mejores condiciones de trabajo, remuneración y estatus que los de los países en desarrollo.¹³⁰ No obstante, algunos maestros de enseñanza primaria tienden a salir peor parados, incluso en los países desarrollados, en particular los ayudantes y los contratados como refuerzo para ocuparse de niños con necesidades especiales o discapacidades. En el Reino Unido, el número de maestros ayudantes se ha multiplicado por tres en los últimos 20 años, como parte de una reorganización general de la fuerza de trabajo de la enseñanza y como resultado de un programa de inclusión social. No obstante, un estudio realizado en el Reino Unido, y en Italia, concluyó que esta fuerza de trabajo con frecuencia se encontraba aislada dentro de las aulas y sus funciones y responsabilidades estaban difuminadas en comparación con las de los maestros de aula.¹³¹ También son más propensos a recibir malos contratos y menos remuneración y a tener que afrontar desigualdades en materia de requisitos y oportunidades de calificación y de formación.¹³²

Los maestros de primaria en África, particularmente los de las zonas rurales, hacen frente a condiciones de trabajo muy difíciles, en concreto las elevadas cifras de alumnos (hasta 70 u 80) por cada maestro.¹³³ Con el fin de contrarrestar la escasez de maestros, algunos gobiernos africanos han contratado a jóvenes en calidad de maestros subcontratados o maestros comunitarios, ofreciendo plazos de formación muy breves. Por ejemplo, la inmensa mayoría de maestros de la enseñanza primaria en Malí en 2008 eran contratados o comunitarios (el 48 por ciento y el 31 por ciento, respectivamente) y únicamente el 21 por ciento eran funcionarios.¹³⁴ La inferioridad en remuneración y estatus de los maestros subcontratados en comparación con la permanencia y seguridad de los puestos de los maestros que son funcionarios es una razón clave de la falta de motivación y la poca satisfacción en el empleo del primer grupo, lo que provoca altas tasas de deserción y escasa calidad docente.

Otro ámbito de preocupación con respecto a la calidad de la docencia, relacionado con la poca y a menudo tardía remuneración de los maestros de primaria en los países de ingresos bajos, es el ejercicio de un segundo empleo.¹³⁵ Esto, a su vez, contribuye a altas tasas de absentismo. Los datos de África muestran que entre el 23 por ciento (Mauritania) y más del 70 por ciento de los maestros (en el Chad) se dedican a otra actividad generadora de ingresos, que en muchos casos se superpone al tiempo necesario para preparar las lecciones e incluso al horario del aula.¹³⁶

Personal académico

Este personal comprende los profesionales que trabajan en universidades y otros establecimientos de enseñanza superior, así como los investigadores a tiempo completo. La expansión y globalización de la enseñanza superior, unida al descenso de la financiación pública, han tenido consecuencias significativas para el personal académico. Se ha producido un aumento del empleo atípico y un mayor uso de los contratos de duración determinada entre el personal académico, así como una tendencia hacia condiciones de trabajo menos seguras, llevando todo ello a rendir bajo presión y aumentar la competencia entre los jóvenes académicos.¹³⁷ La diversificación de la profesión académica ha hecho que diferentes universidades, o universidades y empresas, ofrezcan una diversidad de oportunidades de empleo. También se han exacerbado las desigualdades de género en el acceso a puestos más estables.¹³⁸

En España, en 2011, el 64 por ciento de todos los investigadores y docentes de la universidad pública lo fueron con contratos temporales. La proporción ha venido aumentando constantemente desde mediados de los años 90 y era incluso mayor que en las universidades privadas (53 por ciento).¹³⁹ En 2011, el 33 por ciento de los profesores universitarios trabajaban a tiempo parcial. En Alemania, el número de empleados universitarios llegó casi a duplicarse entre 1992 y 2009, mientras que el de profesores se mantuvo bastante constante; durante el mismo período, la proporción de ayudantes de investigación científica contratados para una duración determinada aumentó del 63 al 83 por ciento. A menudo se ofrece a los jóvenes investigadores puestos a tiempo parcial a pesar de que en la práctica trabajan a tiempo total, lo que repercute negativamente en sus salarios.¹⁴⁰ Lo que explica este aumento generalizado de las formas atípicas de empleo son factores como el exceso de oferta de graduados universitarios y profesionales de la enseñanza, el hecho de que sus aptitudes se puedan en general transponer mejor de unas profesiones a otras y los diferentes regímenes contractuales entre los sectores público y privado, así como los recortes del gasto público en el sector de la educación.¹⁴¹ Además, los fondos públicos para la investigación con frecuencia se destinan a proyectos de investigación de financiación exterior y no directamente a las universidades, favoreciendo así el aumento de contratos vinculados con determinados proyectos. En los Estados Unidos, la creciente precariedad del profesorado universitario tiene que ver con el declive de las tasas de matriculación en la educación terciaria y con una menor demanda de docentes. En este contexto de descenso del número de empleos, los empleadores gozan de una posición privilegiada en cuanto a fijar las condiciones de empleo del personal no titular.¹⁴²

4.2.3. Trabajadoras y trabajadores domésticos

Las trabajadoras y los trabajadores domésticos suman 70,1 millones de mujeres y hombres en todo el mundo, equivalente al 18 por ciento de la fuerza de trabajo mundial del cuidado. No se puede sobrestimar su función en la prestación de cuidados.

El trabajo doméstico sigue siendo también un sector muy feminizado: el 70,2 por ciento (49,2 millones) de todos los trabajadores domésticos son mujeres. No obstante, el número de hombres (20,9 millones) que trabaja en este sector no es despreciable. La mayoría de estos hombres se encuentran en Asia y el Pacífico (15,5 millones),¹⁴³ mientras que las cifras son notablemente inferiores en todas las demás regiones, oscilando entre 0,32 millones en Europa y 2,3 millones en África (véase el recuadro 4.4). Con todo, las trabajadoras domésticas superan en número a los hombres en todas las regiones. Constituyen la casi totalidad (92,1 por ciento) de los trabajadores domésticos en las Américas, el 88,7 por ciento en Europa y Asia Central y el 80,3 por ciento en África (cuadro 4.4).

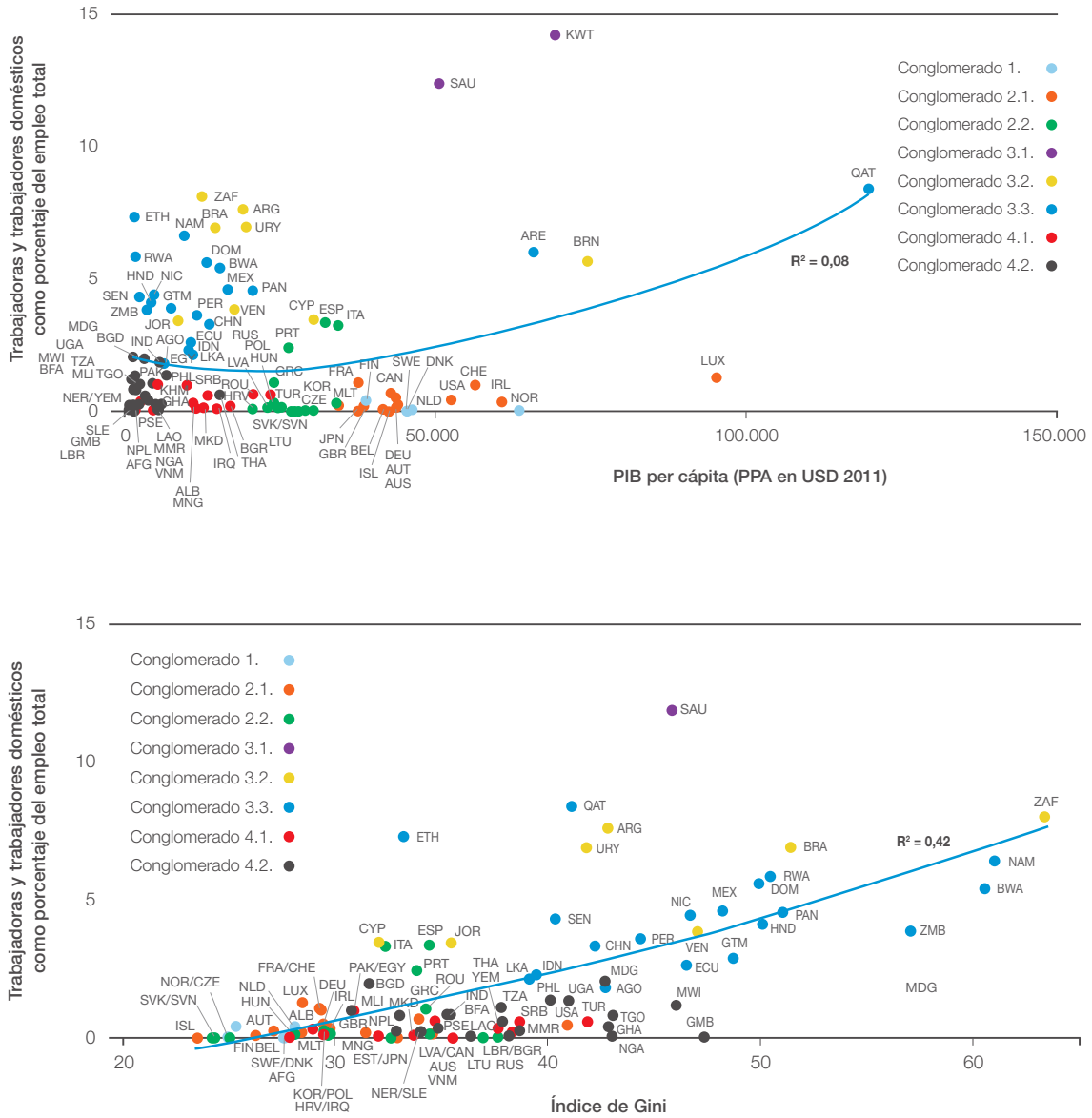
Por países, el correlato individual más significativo de la proporción de trabajadores domésticos es el coeficiente de Gini (que mide las desigualdades en los ingresos).¹⁴⁴ Cuanto más desigual es un país, más probable es que los trabajadores domésticos supongan una proporción significativa del empleo total (véase el gráfico 4.8). Esto es comprensible dado que, para que los hogares se puedan permitir emplear a asalariados, sus propios ingresos tienen que ser lo suficientemente superiores a los salarios que pagan como empleadores. No obstante, los hogares más prósperos no pueden explicar por sí solos una demanda amplia de trabajadores domésticos. Los países que tienen una demanda superior a la media de estos trabajadores son los Estados Árabes, determinados países de América Latina y Sudáfrica. El hecho de que el PIB per cápita no constituya un sólido correlato del empleo en el trabajo doméstico indica que el recurso a las trabajadoras y los trabajadores domésticos se da transversalmente entre países con diversos niveles de ingresos.

Cuadro 4.4. Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por los hogares) como proporción del empleo total, masculino y femenino, por región y sexo, y grado de feminización por región

	Trabajadoras y trabajadores domésticos	Trabajadores domésticos	Trabajadoras domésticas	Porcentaje de mujeres en el total del empleo del trabajo doméstico
Mundo	2,1	1,0	3,8	70,2
África	2,6	0,9	4,8	80,3
Américas	3,6	0,5	7,7	92,1
Estados Árabes	5,8	3,1	21,2	54,1
Asia y el Pacífico	1,9	1,3	2,9	56,8
Europa y Asia Central	0,7	0,1	1,4	88,7

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Gráfico 4.8. Relación entre las trabajadoras y los trabajadores domésticos como porcentaje del empleo total y el PIB per cápita y el índice de Gini



Nota: Para la descripción de los conglomerados, véase la sección 4.2 y el gráfico 4.10. Para la lista de códigos de países, véase el anexo A.6.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de los hogares y Banco Mundial, 2018a.

Recuadro 4.4. Comparabilidad de los datos entre las estimaciones de 2013, 2016 y actuales

En 2013, la OIT publicó sus primeras estimaciones mundiales y regionales sobre el trabajo doméstico.¹⁴⁵ Por entonces, la OIT estimó que en 2010 había 52,6 millones de trabajadoras y trabajadores domésticos, tras un aumento de más de 19 millones durante un período de 15 años. La OIT publicó a continuación una segunda estimación en 2016, que también tuvo en cuenta a las trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes.¹⁴⁶ Por entonces, la OIT estimó que había 68 millones de trabajadoras y trabajadores domésticos en todo el mundo; no obstante, la publicación utilizó una metodología similar pero no comparable con la del primer informe. Las estimaciones actuales se basan en una metodología que es similar a la utilizada en 2013, basada en datos nacionales y sin tener en cuenta la migración. Se escogió esta metodología para poder medir las cifras de las trabajadoras y los trabajadores domésticos en términos que sean comparables con el resto de la economía del cuidado.

Fuente: OIT, 2013a; OIT, 2015c.

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y trabajadores domésticos

Las trabajadoras y los trabajadores domésticos, que son particularmente vulnerables a la explotación, afrontan algunas de las peores condiciones de trabajo en la economía del cuidado. Estas condiciones son el resultado de una confluencia de factores: el trabajo doméstico se realiza a puerta cerrada, suele estar excluido de las protecciones laborales y sociales y carece de formalidad en las modalidades de trabajo. La conjunción de la privacidad del hogar, la falta de protecciones efectivas y las normas sociales discriminatorias hacen a estas trabajadoras y trabajadores particularmente vulnerables a prolongados horarios de trabajo mal remunerados y expuestos a abusos y violencia en el trabajo. Debido a la composición de la fuerza de trabajo, estas condiciones afectan de manera desproporcionada a las mujeres, y en particular a las mujeres de las comunidades que ya hacen frente a discriminación en la sociedad: migrantes, pueblos indígenas y aquellos que arrastran pobreza desde generaciones.

Las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores domésticos son consecuencia de un conjunto de políticas (o de ausencia de políticas) de mercado de trabajo, de migración y de cuidado. En particular, el costo y la complejidad de diversas opciones de cuidados configuran las opciones de que disponen los hogares. Cuando se enfrentan a alternativas que no se pueden permitir, los hogares pueden encontrar más tentador recurrir a las soluciones más económicas y fáciles existentes en el mercado para los cuidados.

Los empleos en este sector son notoriamente imprevisibles e informales, con pocos derechos. En un reciente estudio se concluyó que más de la mitad del total de trabajadores y trabajadoras domésticos en Alemania, Italia, Luxemburgo, España y los Estados Unidos trabajan a tiempo parcial y afrontan períodos frecuentes de desempleo, tasas que son estadísticamente más altas entre los trabajadores domésticos que entre otros trabajadores del cuidado y otros sectores de actividad.¹⁴⁷

Frecuentemente obligados por la pobreza, las trabajadoras y los trabajadores domésticos suelen verse impulsados a aceptar condiciones de trabajo y de vida que violan sus derechos humanos. Las trabajadoras y los trabajadores domésticos figuran entre los peor remunerados, y sus ingresos se sitúan bastante por debajo de los ingresos medios de las mujeres empleadas, y con frecuencia superan apenas el umbral de pobreza nacional. Según estimaciones de la OIT, las trabajadoras y los trabajadores domésticos normalmente ganan menos de la mitad (y en ocasiones no más del 20 por ciento) del salario medio de cualquier país.¹⁴⁸ Esta brecha salarial se debe a la infravaloración generalizada del trabajo doméstico, la discriminación en la remuneración y el escaso poder de negociación de las trabajadoras y los trabajadores domésticos.¹⁴⁹ Hay también pruebas de importantes diferencias salariales entre las trabajadoras y los trabajadores domésticos nacionales y los migrantes, y en algunos casos entre los migrantes de diferentes nacionalidades, que no se pueden atribuir a diferencias en el nivel educativo o la experiencia laboral.

Con frecuencia los bajos salarios llevan a las trabajadoras y los trabajadores domésticos a trabajar hasta los límites de su capacidad física y emocional solo para llegar a fin de mes. Particularmente en el caso de los que trabajan como internos, la tensión de 12 horas o más de trabajo diario con poco o ningún descanso diario o semanal tiene efectos terribles en su salud y les deja sin tiempo suficiente para cuidarse a sí mismos y a sus familias.¹⁵⁰

Cuando los trabajadores domésticos consienten en trabajar en el hogar de otra persona, ponen en riesgo su derecho a la privacidad y a la seguridad. Al hacerlo, pasan a ser particularmente vulnerables a la violencia y al acoso en el trabajo, experiencia que es común en el sector. Los estudios revelan formas de violencia psicológica, verbal, física y sexual.¹⁵¹ La forma más común es el abuso verbal, los insultos o las amenazas. Muchas trabajadoras domésticas también están sujetas al acoso sexual.¹⁵² Entre otras formas de violencia figuran las acusaciones de robo, la poca comida que reciben, alojamiento en condiciones inhumanas y horarios excesivamente prolongados sin descanso. A todo esto se une además el confinamiento en la vivienda, lo que en ocasiones puede calificarse como trabajo forzoso.¹⁵³

Según estimaciones recientes, el 90 por ciento de los trabajadores domésticos carecen de acceso a la seguridad social.¹⁵⁴ Esta falta de cobertura afecta de manera desproporcionada a las mujeres, dado que más de un tercio de las trabajadoras domésticas están excluidas de la legislación sobre protección de la maternidad, con lo que el embarazo suele significar una pérdida de ingresos o incluso la terminación del contrato de trabajo (véase el recuadro 4.5). A muchos trabajadores domésticos se les excluye explícitamente de las protecciones laborales. Por ejemplo, solo el 10 por ciento de ellos

Recuadro 4.5. Las trabajadoras y trabajadores domésticos y los intermediarios

Según lo definido en el Convenio núm. 189, las trabajadoras y los trabajadores domésticos pueden ser contratados directamente por los hogares o a través de intermediarios. Estos pueden ser públicos o privados, con o sin ánimo de lucro, y pueden comprender cooperativas o plataformas digitales. Su utilización tiene una repercusión en la relación de trabajo.¹⁵⁵ En algunos casos, el intermediario contrata directamente a las trabajadoras y trabajadores domésticos, a los que coloca en hogares privados; en otros casos, estas trabajadoras o trabajadores son colocados por medio del intermediario, en cuyo caso el contrato de trabajo se realiza entre la trabajadora o el trabajador y el hogar, y existe un acuerdo de prestación de servicio entre el intermediario y el hogar. Cada una de estas modalidades puede estar sujeta o no a inversión pública. Por ejemplo, en California el Estado financia los cuidados prestados en el hogar, que pueden ser contratados directamente por el hogar o a través de un intermediario.¹⁵⁶ El resultado es una diversidad de modelos mediante los cuales se puede contratar a las trabajadoras o trabajadores domésticos, influyendo de manera importante en el alcance de sus protecciones laborales.

Paralelamente, en los últimos años se ha hecho evidente el uso de plataformas digitales para proporcionar a los hogares trabajadoras o trabajadores domésticos en los Estados Unidos, Europa, Oriente Medio y, más recientemente, en la India, México y Sudáfrica. Si bien parece que el número de trabajadoras y trabajadores domésticos colocados a través de estas plataformas no es más que marginal, se ha advertido contra sus efectos en las protecciones laborales. En la actualidad, muchas de estas plataformas quedan fuera del alcance de la normativa que, de otro modo, aseguraría las protecciones laborales de estas trabajadoras y trabajadores.¹⁵⁷ Efectivamente, si bien puede parecer tentador encontrar trabajo a través de tales plataformas debido a la flexibilidad que brindan, su utilización puede dejar desprotegidos a las trabajadoras y trabajadores, dado que la práctica corriente en la mayoría de las plataformas laborales es la de clasificar a estos como contratistas independientes.¹⁵⁸

Los intermediarios también pueden ser transfronterizos, pues algunos trabajadores y trabajadoras migrantes ingresan en los países de acogida por el intermedio de agencias formales de contratación. Los elevados gastos de la contratación exponen a los migrantes a endeudamiento y abusos, aun cuando el marco jurídico internacional subraya claramente que las comisiones de contratación no deben correr a cargo del trabajador (Convenio sobre las agencias de empleo privadas, 1997 (núm. 181)). En Filipinas, por ejemplo, donde son ilegales las comisiones de contratación, algunas agencias de contratación exigen a los trabajadores que asistan a cursos de formación profesional antes de su salida, por los cuales facturan a los migrantes sumas excesivamente elevadas, pero la formación impartida ni es pertinente para el trabajo a realizar ni incide en él. Existen pruebas de que, para poder pagar las comisiones de contratación y otros gastos conexos, los potenciales migrantes y sus familias suelen contraer importantes deudas que los hacen particularmente vulnerables a la explotación y, en los peores casos, a la servidumbre de la deuda y otras formas de trabajo forzoso.¹⁵⁹

En 2014 la OIT puso en marcha la Iniciativa para una contratación equitativa a fin de ayudar a prevenir la trata de seres humanos y el trabajo forzoso y de proteger los derechos de los trabajadores, en particular los de los trabajadores migrantes, contra las prácticas abusivas y fraudulentas durante el proceso de contratación (entre otros derechos, la preselección, la selección, el transporte, la colocación y la posibilidad de retorno). La iniciativa también tiene como objetivo reducir el costo de la migración laboral y mejorar los resultados en materia de desarrollo para los trabajadores migrantes y sus familias. Los Principios generales y directrices para la contratación equitativa (2016) de la OIT afirman que “[l]a contratación debería efectuarse de manera que se respeten, protejan y hagan realidad los derechos humanos internacionalmente reconocidos, incluidos los enunciados en las normas internacionales del trabajo y, en particular, el derecho de libertad sindical y de negociación colectiva, y la prevención y eliminación del trabajo forzoso, el trabajo infantil y la discriminación en materia de empleo y ocupación”.¹⁶⁰

Fuente: Berg, 2016; Boris, Uden y Kulick, 2017; Fudge y Hobden, 2018; Gallotti, 2015; Hunt y Machingura, 2016; OIT, 2016b.

tienen acceso a protecciones laborales iguales a las que disfrutaban otros trabajadores. Más de la mitad de todas las trabajadoras y trabajadores domésticos no tienen limitadas por la legislación nacional sus horas semanales normales de trabajo, y aproximadamente el 45 por ciento carece del derecho a disfrutar períodos de descanso semanal, con la consecuencia de violaciones generalizadas del derecho a descanso. Además, solo aproximadamente la mitad de todas las trabajadoras y trabajadores domésticos disfrutaban de la protección del salario mínimo en base de igualdad con otros trabajadores.¹⁶¹ Incluso cuando están amparados por las protecciones laborales, las dificultades para vigilar y hacer cumplir la legislación laboral han hecho que en muchos países el incumplimiento sea la norma. Como resultado, pocos hogares emplean a trabajadoras y trabajadores domésticos con contratos formales.¹⁶²

Las malas condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores domésticos también se deben a que su voz y su representación en el sector son limitadas. Con frecuencia están excluidos del derecho de libertad sindical y negociación colectiva. Y aunque se han organizado en varios países del mundo, los obstáculos jurídicos y prácticos para constituir sindicatos o afiliarse a ellos suelen ser significativos y difíciles de superar. En particular, las trabajadoras y los trabajadores migrantes suelen quedar excluidos de afiliarse a sindicatos o constituirlos o de ocupar cargos electos dentro del sindicato. Como los empleadores de estas trabajadoras y trabajadores raramente se ven a sí mismos como empleadores, también es raro que formen organizaciones representativas de empleadores, si bien algunas existen.¹⁶³

4.3. EXPLICACIÓN DE LOS NIVELES Y LA COMPOSICIÓN DEL EMPLEO EN EL CUIDADO

Las estimaciones regionales de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado presentadas en la sección 4.1, aunque son informativas, esconden enormes variaciones entre las regiones. Los países varían enormemente en tamaño y nivel de desarrollo así como en los mercados de trabajo, las políticas de migración y el alcance de sus servicios de salud, educación y cuidados. En la presente sección se analizan las variaciones a través de los países en los niveles y la composición del empleo en el cuidado y se las relaciona con las condiciones de trabajo de los trabajadores del sector del cuidado.

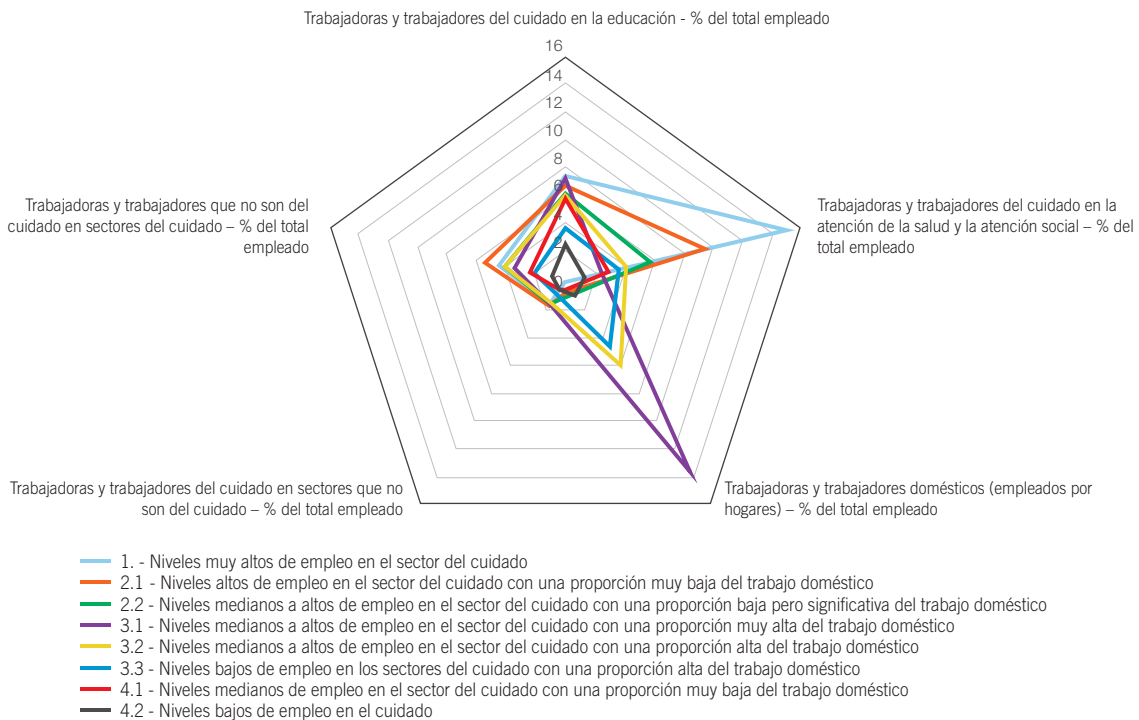
Se presentan ocho modelos de empleo en el cuidado en cuatro subapartados, derivados de un análisis por conglomerados de las proporciones en el empleo total de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la atención de la salud, las trabajadoras y los trabajadores domésticos (empleados por los hogares) y los trabajadores que no son del cuidado en los sectores del cuidado. Un total de 99 países han sido agrupados sobre la base de estos indicadores.¹⁶⁴ Los conglomerados son: 1) niveles muy altos de empleo en los sectores del cuidado; 2) niveles altos de empleo en los sectores del cuidado, que comprende dos sub-conglomerados (niveles altos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción muy baja del trabajo doméstico, y niveles medianos a altos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción baja pero significativa del trabajo doméstico); 3) recurso a las trabajadoras y los trabajadores domésticos, que comprende tres sub-conglomerados (niveles medianos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción

muy alta del trabajo doméstico; niveles medianos a altos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción alta del trabajo doméstico; y niveles bajos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción alta del trabajo doméstico); y 4) niveles medianos a bajos de empleo en el cuidado, que comprende dos sub-conglomerados (niveles medianos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción muy baja del trabajo doméstico; y niveles bajos de empleo en el cuidado).

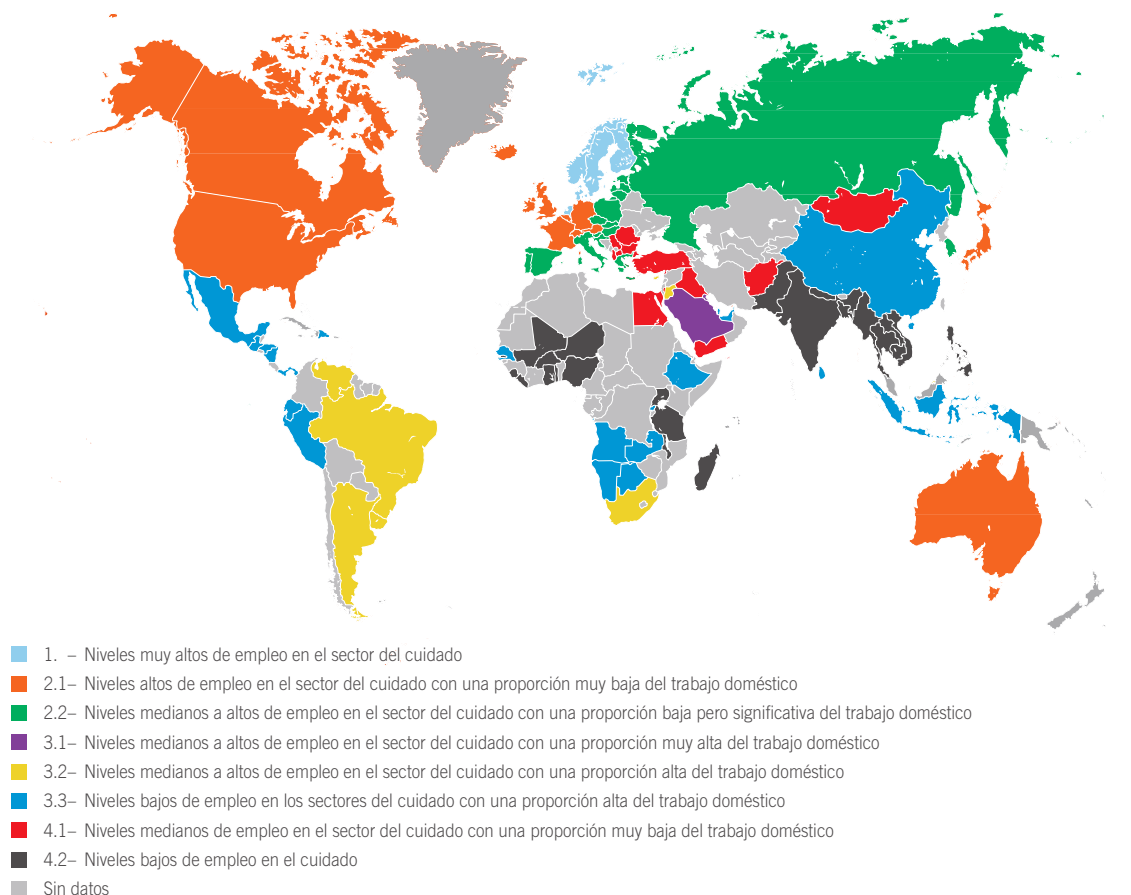
El gráfico 4.9 muestra cómo se definen estos modelos de empleo de prestación de cuidados, de conformidad con las cinco dimensiones incluidas en el análisis. Cuanto mayor es la zona que está contenida dentro de las líneas, mayor es el nivel del empleo total de prestación de cuidados: el conglomerado 1 es el más grande (niveles muy alto de empleo en los sectores del cuidado), con una fuerza de trabajo del cuidado que representa el 27,7 por ciento del empleo total, y el conglomerado 4.2 es el más pequeño (bajos niveles de empleo de prestación de cuidados), y representa al 4,7 por ciento del empleo total.

El gráfico 4.9 muestra las dos fuentes principales de variación entre estos dos conglomerados: la proporción del empleo en la atención de la salud y la atención social, impulsado por la cobertura de la atención de la salud y de los servicios de cuidados de larga duración; y la proporción de empleo en el trabajo doméstico, que en muchos casos comprende un número desproporcionado de trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes. Las variaciones en el empleo en la educación son menos marcadas, y son consecuencia del efecto conjunto de niveles de cobertura en la enseñanza primaria cercanos a la cobertura universal y niveles similares (y bajos) de cobertura de educación preescolar, con la excepción del conglomerado 1. Las variaciones en los trabajadores que no son del cuidado en los sectores del cuidado tienden a ser proporcionales a las cifras de trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado, y todos los conglomerados tienen niveles bajos de trabajadores del cuidado en sectores que no son del cuidado. Este panorama a vista de pájaro del análisis por conglomerados del gráfico 4.9 ya indica la importancia que tienen las políticas de educación, salud y cuidado en explicar la magnitud del empleo en los sectores del cuidado y la función compensadora que puede desempeñar el trabajo doméstico en ausencia de tales políticas.

Gráfico 4.9. Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado como proporción del empleo total, por región y sexo



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Gráfico 4.10. Modelos de empleo relacionado con el cuidado


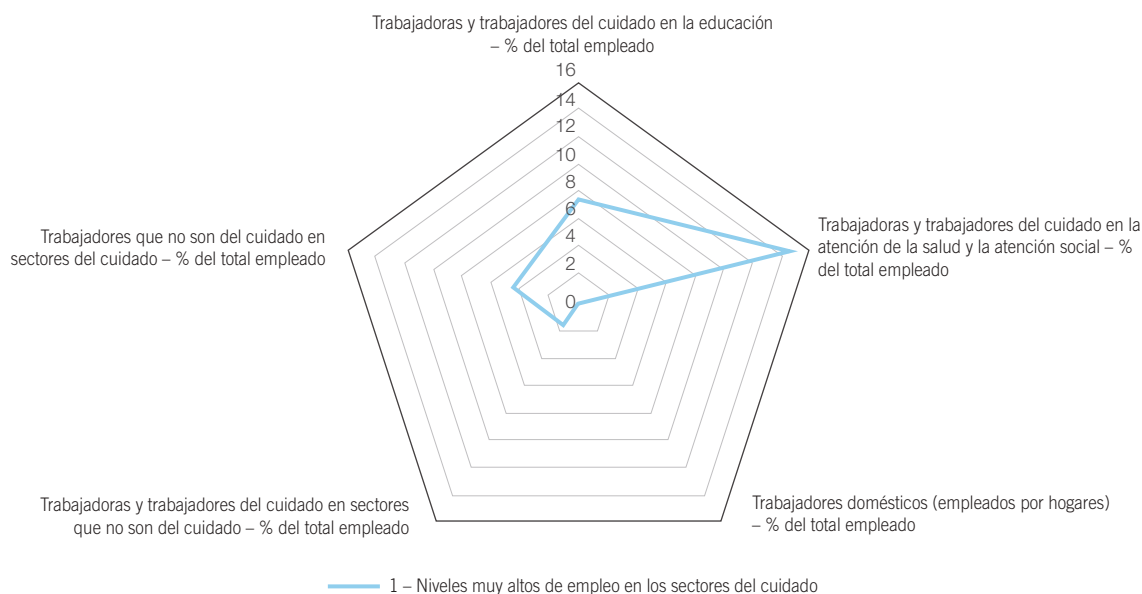
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Agrupar 99 países en 8 conglomerados entraña sin duda cierto nivel de generalización, puesto que ningún país es exactamente igual que otro. En los conglomerados que se enumeran más abajo, algunos países que están en la misma región y tienen el mismo nivel de desarrollo se agrupan juntos, pero varios conglomerados se extienden transversalmente por regiones y niveles de ingresos, mostrando que los niveles y la composición del empleo de cuidados son diversos y pueden explicarse hasta cierto punto por las políticas que se optó por aplicar en el plano nacional (gráfico 4.10).

4.3.1. Conglomerado 1 – Niveles muy altos de empleo en los sectores del cuidado

Los países incluidos en este conglomerado son Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia (4 países nórdicos) y los Países Bajos. En su modelo de empleo en los cuidados la fuerza de trabajo del cuidado supone aproximadamente un tercio de todas las personas empleadas y más del 40 por ciento de todas las mujeres empleadas. Esto se une a una proporción muy alta de trabajadoras y trabajadores del cuidado en sectores del cuidado, alrededor del 20 por ciento del empleo total, con el 25 por ciento en Noruega. De ellos, más o menos los dos tercios trabajan en la atención de la salud y la atención social y un tercio en la educación (véase el gráfico 4.9.a). Al existir el derecho universal a la prestación de servicios de cuidados, estas proporciones del empleo constituyen un reflejo de las tendencias demográficas y de los diferentes requisitos para la prestación de servicios de cuidados para los niños y servicios de larga duración para personas de edad avanzada.

Gráfico 4.9.a. Conglomerado 1



Servicios de cuidados

En la explicación de estos niveles de empleo en el cuidado es crucial la cobertura de los servicios de cuidados, en particular la atención infantil y el cuidado de personas de edad avanzada, que son derechos universales basados en la nacionalidad y no en los ingresos o en los antecedentes de participación en el mercado de trabajo. En torno al 50 por ciento de los niños asisten a servicios de educación y desarrollo de la primera infancia en estos países, con un máximo en Dinamarca (64 por ciento), pero menos en Finlandia (28 por ciento).¹⁶⁵ Los servicios de enseñanza preescolar y de cuidados de la primera infancia son a horario completo (más de 30 horas a la semana), con la excepción de los Países Bajos (20 horas a la semana).¹⁶⁶ A su vez, los altos niveles de empleo en la enseñanza tienen que ver con ratios de alumnos por maestro inferiores a 15:1 en la enseñanza preescolar y primaria¹⁶⁷, unido a que la prestación de servicios de cuidados infantiles es universal en los niveles de preprimaria (con la excepción de Finlandia, donde la matriculación es del 79 por ciento), primaria y secundaria.¹⁶⁸

Estos países también comparten un historial de prestación de servicios de cuidados de larga duración de alta calidad y financiados con los impuestos. Corresponde a las autoridades locales la responsabilidad principal de aplicar la legislación nacional, de financiar los servicios de cuidados para personas de edad avanzada y, por tradición, también la de prestar la inmensa mayoría de esos servicios.¹⁶⁹ En Suecia, aproximadamente el 4,5 por ciento de la población de más de 65 años recibe cuidados de larga duración en instituciones, y el 12 por ciento recibe cuidados en el hogar; Dinamarca, Finlandia y Noruega tienen cifras comparables. Finlandia tiene una proporción relativamente más baja de personas de este grupo de edad que reciben cuidados en el hogar (6,8 por ciento).¹⁷⁰ Desde el año 2000 se han triplicado los servicios de cuidados a domicilio (como porcentaje del total de horas trabajadas) en estos países, pero la cifra de personas que reciben cuidados en residencias aumentó solamente el 50 por ciento durante el mismo período.¹⁷¹ La expansión de los cuidados a domicilio y los cuidados de larga duración en residencias ha tenido lugar paralelamente al aumento de la prestación lucrativa¹⁷², con una repercusión particularmente importante en la ampliación del número de trabajadoras y trabajadores del cuidado que se dedican a los cuidados a domicilio y a las tareas del hogar que son empleados por agencias privadas de prestación de servicios o por el Estado.¹⁷³

Estos países se encuentran entre los que tienen la mayor densidad de trabajadores de atención de la salud, como personal de enfermería y médicos, en comparación con la población. Noruega, por ejemplo, tiene el doble de enfermeros y enfermeras (17 por cada 1000 habitantes) que la media de la OCDE) y la cifra equivalente de médicos es un tercio superior a la cifra media de la OCDE (32 por cada 1000 habitantes).¹⁷⁴

Tras la amplia cobertura que tienen los servicios de cuidados está el hecho de que el sector público desempeña una función primordial en la gestión del sector del cuidado en estos países, lo que tiene su reflejo en los altos niveles de gasto público en educación (más del 7 por ciento del PIB)¹⁷⁵ y en servicios de atención de la salud y servicios sociales (casi el 10 por ciento del PIB)¹⁷⁶, financiado con los impuestos. En el caso de los servicios de atención de la salud y los servicios sociales, el gasto en cuidados de larga duración como proporción del PIB alcanza el 3,6 por ciento en Suecia, seguido por Dinamarca y Noruega (2,4 por ciento) y Finlandia (2,1 por ciento).¹⁷⁷ Estos países son también “grandes gastadores” en políticas de discapacidad¹⁷⁸, que abarcan no solo el acceso a la protección social sino también la integración en el mercado de trabajo a niveles más altos que otros países europeos.¹⁷⁹

Formación académica de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

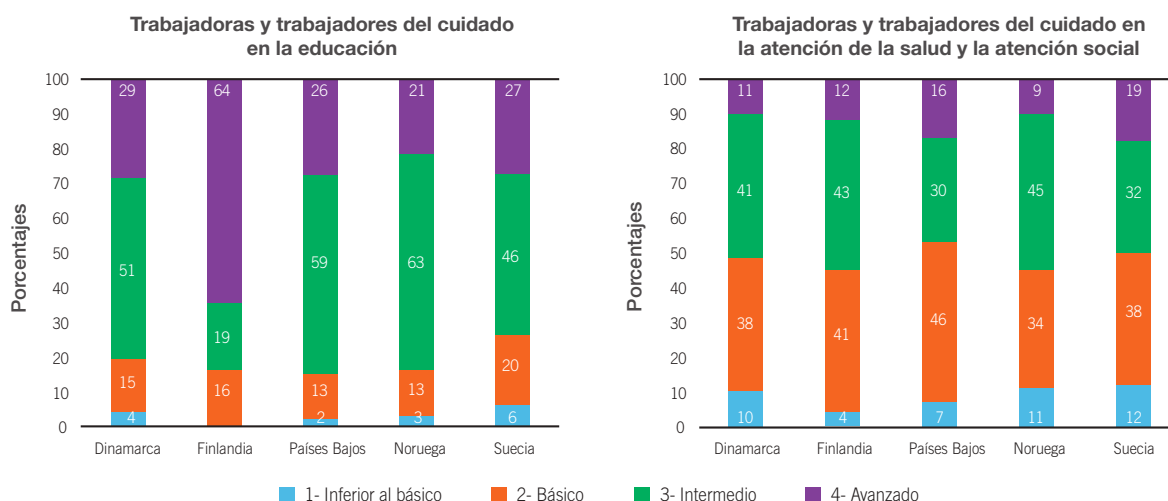
En Suecia, muchos de quienes están empleados en la profesión de los cuidados infantiles son maestros cuya formación académica y remuneración son comparables a las de sus colegas del sistema de enseñanza primaria.¹⁸⁰ El personal de las escuelas de preescolar son maestros de preescolar y cuidadores de niños. Los maestros de preescolar suecos cursan la universidad durante tres años y medio, mientras que los cuidadores de niños necesitan completar un programa de escuela secundaria de tres años, que les da la formación para trabajar con niños pequeños. Los centros familiares de atención diurna suponen una opción menos costosa, dado que utilizan trabajadores con menos formación. Los empleados de estos centros reciben salarios inferiores a los de los trabajadores de los centros de cuidados infantiles formales, pues no se les exige formación universitaria ni secundaria en el cuidado de los niños, aunque deben completar la formación que ofrecen los municipios. Estas diferencias en los requisitos académicos se reflejan en la proporción relativamente grande de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación que tienen una formación académica intermedia en Suecia, así como en todos los demás países de este conglomerado, con la excepción de Finlandia (gráfico 4.11).

La amplitud de la prestación de cuidados de larga duración en estos países explica la combinación de elevadas densidades de trabajadores de la atención de la salud, arriba mencionada, con un número relativamente bajo (por debajo del 20 por ciento) de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la atención de la salud que tienen formación académica avanzada (gráfico 4.11).

Trabajadoras y trabajadores domésticos

Gracias a las bonificaciones fiscales, los hogares privados (generalmente de ingresos superiores) han encontrado más asequible contratar trabajadoras o trabajadores domésticos, hecho que ha ampliado el mercado de servicios basados en el hogar para prestación de cuidados personales y del hogar en estos países. Estas bonificaciones son más generosas en Finlandia y Suecia, donde los usuarios se benefician de una reducción fiscal del 45 o el 50 por ciento de los costos laborales por servicios prestados en el hogar del contribuyente o en el de sus padres, y adquiridos a una empresa registrada o a una persona trabajadora por cuenta propia.¹⁸¹ Las bonificaciones han sido un medio de transformar el trabajo no declarado en trabajo declarado, así como de crear oportunidades de empleo, en particular para los desempleados y los trabajadores con poco nivel de calificación.¹⁸² En los Países Bajos, gracias a regímenes relativamente generosos de prestaciones en efectivo para cuidados para personas de edad avanzada, unido al hecho de que los beneficiarios tienen que justificar sus gastos, se ha desalentado el recurso a personal de cuidados mal pagado y sin regularizar (y normalmente migrante).¹⁸³

Gráfico 4.11. Perfiles del nivel académico de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social



Nota: En la designación de los niveles académicos se ha utilizado la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 11). Inferior a básica: sin escolarización ni educación preescolar. Básica: enseñanza primaria y secundaria inferior. Intermedia: educación secundaria superior y postsecundaria no terciaria. Avanzada: educación terciaria de ciclo corto, grado en educación terciaria, maestría y doctorado o niveles equivalentes de educación.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

El sector está dominado por empresas que emplean a trabajadores y prestan servicios a los hogares, siendo muy pocos los trabajadores que están directamente empleados por los hogares (casi cero en términos estadísticos). Sin embargo, el resultado de la expansión de los mercados privados ha sido una mayor estratificación de la fuerza de trabajo del cuidado. En Suecia, por ejemplo, el sector nacional se compone de varios estratos.¹⁸⁴ En el superior se encuentran quienes realizan trabajos domésticos para personas de edad avanzada y están empleados por el sector público en los municipios, directamente o a través de algún organismo del sector público. Estos trabajadores disfrutan de mejores condiciones de remuneración y de trabajo que en el mercado estrictamente privado y tienen la proporción más pequeña de trabajadores nacidos en el extranjero. En el segundo estrato las empresas privadas dan empleo principalmente a migrantes, que pueden estar desempeñando muchas de las mismas tareas para las personas de edad avanzada que los trabajadores contratados a través del municipio, pero a quienes se paga salarios más bajos y tienen menos seguridad en el empleo. El estrato inferior está compuesto por quienes trabajan de manera irregular y sin declarar, en su mayoría migrantes indocumentados que tienen las peores condiciones de empleo y a quienes se paga la mitad o incluso menos del salario normal vigente en el sector. Normalmente están empleados en empresas pequeñas, que comprenden una proporción importante del sector.¹⁸⁵

Trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes

Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes empleados en la educación y en la atención de la salud y la atención social representan una proporción de la fuerza de trabajo del cuidado más pequeña que los trabajadores migrantes asalariados entre todos los trabajadores asalariados, salvo en Suecia, donde suponen casi la cuarta parte de todas las trabajadoras y los trabajadores del cuidado empleados en la atención de la salud y la atención social (gráfico 4.12). En Dinamarca, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado representan el 12 por ciento del empleo en la atención de la salud y la atención social (el 21 por ciento en los cuidados de larga duración), y en su mayoría proceden de otros

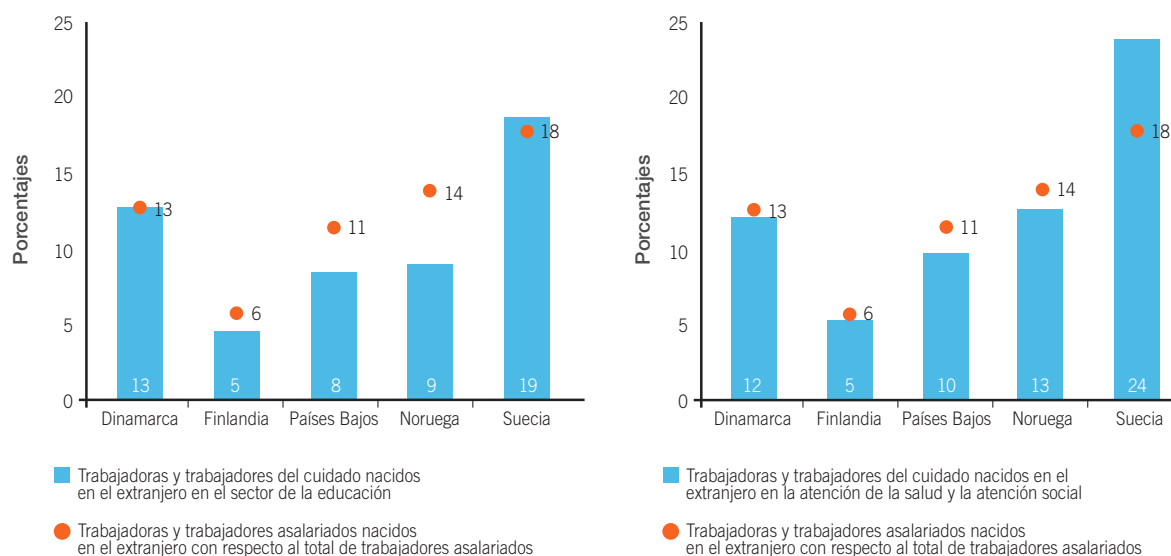
países nórdicos. Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes están empleados principalmente en ocupaciones para las que se exige el menor nivel de calificaciones, si bien disfrutan de los mismos derechos de protección social y de empleo que los trabajadores nacionales.¹⁸⁶ Una parte sustancial de la fuerza de trabajo del cuidado se compone de descendientes de migrantes de segunda o tercera generación que han nacido en el país y cuyo nivel de educación es generalmente bajo.

También es evidente la utilización amplia de personal *au pair*.¹⁸⁷ Normalmente no se considera como empleados a quienes trabajan de *au pair*, por lo que no están cubiertos por las protecciones laborales. Tanto Noruega como Dinamarca reciben la mayoría de su personal *au pair* de Filipinas.¹⁸⁸ De manera similar, en Dinamarca la mayoría del personal *au pair* procede de Filipinas y de regiones europeas más pobres. Ello a pesar de que Filipinas, aunque alienta a sus ciudadanos a migrar para hacer trabajo doméstico, no permite a las filipinas aceptar contratos de *au pair*.¹⁸⁹ Normalmente los regímenes *au pair* imponen limitaciones estrictas a los tipos de tareas que se pueden realizar y al número de horas que se pueden trabajar; no obstante, hay indicios de que a través de estos regímenes los hogares emplean a trabajadoras y trabajadores domésticos a tiempo completo.¹⁹⁰

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

La inmensa mayoría de trabajadores, y sin duda las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social, son formales y están protegidos y amparados por la seguridad social en estos países (los que no están protegidos suponen menos del 2 por ciento en ambos sectores). Los hombres parecen tener menores niveles de protección que el promedio, pues sus tasas de informalidad llegan al 5 y al 6 por ciento en Noruega y Suecia, respectivamente, en la atención de la salud y la atención social, y el 5 por ciento en la educación en los Países Bajos. Las trabajadoras y los trabajadores domésticos están amparados por las protecciones sociales de manera total o parcial en todos los países de este conglomerado; no obstante, a menudo se respetan poco estas protecciones, sobre todo en el caso de las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes en situación irregular (recuadro 4.6).

Gráfico 4.12. Proporciones de personas nacidas en el extranjero entre los trabajadores y las trabajadoras del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Recuadro 4.6. Las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes en Estocolmo

La amenaza constante de deportación y la consiguiente incapacidad de acudir a la policía permite que los migrantes irregulares en Suecia sean fácilmente explotados. Las trabajadoras y trabajadores domésticos que no tienen permiso legal en Suecia han notificado ser víctimas de acoso sexual en el trabajo y de no haber recibido su pago una vez finalizado el trabajo. La diferencia salarial entre trabajadores documentados e indocumentados es chocante. Quienes carecen de papeles en regla perciben aproximadamente entre la mitad y un tercio de lo que ganan los trabajadores con permiso de residencia. Los trabajadores empleados por horas carecen de seguridad en el empleo y el número de sus horas de trabajo es imprevisible. La práctica normal en el sector es la de no pagar el tiempo de transporte, que puede tener importancia debido a las largas distancias de desplazamiento. Con frecuencia las horas de trabajo distan de ser las adecuadas, lo que sitúa a los trabajadores, en particular a los que dependen de estos ingresos para mantenerse, en situación muy precaria.

Fuente: Hobson, Hellgren y Bede, 2015.

Los niveles de protección están influidos por la función que ejercen los sindicatos en la protección de las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en estos países. Por ejemplo, el nivel de sindicalización en la prestación de cuidados de larga duración es menor que en otros sectores, pero mayor que en la mayoría de los demás países, por lo que los sindicatos son capaces de ampliar la protección a los trabajadores que se encuentran en empleos desprotegidos y de contrarrestar los peores efectos de las tendencias privatizadoras. En 2016, en Suecia, por ejemplo, Kommunal, el sindicato del sector público, consiguió un aumento salarial para los 40 000 asistentes personales que trabajaban para empresas del sector privado en línea con la remuneración del sector público.¹⁹¹

4.3.2. Conglomerado 2 – Niveles altos de empleo en los sectores del cuidado**Conglomerado 2.1: Niveles altos de empleo en los sectores del cuidado con una proporción muy baja del trabajo doméstico**

Este conglomerado solo comprende países de ingresos altos: predominantemente son países de lengua inglesa (Australia, el Canadá, Irlanda, Malta, Reino Unido y los Estados Unidos), países de Europa Occidental (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo y Suiza) más Islandia (país nórdico) y el Japón. La fuerza de trabajo del cuidado de estos países representa entre el 20 y el 25 por ciento de todas las personas empleadas, y su personal femenino comprende aproximadamente del 35 al 40 por ciento del empleo total de las mujeres; se trata de niveles altos en términos mundiales, aunque inferiores a los niveles del conglomerado anterior.

Las trabajadoras y trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado representan, en promedio, del 15 al 17 por ciento del empleo total, registrándose las proporciones más altas en Australia, Bélgica e Islandia. La proporción de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación es similar a la del conglomerado anterior (en torno al 6 por ciento) y registra su máximo en Islandia, donde representan el 11,5 por ciento del empleo total (y el 19 por ciento del empleo de las mujeres). En casi todos estos países, las trabajadoras y trabajadores del cuidado que trabajan en la salud y en la atención social suponen alrededor del 10 por ciento del empleo total (véase el gráfico 4.9.b). Se trata de 4 puntos porcentuales menos, en promedio, que en los países del conglomerado anterior debido a diferencias relacionadas con la prestación de servicios públicos de atención de la salud y de cuidados de larga duración. En casi todos estos países la protección de la salud tiene una cobertura universal¹⁹², y tanto las tasas de dependencia como la proporción de personas que reciben cuidados de larga duración en instituciones o en el hogar¹⁹⁴ son muy similares a las del conglomerado anterior, con la única y notable excepción de los Estados Uni-

dos. De hecho, este es el único país entre los que componen estos dos primeros conglomerados en que la cobertura de la salud no es universal, llegando solo al 84 por ciento de la población¹⁹⁵, y en el que, al mismo tiempo, el gasto total en la salud en proporción al PIB es el más elevado, un 17 por ciento¹⁹⁶, más o menos 7 puntos porcentuales por encima de los demás países de este conglomerado. También es el único país en el que casi todos los trabajadores y trabajadoras de la atención de la salud y la atención social (92 por ciento) están empleados en el sector privado (gráfico 4.13).

Gráfico 4.9.b. Conglomerado 2.1

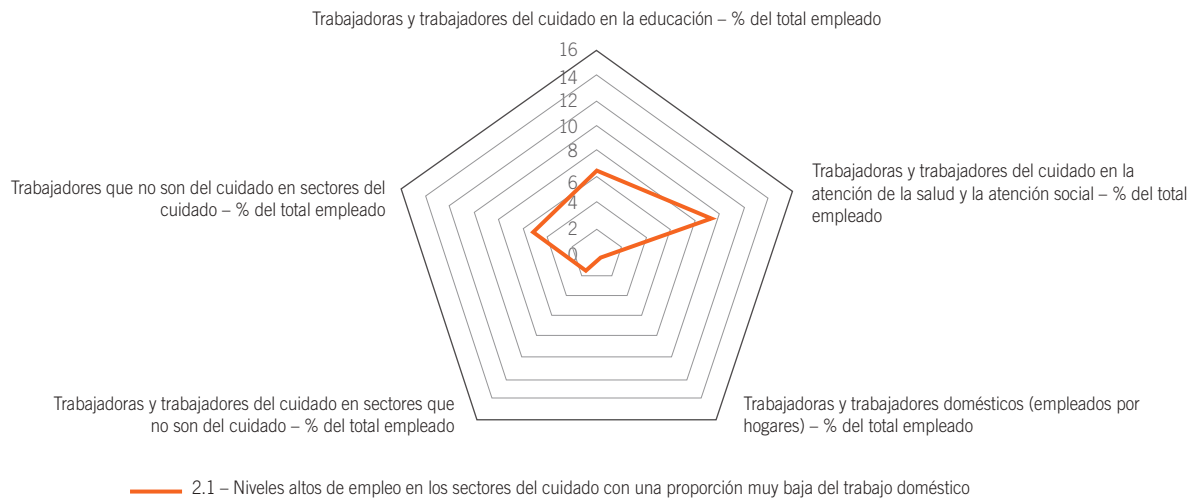
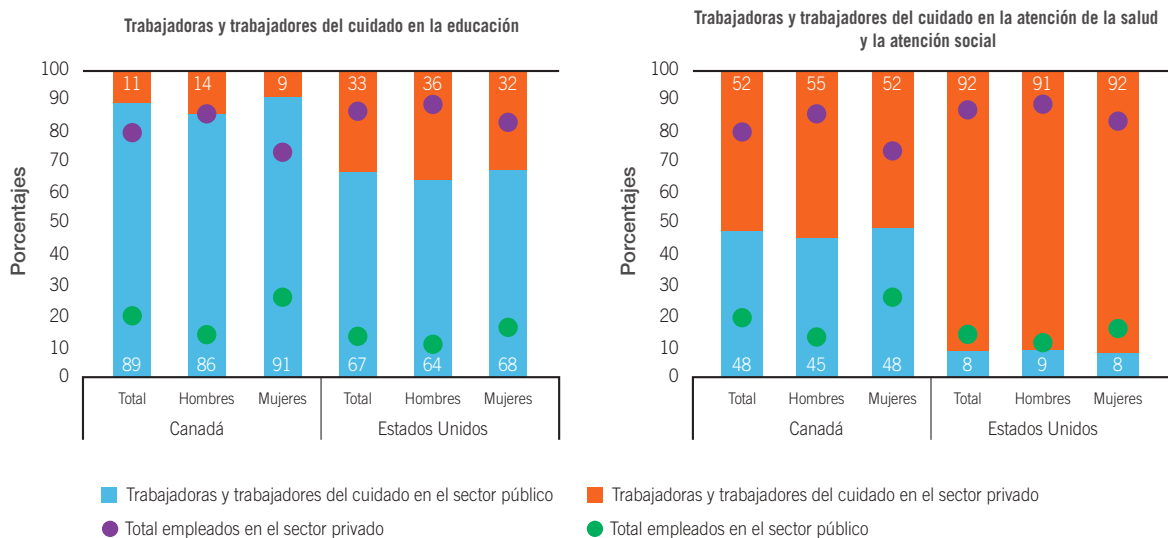


Gráfico 4.13. Proporción de empleo público/privado en la educación y en la atención de la salud y atención social, Canadá y Estados Unidos



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Servicios de cuidados

Los países de este conglomerado combinan en diversos grados la financiación privada y pública, pero en función del país y de la particular política de cuidados objeto de análisis, dos patrones caracterizan este conglomerado. Un grupo de países tiende a que la prestación de servicios de cuidados dependa de los mecanismos del mercado, y en consecuencia la cobertura es inferior. Normalmente, la financiación pública se encauza hacia las familias a través de subvenciones sujetas a verificación de recursos, la cual se combina con pagos privados que han pasado a ser objeto de escrutinio a medida que ha aumentado la presión para reducir el gasto público. Un segundo grupo de países cuenta con una prestación pública universal más sólida, si bien es posible que surjan problemas de calidad en la prestación de los servicios y en las condiciones del trabajo de cuidados remunerado a consecuencia de ello.

En el segundo grupo, los niveles de matriculación en la educación y la atención de la primera infancia son elevados. Por ejemplo, los niveles relativamente altos de matriculación de Alemania (33 por ciento) son consecuencia de determinado conjunto de políticas, vigentes desde 2013, que a lo largo de la pasada década ha duplicado el número de centros de educación y de atención de la primera infancia subvencionados con fondos públicos.¹⁹⁷ Un impulso similar para ampliar la atención infantil se experimentó en Japón a partir de 1990, y para 2008 se había duplicado el número de niños en la educación preescolar.¹⁹⁸ Austria y el Reino Unido tienen las ratios de matriculación ajustadas más bajas en la educación y la atención de la primera infancia en este conglomerado, el 15 y el 18 por ciento, respectivamente.¹⁹⁹ No obstante, Austria está evolucionando hacia un aumento de la inversión en nuevos centros²⁰⁰, y también Canadá.²⁰¹ En el primer grupo, tanto en el Reino Unido²⁰² como en los Estados Unidos los niveles de cobertura relativamente bajos (28 por ciento)²⁰³ guardan relación con los obstáculos para acceder a ella que tienen los padres cuyos ingresos son bajos.

Varios de los países de este conglomerado tienen establecida alguna forma de prestación regulada y pública de cuidados infantiles en el hogar que está al margen del alcance de los programas de educación y atención de la primera infancia, pero que los complementa. En Australia, por ejemplo, existen servicios familiares de cuidados diurnos (prestados por personal registrado) y servicios de cuidados domiciliarios (prestados en la casa del cuidador)²⁰⁴, cofinanciados mediante una subvención para cuidados infantiles sujeta a verificación de recursos que se paga directamente a los proveedores del servicio.²⁰⁵ La provincia canadiense de Quebec ofrece financiación pública para servicios de cuidados infantiles en la familia ("*services de garde en milieu familial*"). En Francia y en el Reino Unido existen tanto bonos para cuidados infantiles patrocinados por el empleador como un crédito fiscal para ayudar a costear los gastos privados en cuidadoras o cuidadores internos para los niños.²⁰⁶ Existen programas similares en Francia ("*assistant(e)s maternel(le)s*")²⁰⁷ y en Bélgica ("*accueillante d'enfants*"), cofinanciados mediante bonificaciones fiscales. Estos programas se distinguen claramente del recurso exclusivo a programas de educación y atención de la primera infancia en instituciones, y normalmente conllevan requisitos de calificación menos estrictos.²⁰⁸ Al mismo tiempo, ofrecen incentivos a estas trabajadoras y trabajadores para que se formalicen y estén cubiertos por las protecciones sociales. La excepción chocante a esta regla la constituyen los Estados Unidos.²⁰⁹

Las cifras de alumnos por maestro se sitúan por debajo de 15 en la educación preescolar (con excepción del Reino Unido, que es de 20, y Japón, de 25) e incluso menores para la enseñanza primaria (18 en Francia y Japón), lo que indica una calidad elevada de prestación del servicio.²¹⁰

En cuanto a la situación de la prestación de cuidados para personas de edad en este conglomerado, el panorama que aparece es similar a la de la educación y atención de la primera infancia, puesto que los países cuentan o bien con la cobertura universal basada en las necesidades, o bien con modalidades mixtas, o bien con subvenciones sujetas a verificación de recursos con cobertura limitada (los Estados Unidos). Japón representa un caso especial con cobertura alta basada en los servicios pero sin prestaciones en efectivo para los cuidados. Alemania constituye un ejemplo de ayuda universal a los cuidados de larga duración según las necesidades, y como consecuencia la cobertura alcanza niveles relativamente altos tanto para los prestados a domicilio (4 por ciento) como en instituciones (9 por ciento), niveles similares a los de Francia.²¹¹ Inglaterra (Reino Unido) combina los pagos en efectivo para los cuidados según las necesidades, que llegan al 23 por ciento de las personas de 65 años en

adelante, con un acceso fuertemente restringido y sujeto a verificación de recursos a cuidados de larga duración, lo cual posibilita una cobertura de menos del 2 por ciento de las personas mayores de 65 años en las instituciones y del 3 por ciento de las que reciben cuidados a domicilio.²¹² Los Estados Unidos solo tienen una subvención sujeta a verificación de recursos que cubre a las personas de bajos ingresos cuyos ahorros son limitados o que han agotado sus recursos económicos pagando la cobertura de cuidados médicos y de larga duración.²¹³ En consecuencia, la cobertura es limitada: solo el 2,5 por ciento de las personas de 65 años en adelante reciben cuidados a domicilio, y una proporción similar recibe cuidados en las instituciones, el nivel más bajo de este conglomerado. En el Canadá el panorama es similar: como el seguro de salud no cubre los cuidados de larga duración, hay que pagar del bolsillo propio la mayor parte de los gastos, y las subvenciones y los servicios prestados varían de una provincia a otra.²¹⁴

El rápido envejecimiento de la población de Japón, donde los mayores de 65 años suponen casi la mitad del número de personas en edad de trabajar²¹⁵, hace que los cuidados de larga duración constituyan un alta prioridad política en el país (véase también el recuadro 4.7). Los cuidados prestados a domicilio llegan a más del 10 por ciento de las personas mayores de 65 años, y la proporción de quienes reciben cuidados en este grupo de edad en las instituciones es de casi el 5 por ciento.²¹⁶ Como los cuidados están estrictamente basados en las necesidades, para poder recibirlos no se tienen en cuenta ni los ingresos ni el hecho de disponer de ayuda familiar. El sistema de cuidados de larga duración de Japón no concede prestaciones en efectivo, pues se considera que estas aumentarían aún más la presión social sobre las nueras para que cuidaran a sus suegros.²¹⁷

En los países de este conglomerado, las políticas en materia de discapacidad tienen las características expuestas para otras políticas de cuidado: niveles de gasto relativamente altos combinados con reglas sólidas relativas a verificación de recursos para asignar las prestaciones y la preferencia de subvenciones y de prestaciones en efectivo para los cuidados por encima de los servicios.²¹⁸ El Reino Unido, cuyos gastos se sitúan en un nivel intermedio, muestra una preferencia por la integración en el mercado de trabajo²¹⁹ y pone el énfasis en políticas de “modo de vida independiente”, lo que implica pagos directos a personas con discapacidades a fin de permitirles que paguen su propia asistencia personal. Las prestaciones, sujetas a verificación estricta de capacidad para el trabajo, se combinan con incentivos destinados a personas con discapacidades para tratar de lograr la independencia mediante el empleo remunerado.²²⁰

Formación académica de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

En la atención de la salud y la atención social, la proporción de trabajadores con formación académica avanzada (que comprende los médicos y el personal profesional de enfermería y sus asistentes) es aproximadamente del 20 por ciento, proporción relativamente baja que se explica por la amplitud del personal de cuidados de larga duración, cuyas calificaciones son relativamente inferiores. En la educación, la proporción de trabajadores con formación académica avanzada es más alta, siendo en la mayoría de países de entre el 30 y el 40 por ciento y registrando Australia la proporción más baja, del 20 por ciento. De nuevo, esto último refleja la presencia en instituciones de trabajadoras y trabajadores de cuidados infantiles a domicilio y de auxiliares de maestros, cuyo nivel académico es inferior (gráfico 4.14).

Los perfiles académicos son diferentes en los Estados Unidos y el Canadá, donde las trabajadoras y los trabajadores del cuidado con formación académica más alta comprenden más de la mitad de los trabajadores de la atención de la salud y la atención social en los Estados Unidos y casi el 90 por ciento en el Canadá, lo que constituye un reflejo de la baja cobertura que en ambos países tienen los servicios de cuidados de larga duración.

Recuadro 4.7. Uso de robots en el Japón como ayuda para el trabajo de cuidados

Dado el rápido envejecimiento de la sociedad japonesa, el Ministerio de Economía, Comercio e Industria del Japón ha puesto en marcha su Estrategia en robótica, cuya finalidad es el uso de robots para satisfacer sus crecientes necesidades de cuidados para 2020. El objetivo de la estrategia no consiste en que los robots hagan la mayoría de los trabajos del cuidado, sino la de aliviar el volumen de trabajo y crear un mejor entorno de trabajo para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado utilizando equipo robótico de atención de enfermería. Como cada vez es mayor la presión para mejorar la eficacia en el trabajo y reducir el número de trabajadoras y trabajadores del cuidado, es importante mantener servicios de cuidados de alta calidad que solo pueden ser prestados por personas. Además de crear entornos de trabajo seguros y estables para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, el Ministerio persigue ayudar a personas de edad avanzada que necesitan cuidados para que vivan una vida independiente en un entorno familiar.

Según la encuesta realizada por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar en 2011²²¹, los robots podrían contribuir a aliviar la carga física de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado consistente en levantar a las personas que reciben los cuidados, los sistemas de seguimiento podrían ayudar a las personas con demencia y los sistemas de ayuda para la movilidad podrían permitir que los receptores de cuidados salgan a la calle por sí solos y de forma segura.

No está tan claro que los robots tengan la capacidad de sustituir los trabajos prestados por las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en general. En los debates sobre el surgimiento de los robots suele citarse a PARO como ejemplo de tecnología que se encuentra tan adelantada que podría utilizarse para sustituir las funciones que prestan los humanos en los cuidados. PARO, un “robot social” desarrollado en el Japón, es un muñeco de peluche en forma de bebé foca cuyos sensores y micrófonos le permiten sentir el tacto y el sonido y responder a esas señales vocalizando y desplazándose. Se utiliza en residencias de ancianos para proporcionar estimulación cognitiva a pacientes de edad avanzada con demencia. Aunque se ha alabado la capacidad de PARO para mejorar de manera autónoma los humores y caprichos de los pacientes y disminuir las tensiones, una inspección más detenida de la manera en que se usa revela la función decisiva que desempeñan las trabajadoras y los trabajadores del cuidado como mediadores en la relación entre los pacientes y PARO, cosa que se omite en las evaluaciones de su eficacia.

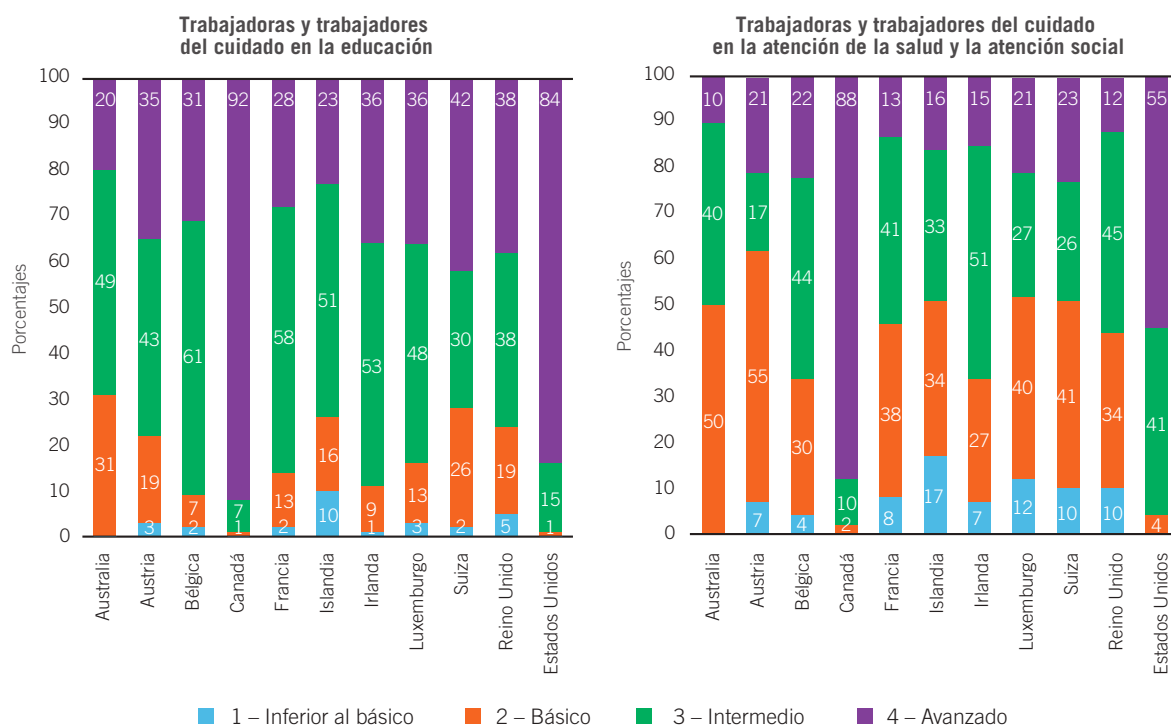
Fuentes: Berg, 2018; Ministerio de Economía, Comercio e Industria de Japón, 2015.

Trabajadoras y trabajadores domésticos

Las trabajadoras y trabajadores domésticos empleados directamente por los hogares suponen en torno al 1 por ciento del empleo total (y el 2 por ciento o más del empleo femenino total) en Francia, Luxemburgo y Suiza. En los demás países de este conglomerado hay incluso menos trabajadoras y trabajadores domésticos empleados directamente por los hogares.

En los Estados Unidos las trabajadoras y trabajadores domésticos empleados por los hogares representan el 0,5 por ciento de la población empleada, y sus cifras parecen estables tras cierto aumento registrado al final de la pasada década.²²² En su mayoría (95 por ciento) son mujeres, mayoritariamente (54 por ciento) de entornos de minorías raciales y étnicas.²²³ Casi la mitad (44 por ciento) son nacidos en el extranjero, y el 31 por ciento no son ciudadanos estadounidenses. En el caso de Canadá, el anterior Programa de cuidadores familiares internos (1992 – 2011) promovía expresamente la contratación de trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes, particularmente para el cuidado de niños. El programa estaba impulsado por el empleo y vinculaba el derecho de la trabajadora o trabajador migrante al mantenimiento de una relación de empleo con determinado empleador. Los cambios que se introdujeron con posterioridad (véase más abajo) ilustran el cambio de enfoque desde el trabajo doméstico a una función exclusiva de prestación de cuidados.²²⁴

Gráfico 4.14. Perfiles del nivel académico de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y atención social



Nota: En la designación de los niveles académicos se ha utilizado la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 11). Inferior a básica: sin escolarización ni educación preescolar. Básica: enseñanza primaria y secundaria inferior. Intermedia: educación secundaria alta y postsecundaria no terciaria. Avanzada: educación terciaria de ciclo corto, grado en educación terciaria, maestría y doctorado o niveles equivalentes de educación.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes

Dos de los rasgos que caracterizan a los países de este conglomerado (la relevancia de la prestación de cuidados por el sector privado y la expansión de los cuidados a domicilio, incluso por parte de internos que prestan cuidados de larga duración) están relacionados con la sobrerrepresentación de trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes, particularmente en los trabajos menos deseables.²²⁵ Austria y Alemania, por ejemplo, recurren a trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes empleados por hogares particulares, como consecuencia de una combinación de sistemas sin regular de prestaciones en efectivo para cuidados y una elevada proporción de migrantes en empleos de baja calificación.²²⁶ En Alemania, el efectivo para cuidados también puede utilizarse para contratar “personas que prestan cuidados las 24 horas”, migrantes procedentes de otros países de la UE proporcionados a través de agencias en el extranjero, con contratos temporales (de hasta 24 meses) y arduas condiciones de trabajo.²²⁷

En el Reino Unido, las trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes son empleados por instituciones del cuidado formales. La apertura de la UE en 2004 tuvo como consecuencia un flujo de

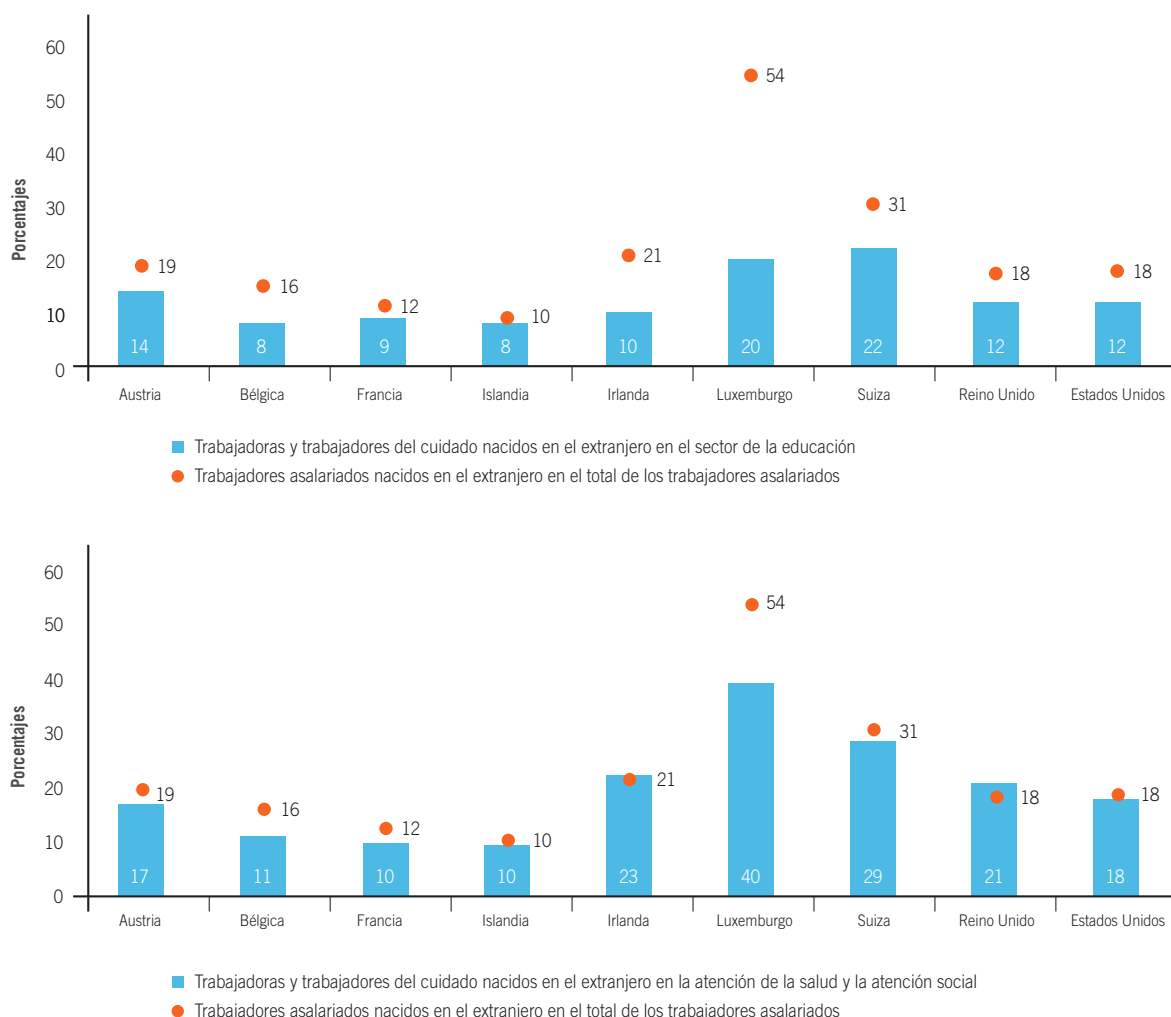
llegada de migrantes, en su mayor parte de Europa Oriental, que buscaban empleo como cuidadores de niños a domicilio o como *au pairs*²²⁸ o para prestar cuidados de larga duración.²²⁹ Unido al recurso más tradicional a médicos y personal de enfermería nacidos en el extranjero, este flujo de llegadas provocó una sobrerrepresentación del personal migrante entre las trabajadoras y trabajadores del cuidado²³⁰ en comparación con su representación entre el conjunto de los trabajadores asalariados (gráfico 4.15).²³¹ Esta situación es similar a la de Irlanda, que experimenta también la emigración de su personal de la atención de la salud.²³² Las políticas de migración en favor de los trabajadores especializados han provocado que muchos trabajadores especializados en la atención de la salud y la atención social bajen a la categoría de trabajo no calificado, con menos derechos a la obtención de la ciudadanía y, como consecuencia, malas condiciones de trabajo para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.²³³

Los Estados Unidos son también desde hace tiempo un importante destino para las trabajadoras y trabajadores del cuidado de formación alta, a pesar de las estrictas normas para ser admitidos en el país. Alrededor del 18 por ciento de las trabajadoras y trabajadores del cuidado en la atención de la salud y la atención social son actualmente nacidos en el extranjero (gráfico 4.15). En 2010, en los Estados Unidos el 27 por ciento de los médicos y cirujanos y el 22 por ciento de quienes trabajaban en puestos de ayudantes en la atención de la salud, por ejemplo, auxiliares en cuidados de enfermería y cuidados de salud en el hogar, eran extranjeros.²³⁴ Las proporciones de trabajadores nacidos en el extranjero también son altas entre las trabajadoras y trabajadores del cuidado de personas de edad avanzada (el 24 por ciento), teniendo la nacionalidad estadounidense un poco más de la mitad de ellos, y con más de 25 años de estancia en los Estados Unidos una tercera parte de ellos. Las proporciones son aún más altas en el caso de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado empleados por hogares privados (28 por ciento) que para los que trabajan en residencias de ancianos (20 por ciento).²³⁵

La proporción de personas nacidas en el extranjero entre las trabajadoras y trabajadores de la atención de la salud está por debajo del promedio en otros países comprendidos en el gráfico 4.15, incluso aquellos con proporciones relativamente altas de trabajadores nacidos en el extranjero, como Luxemburgo y Suiza. En la educación, las trabajadoras y trabajadores del cuidado nacidos en el extranjero predominan relativamente menos, puesto que la formación académica y lingüística exigidas actúan como obstáculos para ingresar en el sector. Sin embargo, suponen aproximadamente el 10 por ciento de la totalidad de las trabajadoras y trabajadores del cuidado en el sector.

La normativa en materia de migración se entrecruza con las políticas de cuidado para facilitar o disuadir la llegada de trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes, repercutiendo así en sus cifras y sus condiciones de trabajo. En Australia, por ejemplo, la política de migración está formulada para favorecer las profesiones especializadas (definidas por el nivel salarial) y no alienta la llegada de trabajadoras y trabajadores de cuidados infantiles migrantes ni las niñeras migrantes. Las familias que recurren a *au pairs* (por medio de un “visado de vacaciones de trabajo”) en Australia no pueden optar a ayudas subvencionadas para este tipo de trabajo interno.²³⁶ En Japón, debido a su política de inmigración restrictiva, el personal de enfermería y las trabajadoras y trabajadores del cuidado de larga duración solo puedan entrar mediante acuerdos bilaterales con Indonesia, Filipinas y Viet Nam.²³⁷ Al otro lado del espectro, el Programa de cuidadores familiares internos de Canadá permite a las cuidadoras y cuidadores (incluidos los profesionales de la salud, las niñeras y las cuidadoras y cuidadores poco especializados) migrar a ese país con contratos de personal interno o externo para prestar cuidados a niños o a personas con un elevado nivel de necesidades médicas. En el marco de este programa, los migrantes pueden optar a convertirse en residentes permanentes en Canadá tras un mínimo de dos años de trabajo.²³⁸

Gráfico 4.15. Proporciones de personas nacidas en el extranjero entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y trabajadores del cuidado

Según el sector, el grado de privatización de la prestación del servicio, el régimen de migración y la firmeza de la normativa, las trabajadoras y trabajadores del cuidado se encuentran en una diversidad de situaciones. Como rasgos comunes de su situación en los países de este conglomerado cabe citar su condición contractual precaria y sus difíciles condiciones de trabajo, que se exacerban allí donde la prestación de servicios de cuidados se basa más en el mercado.

En los Estados Unidos, por ejemplo, el médico es el principal profesional de la salud en los cuidados a corto plazo y con frecuencia supervisa los cuidados formales del personal de cuidados de larga duración y, junto con el personal de enfermería, presta el grueso de los servicios especializados. Las brechas entre los ingresos del personal de cuidados especializado y no especializado son especialmente grandes, como se muestra en el gráfico 4.5. No obstante, la gran mayoría del personal remunerado de cuidados de larga duración son “trabajadoras y trabajadores de cuidados direc-

tos²³⁹ que prestan la mayor parte del cuidado personal manual y de la asistencia con la vida del día a día en los centros de cuidados, o en los hogares privados, en ocasiones a título de trabajadoras o trabajadores domésticos.²⁴⁰ Estas trabajadoras y trabajadores del cuidado directo reciben poca o ninguna formación²⁴¹, prestaciones insuficientes en su empleo y bajos salarios, y están sujetos a rotación elevada.²⁴²

En el Reino Unido, los trabajadores de educación y de atención de la primera infancia se encuentran en lo más bajo de la jerarquía de la remuneración, recibiendo salarios que son un 40 por ciento inferiores a los de otros trabajadores una vez tenidas en cuenta las características personales e institucionales. Esta brecha se corrige en parte en el caso de quienes trabajan en instituciones públicas, pues los empleados públicos ganan un 27 por ciento más que otros trabajadores de la educación y la atención de la primera infancia.²⁴³ Como las subvenciones estatales no guardan correlación con los niveles de calificación del personal, los proveedores de servicios que operan a título lucrativo en un mercado de trabajo flexible tienen incentivos para mantener bajos los costos de la mano de obra al tiempo que se benefician de los fondos estatales inyectados en el sistema, aun cuando el personal que trabaja en guarderías y centros de preescolar deben tener calificaciones “plenas y pertinentes”.²⁴⁴ Menos del 40 por ciento de los trabajadores del cuidado en la educación tienen calificaciones avanzadas. En los demás países europeos de este conglomerado y en Australia la proporción de los que tienen calificaciones avanzadas es incluso inferior (gráfico 4.14).

El cambio a la prestación privada y lucrativa de cuidados en las instituciones y en los hogares, aun si está financiada por las autoridades locales, también ha repercutido negativamente en los salarios medios en comparación con los salarios del sector público en el Reino Unido.²⁴⁵ Las prácticas en la gestión de horarios, que limitan la remuneración al tiempo de contacto presencial, y el uso de contratos de cero horas (véase el recuadro 4.8) hacen los empleos cambiantes e inseguros, y exigen niveles altos de dedicación al trabajo por parte de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.²⁴⁶ Los sistemas de prestaciones en efectivo para el cuidado de personas de edad avanzada y de personas con discapacidades han ampliado el empleo privado de asistentes personales, que tienden a trabajar sin protección ni sindicatos y se caracterizan por sus difíciles condiciones de trabajo. En los Estados Unidos, la ampliación de las subvenciones para la prestación de cuidados a domicilio se encuentra detrás del aumento de las cifras de trabajadores autónomos de cuidados a domicilio²⁴⁷, o “contratistas independientes”, que en realidad son empleados. Las cuidadoras y cuidadores a domicilio de personas de edad avanzada en Alemania, en su mayoría mujeres, también notifican salarios sumamente bajos por un trabajo de más de 48 horas semanales, la exigencia de estar presentes los 7 días de la semana sin derecho a vacaciones pagadas ni baja por enfermedad y, en ocasiones, sin ningún seguro médico.²⁵⁰

Recuadro 4.8. Los contratos de cero horas y las cuidadoras y los cuidadores en el Reino Unido

Los “contratos de cero horas” (sin ningún mínimo garantizado de horas)²⁴⁹ representan la norma para los proveedores de cuidados a domicilio del Reino Unido. Normalmente estos contratos implican un número imprevisible e insuficiente de horas de trabajo, ingresos reducidos y poca protección en el empleo, pero también tienen características que los distinguen en relación con la prestación de cuidados a domicilio. Entre estas se encuentra el hecho de que la remuneración se restringe a la del tiempo en el que las trabajadoras o trabajadores estén en contacto directo con los usuarios del servicio, y la mayoría de las visitas se programan para una duración de 15 minutos o menos, lo que con frecuencia es insuficiente para completar las tareas necesarias. Tampoco se paga el tiempo requerido para desplazarse entre las visitas. Sin embargo, el tiempo que hace falta para prestar los cuidados varía en función de la persona que los recibe, por lo que al ser horarios apretados puede no dar tiempo a prestar los cuidados necesarios. En estos casos, la mala calidad del empleo tiene su claro trasunto en la mala calidad de los cuidados.

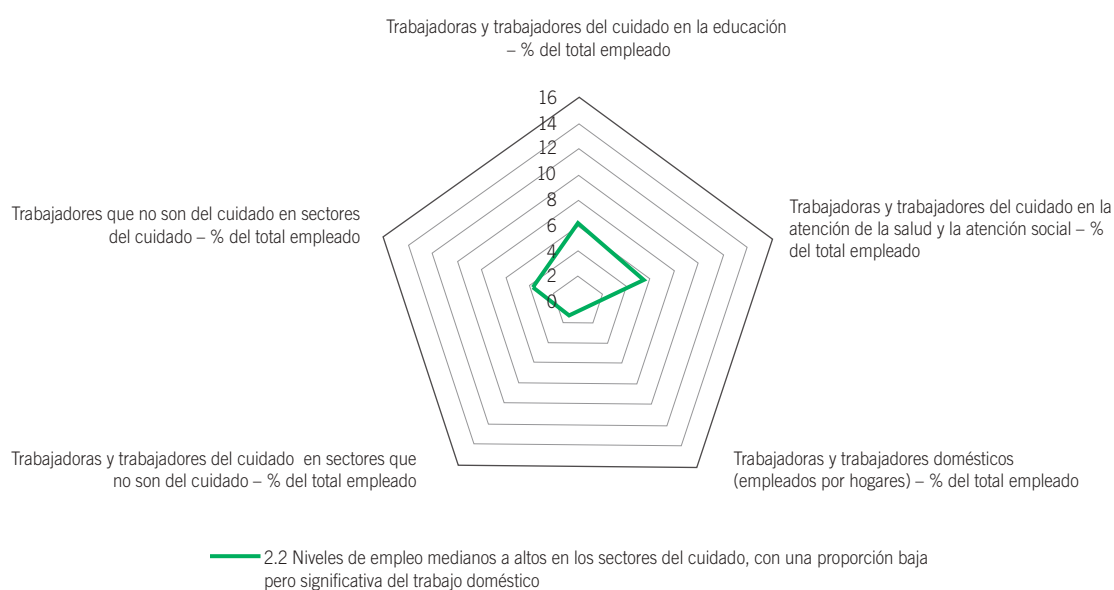
Fuente: Hayes, 2016; OIT, 2016d.

Las condiciones de trabajo insatisfactorias también están generalizadas entre las trabajadoras y los trabajadores domésticos empleados directamente por hogares privados. Por ejemplo, en los Estados Unidos las tasas de remuneración son bajas, el trabajo suele plantear riesgos para la salud y la seguridad y los trabajadores raramente cuentan con recursos efectivos para mejorar sus condiciones de trabajo, dado que se encuentran expresamente excluidos de las protecciones de las leyes y normas federales clave en materia de trabajo y empleo. La debilidad o insuficiencia de los derechos y protecciones en el empleo en las instituciones hace a las trabajadoras y trabajadores domésticos particularmente susceptibles de abusos y explotación por el empleador. En el caso de Canadá, por el contrario, algunas de las protecciones legales reconocidas a nivel federal y provincial extienden la igualdad de derechos a las trabajadoras y trabajadores domésticos.²⁵¹

Conglomerado 2.2: Niveles medianos a altos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción baja pero significativa del trabajo doméstico

Este conglomerado comprende países de Europa Occidental (Croacia, Estonia, Letonia, Lituania, Eslovenia), países de Europa Oriental (República Checa, Hungría, Polonia, Federación de Rusia, Eslovaquia), países de Europa Meridional (Grecia, Italia, Portugal, España) y la República de Corea. En la mayoría de estos países, el personal del cuidado constituye aproximadamente el 15 por ciento del empleo, niveles que son inferiores a los de países con un nivel de renta similar. Las excepciones son Italia, Portugal y España, donde la proporción mayor de la fuerza de trabajo del cuidado (en torno al 20 por ciento del empleo total) se explica porque las trabajadoras y trabajadores domésticos son empleados por los hogares (y comprenden aproximadamente el 3 por ciento del empleo total). En estos países, las trabajadoras y trabajadores del cuidado representan aproximadamente el 6 por ciento del empleo total en la educación y el 5 por ciento en la atención de la salud y la atención social (véase el gráfico 4.9.c). Estas sociedades son notablemente similares en sus ratios de personas en situación de dependencia y en particular las de las personas jóvenes (0-19 años) y la población en edad de trabajar (20-64 años) (en torno al 30 por ciento), si bien Italia destaca por su proporción de personas de edad avanzada con respecto a su población total.²⁵² Una característica común de estos países es el elevado grado de feminización de la fuerza de trabajo del cuidado, en torno al 80 por ciento.

Gráfico 4.9.c. Conglomerado 2.2.



Los niveles de empleo en los cuidados de estos países apuntan a lo que la literatura ha denominado “familiarismo” en los regímenes de cuidados, esto es, el refuerzo de la responsabilidad de la familia en la prestación de los cuidados anteponiéndolo a la prestación estatal, en ocasiones consagrado en la ley, como sucede en Hungría.²⁵³ Cierta grado de recurso a las trabajadoras y trabajadores domésticos (que en su mayoría son migrantes en los países de Europa Meridional de este conglomerado) y un nivel comparativamente alto de feminización son elementos que indican unas condiciones de trabajo menos que satisfactorias en la prestación de servicios de cuidados, como se analiza más abajo.

Servicios de cuidados

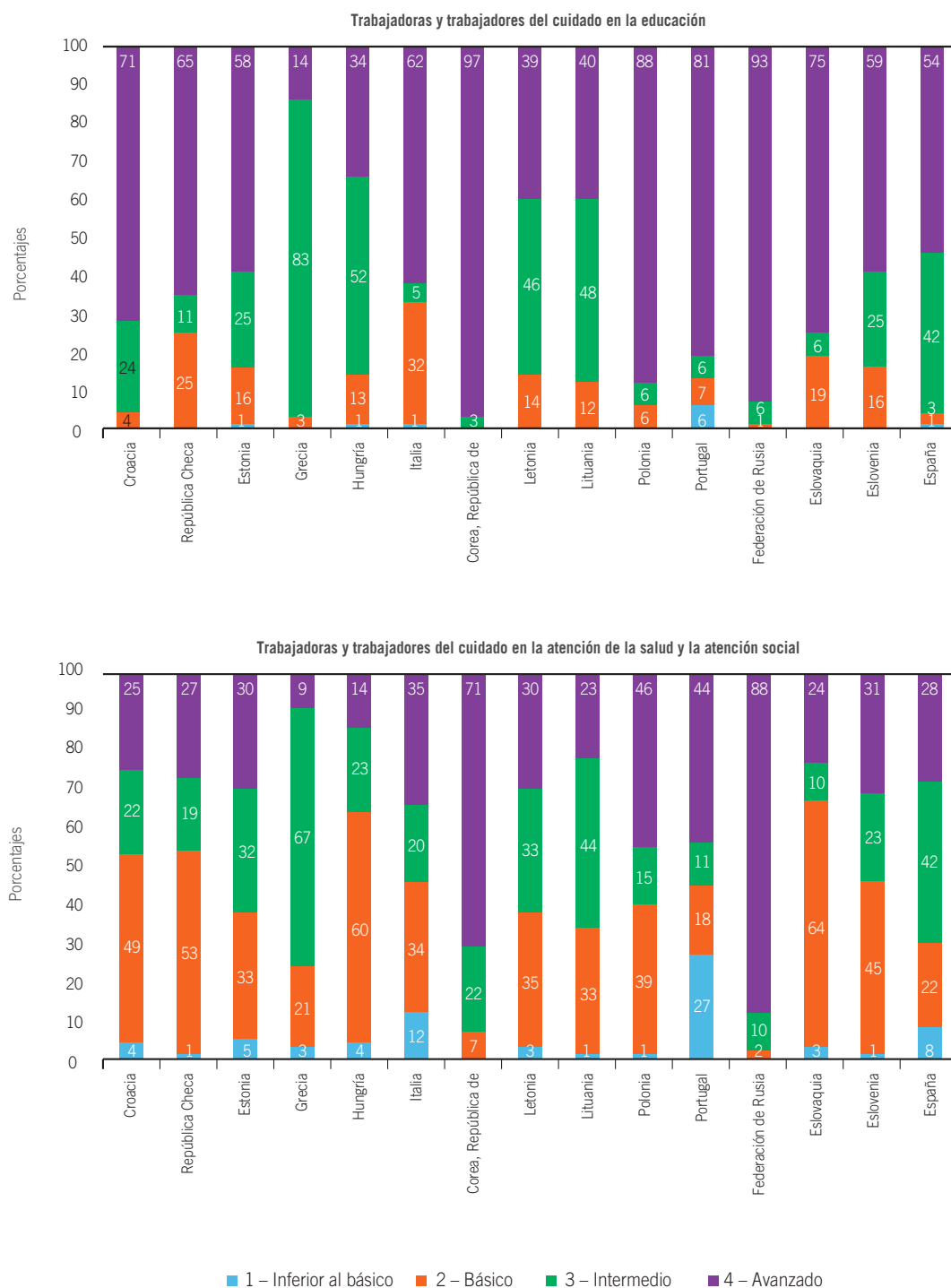
Los países de Europa Occidental y Oriental de este conglomerado han experimentado varias rondas de reforma en su rumbo hacia políticas de liberalización y políticas sociales basadas en el mercado. La enseñanza pública básica sigue siendo gratuita y universal; no obstante, la educación post secundaria está privatizada y es de pago, y los servicios de atención infantil de financiación pública se han reducido y permanecen limitados²⁵⁴, lo que se refleja en las bajas tasas de cobertura actuales, con la excepción de Eslovenia, que registra una tasa de casi el 40 por ciento.²⁵⁵

Los países de Europa Meridional también han experimentado reformas a finales de los años 90 con la expansión de las políticas familiares y la inversión en la educación de la primera infancia (con la excepción de Grecia) y la evolución hacia sistemas de salud públicos y universales.²⁵⁶ Cuando la crisis económica y financiera de 2008 golpeó a estos países, la austeridad fiscal detuvo estas reformas al tiempo que se mantuvo fuerte su preferencia por que la familia se encargara de la prestación de cuidados, con lo que las condiciones de trabajo de las trabajadoras y trabajadores del cuidado se deterioraron y aumentó la presión sobre las cuidadoras y cuidadores no remunerados.²⁵⁷ La República de Corea aumentó sustancialmente la cobertura de la educación y la atención de la primera infancia tras 2003 y universalizó en 2008 los servicios de cuidados a personas de edad avanzada²⁵⁸, poniendo la preferencia en proveedores del mercado financiados mediante un sistema que combina los impuestos y la seguridad social.²⁵⁹ En general, los países de este conglomerado han experimentado recientemente profundas reformas intentando aplicar estrategias de comercialización con resultados bastante heterogéneos.

Los niveles de matriculación en la educación y la atención de la primera infancia son variables en estos países. Eslovenia y España presentan niveles moderados de cobertura (entre el 30 y el 40 por ciento), mientras que la República de Corea alcanza un nivel de cobertura de más del 50 por ciento²⁶⁰ y Portugal tiene el 48 por ciento de cobertura y horarios prolongados (más de 35 horas semanales). La República Checa, Grecia, Hungría y Polonia tienen niveles bajos de cobertura (menos del 20 por ciento), aunque con horarios largos.²⁶¹ En la República Checa y Hungría los actuales niveles de cobertura guardan relación con una licencia parental generosamente remunerada, pero en Grecia y Polonia los bajos niveles de cobertura son el reflejo de un apoyo público muy escaso a la atención infantil.²⁶² El número de alumnos por docente es bajo (17 o menos por docente) tanto en la educación preprimaria como en la primaria.²⁶³

La mayoría de los países de este conglomerado tienen una tasa de personas de edad avanzada en relación con la población en edad de trabajar igual o superior al 30 por ciento, registrando Grecia e Italia las tasas más altas.²⁶⁴ Sin embargo, los países de este conglomerado tienen niveles de cobertura relativamente bajos de cuidados de personas de edad avanzada tanto en las instituciones como en el hogar, lo que evidencia el énfasis que ponen en los cuidados familiares. La República Checa, Hungría y la República de Corea tienen universalmente cubiertos por ley los cuidados de las personas de edad avanzada, pero todos los demás países presentan déficits muy altos de cobertura legal.²⁶⁵ El caso de Hungría es elocuente, pues la elevada tasa de cobertura de los cuidados en el hogar (10,7 por ciento) se debe a prestaciones para cuidadoras o cuidadores de familiares a tiempo completo y al número insuficiente de residencias de ancianos junto con las restricciones impuestas para acceder a ellas.²⁶⁶

Gráfico 4.16. Perfiles del nivel académico de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social



Nota: Se han indicado los niveles académicos utilizando la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 11). Inferior a básica: sin escolarización ni educación preescolar. Básica: enseñanza primaria y secundaria inferior. Intermedia: educación secundaria superior y post secundaria no terciaria. Avanzada: educación terciaria de ciclo corto, grado en educación terciaria, maestría y doctorado o niveles equivalentes de educación.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

A su vez, los países de Europa Meridional, en particular Italia y España, han ampliado a lo largo de la pasada década sus niveles de cobertura de cuidados de larga duración.²⁶⁷ Estonia y Polonia han experimentado descensos.²⁶⁸ No obstante, en esa ampliación se ha puesto el énfasis en los cuidados a domicilio, utilizando programas de prestaciones en efectivo para cuidados y reduciendo la asistencia institucional. Ello ha contribuido a la expansión del mercado privado para los cuidados a domicilio, en su mayor parte ocupado por trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes.²⁶⁹ Eslovenia, por ejemplo, no ha ampliado la prestación pública de cuidados a domicilio más que lentamente y, en medio de un elevado desempleo, las familias que se lo pueden permitir contratan trabajadoras y trabajadores formales e informales a fin de cubrir parte de la demanda no satisfecha, lo que ha generado la segmentación de la fuerza de trabajo de los cuidados a domicilio (véase infra, recuadro 4.9).²⁷⁰

La República de Corea destaca en este conglomerado en cuanto a su sistema de cuidados de larga duración, que descansa en la universalidad del seguro de cuidados a largo plazo. Este sistema, puesto en marcha en 2008, entraña la creación pública de centros en zonas remotas junto con una decidida promoción de la participación del sector privado. Al igual que en Japón, las prestaciones en efectivo se desalientan explícitamente con el fin de evitar el empleo de miembros de la familia.²⁷¹

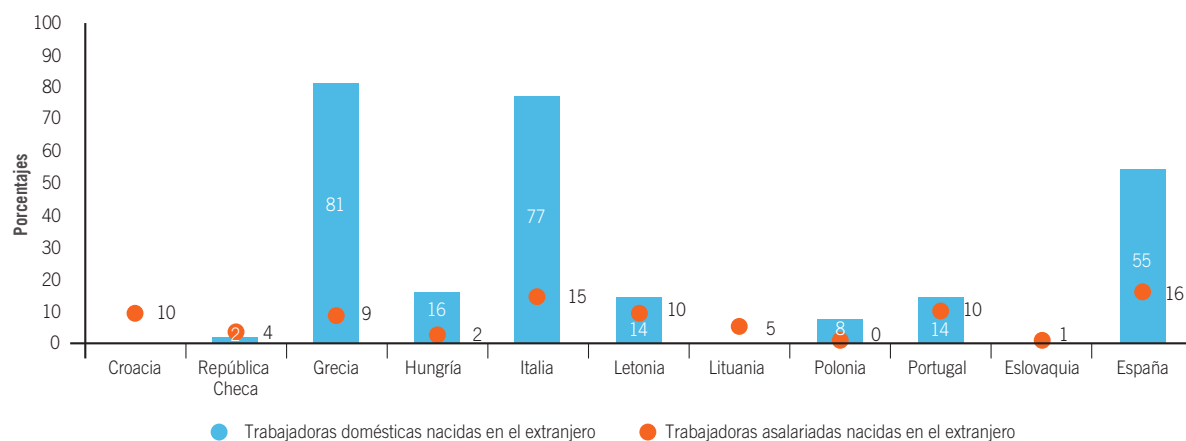
La preferencia de modalidades de prestaciones en efectivo para cuidados también se aplica a las políticas sobre discapacidad. Como sucede en el caso de los cuidados de personas de edad avanzada, Italia y Portugal muestran su preferencia por las transferencias en efectivo en un marco estricto de verificación de los recursos. En España, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2007) garantizaba la ayuda pública a las personas necesitadas de cuidados y asistencia. Los países de Europa Central y Oriental ponen el énfasis en las transferencias basadas en las necesidades (en un entorno de baja cobertura).²⁷² En consonancia con su aversión a las transferencias en efectivo para los cuidados, la República de Corea apoya la aportación pública de asistentes personales para ayudar en las actividades de la vida del día a día.²⁷³

Formación académica de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

El gráfico 4.16 muestra que la formación académica de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la atención de la salud es más alta que en los dos conglomerados anteriores, lo que se debe a las proporciones más bajas de trabajadoras y trabajadores del cuidado de larga duración. Un patrón similar aparece en la educación, donde es incluso más dominante la formación avanzada, particularmente en la República de Corea, Polonia y la Federación de Rusia. La excepción es Grecia, donde menos del 20 por ciento de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación tiene una formación académica avanzada.

Trabajadoras y trabajadores domésticos y trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes

En Europa Meridional, el bajo nivel del gasto público en cuidados de larga duración, unido a la disponibilidad de transferencias en efectivo no reguladas para cuidados y la alta incidencia de migrantes indocumentados, ha producido lo que se ha denominado como modelo de la “migrante en la familia” (esto es, el empleo de personal doméstico, en su mayoría mujeres migrantes y muchas en calidad de internas) para prestar cuidados a las personas de edad avanzada junto con la “mujer de la familia”.²⁷⁴ En Italia, el número de trabajadoras y trabajadores domésticos que prestan una amplia gama de servicios de cuidado de personas y trabajos domésticos se triplicó entre 1998 y 2008. Diez años más tarde, estas trabajadoras y trabajadores representan casi el 7 por ciento del empleo femenino (frente al 0,7 por ciento del empleo masculino), y el 77 por ciento son nacidos en el extranjero (gráfico 4.17). Muchos más pueden ser migrantes irregulares, por lo que no figuran en las estadísticas.²⁷⁵

Gráfico 4.17. Proporción de trabajadoras domésticas nacidas en el extranjero (empleadas por los hogares)


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Las cifras son similares en el caso de España, donde las trabajadoras y los trabajadores domésticos representan el 6,5 por ciento del empleo femenino (y el 0,7 por ciento del empleo masculino), con un 55 por ciento de nacidos en el extranjero. Aunque la proporción de estos trabajadores es inferior en Portugal y en Grecia (4,8 y 2,4 por ciento del empleo femenino, respectivamente), las proporciones de trabajadores migrantes siguen siendo considerables, particularmente en Grecia (gráfico 4.17).²⁷⁶

La mayoría de las trabajadoras y los trabajadores domésticos en los países de Europa Meridional proceden de Europa Oriental.²⁷⁷ La ampliación de la Unión Europea desde 2004 tuvo como consecuencia la fijación de contingentes y concesiones dirigidos a los trabajadores domésticos que permitieron a los trabajadores de estos países migrar a Italia. No obstante, la migración irregular ha dominado el sector: las entradas irregulares y los visados para turistas y estudiantes que exceden su estancia son las principales vías de entrada al mercado de trabajo italiano. Aunque desde 2008 la política migratoria de Italia se ha hecho más restrictiva y punitiva para con la inmigración irregular, se ha seguido tratando como excepción a las trabajadoras y los trabajadores domésticos, que se han beneficiado de campañas de regularización tanto en 2009 como en 2012. Sin embargo, la regularización dependía de que el empleador quisiera solicitarla para regularizar la situación de sus empleados. No todos los empleadores tenían esa voluntad, dado que implicaba costos laborales más elevados debido a la necesidad de cumplir requisitos como pagar las cotizaciones de la seguridad social y subir los salarios, y asimismo respetar los horarios de trabajo y los derechos a licencia estipulados en los convenios colectivos sobre el trabajo doméstico.²⁷⁸

En España, la Ley de Atención a las personas en situación de dependencia fue también un intento de regularizar a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, el 63 por ciento de los cuales eran migrantes en el momento de adoptarse la ley en 2007. No obstante, después de 2008 el desempleo aumentó al 27 por ciento, lo que llevó a endurecer las medidas de inmigración con los migrantes de fuera de la UE y a imponer restricciones a sus derechos sociales. Estas medidas no produjeron la salida de migrantes, sino más bien el descenso de las horas de trabajo y la remuneración de las trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes y una notable reducción de las remesas.²⁷⁹

En varios países de Europa Oriental, por el contrario, la emigración, unida al desmantelamiento de servicios públicos asistenciales, generaron déficits en la prestación de cuidados los cuales abrieron la vía al surgimiento de una nueva demanda de trabajadoras y trabajadores domésticos.²⁸⁰ En Eslovaquia, esta demanda la cubren estudiantes y jubiladas, que han tomado la jubilación anticipada y trabajan informalmente como cuidadoras de niños a modo de estrategia para escapar de la pobreza.²⁸¹ En la Federación de Rusia la demanda de personal doméstico la sostienen las clases medias y altas de las ciudades y la satisfacen residentes locales, migrantes internos y, en menor medida, migrantes extranjeros procedentes de antiguas repúblicas soviéticas.²⁸² En Letonia las tendencias son similares.²⁸³ Aunque la información cuantitativa es escasa, hay evidencias cualitativas de que las trabajadoras y trabajadores domésticos de estos países afrontan malas condiciones de trabajo y en su mayoría son informales. En particular, los internos que son migrantes soportan un trabajo excesivo, una remuneración insuficiente y acoso sexual.²⁸⁴

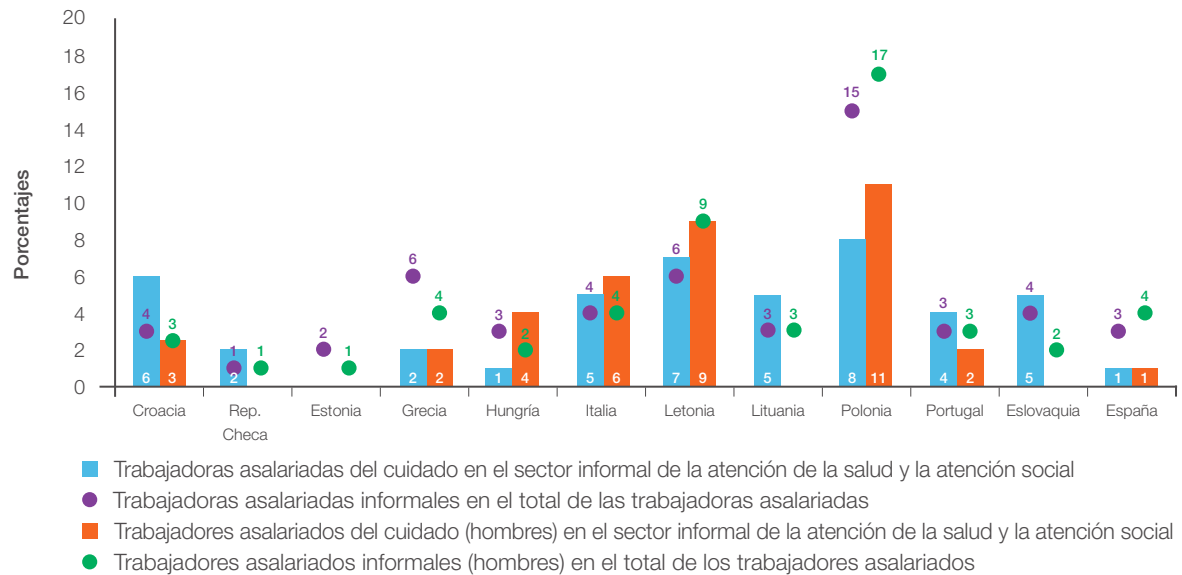
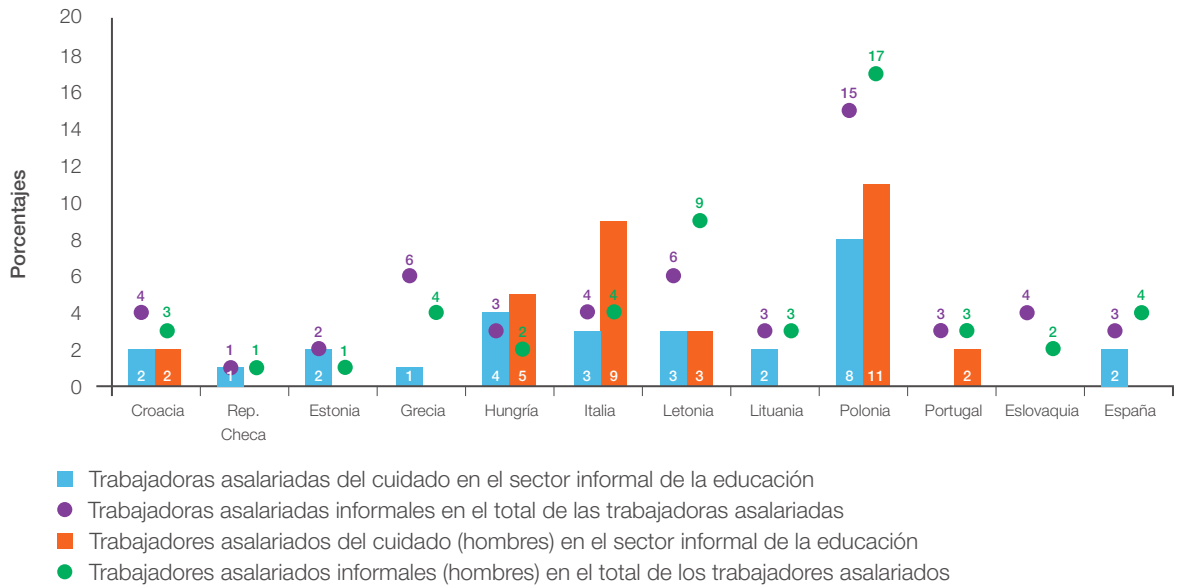
En la República de Corea, la política migratoria ha cambiado en respuesta a las demandas de cuidados de larga duración con la inauguración de “servicios de cuidados personales” en tanto que tipo de visado temporal, pero solamente para ciudadanos chinos y rusos “co-étnicos” que estén empleados en cuidados institucionales de personas de edad. A pesar de la grave insuficiencia de trabajadoras y trabajadores del cuidado, la República de Corea ha mantenido políticas de inmigración muy restrictivas con las trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes²⁸⁵, en contraste con los países de Europa Meridional de este conglomerado.

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

En la mayoría de los países de este conglomerado, la informalidad afecta a las trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariados proporcionalmente menos que a los empleados en su conjunto, lo cual es de esperar debido, entre otras cosas, a la prevalencia de la prestación de servicios públicos de cuidados. En la atención de la salud y la atención social, en Croacia, Letonia, Portugal y Eslovaquia, las trabajadoras asalariadas del cuidado sufren la informalidad en mayor grado que el promedio, mientras que en Italia la incidencia es equivalente. En la educación, solo en Hungría las trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariados tienen más probabilidad de encontrarse en el empleo informal que el promedio. Cabe destacar que los pocos hombres que son trabajadores del cuidado asalariados tienen más probabilidad de encontrarse en el empleo informal que las mujeres, sobre todo en la educación (gráfico 4.18).

Existen pruebas de que la prestación pública de cuidados y educación de la infancia se traduce en mejores condiciones de trabajo para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado. Así sucede en Eslovenia, donde la mayoría de los maestros tiene contratos permanentes y a tiempo completo, están sindicalizados y cuentan con salarios que se acercan a los del promedio de la economía.²⁸⁶ Al mismo tiempo, los bajos niveles de prestación pública de cuidados de larga duración, la preferencia por regímenes de prestaciones en efectivo para cuidados y la migración irregular van unidos a condiciones de trabajo deficientes (recuadro 4.9). En la República de Corea, la rápida expansión de los servicios de cuidados de larga duración ha implicado la homologación relativamente limitada de la fuerza de trabajo y la escasez de reglamentación y de supervisión²⁸⁷ (lo que, unido al recurso al mercado para la prestación de servicios de cuidados, ha conducido a la informalización *de facto* de este empleo, al ser empleados por empresas que buscan un beneficio). El horario de trabajo de quienes prestan los cuidados suele ser imprevisible y los contratos son inseguros, con altas tasas de rotación entre los trabajadores. Se encuentran, en efecto, excluidos del régimen de la seguridad social y con frecuencia no tienen derecho a prestaciones tales como vacaciones pagadas, la remuneración de las horas extraordinarias y la indemnización por despido.²⁸⁸ Al mismo tiempo, los bajos salarios, unido a la falta de perspectivas profesionales, no consiguen atraer a trabajadoras y trabajadores del cuidado, particularmente a los jóvenes.²⁸⁹

Gráfico 4.18. Proporción de trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariados en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Recuadro 4.9. Estratificación de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado de larga duración en Eslovenia

Un reciente estudio realizado en Eslovenia pone de relieve la diferencia entre las trabajadoras y trabajadores del cuidado de larga duración públicos y privados en un contexto de bajos niveles de prestación pública de cuidados y de alto desempleo.²⁹⁰ Las trabajadoras y trabajadores públicos del cuidado y los empleados por agencias privadas parcialmente subvencionadas con fondos públicos tienen empleos formales y contratos a tiempo completo. Sin embargo, reciben el salario mínimo, no tienen un horario normalizado y experimentan la intensificación de su carga de trabajo, causada por el aumento del control y la división de las tareas de los cuidados, rasgos que son habituales en los cuidados formales de larga duración prestados a domicilio. Debido a que las subvenciones se encauzan hacia las agencias privadas y no hacia los usuarios (con una cobertura del 50 por ciento del coste), las trabajadoras y trabajadores del cuidado por cuenta propia que no reciben subvenciones y que tienen permisos de trabajo han de competir con la prestación de cuidados a través de agencias, lo que ejerce presión sobre sus ingresos. También compiten con quienes trabajan informalmente y no pagan impuestos. La competencia entre trabajadores informales, unida a sus lamentables condiciones de trabajo, se encuentra detrás de los niveles relativamente altos de cobertura del cuidado de larga duración en Eslovenia.²⁹¹

Fuente: Hrženjak, 2017; OCDE, 2018a.

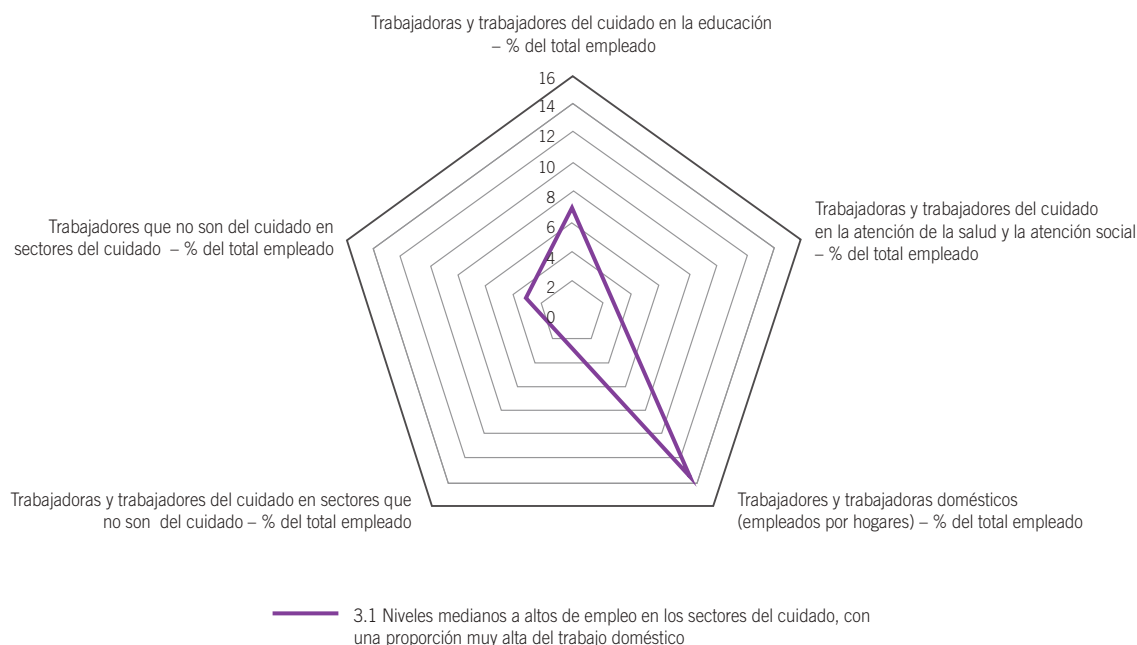
4.3.3. Conglomerado 3 – Recurso a trabajadoras y trabajadores domésticos**Conglomerado 3.1: Niveles medianos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción muy alta del trabajo doméstico**

Este conglomerado comprende dos Estados Árabes, Kuwait y Arabia Saudita. Su característica principal es la proporción de personal doméstico en el empleo total, que llega al 12 por ciento en Arabia Saudita y al 14 por ciento en Kuwait. Las trabajadoras y trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado también constituyen una proporción significativa del empleo total, y se concentran en la educación (véase gráfico 4.9.d). En Kuwait, las trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación representan el 5 por ciento del empleo total, y el 2,4 por ciento los que trabajan en la atención de la salud y la atención social. El rasgo más llamativo de Arabia Saudita, que caracteriza también a otros Estados árabes, es que la fuerza de trabajo del cuidado de sexo femenino se eleva al 90 por ciento de todas las mujeres empleadas, y sin embargo, representa menos de la mitad del total de la fuerza de trabajo del cuidado; dicho de otro modo, el grado de feminización es del 46 por ciento. Esto se explica por la baja tasa general de participación de la mujer en la fuerza de trabajo, del 20 por ciento solamente. Casi la mitad de todas las mujeres empleadas en la economía del cuidado son, de hecho, trabajadoras domésticas, y casi la totalidad de ellas son migrantes.

Servicios de cuidados

El recurso masivo a personal doméstico, unido a sectores de la salud y la educación relativamente bien desarrollados, explica la peculiar combinación del empleo en el sector del cuidado en este conglomerado. En Arabia Saudita, los servicios de atención de la salud se prestan gratuitamente en centros tanto públicos como privados, pero para cubrir parte de los costos se ha establecido un sistema de seguro social obligatorio para los migrantes. La educación es gratuita hasta la escuela secundaria. En Kuwait, tanto los jardines de infancia como la educación terciaria también son gratuitos. Otros servicios del cuidado son escasos, en particular el desarrollo de la primera infancia y los cuidados de larga duración.

Gráfico 4.9.d. Conglomerado 3.1.



Trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes

Arabia Saudita y Kuwait, junto con otros países del Consejo de Cooperación del Golfo (CCG)²⁹², albergan la mayor población mundial de migrantes del trabajo temporal, que en su mayoría trabaja en la construcción y en el trabajo doméstico. Entre 1990 y 2015, el número de migrantes internacionales acogidos por los Estados Árabes se multiplicó por tres, pasando de 9,8 millones a 35 millones.²⁹³ Los países del CCG tienen con mucho la mayor población migrante de la región Árabe y una de las mayores de todo el mundo, con un total de 25,4 millones de migrantes. Arabia Saudita tiene el mayor número de migrantes de la región y también es el cuarto país de destino más grande en todo el mundo. Los migrantes constituyen el 73 por ciento de la población total de Kuwait.²⁹⁴ Predominan los trabajadores que migran desde Asia, sobre todo el Asia Meridional, pero también, y cada vez más, desde África. La región Árabe destaca entre los países de destino como la de menos proporción de mujeres entre las migrantes internacionales. A fecha de 2015, la proporción media de mujeres migrantes se sitúa en el 33 por ciento.²⁹⁵

El trabajo doméstico es la ocupación más importante entre las mujeres migrantes que llegan a los países del CCG, mientras que las ocupaciones de atención de la salud y de prestación de cuidados también ofrecen empleo a las migrantes. La fuerte demanda de personal doméstico migrante en la región es atribuible a un estilo de vida opulento y unas normas sociales que combinan el modelo de “migrante en la familia” con el de la “mujer en la familia”.²⁹⁶ En ausencia de prestación por parte del Estado, las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes representan una alternativa barata y privatizada de prestación de servicios de cuidados de niños pequeños, de enfermos, de discapacitados o de los miembros de más edad de los hogares.

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes

Las relaciones de trabajo ente los empleadores y los trabajadores migrantes (conocidos en los países del CCG como “trabajadores temporeros expatriados” se rigen por un sistema de reglamentos, normas y prácticas consuetudinarias que giran en torno a un sistema de patrocinio del empleador basado en el concepto de “*kafala*” (véase el recuadro 4.10). En virtud de la *kafala*, la situación jurídica de un trabajador está vinculada a un empleador y no puede abandonar unilateralmente la relación de empleo. Este tipo de modalidad de patrocinio limita gravemente la capacidad de los trabajadores migrantes de dejar a un empleador y genera algunos riesgos de abusos de derechos humanos y de explotación laboral.²⁹⁷

Los últimos años han sido testigos de una evolución hacia la promulgación de leyes de protección de los derechos de los trabajadores domésticos, por ejemplo, regulando algunos de los aspectos más explotadores de la *kafala*. En 2015 Kuwait aprobó la Ley número 68/2015 sobre el empleo de los trabajadores domésticos, que regula las respectivas obligaciones del empleador y del trabajador, en particular respecto del horario de trabajo, la remuneración y el tiempo de descanso, así como las vacaciones. La ley prohíbe expresamente que el empleador confisque los pasaportes; prevé que el contrato entre el empleador y el trabajador doméstico se concierte para un período de 2 años, renovable por un período similar a menos que una de las dos partes notifique a la otra con un preaviso mínimo de 2 meses el final del contrato bianual; y otorga a los trabajadores domésticos el derecho a presentar una denuncia ante el Departamento de Trabajo Doméstico a fin de obtener reparación.

Recuadro 4.10. Países del CCG: las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes y el sistema de la *kafala*

El sistema de la *kafala*, que en árabe clásico arrastra connotaciones de “garantizar”, “proveer de” y “cuidar de”, es un sistema de patrocinio que permite el empleo temporal de personas que no tienen la nacionalidad en los países del CCG. En virtud de la *kafala*, la condición de una trabajadora o un trabajador migrante como inmigrante y residente legal está sujeta a un patrocinador (*kafeel*) a lo largo de todo el período de su contrato, de tal manera que la trabajadora o el trabajador migrante normalmente no pueda entrar en el país, renunciar a un trabajo, cambiar de empleo o abandonar el país sin obtener antes el permiso explícito de su empleador.

La *kafala* expone a la explotación a las trabajadoras y los trabajadores migrantes, que disponen de muy poca fuerza para negociar con los empleadores, dado el notable desequilibrio de poder inherente a esta relación de empleo. Como la residencia está sujeta a los permisos de trabajo, la condición de inmigrante de la trabajadora o el trabajador migrante depende de la relación contractual con el patrocinador. Si se pone fin a la relación de empleo, la trabajadora o el trabajador ya no tiene base legal alguna para permanecer en el país. En tanto que “propietario” del permiso, se da potestad al patrocinador para ejercer un profundo control sobre las vidas de las trabajadoras o trabajadores migrantes empleados por él, haciendo mucho más asimétrica que de costumbre esta relación entre empleador y trabajador.

La Comisión de Expertos de la OIT en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR) declaró en sus observaciones con respecto al Convenio sobre el Trabajo Forzoso, 1930 (núm. 29) que el sistema de *kafala* “puede llegar a imponer trabajo forzoso” e instó a los gobiernos a que “adopten las medidas necesarias, en la legislación y en la práctica, para garantizar que los trabajadores migrantes estén plenamente protegidos de las prácticas abusivas y de las condiciones que podrían conllevar trabajo forzoso”.²⁹⁸

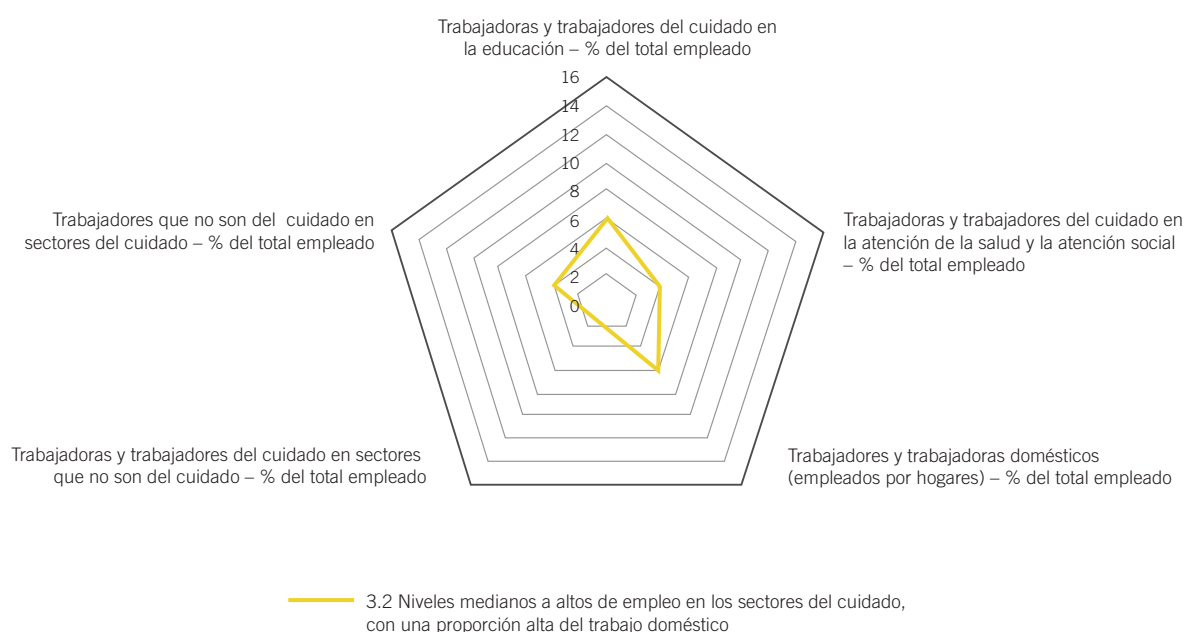
Fuente: CACR, 2016; OIT, 2017b.

Los acuerdos laborales bilaterales firmados por los países del CCG se centran por lo general en los requisitos previos a la partida, la regulación del proceso de contratación, las disposiciones relativas al pago de los salarios, el contenido y la forma del contrato de trabajo, los métodos de resolución de conflictos y los marcos para la vigilancia del cumplimiento de los acuerdos.²⁹⁹ Estos acuerdos pueden representar una mejora del *statu quo* pero, como los contratos de trabajo normales, ofrecen protecciones menos numerosas y más débiles que las consagradas en la legislación nacional del trabajo, y no establecen con claridad mecanismos de observancia ni sanciones.

Conglomerado 3.2: Niveles medianos a altos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción alta del trabajo doméstico

Este conglomerado comprende países de América Latina (Argentina, Brasil, Uruguay, la República Bolivariana de Venezuela), del África Subsahariana (Sudáfrica), de Asia y el Pacífico (Brunei Darussalam), de Asia Central y Occidental (Chipre) y un Estado Árabe (Jordania). En ellos sobresalen dos rasgos: una proporción alta de trabajadoras y trabajadores domésticos, del orden de 4 a 8 por ciento del empleo total, aunque sigue estando por debajo del anterior grupo de Estados Árabes, y una proporción de entre el 8 y el 10 por ciento del empleo total de trabajadoras y trabajadores del cuidado en sectores del cuidado. Las trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación representan en torno al 6 por ciento del empleo total, mientras que los de la atención de la salud y la atención social constituyen el 4 por ciento (véase el gráfico 4.9.e). Esta cifra es solo un poco menor que la de los países de Europa Meridional y de Europa Central y Oriental (que son países de rentas superiores) y son indicativas del desarrollo tradicionalmente fuerte (aunque no necesariamente suficiente), tanto del sector de la educación como del sector de la salud en estos países. La presencia de altas cifras de trabajadoras y trabajadores domésticos, a su vez, es reveladora tanto de la insuficiencia de las políticas de cuidado, como se describe más abajo, como de los altísimos niveles de desigualdad de la renta, en particular en Sudáfrica y Brasil, y también de la pobreza en Sudáfrica y en la República Bolivariana de Venezuela.³⁰⁰

Gráfico 4.9.e. Conglomerado 3.2.



Vale la pena observar que estos países aún son jóvenes en comparación con los países europeos: los niños y los adolescentes (0 a 19 años de edad) constituyen entre el 50 y el 60 por ciento de la población en edad de trabajar, y las personas mayores (65 años en adelante) constituyen el 20 por ciento o menos.^{301,302} Sin embargo, se prevé que cambie este perfil demográfico, pues se espera que la población de más edad aumente en tanto que proporción de la población en edad de trabajar. Lo que indica que harán falta más servicios de cuidados de larga duración.

Los mercados de trabajo están segmentados y tienen porciones importantes de trabajadores asalariados que carecen de acceso a la protección social (por ejemplo, hasta el 32 y el 21 por ciento de todos los empleados son informales en Argentina y Brasil, respectivamente). En Sudáfrica, esta proporción es del 28 por ciento.³⁰³

Servicios de cuidados

Las desigualdades de renta y el mercado de trabajo producen diferencias en el acceso a las políticas de cuidado, la salud, la educación, la atención de la primera infancia y los cuidados de larga duración. Estos países mezclan a proveedores privados y públicos en sistemas de atención de la salud que son universales en su cobertura, incluido el recién establecido Seguro Nacional de Salud de Sudáfrica³⁰⁴, si bien en función de los proveedores y de las fuentes de financiación hay diferencias en la calidad del servicio y en las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, como se analiza más abajo.

Los países latinoamericanos de este conglomerado ofrecen educación pública gratuita, pero no es así en Sudáfrica, donde la financiación pública se combina con el pago de tasas. Los países latinoamericanos de este conglomerado han conseguido en los últimos años avances en la educación de la primera infancia. El Uruguay, por ejemplo, tiene una tasa de participación del 36 por ciento en la educación y la atención de la primera infancia, tasa que en Brasil es del 24 por ciento.³⁰⁵ La matriculación en la escuela preprimaria en estos países es también de entre el 70 y el 88 por ciento debido a que la educación de ese nivel es obligatoria.³⁰⁶ En Sudáfrica, la cobertura de la educación y la atención de la primera infancia es baja (4 por ciento) pero la matriculación en la educación preprimaria alcanza el 80 por ciento. Chipre y Jordania alcanzan ratios de matriculación casi universales, pero únicamente en la escuela primaria, mientras que en la escuela preprimaria se registran niveles bajos de matriculación.³⁰⁷

En Argentina se dispone de prestación pública de cuidados en las instituciones y de asistentes personales, pero únicamente para los pensionistas, y la cobertura es limitada. Un modesto programa de prestaciones monetarias para cuidados también ofrece ayuda para recibir algunos cuidados a domicilio, y existen programas de formación para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado a domicilio que estén registrados.³⁰⁸ Se calcula que un 2,9 por ciento de personas de edad avanzada viven en residencias, normalmente gracias a que los gastos se pagan del propio bolsillo, pues el número de residencias de ancianos de financiación pública es muy limitado.³⁰⁹ En el Uruguay, sin embargo, uno de los servicios esenciales prestados por su Sistema Nacional de Cuidados es el del cuidado de las personas de edad avanzada así como el de las personas con discapacidades. Se trata de un sistema basado en las necesidades que ofrece asistentes personales, teleasistencia y cuidados de larga duración en las instituciones. Como sucede en Japón y en la República de Corea, no se favorecen los pagos directos a los cuidadores de la familia, sino que se opta por la prestación directa de los cuidados.³¹⁰ En la actualidad, el 3 por ciento de las personas de 65 años en adelante reciben cuidados en instituciones en Uruguay.³¹¹

Sudáfrica cuenta con un programa limitado de prestaciones en efectivo para cuidados dirigido a quienes ya están recibiendo otras transferencias en efectivo sujetas a verificación de recursos para que puedan pagar a una cuidadora o cuidador a tiempo completo, pero, por lo demás, las necesidades de cuidados de larga duración se costean del propio bolsillo. Dado los niveles de pobreza del país, se calcula que el 70 por ciento de quienes tienen más de 65 años no podrían costearse los cuidados ni en las instituciones ni a domicilio. Brasil carece de cobertura legal para los cuidados de larga duración, y se calcula que solo el 1 por ciento de las personas de 65 años en adelante viven en instituciones que prestan cuidados de larga duración.³¹²

Los sistemas de atención de la salud de Brasil combinan las instituciones públicas y privadas, cubriendo estas últimas al 25 por ciento de la población. Aunque en la Constitución está consagrada la cobertura universal de la salud, la reducción de las inversiones públicas, la desigual distribución geográfica de las instituciones de atención de la salud y la falta general de personal cualificado son factores que, juntos, hacen desigual la calidad de los cuidados de salud prestados. Esto resulta evidente cuando se compara la cobertura relativa con la distribución del personal de la atención de la salud: el 43,5 por ciento trabaja para centros privados, mientras que el 56,5 por ciento lo hace para instituciones públicas.³¹³ De manera similar, en Argentina el sector de la salud está organizado en tres estratos: el sector público, que es gratuito y utilizado por las familias pobres; el sector privado, para quienes se lo pueden permitir; y el sector de la seguridad social, administrado por sindicatos, que presta cuidados de salud de diferente calidad según el sector y la jurisdicción y siguiendo las líneas de las desigualdades de renta existentes.³¹⁴ El sistema de atención de la salud de Uruguay era similar a los de Argentina y Brasil antes de que las reformas de 2007 y de 2016 crearan el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Seguro Nacional de Salud, respectivamente. El SNIS es un mecanismo de financiación basado en la “solidaridad” cuyo fin es cubrir a todo el mundo y financiar a los proveedores de cuidados de salud tanto públicos como privados y normalizar la calidad de la prestación de esos cuidados.³¹⁵

De manera similar a Brasil y Argentina, el sistema de la atención de la salud de Sudáfrica comprende una mezcla de instituciones de los sectores público y privado que están desigualmente distribuidas entre las provincias, cubriendo los cuidados del sector público a los sectores más pobres de la población y las instituciones de gestión privada a los más opulentos. Y ello a pesar de una importante iniciativa nacional cuyo fin es conseguir la cobertura sanitaria universal, que todavía presenta deficiencias.³¹⁶

Trabajadoras y trabajadores domésticos

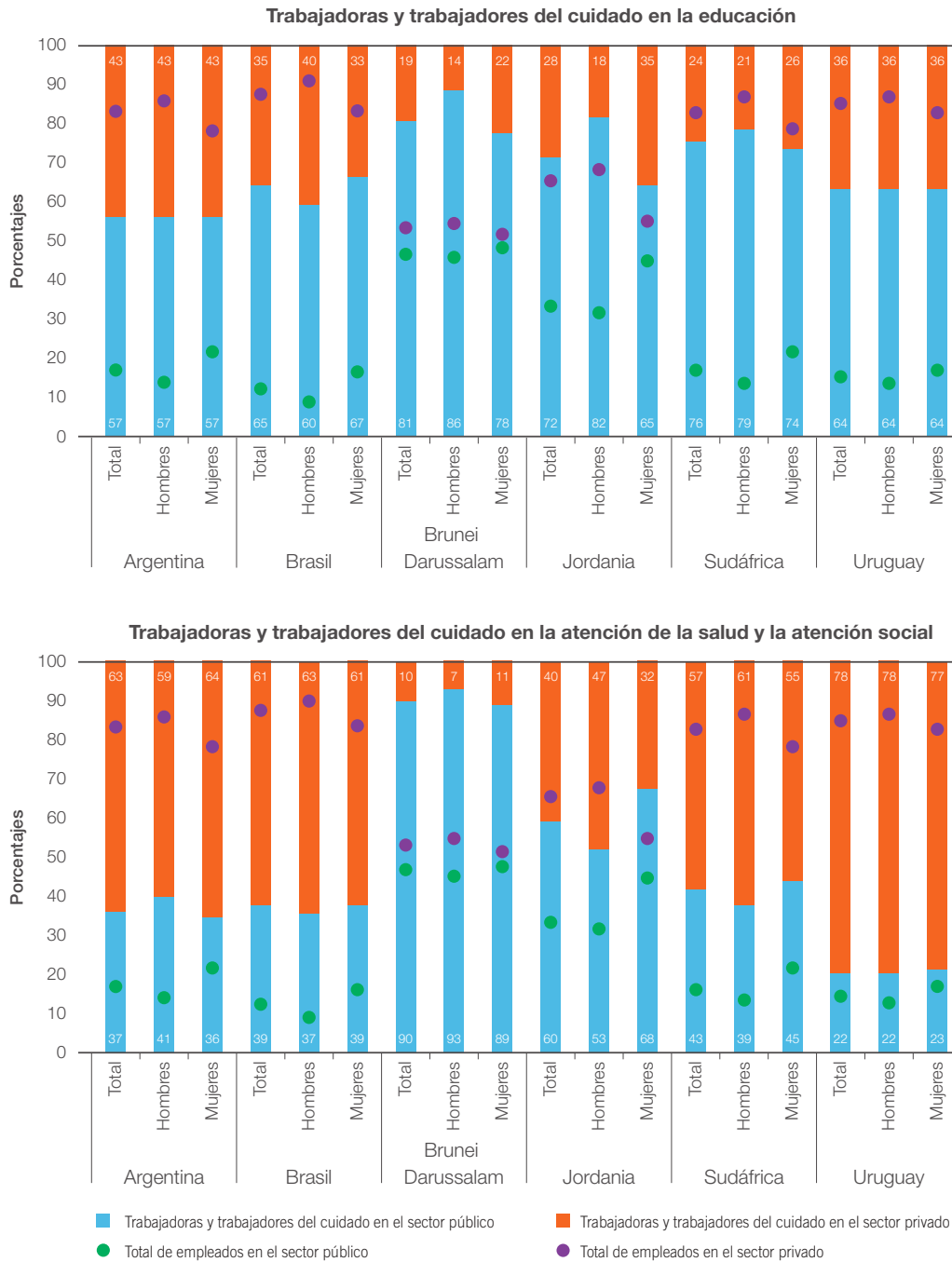
Los países latinoamericanos de este conglomerado tienen la proporción más alta de trabajadoras y trabajadores domésticos en el empleo total en la región de América Latina. Como el grado de feminización es muy alto, las trabajadoras domésticas representan una proporción significativa del empleo de la mujer: el trabajo doméstico supone aproximadamente el 14 por ciento del empleo femenino total de estos países, y hasta el 17 por ciento en Argentina. Estas proporciones son similares a las de Brunei Darussalam y Jordania. En Brunei Darussalam, casi la totalidad de las trabajadoras domésticas son nacidas en el extranjero, mientras que en Jordania lo son las tres cuartas partes, un perfil que se corresponde con el de los países árabes del conglomerado 3.1. En el caso de Argentina y Uruguay, la proporción de mujeres migrantes entre las trabajadoras domésticas es baja³¹⁷ en comparación con las estimaciones de la región.³¹⁸

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

La desigualdad y la fragmentación en la prestación de servicios tienen su reflejo en las condiciones de trabajo de estas trabajadoras y trabajadores, que varían en función de las diferencias sectoriales, el grado de privatización de la prestación del servicio y la fortaleza de las protecciones laborales. No es ninguna coincidencia que estas dimensiones sean las mismas con las que nos encontramos en los países del conglomerado 2.1: a niveles diferentes de cobertura y de proporciones de trabajadoras y trabajadores domésticos, la opción de servicios privados de cuidado acentúa las desigualdades de acceso y de calidad de prestación de cuidados en los contextos de uno y otro conglomerado en detrimento de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.

La mezcla de lo público y lo privado en la prestación de cuidados y la financiación del sector de la salud se reflejan en la proporción de trabajadoras y trabajadores del cuidado públicos y privados. En Uruguay, Argentina y Brasil, el 78, el 63 y el 61 por ciento, respectivamente, de esos trabajadores en la atención de la salud y la atención social son privados.³¹⁹ En Sudáfrica, el 57 por ciento de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la atención de la salud son privados. En Brunei Darussalam, en consonancia con el patrón general de prestación pública de los cuidados, el 90 por ciento de las trabajadoras y los trabajadores en la atención de la salud son empleados públicos. En Jordania, la mayoría de la fuerza de

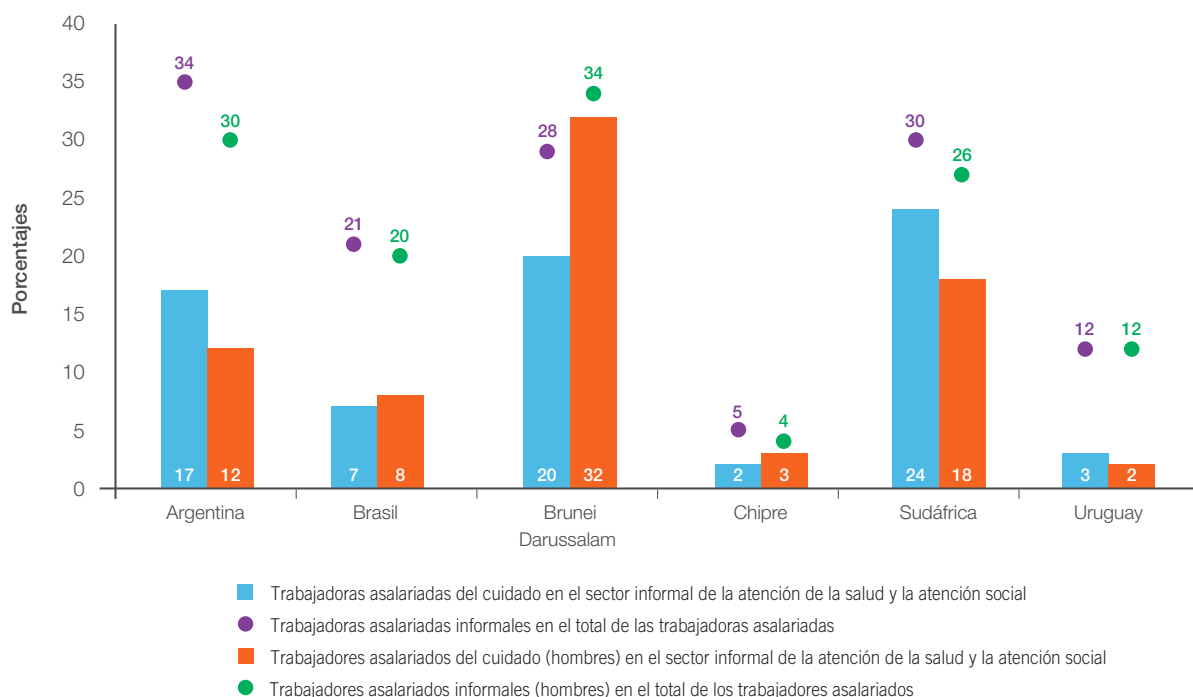
Gráfico 4.19. Trabajadoras y trabajadores del cuidado en el empleo público y privado en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

trabajo del sector de la atención de la salud consiste en empleados públicos (60 por ciento). La extensión de la cobertura de la educación pública en todos estos países es evidente en las proporciones de empleados públicos en la educación, en concreto, del 57 por ciento o más. En Sudáfrica, los empleados públicos de los sectores del cuidado representan el 76 por ciento de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación, y en Brunei Darussalam, el 81 por ciento (gráfico 4.19).

Gráfico 4.20. Proporción de trabajadoras y trabajadores asalariados del cuidado en el sector informal de la atención de la salud y la atención social, por sexo

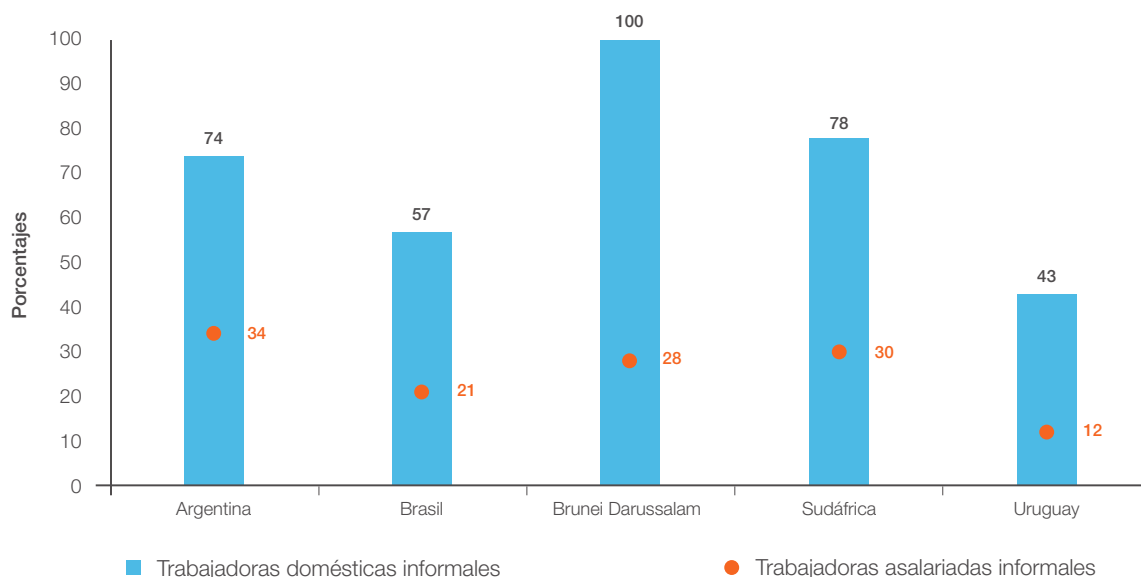


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Brasil tiene un sistema de dos estratos para la atención de la salud y Argentina, uno de tres estratos, haciendo desiguales las condiciones de trabajo dentro de esos subsectores. En el sector privado es más habitual el exceso de carga de trabajo unido a horarios prolongados, pues la normativa puede proteger mejor a los trabajadores del sector público.³²⁰

En el caso de Argentina, el sector público garantiza la formalidad y la estabilidad, lo que no siempre hace el sector privado, particularmente en el caso del personal de enfermería, en las instituciones de cuidados de larga duración.³²¹ Los bajos ingresos del personal de enfermería tanto profesional como no profesional, en los sectores público y privado contribuyen a cargas excesivas de trabajo laborando de más o asumiendo turnos contiguos en diferentes instituciones. Esta situación genera absentismo, mayor intensidad de trabajo (medida según el número de pacientes por cada enfermera o enfermero), agotamiento y, en última instancia, menor calidad del servicio.³²² En Sudáfrica es el sector público de la atención de la salud el que pierde personal de enfermería, pues este se traslada al sector privado para conseguir mejores condiciones de trabajo; parte de ese personal emigra y, a su vez, es sustituido por personal de enfermería migrante.³²³ Las diferencias entre los proveedores públicos y privados también exacerban la escasez general de médicos en Sudáfrica, cuya densidad es relativamente baja (0,77 por ciento), aunque sigue siendo superior a la de los países vecinos.³²⁴

Las trabajadoras y trabajadores asalariados del cuidado en el sector de la atención de la salud y la atención social presentan considerables tasas de informalidad en Argentina, Brunei Darussalam y Sudáfrica (16,23 y 23 por ciento, respectivamente); y las trabajadoras tienen relativamente más probabilidad de encontrarse en el empleo informal en Argentina y en Sudáfrica (17 y 24 por ciento, respectivamente) (gráfico 4.20). En Brasil y Uruguay, las tasas de informalidad son mucho más bajas, del 7 y el 3 por ciento, respectivamente. La informalidad, sin embargo,

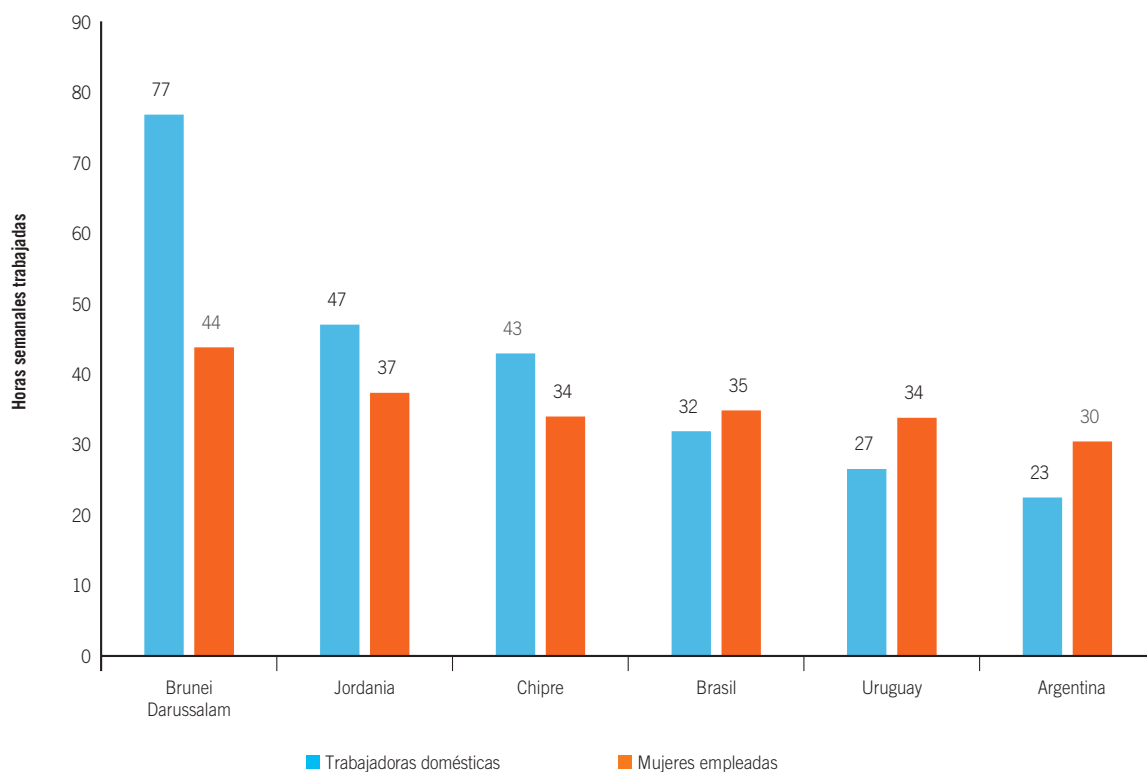
Gráfico 4.21. Proporción de trabajadoras domésticas informales (empleadas por los hogares)

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

está extendida entre quienes trabajan por cuenta propia, que son casi todos los que tienen empleos informales en la Argentina, los dos tercios en Sudáfrica, la mitad en Brasil y un tercio en Uruguay. En comparación con el sector de la atención de la salud y la atención social, la informalidad tiene una incidencia menor entre las trabajadoras y trabajadores asalariados del cuidado que trabajan en la educación, situándose entre el 1 y el 6 por ciento en los países latinoamericanos de este conglomerado, el 14 por ciento en Sudáfrica y el 16 por ciento en Brunei Darussalam.

En Argentina, la sindicalización y las instituciones de negociación salarial han desempeñado un papel crucial en la mejora de las condiciones de trabajo de los trabajadores de la educación. Con el fin de contrarrestar la fragmentación, se ha puesto en marcha la negociación nacional colectiva para establecer salarios de base en todo el país. Como consecuencia, todos los docentes, incluidos los de la educación de la primera infancia, de los sectores tanto público como privado, negocian juntos y el Gobierno central cubre los eventuales déficits para que las jurisdicciones pobres paguen los salarios, contrarrestando las desigualdades en los ingresos.³²⁵ El personal de enfermería está en una posición más débil, pues no puede negociar los salarios junto con los médicos y otros profesionales de los equipos sanitarios.³²⁶

La informalidad, medida por la falta de cobertura de la seguridad social, es alta entre las trabajadoras y los trabajadores domésticos en los países latinoamericanos de este conglomerado (gráfico 4.21). En Uruguay, que es el país con mejores marcas en la región en cuanto a registro de trabajadoras y trabajadores domésticos (cobertura de la seguridad social), cerca del 60 por ciento de estos cotiza a la seguridad social. Los niveles de cobertura son más bajos en Brasil (43 por ciento) y Argentina (25 por ciento).³²⁷ Los recientes avances en la legislación figuran entre las razones de la mejora de los resultados de los registros en Uruguay y Argentina³²⁸, países que establecieron nuevas leyes en 2006 y 2013, respectivamente, para igualar los derechos de las trabajadoras y los trabajadores domésticos con los de otros trabajadores asalariados y que acompañaron estas actuaciones con diversas medidas para aumentar la formalización (véase también la sección 4.2.3). Un rasgo a destacar en la nueva legislación de Uruguay y Argentina es el del establecimiento de mecanismos de negociación salarial para la fijación de los salarios de las trabajadoras y los trabajadores domésticos.³²⁹ El Brasil modificó su Constitución en 2015 para reconocer la igualdad de derechos de las trabajadoras y los trabajadores domésticos con otros trabajadores.

Gráfico 4.22. Horas semanales trabajadas, trabajadoras domésticas (empleadas por los hogares)

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

En Sudáfrica, donde poco más del 20 por ciento del personal doméstico está en el sector formal, en 2002 se establecieron salarios mínimos para las trabajadoras y los trabajadores domésticos (que se revisaron en 2011/12 y 2017/18), junto con diversas medidas para determinar el horario de trabajo, las bajas por enfermedad y la indemnización por despido, entre otras cuestiones. Esas trabajadoras y trabajadores también disfrutaban de protección de la maternidad y de seguro de desempleo.³³⁰

El promedio de horas trabajadas por las trabajadoras y domésticas es inferior al de todas las mujeres empleadas (gráfico 4.22), lo que puede estar relacionado con el hecho de que las tarifas horarias fijadas eran más bajas que cualquier otra tarifa sectorial fijada, incluidas las del personal de limpieza por contrato y de taxistas.³³¹

Las trabajadoras domésticas en Brunei Darussalam trabajan casi todas en el sector informal con horarios sumamente largos: en promedio, 77 horas de trabajo semanales, lo que equivale a trabajar durante todas las horas de vigilia (gráfico 4.22).

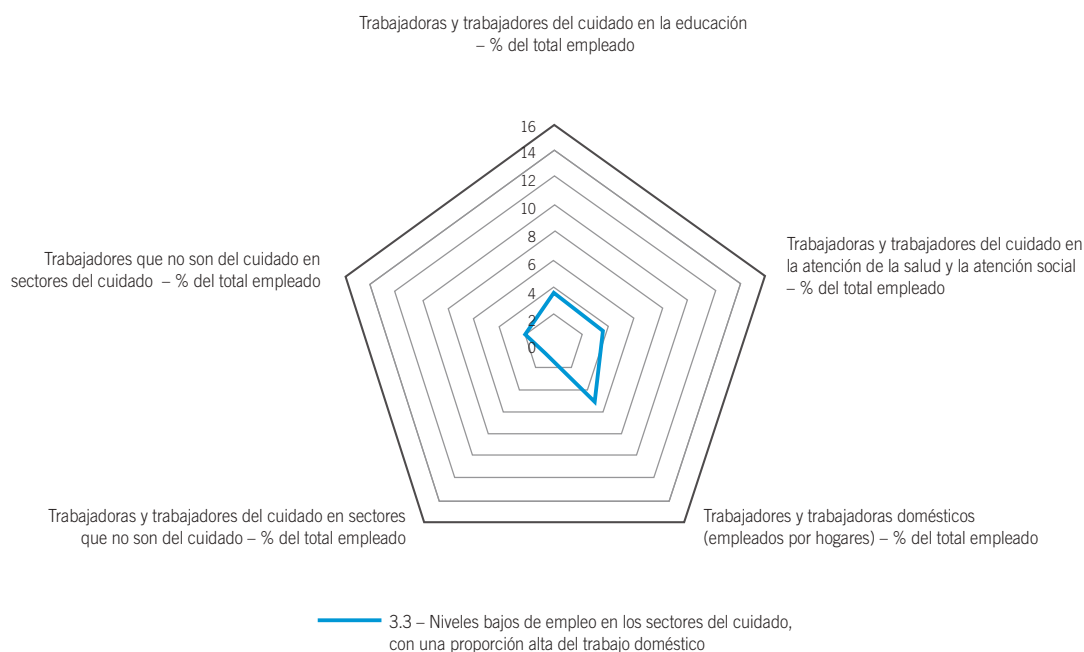
Conglomerado 3.3: Niveles bajos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción alta del trabajo doméstico

La mayoría de países de este conglomerado se encuentran en América Latina (República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú), y son relativamente más pobres que los de los conglomerados anteriores. Algunos países son africanos (Angola, Botswana,

Etiopía, Namibia, Rwanda, Senegal, Zambia). De Asia y el Pacífico, este conglomerado comprende a China, Indonesia y Sri Lanka. Completan el conglomerado dos países árabes, relativamente ricos (Qatar y los Emiratos Árabes Unidos).

Cabe afirmar que en este conglomerado, que comprende países muy poblados y países pequeños, se reúnen diferentes situaciones y contextos. Dos rasgos distinguen a este conglomerado de los dos anteriores: la alta proporción de trabajadoras y trabajadores domésticos, del 4 al 6 por ciento y con máximos en los países árabes, unida a la baja proporción de trabajadores en los sectores del cuidado, baja en la educación (en torno al 3 por ciento) y muy baja en la atención de la salud y la atención social (2 por ciento o menos) (véase el gráfico 4.9.f). En comparación con el conglomerado anterior, la educación tiene una cobertura inferior y los sistemas de salud están infradesarrollados, particularmente en los países africanos. A su vez, cuando se los compara con Kuwait y Arabia Saudita, y a pesar de su elevado PIB per cápita, los países árabes de este conglomerado también tienen sectores de la salud y de la educación menos desarrollados, a niveles similares a los de los países de América Latina incluidos en el conglomerado.

Gráfico 4.9.f. Conglomerado 3.3.



Con la excepción de Qatar y de los Emiratos Árabes Unidos, la pobreza caracteriza a los países de este conglomerado.³³² Los países latinoamericanos de este conglomerado son más pobres que sus vecinos del conglomerado anterior, y lo mismo vale para los países africanos en comparación con Sudáfrica.

Una característica destacada de los mercados de trabajo de estos países, como sucedía en el conglomerado anterior, es la elevada incidencia de la informalidad entre los trabajadores asalariados: por ejemplo, la tasa de informalidad es del 40 al 49 por ciento en Angola, Ecuador y México; del 50 al 59 por ciento en China y Sri Lanka; y del 60 por ciento o más en Guatemala, Honduras, Namibia y Senegal.

Servicios de cuidados

En la mayoría de estos países las tasas de matriculación en la educación de la primera infancia y la educación preprimaria son muy bajas³³³ y únicamente son satisfactorios los niveles de matriculación en la educación primaria.³³⁴ Una de las excepciones es China, donde las tasas de matriculación en la educación de la primera infancia y en la educación preprimaria, del 60 por ciento y casi el 80 por ciento, respectivamente, son el resultado de políticas explícitas para ampliar la prestación de servicios de atención infantil. No obstante, la prestación pública de cuidados infantiles se redujo en el marco de reformas neoliberales³³⁵, y en la actualidad el 69 por ciento de los centros de educación de la primera infancia son privados y sirven a las familias de ingresos medios a bajos.³³⁶

Las ratios de matrícula en la escuela primaria alcanzan niveles satisfactorios. La educación primaria es pública y gratuita en la mayoría de estos países, con la excepción de Perú, cuya prestación privada ha experimentado un notable aumento.³³⁷ Las ratios de matriculación en la escuela secundaria descienden notablemente no solo en los países africanos de este conglomerado, sino también en Guatemala, Honduras y Nicaragua.³³⁸

Muchos de estos países tienen bajas densidades de médicos y de otros trabajadores sanitarios. Solamente China, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Qatar y los Emiratos Árabes Unidos, los países con mayor renta en este conglomerado, tienen densidades de médicos y de personal de enfermería y partería superior a 4,45 por cada 1000 habitantes³³⁹, considerado el requisito mínimo en 2013.³⁴⁰

Junto con Sudáfrica y Brasil en el conglomerado anterior, China está evolucionando hacia el logro de la cobertura universal de la sanidad, y lo está haciendo a un ritmo más rápido.³⁴¹ En la actualidad la cobertura se sitúa en el 97 por ciento de la población china. Los seguros de salud se ofrecen a través de tres regímenes principales: el de los trabajadores urbanos, el de los residentes urbanos y el de los residentes rurales. El primer régimen ofrece un amplio conjunto de prestaciones que cubre alrededor del 81 por ciento de los costos asegurables. Los regímenes que cubren a los residentes urbanos y a los residentes rurales son de índole voluntaria y cubren más de la mitad de los gastos médicos asegurables hasta cierto límite, llegando a 1100 millones de personas. Como norma general, en el caso de las familias pobres el Gobierno cubre una parte o la totalidad de los gastos que han desembolsado.³⁴² Sin embargo, a pesar de la rápida expansión de la cobertura sigue habiendo fuertes disparidades entre los trabajadores formales y otros, en función del conjunto de prestaciones a las que tengan acceso, y entre los residentes urbanos y rurales³⁴³: mientras que el empleo asalariado total es del 40 por ciento en zonas rurales, solo el 13 por ciento de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la atención de la salud están en esas zonas. De manera similar, Indonesia ha establecido un sistema de seguro de salud universal a través de regímenes contributivos y no contributivos en 2015 que cubre al 60 por ciento de la población.³⁴⁴

En China, el cuidado de las personas de edad avanzada así como el de las personas con discapacidades se organiza tradicionalmente según la lógica de las normas de piedad filial del confucianismo. Diversas leyes refuerzan la obligación moral de los hijos, esto es, las hijas y las nueras, de encargarse del cuidado de sus padres ancianos.³⁴⁵ Las autoridades locales proporcionan cierta cobertura sujeta a verificación de recursos para el cuidado de larga duración, pero solo se garantiza a personas sin hijos ni parientes, lo que no necesariamente está relacionado con sus necesidades de cuidados. El gasto público para servicios de cuidados de larga duración es limitado y los planes de seguros privados que cubren los cuidados de larga duración normalmente son inasequibles para familias de ingresos bajos y medios. En consecuencia, solo el 10 por ciento de la población de 65 años en adelante está cubierto, y esta cobertura alcanza exclusivamente a las capas ricas de la población. Unas normas mínimas regulan estas instituciones privadas o semiprivadas.³⁴⁶

Recuadro 4.11. Familias transnacionales

Estas familias son aquellas cuyos miembros viven la mayor parte del tiempo separados unos de otros, aunque manteniéndose unidos incluso a través de las fronteras nacionales. Las enormes cifras de mujeres que migran solas para asumir un empleo de prestación de cuidados en países de acogida significan que muchas de estas familias han sido “dejadas atrás” por sus principales cuidadoras (madres, esposas e hijas). Las familias transnacionales están relacionadas con la crianza de los hijos o los cuidados transnacionales (estrategias de cuidados de los hijos, de personas mayores y de esposos que utilizan a través de las fronteras nacionales). Los estudios muestran las dinámicas y desafíos que se plantean cuando las madres, así como los padres, idean las maneras de mantener sus funciones, aunque en nuevas circunstancias, y la complejidad y diversidad de las estrategias de prestación y de reparto de los cuidados.³⁵¹

Las estrategias transnacionales son un reflejo de las ideologías y prácticas basadas en el sexo sobre los cuidados de los hijos y en el seno de la familia, y al mismo tiempo plantean un desafío a la división tradicional de los cuidados basada en el sexo entre los padres y las madres, los hombres y las mujeres. Sin embargo, algunos estudios mantienen que la migración internacional de las mujeres y el aumento de su aportación al sustento de la familia no han producido cambios significativos en la división sexual del trabajo de la crianza. De las abuelas, las hijas y otros miembros femeninos de la familia se espera que se ocupen del cuidado inmediato de los hijos, mientras que la participación en ese cuidado de los maridos “dejados atrás” sigue siendo limitada o esporádica. Con frecuencia los maridos “dejados atrás” no están dispuestos a asumir el cuidado de los hijos porque hacerlo iría en contra de sus visiones tradicionales de la paternidad y la masculinidad o las amenazaría.³⁵² Por otro lado, estudios realizados en China y en México muestran que cada vez más los hombres participan en el cuidado de los hijos, en calidad tanto de padres migrantes como de padres dejados atrás.³⁵³ Por tanto, las mujeres migrantes han demostrado su propia autonomía para renegociar y reinterpretar sus roles en el cuidado y sus responsabilidades para compartir los cuidados con sus esposos/compañeros, al tiempo que los hombres han dado muestras de su capacidad para ajustarse a los nuevos roles parentales.

Fuentes: Parreñas, 2010; Peng y Wong, 2016; King-Dejardin, de próxima aparición.

Trabajadoras y trabajadores domésticos

Según las estimaciones del presente informe, el personal doméstico de China (que supone el 3,3 por ciento del empleo total) suma 25 millones de trabajadoras y trabajadores³⁴⁷, un tercio de los cuales sirven en zonas rurales. Algunos de ellos están excluidos de este cálculo, pues son empleados de empresas y no los contratan directamente los hogares, aunque representan la parte más pequeña del mercado. Las trabajadoras y trabajadores domésticos empleados por empresas están reconocidos como empleados en virtud de la legislación nacional del trabajo, pero los contratados por los hogares (directamente o a través de agencias de colocación) no lo están, y por tanto, disfrutan de menos protecciones.³⁴⁸ En China, normalmente estas trabajadoras y trabajadores son migrantes internos procedentes de zonas rurales, en particular mujeres con baja formación que emigran a las ciudades para escapar de la pobreza.³⁴⁹

Aunque el trabajo doméstico en China, así como en Botswana y Zambia, es una fuente importante de empleo para los hombres (aproximadamente el 3 por ciento), en la mayoría de estos países lo es fundamentalmente para el empleo de las mujeres. En los países latinoamericanos de este conglomerado, el trabajo doméstico de las mujeres representa entre el 5,9 por ciento del empleo de las mujeres (en Ecuador) y el 14,4 por ciento (en República Dominicana). Estas tasas son inferiores a las del conglomerado anterior pero, con todo, son significativas. De manera similar, en Botswana, Etiopía, Rwanda y Senegal el trabajo doméstico representa aproximadamente el 10 por ciento del empleo de las mujeres. Las tasas equivalentes de los dos países árabes de este conglomerado son, a su vez, iguales o superiores al 30 por ciento, en línea con los países árabes del conglomerado 3.1 analizado anteriormente.

Tanto Qatar como los Emiratos Árabes Unidos han promulgado en 2017 una legislación aparte para las trabajadoras y trabajadores domésticos, ampliando su protección legal. La ley de los Emiratos Árabes Unidos amplía los derechos de estas trabajadoras y trabajadores, incluido el acceso a la solución de diferencias, las vacaciones anuales pagadas y las horas mínimas de descanso diario, y regula las relaciones entre los empleadores, los empleados y los encargados del reclutamiento.³⁵⁰

Trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes

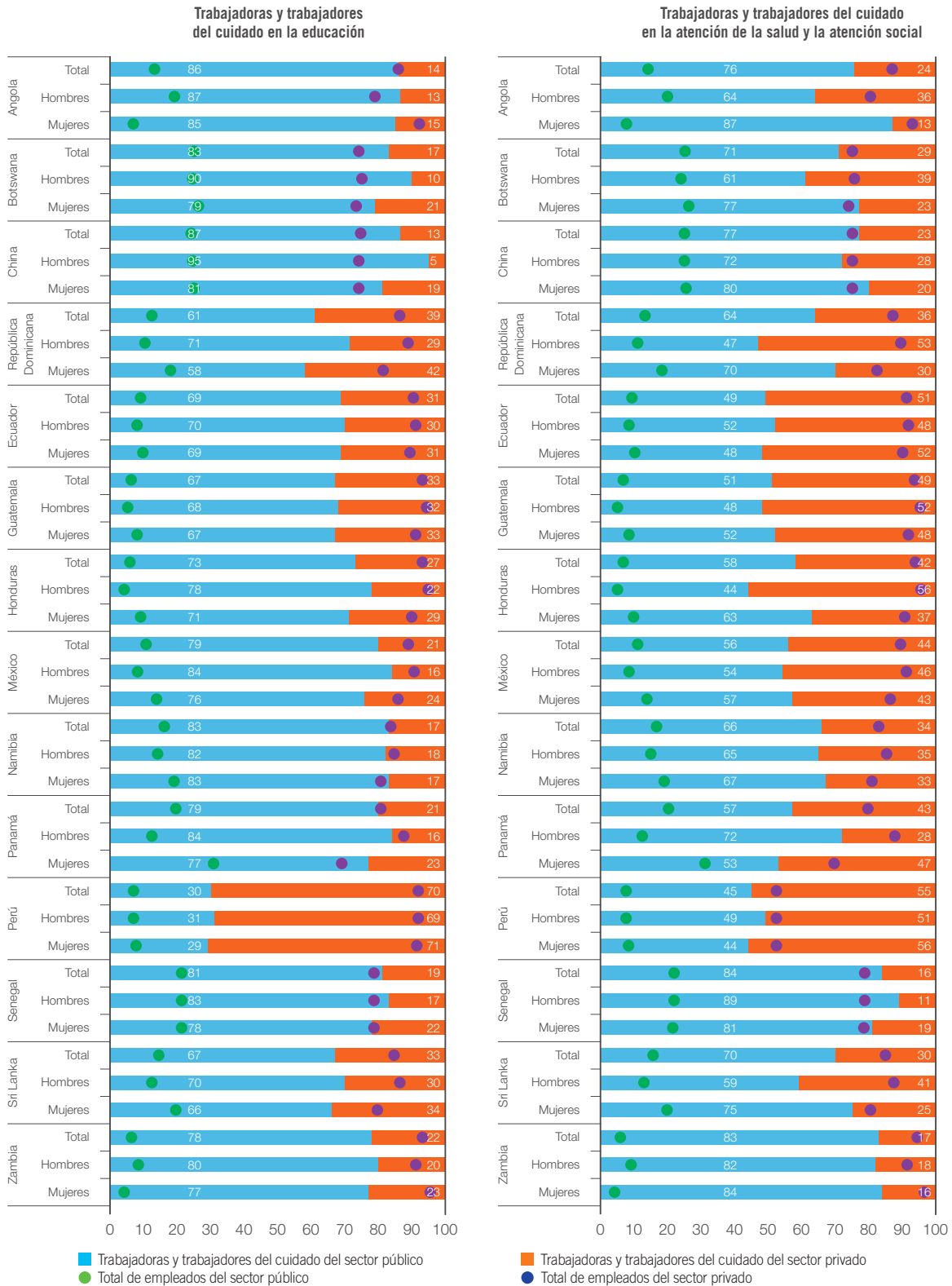
Aunque Qatar y los Emiratos Árabes Unidos son países de destino, varios países de este conglomerado son fuentes de migración de estas trabajadoras y trabajadores a destinos más ricos: los que proceden de Indonesia y Sri Lanka migran a otros países asiáticos y árabes, los de Etiopía van a países árabes, los de Ecuador y Perú, a España, los de países de América Central, a México, los de México, a los Estados Unidos. Estos países son también fuentes de trabajadores especializados: el personal de enfermería de Indonesia que trabaja en hospitales o en residencias de ancianos en Japón, los docentes chinos y mexicanos que migran a los Estados Unidos y los médicos chinos que migran a países de la OCDE.³⁵⁴ En la raíz de la decisión de emigrar, que no es fácil de tomar si se deja atrás a la familia, hay factores relacionados con la insatisfacción con las condiciones de trabajo y de vida (véase el recuadro 4.11).

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

La magnitud de la prestación pública de servicios de educación significa que la mayoría de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación lo son del sector público. Las proporciones de trabajadoras y trabajadores del cuidado del sector público son siempre mucho más grandes que las correspondientes a las economías en su conjunto, y oscilan entre el 61 por ciento en República Dominicana al 87 por ciento en China, y solamente Perú tiene una mayoría de trabajadoras y trabajadores de cuidados privados en la educación (70 por ciento). De la naturaleza mixta de los sistemas de atención de la salud en los países latinoamericanos de este conglomerado se sigue que las trabajadoras y trabajadores del cuidado tienen más prominencia en la atención de la salud y la atención social, entre un 40 y un 50 por ciento, y de nuevo es únicamente en Perú donde quienes trabajan en la atención privada de la salud (55 por ciento) predominan más que quienes lo hacen en el sector público (gráfico 4.23).

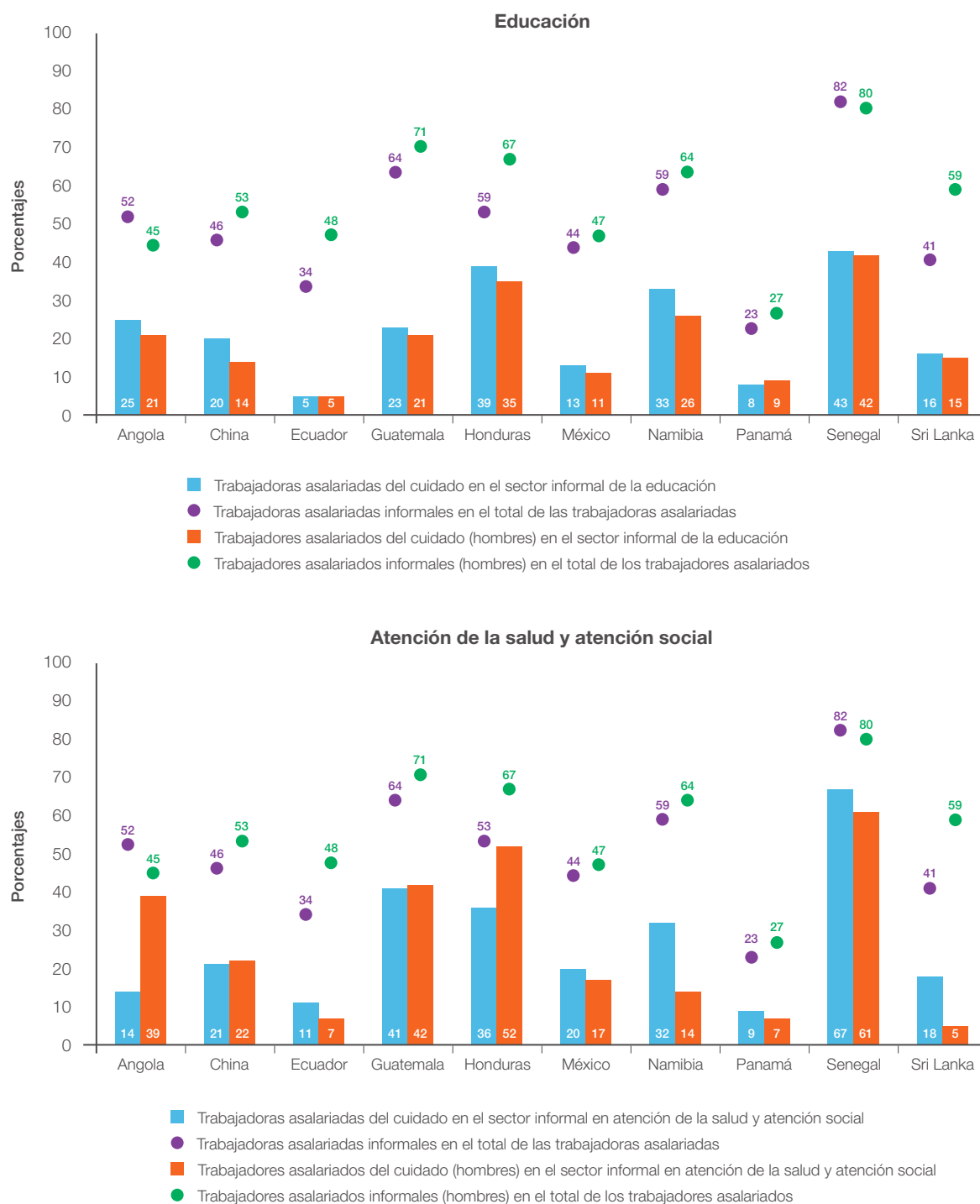
La preeminencia del empleo público entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado les protege efectivamente de las altas tasas de informalidad que, por lo demás, predominan en estos países. En la mayoría de los casos, las tasas de informalidad entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado ascienden a la mitad o menos de la informalidad total que registran los trabajadores asalariados. Ecuador constituye un caso particular de éxito: mientras que la informalidad se sitúa en el 43 por ciento, menos del 10 por ciento de quienes trabajan en el cuidado son informales. En Senegal, el 65 por ciento de las trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariados en la salud y la atención social son informales. En China, el nivel de informalidad es inferior al 20 por ciento en la educación (gráfico 4.24). En el caso de los programas de educación de la primera infancia en China, las instituciones públicas cuentan con maestros más cualificados y permanentes que las instituciones privadas, aunque aquellas solo representan aproximadamente el 30 por ciento de todas las instituciones.³⁵⁵

Gráfico 4.23. Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en los sectores público y privado en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo



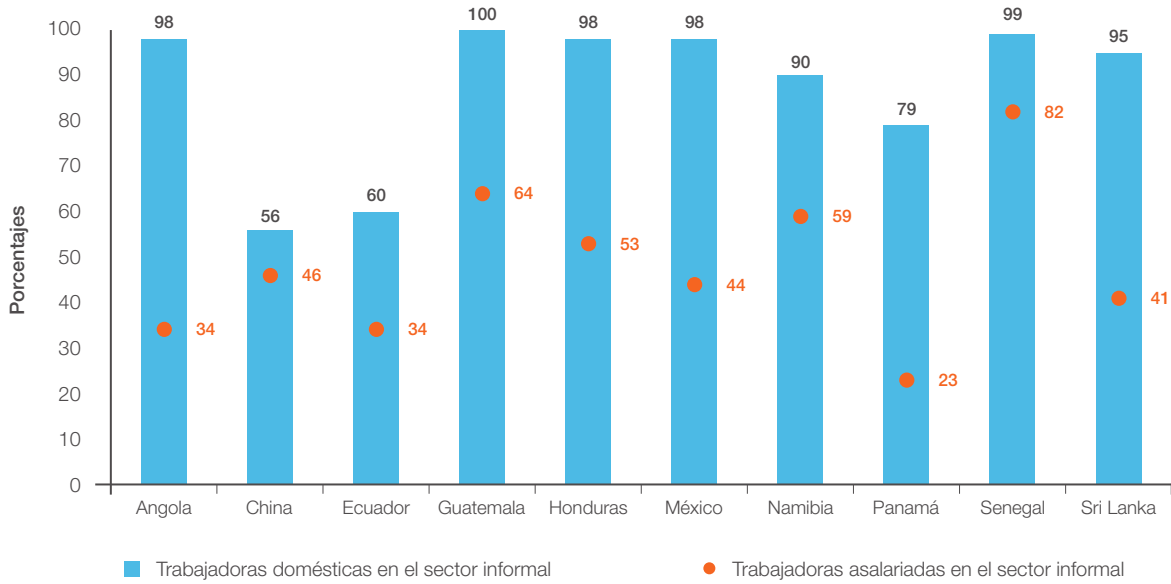
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Gráfico 4.24. Proporción del empleo informal entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado asalariados en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Gráfico 4.25. Proporción de trabajadoras domésticas en el sector informal (empleadas por hogares)

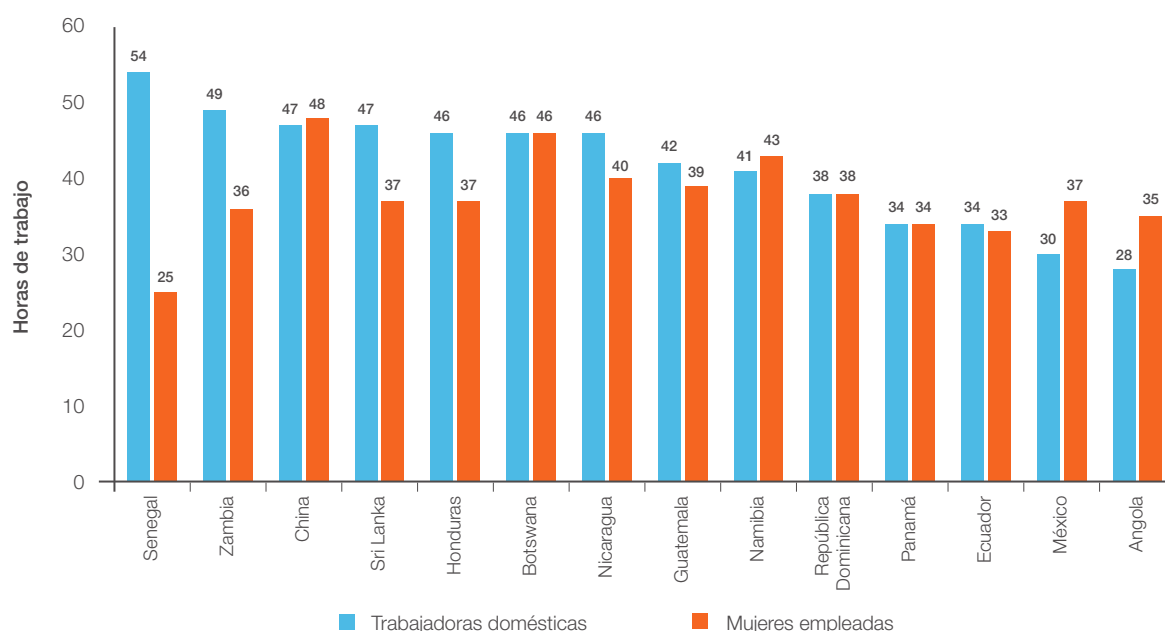


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Las tasas de informalidad entre las trabajadoras y trabajadores domésticos son particularmente altas en los países de este conglomerado: el 90 por ciento o más de las trabajadoras domésticas son informales en Guatemala, Honduras y México en América Latina, en Angola, Namibia y el Senegal en África, y Sri Lanka en Asia (gráfico 4.25). En Ecuador, el 60 por ciento de las trabajadoras domésticas son informales, proporción similar a la de China (56 por ciento).

Estos niveles excepcionalmente altos de informalidad van unidos a horarios de trabajo muy largos en el Senegal y Zambia y también en China, aun cuando en este último país se corresponden con un patrón general de horarios largos. Solo en Angola, China, México y Namibia las trabajadoras domésticas trabajan menos horas que el promedio de las mujeres empleadas (gráfico 4.26).

En China, las largas horas de trabajo se acompañan de la exposición al riesgo físico, el aislamiento y la baja remuneración, en ocasiones inferior al salario mínimo. Las malas condiciones de trabajo son corrientes entre las trabajadoras domésticas, tanto internas como externas, y entre las que trabajan como cuidadoras de personas de edad avanzada y las limpiadoras, lo que puede explicarse en parte por la ambigua situación jurídica de las trabajadoras y trabajadores domésticos.³⁵⁶ Un reciente estudio sobre las trabajadoras y del cuidado de personas de edad avanzada a domicilio realizado en Shanghai muestra que las bajas remuneraciones van unidas al bajo estatus y a la infravaloración del trabajo doméstico, a que tales cuidados los realizan trabajadoras de los sectores más marginados de la fuerza de trabajo y a la pobreza relativa de los receptores de cuidados a domicilio de personas de edad avanzada.³⁵⁷

Gráfico 4.26. Horas semanales de trabajo de las trabajadoras domésticas (empleadas por los hogares)


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

4.3.4. Conglomerado 4 – Niveles medianos a bajos de empleo de prestación de cuidados

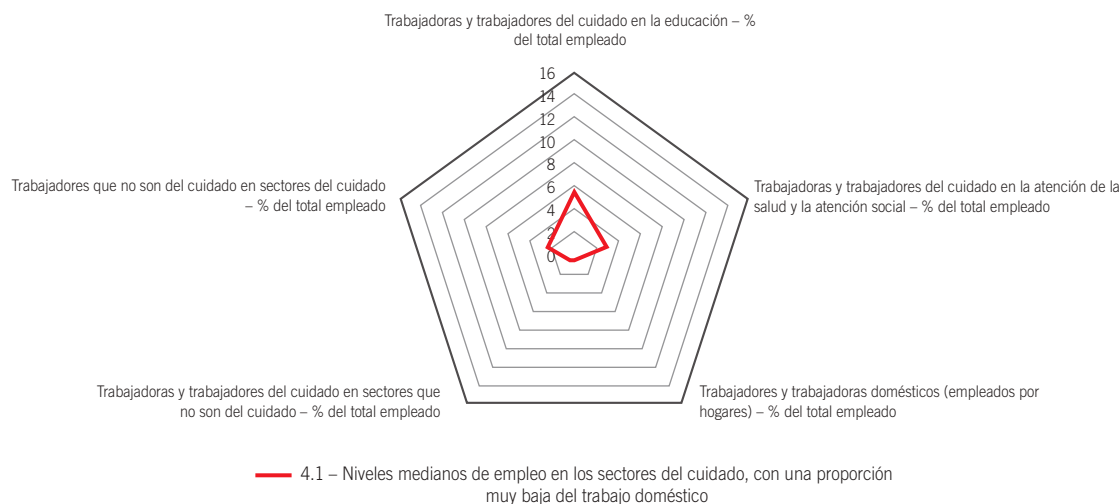
Conglomerado 4.1: Niveles medianos de empleo en los sectores del cuidado, con una proporción muy baja del trabajo doméstico

Este conglomerado comprende Estados Árabes (Iraq, el Territorio Palestino Ocupado, Yemen), un país de África del Norte (Egipto), un país del Asia Meridional (Afganistán), un país del Asia Oriental (Mongolia), un país del Asia Central y Occidental (Turquía) y países de Europa Meridional (Albania, ex República Yugoslava de Macedonia, Serbia) y de Europa Oriental (Bulgaria, Rumania). Estos países registran, en distintas combinaciones, proporciones significativas de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación (entre el 5 y el 8 por ciento del empleo total), pero un empleo relativamente bajo en la atención de la salud y la atención social (entre el 2 y el 4 por ciento del empleo total) sin apenas trabajadores domésticos (menos del 1 por ciento del empleo total) (véase el gráfico 4.9.g).

Servicios de cuidados

La matrícula en la educación de la primera infancia es baja en la mayoría de estos países para los que se dispone de datos: el 3 por ciento en Rumania y en torno al 10 por ciento en Bulgaria, la ex República Yugoslava de Macedonia, Mongolia y Serbia.³⁵⁸ La matrícula en la educación preprimaria está en torno al 80 por ciento en los países de Europa Oriental (con la excepción de Serbia), donde se imparte

Gráfico 4.9.g. Conglomerado 4.1.



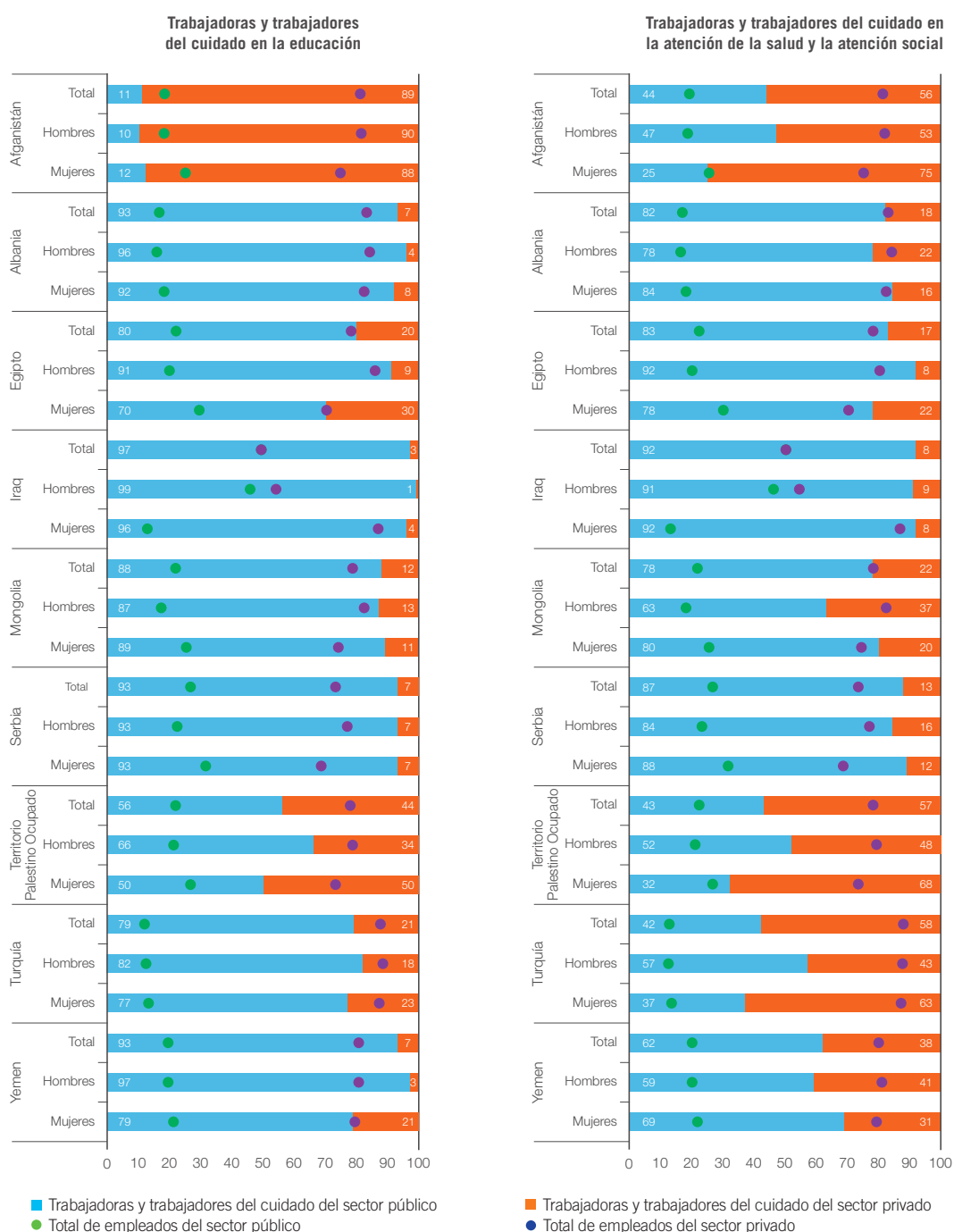
públicamente, pero muy baja en los países restantes.³⁵⁹ La matrícula en la educación preprimaria de Turquía se mantiene en el 33 por ciento, y en el 45 por ciento para los niños de 4 y 5 años, a pesar de que el objetivo de su Décimo Plan de Desarrollo (2014 – 2018) era alcanzar un nivel del 70 por ciento.³⁶⁰ La educación primaria es pública y gratuita en estos países. La matrícula en la educación primaria no siempre alcanza el 100 por ciento, aunque en la educación secundaria se acerca al 90 por ciento en la mayoría de los países de este conglomerado (con la salvedad de Afganistán y Yemen).

En la mayoría de estos países, particularmente en los de Europa Oriental, los servicios de atención de la salud son públicos, centralizados y financiados con cargo al seguro social de salud. En comparación con otros países europeos, los niveles de gasto (en tanto que porcentaje del PIB) y las densidades de trabajadores de atención de la salud son más bajos, y su calidad plantea preocupaciones.³⁶¹ Turquía cuenta con un sistema mixto que combina proveedores públicos y privados en el marco de un seguro social universal de la salud. Afganistán e Iraq tienen unas densidades de profesionales de atención de la salud que están por debajo del umbral recomendado (4,45 trabajadores por 1000 habitantes).³⁶²

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

Como indica la prevalencia de sistemas públicos en la salud y la educación, el empleo público es amplio en ambos sectores. La inmensa mayoría de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación son públicos, tienen un empleo formal y trabajan en torno a 35 horas semanales. Solo en Afganistán domina el empleo privado (89 por ciento) y, en menor grado, en el Territorio Ocupado de Palestina (44 por ciento) (gráfico 4.27). El panorama es similar con respecto a la salud, predominando más el sector privado en Afganistán, el Territorio Palestino Ocupado y también Turquía. Al igual que en la educación, la mayoría de las trabajadoras y trabajadores del cuidado en la atención de la salud son formales, pero trabajan en torno a 40 horas semanales y su formación académica es intermedia o alta.

Gráfico 4.27. Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en los sectores público y privado en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo

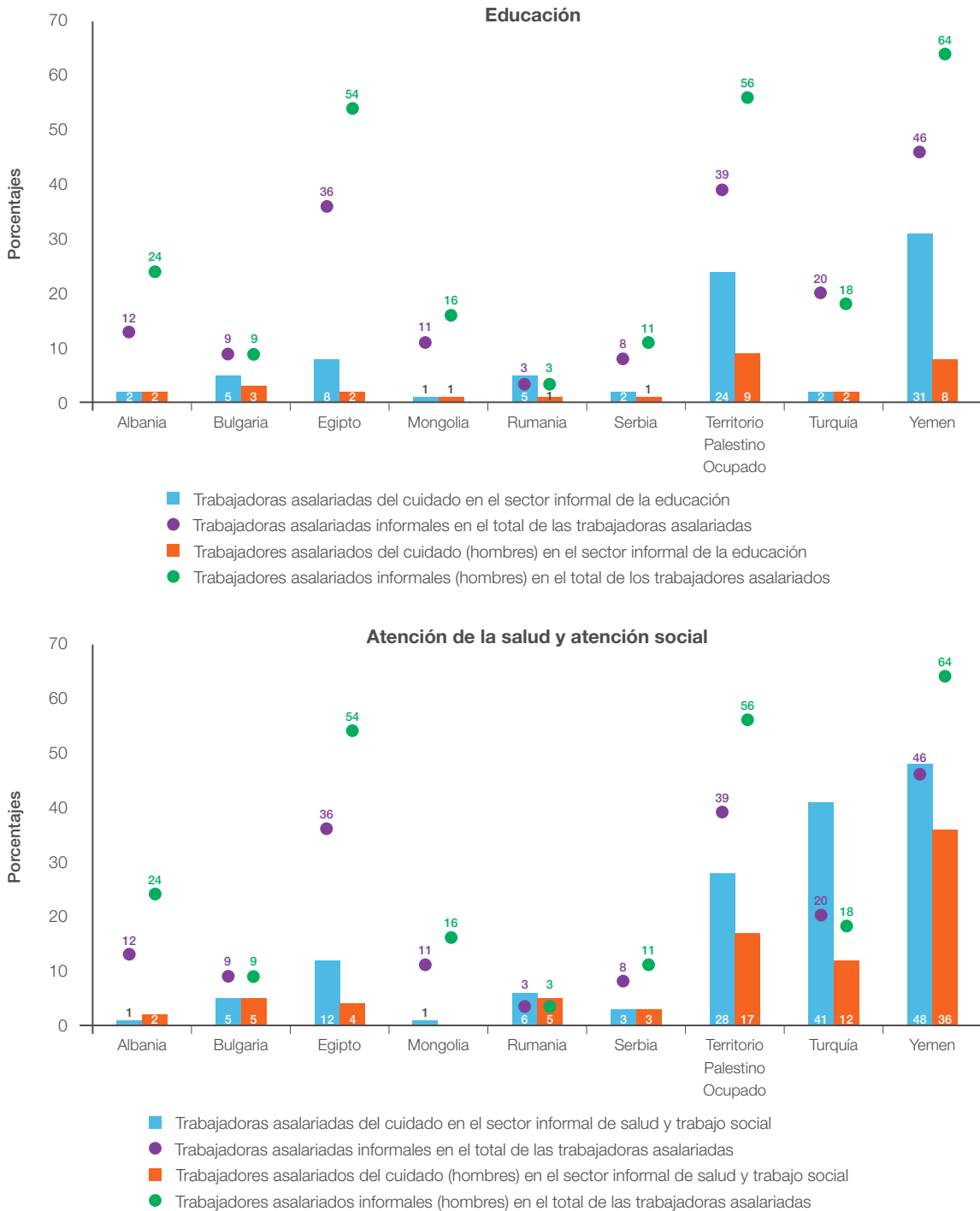


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

No obstante, en el Territorio Palestino Ocupado, Turquía y el Yemen la informalidad entre las trabajadoras y trabajadores del cuidado en el sector de la atención de la salud y la atención social es relativamente alta, más cercana a la media de todos los empleados o incluso superior, como sucede en Turquía. La informalidad entre las trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariados en el sector

de la atención de la salud y la atención social es particularmente elevada entre las mujeres (llegando al 28, 41 y 48 por ciento, respectivamente), hecho que parece estar relacionado con la relativa mayor debilidad del sector público (gráfico 4.28).

Gráfico 4.28. Proporción del empleo informal entre las trabajadoras y trabajadores del cuidado asalariado en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo

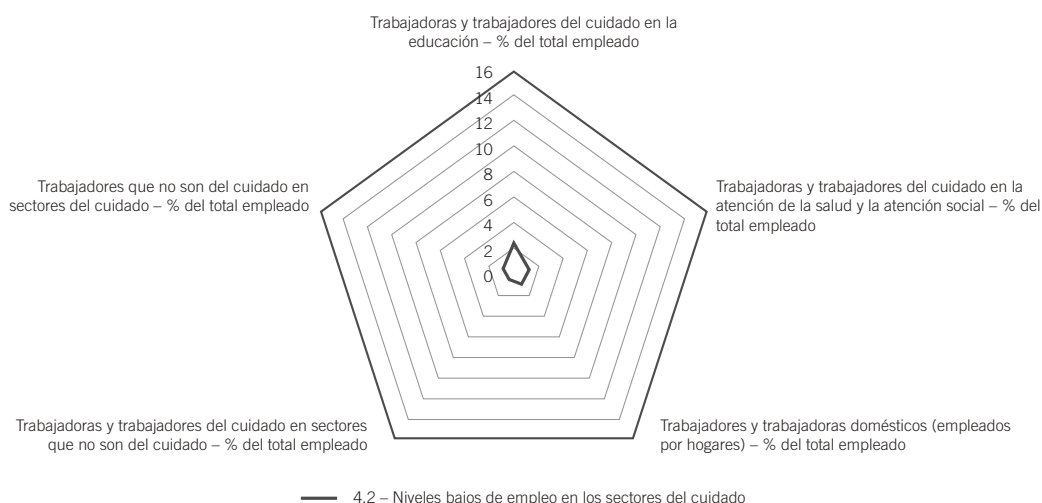


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Conglomerado 4.2: Niveles bajos de empleo relacionado con el cuidado

Este conglomerado comprende países del África Subsahariana (Burkina Faso, Gambia, Ghana, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Níger, Nigeria, Sierra Leona, la República Unida de Tanzania, Togo, Uganda) y de Asia y el Pacífico (Camboya, la India, Indonesia, República Democrática Popular Lao, Nepal, Pakistán, Filipinas, Tailandia, Viet Nam). Con la excepción de Tailandia, estos países son de ingresos bajos y, con la excepción de Tailandia y Viet Nam, sus índices de pobreza son del 32 por ciento o superior. En Ghana, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Níger, Nigeria, Sierra Leona, la República Unida de Tanzania, Togo y Uganda, los índices de pobreza se sitúan en el 69 por ciento o superior.³⁶³ La mayoría de la población de estos países vive en zonas rurales, la ratio de niños (de 0 a 14 años) con respecto a la población en edad de trabajar (de 20 a 64 años) es alta (y en la mayoría de los casos superior al 100 por ciento), mientras que la proporción equivalente de personas de edad avanzada es del 11 por ciento o menos.³⁶⁴

Gráfico 4.9.h. Conglomerado 4.2.



La proporción de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación es de alrededor del 2 por ciento del empleo, y en ningún país supera el 3,3 por ciento. En la atención de la salud y la atención social las proporciones son más bajas: menos del 1 por ciento. Cabe observar que el gasto público en los sectores de la salud de estos países no tiene por qué ser excepcionalmente bajo en proporción al PIB, siendo del orden del 5 por ciento o más en la mayoría de los casos, con máximos en Liberia, Malawi y Sierra Leona, del 10 por ciento del PIB. De manera similar, las proporciones de gasto en educación están entre el 3 y el 4 por ciento, aunque son inferiores en Bangladesh, Camboya, Madagascar y Uganda (2 por ciento). Son sus niveles generales bajos de PIB, y no solo la proporción que estos países gastan en educación y salud, lo que explica sus bajos índices de empleo en el sector del cuidado.

No solo es pequeña la fuerza de trabajo del cuidado, sino que también está dominada por los hombres: en la mayoría de estos países, las trabajadoras del cuidado son menos numerosas que los hombres, con excepción de Malawi, Filipinas, Tailandia y Viet Nam. En la India y Pakistán, el trabajo del cuidado de las mujeres es una importante fuente de empleo femenino (el 10 por ciento de dicho empleo). En Filipinas comprende el 13 por ciento, y el 3 por ciento del empleo de la mujer se encuentra en el trabajo doméstico.

La informalidad como proporción del empleo total es la característica definitoria de los mercados de trabajo de los países de este conglomerado; en la mayoría de ellos la informalidad equivale al 80 por ciento o más del conjunto de la fuerza de trabajo, y en la mayoría de los casos el nivel de informalidad de las trabajadoras es mayor que el de los hombres.³⁶⁵

Servicios de cuidados

Como también se dijo en el capítulo 3, estos países figuran entre los que tienen menos cobertura en la educación y la atención de la primera infancia y en la educación preprimaria. Hay poca capacidad de servicios formales de cuidados de larga duración, pues la prestación de cuidados de personas de edad avanzada recae, casi en su totalidad, en los miembros de la familia.³⁶⁶ También es baja la cobertura de la educación preprimaria. En Malí y en Níger, la cobertura de la educación primaria es inferior al 80 por ciento.³⁶⁷

La cobertura de la atención de salud también es deficiente. Solo Gambia tiene una cobertura universal, mientras que Ghana cubre a las tres cuartas partes de su población.³⁶⁸ La baja proporción de trabajadoras y trabajadores del cuidado empleadas en el sector de la salud refleja las escasas densidades de los profesionales de la atención de la salud en todos estos países, por debajo de los umbrales recomendados (4,45 trabajadores por cada 1000 habitantes).³⁶⁹ Liberia y la República Unida de Tanzania registran densidades particularmente bajas. Los trabajadores de salud de la comunidad cubren parcialmente la escasez de personal sanitario (véase la sección 4.2.1).³⁷⁰

Las deficiencias son particularmente significativas en las zonas rurales, pues los trabajadores sanitarios cualificados que hay se concentran en las ciudades y en los países que registran una proporción alta de personas que viven con el VIH. Los casos de la India y de Camboya son ilustrativos a este respecto, pues las proporciones del empleo asalariado total en las zonas rurales son del 66 y el 75 por ciento, respectivamente, pero las proporciones de trabajadoras y trabajadores del cuidado rurales en la atención de la salud son, respectivamente, del 37 y el 41 por ciento del empleo. En Camboya, los gastos en atención de salud costeados personalmente en las zonas rurales triplican a los de las zonas urbanas.³⁷¹ En la India, los servicios públicos abarcan en su mayoría las zonas rurales pobres y un creciente predominio de proveedores privados atienden a los sectores acomodados urbanos de la población. El gasto en sanidad con respecto al PIB, del 4,7 por ciento, se costea en su mayoría del bolsillo de los ciudadanos, pues la financiación pública equivale solamente al 1,04 por ciento del PIB.³⁷²

A su vez, los bajos niveles de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación en tanto que proporción del empleo total tienen su reflejo en las ratios de alumnos por maestro de la educación primaria de estos países, la mayoría de las cuales son de más de 30 a 1.³⁷³ Estos promedios ocultan la situación en las zonas rurales, normalmente peor servidas que las zonas urbanas. También hay indicios de que, al menos en los casos de Malawi y de la República Unida de Tanzania, las maestras tienden a concentrarse en las zonas urbanas.³⁷⁴

El programa de centros Anganwadi de la India de educación de la primera infancia combinada con la atención de la salud y la nutrición, ofrece guarderías y una comida diaria. En el proceso de mejora de los servicios, se establecieron centros de Servicios Integrados para el Desarrollo del Niño cerca de las escuelas primarias, eficaces para mejorar la asistencia a clase de las niñas y facilitar que los niños pasen desde los centros al primer grado.³⁷⁵ Sin embargo, las evaluaciones indican que los padres asumen que los centros son de menor calidad que las alternativas privadas y que si pueden se cambian a los proveedores privados³⁷⁶, incluso si tal evaluación no se ve necesariamente confirmada recurriendo a indicadores de calidad.³⁷⁷

Formación académica de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

En los países africanos de este conglomerado, con frecuencia los esfuerzos por ampliar la cobertura de la educación primaria no se han visto acompañados de los suficientes recursos financieros. Por eso los países han tenido que adoptar políticas encaminadas a reducir los costos laborales creando formas enmascaradas de empleo (maestros de “comunidad” y “voluntarios”), en ocasiones ofreciendo apenas unas semanas de formación.³⁷⁸ Como resultado, en Burkina Faso, Camboya, Níger, Togo y Uganda, por ejemplo, aproximadamente el 40 por ciento de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación no tienen más que calificaciones básicas (inferior a la educación secundaria) (gráfico 4.29).

La carencia de trabajadores de atención de la salud cualificados se evidencia también en el perfil académico de las trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en la atención de la salud y la atención social: los trabajadores con grados intermedios (equivalentes a la escuela secundaria) predominan en la mayoría de estos países, pero en Burkina Faso, Camboya, Níger y Togo más de la mitad de todas las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la atención de la salud no tienen más que una formación básica.

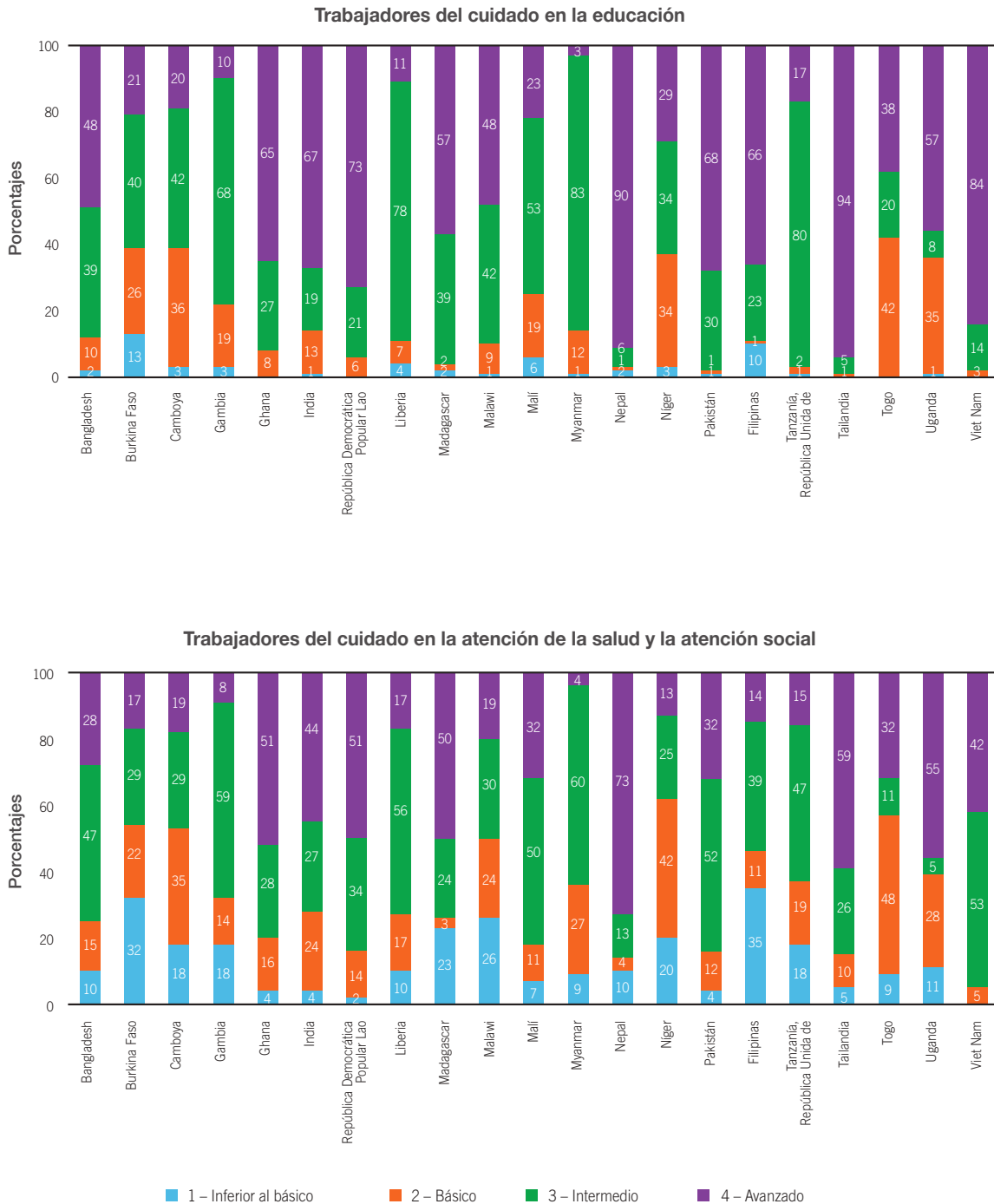
Trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes

Los bajos niveles de empleo en los cuidados, particularmente en la atención de la salud, están relacionados con patrones de emigración enraizados de trabajadores especializados. En Malawi, por ejemplo, en torno al año 2000 el 60 por ciento del personal de enfermería registrado abandonó los hospitales terciarios para migrar. En 2005, el 11,3 por ciento del personal de enfermería de Malawi estaba trabajando en países de la OCDE. Los profesionales de la salud que se quedaron no solo afrontaron remuneraciones más bajas que sus colegas en el extranjero, sino también mayores cargas de trabajo: el 64 por ciento de los puestos quedaron vacantes, y muchos centros médicos funcionaban sin personal de enfermería o recurrían a empleados con tan solo 10 semanas de formación. El Gobierno de Malawi se esforzó por aumentar los recursos y los salarios, pero sin poder competir con los salarios pagados en el exterior.³⁷⁹

Los datos del Consejo del Personal de Enfermería y de Partería de Ghana indican que el 71 por ciento del personal de enfermería que entre 2002 y 2005 abandonó Ghana fue al Reino Unido, seguido por un 22 por ciento que fue a los Estados Unidos. La migración de personal de enfermería alcanzó un máximo en 2000, descendió sustancialmente en 2006 y desde entonces se ha estabilizado. Las trabajadoras de la atención de la salud y las enfermeras en particular estaban insatisfechas con sus actuales empleos debido a la falta de oportunidades para el desarrollo de las competencias profesionales, la baja moral y motivación del personal, los largos horarios y la insuficiente remuneración.³⁸⁰

Paradójicamente, hay países de origen que forman a un exceso de docentes, enfermeras y enfermeros y médicos, y a pesar de ello tienen zonas sin servicio. Por ejemplo, el Nepal produce un exceso de médicos y enfermeras y enfermeros, lo que se refleja en la proporción que registra de trabajadores de atención de la salud altamente instruidos. Esto se debió a una generosa distribución de licencias a nuevos centros de enseñanza, que se llevó a cabo para poder disponer del suficiente número de personal sanitario en zonas rurales.³⁸¹ Sin embargo, pocos titulados optaron por servir en esas zonas y, en vez de ello, muchos se sintieron motivados a buscar trabajo en el extranjero. De manera similar, muchos filipinos que han cursado estudios de enfermería y de cuidados lo hicieron con el fin de obtener un empleo en el extranjero. Filipinas cuenta con una importante industria de agencias de contratación y programas de formación orientada al mercado de trabajo extranjero.³⁸²

Gráfico 4.29. Perfiles del nivel académico de los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y la atención social



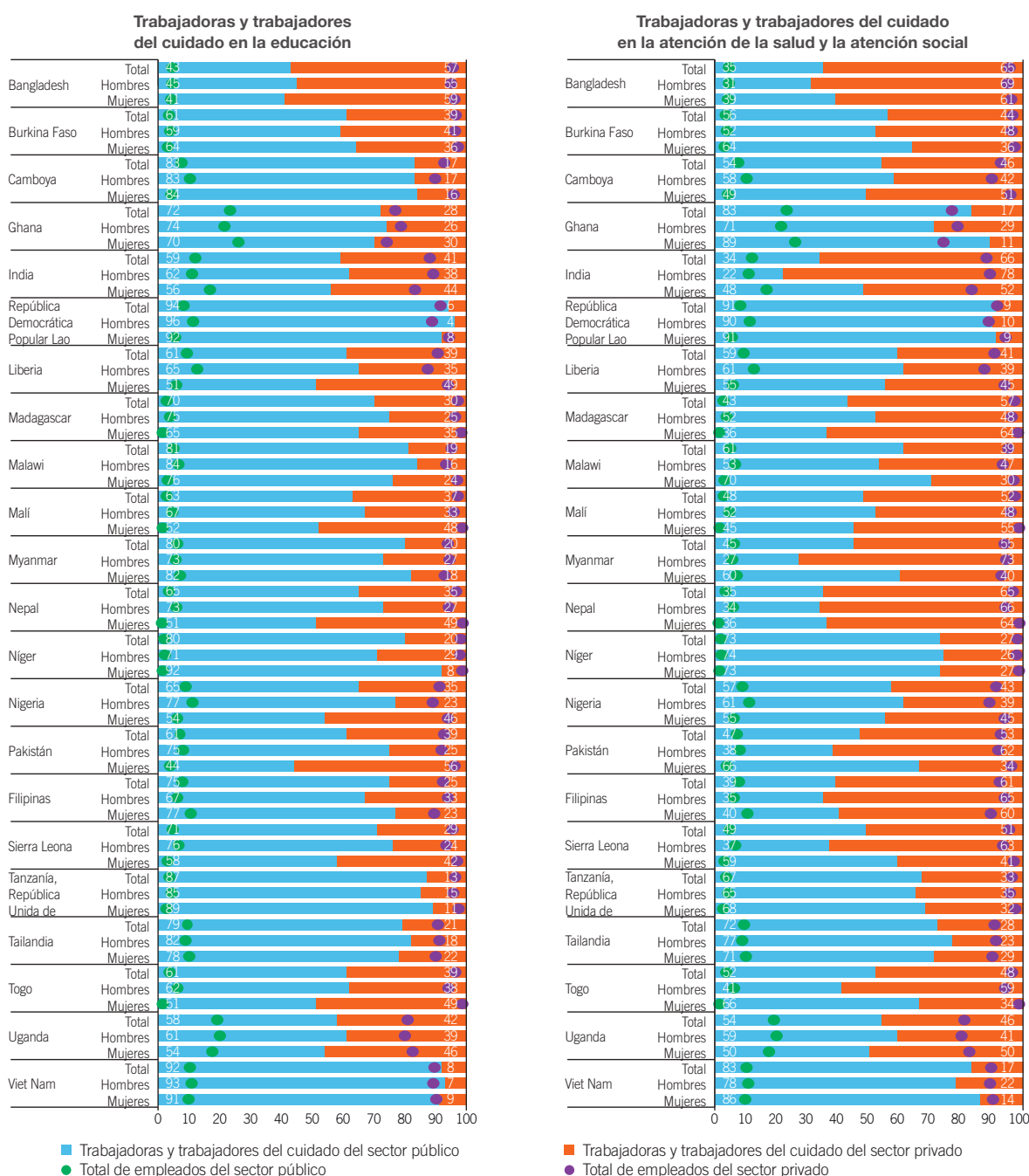
Nota: Se han indicado los niveles académicos utilizando la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 11). Inferior a básica: sin escolarización ni educación preescolar. Básica: enseñanza primaria y secundaria inferior. Intermedia: educación secundaria superior y post secundaria no terciaria. Avanzada: educación terciaria de ciclo corto, grado en educación terciaria, maestría y doctorado o niveles equivalentes de educación.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

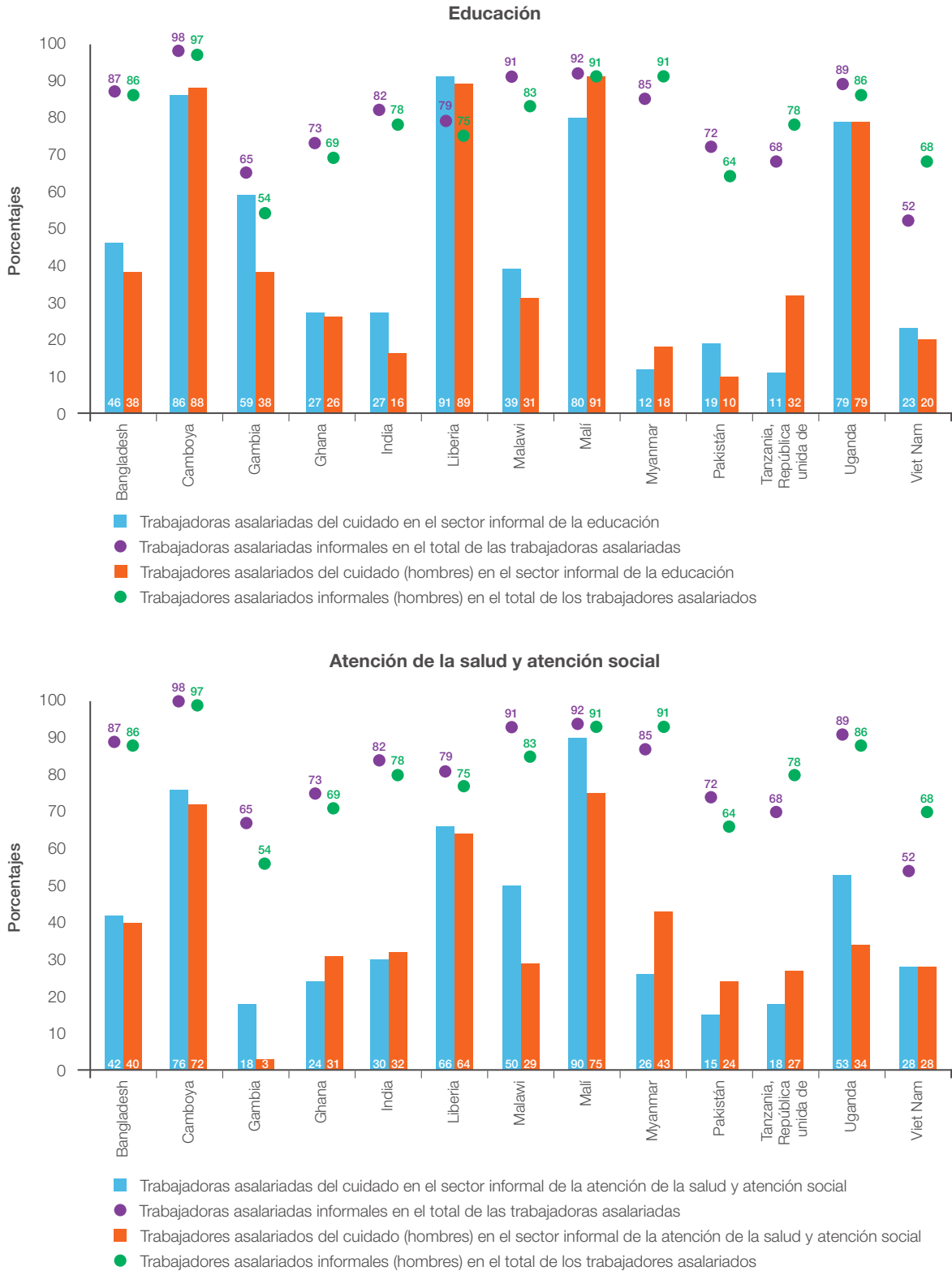
El gráfico 4.30 muestra los bajísimos niveles de empleo público en la mayoría de estos países, lo que está relacionado con los bajos niveles de empleo en los cuidados. Dicho de otro modo, aunque la mayoría de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado están empleados en el sector público, representan una pequeña parte del empleo total.

Gráfico 4.30. Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en los sectores público y privado en la educación y en la atención de la salud y la atención social, por sexo

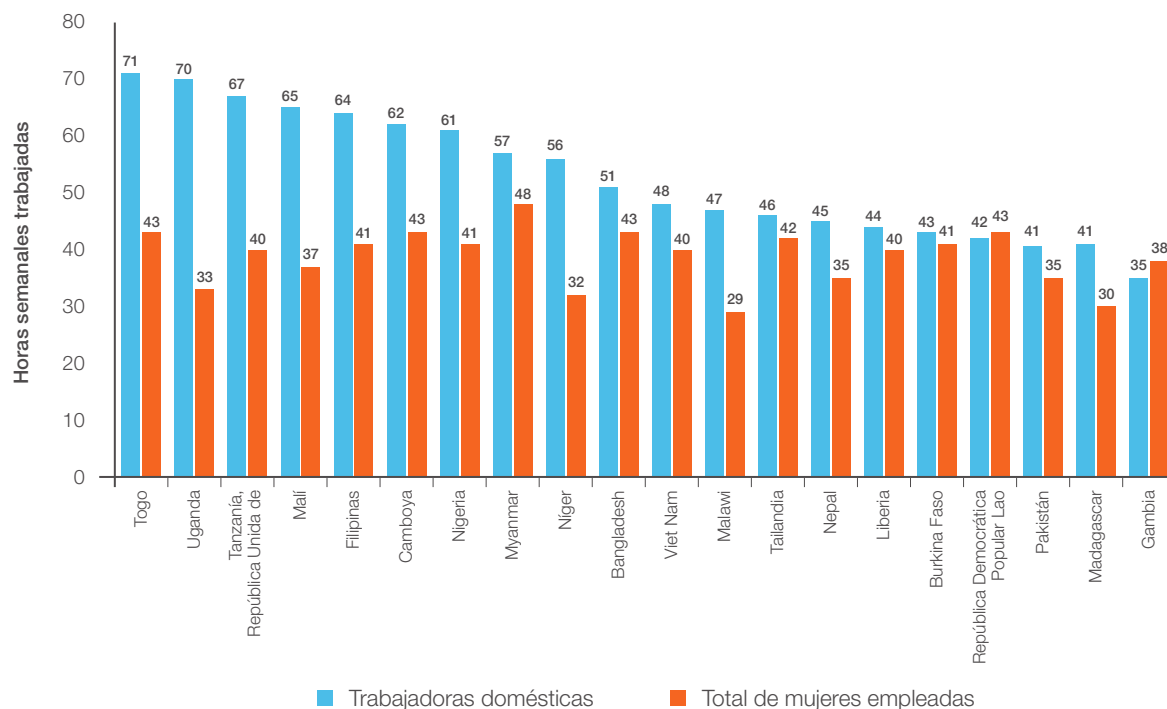


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Gráfico 4.31. Parte del empleo informal correspondiente a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación y en la atención de la salud y atención social, por sexo



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Gráfico 4.32. Horas semanales trabajadas, trabajadoras domésticas (empleadas por los hogares)


Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Una notable proporción de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en la educación están en el empleo informal. En Camboya, Liberia, Malí y Uganda, el 79 por ciento o más de las mujeres y los hombres asalariados que son trabajadores del cuidado y el 70 por ciento o más de los hombres asalariados que trabajan prestando cuidados son del sector informal, y ello a pesar de que entre casi el 60 y el 80 por ciento de esos trabajadores son empleados públicos (gráficos 4.30 y 4.31). En otros países de este conglomerado, como Ghana, Myanmar, el Pakistán o Viet Nam, trabajar en los cuidados del sector de la educación implica una mayor posibilidad de hacerlo en el sector formal (en comparación con el total de los trabajadores empleados), debido a la elevada proporción de empleo público en el sector.

En el caso de la India, el 27 por ciento de las trabajadoras del cuidado en la educación son informales, tasa que es notablemente inferior a la de todas las mujeres asalariadas (82 por ciento). En estas cifras no están comprendidas las trabajadoras y ayudantes en los centros Anganwadi, que en vez de salario reciben un estipendio, dado que están clasificadas como trabajadoras voluntarias. El estipendio se sitúa por debajo del salario mínimo a pesar de que tienen amplias responsabilidades, pues de manera integrada imparten enseñanza a la vez que prestan servicios de alimentación y de atención de la salud. Incluso están sindicalizadas y han hecho huelga reclamando mejoras de remuneración y en las condiciones de trabajo.³⁸³

Paradójicamente, en los países de este conglomerado los salarios que se pagan a los docentes equivalen a varias veces el PIB per cápita, pero siguen siendo bajos en cuanto a su capacidad de sostener los niveles de vida de los docentes. Los bajos salarios, a su vez, provocan la pérdida de prestigio de la profesión docente y repercute en la calidad, generando absentismo y bajo rendimiento docente.³⁸⁴

Al igual que sucedía en la educación, la mayoría de los trabajadores de la atención de la salud pueden conseguir empleo en el sector formal, lo que contrasta con la situación del conjunto de los trabajadores

asalariados. Y en varios países la incidencia de la informalidad entre los trabajadores de la atención de la salud es inferior a la de la educación. No obstante, en países donde los sistemas de la atención de la salud dependen demasiado de los trabajadores de salud de la comunidad, la tasa de informalidad en el sector es más alta que en la educación, como sucede en la India, Myanmar y Malawi.

Según estadísticas oficiales, las trabajadoras y los trabajadores domésticos empleados por los hogares son relativamente pocos en relación con el empleo total. Sin embargo, es importante recordar que ha sido particularmente problemático enumerar a estas trabajadoras y trabajadores en muchos de estos países y que las cifras no incluyen a las niñas y niños que son trabajadores domésticos.³⁸⁵ Las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores domésticos en estos países son terribles. En Ghana, la India y Pakistán, entre el 80 y el 90 por ciento de las trabajadoras domésticas trabajan en el sector informal. En los demás países de este conglomerado lo hace la totalidad de ellas. El número excesivo de horas de trabajo (más de 48 horas semanales) está generalizado. En Camboya, Malí, Nigeria, Filipinas, la República Unida de Tanzania, Togo y Uganda, las horas semanales de trabajo del personal doméstico superan el umbral de 60 horas semanales (gráfico 4.32).

OBSERVACIONES FINALES: CUIDAR A LAS TRABAJADORAS Y LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO

Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado comparten ciertas características distintivas: al prestar los cuidados se involucran con las personas que los reciben, frecuentemente en relaciones de cuidado sostenidas; demuestran múltiples aptitudes, aunque estas no se les suelen reconocer ni pagar; con frecuencia experimentan tensiones entre aquellos a quienes tienen que cuidar y las condiciones en las que tienen que prestar los cuidados; y en su mayoría son mujeres. Sin embargo, quienes trabajan en los cuidados no constituyen un grupo homogéneo: entre ellos hay diferencias y jerarquías, incluso en términos de remuneración, condiciones y estatus. Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado personal, los trabajadores comunitarios de la atención de la salud, los de la educación de la primera infancia y los domésticos salen relativamente peor parados que otras trabajadoras y trabajadores del cuidado.

El presente capítulo refuerza el hecho de que las leyes y las políticas importan para determinar los niveles de empleo, las condiciones de trabajo, la remuneración y el estatus de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado. Las políticas de migración, las políticas laborales y la cobertura y la formulación de políticas de salud, educación y cuidado determinan en última instancia cómo les irá a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en comparación con otros trabajadores. El derecho a constituir organizaciones de trabajadores y a afiliarse a ellas, y la fortaleza de estas organizaciones, son también cruciales. La existencia y la cobertura de instituciones para el diálogo social, como la negociación colectiva, que dan voz a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado para expresarse sobre cuestiones que les afectan, están estrechamente relacionadas con el derecho de sindicación.

Una conclusión especialmente importante del presente capítulo es que la prestación insuficiente de servicios de cuidado suele estar estrechamente relacionada con el empleo ingente de trabajadoras y trabajadores domésticos. Como lo muestra el análisis por conglomerados, las trabajadoras y los trabajadores domésticos (y, en muchos casos, las trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes) han adquirido importancia en diversos contextos: allí donde las capas más opulentas de la población tienen el poder económico de externalizar el trabajo de cuidados no remunerado a otro grupo de la población con menos medios económicos; donde los programas destinados específicamente a trabajadores extranjeros del cuidado facilitan su contratación y su empleo por parte de hogares privados; donde las políticas públicas ofrecen incentivos y subvenciones para alentar a los particulares a contratar a trabajadoras y trabajadores del cuidado, como es el caso de varias políticas de prestaciones en efectivo para los cuidados; o donde las relaciones de empleo y las condiciones de trabajo en los hogares privados están, de jure o de facto, poco o nada reguladas.³⁸⁶

La prestación pública tiende a mejorar las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, y la prestación privada no regulada las empeora, independientemente del nivel de renta del país. Este capítulo también muestra que es esencial tener regulados los derechos de las trabajadoras y los trabajadores del

cuidado, puesto que entre ellos los ingresos bajos y desiguales, la informalidad, los prolongados horarios de trabajo y las modalidades de empleo no normalizadas adoptan formas particulares

Cuidar a los trabajadores del cuidado significa revertir estas tendencias ampliando la protección a todas las trabajadoras y trabajadores del cuidado, en particular los migrantes, fomentando la profesionalización y evitando al mismo tiempo la desespecialización, asegurando la representación de las trabajadoras y los trabajadores y su voz colectiva, y evitando, en los sectores público y privado, estrategias de ahorros de gastos que deprimen los salarios o acortan el tiempo de cuidados directos. Deben mejorarse las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado porque lo exige la equidad y porque están directamente relacionadas con la calidad de los servicios de cuidado. Un empleo de poca calidad produce poca calidad en los cuidados, lo que va en perjuicio del bienestar de quienes los reciben, de quienes los prestan y también de las cuidadoras y cuidadores no remunerados que disponen de menos opciones.³⁸⁷ La mejor vía hacia el trabajo de cuidados no se construye sin trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores del sector.

NOTAS

- 1 Duffy, Albelda y Hammonds, 2013; OIT, 2016a.
- 2 Yeandle *et al.*, 2017.
- 3 Según su situación en el empleo, esto significa trabajadores asalariados, miembros de cooperativas de productores, empleadores y trabajadores por cuenta propia.
- 4 England, Budig y Folbre, 2002.
- 5 Duffy, 2011.
- 6 OIT, 2016a.
- 7 Si organismos privados o públicos contratan trabajadoras o trabajadores domésticos y los envían a hogares privados para realizar determinados servicios o tareas, se contarán como trabajadores de los sectores del cuidado si sus actividades son en parte o en su totalidad de cuidados personales. Si sus actividades consisten únicamente en las tareas domésticas, no se contarán como parte de la fuerza de trabajo del cuidado, pues estarían empleados por organismos privados que operan fuera de los sectores del cuidado.
- 8 OIT, 2017c.
- 9 OIT. Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202).
- 10 Naciones Unidas, 2008.
- 11 Una limitación de la que adolece este enfoque es que no se cuenta como trabajadoras o trabajadores domésticos a aquellos que tienen un contrato de trabajo con una agencia de servicios. Esta limitación es importante, especialmente en regiones de Europa donde es muy común esta modalidad entre varias partes, en particular para los servicios de cuidados personales. En ese caso, las trabajadoras o trabajadores domésticos que prestan servicios para los hogares pero que no están empleados por ellos figurarán como trabajadores del cuidado del sector de la salud y la asistencia social o de la enseñanza.
- 12 OIT, 2017l.
- 13 Wright, 2012.
- 14 Manyika *et al.*, 2017.
- 15 Lippel, 2016.
- 16 OIT, 2017b.
- 17 *Ibid.*
- 18 Parent-Thirion *et al.*, 2017; OIT, 2017b; Eurofund, 2015.
- 19 OIT, 2013a.
- 20 Figueiredo, Suleman y Botelho, 2018.
- 21 Wright, 2012.
- 22 Glenn, 1992; Duffy, 2011.
- 23 Lightman, 2017.
- 24 De hecho, la definición que se hace en el presente informe del trabajo de cuidados remunerado incluye, pero también trasciende, el trabajo de cuidados remunerado como la otra cara del trabajo de cuidados no remunerado, para abarcar sectores y profesiones del cuidado que siempre se han vinculado con conocimientos especializados, por ejemplo, doctores en medicina y profesores de educación superior.
- 25 Duffy, 2011; Molinier, 2012.
- 26 Landivar, 2013; Munnich y Wozniak, 2017.
- 27 England, Budig y Folbre, 2002; Folbre, 2017.
- 28 Budig, Hodges y England, 2018.
- 29 *Ibid.*; Budig y Misra, 2010; Esquivel, 2010; Folbre y Smith, 2017.
- 30 Esquivel, 2010.
- 31 Budlender, 2011.
- 32 OIT, 2011b.
- 33 England, Budig y Folbre, 2002.
- 34 Windebank, 2010.
- 35 Folbre, 2017.
- 36 Folbre y Smith, 2017.
- 37 Vosko *et al.*, 2009, citado en Yeandle *et al.*, 2017.
- 38 Himmelweit, 2006; Folbre, 2006a.
- 39 Folbre, 2006a.
- 40 Lightman, 2017.
- 41 Budig, Hodges y England, 2018.
- 42 Duffy, 2011.
- 43 Esta sección se ha inspirado en gran medida en OIT, 2017c.
- 44 Islandia se sitúa en la curva, esto es, en la media.
- 45 Magar *et al.*, 2016.
- 46 Schwalbe, 2017.
- 47 OIT, 2017c.
- 48 OMS, 2016b.
- 49 Tijdens, De Vries y Steinmetz, 2013.
- 50 OIT, 2017c.
- 51 Szebehely y Meagher, 2017.
- 52 Aiken *et al.*, 2012.
- 53 Cho *et al.*, 2015.
- 54 OCDE, 2015; Dumont y Lafortune, 2016.
- 55 OMS, 2016a.
- 56 Wismar, OMS y Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria, 2011.
- 57 Humphries *et al.*, 2015.
- 58 OMS, 2010.
- 59 OMS, 2016c.
- 60 Dhillon, 2015.
- 61 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 62 Langer *et al.*, 2015.

- 63 Duffy, 2011.
- 64 Austen et al., 2016; Nelson y Folbre, 2006.
- 65 Esquivel y Pereyra, 2018.
- 66 Austen *et al.*, 2016.
- 67 Duffy, 2011.
- 68 *Ibid.*
- 69 Lund, 2010.
- 70 Tijdens, De Vries y Steinmetz, 2013.
- 71 Colombo y Muir, 2015.
- 72 Landivar, 2013.
- 73 Messenger y Vidal, 2015.
- 74 Griffiths *et al.*, 2014.
- 75 De hecho, un estudio en el Reino Unido muestra que las condiciones de trabajo son un factor más importante para determinar el número de horas de trabajo de los enfermeros y las enfermeras que los salarios reales. Véase Eberth, Elliott y Skåtun, 2016.
- 76 Kowalchuk, 2016.
- 77 Armstrong y Pederson, 2015.
- 78 Colombo y Muir, 2015.
- 79 Messenger y Vidal, 2015; Speroni *et al.*, 2014; Brophy, Keith y Hurley, 2017; Shi *et al.*, 2017.
- 80 Langer *et al.*, 2015.
- 81 Trotter, 2017.
- 82 Calenda, 2016.
- 83 *Ibid.*
- 84 Shutes y Chiatti, 2012.
- 85 Yeates y Pillinger, 2013.
- 86 Austen *et al.*, 2016.
- 87 Colombo y Muir, 2015.
- 88 Colombo *et al.*, 2011.
- 89 OCDE, 2018a.
- 90 Colombo *et al.*, 2011.
- 91 Shakespeare y Williams, de próxima aparición.
- 92 Tijdens, De Vries y Steinmetz, 2013.
- 93 OIT, 2014e.
- 94 Colombo *et al.*, 2011.
- 95 *Ibid.*
- 96 Cangiano, 2009.
- 97 Shakespeare y Williams, de próxima aparición.
- 98 *Ibid.*
- 99 *Ibid.*
- 100 Molinier, 2012; Austen *et al.*, 2016.
- 101 Nelson y Folbre, 2006; Hussein, 2017; Duffy, Albelda y Hammonds, 2013.
- 102 Hussein, 2017.
- 103 OIT, 2012b.
- 104 Langer *et al.*, 2015.
- 105 Budlender, 2010.
- 106 Langer *et al.*, 2015.
- 107 Alianza mundial en pro del personal sanitario, 2010.
- 108 Budlender, 2010.
- 109 Langer *et al.*, 2015.
- 110 Klerk *et al.*, 2015.
- 111 Basado en Postic, 2013.
- 112 OCDE, 2017a.
- 113 *Ibid.*
- 114 *Ibid.*
- 115 OIT, 2016d.
- 116 Caravatti *et al.*, 2014.
- 117 Sharma, 2012.
- 118 Appleton *et al.*, 2006; King-Dejardin, de próxima aparición.
- 119 Sharma, 2012.
- 120 Caravatti, Lederer y Van Meter, 2014.
- 121 McLoughlin y Münz, 2011; Hugo, 2013.
- 122 Castles y Ozkul, 2014; Wickramasekara, 2015; OCDE, 2007.
- 123 Neuman, Josephson y Chua, 2015; OCDE, 2017a.
- 124 Neuman, Josephson y Chua, 2015.
- 125 Esquivel y Pereyra, 2018.
- 126 OCDE, 2017a, 2017e.
- 127 IE, 2010, pág. 29.
- 128 Shaeffer, 2015.
- 129 OCDE, 2017e.
- 130 *Ibid.*
- 131 Devecchi *et al.*, 2012.
- 132 Véase también Bach, Kessler y Heron, 2006.
- 133 OIT, 2016g; UNESCO, 2014.
- 134 OIT, 2016g.
- 135 Artículos sobre recientes huelgas de docentes en Oklahoma y Virginia (Estados Unidos) en los que se recogen sus demandas de aumentos salariales dado que muchos de ellos tienen trabajos adicionales para pagar sus gastos. Véase <https://www.usatoday.com/story/news/2018/04/03/oklahoma-teachers-strike-second-day/480951002/> [2 de mayo de 2018].
- 136 UNESCO, 2009b.
- 137 Fumasoli, Goastellec y Kehm, 2015.
- 138 Le Feuvre, 2015.
- 139 Molina y López-Roldán, 2015.
- 140 Eichhorst y Marx, 2015.
- 141 OIT, 2016d.
- 142 Eichhorst y Marx, 2015.
- 143 De estos, 12,9 millones de los trabajadores domésticos en China son hombres.
- 144 Jokela, 2015.
- 145 OIT, 2013a.
- 146 OIT, 2015c.
- 147 Jokela, de próxima aparición.
- 148 OIT, 2013a.
- 149 Tomei y Belser, 2011.
- 150 Hobden, 2015.
- 151 Zanoni *et al.*, 2007; Cloutier *et al.*, 2008.
- 152 Garofalo Geymonat *et al.*, 2017.

- 153 Human Rights Watch, 2006.
 154 OIT, 2016a.
 155 Fudge y Hobden, 2018.
 156 Boris, Uden y Kulick, 2017.
 157 Hunt y Machingura, 2016.
 158 Berg, 2016.
 159 Gallotti, 2015.
 160 OIT, 2016b, pág. 5.
 161 OIT, 2013a.
 162 OIT, 2016a.
 163 OIT, 2015c.
 164 No ha sido necesario estandarizar más estos indicadores, dado que todos ellos tienen la misma escala (proporciones de la población en el empleo). Véase en el anexo A.4 la lista de países incluidos en el análisis, la proporción de empleo en cada grupo y otros detalles relativos a la metodología. Véase en el anexo A.6 la lista de códigos nacionales.
 165 UNESCO, 2018. La razón de esta cifra es que, en Finlandia, todos los niños tienen derecho a cuidados diurnos, pero, además, hay una prestación de crianza de los hijos que se paga a los padres que deciden quedarse en casa hasta que el hijo cumple los 3 años.
 166 OCDE, 2017e.
 167 UNESCO, 2018.
 168 *Ibid.*
 169 Meagher y Szebehely, 2013.
 170 OCDE, 2018a.
 171 Gori, Fernández y Wittenberg, 2016.
 172 Meagher y Szebehely, 2013.
 173 Se trata de trabajadoras y trabajadores domésticos según la definición de la OIT, pero estadísticamente no figuran como “trabajadores empleados por los hogares”, que es la definición operativa del presente informe.
 174 Merker, Kristiansen y Sæther, 2016.
 175 UNESCO, 2018.
 176 OMS, 2018.
 177 OCDE y Comisión Europea, 2013.
 178 Halvorsen *et al.*, 2017.
 179 Junto con Alemania, que aparece en el mismo grupo que Dinamarca, Finlandia y Suecia en Tschanz y Staub, 2017.
 180 King-Dejardin, de próxima aparición.
 181 Meagher y Szebehely, 2013; Hobson, Hellgren y Bede, 2015.
 182 European Federation for Services to Individuals, 2013.
 183 Da Roit y Van Bochove, 2017.
 184 Hobson, Hellgren y Bede, 2015.
 185 *Ibid.*
 186 Luppi *et al.*, 2015.
 187 El sistema au pair brinda a los jóvenes la oportunidad de trabajar en el extranjero y aprender un idioma mientras trabajan cuidando niños a una familia.
 188 Cox, 2015.
 189 Williams, 2012.
 190 Stenum, 2011.
 191 Shakespeare y Williams, de próxima aparición.
 192 OIT, 2018f.
 193 Naciones Unidas, 2017c.
 194 OCDE, 2018a.
 195 OIT, 2018f.
 196 OMS, 2018.
 197 OCDE, 2017d.
 198 Michel y Peng, 2012.
 199 UNESCO, 2018.
 200 OCDE, 2017e.
 201 Gobierno de Canadá, 2017.
 202 Connolly *et al.*, 2016.
 203 Childcare Aware of America, 2017.
 204 Press y Hayes, 2000; Adamson y Brennan, 2016.
 205 A partir de julio de 2018 la Subvención para cuidados infantiles sustituirá a la Prestación para cuidados infantiles y a la Bonificación para cuidados infantiles, pagadas directamente a los proveedores de los cuidados. Véase <https://www.education.gov.au/child-care-subsidy-1> [2 de mayo de 2018].
 206 Adamson y Brennan, 2016; Addati, 2010.
 207 OCDE, 2017e.
 208 Adamson y Brennan, 2016.
 209 Folbre, 2010.
 210 UNESCO, 2018.
 211 OCDE, 2018a.
 212 Sin embargo, la intensidad de estos cuidados ha aumentado, puesto que las personas que están cubiertas tienen mayores necesidades que en el pasado. Véase Gori, Fernández y Wittenberg, 2016.
 213 *Ibid.*
 214 King-Dejardin, de próxima aparición.
 215 Naciones Unidas, 2017c.
 216 OCDE, 2018a.
 217 Gori, Fernández y Wittenberg, 2016.
 218 Halvorsen *et al.*, 2017.
 219 Tschanz y Staub, 2017.
 220 Shakespeare y Williams, de próxima aparición.
 221 La encuesta se denomina “Proyecto para ayudar a poner en práctica equipamiento de bienestar y robots para la atención de enfermería” e incluye a 220 directores y trabajadores del cuidado de centros de enfermería.
 222 Burnham y Theodore, 2012; Duffy, 2011.
 223 Burnham y Theodore, 2012.
 224 Fudge, 2011.

- 225 Da Roit y Weicht, 2013.
- 226 Lutz y Palenga-Möllenbeck, 2011; Da Roit y Weicht, 2013.
- 227 Pflegestützpunkte Berlin - Information Sheets AZ, 2017, Information Sheet 41.
- 228 Una estimación reciente sitúa esta cifra en el 7 por ciento de 1,34 millones de trabajadores. Véase <https://www.theguardian.com/society/2017/feb/25/brexit-fears-eu-nationals-working-social-care-theresa-may-sarah-wollaston>.
- 229 Shutes y Walsh, 2012.
- 230 Al referirnos a trabajadoras y trabajadores del cuidado en el Reino Unido, utilizamos las definiciones del presente informe. En el contexto del Reino Unido, por trabajadoras y trabajadores del cuidado se entiende normalmente los no profesionales del sector de la atención social (asistentes del cuidado, trabajadoras y trabajadores del cuidado a domicilio, trabajadoras y trabajadores domésticos internos, etc.).
- 231 Cangiano, 2009.
- 232 Humphries et al., 2015; Spencer *et al.*, 2010; Shutes y Walsh, 2012.
- 233 Williams, 2012.
- 234 A modo de referencia, el 16 por ciento del total de la población empleada en los Estados Unidos eran nacidos en el extranjero en el mismo año. Por región de origen, la proporción más elevada de médicos nacidos en el extranjero entre las trabajadoras y los trabajadores de la atención de la salud procedían de Asia (casi el 30 por ciento en 2010 eran nacidos en Asia), seguidos por países de África y de la OCDE, con alrededor del 25 por ciento cada uno. La proporción más alta de auxiliares de atención de la salud de formación menos alta entre los trabajadores de ese sector nacidos en el extranjero procedían del Caribe (más del 50 por ciento), seguidos por cerca del 40 por ciento de trabajadores de atención de la salud nacidos en África y América Latina. Véase Martin y Abella, 2014.
- 235 Espinoza, 2017.
- 236 Adamson y Brennan, 2016.
- 237 Peng, 2016.
- 238 Salami, Amodu y Okeke-Ihejirika, 2016.
- 239 Las trabajadoras y trabajadores de cuidados directos son asistentes de enfermería titulados, auxiliares sanitarios a domicilio o auxiliares del cuidado a domicilio, trabajadoras y trabajadores del cuidado personal y sus asistentes.
- 240 Martin *et al.*, 2009.
- 241 La legislación federal de los Estados Unidos exige menos de dos semanas de formación para la titulación como auxiliar de enfermería, y los auxiliares sanitarios a domicilio deben superar un examen federal de competencia para que sus empleadores reciban el reembolso del Medicare. Los requisitos federales en materia de formación permanente para los auxiliares sanitarios a domicilio y los auxiliares de enfermería son mínimos; a los Estados y proveedores se les deja que determinen el contenido. Los Estados determinan la reglamentación de otros trabajadores y trabajadoras del cuidado directo, incluidos aquellos que trabajan en atenciones de vida asistida o para agencias de cuidados a domicilio o que son proveedores independientes (empleados por cuenta propia). Véase Martin et al., 2009.
- 242 Duffy, Armenia y Stacey, 2015.
- 243 Gambaro, 2017.
- 244 Adamson y Brennan, 2016.
- 245 Cangiano, 2009.
- 246 Rubery *et al.*, 2015.
- 247 Martin *et al.*, 2009.
- 248 Boris y Klein, 2006.
- 249 OIT, 2016d.
- 250 Knaebel, 2015.
- 251 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 252 Cálculos del autor sobre la base de Naciones Unidas, 2017c.
- 253 Széman, 2015.
- 254 Cook, 2010.
- 255 UNESCO, 2018.
- 256 Petmesidou y Guillén, 2015.
- 257 Saraceno, 2016.
- 258 Michel y Peng, 2012.
- 259 Saraceno, 2016.
- 260 OCDE, 2017e.
- 261 *Ibid.*
- 262 Saraceno y Keck, 2010.
- 263 UNESCO, 2018.
- 264 Naciones Unidas, 2017c.
- 265 Scheil-Adlung, 2015; Saraceno, 2016.
- 266 Széman, 2015; Gresz, Barbás y Dózsa, 2016.
- 267 OCDE, 2018b.
- 268 OCDE, 2018a.
- 269 Gori, Fernández y Wittenberg, 2016.
- 270 Hrženjak, 2017.
- 271 Aunque hay prestaciones en efectivo para los beneficiarios que habitan en zonas remotas. Véase Rhee, Done y Anderson, 2015.
- 272 Halvorsen *et al.*, 2017.
- 273 Kim et al., 2014.
- 274 Bettio, Simonazzi y Villa, 2006.
- 275 Castagnone, Salis y Premazzi, 2013.

- 276 Las trabajadoras y trabajadores domésticos representan el 4,8 y el 0,2 por ciento del empleo femenino y masculino, respectivamente, en Portugal y solamente el 14 por ciento son nacidos en el extranjero. En Grecia, estas trabajadoras y trabajadores representan el 2,4 y el 0,1 por ciento del empleo femenino y masculino, respectivamente, y el 37 por ciento son nacidos en el extranjero.
- 277 Bettio, Simonazzi y Villa, 2006; Cook, 2010; Hirose y Czepulis-Rutkowska, 2016.
- 278 Castagnone, Salis y Premazzi, 2013.
- 279 Hellgren y Serrano, 2017.
- 280 Tkach y Hrženjak, 2017.
- 281 Sekeráková Búriková, 2017.
- 282 Zdravomyslova y Tkach, 2017.
- 283 Tkach y Hrženjak, 2017.
- 284 *Ibid.*
- 285 Michel y Peng, 2017.
- 286 Humer y Hrženjak, 2017.
- 287 Rhee, Done y Anderson, 2015.
- 288 Yun, 2017.
- 289 Peng, 2010.
- 290 Hrženjak, 2017.
- 291 OCDE, 2018a.
- 292 El Reino de Bahrein, el Estado de Kuwait, la Sultanía de Omán, el Estado de Qatar, el Reino de Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos.
- 293 Oficina Regional de la OIT para los Estados árabes, 2017a.
- 294 La proporción es también importante en otros países del CCG (88 por ciento en los Emiratos Árabes Unidos, 75 por ciento en Qatar y 51 por ciento en Bahrein).
- 295 Oficina Regional de la OIT para los Estados árabes, 2017a.
- 296 Los Estados árabes tienen la tasa más baja de aceptabilidad del trabajo de las mujeres entre los hombres (57 por ciento) y entre las mujeres (67 por ciento). Véase la encuesta de la OIT y Gallup, 2017, pág. 34.
- 297 Oficina Regional de la OIT para los Estados Árabes, 2017a.
- 298 CEACR, 2016.
- 299 OIT, 2015c.
- 300 Banco Mundial, 2018a.
- 301 Naciones Unidas, 2017c.
- 302 Con la excepción del Uruguay, donde suponen el 25 por ciento.
- 303 Se trata de proporciones correspondientes solamente a los trabajadores asalariados. Para la proporción del empleo informal en el empleo total, véase OIT, 2018g.
- 304 OIT, 2017m.
- 305 UNESCO, 2018.
- 306 *Ibid.*
- 307 La cobertura de la escuela preprimaria es del 59 por ciento en Chipre y del 26 por ciento en Jordania.
- 308 CEPAL, 2017.
- 309 Scheil-Adlung, 2015.
- 310 Esquivel, 2017a.
- 311 Gobierno de Uruguay. Junta Nacional de Cuidados, 2015.
- 312 Scheil-Adlung, 2015.
- 313 Messenger y Vidal, 2015.
- 314 Esquivel, 2010.
- 315 Gallo, 2015.
- 316 Messenger y Vidal, 2015.
- 317 Alrededor del 12 por ciento de las trabajadoras domésticas en la Argentina, y el 2 por ciento en el Uruguay, son nacidas en el extranjero, en contraste con el conjunto de la región, con un 17 por ciento.
- 318 Lexartza, Chaves y Carcedo, 2016.
- 319 Cifras correspondientes al principal empleo de todos los empleados.
- 320 Messenger y Vidal, 2015.
- 321 Pereyra y Micha, 2016.
- 322 Esquivel y Pereyra, 2017.
- 323 Lund, 2010.
- 324 OMS, 2018.
- 325 Esquivel y Pereyra, 2018.
- 326 Pereyra y Micha, 2016.
- 327 Estas estimaciones están en consonancia con las publicadas en Lexartza, Chaves y Carcedo, 2016.
- 328 Pereyra, 2017.
- 329 Lexartza, Chaves y Carcedo, 2016.
- 330 OIT, 2017m.
- 331 Budlender, 2016.
- 332 Banco Mundial, 2018a.
- 333 Con las excepciones de China, Indonesia y Namibia en la educación de la primera infancia, y de China y México en la matriculación en educación preprimaria.
- 334 UNESCO, 2018.
- 335 Cook y Dong, 2011.
- 336 Li et al., 2016.
- 337 INIDEN, 2012.
- 338 UNESCO, 2018.
- 339 OMS, 2018.
- 340 Cometto *et al.*, 2016.
- 341 Marten ., 2014.
- 342 OIT, 2017m.
- 343 Hsiao, Li y Zhang, 2015.
- 344 OIT, 2017m.
- 345 Cook y Dong, 2011.
- 346 Scheil-Adlung, 2015.
- 347 Cálculos anteriores fijaban este nivel en 20 millones.

- 348 Minghui, 2017.
349 Banco Asiático de Desarrollo, 2017.
350 King-Dejardin, de próxima aparición.
351 Peng y Wong, 2016.
352 Parreñas, 2010.
353 Peng y Wong, 2016.
354 *Ibid.*
355 Li et al., 2016.
356 Banco Asiático de Desarrollo, 2017.
357 Dong, Feng y Yu, 2017.
358 UNESCO, 2018.
359 *Ibid.*
360 Ilkkaracan, Kim y Kaya, 2015.
361 Vladescu *et al.*, 2016; Dimova *et al.*, 2012.
362 OMS, 2018.
363 Banco Mundial, 2018a.
364 Naciones Unidas, 2017c. La excepción es Tailandia, con un 16 por ciento.
365 OIT, 2018g.
366 Scheil-Adlung, 2015; Esquivel y Kaufmann, 2017.
367 UNESCO, 2018.
368 OIT, 2018f.
369 Cometto *et al.*, 2016; OMS, 2018.
370 Montefiori, Cattaneo y Licata, de próxima aparición.
371 OIT, 2017m; Rao *et al.*, 2011.
372 Marten *et al.*, 2014.
373 UNESCO, 2018.
374 OIT, 2016g.
375 ONU Mujeres, 2012.
376 UNESCO, 2015a.
377 Kaul, Chaudhary y Sharma, 2015.
378 UNESCO, 2012.
379 Fleury, 2016.
380 Pillinger, 2010.
381 OIT, 2017g.
382 King-Dejardin, de próxima aparición.
383 Palriwala y Neetha, 2010; Parakh, 2016.
384 OIT, 2016g.
385 Véase OIT, 2017m para las últimas estimaciones mundiales y regionales del trabajo infantil.
386 King-Dejardin, de próxima aparición.
387 Hayes, 2016.

CAPÍTULO 5

Empleos en el cuidado para un mejor futuro del trabajo

PRINCIPALES MENSAJES

- Lograr los ODS y colmar las lagunas de cobertura tanto en los servicios de atención de la salud como en la educación requiere una inversión considerable en estos sectores.
- El colmar las grandes lagunas de cobertura en la atención y educación de la primera infancia y en los cuidados de larga duración puede convertirse en el principal motor de la expansión del empleo futuro en los servicios de cuidados.
- Si se mantiene la situación actual en la educación, la atención de la salud y la atención social (escenario del *statu quo*), se prevé que en 2030 el número de trabajadoras y trabajadores en el total de los cuidados y en el empleo indirecto relacionado con los cuidados sea de 358 millones en 45 países. En comparación, en 2015 el nivel fue de 205 millones de empleos.
- El aumento de las inversiones en la economía del cuidado a fin de alcanzar las metas de los ODS de aquí a 2030 (escenario de la mejor vía) podría generar en potencia un total de 475 millones de empleos, 117 millones de los cuales serán nuevos empleos adicionales por encima de los creados en el escenario del *statu quo*.
- Incluso lograr el escenario *statu quo* requerirá un incremento considerable del gasto, pasando de su nivel actual del 8,7 por ciento del PIB al 14,9 por ciento del PIB previsto en 2030.
- Si la inversión en la prestación de servicios de cuidados no aumenta en al menos 6 puntos porcentuales del PIB mundial de aquí a 2030, los déficits de cobertura se incrementarán y las condiciones de trabajo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado se deteriorarán.
- Hacer realidad el escenario de la mejor vía se traduciría en un gasto total (público más privado) en prestación de servicios de cuidados de USD 18,4 billones, que correspondería aproximadamente al 18,3 por ciento del PIB total previsto en 2030 para los 45 países incluidos en el análisis.
- Financiar la expansión de los servicios de cuidados exige ampliar el espacio fiscal de los países.
- Invertir en servicios de cuidados de calidad puede ser una intervención de política estratégica a fin de aumentar el empoderamiento económico de las mujeres mediante la creación de oportunidades de trabajo decente en los sectores del cuidado y más allá de ellos.

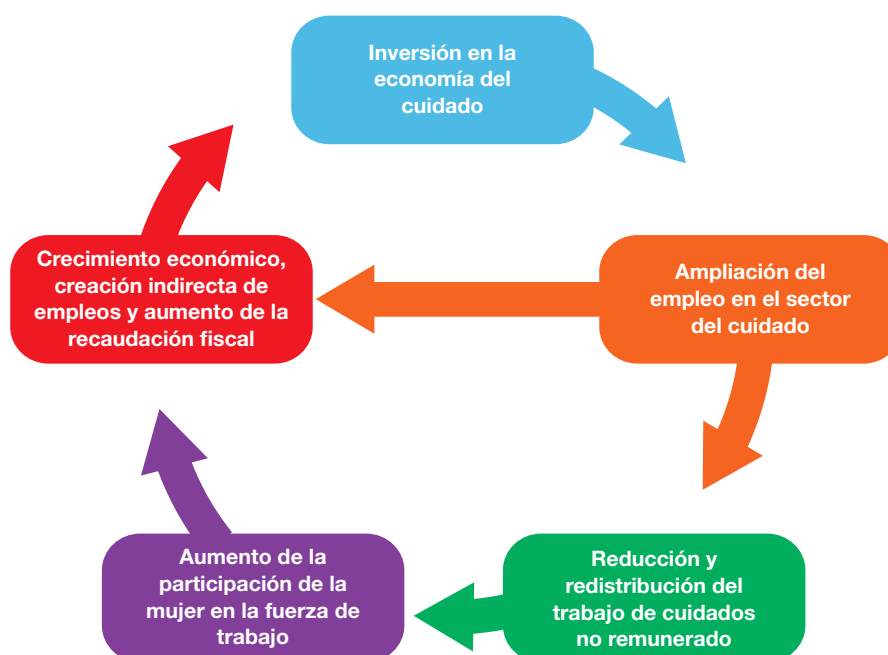
Como se subrayó en el capítulo 1, el aumento de las poblaciones unido al rápido envejecimiento de las sociedades está impulsando un incremento de la demanda del trabajo de cuidados. Al mismo tiempo, el mundo del trabajo está siendo testigo de transformaciones a un ritmo y una escala sin precedentes, incluidas las atribuibles a la globalización, la innovación tecnológica y la automatización, el cambio climático y los cambios demográficos.¹ Esto tiene importantes implicaciones para el futuro

del trabajo; no obstante, el grado en que estas evoluciones se traduzcan en empleos decentes del cuidado depende de las prioridades asignadas y de las opciones de política que adopten los gobiernos y, particularmente, de si la igualdad de género será un objetivo definitorio. Recientes estudios sobre el futuro del trabajo mantienen que la automatización no tendrá ningún efecto importante en los empleos que impliquen conocimientos especializados, gestión de equipo e interrelaciones sociales frecuentes, pues las máquinas aún son incapaces de igualar el rendimiento humano en estos ámbitos.²

Como se analizó en el capítulo 1, la mejor vía hacia el trabajo del cuidado es la que conduce al logro de los ODS; en particular, la meta 5.4 del ODS 5, que exhorta a la prestación de servicios públicos del cuidado, el ODS 3 sobre la salud y el bienestar, el ODS 4 sobre la calidad de la educación y el ODS 8 sobre el empleo pleno y productivo y el trabajo decente. Ampliar los servicios de cuidados, por ejemplo la atención de la salud, los cuidados de larga duración y una educación de buena calidad, incluso en el desarrollo de la primera infancia, puede dar múltiples frutos. Como se vio en el capítulo 3, tal inversión crea un círculo virtuoso de redistribución y reducción del trabajo de cuidados no remunerado y mitiga las restricciones a la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo. Al mismo tiempo, estas políticas crean empleos relativos a los cuidados, apoyando la economía del cuidado como una de las principales fuentes del futuro crecimiento del empleo en los países tanto desarrollados como en desarrollo. Esto, a su vez, puede servir de soporte al crecimiento económico, reducir al mínimo la transmisión de la pobreza entre generaciones y aumentar la inclusión social (gráfico 5.1).³

Como se analizó detalladamente en el capítulo 4, adecentar los empleos en el cuidado contribuye a la calidad de la prestación de servicios de cuidados. A su vez, alcanzar las metas de calidad fijadas en los ODS 3 y 4, así como cumplir el ODS 8, exige esfuerzos en las principales esferas de política expuestas en el capítulo 1, a saber, los cuidados, las cuestiones macroeconómicas, la protección social y el trabajo y la migración.

Gráfico 5.1. El círculo virtuoso de la inversión en la economía del cuidado



Fuente: Adaptado de OIT, 2016i.

Las lagunas que, como se vio en el capítulo 3, existen en la cobertura de los servicios de atención de la salud y de la educación, particularmente en los servicios de cuidados de larga duración y la educación de la primera infancia, indican que es necesario hacer inversiones importantes en estos sectores. En el presente capítulo se detallan las condiciones para conseguir la mejor vía para el trabajo de cuidados, de modo que se colmen estas lagunas en la cobertura de los servicios de cuidados y se logren los ODS. En él se parte de la labor anterior sobre inversiones en la economía del cuidado y se desarrolla esa labor, detallando los costos de ampliar los servicios de cuidados y el potencial que para la creación de empleo decente supondría conseguir la mejor vía para el trabajo de los cuidados, en beneficio de sus receptores, de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y de las cuidadoras y cuidadores no remunerados.⁴

Recientes simulaciones macroeconómicas han demostrado el potencial de creación directa de empleos que generarían las inversiones en la economía del cuidado, con el efecto dominó de creación de empleo indirecto en otros sectores. La Confederación Sindical Internacional (CSI) ha estimado que una inversión pública directa en la economía del cuidado del 2 por ciento del PIB solo en siete países de ingresos altos crearía más de 21 millones de puestos de trabajo, de los cuales entre un 75 y un 85 por ciento iría a las mujeres, dados los actuales patrones de segregación en el empleo. En el caso de las economías emergentes, una inversión similar podría crear 24 millones de nuevos puestos de trabajo en China, 11 millones en la India, 4,2 millones en el Brasil, cerca de 2,8 millones en Indonesia y un poco más de 400.000 en Sudáfrica, de los cuales entre el 43 y el 74 por ciento iría a las mujeres. La inversión pública en la economía del cuidado también llevaría a la creación de puestos de trabajo de calidad comparativamente superior (con prestaciones de seguridad social).^{5,6} Un ejercicio similar en Turquía mostró que la gran mayoría de los puestos creados (el 85 por ciento) son también de buena calidad, pues proporcionan cobertura de seguridad social, frente a solo el 30 por ciento de los empleos en la construcción.⁷ La expansión de los empleos en el cuidado generaría ingresos fiscales que contribuirían a financiar la inversión inicial.

Hay un enorme potencial para ampliar el trabajo decente en la economía del cuidado. Sin embargo, existe también el riesgo de que la ampliación de los empleos del cuidado pudiera ir acompañada de salarios bajos o insuficientes y de ausencia de derechos laborales y de protección social, si en el futuro persisten las condiciones de empleo, examinadas en el capítulo 4, imperantes entre las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.

5.1. OBJETIVOS Y MÉTODOS

5.1.1. Creación de los escenarios: visión de conjunto

En el presente capítulo se explora la capacidad de generación de empleo de invertir en la economía del cuidado, previendo el número de empleos directos e indirectos que potencialmente se pueden crear para 2030 en el marco de dos escenarios contrapuestos de expansión de los servicios de cuidados. Se utiliza un análisis de insumo y producto que abarca un total de 45 países sobre los que se tiene cuadros de insumo-producto.⁸ Estos países representan el 85 por ciento del PIB total mundial, el 58 por ciento de la población mundial y el 57 por ciento de la fuerza de trabajo mundial.⁹ La suma de sus niveles de empleo en la educación y en la atención de la salud y la atención social¹⁰ asciende a 205,5 millones de trabajadores.¹¹ Siguiendo las definiciones dadas en el capítulo 4, esto constituye aproximadamente el 54 por ciento del empleo total mundial del cuidado y el 72 por ciento del empleo mundial en la educación y en la atención de la salud y la atención social. La suma del nivel actual de gastos de estos 45 países en la atención de la salud y la atención social y en la educación (sumando el gasto público y el privado) representa el 8,7 por ciento de su PIB total.¹²

Los servicios de cuidados que se examinan en el presente análisis comprenden los prestados por el sector de la educación, incluidos la atención y educación de la primera infancia (AEPI), la educación primaria y secundaria, la educación terciaria y los servicios prestados por el sector de la atención de la salud y la atención social, incluidos los cuidados de enfermos y pacientes (cuidados de corta

duración) y los cuidados de larga duración para las personas de edad avanzada y las personas con discapacidades.¹³ Un punto importante que emerge del análisis que sigue es que el colmar las amplias lagunas en la AEPI y en los cuidados de larga duración, señaladas en el capítulo 3, constituirá el principal impulsor de la futura expansión del empleo en los servicios de cuidados.

En el presente capítulo se examina la expansión del empleo futuro en servicios de cuidados en el marco de dos escenarios posibles:

1. El *escenario de la mejor vía*, en el que se amplían hasta 2030 los servicios de cuidados a fin de satisfacer los exigencias del ODS 3 sobre salud, del ODS 4 sobre educación, del ODS 5 sobre igualdad de género y del ODS 8 sobre trabajo decente en cuanto al alcance de la población cubierta así como a la calidad de los servicios prestados y del empleo creado.
2. El *escenario del statu quo*, una hipótesis de contraste (de base), en la que se asume que los servicios de cuidados se ampliarán en consonancia con los aumentos de la población pero manteniendo constantes las actuales tasas de cobertura, normas de calidad y condiciones de trabajo en los sectores del cuidado, con el resultado de que persistirán hasta 2030 los déficits en materia tanto de cuidados como de empleo decente.

Configurar el escenario de la mejor vía en el contexto de los ODS es uno de los aspectos que distinguen a esta simulación respecto de anteriores simulaciones macroeconómicas del potencial que tiene para el empleo invertir en la economía del cuidado. Algunos de los subsectores de servicios de cuidados, como la educación primaria y secundaria o la atención a enfermos o pacientes, tienen claros indicadores y metas de política de los ODS. En contraste con ello, los indicadores de los ODS correspondientes a otros subsectores de servicios de cuidados, como la AEPI y los cuidados de larga duración, son débiles o inexistentes. Por tanto, al definir el escenario de la mejor vía para estos servicios de cuidados se adoptó una lectura amplia de las metas de los ODS, yendo más allá del marco de seguimiento de los ODS. Para conseguir este fin, se adoptan las metas específicas para los AEPI y los cuidados de larga duración en consonancia con los actuales indicadores existentes en los países cuyo nivel de cumplimiento es alto.

La especificación del escenario de la mejor vía entraña la fijación de metas que guardan relación con la magnitud (cuantitativa) de la prestación del servicio, recogida en las tasas de matriculación y cobertura basadas en la población destinataria pertinente. Las metas de la mejor vía son también pertinentes para la calidad de los servicios y del empleo, recogida en las ratios entre los proveedores y los receptores de los servicios y en los niveles de los salarios.

El escenario del *statu quo* aplica las condiciones actuales (2015) de cobertura y calidad en educación y en atención de la salud a la población prevista en 2030, con el fin de calcular el nivel de gasto y de empleo correspondiente en ausencia de todo cambio en el entorno normativo.

El análisis por escenario arroja dos tipos de resultados. El primero es la capacidad de generación de empleo de la economía del cuidado. La comparación de ambos escenarios muestra el potencial de creación de empleo adicional del escenario de la mejor vía, así como la composición por sexos de la creación directa e indirecta de empleo.

El segundo es un ejercicio de costos, que proporciona los niveles de gasto público y privado necesarios para que las metas de política produzcan resultados. La comparación entre los actuales niveles de gasto en atención de salud y en educación y los niveles de gasto en el escenario del *statu quo* (expresado en porcentaje del PIB en 2030, a precios de 2015) indica el incremento necesario en inversiones públicas y privadas para mantener las condiciones actuales, dados los cambios demográficos que se esperan para 2030. A su vez, la diferencia entre los resultados procedentes de las dos simulaciones arroja una estimación del gasto adicional que sería necesario para la expansión de los servicios de cuidados si se quieren alcanzar las metas específicas inspiradas en los ODS en el marco del escenario de la mejor vía.

5.1.2 Nota sobre los métodos

Siguiendo las definiciones dadas en el capítulo 4, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado, como el personal docente, el personal de enfermería y las trabajadoras y los trabajadores del cuidado de larga duración, prestan servicios cara a cara de cuidados directos mientras que los trabajadores que no son del cuidado en los sectores del cuidado realizan tareas que sirven de apoyo al trabajo de cuidados directos en ámbitos como la gestión, la financiación y la contabilidad, el transporte, la cocina y la limpieza. El punto de partida de las estimaciones correspondientes al escenario de la mejor vía es el número necesario de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación (en la AEPI, la educación primaria y secundaria y la educación terciaria) y en la atención de la salud y la atención social (atención de la salud y cuidados de larga duración), basados en varias metas de política destinadas a alcanzar los ODS, como las tasas de matriculación/cobertura o los ratios entre prestador de cuidados y beneficiario. En el marco del escenario del *statu quo*, estas metas de política se fijan para mantener iguales los niveles actuales. Para ambos escenarios, el número de trabajadores que no son del cuidado en los sectores del cuidado se obtiene a partir de las estimaciones previas de las ratios observadas o deseables entre los trabajadores que no son del cuidado y los trabajadores del cuidado.

Determinar el número de trabajadores del cuidado y de los que no lo son que en la actualidad ejercen en la educación y en la atención de la salud y la atención social arroja los requisitos necesarios para el empleo directo sectorial para cada escenario, que a su vez proporcionan la base para calcular el gasto sectorial que hace falta. En el caso del escenario de la mejor vía, los cálculos del gasto se basan en salarios decentes para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.¹⁴ En el caso del escenario del *statu quo*, se utilizan como parámetros de costos los niveles actuales de gasto por alumno (en el caso de la educación), el gasto por trabajador sanitario (en el caso de la atención de la salud) y el gasto por beneficiario (en el caso de los cuidados de larga duración). Tanto en el escenario del *statu quo* como en el de la mejor vía se aplica implícitamente la actual composición por sector (público/privado) del gasto sectorial a nivel nacional.

Una vez determinadas las magnitudes del gasto en los diferentes escenarios, se hace posible calcular los efectos de empleo indirecto mediante el análisis insumo-producto.¹⁵ Los efectos indirectos en el empleo son aquellos empleos que se crean en sectores distintos de los de la atención de la salud o la educación como consecuencia de las demandas que la expansión del gasto en los sectores del cuidado generan en otros sectores (los “insumos” necesarios para producir los “productos” de la salud y la educación, en un marco insumo-producto).¹⁶

El empleo sectorial no se limita a las categorías incluidas en las estimaciones de empleo directo, como los docentes en el sistema escolar formal y los trabajadores sanitarios según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comprende al personal médico, el personal de enfermería y obstétrico y “otros cuadros” más los trabajadores del cuidado de larga duración. Otros trabajadores, como los asistentes del personal docente en la educación y los trabajadores de la atención social en el sector de la atención de la salud y la atención social, forman parte de la fuerza de trabajo del sector. Los cálculos que se detallan en el presente capítulo incluyen a estos trabajadores, ampliando las estimaciones arriba descritas mediante el uso de estadísticas de empleo sectorial calculadas a partir de encuestas sobre la fuerza del trabajo y encuestas de hogares para los países objeto del análisis. Esta inclusión permite la comparabilidad con las estimaciones actuales sobre el empleo, presentadas en el capítulo 4.

Es probable que se produzca un efecto de generación adicional de empleo como consecuencia del aumento del gasto en los sectores del cuidado, impulsando el gasto de consumo de los hogares. También es posible calcular dicha generación inducida de empleo mediante el análisis insumo-producto. Sin embargo, no se toman en consideración los efectos inducidos con el fin de evitar un sesgo de sobreestimación. Por tanto, los resultados que se exponen en el presente capítulo deberían interpretarse como límite inferior respecto del número esperado de empleos que se crearían gracias a la expansión del empleo en el sector del cuidado.

En las secciones que siguen se presentan las metas políticas derivadas de los ODS correspondientes a la educación, incluidas las metas correspondientes a la AEPI (5.2.1) y la educación primaria, secundaria y terciaria (5.2.2), la atención de la salud (5.3.1) y los cuidados de larga duración (5.3.3). En las secciones 5.2.3, 5.3.2 y 5.3.4 se proporcionan los resultados de las simulaciones insumo-producto, mostrando el potencial de generación de empleo directo e indirecto y los costos conexos, en USD constantes (2015). En las secciones 5.2.4 y 5.3.5 se presentan las estimaciones ampliadas del empleo sectorial general en el caso de la educación y de la atención de la salud y la atención social, respectivamente. En la sección 5.4 se resume el potencial que tendría para la creación total de empleo aumentar la prestación de servicios de cuidados, cumpliendo los ODS y generando puestos de trabajo decentes en el cuidado, junto con los costos conexos y los ingresos fiscales relacionados con ese aumento. Un resumen de los resultados (sección 5.5) pone en perspectiva el gasto, en forma de porcentajes del PIB real en 2030.

5.2. CREACIÓN DE EMPLEO EN LA EDUCACIÓN

El ODS 4.2 exhorta a que todas las niñas y todos los niños tengan acceso “a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria”, pero no fija ninguna meta de tasa de matrícula. Los correspondientes indicadores de seguimiento apuntan a la “proporción de niños menores de 5 años cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, desglosada por sexo” (4.2.1.) y prevé al menos un año de enseñanza preescolar gratuita y organizada para los niños antes de la edad oficial de escolarización (4.2.2).¹⁷ Los ODS también fijan metas claras para la cobertura en la educación primaria y secundaria. El ODS 4.1 estima que, de aquí a 2030, todas las niñas y niños terminen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita y de calidad. Con respecto a la educación terciaria o superior, la meta 4.3 del ODS prevé, de aquí a 2030, asegurar “el acceso igualitario de todos los hombres y las mujeres a una formación técnica, profesional y superior de calidad, incluida la enseñanza universitaria”, pero no hay ninguna meta específica de los ODS que se ocupe de la matriculación en la educación terciaria. Las metas políticas relativas a la AEPI y la educación primaria, secundaria y terciaria se fijan dentro de este marco.

5.2.1. Metas de política para la AEPI

Siguiendo las definiciones dadas en el capítulo 3, en la fijación de las metas para la AEPI se tratan separadamente el desarrollo de la primera infancia (grupo de 0 a 2 años de edad) y la educación preescolar (grupo desde los 3 años hasta la edad obligatoria de escolarización).¹⁸ En el marco del escenario de la mejor vía, la meta política mundial para la AEPI se fija en el 50 por ciento de un promedio de la tasa bruta de matrícula ponderada según la población correspondiente al grupo de 0 a 2 años de edad, y en el 100 por ciento de tasa de matrícula para el grupo de edad de 3 a 5 años en cada país o región.

La meta política correspondiente al grupo de edad de 0 a 2 años reconoce que el cuidado de calidad para los niños pequeños entraña una combinación de cuidados a domicilio (a cargo sobre todo de padres y familiares), particularmente en la primera fase de la vida (de 0 a 12 meses), seguido de una matriculación en aumento en instituciones formales de AEPI en la última fase (12 a 36 meses). Como se mostró en el capítulo 3, el escenario de la mejor vía sigue a los países de la OCDE que tienen mejores rendimientos, definidos como aquellos que tienen los niveles más bajos de recurso a modalidades informales de cuidados infantiles¹⁹, a saber, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia, donde el recurso a cuidados infantiles informales oscila entre el 0 y el 5,2 por ciento.²⁰ Estas cifras se pueden comparar con la media de la OCDE correspondiente al uso de modalidades informales de cuidado infantil en el grupo de 0 a 2 años de edad, que se sitúa aproximadamente en el 25 por ciento.²¹ Estos cuatro países nórdicos son conocidos por sus generosas políticas de licencia parental así como por sus altas tasas de matrícula en centros de atención infantil.²² La tasa bruta de matrícula de niños de entre 0 y 2 años en centros formales de atención infantil es del 65 por ciento en Dinamarca, el 55 por ciento en Noruega, el 47 por ciento en Suecia y el 28 por ciento en Finlandia. Dado que en estos países las

tasas de empleo femenino son muy altas, puede asumirse que el cuidado de los niños del grupo de edad de 0 a 2 años está cubierto en su totalidad mediante una combinación de cuidados parentales subvencionados y el recurso a instituciones formales de atención infantil.

La meta política fijada para el grupo de 3 a 5 años de edad, esto es, el 100 por ciento de tasa de matrícula en la educación preescolar, se basa en la observación de que la mayoría de los países de ingresos altos y medios superiores han alcanzado una cobertura cercana a la universal para este grupo de edad. Las tasas de escolarización más altas, del 95 al 100 por ciento, se observan en Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Islandia, Israel, Italia, Malta, Noruega y España. La tasa de matrícula media de los países de la OCDE en la educación formal preprimaria correspondiente al grupo de edad de 3 a 5 años es del 84 por ciento y, la correspondiente a la UE, del 85 por ciento. La tasa bruta de escolarización en la escuela preprimaria para este grupo de edad es del 49 por ciento.²³

Además, en un tercio de los países en todo el mundo la ley reconoce como un derecho el acceso a por lo menos un año de educación preescolar gratuita y formal.²⁴ Por otro lado, la falta de acceso a servicios públicos y gratuitos refuerza las desigualdades entre niños de grupos socioeconómicos diferentes. Estas tendencias, y el hecho de que el acceso a la educación formal en el grupo de edad de 3 a 5 años se define cada vez más como norma de la educación (similar a la obligatoriedad de la educación primaria y secundaria), justifica la meta del 100 por ciento fijada para la tasa de matrícula en el escenario de la mejor vía.

La meta del ODS relativa al desarrollo de la primera infancia pone explícitamente el énfasis en la oferta de una educación de buena calidad. La buena calidad de los servicios de AEPI es esencial para asegurar que la AEPI cumple su objetivo de apoyar el desarrollo mental y social de los niños con efectos duraderos durante todo el ciclo de su vida, incluida la preparación para la vida escolar, el aumento de la eficacia de los sistemas de educación y de salud, la productividad y la igualdad de género.²⁵ El requisito de alta calidad de los servicios de AEPI significa que las necesidades de su prestación van más allá de limitarse a garantizar la seguridad y la alimentación infantil. En la actualidad no hay directrices internacionales convenidas, pero dos criterios que se utilizan habitualmente para la calidad de la AEPI son la fijación de topes al número de alumnos por docente²⁶ y de salarios mínimos para el personal docente.

Empleando como base las directrices cuantitativas de la OIT²⁷ y de la UNESCO²⁸, la simulación del escenario de la mejor vía utilizó una proporción de 10 niños por docente para el desarrollo de la primera infancia (grupo de 0 a 2 años de edad) y de 15 niños por docente para la educación preprimaria (grupo de edad de 3 a 5 años). El valor actual de la proporción de niños por docente en la educación primaria, utilizado para medir el escenario del *statu quo*, es de 27.²⁹

Basándose en la observación de que en muchos países y casos los salarios de los trabajadores de la AEPI no reflejan la importante contribución de su labor, la OIT³⁰ especifica un conjunto de elementos de trabajo decente para el personal de la AEPI, por ejemplo que la remuneración permita un nivel de vida decente, sea equivalente a la de los puestos de trabajo de la educación primaria sujetos a requisitos de calificación y competencia similares y se corresponda con las responsabilidades del puesto de trabajo. La UNESCO³¹ informa que los salarios de los docentes de preprimaria y primaria son 3,6 veces el PIB per cápita en los países en desarrollo. En los países de ingresos altos y de ingresos medios superiores, los salarios de la mayoría de los docentes no son más que dos veces el PIB per cápita, mientras que su nivel de vida puede situarse en la media de sus países o por encima de ella.

Siguiendo estas directrices, el escenario de la mejor vía fija los salarios de los docentes de preprimaria en un mínimo de 4,5 veces el PIB per cápita de los países de ingresos bajos e ingresos medios inferiores. Para los países de ingresos altos e ingresos medios superiores, el objetivo para los salarios de los docentes de preprimaria se fijó al nivel del salario medio de los trabajadores con formación de educación terciaria en cada país. Estas metas de calidad fijan los criterios mínimos que deben observar todos los países incluidos en el análisis del escenario de la mejor vía. Si un país tiene indicadores mejores que los citados, la simulación presupone que mantendrán esos indicadores hasta 2030.

5.2.2. Metas de política para la educación primaria, secundaria y terciaria

Puesto que el ODS 4.1 prevé que, de aquí a 2030, todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria gratuita y de calidad, la mejor vía se fija como meta una tasa de matrícula del 100 por ciento para la población prevista de todos los países en edad de cursar la enseñanza primaria y secundaria. La meta de la mejor vía para la matriculación en la educación terciaria se fija en que aumente de manera acorde con el aumento medio esperado en la matriculación secundaria, que es aproximadamente del 30 por ciento.³²

En lo que respecta a la calidad de los servicios y el empleo en la educación primaria y secundaria, la UNESCO³³ establece con claridad el número de alumnos por docente en la enseñanza primaria y secundaria, cifras que adopta el escenario de la mejor vía. Al igual que en la AEPI, los salarios de los docentes de la enseñanza primaria y secundaria se fijan en un mínimo de 4,5 veces el PIB per cápita de los países de ingresos bajos y de ingresos medios inferiores, y en un mínimo del salario medio de los graduados de educación terciaria para los países de ingresos altos y de ingresos medios superiores.³⁴ En el caso de la educación terciaria, se asume que se mantendrán constantes las actuales proporciones de alumnos por docente, así como las tasas salariales de los profesores universitarios.

Al igual que antes, si un país registra mejores indicadores que los de las metas anteriores en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria, la simulación presupone que mantendrán esos indicadores hasta 2030.

El cuadro 5.1 ofrece una visión general de los parámetros que caracterizan a los escenarios del *statu quo* y de la mejor vía, desglosados por nivel de enseñanza.

Cuadro 5.1. Resumen de parámetros educativos: escenario de *statu quo* (SQ) o la mejor vía (MV)

Parámetros	AEPI		Educación primaria y secundaria		Educación terciaria	
	SQ	MV	SQ	MV	SQ	MV
Tasa de matrícula	En niveles de 2015	50 por ciento para los niños de 0 a 2 años 100 por ciento para los niños de 3 a 5 años	En niveles de 2015	100 por ciento	En niveles de 2015	La matriculación aumenta el 30 por ciento
Número de alumnos por docente	En niveles de 2015	10 (0 a 2 años) 15 (3 a 5 años)	En niveles de 2015	31 (en primaria); 28 (en secundaria)	En niveles de 2015	En niveles de 2015
Salarios de los docentes	En niveles de 2015	Igual a 4,5 veces el PIB per cápita (países de ingresos bajos e ingresos medios inferiores) Salario medio de los graduados de educación terciaria (países de ingresos altos e ingresos medios superiores)	En niveles de 2015	Igual a 4,5 veces el PIB per cápita (países de ingresos bajos e ingresos medios inferiores) Salario medio de los graduados de educación terciaria (países de ingresos altos e ingresos medios superiores)	En niveles de 2015	En niveles de 2015

Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

5.2.3. Resultados de la simulación de los empleos en la educación

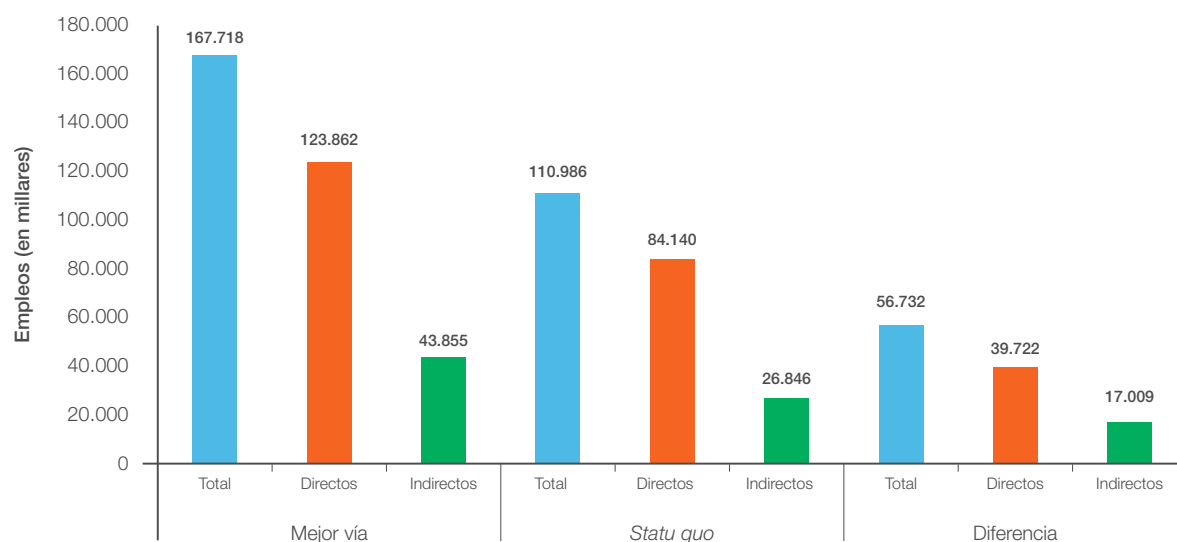
En el marco del escenario del *statu quo*, en el que las tasas de matriculación, los números de alumnos por docente y las condiciones de empleo se mantienen constantes hasta 2030, se estima que el gasto total en educación ascenderá aproximadamente a USD 3,45 billones por año (a precios de 2015). Para conseguir las metas de los ODS, se estima una magnitud del gasto total de USD 4,71 billones³⁵. Por tanto, en el escenario de la mejor vía se prevé un aumento superior a un tercio (36,5 por ciento) en el gasto en educación en términos reales (cuadro 5.2). Para los 45 países incluidos en el análisis, el gasto en el marco del escenario de la mejor vía corresponde al 4,7 por ciento del PIB total en 2030, frente al 3,4 por ciento del PIB total en el marco del escenario del *statu quo*.

En el marco del escenario de la mejor vía, el aumento del gasto a fin de cumplir las metas del ODS en materia de educación genera un total de 167,7 millones de puestos de trabajo tanto en el sector de la educación como en otros sectores mediante concatenaciones regresivas. Este resultado equivale a una vez y media más puestos de trabajo que en el marco del escenario del *statu quo*, donde únicamente se crearían 111 millones de puestos de trabajo si se mantuvieran constantes las tasas de matriculación, los números de alumnos por docente y las condiciones de empleo (gráfico 5.2). De esos puestos de trabajo adicionales (56,7 millones de empleos de diferencia entre el escenario de la mejor vía y el del *statu quo*), 39,7 millones son empleos directos (en el sector de la educación) y 17 millones, empleos indirectos (en otros sectores).

Cuadro 5.2. Sector de la educación: generación de empleo y gasto en el marco de los escenarios del *statu quo* y de la mejor vía

	AEPI			Educación primaria y secundaria			Total (incluida la educación terciaria, sin desglosar)		
	SQ	MV	Diferencia	SQ	MV	Diferencia (puntos porcentuales)	SQ	MV	Diferencia (puntos porcentuales)
Costo (gasto necesario en USD billones – precios de 2015)	0,46	1,07	0,61 (133%)	1,97	2,39	0,42 (21%)	3,45	4,71	1,26 (36,5%)
Costo en proporción del PIB (tanto por ciento)	0,5	1,1	0,6 p.p.	2,0	2,4	0,4 p.p.	3,4	4,7	1,3 p.p.
Rendimiento fiscal en proporción al gasto (%)							16,4	15,8	
Empleo directo (en millares)	15.640	36.066	20.426 (131%)	55.993	64.284	8.291 (15%)	84.140	123.862	39.722 (47%)
Empleo indirecto (en millares)							26.846	43.855	17.009 (63%)
Empleo total (en millares)							110.986	167.718	56.732 (51%)

Fuente: Ilkharacan y Kim, de próxima aparición.

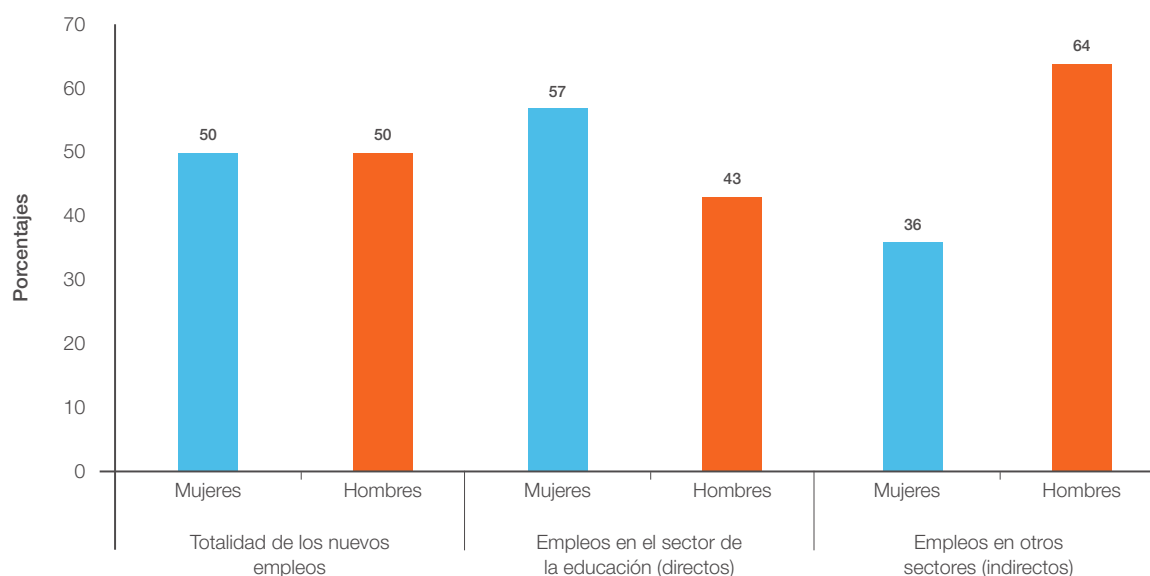
Gráfico 5.2. Número de empleos directos e indirectos generados en la educación

Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

En términos relativos, el número de empleos en el sector de la educación creados en el marco del escenario de la mejor vía es un 47 por ciento superior al de los creados en el marco del escenario del *statu quo* (123,8 millones frente a 84,1 millones de empleos directos),³⁶ mientras que el número de empleos indirectos es un 63 por ciento superior (43,9 millones frente a 26,8 millones de empleos indirectos).

Dada la actual feminización del empleo en el sector de la educación, la distribución por sexos del empleo directo en el sector de la educación favorece a las mujeres (gráfico 5.3). De hecho, el 53 por ciento de los empleos en el sector de la educación creados en el marco del escenario de la mejor vía es probable que recaiga en mujeres. En términos de creación de empleo indirecto, vale lo contrario: el 64 por ciento de los empleos indirectos creados recaerá en hombres. En consecuencia, las partes de creación adicional de empleo correspondientes a las mujeres y a los hombres son casi iguales, cayendo 28 millones de nuevos empleos en cada grupo. Mientras que las mujeres reciben la mayoría de los nuevos empleos creados en el sector de la educación, los hombres obtienen la mayoría de los empleos indirectos. Por tanto, cumplir las metas de los ODS en la educación, sobre todo en lo relativo a la AEPI, beneficiaría a las mujeres tanto en el aspecto de aliviar su trabajo de cuidados no remunerado como en el de ofrecer amplias oportunidades de empleo. Con todo, este escenario también tiene el potencial de crear un número equivalente de empleos para los hombres, no solo en el sector de la educación sino también en otros sectores mediante concatenaciones regresivas.

La AEPI es la principal fuente de la diferencia entre los dos escenarios tanto en términos de gasto como en relación con el empleo, puesto que las tasas de matriculación en la AEPI y los números de niños por docente registran una mejora sustancial en el marco del escenario de la mejor vía. Del gasto total adicional de USD 1,26 billones, casi la mitad (el 45 por ciento) se destina al desarrollo de la primera infancia para el grupo de 0 a 2 años de edad (20 por ciento) y a la educación preescolar (25 por ciento) (gráfico 5.4). Lo que significa que hará falta aumentar el gasto total en la AEPI del 0,5 al 1,1 por ciento del PIB para cumplir las metas del ODS (cuadro 5.2). Del resto del gasto total, el 30 por ciento se destina a alcanzar las metas en materia de matrícula y de calidad de la enseñanza primaria y secundaria (13 y 17 por ciento, respectivamente), y el 25 por ciento, a aumentar la matriculación en la educación terciaria.

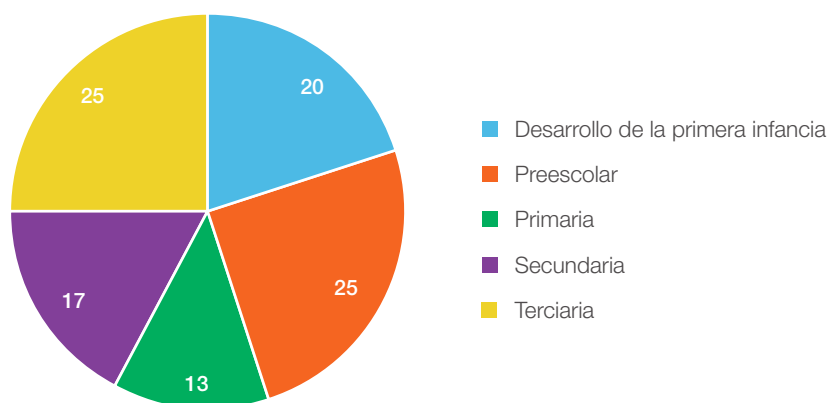
Gráfico 5.3. Distribución del empleo adicional en la educación en el marco del escenario de la mejor vía, por sexo

Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

La asignación del gasto adicional por subsector de educación refleja la generación de empleo adicional (gráfico 5.5). Más de la mitad de los 39,7 millones de puestos extra creados en el sector de la educación los genera el sector de la AEPI (20,4 millones de empleos, 10,9 millones en educación de la primera infancia y 9,5 millones en educación preescolar). A los empleos en la educación terciaria les corresponde la proporción más alta de empleo directo adicional (28 por ciento), y la más baja, a los empleos en la educación primaria y secundaria (20,8 por ciento).

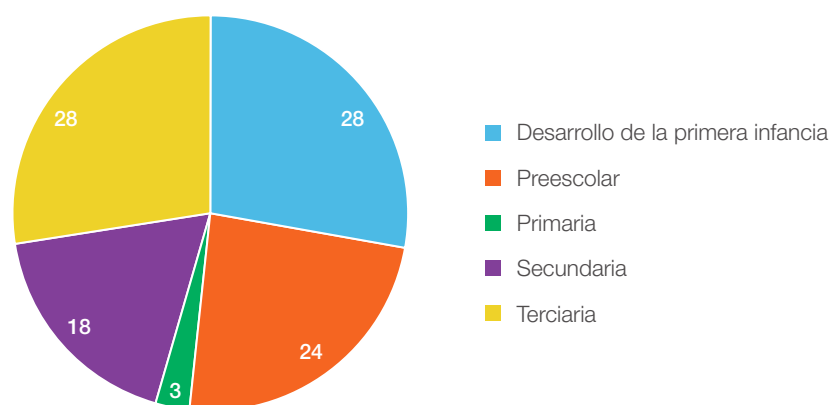
La menor proporción de creación de empleos adicionales en la educación primaria y secundaria (a pesar de que en este grupo el porcentaje de población es relativamente mayor) se debe a varios factores. Primero, la mayoría de los países incluidos en el análisis ya han alcanzado las metas de matrícula en la educación primaria y secundaria; la mayoría de los países de ingresos altos también han alcanzado las metas de calidad en cuanto a los números de alumnos por docente y de salarios de los docentes. La mayoría de los países incluidos en este análisis también están experimentando un crecimiento bajo o nulo de su población en edad de estudiar. No obstante, como a la AEPI aún le queda mucho margen para ampliarse y mejorar sus indicadores de calidad, se explica que en este sector se encuentre la mayoría del gasto y el empleo adicionales.

Gráfico 5.4. Asignación del gasto adicional por subsector de la educación en el marco del escenario de la mejor vía (porcentajes)



Nota: Debido al redondeo, es posible que los porcentajes no sumen el 100 por ciento.
Fuente: Ilkharacan y Kim, de próxima aparición.

Gráfico 5.5. Asignación del empleo adicional por subsector de la educación en el marco del escenario de la mejor vía (porcentajes)



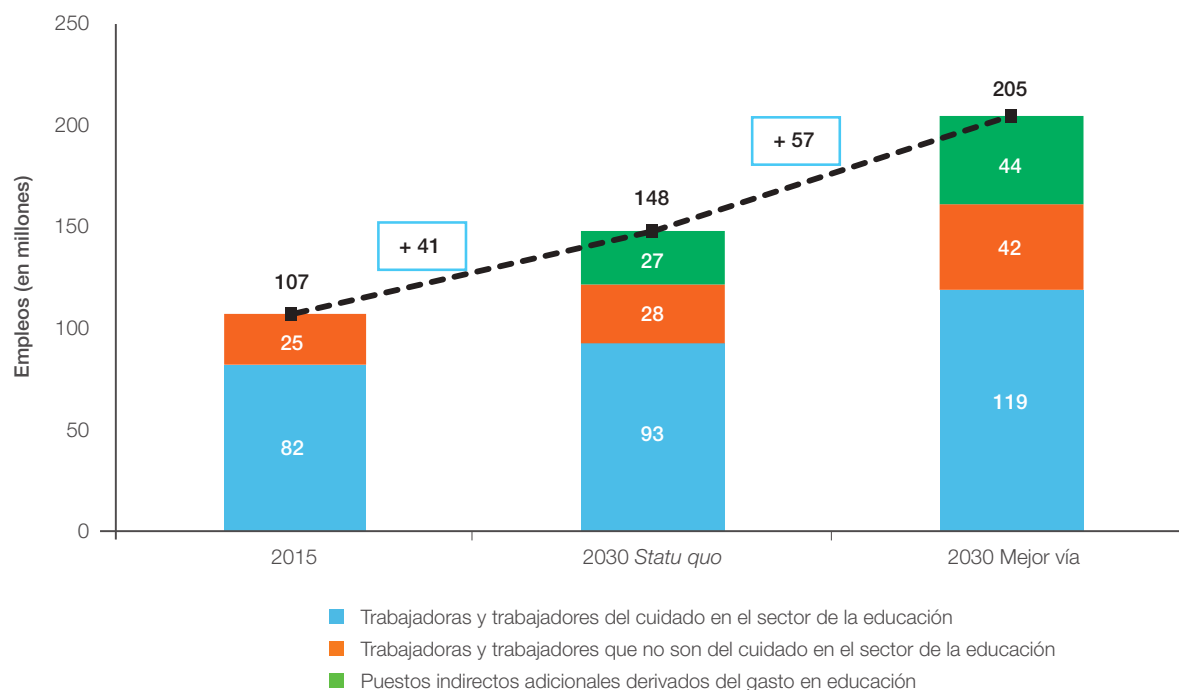
Nota: Debido al redondeo, es posible que los porcentajes no sumen el 100 por ciento.
Fuente: Ilkharacan y Kim, de próxima aparición.

5.2.4 Estimaciones ampliadas del empleo general en el sector que comprende todas las categorías de trabajadoras y trabajadores de la educación

En la presente subsección presentamos una estimación más amplia del empleo general en el sector en 2030 en el marco de ambos escenarios, el del *statu quo* y el de la mejor vía, y también los comparamos con los niveles actuales (2015) de empleo en el sector. La diferencia entre las estimaciones del número de trabajadoras y trabajadores del cuidado basadas en encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares (siguiendo la metodología establecida en el capítulo 4) y la estimación del número de docentes empleados en el sistema escolar formal en 2005 arriba descrita proporciona el número de categorías adicionales de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación. La relación entre estas dos magnitudes (una proporción) se puede aplicar a la población infantil (alumnos) en 2015 para obtener el número de empleos adicionales en el sector de la educación creado por niña o niño (alumno). Aplicando esta ratio a la población infantil (alumnos) estimada para 2030, se calcula que se debe dar empleo a otros 28,5 millones de trabajadoras y trabajadores del cuidado en la educación en categorías distintas a la de los docentes del sistema escolar formal. Aplicando la ratio entre trabajador que no es del cuidado y trabajador del cuidado por país, nos encontramos con un total de 8,9 millones de nuevos trabajadores que no son del cuidado en los 45 países, en comparación con las cifras del cuadro 5.2.³⁷

En 2015 había 107 millones de trabajadores de la educación en los 45 países analizados. Esta cifra comprende 82 millones de trabajadoras y trabajadores del cuidado, que incluyen no solo los maestros de escuela, sino también aquellos empleados en otras categorías, y 25 millones de trabajadores que no son del cuidado (gráfico 5.6). En el marco del escenario del *statu quo*, donde el sector de la educación se expande en paralelo con el cambio de población y las transformaciones demográficas hasta 2030, pero donde las actuales tasas de matriculación y ratios de alumnos por maestro permanecen constantes, se espera que el empleo en la educación aumente a 121 millones de puestos de trabajo. Este pequeño aumento en el empleo en el sector de la educación del 13,2 por ciento a lo largo de un período de 15 años no es sorprendente, a la vista de que se estima que el conjunto de la población en edad escolar en los 45 países descenderá aproximadamente en un 2,6 por ciento de 2015 a 2030. No obstante, algunos países grandes, en los que se espera un aumento en los grupos de edad más pequeña (como Argentina, Australia, Canadá, la Federación de Rusia, Turquía, Estados Unidos y Viet Nam), impulsan el incremento del empleo directo en el sector de la educación, incluso en el marco del escenario del *statu quo*.³⁸

En el marco del escenario de la mejor vía, se estima que el empleo en el sector de la educación tiene un potencial de aumento de hasta el 50 por ciento, hasta alcanzar los 161 millones de trabajadores en 2030. Este crecimiento está impulsado no solo por el aumento de la población infantil en algunos países, sino por la mejora en las tasas de matriculación, particularmente en la AEPI. La diferencia de 40 millones de nuevos empleos en la educación entre los escenarios de la mejor vía y del *statu quo* se debe al aumento de la matriculación en la AEPI y a la mejora de los ratios de alumnos por docente, así como al aumento de las tasas de matrícula en los niveles de escolarización en primaria, secundaria y terciaria. El nivel de creación indirecta de puestos de trabajo es similar al de las estimaciones anteriores, dado que el análisis no contiene una estimación separada para el gasto asociado.

Gráfico 5.6. Aumento del número de empleos en la educación – Escenarios del *statu quo* y de la mejor vía, 2015 vs. 2030


Nota: Para 2015, cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares. Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

5.3. CREACIÓN DE EMPLEO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La atención de la salud implica la prestación de servicios médicos para el conjunto de la población, con independencia de su edad o su situación de discapacidad, para mantener o mejorar la salud y tratar problemas de salud, permanentes o no (esto es, prestar cuidados de corta o larga duración). Como se definió en el capítulo 3, por cuidados de larga duración se entiende la prestación de servicios en apoyo de personas cuya capacidad de valerse independientemente en el día a día es limitada.³⁹ Esto se aplica principalmente, aunque no de manera exclusiva, a las personas de edad avanzada (esto es, de más de 65 años de edad). Mientras que los cuidados de larga duración comprenden cuidados médicos, también tienen un componente que no es médico y que concierne a la prestación de apoyo para las actividades del día a día.

En el marco de los ODS, la salud figura en el ODS 3, que pone el foco en la necesidad de “garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad”. Las metas e indicadores acompañantes en el ODS 3 son diversos y abarcan la mortalidad materna e infantil, la salud sexual y reproductiva, las epidemias, con inclusión del SIDA, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, los riesgos para la salud y las muertes provocadas por la contaminación ambiental, el tabaquismo y los accidentes de tráfico. La OMS ha elaborado previsiones relativas al número de trabajadores sanitarios necesarios para que estas metas de los ODS puedan alcanzarse para 2030.⁴⁰ En el marco de la atención de la salud, estas previsiones proporcionan las cifras de los insumos que intervienen en el cálculo de la generación de empleo directo e indirecto. Puesto que en el ODS 3 no están cubiertos expresamente los cuidados de larga duración, las metas se fijan de conformidad con las tasas de cobertura de atención sanitaria de los países que registran mejores rendimientos.

5.3.1. Metas de política para la atención de la salud

Recursos humanos para la cobertura sanitaria

Las metas fijadas por el ODS 3 en materia de atención de la salud se definen de conformidad con el número previsto de receptores de atención sanitaria en relación con resultados tales como la reducción en determinada magnitud de las tasas de mortalidad materna y neonatal o las reducciones en la incidencia de enfermedades infecciosas por cada 100 000 habitantes. Existen algunas previsiones mundiales sobre los recursos humanos (esto es, trabajadores sanitarios) que harían falta para que de aquí a 2030 pudieran conseguirse las metas fijadas en el ODS 3. El escenario de la mejor vía correspondiente a los servicios de atención de la salud se define sobre la base de dos previsiones recientes de recursos humanos para la salud: las de la OMS⁴¹, basadas en Cometto et al.⁴², y las expuestas en la Declaración de Dublín sobre Recursos Humanos para la Salud.⁴³

Basándose en la apreciación de que “es esencial contar con personal sanitario en número y preparación suficientes para lograr cualquier meta de salud para la población”, la OMS⁴⁴ prevé las necesidades de personal sanitario para lograr las metas del ODS en 2030, fijando un umbral de 4,45 trabajadores sanitarios (médicos, personal de enfermería y personal de partería) por cada 1000 habitantes.⁴⁵ Las estimaciones se desglosan por profesión (médico, personal de enfermería/partería y otros cuadros)⁴⁶ y por región. El informe también prevé la oferta real esperada de trabajadores sanitarios en 2030, si se mantuvieran iguales las actuales tendencias en materia de formación y empleo de trabajadores sanitarios. La diferencia entre estas dos previsiones representa el déficit de trabajadores sanitarios en el marco de los ODS para 2030.

La OMS⁴⁷ estima que, en el marco del escenario del *statu quo*, la oferta mundial de trabajadores sanitarios probablemente aumentará desde la cifra actual estimada de 43,5 millones de trabajadores (en 2013) a 67,3 millones en 2030. Para conseguir el índice de salud del ODS de conformidad con el umbral de 2013, se estima que hacen falta otros 17,4 millones de trabajadores sanitarios, constituidos aproximadamente por 2,6 millones de médicos, 9 millones de profesionales de la enfermería y la partería y 5,8 millones de otros cuadros. Se prevé que el déficit global disminuya en 17 puntos porcentuales a 14,5 millones de trabajadores para 2030, aunque esta cifra aún representa una laguna considerable. La cifra del déficit mundial oculta grandes disparidades regionales, concentrándose el déficit en 6,9 millones de trabajadores en el Asia Sudoriental y 4,2 millones en África.⁴⁸

Un consenso internacional más reciente alcanzado en el Cuarto Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, celebrado en noviembre de 2017, indica sin embargo un déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios para 2030.⁴⁹ Los tres millones y medio de trabajadores adicionales, además de la estimación hecha en 2016 por la OMS, tiene su raíz en una reciente previsión de déficit expuesta en un estudio de países de la OCDE.⁵⁰ Este estudio se basa en un examen exhaustivo de más de 200 documentos en los que se calcula cuál tendrá que ser en el futuro la oferta de trabajadores sanitarios basada en sus necesidades en los países de la OCDE.⁵¹ De la simulación correspondiente se sigue que si persiste hasta 2030 la actual situación de recursos humanos para la salud, una inmensa mayoría de países de la OCDE experimentará carencias de personal sanitario en una o más categorías (médicos y personal de enfermería y partería), dado el aumento previsto en las necesidades de atención sanitaria. En total, se estima que habrá un déficit de 754 000 médicos, 1,1 millones de enfermeros y enfermeras, y 45 000 parteros y parteras para 2030 en los países de la OCDE.⁵²

En este marco, se utilizan las cifras del déficit de trabajadores sanitarios por país que calculan Tomblin Murphy et al.⁵³ para los 34 países de ingresos medios superiores e ingresos altos que se incluyen en el análisis. Para los otros 11 países (incluidos China y la India, los dos países con las poblaciones más grandes, así como Argentina, Indonesia, México, Perú, Filipinas, Polonia, Túnez, Turquía y Viet Nam), los déficits de trabajadores sanitarios se han calculado utilizando la metodología comunicada por la OMS⁵⁴, basada en el umbral de densidad de trabajadores sanitarios por población examinado más arriba (cuadro 5.3). El escenario de la mejor vía se ha concebido para eliminar estos déficits para 2030.

Salarios de los trabajadores sanitarios

La Base de Datos de Gasto Global en Salud de la OMS⁵⁵ proporciona datos regionales, así como algunos datos nacionales e internacionales comparables, que se han de utilizar en el cálculo del costo de los servicios de atención de la salud, tales como el gasto gubernamental total consagrado a servicios de salud y la parte del gasto público sanitario pagada en sueldos y salarios a los trabajadores sanitarios. Según estas cifras, el porcentaje medio nacional del gasto público total consagrado a la salud fue del 11,7 por ciento en 2014. A nivel regional, la proporción media del gasto público en salud osciló entre el 8,8 por ciento en la región del Mediterráneo Oriental de la OMS y el 13,6 por ciento en la región de las Américas de la OMS.⁵⁶

En relación con la parte correspondiente a los sueldos y salarios en el gasto público en salud, un país normal destina el 42,2 por ciento del gasto público total en salud a cubrir los salarios del personal.^{57,58} No obstante, hay cierto grado de variación regional, encontrándose la proporción más baja de gasto público en salarios del personal en África (29,2 por ciento) y el más alto en la región del Mediterráneo Oriental (50,8 por ciento). En el escenario de la mejor vía no se han hecho revisiones de costos por aumentos de salarios, permaneciendo estos en los niveles (reales) actuales.

Cambio tecnológico para economizar en mano de obra

En ambos escenarios, en el caso de la atención de la salud se tiene en cuenta, en la simulación, el cambio tecnológico para economizar en mano de obra. Sobre la base de las últimas tendencias, es probable que se experimenten nuevos aumentos de productividad en el sector de la salud debido a los avances tecnológicos.⁵⁹ Más allá del desarrollo de la tecnología para economizar mano de obra, se espera que los cambios técnicos repercutan positivamente en la calidad de los cuidados así como en la mejora de las condiciones de trabajo. Es probable que los avances tecnológicos mejoren la productividad de los trabajadores sanitarios en lugar de provocar la sustitución de los trabajadores del cuidado directo (por ejemplo, facilitando el aumento del número de pruebas y operaciones quirúrgicas y mejoras en la práctica de la docencia al aumentar el uso de ordenadores en el aula). Sobre la base de estas consideraciones, se aplica en todos los países una reducción del 10 por ciento en la cifra de trabajadores no sanitarios empleados en el sector de la salud.⁶⁰

Cuadro 5.3. Resumen de los parámetros del sector de la atención de la salud: escenarios del *statu quo* y de la mejor vía

Parámetros	Atención de la salud – atención de corto plazo al paciente	
	SQ	MV
Cobertura	A niveles de 2015	Universal
Ratio de beneficiarios por trabajador sanitario	A niveles de 2015	Mínimo de 4,45 trabajadores sanitarios por cada 1000 habitantes para 11 países; para los países de ingresos medios superiores y de ingresos altos los datos se basan en Tomblin et al. (2016a)
Salarios de los trabajadores sanitarios	A niveles de 2015	A niveles de 2015
Cambios tecnológicos que economizan en mano de obra	Reducción del 10 por ciento de la cifra de trabajadores no sanitarios empleados en el sector de la atención de la salud	Reducción del 10 por ciento del número de trabajadores no sanitarios empleados en el sector de la atención de la salud más un ajuste para los profesionales sanitarios previstos en Tomblin et al. (2016a)

Fuente: Ilkharacan y Kim, de próxima aparición.

5.3.2. Resultados de la simulación de los empleos en la atención de la salud

En virtud del escenario del *statu quo*, en el que las densidades de trabajadores sanitarios con respecto a la población permanecen constantes hasta 2030, el gasto total en atención de salud se estima en USD 10,4 billones por año (a precios de 2015) (cuadro 5.4).⁶¹ La magnitud del gasto total estimada para conseguir las metas del ODS es de USD 11,3 billones, lo que exige un incremento del gasto en salud que pase del 10,3 por ciento del PIB al 11,3 por ciento del PIB real en 2030. El escenario de la mejor vía exige un incremento del gasto de alrededor del 10 por ciento (USD 964 000 millones) para asegurar el cumplimiento de las metas del ODS.

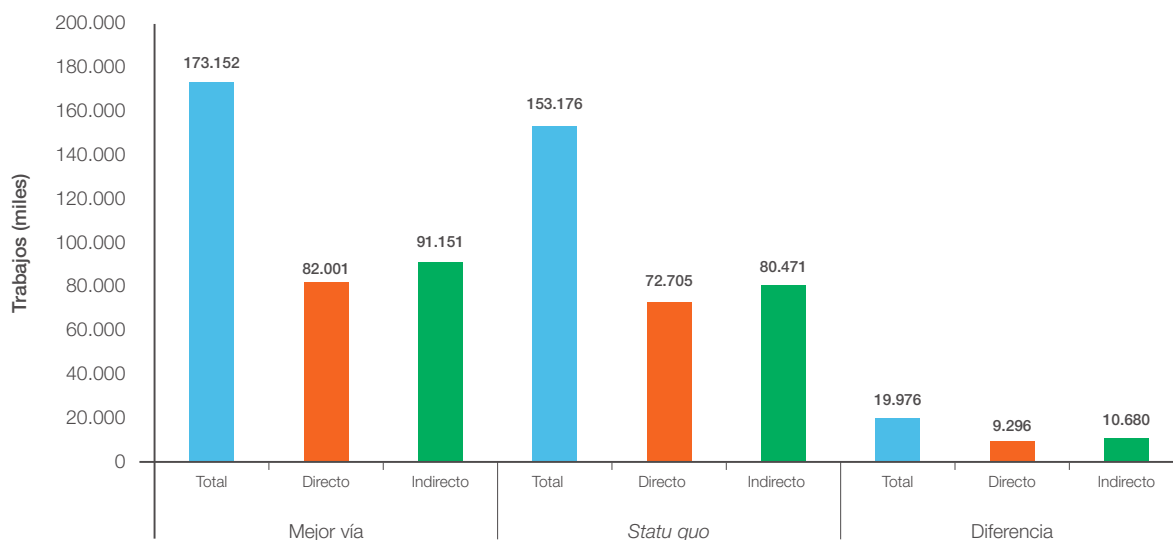
La simulación de la mejor vía muestra que el aumento del gasto para cumplir las metas del ODS en materia de salud crearía 173 millones de empleos en el sector de la atención de la salud y la atención social y en otros sectores mediante concatenaciones regresivas. La cifra es un 13 por ciento más alta que el número de empleos creados en el marco del escenario del *statu quo* (153 millones de empleos), si las ratios de trabajadores sanitarios permanecieran constantes (gráfico 5.7). De los empleos adicionales creados (la diferencia entre el escenario de la mejor vía y el del *statu quo*, un total de 19,9 millones de empleos)⁶², 9,3 millones son empleos directos en la atención de la salud y 10,7 millones son empleos indirectos en otros sectores. De manera similar al sector de la educación, la diferencia entre ambos escenarios, tanto en términos proporcionales como absolutos, en el número de empleos directos en la atención de la salud (9,3 millones de empleos) es menor que la diferencia en el número de empleos indirectos (10,7 millones de empleos).

Cuadro 5.4. Sector de la atención de la salud: generación de empleo y gasto en los escenarios del *statu quo* y de la mejor vía

	Atención de la salud (atención de corto plazo al paciente)			Cuidados de larga duración (cuidados de personas de edad)			Total		
	SQ	MV	Diferen- cia (%)	SQ	MV	Diferen- cia (%)	SQ	MV	Diferen- cia (%)
Costo (gasto necesario en billones de USD, precios de 2015)	10,38	11,34	0,96 (9,3)	1,11	2,35	1,23 (111)	11,49	13,69	2,2 (19,1)
Costo en proporción del PIB (tanto por ciento)	10,3	11,3	1,0 p.p.	1,1	2,3	1,2 p.p.	11,4	13,6	2,2 p.p.
Rendimiento fiscal en proporción al gasto (%)							18,2	17,9	
Empleo directo (en millares)	72.705	82.001	9.296 (12,8)	20.970	50.792	29.822 (142)	93.675	132.793	39.118 (42)
Empleo indirecto (en millares)	80.471	91.150	10.679 (13,3)	3.151	13.895	10.744 (341)	83.622	105.045	21.424 (26)
Empleo total (en millares)	153.176	173.151	19.975 (13,0)	24.121	64.687	40.566 (168)	177.297	237.838	60.541 (34)

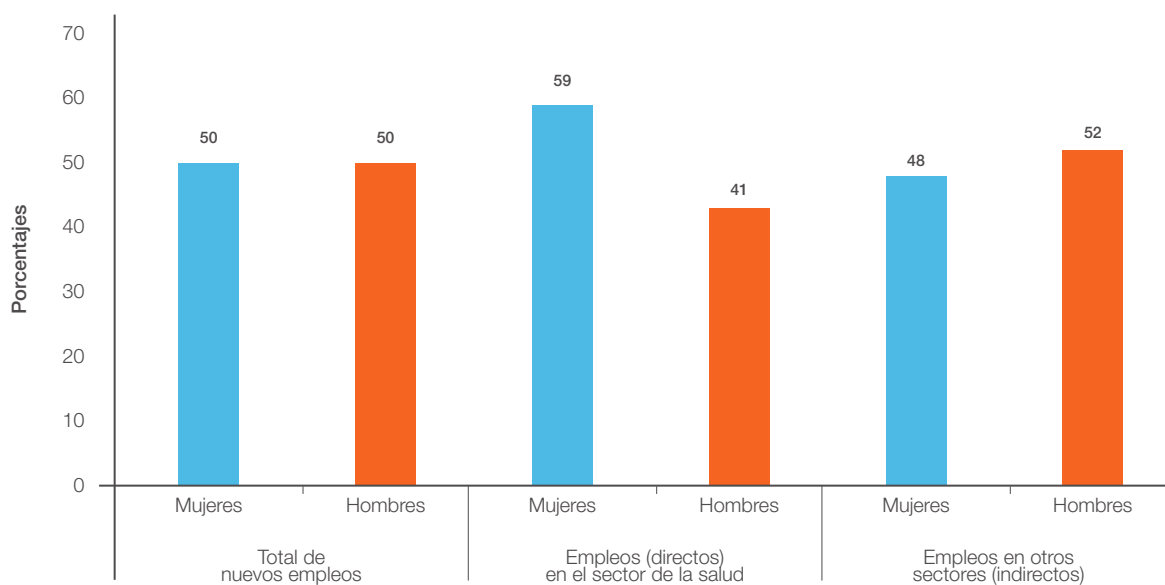
Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

Gráfico 5.7. Generación de empleos en la atención de la salud, por empleos directos e indirectos



Fuente: Ilkcaracan y Kim, de próxima aparición.

Gráfico 5.8. Distribución del empleo adicional en la atención de la salud, por sexo



Fuente: Ilkcaracan y Kim, de próxima aparición.

Esta diferencia de 9,3 millones de empleos directos comprende 6,5 millones de profesionales de atención de la salud, y el resto son trabajadores no sanitarios del sector de la salud.⁶³ Esta estimación, basada en 45 países, constituye aproximadamente un tercio del déficit mundial previsto.

Los empleos adicionales creados se dividen por igual entre mujeres y hombres. La parte de los nuevos empleos directos creados en el sector de la atención de la salud correspondiente a las mujeres es superior (un 59 por ciento), mientras que la correspondiente a los hombres es ligeramente superior en los nuevos empleos indirectos (un 52 por ciento). De manera similar a los resultados dados a conocer para el sector de la educación, esta división refleja los patrones actuales de segregación ocupacional de género (gráfico 5.8).

5.3.3. Metas de política para los cuidados de larga duración

Como se detalló en el capítulo 3, los cuidados de larga duración o de rehabilitación para personas de edad avanzada o discapacitadas comprenden una amplia variedad de servicios, incluidos, como mínimo, aquellos que proporcionan asistencia en las actividades esenciales del día a día y apoyo para atenciones básicas de salud.

Un estudio de la OIT proporciona las únicas estimaciones mundiales existentes de necesidades de cuidados de larga duración y previsiones de déficits.⁶⁴ Las estimaciones mundiales están basadas en los datos disponibles más recientes correspondientes al período 2006-2014 de 45 economías desarrolladas y en desarrollo. Se empieza con una evaluación de la amplitud del recurso excesivo a familiares para la prestación de cuidados de larga duración en una mayoría de los países, y se calculan los déficits en materia de financiación y de empleo de trabajadoras y trabajadores del cuidado de larga duración. Las necesidades de empleo se estiman en 4,2 trabajadores formales del cuidado de larga duración por cada 100 habitantes de 65 años en adelante.⁶⁵ Contra este valor de umbral, los resultados sugieren un déficit aproximado de 13,6 millones de trabajadores formales de cuidados de larga duración en 2013, además de la actual fuerza de trabajo de 11,9 millones de esos trabajadores. Casi las tres cuartas partes del déficit tienen su origen en Asia y el Pacífico.

En términos de financiación pública de los cuidados de larga duración, la proporción del PIB destinada a esos cuidados oscila entre un máximo de alrededor del 2 por ciento en algunos países de la OCDE de ingresos altos (registrándose el resultado más alto del 2,3 por ciento en Noruega) hasta un mínimo de casi ninguna financiación pública en algunos países.⁶⁶ El mismo estudio de la OIT sugiere un umbral de USD 1461 (paridad de poder adquisitivo a precios de 2013) por persona de 65 años en adelante, como referencia para evaluar los déficits de financiación.

Tasa de cobertura de los cuidados de larga duración

No existe ninguna meta de política acordada internacional o regionalmente sobre los cuidados de larga duración en cuanto a las tasas de su cobertura. Al fijar un objetivo para esta tasa en el escenario de la mejor vía, se ha adoptado un enfoque similar al tomado en relación con la AEPI, utilizando los resultados de países que tienen indicadores de alto cumplimiento. En términos de cuidados de larga duración, por alto cumplimiento se entiende el pleno acceso legal a la ayuda de cuidados de larga duración en forma de servicios o de prestaciones en efectivo.⁶⁷ Como se pormenorizó en el capítulo 3, solo nueve países de ingresos altos reconocen en su legislación el derecho a la cobertura universal, a saber, Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Alemania, Islandia, Japón, Luxemburgo, la República de Corea y Suecia. Para estos países, el promedio de receptores de cuidados de larga duración ponderado según la población es del 12,4 por ciento⁶⁸, que por tanto representa el límite inferior de la tasa de cobertura de los cuidados de larga duración en el marco del escenario de la mejor vía.

Salarios de las trabajadoras y los trabajadores de cuidados de larga duración

Al establecer los salarios correspondientes al escenario de la mejor vía, se reduce en la mitad la brecha existente entre el personal de enfermería y las trabajadoras y los trabajadores del cuidado personal, y los costos se ajustan al alza en consonancia con ello. Al utilizar los datos sobre los salarios correspondientes al personal auxiliar de enfermería y a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado personal en los servicios de atención de la salud de 15 países, los valores que faltan se atribuyen utilizando el valor medio según el nivel de ingresos de un país. Esos salarios se comparan con los salarios mínimos respectivos, con el resultado de que en tres países (el Brasil, Polonia y la Federación de Rusia) estaban por debajo del salario mínimo. En estos países, los salarios de los trabajadores del cuidado de larga duración se sustituyen con el salario mínimo y se calculan las brechas salariales. La cifra correspondiente a la mitad de la brecha salarial se multiplica por el número estimado de trabajadores del cuidado personal a fin de obtener los costos adicionales de los salarios resultantes del aumento salarial para estos trabajadores. Estos costos salariales adicionales se añaden a los costos originales del escenario de la mejor vía.

Cambio tecnológico economizador en mano de obra

La introducción de tecnología economizadora en mano de obra en el empleo directo de cuidados de larga duración se consideró una opción, dadas las recientes discusiones surgidas sobre este tema. No obstante, las opciones tecnológicas para ahorrar mano de obra en los cuidados de larga duración parecen muy limitadas. Hay pruebas de los beneficios de nuevas iniciativas como la del telecuidado a domicilio (el Canadá), la comunicación de pantalla a pantalla y el seguimiento mediante vídeos y sensores (los Países Bajos) y la tecnología de cuidados de urgencia (República Checa).⁶⁹ Se evalúa la expansión del uso de tales adelantos tecnológicos en términos de su capacidad de mejorar la calidad de los cuidados para quienes los reciben así como la calidad de las condiciones de empleo, y no como sustitutos de la labor de prestación directa de cuidados. Además, en la medida en que sustituyen a la mano de obra, sigue planteándose la cuestión de si las mejoras en productividad gracias a la tecnología y a la reorganización del trabajo son compatibles con las metas de mejora de la calidad (como en el caso de la atención de la salud y de la educación examinado anteriormente) (véase también el capítulo 4).⁷⁰ Por tanto, no se asumen cambios tecnológicos economizadores de mano de obra en el empleo directo de cuidados de larga duración (cuadro 5.5). Debe observarse asimismo que los trabajadores del cuidado de larga duración que no prestan cuidados no se incluyen en esta estimación (como ocurrió en las estimaciones sobre la educación y sobre la atención de la salud).

Cuadro 5.5. Resumen de los parámetros del cuidado de larga duración: escenarios del *statu quo* y de la mejor vía

Parámetros	Atención de la salud – atención de corto plazo al paciente	
	SQ	MV
Cobertura	A niveles de 2015	12,4%
Número de beneficiarios por trabajador de cuidados de larga duración	A niveles de 2015	A niveles de 2015
Salarios de los trabajadores del cuidado de larga duración	A niveles de 2015	La brecha salarial entre el personal de enfermería y las trabajadoras y trabajadores del cuidado personal se reduce a la mitad; los salarios de estas trabajadoras y trabajadores se fijan como mínimo del salario mínimo legal, si son inferiores a este.

Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

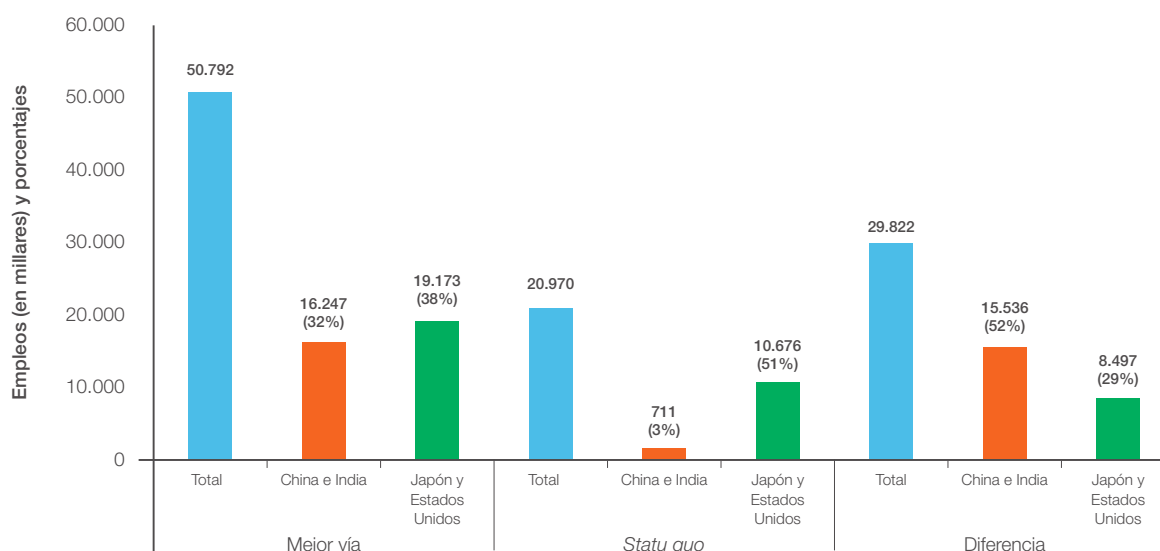
5.3.4. Resultados de la simulación de los empleos en los cuidados de larga duración

La magnitud del gasto en cuidados de larga duración en el marco del escenario de la mejor vía, que predice una tasa de cobertura más alta y mejores salarios para las trabajadoras y trabajadores del cuidado personal de larga duración, asciende a USD 2,35 billones frente a los USD 1,11 billones en el marco del escenario del *statu quo* (cuadro 5.4).⁷¹ Esto corresponde a un aumento del gasto en cuidados de larga duración desde solo el 1,1 por ciento del PIB total de los países analizados en el marco del escenario del *statu quo* hasta el 2,3 por ciento del PIB con el fin de cumplir las metas fijadas en el escenario de la mejor vía.

Se estima que la generación de empleo directo en el marco del escenario de la mejor vía es casi dos veces y media superior a la del escenario del *statu quo*: 50,8 millones de empleos formales en cuidados de larga duración frente a 20,9 millones hasta 2030 (gráfico 5.9).⁷² Se espera que el cumplimiento de las metas de la mejor vía en cuanto a cobertura de cuidados de larga duración así como de número de beneficiarios por trabajador genere casi 30 millones de nuevos puestos de trabajo. Más de la mitad (52 por ciento) de este empleo adicional se debe a la expansión de la cobertura en China y la India. Más allá del tamaño excepcional de su población, el envejecimiento de la población en China y los actuales déficits en la cobertura de los cuidados de larga duración en la India son los motivos de su participación relativamente grande en los nuevos empleos. El Japón y los Estados Unidos son otros dos países que impulsan los resultados debido al envejecimiento de su población y al tamaño general de su población, respectivamente. Juntos, representan el 29 por ciento del empleo adicional total en cuidados de larga duración.

El empleo indirecto en sectores distintos a los de la salud y los cuidados de larga duración resultante de la expansión del gasto en estos cuidados es de 3,1 millones de puestos de trabajo en el marco del escenario del *statu quo* y de 13,9 millones en el de la mejor vía (cuadro 5.4).

Gráfico 5.9. Generación de empleos en cuidados de larga duración y proporción de los países



Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

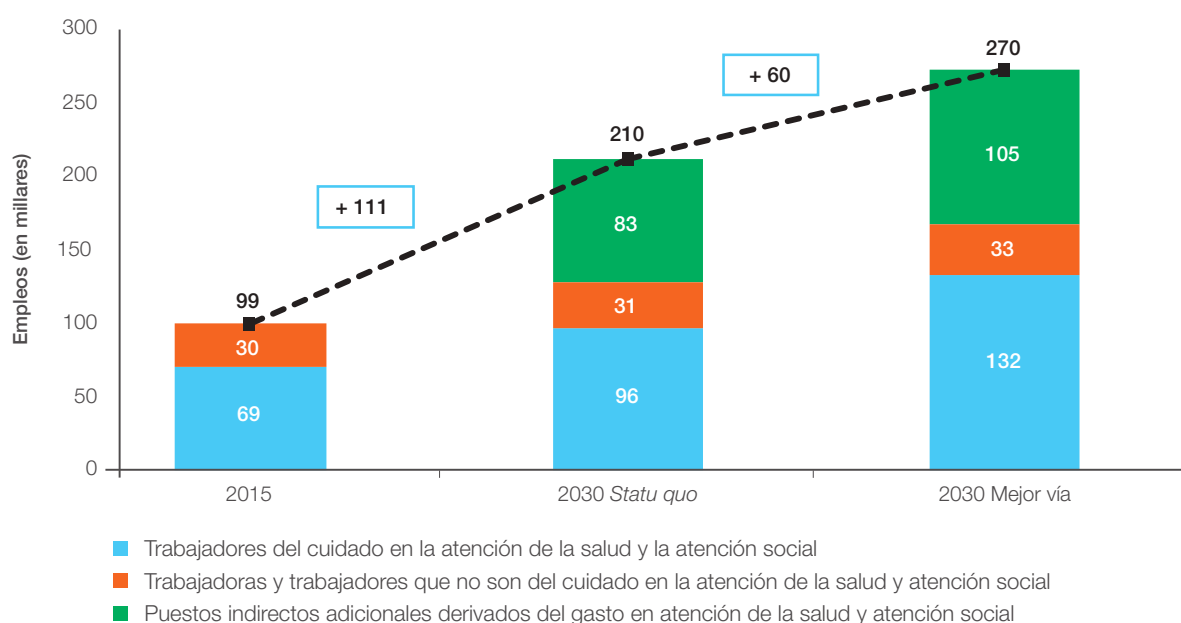
5.3.5. Estimaciones ampliadas del empleo general en el sector incluidas todas las categorías de trabajadores sanitarios

De manera similar a la sección 2.5.4 sobre la educación, en esta subsección se presenta una estimación más amplia del empleo general en el sector de la atención de la salud y la atención social en 2030 en el marco de los escenarios del *statu quo* y de la mejor vía. El empleo total en los 45 países en 2015 era de 99 millones (69 millones de trabajadoras y trabajadores del cuidado, incluidos los trabajadores sociales, y 30 millones de trabajadores que no son del cuidado) (gráfico 5.10).⁷³

En el marco del escenario del *statu quo* (donde el sector de la atención de la salud y la atención social se expande en paralelo con el cambio de población y las transformaciones demográficas hasta 2030, pero donde permanecen constantes las tasas de cobertura actuales y las ratios entre prestador del servicio y beneficiario), se espera que el empleo en la atención de la salud y la atención social aumente en más de una cuarta parte hasta los 127 millones de trabajadores. El impulso del aumento se debe predominantemente al aumento general de la población, que es del 8,6 por ciento a lo largo de 15 años para los 45 países incluidos en el análisis (gráfico 5.10).⁷⁴

En contraste, en el marco del escenario de la mejor vía se estima que el empleo en el sector puede aumentar hasta en un 66 por ciento hasta los 165 millones de trabajadores en 2030. El impulso a estos nuevos 38 millones de empleos se debe a la transformación demográfica hacia un envejecimiento de la población⁷⁵ y a la mejora de las tasas de cobertura en los cuidados de larga duración, según lo previsto en la simulación de la mejor vía. Las cifras de creación indirecta de puestos de trabajo son similares a las de las estimaciones anteriores, dado que el análisis no contiene una estimación separada para los gastos asociados.

Gráfico 5.10. Empleo en el sector de la atención de la salud y la atención social – Escenarios del *statu quo* y de la mejor vía, 2015 vs. 2030



Nota: Para 2015, cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.
 Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

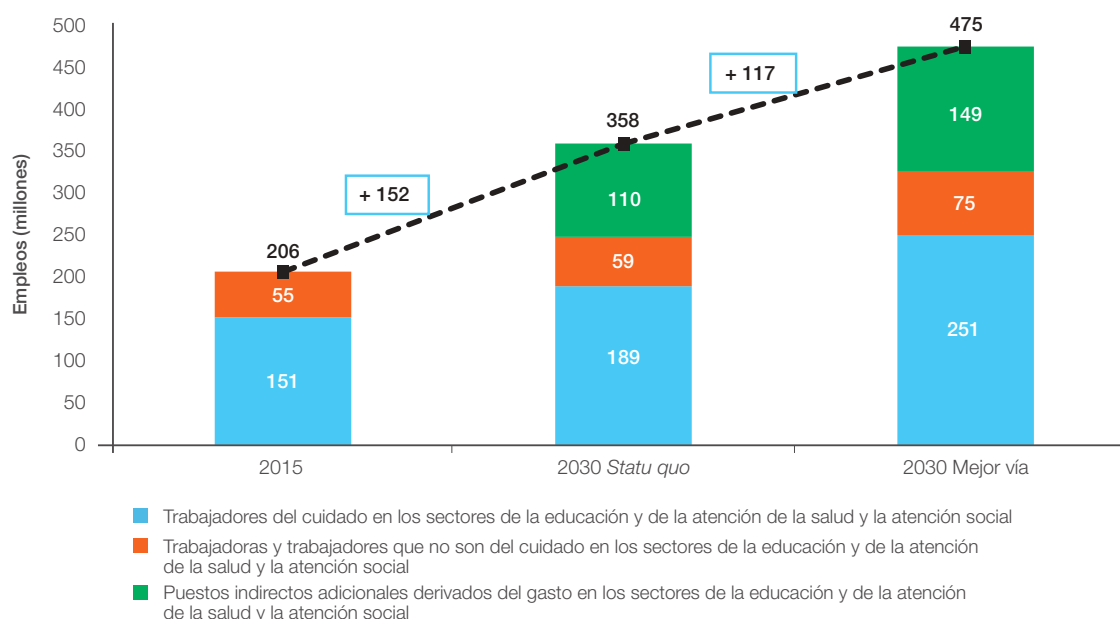
5.4. CREACIÓN TOTAL DE EMPLEO EN LOS SECTORES DEL CUIDADO

5.4.1. Resultados combinados en el empleo de la simulación de los empleos del cuidado

Los resultados combinados correspondientes a la educación, la atención de la salud y los cuidados de larga duración implican que aumentar la inversión en la economía del cuidado con el fin de cumplir las metas del ODS para 2030 ofrece un importante potencial para la creación de empleo. En lo que respecta a los 45 países incluidos en este análisis (que representan el 85 por ciento del PIB mundial y cerca del 60 por ciento de la población y la fuerza de trabajo mundiales), el escenario del *statu quo* significa que el número de trabajadores en el total del empleo del cuidado y del empleo indirecto relacionado con los cuidados podría alcanzar los 358,1 millones en 2030. El cumplimiento de múltiples metas del ODS en educación, incluidos los servicios formales de atención infantil, de atención de la salud y de cuidados de larga duración, junto con las metas relacionadas con la igualdad de género y el trabajo decente, tiene el potencial de generar un total de 117 millones de *empleos adicionales*, lo que arroja como resultado una cifra total de empleo en el cuidado y en el empleo indirecto relacionado con los cuidados de 475,1 millones de trabajadores (gráfico 5.11).⁷⁶ Esto representa un aumento del 33 por ciento por encima del escenario del *statu quo*.

Del total de los 117 millones de empleos adicionales, 62,1 millones (el 53 por ciento) son trabajadoras y trabajadores del cuidado en los sectores del cuidado y 16,5 millones (14 por ciento) son trabajadores en estos sectores que no prestan cuidados. Con un total de 78,6 millones de empleos, esta expansión sectorial representa el 67 por ciento de la creación adicional de empleo. Los empleos indirectos adicionales creados se elevan a 38,4 millones (el 33 por ciento del total de empleos adicionales creados). La AEPI y los cuidados de larga duración, con 20,4 y 29,8 millones de nuevos empleos, respectivamente, son los que más contribuyen a la creación adicional de empleo, representando el 43 por ciento del total de los nuevos empleos creados. Les sigue la atención de la salud, con 9,3 millones de nuevos empleos en el sector de la atención de la salud y la atención social.

Gráfico 5.11. Empleo total relacionado con el cuidado y empleo conexo en 2015 y 2030, escenarios *statu quo* y de la mejor vía



Nota: Para 2015, cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares. Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

Estas estimaciones de empleo posiblemente entrañan dos sesgos en direcciones opuestas. Por un lado, se infravalora la creación indirecta de empleos, puesto que en el análisis insumo-producto no se incluyen los efectos inducidos en el empleo que se derivarían del aumento de los gastos de consumo de los hogares. El número de empleos indirectos adicionales (38,4 millones) representa el límite inferior estimado de creación de empleo en otros sectores.

Por otro lado, el aumento del acceso a servicios formales de cuidados en la educación, incluidos la AEPI, la atención de la salud y los cuidados a largo plazo podría producirse a costa del empleo en el trabajo doméstico. Algunas trabajadoras y trabajadores domésticos de entre los más calificados probablemente conseguirían los nuevos empleos decentes en el cuidado, mientras que algunos de los menos calificados podrían perder oportunidades de empleo, aunque es probable que persista cierto nivel de empleo en el trabajo doméstico con una función complementaria a la prestación de servicios de cuidados. No obstante, las evidencias de tales contrapartidas entre el empleo en los sectores del cuidado y del trabajo doméstico no han resultado ser decisivas, por lo menos partiendo del análisis de los limitados datos disponibles de unos pocos países. El tratamiento de esta cuestión requiere un análisis más sólido a partir de datos más amplios y detallados.⁷⁷

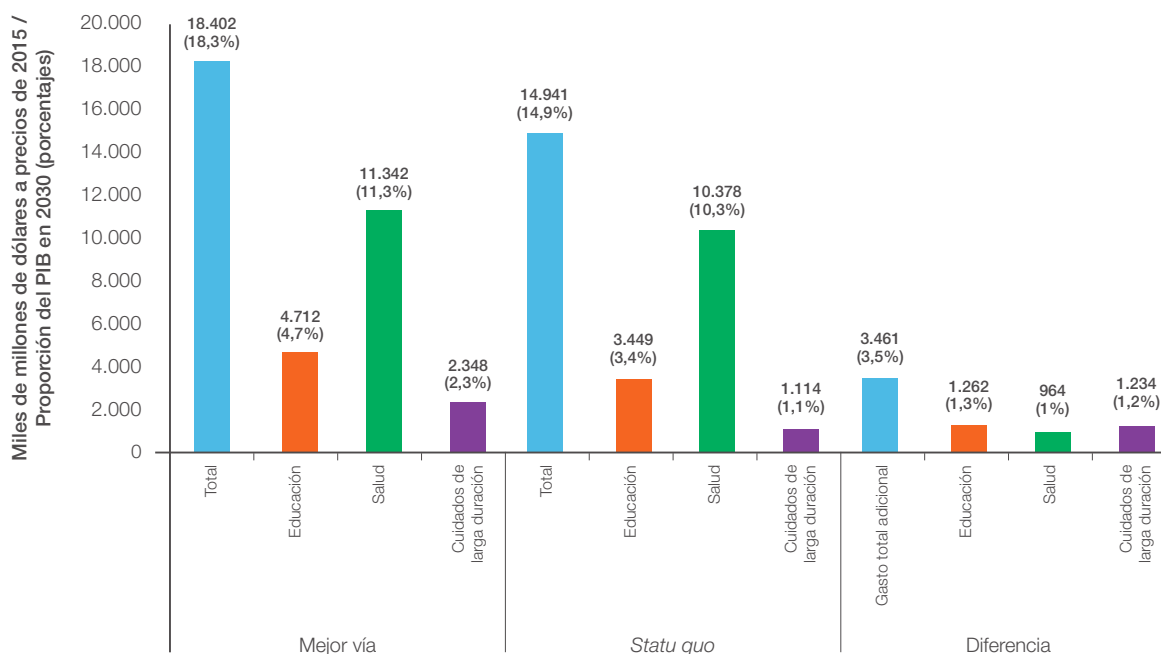
La falta de conclusiones sólidas relacionadas con las contrapartidas entre la prestación de servicios de cuidados y el empleo de trabajadoras y trabajadores domésticos podría indicar que estamos en presencia de un tipo diferente de contrapartidas. De hecho, la expansión de los servicios formales de cuidados podría tener como consecuencia predominante la sustitución del trabajo de cuidados no remunerado y no del trabajo doméstico (remunerado). Como se detalla ampliamente en el capítulo 2, se estima que 647 millones de cuidadoras y cuidadores no remunerados, mujeres en su mayoría, están fuera de la fuerza de trabajo debido a sus responsabilidades de prestación de cuidados. La expansión en la prestación de servicios de cuidados que hace falta para cumplir los ODS implicaría tanto el aumento de la demanda de algunos de esos cuidadores y cuidadoras no remunerados como la posibilidad de que ingresen en el mercado de trabajo como consecuencia de la redistribución de algunas de sus responsabilidades de prestación de cuidados.

5.4.2. Resultados en el gasto y en los ingresos fiscales de la simulación de los empleos del cuidado

En el marco del escenario del *statu quo*, el gasto total en el cuidado (público más privado) hasta 2030 se mantendría en USD 14,9 billones, correspondiente al 14,9 por ciento de la suma total del PIB previsto de los 45 países en 2030 (gráfico 5.12).⁷⁸ Dicho de otro modo, incluso manteniendo el estado de cosas actual en la educación y la atención de la salud, hará falta un aumento sustancial del gasto desde su nivel actual del 8,7 por ciento del PIB (correspondiente a los 45 países incluidos en este análisis en 2015) hasta el 14,9 por ciento del PIB previsto en 2030. El impulso de este aumento se debe al crecimiento de la población y, principalmente, a la transformación demográfica, particularmente el aumento de los costos en atención de la salud y en cuidados de larga duración.

Como alternativa, hacer realidad el escenario de la mejor vía producirá un gasto total en cuidados (público más privado) de USD 18,4 billones, correspondiente a aproximadamente el 18,3 por ciento del PIB total previsto de los 45 países en 2030. Dicho de otra manera, cumplir los ODS en materia de educación y de salud para colmar los déficits en el cuidado exige un gasto adicional correspondiente a 3,5 puntos porcentuales del PIB previsto en 2030. De este gasto adicional, 1,3 puntos porcentuales se deben al gasto adicional en educación, 1 punto porcentual al gasto adicional en salud y 1,2 puntos porcentuales al gasto en cuidados de larga duración para personas de edad avanzada.

Gráfico 5.12. Gasto total en cuidados, por sector



Fuente: Ilkharacan y Kim, de próxima aparición.

La diferencia de 3,5 puntos porcentuales en el PIB previsto en 2030 contribuye simultáneamente a dos objetivos (cuadros 5.2 y 5.4): primero, conseguir las tasas de matriculación en la educación (desde la AEPI a la educación terciaria) y, segundo, cumplir las tasas de cobertura del conjunto de la población en cuidados de salud y de la población de personas de edad avanzada en cuidados de larga duración con el fin de alcanzar las metas fijadas por el ODS 3 (salud para todos) y 4 (educación para todos). Además, este nivel de gasto asegura el logro de estas metas en condiciones de trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado. Los docentes de la AEPI y la educación primaria y secundaria reciben salarios acordes con las normas nacionales. El personal sanitario mantiene el nivel de sus salarios y las trabajadoras y trabajadores de cuidados de larga duración reciben al menos el salario mínimo legal, reduciendo con ello a la mitad la brecha existente entre sus salarios y los del personal de enfermería.

La sostenibilidad fiscal del aumento del gasto público en servicios formales de cuidados se puede examinar en términos del aumento estimado de los ingresos en tanto que proporción del gasto público necesario para la expansión del cuidado orientada a la consecución de los ODS.⁷⁹ Se pueden hacer estimaciones rastreando el aumento del PIB como consecuencia del crecimiento del gasto general en el cuidado formal utilizando el análisis de insumo-producto y las ratios entre los ingresos y el PIB correspondientes a cada país.⁸⁰

Se estima que el rendimiento fiscal constituye aproximadamente el 10,5 por ciento de los desembolsos iniciales de gastos (públicos más privados). Añadiendo otros ingresos distintos a los impuestos, el total del rendimiento fiscal se eleva al 17,4 por ciento del conjunto de los desembolsos iniciales de

gastos. No hay diferencia alguna de ingresos en tanto que proporción del gasto entre los escenarios de la mejor vía y del *statu quo* porque en uno y en otro son constantes las ratios entre los impuestos y los ingresos.⁸¹ Por otro lado, una simulación de impuestos y beneficios basada en microdatos podría arrojar diferentes resultados, pues tendría en cuenta heterogeneidades en el plano individual que generarían cambios desproporcionados en los ingresos imponibles y en los tipos del impuesto sobre la renta.

Por ejemplo, en el informe de una evaluación hecha en Turquía⁸², utilizando datos más desglosados, se notifica un rendimiento fiscal por el aumento del gasto en AEPI del 26 por ciento, mientras que en el actual ejercicio fiscal, ese rendimiento por el gasto en educación correspondiente a Turquía se evalúa en el 21,6 por ciento. Esto se acerca a los resultados expuestos en el presente capítulo y se puede utilizar como comparación para darles validez. Debe tenerse en cuenta que, si en la simulación del empleo se incluyeran también los efectos inducidos, el rendimiento fiscal calculado sería aún mayor. El estudio sobre Turquía concluye que, incluyendo los efectos inducidos (como el aumento en la generación de empleo), el rendimiento fiscal puede aumentar hasta el 39 por ciento.

5.4.3. Composición por sexos de la expansión del empleo en la simulación sobre los empleos del cuidado

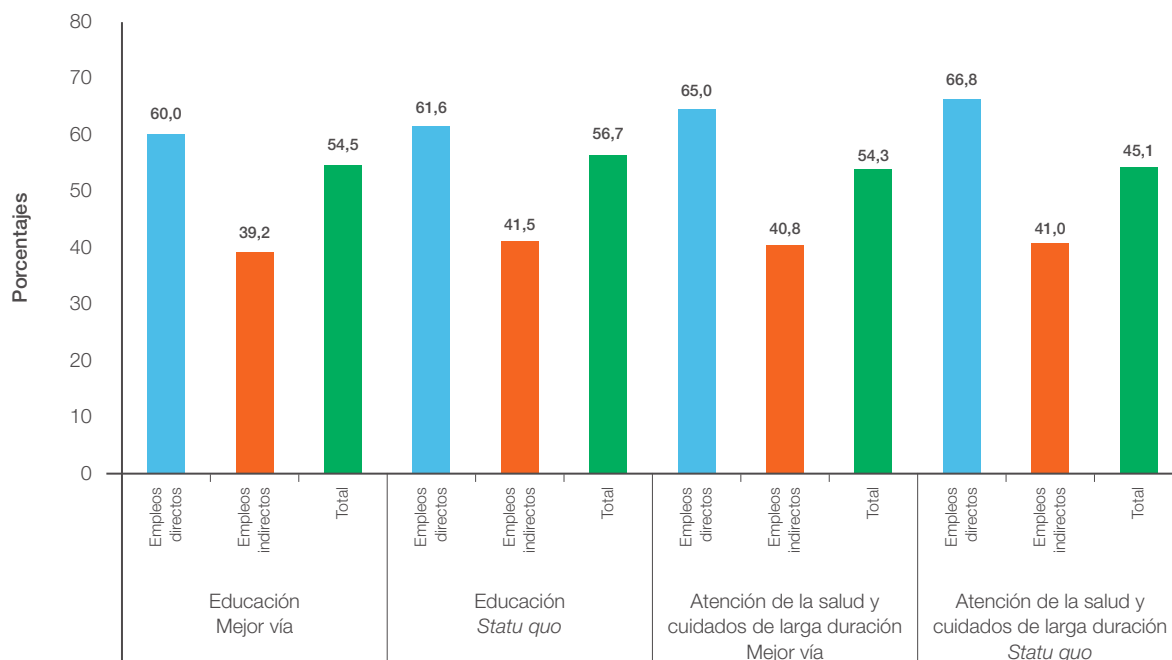
La proporción de mujeres en el empleo directo es del 60 por ciento en el sector de la educación y del 65 por ciento en el de la atención de la salud y la atención social en el marco del escenario de la mejor vía (gráfico 5.13). Su proporción en el empleo indirecto es menor en ambos casos, entre el 39 y el 41 por ciento aproximadamente. Las proporciones del empleo femenino en el escenario de la mejor vía son ligeramente inferiores a las del escenario del *statu quo*. En lo que se refiere al empleo total, la proporción de las mujeres es del 55 por ciento en la educación y del 54 por ciento en el sector de la salud en el marco del escenario de la mejor vía, y el 57 y el 55 por ciento, respectivamente, en el marco del escenario del *statu quo*.

El análisis demuestra que la inversión en servicios de cuidados de calidad constituye una intervención política estratégica para aumentar el empoderamiento económico de las mujeres mediante la creación de oportunidades de empleo decente. Puede generar empleos no solo en los sectores del cuidado, donde predominan las mujeres, sino también en todo el resto de la economía, beneficiando tanto a los trabajadores como a las trabajadoras. Estas repercusiones positivas pueden ser incluso mayores cuando las trabajadoras y los trabajadores del cuidado reciben una remuneración justa por sus servicios, cuando se educa a más niñas y niños en mejores condiciones y cuando son más las personas que acceden a la atención médica y a los cuidados de larga duración.

5.5. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA SIMULACIÓN

El presente estudio sobre escenarios alternativos de empleo en el cuidado en 2030 se basa en 45 países, que representan el 85 por ciento del PIB mundial y cerca del 60 por ciento de la población y la fuerza de trabajo mundiales. La suma del empleo actual en los sectores de la educación y de la atención de la salud y la atención social en estos 45 países asciende a aproximadamente 206 millones de trabajadores. De estos, 82 millones (en la educación) y 68,4 millones (en la atención de la salud y la atención social) son trabajadoras y trabajadores del cuidado, mientras que 25,3 millones (en la educación) y 29,7 millones (en la atención de la salud y la atención social) son trabajadores que no prestan cuidados.⁸³ Esto constituye casi el 10 por ciento del empleo total de estos países, con variaciones importantes. En aproximadamente una docena de países, el empleo combinado de los sectores de la educación y de la atención de la salud representa más de una quinta parte de su empleo total, lo que prueba la buena cobertura actual de sus sistemas de salud y de educación (pero no necesariamente de la AEPI ni de los cuidados de larga duración). El gasto actual en atención de la salud y atención social y educación de estos 45 países (sumando el gasto público y el privado) representa el 8,7 por ciento de su PIB total.⁸⁴

Gráfico 5.13. Proporción de mujeres en el empleo total, por sector



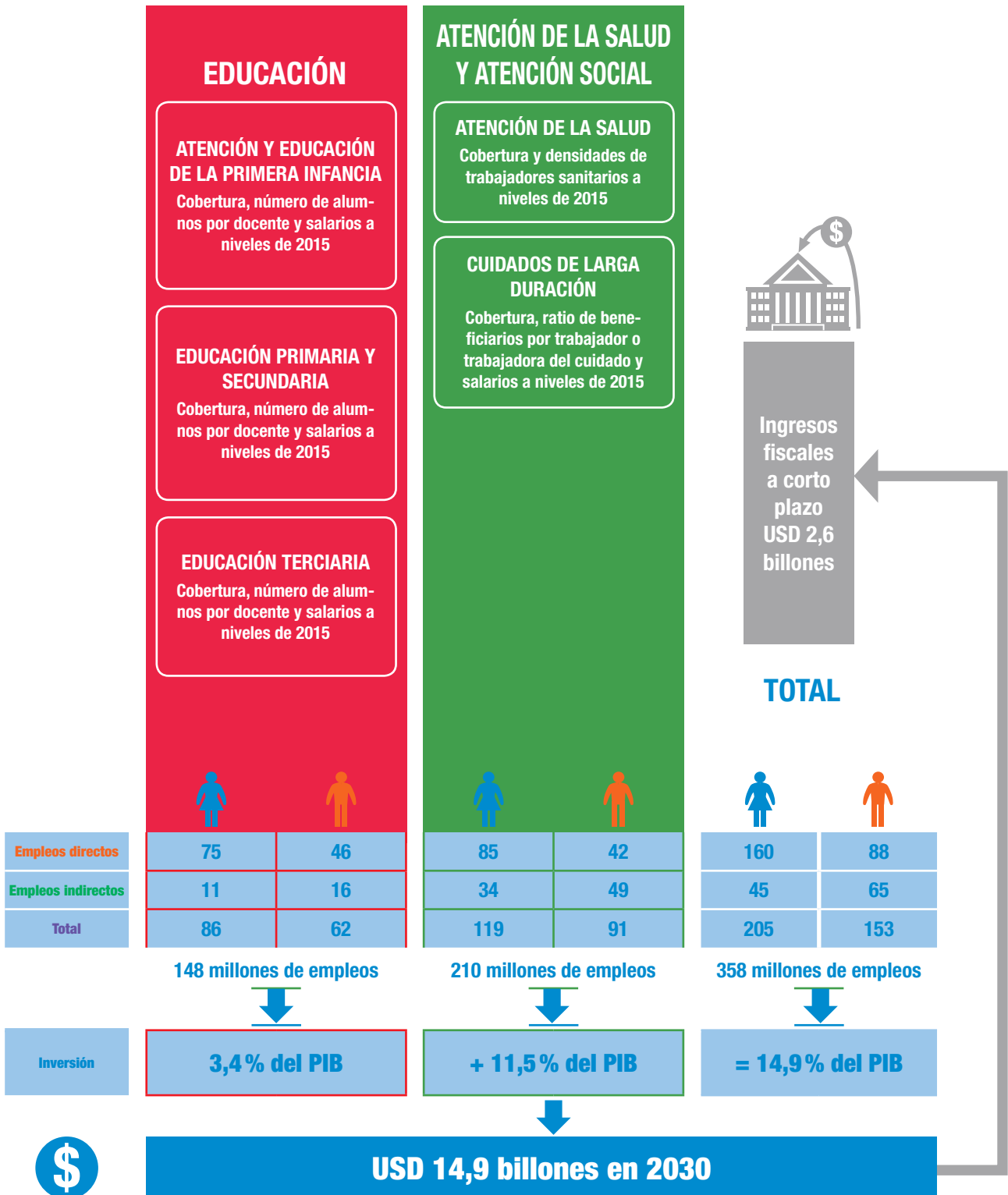
Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.

En el escenario del *statu quo* se asume que el empleo en el cuidado cambiará en consonancia con la población y las transformaciones demográficas hasta 2030, pero que las actuales tasas de cobertura y normas de calidad en los sectores de la educación y de la atención de la salud y la atención social permanecerán constantes, lo que arrojará déficits en el cuidado que persistirán hasta 2030. Se estima que el empleo sectorial total en la educación y en la atención de la salud y la atención social probablemente aumente en un 20 por ciento hasta un total de 247,6 millones de empleos para 2030 (93 y 95,6 millones de trabajadoras y trabajadores del cuidado y 28,5 y 30,5 millones de trabajadores que no prestan cuidados en la educación y en la atención de la salud y la atención social, respectivamente). Además, se espera que gracias a las concatenaciones regresivas del gasto sectorial se generen en otros sectores 110,5 millones de empleos, por lo que la creación total de empleo resultante será de 358,1 millones de puestos de trabajo (gráfico 5.14).

Los resultados de la simulación macroeconómica muestran que aumentar las inversiones en la economía del cuidado a fin de conseguir las metas del ODS para 2030 ofrece un importante potencial de creación de nuevos empleos. En lo que respecta a los 45 países incluidos en el presente análisis, el alcanzar múltiples metas del ODS en materia de educación, incluidos la atención infantil formal, la atención de la salud y los cuidados de larga duración, y crear empleos decentes para las mujeres y los hombres, exigiría más de un tercio (36,6 por ciento) de aumento del gasto en educación (impulsado sobre todo por la expansión de la AEPI) y alrededor de un quinto (19,1 por ciento) de aumento del gasto en atención de la salud (impulsado sobre todo por la expansión de los cuidados de larga duración). Con tal aumento del gasto en cuidados para alcanzar las metas del ODS se puede generar un total de 117 millones de nuevos puestos de trabajo adicionales además de los creados en el marco del escenario del *statu quo*, sumando un total de 475 millones de empleos. De este empleo adicional generado, 78,6 millones de puestos de trabajo estarían en la educación y en la atención de la salud y la atención social, aumentando el empleo sectorial total de 205,5 millones de empleos en su nivel actual

Gráfico 5.14. Resumen de los resultados de la simulación

ESCENARIO DEL *STATU QUO* – 2030



ESCENARIO DE LA MEJOR VÍA – 2030



EDUCACIÓN

ATENCIÓN Y EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA
 50% de cobertura y número de alumnos por docente de 10 (de 0 a 2 años de edad)
 100% de cobertura y número de alumnos por docente de 15 (de 3 a 5 años de edad)
 Salarios equivalentes a 4,5 veces el PIB per cápita; o Salario medio de graduados de educación terciaria

EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
 100% de cobertura y número de alumnos por docente de 31 en la escuela primaria
 100% de cobertura y número de alumnos por docente de 28 en la escuela secundaria
 Salarios equivalentes a 4,5 veces el PIB per cápita; o Salario medio de graduados de educación terciaria

EDUCACIÓN TERCIARIA
 Aumento de la matriculación de un 30%
 Salarios al nivel de 2015

Empleos directos	97	64
Empleos indirectos	17	27
Total	114	91

ATENCIÓN DE LA SALUD Y ATENCIÓN SOCIAL

ATENCIÓN DE LA SALUD
 Cobertura universal
 Densidades de trabajadores sanitarios de al menos 4,5 por 1000 habitantes
 Salarios a niveles de 2015

CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
 Cobertura del 12,4% de la población de 65 años en adelante
 Ratio de beneficiarios por trabajador o trabajadora del cuidado a niveles de 2015
 Reducción a la mitad de la brecha salarial entre el personal de enfermería y las trabajadoras y trabajadores del cuidado; o Fijación de los salarios de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado al nivel del salario mínimo en caso de ser inferiores

Empleos directos	107	58
Empleos indirectos	43	62
Total	150	120

Ingresos fiscales a corto plazo USD 3,2 billones

TOTAL

Empleos directos	204	122
Empleos indirectos	60	89
Total	264	211

8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

USD 18,4 billones en 2030

Empleos directos	97	64
Empleos indirectos	17	27
Total	114	91

205 millones de empleos

270 millones de empleos

475 millones de empleos

Inversión	4,7% del PIB	+ 13,6% del PIB	= 18,3% del PIB
-----------	--------------	-----------------	-----------------



USD 18,4 billones en 2030

a 326,2 millones de empleos para 2030. Los otros 38,4 millones de empleos son puestos de trabajo adicionales creados en otros sectores gracias al aumento del gasto en los servicios de cuidados. Esta cifra representa el límite inferior de la estimación de creación de empleo en otros sectores, puesto que en el análisis insumo-producto no se incluyeron los efectos inducidos en el empleo que provocaría el aumento del gasto de consumo de los hogares.

Conseguir las metas del ODS en materia de educación, incluida la AEPI según se la define en el escenario de la mejor vía, supone la mayor contribución a la creación de empleo en los sectores del cuidado, generando un total de 39,7 millones de nuevos puestos de trabajo en el sector de la educación. El segundo elemento que más contribuye a la creación de empleo es el sector de los cuidados de larga duración, con la creación de 29,6 millones de nuevos puestos de trabajo decente. Le sigue la atención de la salud, con 9,3 millones de nuevos empleos en el sector en cuestión.

En el marco del escenario del *statu quo*, el gasto total (público más privado) en los cuidados en 2030 se mantendría en USD 14,9 billones, correspondiente al 14,9 por ciento de la suma total prevista del PIB de los 45 países en 2030.⁸⁵ El aumento en el marco del escenario del *statu quo*, desde el nivel actual del 8,7 por ciento del PIB (en 2015) al 14,9 por ciento en 2030, está impulsado por la transformación demográfica y por el aumento de los costos de la atención de la salud y los cuidados de larga duración. Hacer realidad el escenario de la mejor vía daría como resultado un gasto total en cuidados de USD 18,4 billones (gasto público más privado), correspondiente a alrededor del 18,3 por ciento del PIB total previsto de los 45 países en 2030. Se calcula que, como mínimo, el 17,5 por ciento del gasto adicional se recuperaría a corto plazo (durante el primer año) mediante los ingresos fiscales (gráfico 5.14).

OBSERVACIONES FINALES: LA MEJOR VÍA HACIA EL TRABAJO DEL CUIDADO

Las conclusiones que se han resumido más arriba dan una idea clara de la amplitud del desafío que conlleva satisfacer las necesidades futuras de los cuidados en la salud, incluidos los cuidados de larga duración, y en la educación, incluida la educación de la primera infancia, si el mundo se compromete a lograr los ODS. Las conclusiones muestran que las tendencias demográficas detalladas en el capítulo 1 implican que mantener solo la cobertura y las condiciones de trabajo actuales (que en muchos casos no son decentes o, en los casos en que son adecuadas, ya están experimentando una pérdida de calidad) entrañaría un considerable esfuerzo de inversiones. También nos muestra con claridad la otra cara de la moneda: si la inversión en la prestación de servicios de cuidados no aumenta al menos en 6 puntos porcentuales del PIB mundial de aquí a 2030, los déficits de cobertura aumentarán y las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado se deteriorarán con los recortes que se hagan para intentar cubrir algunos de estos déficits. Como se muestra en el capítulo 4, esta situación se traduce en que el empleo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado sea en la economía informal, con sus condiciones inadecuadas de trabajo, en la que actualmente están sobrerrepresentadas las trabajadoras y los trabajadores tanto domésticos como migrantes. También significa que en los hogares y en las comunidades aumentará la prestación de trabajo de cuidados no remunerado realizado especialmente por mujeres (con o sin un empleo), y el resultado será la perpetuación de las desigualdades de género en el mercado de trabajo, como se mostró en el capítulo 2. Esta situación posiblemente se traduzca también en niveles inferiores de bienestar para las personas que reciben los cuidados.

Las conclusiones presentadas en este capítulo se basan en la identificación país por país de necesidades de cuidados sin cubrir y las metas normativas fijadas por los ODS. Cumplir los ODS es posible, y para ello hacen falta inversiones públicas y privadas de otros 3,5 puntos porcentuales del PIB mundial por encima del nivel de las inversiones en el marco del escenario del *statu quo*. Las conclusiones muestran que invertir en la atención y la educación de la primera infancia y en los cuidados de larga duración aporta las contribuciones más grandes a la creación de empleo. Estas son dos de las políticas del cuidado descritas en el capítulo 3, donde aparecen con más obvedad los déficits en materia de cuidados. También ofrecen el mayor potencial para obtener resultados positivos en la igualdad de género en el trabajo.

Detrás del análisis por escenarios presentado en este capítulo hay dos supuestos que vale la pena tener en cuenta. Uno es que queda margen para la expansión del PIB: las inversiones en la prestación de servicios de cuidados tienen lugar en economías que distan de alcanzar el pleno empleo, lo cual es el caso de la mayoría de las 45 economías para las cuales se simularon los escenarios en 2015. En consecuencia, invertir en el escenario de la mejor vía a los cuidados no es un juego de suma cero, donde otros sectores de la economía se sacrifican para poder ampliar la prestación de servicios de cuidados. Por el contrario, invertir en el escenario de la mejor vía implica una expansión del empleo que se ve ampliada gracias a los efectos del aumento de la demanda en toda la economía.

Como se subrayó en los capítulos 1 y 4, la prestación de servicios de cuidados tiene externalidades que justifican el aumento de la prestación pública a través de financiación pública con el fin de cubrir los actuales déficits de cobertura. La prestación de servicios puede adoptar la forma de prestación pública o prestación privada regulada o subvencionada por el Estado⁸⁶, pero en esencia requiere la asignación de recursos públicos que, como se ha mostrado en el presente capítulo, son sustanciales.

La inversión pública inicial queda parcialmente correspondida a corto plazo con ingresos fiscales que pueden sostener la prestación de servicios públicos de cuidados. Las conclusiones expuestas anteriormente son muy conservadoras en lo que se refiere a la estimación del aumento de los ingresos fiscales relacionados con el escenario de la mejor vía. No tienen en cuenta ni los efectos inducidos de la expansión en la demanda ni las diferentes repercusiones de varias corrientes de ingresos (imposición al consumo frente a la imposición al patrimonio, por ejemplo) en el total de la recaudación fiscal. Con todo, está claro que financiar la expansión de los servicios de cuidados exige ampliar el espacio fiscal de los países. Los países pueden estudiar alternativas de financiación para promover los ODS y el desarrollo nacional; por ejemplo, volviendo a dar prioridad al gasto en servicios de cuidados frente a otros gastos fiscales y aumentar la financiación mediante la expansión fiscal.⁸⁷

El segundo supuesto que se plantea en el análisis de este escenario es que existe la oferta para satisfacer la demanda de trabajadoras y trabajadores del cuidado. Los informes de la UNESCO⁸⁸ y de la OMS⁸⁹ en los que se basan estos escenarios, indican que bien puede ser que haya restricciones de la oferta de trabajadoras y trabaja-

dores del cuidado, en particular de los que tienen una formación académica más elevada y que son más proclives a emigrar. En estos informes se proponen estrategias para mejorar la coherencia entre las políticas de los países en materia de salud y de educación y las relacionadas con fomentar la oferta de personal cualificado para la prestación de cuidados. Estas estrategias exigen intervenciones del sector público y mecanismos de solidaridad internacional para evitar que las lagunas que tienen los países de ingresos superiores sean cubiertas y generen déficits de personal del cuidado en los países de ingresos bajos.

NOTAS

- 1 OIT, 2017d; Manyika *et al.*, 2017.
- 2 Manyika *et al.*, 2017.
- 3 OIT, 2016i; De Henau *et al.*, 2016; De Henau *et al.*, 2017.
- 4 El presente capítulo se basa en Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.
- 5 De Henau *et al.*, 2016; De Henau *et al.*, 2017.
- 6 Estas estimaciones comprenden tanto los efectos en empleos indirectos (debidos a las demandas que las expansiones en el sector del cuidado producen en otros sectores) como los efectos inducidos por el empleo (relacionados con el aumento de la demanda de consumo al gastarse sus ingresos estos nuevos trabajadores, generando efectos en toda la economía).
- 7 Ilkkaracan, Kim y Kaya, 2015.
- 8 Los países son los siguientes: Argentina, Australia, Austria, Bélgica, el Brasil, Brunei, Bulgaria, el Canadá, China, Chipre, la República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, la India, Indonesia, Irlanda, Italia, el Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, México, los Países Bajos, Polonia, Portugal, la República de Corea, Perú, Filipinas, Rumania, la Federación de Rusia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Túnez, Turquía, Reino Unido, los Estados Unidos y Viet Nam.
- 9 Si bien los países de ingresos altos están sobrerrepresentados en esta muestra, en ella hay cuatro países de ingresos medios inferiores (India, Indonesia, Filipinas y Viet Nam) y nueve países de ingresos medios superiores (Argentina, Brasil, Bulgaria, China, México, Perú, Rumania, Federación de Rusia y Turquía).
- 10 La conceptualización operativa de los servicios del cuidado que aquí se utiliza se basa en la definición de empleo del cuidado. Véase el anexo A.3.
- 11 Estimaciones correspondientes a 2015.
- 12 Basado en las proporciones de los sectores en el PIB en 2011 y aplicadas a 2015 por falta de información contable de la rama de actividad correspondiente a 2015.
- 13 No incluye por tanto las estimaciones sobre la expansión del número de trabajadoras y trabajadores domésticos.
- 14 Como se explica más abajo, para cada uno de los servicios de cuidados analizados se han adoptado diferentes hipótesis sobre los salarios.
- 15 El análisis insumo-producto es un análisis de equilibrio parcial utilizado para determinar el efecto de un flujo unidireccional de fondos procedente de una fuente externa (en este caso, el gasto en los sectores del cuidado). Entre otros supuestos del análisis insumo-producto figuran: coeficientes de producción fijos; concatenaciones progresivas y regresivas fijas; precios fijos, incluidos los salarios; estructura económica fija; multiplicadores fijos; y composición de género en el empleo fija. Sin embargo, la manera en que se utiliza el análisis insumo-producto se limita a la determinación de la creación indirecta de empleo. La creación directa de empleo no se obtiene a partir del análisis insumo-producto; se ajusta para tener en cuenta el cambio tecnológico en el sector de la salud e incluye los costos de las mejoras en los salarios del sector del cuidado.
- 16 El análisis insumo-producto revela la creación indirecta de empleos en sectores distintos a los del cuidado y también en los sectores del cuidado, dado que los sectores utilizan su propio producto como insumos intermedios en un flujo circular. No obstante, en el análisis no se toma en consideración la creación indirecta de empleos en los sectores del cuidado.
- 17 Los indicadores temáticos hacen referencia a las ratios de matrícula y al número de años de acceso a la AEPI sin especificar ninguna otra meta. En el informe de la UNESCO de Educación para Todos (UNESCO, 2015b, págs. 63-87 y 343-344) se proponen algunas metas e indicadores sobre la calidad de la AEPI en el marco de los ODS.
- 18 La base para establecer metas cuantitativas y cualitativas en el marco del escenario de la mejor vía la constituye la información procedente de recientes evaluaciones hechas por organismos internacionales como la UNESCO, la OCDE y la OIT. De la definición de “cuidado formal” se han excluido los cuidados infantiles prestados a domicilio por empleados remunerados “sin ninguna estructura entre la cuidadora o el cuidador y los padres (arreglos directos)” con el fin de tener en cuenta únicamente los cuidados infantiles que reconocidamente cumplen determinados criterios de calidad (Comisión Europea, 2008, pág. 2).
- 19 Esto es preferible a limitarse a utilizar “la tasa más alta de matriculación formal”, que aún podría exhibir una alta dependencia de

- personal doméstico informalmente empleado para el cuidado de los niños. A este respecto se debe observar que las definiciones de “informal” de la OCDE y la OIT son diferentes. Mientras que para la OIT el cuidado infantil “informal” hace referencia a la situación de las trabajadoras o los trabajadores empleados, la OCDE define el “cuidado infantil informal” como aquel “que prestan los abuelos u otros parientes, amigos o vecinos y a cambio del cual el prestador no recibió remuneración”. Véase también el capítulo 2.
- 20 Véase también la sección 4.3 del capítulo 4, conglomerado 1.
- 21 OCDE, 2017c, 2017e.
- 22 Con la excepción de Finlandia, que registra una tasa de matrícula relativamente inferior.
- 23 UNESCO, 2018.
- 24 UNESCO, 2017, pág. 36.
- 25 Marope y Kaga, 2015.
- 26 Las pruebas indican que las cifras máximas de 20 niños por aula o grupo de aprendizaje y las ratios entre el número de niños y el personal calificado de aproximadamente 10 a 1 o menos son las más eficaces en los países desarrollados para obtener resultados de aprendizaje. Algunas organizaciones internacionales han recomendado una ratio máxima entre el número de niños y el personal de 15 a 1 en los niveles de preprimaria de los países de ingresos altos, mientras que algunos países bajan esa marca hasta 3 a 1 para niños de 0 a 12 meses y 5 a 1 para la educación de los niños de 1 a 3 años.
- 27 OIT, 2013c.
- 28 Véase Shaeffer, 2015; Wils, 2015.
- 29 UNESCO, 2015b, pág. 343.
- 30 OIT, 2013c.
- 31 UNESCO, 2015b, pág. 20.
- 32 UNESCO, 2015b.
- 33 *Ibid.*
- 34 EPT y UNESCO, 2015.
- 35 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al gasto.
- 36 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al empleo.
- 37 Estos cálculos producen resultados en los que las diferencias entre los escenarios de la mejor vía y del *statu quo* en empleo directo, indirecto y total correspondiente a los totales ampliados son similares a los totales iniciales presentados.
- 38 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al empleo.
- 39 Lipszyc *et al.*, 2012, pág. 8.
- 40 OMS, 2016b.
- 41 *Ibid.*
- 42 Cometto *et al.*, 2016.
- 43 OMS, 2017.
- 44 OMS, 2016b, pág. 6.
- 45 Este umbral se fija al nivel mínimo necesario para lograr el nivel medio de cumplimiento (25 por ciento) correspondiente a este índice compuesto de 12 indicadores: 1) planificación familiar; 2) cobertura de cuidados prenatales; 3) asistencia especializada en el parto; 4) vacuna DTP3 (difteria - tétanos y tos ferina); 5) tabaquismo; 6) agua potable; 7) saneamiento; 8) terapia antirretroviral; 9) tratamiento de la tuberculosis; 10) cirugía de cataratas; 11) diabetes; 12) tratamiento de la hipertensión.
- 46 En “otros cuadros” se incluyen otras siete categorías amplias de personal sanitario, de acuerdo con la definición de la Base de datos estadísticos de la OMS sobre el personal sanitario en el mundo: personal de odontología; personal de farmacia; trabajadores sanitarios de laboratorio; trabajadores de salud pública y ambiental; trabajadores de salud comunitarios y tradicionales; trabajadores de gestión de la salud; y otros trabajadores sanitarios; incluidos los asistentes médicos, dietistas, nutricionistas, profesionales de la terapia ocupacional, técnicos en aparatos de diagnóstico y tratamiento médico, optometristas, ópticos oftálmicos, fisioterapeutas, trabajadores del cuidado personal, especialistas en patologías del lenguaje y estudiantes de medicina. En el cálculo se utiliza un multiplicador para todos los demás cuadros basado en los países de los que se dispone de datos.
- 47 Para los documentos que sirvieron de antecedente al informe de la OMS (2016b), véase Cometto *et al.* (2016) y Liu *et al.* (2017). Partiendo de 165 países con datos suficientes para elaborar previsiones, Cometto *et al.* (2016) prevén que la creciente demanda de trabajadores sanitarios dará como resultado otros 40 millones de trabajadores sanitarios más en profesiones de la salud en el mundo para 2030, pero se concentrarán principalmente en países de ingresos altos e ingresos medios superiores. Los cálculos del estudio indican que habrá un déficit de otros 18 millones de trabajadores sanitarios para cumplir las metas de los ODS y de la cobertura sanitaria universal, y que la mayor parte del déficit corresponderá a países de ingresos bajos e ingresos medios inferiores.

De nuevo sobre la base de 165 países, Liu et al. (2017) prevén que la demanda mundial de trabajadores sanitarios para cumplir las metas de la cobertura sanitaria universal, sobre la base de 4,45 trabajadores por cada 1000 habitantes, llegará a los 80 millones de trabajadores, pero la oferta (si persisten las tendencias actuales) permanecerá en 65 millones, arrojando un déficit de 15 millones de trabajadores.

- 48 OMS, 2016b.
- 49 OMS, 2017.
- 50 Tomblin Murphy *et al.*, 2016b.
- 51 Tomblin Murphy *et al.*, 2016a.
- 52 Tomblin Murphy *et al.*, 2016b.
- 53 *Ibid.*
- 54 OMS, 2016b.
- 55 OMS, 2018.
- 56 Estas cifras representan promedios no ponderados de datos nacionales procedentes de la Base de Datos de Gasto Global en Salud.
- 57 OMS, 2006, pág. 7.
- 58 OMS, 2006.
- 59 Liu *et al.*, 2017; Tomblin Murphy *et al.*, 2016a, 2016b.
- 60 Debe observarse que los cambios tecnológicos que economizan en mano de obra también están implícitos en los déficits de trabajadores sanitarios correspondientes a los países de la OCDE, según los datos de Murphy *et al.* (2016a, 2016b).
- 61 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al gasto.
- 62 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al empleo.
- 63 El déficit de 18 millones de trabajadores notificado en la Declaración de Dublín es a escala mundial y solo comprende profesionales sanitarios.
- 64 Scheil-Adlung, 2015.
- 65 Se ha llegado a esta cifra en tanto que media ponderada según la población de los países de la OCDE de los que se dispone de datos. Se sugiere que puesto que “los países de la OCDE no califican de satisfactoria la disponibilidad de trabajadores de cuidados de larga duración” (Scheil-Adlung, 2015, pág. 24), se puede asumir que esta densidad constituye un umbral mínimo.
- 66 Un total de 12 de los 45 países incluidos en el análisis o bien no notifican estadísticas sobre gasto público en cuidados de larga duración o no destinan ningún gasto a esta partida; 12 países gastan menos del 0,5 por ciento del PIB, entre ellos China e India, donde se asigna únicamente el 0,1 por ciento del PIB.
- 67 Según la definición de Scheil-Adlung, 2015.
- 68 En el promedio ponderado según la población se excluye a Islandia, país para el que no se dispone de información. El promedio del 12,4 por ciento no incluye las prestaciones en efectivo para cuidados de larga duración y por tanto representa el límite inferior de la tasa de cobertura para estos países que tienen cobertura universal en su legislación.
- 69 Colombo *et al.*, 2011.
- 70 Véase la discusión al respecto en *ibid.*, págs. 206-208.
- 71 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al gasto.
- 72 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al empleo.
- 73 Estos cálculos arrojan resultados en los que las diferencias entre los escenarios de la mejor vía y del *statu quo* en el empleo directo, indirecto y total correspondiente a los totales ampliados son similares a los totales iniciales presentados.
- 74 Véase el anexo A.5 para las estimaciones por país relativas al empleo.
- 75 Se prevé que, para los 45 países analizados, la población de personas de edad avanzada aumente en un 61 por ciento en 2030.
- 76 El gráfico 5.11 resume la información contenida en los gráficos 5.6 y 5.10.
- 77 Para un análisis más pormenorizado, véase Ilkharacan y Kim, de próxima aparición.
- 78 Las previsiones del PIB correspondientes al año 2030 se basan en el aumento real del PIB que prevé el FMI, aumento porcentual anual. La serie contiene la tasa de crecimiento hasta 2020, y las cifras se extrapolaron a 2030 ampliando esa tasa de crecimiento. Véase FMI, 2018.
- 79 En estas estimaciones se asume implícitamente que las proporciones del gasto público y privado permanecerán constantes para cada país hasta 2030. Por tanto, el aumento del gasto público es menor que el aumento del gasto total, en el que se basa el rendimiento fiscal.
- 80 Las inyecciones (el gasto) se multiplican por los multiplicadores del producto de las ramas de actividad correspondientes por país, lo que arroja los aumentos de la producción bruta. El aumento de este se multiplica por la ratio entre el PIB y la producción bruta por país, lo que convierte los aumentos del producto en aumentos del PIB. Estos últimos se multiplican a continuación por las ratios entre los impuestos y el PIB y entre los ingresos

- y el PIB a fin de obtener los ingresos fiscales y totales en USD. Estas cantidades se comparan a continuación con las inyecciones y el PIB en 2015. Los impuestos lo son de todo tipo, por ejemplo, sobre la renta, sobre los inmuebles, el de sociedades, el IVA y otros comprendidos en la categoría “impuestos”, que es una parte de los “ingresos”. Estos ocupan en la clasificación un lugar más alto que los impuestos, dado que entre los ingresos los hay también no fiscales, como las contribuciones sociales y otros ingresos públicos (incluidos los derechos de timbre y tasas distintas a las donaciones). El componente principal lo constituyen las contribuciones sociales aportadas por los trabajadores y los empleadores. Véase en el anexo A.5 las estimaciones sobre el rendimiento fiscal.
- 81 Puesto que los costos son diferentes, también lo es el rendimiento fiscal, en términos absolutos.
- 82 Ilkkaracan y Kim, de próxima aparición.
- 83 Las cifras son de 2011.
- 84 Sobre la base de las partes del PIB correspondientes a estos sectores en 2011 y aplicadas a 2015 a falta de información contable sobre la rama de actividad en 2015.
- 85 Las previsiones del PIB en 2030 se basan en los cálculos del FMI sobre el aumento del PIB real, aumento porcentual anual. La serie contiene la tasa de aumento hasta 2020, que se extrapola hasta 2030 ampliando la tasa de aumento de 2020. Véase http://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD.
- 86 Ilkkaracan, 2018.
- 87 OIT, 2017m; Ilkkaracan, 2018.
- 88 UNESCO, 2015b.
- 89 OMS, 2016b.

CAPÍTULO 6

La mejor vía para cuidar del futuro del trabajo decente

PRINCIPALES MENSAJES

- El círculo “trabajo de cuidados no remunerado–trabajo remunerado–trabajo de cuidados remunerado” tiene importantes repercusiones para el bienestar de los receptores de los cuidados, de las cuidadoras y cuidadores no remunerados y de los trabajadores y las trabajadoras del cuidado, por lo que es esencial para el futuro del trabajo decente.
- El trabajo de cuidados no remunerado constituye el principal obstáculo para la participación de las mujeres en los mercados de trabajo, siendo un determinante para que el empleo de ellas sea de peor calidad que el de los hombres.
- El número actual de trabajadoras y trabajadores del cuidado y la calidad de sus empleos son insuficientes para atender el aumento y la evolución de las demandas de cuidados. A fin de lograr los ODS, el empleo en los cuidados debería aumentar aún más y crearse puestos de trabajo decentes para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.
- La mejor vía al trabajo de cuidados decente, basada en principios de justicia social, perseguiría cinco objetivos de política esenciales: el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado; su reducción; su redistribución; el aumento en cantidad y calidad del trabajo de cuidados; y la representación en el diálogo social de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y los receptores de los cuidados.
- La consecución de estos objetivos de política exige la adopción de políticas transformadoras en los cinco ámbitos siguientes: el cuidado, la macroeconomía, la protección social, el trabajo y la migración. Estas políticas deberían estar orientadas a atender la amplia variedad de necesidades de cuidados actuales y futuras, y a promover la igualdad de género en el trabajo y en el seno de la familia.
- Las inversiones en el trabajo de cuidados de buena calidad ofrecen múltiples beneficios a corto y largo plazo para el futuro del trabajo decente. Se crearía un número considerable de nuevos empleos que atraerían a hombres y mujeres, con lo que se reduciría la segregación ocupacional por motivo de género en los sectores del cuidado y las mujeres que lo desearan tendrían más tiempo para tomar un empleo remunerado.
- Las lecciones aprendidas de las experiencias de varios países en todo el mundo resaltan la importancia de reconocer que la distribución desigual de la prestación de cuidados impulsa enormemente las desigualdades de género y de ingresos. También muestran la importancia de adoptar un enfoque de la protección social basado en derechos y sensible de apoyar agendas de diálogo social y de igualdad de género.
- La participación de gobiernos, empleadores, trabajadores y sus organizaciones, así como la participación activa de los representantes de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados y de los receptores de los cuidados, son condiciones previas fundamentales para transitar con éxito por la mejor vía hacia el trabajo de cuidados decente. Hoy, los mandantes de la OIT tienen en sus manos un futuro de trabajo que sea deliberadamente decente.

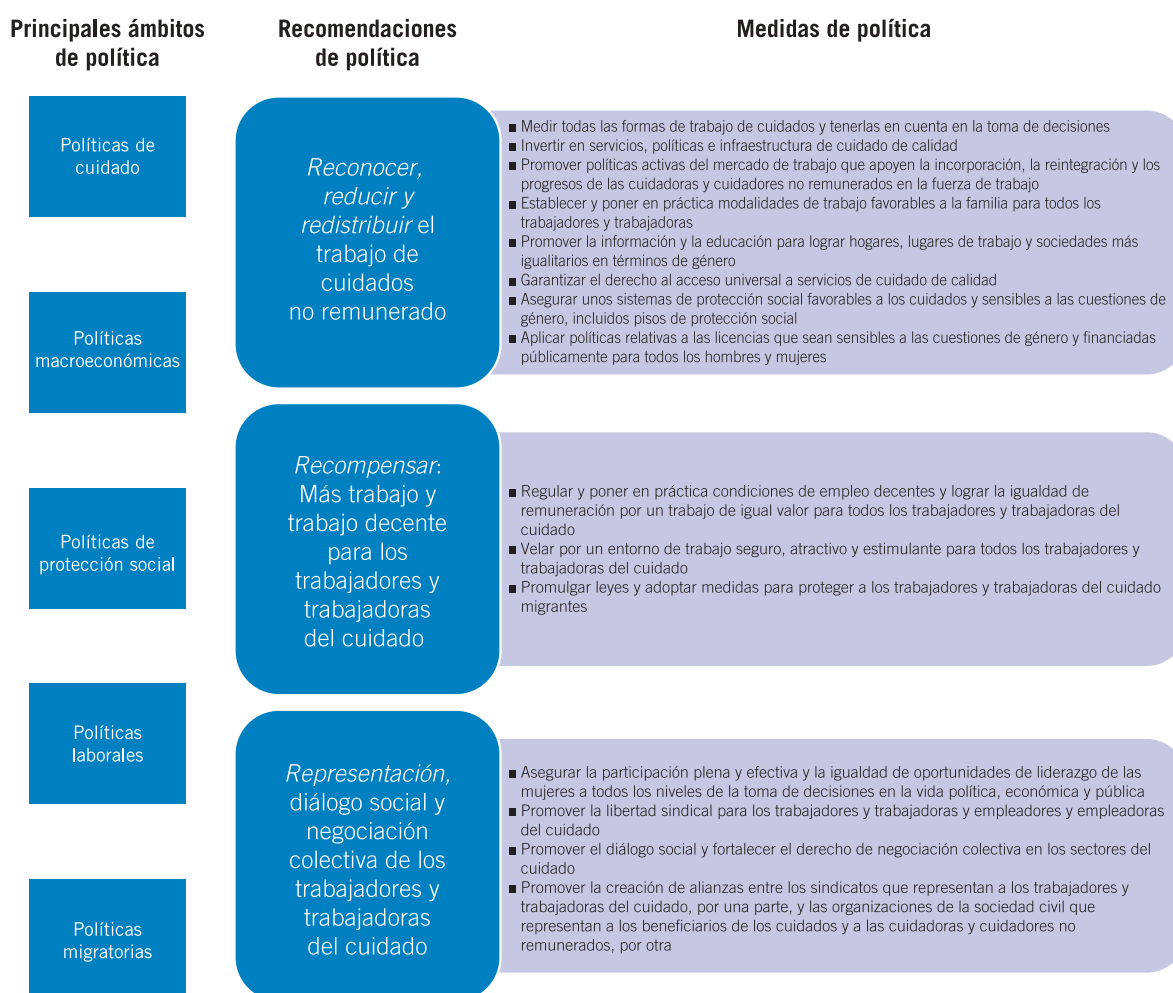
6.1. UN ENTORNO DE POLÍTICA PROPICIO A LA MEJOR VÍA HACIA EL TRABAJO DE CUIDADOS

El presente informe ha mostrado que el trabajo de cuidados ocupa un lugar central en un futuro con trabajo decente. El trabajo de cuidados es esencial para la existencia sana y próspera de los seres humanos así como para la sostenibilidad de las economías y las sociedades. Las relaciones son un aspecto del trabajo de cuidados no remunerado que puede llenar mucho a quienes los prestan. También fortalece el bienestar de las personas y refuerza los vínculos dentro de las familias y entre las generaciones. Sin embargo, cuando es intenso, arduo y desigualmente distribuido, el trabajo de cuidados no remunerado puede convertirse en una fuente de desigualdades en los hogares y en el mercado de trabajo, con el resultado de pobreza tanto de tiempo como de ingresos. Como se vio en el capítulo 2, el trabajo de cuidados no remunerado constituye el principal motivo de que las mujeres encargadas de prestarlos estén fuera de la fuerza de trabajo. También es fuente de las desventajas que arrastran estas mujeres, mayores que las que no tienen responsabilidades de cuidados, cuando toman un empleo. Como se mostró en el capítulo 3, las políticas de cuidado pueden facilitar la inclusión en el mercado de trabajo de las cuidadoras y cuidadores a tiempo completo no remunerados, en particular los procedentes de grupos desfavorecidos, y crean oportunidades de generación de empleo y de igualdad de género. En el capítulo 5 se abogó por invertir en la prestación de servicios de cuidados a fin de cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), mostrando que con ello no solo aumentaría el bienestar tanto de los receptores de cuidados como de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, sino que también se generarían nuevos puestos de trabajo en los sectores del cuidado, impulsando el crecimiento. Si se pueden crear puestos de trabajo decente en el cuidado, y en la cantidad necesaria, con la expansión del empleo en los cuidados se podrían cubrir las lagunas de cobertura de los servicios de cuidados y mejorar las condiciones de trabajo de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, como se indicó en el capítulo 4. La redistribución de algunas de sus responsabilidades de cuidados haría también posible que las cuidadoras y cuidadores no remunerados que no lo hubieran hecho aún tomaran un trabajo remunerado.

Este informe ha mostrado que los fundamentos de la mejor vía hacia el trabajo de cuidados tienen que consistir en medidas transformadoras en cinco ámbitos de política principales: el cuidado, la macroeconomía, la protección social, el trabajo y la migración (ver el gráfico 6.1). Estas políticas son transformadoras cuando se conciben y se orquestan de forma que contribuyan al reconocimiento del valor del trabajo de cuidados no remunerado, a la reducción de los aspectos ingratos de determinadas formas del trabajo de cuidados y a la redistribución de las responsabilidades del cuidado entre las mujeres y los hombres y entre los hogares y el Estado.¹ Son igualmente transformadoras las políticas que también recompensan adecuadamente a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y promueven su representación así como la de las personas que reciben los cuidados y las que prestan los cuidados sin ser remuneradas.

El trabajo de cuidados es un “bien social” que beneficia a las sociedades, las economías y las personas por igual. Al Estado debería corresponderle la responsabilidad principal de definir las prestaciones y la calidad de los servicios de cuidados, actuando como prestador directo, entidad legal y fundamental de financiación y regulador del mercado. El diálogo social tripartito, junto con la representación de los receptores de los cuidados, las cuidadoras y cuidadores no remunerados y las trabajadoras y trabajadores del cuidado, son esenciales para construir la mejor vía hacia el trabajo de cuidados, una vía cuyo fruto sea la igualdad de género. El fundamento y la legitimidad de una mejor vía hacia el trabajo de cuidados reside en las normas internacionales del trabajo pertinentes² que se examinaron en el capítulo 1 (véase la sección 1.3 y el cuadro 1.1 del anexo 1).³ También es esencial un entorno de política transformador que propicie el trabajo de cuidados decente con igualdad de género a fin de hacer realidad la Agenda 2020 para el Desarrollo Sostenible (véase el recuadro 1.3 del capítulo 1).

Gráfico 6.1. El marco de las cinco “R” para el trabajo de cuidados decente: lograr el escenario de “la mejor vía” hacia el trabajo de cuidados que contemple la igualdad de género



Fuente: Elaboración propia.

6.2. RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE POLÍTICA PARA TRANSITAR POR LA MEJOR VÍA HACIA EL TRABAJO DE CUIDADOS

En la presente sección se exponen las recomendaciones de política y las medidas tendientes a inspirar la actuación política de los mandantes de la OIT para que logren la mejor vía hacia el trabajo de cuidados. Se agrupan en el marco de las cinco “R” para el trabajo de cuidados decente: *reconocer, reducir y redistribuir* el trabajo de cuidados no remunerado; *recompensar* a las trabajadoras y trabajadores del cuidado con más trabajo que sea decente; y garantizar la *representación*, el diálogo social y la negociación colectiva de esas trabajadoras y trabajadores. Cada grupo de recomendaciones de política se corresponde con un conjunto de medidas de política encaminadas a contribuir al logro de la mejor vía hacia el trabajo de cuidados. Estas medidas se siguen de las conclusiones de los anteriores capítulos, donde se exponen las experiencias innovadoras de algunos países para apoyar las recomendaciones de política, y se guían por las disposiciones de las normas pertinentes de la OIT.

6.2.1. Reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado

1. Medir todas las formas de trabajo, incluido el trabajo de cuidados no remunerado y el empleo en el cuidado

Elaborar encuestas de trabajo y de uso del tiempo para evaluar la cantidad y el valor del trabajo de cuidados no remunerado

Se estima que el trabajo de cuidados no remunerado, incluido el trabajo de voluntario y el trabajo en formación, representa alrededor del 9 por ciento del PIB mundial (véase el capítulo 2). Las encuestas de trabajo y las encuestas de uso del tiempo son dos instrumentos complementarios que miden el trabajo de cuidados no remunerado al tiempo que recogen en qué medida y bajo qué condiciones las cuidadoras y los cuidadores no remunerados pueden participar en la fuerza de trabajo (capítulo 2). En los últimos decenios se ha logrado un avance considerable con respecto a la realización de encuestas sobre el uso del tiempo en países tanto desarrollados como en desarrollo.⁴ En América Latina, la medición del valor económico del trabajo de cuidados no remunerado es constitucional o jurídicamente obligatoria en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela, mientras que Colombia, Ecuador y México ya han establecido cuentas satélites del sector de los hogares. Tales datos pueden utilizarse como base para llevar a cabo cambios institucionales, reconocer derechos legales y elaborar mejores políticas del cuidado, como sucede en Colombia (véase el recuadro 6.1).

El aumento de los esfuerzos por comprender la amplitud y la naturaleza del trabajo de cuidados no remunerado en países de ingresos bajos ha contribuido también a la elaboración de nuevos cuestionarios de las encuestas sobre la fuerza de trabajo. Por ejemplo, en 2016-17 la OIT llevó a cabo estudios piloto nacionales en 9 países⁶ aplicando la nueva Resolución I de la 19.^a CIET para medir el trabajo de producción para el autoconsumo, distinguiendo el tiempo consagrado al trabajo doméstico no remunerado, el cuidado de los niños no remunerado y el cuidado de personas adultas dependientes no remunerado.⁷

Tener en cuenta el trabajo de cuidados no remunerado en el análisis macroeconómico y en todas las formas de adopción de decisiones

Las políticas macroeconómicas, como las políticas fiscales y monetarias, influyen en la distribución del trabajo de cuidados no remunerado y en la segregación de mujeres y hombres en diferentes tipos de ocupaciones.⁸ Como se mostró en el capítulo 2, la consecuencia de ello son desigualdades de género tanto en la fuerza de trabajo como dentro del hogar. Tener en cuenta el trabajo de cuidados no remunerado en el análisis macroeconómico ayuda a descubrir los efectos en las mujeres y en los hombres de políticas macroeconómicas aparentemente neutrales en cuanto al género. Por ejemplo, en tiempos de crisis los recortes del gasto público en políticas del cuidado tienen un efecto desproporcionado sobre las mujeres, como se vio en muchos países en la estela de la crisis económica de 2008.⁹ En el Reino Unido, el Women's Budget Group estimó que las madres solteras fueron las más golpeadas por los recortes del gasto y por los cambios en las políticas fiscales, tras la introducción de los conjuntos de medidas de consolidación fiscal. Las mujeres sufrieron un descenso del 16,6 por ciento de sus ingresos, frente al 4,1 por ciento de pérdida que experimentaron las parejas en edad de trabajar sin hijos.¹⁰

Los análisis macroeconómicos sensibles a las cuestiones de género permiten identificar y corregir los sesgos de género y de prestación de cuidados en la política presupuestaria y fiscal. La elaboración de presupuestos de género ("gender budgeting") es una estrategia ideada para conseguir la igualdad entre las mujeres y los hombres centrada en la manera en que se recaudan y se gastan los recursos

Recuadro 6.1. Avances en la medición del trabajo de cuidados no remunerado: el caso de Colombia

En Colombia, la Ley 1413 de 2010 sobre la economía del cuidado obliga a medir la contribución de las mujeres al desarrollo económico y social en tanto que herramienta para definir y aplicar las políticas públicas. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) tiene el mandato de coordinar la aplicación de encuestas sobre el uso del tiempo y construir la cuenta satélite de la economía del cuidado.⁵ Según el DANE, en 2012-13 se realizó un total de 34.754 millones de horas de trabajo de cuidados no remunerado, correspondientes a un valor monetario del 19,3 por ciento del PIB de 2012. Alrededor del 79 por ciento de este trabajo de cuidados no remunerado fue realizado por mujeres y el 21 por ciento, por hombres.

Los datos recogidos y los posteriores análisis han constituido la base para elaborar políticas destinadas a afrontar las necesidades del cuidado. El Plan de Desarrollo 2014-18 comprende la creación de un Sistema Nacional de Cuidados junto con “Agenda Nacional sobre la Economía del Cuidado”.

Fuente: DANE, 2013; DNP, 2014; Congreso de Colombia, 2010; Esquivel y Kaufmann, 2017.

públicos.¹¹ Muchos países en desarrollo y desarrollados se han implicado en la elaboración y el uso de tales presupuestos, con el resultado de importantes reformas de política en algunos de ellos.¹² En el Japón, por ejemplo, la creciente atención a las políticas de género ha desembocado en la adopción de medidas destinadas a reducir el acoso a la maternidad en el lugar de trabajo, mientras que en los Países Bajos se introdujeron cambios en el modo de asignar los fondos a la educación superior.¹³ Tras un acuerdo firmado en 2015 entre el Ministro de Educación y las universidades e institutos de investigación holandeses, estos últimos recibirán el pago completo de las subvenciones estatales solamente si para 2020 al menos el 30 por ciento del cuerpo de profesores, profesores adjuntos y miembros de los consejos de administración son mujeres.¹⁴ En el Brasil, la elaboración de presupuestos de género ha llevado a la creación de un amplio programa de atención sanitaria para mejorar la salud de las mujeres, mientras que en México aumentaron los fondos asignados a programas de atención de la salud maternal, lo que produjo un descenso de la mortalidad maternal y un aumento de la esperanza de vida.¹⁵ En la India, la elaboración de presupuestos de género viene utilizándose desde hace tiempo como herramienta de la política fiscal para atender cuestiones de igualdad de género y de objetivos de desarrollo para niñas y mujeres en la educación, la salud y el acceso a infraestructuras, entre otros servicios públicos.¹⁶ Entre los logros conseguidos en Uganda se cuenta el aumento de la asignación presupuestaria para hacer el seguimiento de los esfuerzos por aumentar la participación y la retención de las niñas en la escuela.¹⁷ En el caso de Rwanda, finalmente se adoptó una ley orgánica del presupuesto que incluye como principio fundamental que se elabore con perspectiva de género.¹⁸

2. Invertir en servicios, políticas e infraestructura de cuidado de calidad

Crear un espacio fiscal para invertir en políticas de cuidado

Normalmente las pérdidas de empleo y los recortes de gasto público en los sectores del cuidado se compensan mediante el tiempo y los esfuerzos adicionales que consagran las mujeres al trabajo no remunerado.¹⁹ La financiación de las políticas de cuidado se puede obtener creando un espacio fiscal. Para esto hace falta establecer estructuras impositivas más transparentes, progresivas y redistributivas que aporten un aumento de los ingresos fiscales. Este enfoque es más sostenible que el de la consolidación fiscal y da menos lugar a que aumenten las desigualdades. Ampliar el espacio fiscal significa aplicar impuestos más altos a la riqueza que al consumo o al trabajo.²⁰ Otras maneras podrían ser, por ejemplo, fijar un impuesto medioambiental u otro tipo de imposición a las externalidades negativas (como las emisiones de efecto invernadero), que también podrían aportar nuevas fuentes de ingresos fiscales.

Además, podría estudiarse la exención o la reducción sustancial de impuestos al trabajo en ocupaciones del cuidado, especialmente el trabajo doméstico, en tanto que modo efectivo de impulsar la transición a la formalización de los empleos del cuidado. También es factible ofrecer incentivos fiscales similares como ayuda a la prestación de trabajo de cuidados no remunerado durante la licencia parental u otra licencia relacionada con el cuidado (por ejemplo, eximiendo de impuestos a las prestaciones en efectivo para cuidados u otras prestaciones en efectivo) o a los servicios de cuidados prestados por los empleadores, como las guarderías en el lugar de trabajo. Además, los regímenes impositivos podrían permitir que quienes tengan gastos relacionados con los cuidados los deduzcan en sus declaraciones, como ocurre en un pequeño número de países (32 de 177), entre los que se encuentran la Argentina, Francia, México, la República de Corea y los Estados Unidos. Los regímenes fiscales deberían privilegiar las declaraciones por separado en las familias con dos obtentores de ingresos o procurar no gravar al obtentor de menos ingresos (normalmente la mujer) con un tipo marginal más elevado.²² Con este objetivo presente, Austria llevó a cabo una reforma fiscal fundamental en 2007, procurando que el sistema ofreciera mayores incentivos para que las mujeres busquen un trabajo remunerado.²³

Crear un espacio fiscal es viable incluso en países de ingresos bajos. En un Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas se estimó que los cinco países en desarrollo estudiados (Bangladesh, Camboya, Ghana, la República Unida de Tanzania y Uganda) podían ser capaces de generar un 4 por ciento más de PIB en ingresos tributarios en un decenio.²⁴ El espacio fiscal puede lograrse mejorando la eficacia de la recaudación tributaria y haciendo frente a las limitaciones institucionales y de capacidad. Muchos países del África Subsahariana han generado ingresos públicos de esta manera; por ejemplo, Rwanda, donde entre 1998 y 2005 se registró un incremento del 60 por ciento. También se pueden introducir nuevos impuestos a las transacciones financieras y podría utilizarse la mayoría de los ingresos resultantes para financiar políticas y servicios sociales, como el acceso a la atención de la salud y a la protección social, como hizo Brasil desde 1997 hasta 2008.²⁵ Finalmente, otras dos formas de financiar las políticas relacionadas con el cuidado podrían ser el endeudamiento público y la reestructuración de la deuda.

Invertir en servicios de cuidados de calidad en la educación y en la atención de la salud y la atención social

Invertir en la prestación de servicios de cuidados de calidad en la educación (incluida la atención y la educación de la primera infancia (AEPI) y en la atención de la salud y la atención social (incluidos los cuidados de larga duración y los cuidados de personas con discapacidades) es necesario para hacer frente a los requerimientos de cuidados, para redistribuir y reducir el trabajo de cuidados no remunerado y para que las mujeres y los hombres puedan acceder al trabajo decente (véanse los capítulos 3 y 4). Las políticas macroeconómicas que promueven la mejor vía hacia el trabajo de cuidados tienen el potencial de aumentar el bienestar de quienes reciben los cuidados y de las cuidadoras y cuidadores no remunerados y de crear puestos de trabajo decente en el cuidado, así como en otros sectores, impulsando el crecimiento económico (véase el capítulo 5). Los estados deberían reforzar el vínculo entre las reformas de la política fiscal destinadas a crear un espacio fiscal para la prestación de cuidados directos y las inversiones en servicios e infraestructuras del cuidado.

Para que los países mantengan el ritmo de la expansión demográfica de las necesidades del cuidado a los actuales niveles de cobertura y de empleo de cuidados de baja calidad, harán falta nuevas inversiones de aproximadamente 6 puntos porcentuales del PIB mundial de aquí a 2030. Cumplir los compromisos de los ODS relacionados con la educación y con la atención de la salud y la atención social, incluida la creación de trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, exigirá un esfuerzo adicional de 3,5 puntos porcentuales del PIB (véase el capítulo 5).

El cumplimiento de los ODS alberga la promesa de ampliar la cifra del empleo total en estos sectores desde 205 millones de trabajadores en la actualidad (en 45 países seleccionados) a 326 millones de trabajadores. Esto significa un aumento del 60 por ciento de aquí a 2030 en el empleo

en los sectores de la educación y de la atención de la salud y la atención social. La inversión en la economía del cuidado también genera 149 millones de empleos indirectos (esto es, empleos en otros sectores), con lo que el total del empleo generado es de 475 millones de trabajadores hasta 2030 (véase el capítulo 5).

Las externalidades positivas de la prestación de cuidados y las contrapartidas entre el número de receptores de cuidados y la calidad del cuidado ofrecido significan que la prestación pública es esencial (factor reconocido en los ODS) y que los proveedores privados desempeñan una función subsidiaria y bien regulada en la prestación de servicios de cuidados (véase el capítulo 4).

Invertir en infraestructuras relacionadas con el cuidado que reduzcan la pesadez del trabajo y ayuden a mitigar los efectos del cambio climático

Mejorar el acceso de los receptores de los cuidados, de las cuidadoras y cuidadores no remunerados y de las trabajadoras y trabajadores del cuidado no remunerados a infraestructuras de calidad tiene una enorme repercusión en la igualdad de género y en el bienestar general, contribuyendo a hacer realidad varios ODS (véase el recuadro 1.4/visual). Sin embargo, el acceso a servicios de AEPI, escuelas, universidades, hospitales y centros de cuidados de larga duración sigue siendo limitado. También sucede lo mismo con las infraestructuras relacionadas con el cuidado, sobre todo en los países de ingresos bajos e ingresos medios y en las zonas rurales (véase el capítulo 3), en los que las mujeres y los componentes de los grupos sociales desfavorecidos son los más desposeídos. La infraestructura relacionada con los cuidados, cuando la hay, con frecuencia no es accesible para las niñas y los niños y los adultos que viven con discapacidades. Adoptando un enfoque inclusivo, los gobiernos y las organizaciones pueden hacer que las infraestructuras existentes o recién construidas sean accesibles para todos.²⁶ Por ejemplo, facilitando una plataforma de asiento y rampas de acceso para que los usuarios de sillas de ruedas puedan acceder a la bomba manual de agua de la comunidad, instalando encima de una letrina de pozo un banco ajustado para hacer más fácil su uso o proporcionando infraestructuras y personal docente a fin de atender las necesidades educativas especiales de las niñas y los niños con discapacidades.²⁷ Con respecto a la educación, invertir en la construcción de nuevas escuelas, sobre todo en zonas alejadas, es una manera eficiente de aumentar la matriculación y los indicadores relacionados con la calidad de la educación (por ejemplo, ratios de alumnos por profesor y tasas de retención). Contar con un edificio que albergue la escuela es el primer paso para asegurar que las niñas y los niños puedan asistir a clase, como indican las experiencias de Mozambique, Marruecos y Afganistán (véase el recuadro 6.2).²⁸

Recuadro 6.2. Construir escuelas es el primer paso para aumentar el acceso a la educación

En Mozambique, el número de centros de enseñanza primaria y secundaria se triplicó entre 1992 y 2010 y siguen construyéndose escuelas y aulas nuevas. Junto con las labores de supresión de los derechos de matrícula, la construcción de escuelas permitió a Mozambique reducir sustancialmente el número de niños que nunca habían ido a la escuela e incrementar su tasa neta de escolarización en casi 35 puntos porcentuales. En Marruecos, el acceso a la educación se amplió gracias a la Carta Nacional de Educación y Formación, en la que se proclamó el periodo 2000-2009 “decenio de la educación”, especialmente centrado en el fomento de la equidad. Las importantes inversiones en infraestructuras escolares de zonas rurales permitieron avances impresionantes en el acceso a la enseñanza primaria. En Afganistán, la implantación experimental de escuelas comunitarias en ciertas aldeas en 2007 hizo que la escolarización aumentara 42 puntos porcentuales.

Fuente: UNESCO, 2015b.

Recuadro 6.3. Afrontar el cambio climático con empleos verdes y políticas sensibles con los cuidados

En **Bangladesh**, gracias a la iniciativa de micropréstamos Grameen Shakti, se han podido instalar más de 100 000 sistemas hogareños de energía solar en comunidades rurales. Este proyecto no solo crea oportunidades de formación y de empleo, incluso para las mujeres, sino que también proporciona energía limpia a los hogares y ofrece importantes beneficios de salud dejando también tiempo libre para consagrarse a actividades generadoras de ingresos.

En **Kenya**, un sistema portátil de bajo costo (Flexi Biogas System) posibilita la producción de biogás limpio. Con ello las mujeres pueden ahorrar el tiempo que antes se consagraba a reunir leña y reduce los gases tóxicos y las partículas de polvo que produce la combustión de la leña y que son perjudiciales para la salud de las personas y para el medio ambiente.

En **Etiopía**, un programa de obras públicas, el Programa de Protección Social Productiva (PSNP), permite aumentar la resiliencia y adaptarse al cambio climático, invirtiendo en la creación de activos comunitarios para revertir la grave degradación de las represas de agua y proporcionando un suministro de agua más fiable en condiciones climáticas diferentes.

En la **India**, el Proyecto de Desarrollo de Represas de Karnataka tenía como finalidad mejorar el potencial productivo de determinadas represas y de reforzar los dispositivos comunitarios e institucionales para la gestión de los recursos naturales. Se consiguieron aumentos en los ingresos, el empleo y la productividad agrícola entre los participantes más pobres en el proyecto. Se formaron más de 6000 grupos de autoayuda de mujeres para impulsar formas sostenibles de ganarse la vida. Muchos de los sistemas innovadores de seguimiento y evaluación del proyecto han sido adoptados por el Ministerio de Agricultura central de la India y su nuevo Organismo Nacional de Zonas de Secano para utilizarlo en todos los programas gubernamentales de represas en toda la India.

Fuente: OIT, 2009; IFAD, 2016b; Hallegatte et al., 2016; Banco Mundial, 2012a.

Mejorar el acceso de los hogares a infraestructuras básicas como el agua, el saneamiento y la electricidad puede reducir notablemente la pesadez del trabajo doméstico y las desigualdades de género, mitigando al mismo tiempo los efectos del cambio climático y adaptándose a ellos.²⁹ El desarrollo sostenible y la mejora del acceso de las mujeres rurales e indígenas a las infraestructuras básicas pueden ir de la mano con la mejora de sus formas de ganarse la vida y con condiciones de trabajo decentes mediante la creación de “empleos verdes”. Esto se puede afrontar mediante proyectos y políticas que faciliten el acceso de los hogares a represas de agua o a combustible para utilizarlos para cocinar, y que también aseguren que dichas infraestructuras produzcan energía verde y renovable, como sucede por ejemplo en Bangladesh y en Kenya (véase el recuadro 6.3). Las empresas verdes, la gestión y el reciclado de los residuos y las energías renovables, priorizados por la OIT en su Programa de empleos verdes, son vitales para hacer realidad el potencial de las mujeres y los hombres rurales e indígenas en tanto que agentes decisivos del cambio para una mejor sostenibilidad.³⁰ Las estrategias y decisiones en materia de igualdad de oportunidad y de trato entre los sexos se deben plantear desde el comienzo.

Eliminar todas las formas de trabajo infantil y el exceso de horas dedicadas a las tareas domésticas

En todo el mundo está extendido el trabajo infantil y las responsabilidades encomendadas a las niñas y los niños de ocuparse de las tareas domésticas, como las de cuidar a sus hermanos y a los familiares enfermos, discapacitados o ancianos. 54 millones de niñas y niños de entre 5 y 14 años (dos tercios son niñas) trabajan unas 21 horas como mínimo a la semana.³¹ Y cuando a las tareas domésticas se les añade la actividad económica, las niñas y los niños cargan con una doble obligación. Entre los

muchos factores que pueden contribuir a reducir el trabajo infantil desempeñan una función central normas jurídicas internacionales como el Convenio de la OIT sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138) y el Convenio de la OIT sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182). Existe una fuerte correlación entre la ratificación por los países de las normas jurídicas internacionales y la reducción de la incidencia del trabajo infantil.³² Sin embargo, es de capital importancia que estas normas se traduzcan en leyes y programas nacionales efectivos y que se resuelvan las inconsistencias en los marcos legislativos nacionales. Un ejemplo de esta situación podrían ser las discrepancias existentes entre las leyes que regulan la edad mínima para la admisión en el empleo y las que se ocupan del abanico de edad para la escolarización obligatoria.

Otros factores que pueden contribuir a reducir el trabajo infantil son la oferta de trabajo decente para las personas adultas y las personas jóvenes en edad legal de trabajar, asegurando con ello que los hogares no tengan que recurrir al trabajo infantil para satisfacer las necesidades básicas o para hacer frente a la incertidumbre económica. Los instrumentos de protección social que contribuyen a aliviar la pobreza también pueden reducir el trabajo infantil y las horas excesivas de trabajo doméstico no remunerado realizadas por las niñas y los niños.³³

La educación es también otro factor clave que puede contribuir a reducir el exceso de trabajo doméstico de las niñas y los niños. En 2016 había en el mundo 36 millones de niñas y niños de entre 5 y 14 años que trabajaban y faltaban a clase.³⁴ Pruebas de países tan diversos como Bangladesh, Côte d'Ivoire, México y el Yemen indican que existe una relación entre la mejora del acceso a la escuela (disponibilidad, proximidad geográfica y número de horas diarias asignadas), la mejora de la calidad en la enseñanza (docentes especializados y baja proporción de alumnos por docente) y la reducción del trabajo infantil.³⁵

3. Promover políticas activas del mercado de trabajo que apoyen la incorporación, la reintegración y los progresos de las cuidadoras y cuidadores no remunerados en la fuerza de trabajo

En el mundo hay 606 millones de mujeres y 41 millones de hombres en edad de trabajar que están fuera de la fuerza de trabajo debido a sus responsabilidades familiares (véase el capítulo 2). Debería estar entre las prioridades de las políticas de empleo activar esta fuerza de trabajo potencial tras la licencia parental o tras un período de inactividad debido a responsabilidades de cuidados. Las políticas deberían ofrecer oportunidades de empleo así como servicios de formación y de empleo, al mismo tiempo, hacer accesibles los servicios de cuidados infantiles y cuidados de larga duración a todas las mujeres y los hombres beneficiarios. Es decir, hacer posible su participación en la fuerza de trabajo y reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado.³⁶

Poner en práctica servicios de empleo que atiendan las necesidades de las personas con responsabilidades de cuidados

Los servicios de empleo deberían tener en cuenta las necesidades de las personas con responsabilidades de cuidados. Por ejemplo, en la Federación de Rusia los servicios de empleo proporcionan formación y perfeccionamiento profesionales, así como mejora de las competencias a las mujeres que gozan de una licencia de maternidad con hijos menores de 3 años. En 2014, 16 300 mujeres recibieron formación profesional y otras 16 700 recibieron orientación profesional de las oficinas de empleo locales.³⁷ En Francia, a quienes buscan un trabajo se les ofrece servicios de cuidado infantil, proporcionando un apoyo vital a los trabajadores con responsabilidades familiares que se esfuerzan por reintegrarse en la fuerza de trabajo.³⁸ En Austria, un programa de activación de la política del mercado de trabajo, Frauen in Handwerk und Technik (FiT), tiene por finalidad romper la segregación en el trabajo y alienta a las mujeres, incluso a las madres, a trabajar en campos no tradicionales.³⁹ El programa ofrece calificaciones homologadas mediante cursos de aprendizaje, escuelas profesionales técnicas y universidades de ciencias aplicadas en profesiones tradicionalmente dominadas por los hombres.

Recuadro 6.4. Programas de obras públicas sensibles con el cuidado: ejemplos de la India, Etiopía y Sudáfrica

La Ley Nacional de Garantía del Empleo Rural Mahatma Gandhi (MGNREGA) en la India y el Programa de Protección Social Productiva (PSNP) en Etiopía promueven la participación de las mujeres en el mercado de trabajo a través de contingentes. El PSNP proporciona horarios flexibles de trabajo así como transferencias en efectivo para las mujeres embarazadas y en período de lactancia que no disponen de ayuda en sus hogares. En el marco de las condiciones de la MGNREGA, las solicitantes tienen derecho a trabajar en un radio de cinco kilómetros de su aldea, lo que permite a las mujeres equilibrar sus labores domésticas y de cuidado de los hijos y superar los obstáculos de movilidad a que hacen frente. Ambos programas tienen como finalidad proporcionar servicios de guardería en los lugares de trabajo. Sin embargo, estudios realizados en la India han mostrado que hay margen para reforzar los efectos “transformadores” de este programa en cuanto a romper el ciclo de las desventajas. La participación de las mujeres en el programa de la MGNREGA, más allá de un umbral de 30 días al año, tuvo efectos negativos en las horas de asistencia a clase de las niñas. Esta constatación indica que los servicios de guardería son esenciales para reducir el riesgo de que las tareas domésticas no remuneradas, que antes realizaban las trabajadoras participantes, se transfieran a las niñas y afecten a su acceso a la enseñanza.

Los programas de obras públicas son también sensibles a las cuestiones de género cuando mejoran la infraestructura para prestar cuidados o el acceso a los servicios de cuidados. Por ejemplo, en el programa PSNP de Etiopía las obras públicas comprenden la creación de activos comunitarios como la mejora del acceso a la leña para combustible y al acarreo de agua, que reduce la pobreza de tiempo de las mujeres. El programa también ayuda en las labores agrícolas en tierras cuya propiedad pertenece a hogares encabezados por mujeres a fin de compensar la falta de mano de obra.

El Programa Ampliado de Obras Públicas (EPWP) de Sudáfrica es uno de los raros programas que invierte no solo en infraestructura, sino también en servicios sociales, incluidos servicios de la primera infancia y servicios de cuidados basados en la comunidad (que incluyen hogares afectados por el VIH), ámbitos en los que normalmente se da empleo a mujeres y que contribuyen a aliviar sus responsabilidades de trabajo de cuidados no remunerado.

Fuente: Holmes y Jones, 2010; Bárcia de Mattos y Dasgupta, 2017; OIT, 2017a; Tanzarn y Gutiérrez, 2015; UNESCO, 2009a; Philip, 2013.

Llevar a cabo programas de obras públicas sensibles con las cuestiones de género y del cuidado

En países en desarrollo que actualmente no disponen de sistemas de seguro de desempleo, los programas de obras públicas pueden hacer aumentar la participación en dichos programas de cuidadoras y cuidadores no remunerados que disponen de poco tiempo, especialmente las mujeres, o aliviar las obligaciones que soportan en materia de cuidados. Para hacerlo, es necesario que estos programas se conciben y lleven a cabo tomando en consideración las necesidades de las cuidadoras y cuidadores no remunerados. No obstante, un examen de la OIT de 43 programas llevados a cabo en 30 países de África, Asia, América Latina y el Caribe entre 1995 y 2013 concluyó que solamente una quinta parte de ellos era sensible a las necesidades de género y ofrecía oportunidades para la participación de las mujeres.⁴⁰ Se han tomado medidas para afrontar estas cuestiones, entre otras: consultar a las mujeres y a los hombres para que señalen sus necesidades; reconocer las diferencias de género en cuanto a vulnerabilidad; reconocer la pobreza de tiempo en las mujeres; asignar un presupuesto a medidas sensibles con las cuestiones de género, como el ofrecimiento de servicios de cuidados infantiles y de transporte; identificar los riesgos potenciales de género; realizar la contratación de trabajadores y de participantes en los cursos de formación de manera que haya igualdad entre los géneros; y ofrecer entornos de trabajo sensibles a las cuestiones de género, por ejemplo, mediante horarios de trabajo reducidos o flexibles (véase el recuadro 6.4).⁴¹

4. Establecer y poner en práctica modalidades de trabajo favorables a la familia para todas las trabajadoras y los trabajadores

Compaginar el empleo y las responsabilidades de cuidados no remunerados es la norma para la mayoría de las personas que tienen un empleo. Esta situación afecta a unos 1400 millones de personas empleadas, que representan el 60,7 por ciento de la población adulta empleada en el mundo (véase el capítulo 2). Ello indica la importancia de hacer universalmente accesibles las modalidades de trabajo conciliables con la vida familiar, con independencia del sexo, la salud o el estado civil, puesto que todas las mujeres y los hombres empleados tienen la probabilidad de ser o de convertirse en cuidadores con un empleo en el curso de sus vidas activas. La progresiva reducción del número de horas diarias de trabajo y la reducción de las horas extraordinarias, así como la adopción de modalidades más flexibles de horarios de trabajo y de ubicación del lugar de trabajo, son útiles para todas las personas empleadas, especialmente aquellas que tienen responsabilidades de cuidados en la familia así como personas con discapacidades. Tales medidas pueden permitirles participar en el trabajo remunerado o permanecer en él y también pueden contribuir a reducir los efectos negativos para la salud y para el bienestar debidos a prolongados e imprevisibles horarios de trabajo y al desequilibrio entre la vida laboral y personal.⁴² Y, lo que no tiene menos importancia, existe una justificación empresarial para ofrecer modalidades flexibles de tiempo de trabajo, con un efecto importante en la contratación y la retención del personal, reduciendo el absentismo y las tasas de rotación, aumentando la productividad y mejorando la imagen pública de la empresa (véase el recuadro 6.9).⁴³

Promover y regular el teletrabajo y el trabajo móvil mediante las TIC

Si bien el teletrabajo y el trabajo móvil mediante las TIC ofrecen a los trabajadores con responsabilidades familiares más flexibilidad y ahorro de tiempo de desplazamiento, estas modalidades de trabajo son accesibles a muy pocos trabajadores y carecen de regulación (véase el capítulo 3).⁴⁴ Debería fomentarse el derecho legal al teletrabajo así como medidas para impedir el aislamiento de los teletrabajadores. El trabajo en el hogar, que afecta a una mayoría de mujeres, puede tener efectos negativos en su salud y bienestar profesionales.⁴⁵ Los riesgos que conlleva el teletrabajo han sido ampliamente resaltados por los sindicatos de los sectores de las TIC y los servicios financieros, y abarcan, por ejemplo, una “elevada sensación de aislamiento y otros problemas psicosociales, falta de inspecciones del trabajo y por tanto de protecciones laborales y, en el caso de las mujeres que trabajan desde el hogar, el riesgo de una doble carga de trabajo al sumar las responsabilidades de cuidados”.⁴⁶

Con el fin de que quienes trabajan en casa puedan disfrutar de equidad con otros trabajadores en las condiciones de empleo, deben intensificarse los esfuerzos por ratificar el Convenio de la OIT sobre el trabajo a domicilio, 1996 (núm. 177); solo diez países lo han firmado hasta abril de 2018.⁴⁷ El Convenio tiene como finalidad mejorar la situación de los trabajadores a domicilio y promover la igualdad de trato, en particular respecto de la seguridad y la salud en el trabajo, la protección por regímenes legales de seguridad social, el acceso a la formación y la protección de la maternidad, así como la formación profesional y el desarrollo profesional y vocacional. En la Unión Europea se adoptó en 2002 un instrumento de política que brindaba directrices amplias para modalidades de teletrabajo en empresas privadas y otras organizaciones.⁴⁸

Normalizar el trabajo a tiempo parcial de buena calidad y promover el horario flexible

El trabajo a tiempo parcial también permite a los trabajadores conciliar las exigencias de la vida laboral y la vida familiar y suelen adoptarlo los trabajadores con responsabilidades familiares, especialmente las mujeres (véase el capítulo 2). Normalizar el trabajo a tiempo parcial de buena calidad es esencial para asegurar que los trabajadores a tiempo parcial no estén penalizados en comparación con aquellos que trabajan a tiempo completo.⁴⁹ El Convenio de la OIT sobre el trabajo a tiempo parcial, 1994 (núm. 175) y la Recomendación núm. 182 que lo acompaña exhortan a la adopción del principio de igualdad de trato para los trabajadores a tiempo parcial sobre la base de

salarios y prestaciones distribuidos a prorrata comparables a los acordados a los trabajadores a tiempo completo, para asegurar la igualdad en el acceso a oportunidades de formación y de desarrollo. Entre las buenas prácticas figuran las cláusulas generales de no discriminación, que aseguran que las prestaciones en efectivo a prorrata y las condiciones de empleo no son menos favorables que las de los trabajadores comparables que trabajan a tiempo completo (a menos que la diferencia de trato esté justificada por razones objetivas), como sucede, por ejemplo, en Argentina, Brasil, Islandia, Mozambique y Turquía.⁵⁰

El derecho a solicitar trabajo a tiempo parcial y, lo que es importante, el derecho a regresar al trabajo a tiempo completo (esto es, el principio de reversibilidad) todavía es una excepción más que la regla en todo el mundo (véase el capítulo 3). Solo hay unos pocos países cuya legislación del trabajo prescribe expresamente que los empleadores deben poner a disposición trabajo a tiempo parcial o al menos facilitar el acceso al mismo, aunque sobresalen los siguientes ejemplos.⁵¹ En Angola, por ejemplo, los trabajadores con responsabilidades familiares tienen derecho a pedir el cambio al trabajo a tiempo parcial; en Armenia se aplica ese mismo derecho a los empleados con hijos de hasta un año de edad. En Kazajstán existen los mismos derechos para las mujeres y para los padres solteros. En la República de Corea los empleados que no se acogen a la licencia parental tienen derecho al trabajo a tiempo parcial, a condición de que tengan un hijo menor de 6 años que no asista a la escuela elemental. En el Reino Unido, el derecho a solicitar trabajo flexible, que anteriormente se limitaba a los empleados con hijos o con otras responsabilidades de cuidados, se amplió en 2014 a todos los trabajadores que llevaran en el empleo al menos 26 semanas ininterrumpidas. Tal flexibilidad puede implicar cambios en el número de horas trabajadas, los horarios de trabajo o el lugar de trabajo.⁵²

En los Países Bajos, el primero de enero de 2016 entró en vigor la Ley de horas flexibles de trabajo, que otorga a los empleados con un mínimo de seis meses de servicio el derecho a solicitar el cambio de horario de trabajo o de lugar de trabajo, mientras que anteriormente solo podían pedir cambios en el número de horas trabajadas. El caso de los Países Bajos ilustra la viabilidad de promover el trabajo a tiempo parcial (incluso en los puestos de categoría superior) y el potencial que representa para el equilibrio entre la vida laboral y familiar, incluso para un número creciente de hombres. En este país, el 18,7 por ciento de los hombres trabajaban a tiempo parcial en 2016.⁵³ Los Países Bajos también adaptaron su legislación para velar por que los trabajadores que no encajan en la definición tradicional de empleo a tiempo parcial, como los trabajadores con contratos de cero horas o con contratos de un mínimo/máximo de horas, estén debidamente protegidos.⁵⁴ Además, se descubrió que el aumento del trabajo a tiempo parcial en la sociedad holandesa ha contribuido al descenso del apoyo a la “norma de la obligación del trabajo” (esto es, la medida en que el trabajo es considerado esencial en la vida y una obligación social) y, por tanto, pone en entredicho el modelo sexista del hombre como sostén de la familia.⁵⁵

5. Promover la información y la educación para lograr hogares, lugares de trabajo y sociedades más igualitarios en términos de género

Alentar normas sociales más igualitarias en términos de género

La Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer reconoce que para lograr la plena igualdad es necesario modificar el papel tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia. Los estereotipos de género y las normas sociales sexistas refuerzan que se mantenga devaluado el trabajo de cuidados, remunerado o no, y perpetúan la creencia de que las mujeres y los hombres deberían limitarse a funciones estrictas y segregadas. Generalmente las normas sociales dan por sentado que las mujeres asumirán la responsabilidad principal de las tareas domésticas y el cuidado de los hijos pequeños y otros miembros de la familia dependientes. Estas normas se ven reflejadas, por ejem-

plo, en las actitudes y las preferencias de las personas. Mientras que el trabajo remunerado de las mujeres lo acepta una mayoría de hombres y de mujeres en todo el mundo, casi la mitad (47,5 por ciento) cree que los hijos sufren si las madres trabajan fuera del hogar (véase el capítulo 2).⁵⁶ Las normas sociales y los desequilibrios de género en el trabajo de cuidados no remunerado también afectan a las percepciones de los empleadores y a las prácticas en el lugar de trabajo. Lo que implica, por ejemplo, que las políticas de las empresas conciliables con la vida familiar suelen considerarse como dirigidas específicamente a las mujeres y, por tanto, pueden crear una penalización para quienes las utilizan.

Para contrarrestar las normas sociales sexistas acerca del trabajo de cuidados y de los roles de género, hace falta que las políticas públicas se apliquen con un enfoque general de género. Las políticas públicas contribuyen a conformar las actitudes de las personas y lo que estas consideran normal y deseable en términos de sociedades, familias y roles de género.⁵⁷ La gente se inclina a tener valores de género más igualitarios y a apoyar la división igualitaria entre los sexos del trabajo remunerado y no remunerado en las sociedades cuyas políticas públicas son más sensibles con las cuestiones de género, como regímenes de licencia remunerada para los padres y servicios desarrollados de cuidados infantiles (véanse los capítulos 2 y 3). Con la transformación del contexto normativo en el que viven las personas, las mujeres y los hombres tendrán más libertad para dedicarse a trabajos tanto remunerados como no remunerados, lo que contribuirá a equilibrar el trabajo de cuidados de manera más igualitaria entre los géneros y a empoderar económicamente a las mujeres.⁵⁸

Educación y sensibilización

Además de las políticas públicas sensibles con las cuestiones de género, hacen falta campañas de educación, información y concienciación con el fin de sensibilizar a las personas, incluso en el mundo del trabajo. El Convenio de la OIT sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111) menciona que entre las estrategias para hacer frente a la discriminación indirecta se deben incluir campañas de sensibilización para luchar contra el uso de estereotipos acerca de tareas “masculinas” y “femeninas” y las correspondientes funciones. El Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156) estipula que las autoridades competentes deberán adoptar medidas para “promover mediante la información y la educación una mejor comprensión por parte del público del principio de la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras y acerca de los problemas de los trabajadores con responsabilidades familiares, así como una corriente de opinión favorable a la solución de esos problemas” (artículo 6).

Entre los ejemplos de iniciativas de sensibilización figuran la de paternidad mundial MenCare. MenCare participa en programas cuyo fin es animar a los hombres a convertirse en padres más activos y compartir más igualitariamente el trabajo de cuidados no remunerado, en la defensa de la promoción de regímenes de licencia parental más transformadores desde el punto de vista del género, y en campañas de medios de comunicación favorables a que los hombres asuman roles de prestación de cuidados y difusoras de una imagen positiva de la paternidad implicada (véase también el recuadro 6.5). Los gobiernos también pueden fomentar activamente la participación de los padres en el cuidado de los hijos, como sucedió en Suecia, por ejemplo, con frecuentes campañas desde los años 70 promoviendo que los hombres tomaran la licencia parental.⁵⁹ El sistema de protección social de la infancia del Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo) apoya el desarrollo de la primera infancia y reconoce la importancia de la implicación de los padres (véase el recuadro 6.7). En él se proporciona material de información y guías prácticas tanto para los padres expectantes como para los profesionales sanitarios y de la AEPI.⁶⁰ Estos programas contribuyen a implicar plenamente a los hombres en tanto que socios y aliados estratégicos en el logro de la igualdad de género, como lo recomienda la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer.⁶¹

Recuadro 6.5. Implicar a los hombres en el cuidado de los hijos en el Brasil, Indonesia, Rwanda y Sudáfrica con MenCare+

El programa MenCare+ es un programa de colaboración de tres años entre Promundo y Rutgers en el que participan cuatro países, creado para implicar a hombres de 15 a 25 años como socios en la salud materna, neonatal e infantil y en la salud y los derechos de la vida sexual y reproductiva. El programa tiene el apoyo del Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos y está siendo aplicado por Promundo, Rutgers y organizaciones asociadas en el Brasil, Indonesia, Rwanda y Sudáfrica.

La finalidad de MenCare+ es la atraer a los hombres al sistema de la atención de la salud como participantes activos y positivos en su propia salud así como en la salud de sus compañeras e hijos. En su trabajo dentro de los sistemas públicos de salud en los cuatro países que lo aplican, los países socios de MenCare+ llevan a cabo sesiones de educación en grupo con jóvenes, parejas y padres sobre la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva, salud materna, neonatal e infantil, igualdad de género y prestación de cuidados. Los países asociados también organizan talleres con profesionales del sector de la salud sobre la importancia de implicar a los hombres.

Fuente: MenCare, 2018.

6. Garantizar el derecho al acceso universal a servicios de cuidado de calidad***Atención de la salud y educación primaria y secundaria universales***

Como se establece en los ODS 3 y 4, los países deberían garantizar para todos sus ciudadanos el derecho a una vida sana y una educación inclusiva, equitativa y de calidad. Con ello se recorrería un largo camino hacia la reducción del trabajo de cuidados no remunerado prestado por las mujeres, permitiendo su participación en la fuerza de trabajo y aumentando el bienestar y las oportunidades para los niños, las personas frágiles en edad avanzada y las personas que viven con discapacidades severas, el VIH (especialmente en el África Subsahariana) y enfermedades de corta y larga duración. Sin embargo, la situación mundial en términos de acceso a servicios de cuidados y de calidad es tema de preocupación, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, que hacen frente a déficits muy importantes y a una grave carencia de trabajadores en el sector de la salud (véanse los capítulos 3 y 4).⁶²

Recientemente, muchos países han trabajado en pro de universalizar la atención de la salud mediante la elaboración de estrategias de protección de la salud, la promulgación de legislación e inversiones de cuantiosos fondos encaminadas a proporcionar un mejor acceso a servicios de calidad de atención de la salud y de cuidados de larga duración. Esto también es aplicable a países de ingresos bajos como Chad y Togo, que han invertido para ampliar la cobertura de salud de sus poblaciones, así como China, Colombia, Rwanda y Tailandia, que han conseguido avances significativos (recuadro 6.6).⁶³ También se registraron buenas prácticas en otros países o regiones, como Australia, el Brasil, Québec (Canadá), Tailandia y el Reino Unido, con proyectos encaminados a proporcionar una mejor coordinación e integración de los servicios de salud y de cuidados de larga duración para personas de edad avanzada, que mejoraron el acceso a los servicios y su prestación, y también la salud y la satisfacción de los receptores, así como la motivación del personal sanitario.⁶⁴

A pesar de que en los últimos 15 años se ha avanzado mucho en el número de matrículas en la educación, se calcula que se han quedado sin escolarizar 263 millones de niñas y niños y de jóvenes, incluidos 61 millones de niñas y niños en edad de ir a la escuela primaria. Con el fin de conseguir una educación para todos que sea inclusiva y equitativa, hacen falta más esfuerzos e inversiones que sean efectivos, especialmente en el África Subsahariana y en el Asia Sudoriental, centrándose en las poblaciones de ingresos bajos, las personas con discapacidades, los pueblos indígenas y las niñas y niños que viven en zonas rurales. Las medidas para aumentar el número de maestros de escuela instruidos y de mejorar la infraestructura escolar (incluido el acceso a la electricidad y al agua potable) en la enseñanza preprimaria, primaria y secundaria son el complemento esencial para la expansión de la demanda de trabajadores de la educación que hace falta para lograr el ODS 4, en términos tanto de cobertura como de calidad de la enseñanza.

Recuadro 6.6. Avances hacia la cobertura de salud universal

En **China**, el número de personas cubiertas por el seguro de salud se multiplicó por diez entre 2003 y 2013, y asciende ya al 96,9 por ciento de la población. El seguro de salud se presta mediante tres regímenes principales. El primero proporciona un conjunto integral de prestaciones para los trabajadores urbanos y cubre alrededor del 81 por ciento de los costos sujetos a seguro. Los otros dos son regímenes de carácter voluntario para residentes urbanos y rurales, respectivamente. Cubren más de la mitad de los costos médicos asegurables hasta determinado límite y protegen a 1100 millones de personas. El Gobierno se hace cargo de parte o del total de los pagos directos de las familias pobres.

En **Colombia**, el sistema de salud se basa en el principio de la universalidad, que obliga a todos los ciudadanos a afiliarse sea al régimen contributivo, sea al régimen subsidiado en el caso de los trabajadores de ingresos bajos. Ambos regímenes ofrecen las mismas prestaciones. Esto ha ayudado a reducir los pagos directos y alcanzar altas tasas de cobertura legal; la afiliación al seguro social de salud aumentó del 25 por ciento en 1993 al 26 por ciento en 2014.

En **Rwanda**, en 2011, el 96 por ciento de los habitantes del país estaban protegidos por diferentes regímenes de seguro de salud, la mayoría por regímenes basados en la comunidad. El avance en la cobertura se logró gracias al compromiso político y al desarrollo de una sólida red de establecimientos de salud y trabajadores de salud y la utilización de elementos culturales de acción colectiva y apoyo mutuo. Los regímenes de seguro de salud de base comunitaria subvencionan las cotizaciones de las personas pobres y vulnerables. La experiencia de Rwanda demuestra que el avance es posible en los países de ingresos bajos, aun cuando la inmensa mayoría de la población viva en zonas rurales y pertenezca a la economía informal.

Tailandia implantó su régimen de cobertura universal de salud en 2001, unificando varios regímenes de seguro de salud y llegando así a un gran número de personas anteriormente sin cobertura, especialmente del sector informal. Como se financia mediante impuestos, el régimen proporciona atención de salud gratuita en el lugar de prestación de los servicios, incluida la atención médica general y servicios de rehabilitación, tratamientos costosos y atención de urgencia. El régimen ha impulsado el desarrollo de la infraestructura de salud e incrementado el acceso a los servicios de salud.

Fuente: OIT, 2017m.

Servicios de cuidados de larga duración

Como se pormenorizó en los capítulos 3 y 5, la gran mayoría de la población mundial o bien carece de protección social de cuidados de larga duración (48 por ciento) o está efectivamente excluida de la cobertura (46,3 por ciento).⁶⁵ Por ello deberían promoverse los servicios de cuidados de larga duración y su financiación pública tendría que aumentar en la mayoría de las regiones del mundo. Solo unos pocos países ofrecen cobertura universal, y son principalmente países europeos (por ejemplo, Bélgica, Dinamarca, Alemania, Islandia y Suecia), así como países asiáticos. Los países nórdicos comparten un historial de servicios de cuidados de personas de edad avanzada de gran calidad y financiados con impuestos, y son las autoridades locales las encargadas de aplicarlos y financiarlos.⁶⁶ En Suecia, por ejemplo, los impuestos municipales financian aproximadamente el 85 por ciento de los servicios de cuidados de larga duración, las subvenciones gubernamentales a los municipios abarcan entre el 11 y el 12 por ciento de los gastos de esos cuidados y el resto se financia mediante tasas de los usuarios (del 3 al 4 por ciento).⁶⁷ La cuantía del copago que corresponde al usuario tiene un tope según los ingresos, pero los servicios se utilizan según las necesidades y no en función de los medios comprobados. Los municipios también tienen que ofrecer centros de vida asistida y cuidados a domicilio a unas tarifas ajustadas a los ingresos sujetas a un máximo regulado.⁶⁸

Servicios de desarrollo y atención de la primera infancia y de educación preprimaria para todos

De conformidad con las normas de la OIT sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, las autoridades, en cooperación con organizaciones públicas y privadas, deberían alentar y facilitar el establecimiento de servicios de asistencia a la infancia y asistencia familiar, así como servicios de ayuda a domicilio y cuidados a domicilio. Estos deberían ser gratuitos o a un costo razonable que se corresponda con las posibilidades económicas de cada trabajador; y debería cumplir las normas de calidad. Además, la Recomendación de la OIT sobre la transición de la economía informal a la economía formal, 2015 (núm. 204) también alienta la prestación de servicios de guardería y otros servicios de atención con el fin de promover la igualdad de género en los ámbitos del emprendimiento y de las oportunidades de empleo, y de facilitar la transición a la economía formal (véase el recuadro 6.8). En la labor de reducir la pobreza y eliminar las desigualdades, es esencial el derecho universal a servicios de calidad de atención infantil en tanto que elemento de sistemas adecuados, generalizados, inclusivos y sostenibles de protección social. Existe también una relación con la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), que establece que estos deberían también comprender seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios.

En el capítulo 3 se mostró que en todo el mundo, especialmente en África, las Américas, Asia y el Pacífico y los Estados Árabes, hay grandes déficits de cobertura de la AEPI, en particular para las niñas y niños menores de 3 años. Con todo, se han observado mejoras en varios países de ingresos bajos, donde se han creado servicios públicos de enseñanza preprimaria, ofrecidos gratuitamente y/o de manera obligatoria. Estas reformas se han revelado estrategias eficaces para aumentar las tasas de matrícula. Tal fue el caso, por ejemplo, de Ghana, donde se suprimieron los derechos de matrícula; en Sudáfrica, que ofreció un año de enseñanza preescolar en las escuelas primarias; en Nepal, que amplió la enseñanza preescolar mediante sucesivos planes nacionales de desarrollo; y en Mongolia, que creó parvularios móviles cultural y contextualmente apropiados mediante yurtas tradicionales.⁶⁹

La Recomendación núm. 204 de la OIT estipula que “los Miembros deberían alentar la prestación de servicios de guardería y otros servicios de atención a la persona que sean de calidad y económicamente asequibles, así como el acceso a dichos servicios, con el fin de promover la igualdad de género en los ámbitos del emprendimiento y de las oportunidades de empleo, y de facilitar la transición a la economía formal” (párrafo 21). Con el fin de coordinar las obligaciones de cuidados con el trabajo a cambio de remuneración o de beneficio, las cuidadoras y cuidadores no remunerados suelen optar por el empleo por cuenta propia, frecuentemente en la economía informal. Como se mostró en el capítulo 2, la proporción de trabajadoras que perciben sueldos y salarios es inferior entre las cuidadoras (62,2 por ciento) que entre las mujeres que no tienen responsabilidades de cuidados (67,8 por ciento). Los trabajadores de la economía informal (especialmente las mujeres) afrontan importantes problemas para conciliar sus responsabilidades familiares con la actividad que les reporta ingresos. Como estos son bajos, tienen que trabajar durante largas horas para satisfacer las necesidades más básicas de sus hogares y no se pueden permitir pagar a una tercera persona que se encargue de alguna parte de su trabajo de cuidados no remunerado. El resultado de ello es la pobreza de tiempo y de ingresos que experimentan las mujeres, que también tienen que recurrir a estrategias de cuidados que no son las mejores.⁷⁰

Podemos encontrar buenas prácticas, por ejemplo, en México, donde el programa nacional de AEPI (Estancias) se amplió a las mujeres de la economía informal en 2007, proporcionando subvenciones gubernamentales para servicios a domicilio y servicios de AEPI basados en la comunidad (véase el recuadro 6.7). El programa estimuló la creación de más de 9000 centros registrados de AEPI y generó empleo para 46 000 mujeres, aunque subsisten algunas cuestiones en relación con la calidad de los servicios y las condiciones de trabajo del personal del cuidado infantil. En Chile, desde 2006 se disfruta de acceso gratuito a servicios públicos de AEPI prestados por educadores profesionales a todos los niños menores de 6 años de los hogares más pobres, así como a servicios temporales de cuidado infantil para las mujeres que trabajan en la agricultura estacional (*Chile Crece Contigo*).⁷¹ En la India existen dos tipos de iniciativas. *Mobile Creches* (MC) es una organización no gubernamental (ONG) que presta servicios de cuidado infantil a mujeres migrantes que trabajan en las obras de construcción; desde su puesta en marcha en 1969 ha

acogido a 750 000 niñas y niños e impartido formación a cerca de 6500 trabajadoras y trabajadores de guarderías. La formación de maestros es esencial para el éxito del modelo de MC; comprende 35 talleres que se imparten a lo largo de seis meses más un programa de orientación de 12 días centrado en la pedagogía y las aptitudes necesarias para la prestación eficaz de la AEPI centrada en los niños. Además, la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia (SEWA) creó sus propios servicios de AEPI mediante cooperativas de atención infantil ideadas para satisfacer las necesidades de las mujeres que trabajan en la economía informal. Los centros funcionan todo el día, y las horas de apertura y de cierre dependen del horario de trabajo de las mujeres. El personal de la AEPI procede de la comunidad local, está formado por la SEWA y tiene participación en la cooperativa.⁷² También se pueden encontrar buenos ejemplos de servicios de cuidados basados en la comunidad en la Argentina, donde los servicios de cuidado infantil han tenido su origen en iniciativas de mujeres de vecindarios de ingresos bajos en la Provincia de Buenos Aires⁷³ y posteriormente han recibido el apoyo de las autoridades locales.⁷⁴

Recuadro 6.7. Programas y servicios de atención y educación de la primera infancia y trabajadores de la economía informal: lecciones extraídas de Chile, México e India

Chile, México y la India prestan servicios de AEPI a mujeres que trabajan en la economía informal mediante una diversidad de modelos. En su análisis comparativo, Hill (2017) concluye que estos programas, si bien ofrecen a las mujeres soluciones valiosas, tienen implicaciones muy diferentes en cuanto a la accesibilidad y la calidad de los servicios así como el acceso de los trabajadores de la AEPI al trabajo decente.

Los casos de la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia (SEWA) y de Mobile Crèches (MC) ponen de relieve el papel fundamental que desempeñan las organizaciones de la sociedad civil en la creación de modelos de AEPI innovadores y basados en el apoyo activo que satisfacen las necesidades específicas de las trabajadoras de la economía informal y de sus hijos. También demuestran que las organizaciones de la sociedad civil tienen mucho que ofrecer en lo que respecta al desarrollo de la formación de los docentes, la cual resulta pertinente para el personal remunerado de cuidados infantiles.

Los programas oficiales de AEPI en Chile (Chile Crece Contigo) y México (Programa de Guarderías y Estancias Infantiles. Estancias) muestran que la actuación pública es esencial, pero que la concepción de la política es crucial para que sea emancipadora y apoye a las mujeres y al personal remunerado de la AEPI. Mientras que el programa chileno se centra en los derechos universales del niño y en la alta calidad de los servicios de AEPI prestados por trabajadores del sector público formal, el programa mexicano tiene por finalidad aumentar la participación del personal femenino a través de servicios de AEPI centrados en el cuidado (más que en la educación), prestados por trabajadoras por cuenta propia sin seguridad social básica.

Algunos principios fundamentales para servicios de AEPI emancipadores para trabajadores de la economía informal:

- Es esencial la actuación pública para la ampliación de servicios de AEPI emancipadores para las mujeres que trabajan en la economía informal.
- Los sistemas universales de AEPI tienen un potencial máximo y son la forma más sostenible de financiar la prestación de servicios de AEPI de alta calidad para las niñas y los niños y de crear empleo decente. Con ellos se puede alcanzar la prestación a escala de los servicios.
- La actuación pública en la AEPI debe inspirarse en la práctica y el aprendizaje innovadores que conllevan las organizaciones de la sociedad civil (por ejemplo, costo, ubicación y horario de prestación de los servicios). Es esencial el diálogo entre las organizaciones de la sociedad civil y el gobierno.
- Los marcos jurídicos nacionales pueden ayudar a que la AEPI se extienda a los trabajadores de la economía informal y crear entornos de financiación habilitadores.
- El apoyo activo a la AEPI para los trabajadores de la economía informal puede vincularse productivamente con preocupaciones (mundiales) relativas a la mitigación de las desigualdades y la pobreza. La inversión en la AEPI apoya los programas gubernamentales de “crecimiento inclusivo”.
- El elevado costo y la necesidad de integrar los servicios de AEPI en los entornos locales hace probable la creación de asociaciones (con los sectores comunitario, privado y empresarial). Esto último, a su vez, requiere que el Gobierno regule la calidad de la AEPI en lo que respecta al personal, al acceso a la AEPI y a su asequibilidad.

Fuente: Hill, 2017.

Recuadro 6.8. **Iniciativa sobre el Cuidado Infantil de WIEGO: mejorar las opciones para el cuidado infantil que se ofrecen a las trabajadoras de la economía informal**

La finalidad de esta iniciativa es la de mejorar las opciones para el cuidado infantil que se ofrecen a las trabajadoras de la economía informal. Las discusiones de los grupos de enfoque con trabajadoras de la economía informal en el Brasil (Cooperativa de Recicladoras Altimorjam), en Ghana (Asociación de Mercados de Ghana y la Asociación de Vendedoras Ambulantes y Vendedoras Informales de Ghana), en la India (SEWA), en Sudáfrica (Asociación de Trabajadoras Informales de Sudáfrica) y en Tailandia (HomeNet Thailand) revelaron que, en diferentes ocupaciones, desde las vendedoras ambulantes y de puestos de mercados, pasando por las recicladoras de desechos hasta las trabajadoras domésticas y a domicilio, la falta de acceso a servicios de guardería dejaba a los progenitores con escasas e insatisfactorias opciones de cuidado infantil. Las trabajadoras de la economía informal pueden llevar consigo a sus hijos al trabajo, lo que conlleva la exposición de los niños a entornos inseguros y puede provocar una pérdida de ingresos y de productividad a las trabajadoras. No siempre se dispone de los familiares para cuidar a los hijos si los padres han migrado, y los abuelos quizás también trabajen.

Los siguientes elementos se revelaron necesarios para el desarrollo de soluciones satisfactorias en los cuidados infantiles para las mujeres de la economía informal:

- Debería haber servicios de cuidados infantiles de calidad que fueran asequibles (o gratuitos o subvencionados) y accesibles.
- Los horarios de apertura deberían ajustarse a los prolongados e irregulares horarios de las trabajadoras informales.
- El personal del cuidado infantil debería proceder de comunidades de trabajadores informales.
- Los centros de cuidados infantiles deberían disponer de la necesaria infraestructura básica y de personal suficiente.
- Los centros de cuidados infantiles deberían contar con un componente educativo y un servicio de atención de salud y servir alimentos nutritivos.
- Los servicios de cuidados infantiles deberían seguir el modelo de cooperativas, permitiendo la participación de los trabajadores informales en su gobernanza.
- El personal del cuidado infantil y las trabajadoras y trabajadores domésticos deberían tener un salario que les permita vivir, formación y condiciones de trabajo decentes, todo lo cual es esencial para la prestación de servicios de calidad de cuidados infantiles.

A modo de seguimiento, WIEGO está formando coaliciones nacionales e internacionales que aúnen a los defensores de los derechos laborales, de las mujeres y de los niños, redes de protección social, investigadores e instituciones internacionales de apoyo. Las iniciativas nacionales de apoyo activo tratarán de poner los cuidados infantiles como componente esencial de la protección social para todas las trabajadoras y trabajadores con la esperanza de ampliar la prestación de cuidados infantiles con ayuda de gobiernos y empleadores.

Fuentes: WIEGO, 2018; Alfers, 2016; OIT, 2018h.

A falta de tales programas gubernamentales, hay ejemplos de trabajadoras de la economía informal que se están organizando en el Brasil, Ghana, la India y Tailandia. En 2014, la red Mujeres en el Empleo Informal: Globalizando y Organizando (WIEGO)⁷⁵ puso en marcha una iniciativa para promover la creación de servicios de cuidado infantil para los trabajadores de la economía informal (véase el recuadro 6.8).

Apoyar las guarderías en el lugar de trabajo para complementar los servicios públicos

Debido a la escasez de servicios públicos de guardería accesibles y asequibles y a los obstáculos que afrontan muchas madres para participar en la fuerza de trabajo (véanse los capítulos 2 y 3), un número cada vez mayor de empresas, incluso de países de ingresos bajos y medios, se están dando cuenta de los beneficios que aportan las guarderías en el lugar de trabajo. Entre tales beneficios figuran la reducción de las tasas de rotación y de absentismo, el aumento de la productividad, la mejora en la contratación de trabajadores calificados, la mejora de las relaciones entre empleador y trabajador, y

una mayor diversidad de trabajadores, así como la mejora de la reputación de la empresa. El apoyo a los servicios de guardería en el lugar de trabajo comprende centros de cuidado infantil en la empresa o el lugar de trabajo, servicios en la comunidad relacionados con el lugar de trabajo, ayuda económica como bonos, fondos o subvenciones para guarderías y otros servicios personales, servicios de asesoramiento o de derivación de casos médicos, así como el establecimiento de alianzas público-privadas para ampliar la prestación de cuidados infantiles.⁷⁶

La experiencia de un productor de textiles en Viet Nam (Nalt Enterprise) ilustra los beneficios económicos de mejorar la retención del personal: se calculó que ofrecer servicios de cuidados infantiles hacía caer en un tercio la tasa de rotación del personal, reduciendo con ello los gastos conexos, que según un cálculo corresponden al 85 por ciento del salario anual de un trabajador.⁷⁷ La empresa jordana de fabricación de prendas de vestir MAS Kreeda Al Safi-Madaba registró un descenso del 9 por ciento de bajas por enfermedad en los meses que siguieron a la apertura de una guardería en el lugar de trabajo. Puesto que las necesidades de los trabajadores en materia de cuidados van más allá de los cuidados infantiles si en su familia hay ancianos o personas discapacitadas o enfermas, algunos empleadores ofrecen también apoyo para cubrir estas contingencias de cuidados, como sucede, por ejemplo, en la compañía Danone (véase el recuadro 6.9).

Recuadro 6.9. Empleadores que concilian la vida familiar aportando a los padres soluciones para los cuidados infantiles: el caso de Danone

Danone Nutricia ELN⁷⁸ ve razones sólidas para que la empresa dé apoyo a los trabajadores que tienen responsabilidades de cuidados. En Italia se comprometió a promover la maternidad en el lugar de trabajo ante el hecho de que la tasa de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo en Italia es baja (55,2 por ciento) en comparación con la media de los países de la OCDE (63,6 por ciento). La empresa adoptó el Programa Decálogo del Bebé en 2011, que contiene diez reglas en apoyo de la maternidad y la paternidad en el lugar de trabajo. Comprenden: sensibilizar e informar a sus trabajadores sobre los derechos de las madres y de los padres; aumentar el salario que debe pagarse durante la licencia de maternidad optativa (al 60 por ciento en lugar del 30 por ciento pagado por las contribuciones de la seguridad social durante la licencia parental); ofrecer diez días de licencia de paternidad remunerada (ocho más que los dos días de prestación legal); dar horario flexible a las madres y los padres cuando el niño ingresa en la guardería; y brindar asesoramiento profesional tras el regreso de las madres de la licencia de maternidad y/o parental.

Como aspecto importante, el Programa también ofrece más ayuda económica para cubrir otras necesidades familiares. La Iniciativa del Bienestar incluye una contribución neta anual a los trabajadores, que se ha de usar para servicios de guardería, cobertura de atención de salud para familiares o ayuda para familiares de edad avanzada, entre otras prestaciones. Desde 2015, en Italia se aplica la legislación sobre bienestar de la familia; la Danone ELN Italy fue una de las primeras empresas en aplicarla.

En conjunto, estas políticas han arrojado resultados muy positivos para la Danone ELN Italy, por ejemplo:

- Tasa del 100 por ciento de madres trabajadoras que regresan después de la licencia de maternidad;
- Aumento del número de mujeres que ocupan puestos de dirección, del 40 por ciento en 2011 al 48 por ciento en 2015;
- Aumento del número de mujeres que ocupan puestos de liderazgo en la empresa, del 25 por ciento en 2011 al 60 por ciento en 2016;
- Obtención durante cinco años seguidos (de 2013 a 2017) del premio Mejores Lugares de Trabajo de Italia;
- Menor tasa de absentismo jamás registrada (1,3 por ciento en 2017); y
- Adopción del Programa Decálogo del Bebé por todas las divisiones de Danone ELN (16 000 trabajadores), lo que ha influido en la política parental de Danone (100 000 trabajadores cubiertos en todo el mundo).

Fuente: CFI, 2017.

Las alianzas público-privadas también pueden conciliar mejor la vida laboral y familiar. Por ejemplo, el fondo del Reino Unido Work-Life Balance Challenge Fund amplió la financiación gubernamental a más de 400 empresas, con asesoramiento de empresas de consultoría especializadas durante un período limitado de un año para llevar a cabo proyectos adaptados a fin de desarrollar políticas y prácticas encaminadas a conciliar la vida laboral y la vida personal.⁷⁹ En la evaluación que siguió se concluyó que en las empresas que recibieron los fondos había aumentado la sensibilización sobre el equilibrio entre la vida laboral y la vida personal, y que la mayoría de ellas había implantado prácticas de horarios flexibles.

Regular los servicios públicos y privados de cuidados para asegurar normas mínimas de calidad

Un marco habilitador para la prestación de servicios de cuidados de calidad requiere el establecimiento de un marco normativo apropiado que sirva de soporte a normas adecuadas para dicha prestación y a las condiciones de trabajo y de empleo. También es importante contar con un marco apropiado de seguimiento y de inspección.

Las normas de calidad en los servicios de educación de la primera infancia se ven fuertemente influidas por los ratios de niños por docente, los requisitos de educación de los docentes y la infraestructura. Los indicios apuntan a un máximo de 20 niños por aula o grupo de aprendizaje y de ratios limitadas de aproximadamente 10 niños o menos por cada miembro del personal como la más eficaz para obtener resultados de aprendizaje en los países desarrollados. La OIT recomienda una relación máxima de un educador por cada 15 niños en la educación preprimaria de los países de ingresos altos.⁸⁰ Entre las buenas prácticas figuran, por ejemplo, la fijación de normas y, lo que es importante, el respeto de estas normas, logrado de manera coherente solo en tres países (Bulgaria, Indonesia y Samoa) en un estudio en el que se evaluaron 21 países, principalmente en desarrollo.⁸¹ La relación media de niños por docente en los programas de desarrollo educativo de la primera infancia destinados a niños pequeños debería ser considerablemente menor, de un máximo de 3 a 1 o de 5 a 1 para los menores de 3 años, registrándose las relaciones más bajas en Islandia y en Nueva Zelanda (4 a 1).⁸²

La homologación de los centros de prestación de cuidados y de los proveedores de cuidados a domicilio y del cuidado basado en la comunidad desempeña una función importante para mantener las normas de calidad. La forma más habitual de homologar mediante licencias los servicios de cuidado infantil a domicilio en los países de ingresos altos es un sistema de registro con pruebas anuales de seguridad y de salud. Entre las mejores prácticas figuran el registro con requisitos en materia de personal y de normas sobre los planes de estudio, inspecciones pedagógicas anuales, requisitos de formación en el lugar de trabajo y supervisión pedagógica realizada periódicamente por un organismo de supervisión homologado.⁸³ Otra forma en que los gobiernos pueden elevar la calidad de los servicios privados de cuidados es mediante la fijación de condiciones para las subvenciones públicas. Es el caso, por ejemplo, de Uganda, donde el Gobierno aprobó una pequeña subvención mensual por niño para los centros de AEPI, condicionada al cumplimiento de normas mínimas y de los planes de estudio.⁸⁴

Otro criterio esencial es el tipo de sistema de AEPI aplicado. En los sistemas donde el cuidado y la educación están separados, los servicios para los niños de hasta 3 años y para los de 3 años hasta la escuela primaria son responsabilidad de autoridades diferentes, habitualmente el Ministerio de Asuntos Sociales y el Ministerio de Educación, respectivamente. Por el contrario, en los sistemas donde están integrados los servicios de AEPI son responsabilidad de una única autoridad, que regula los planes de estudio, las normas y la financiación.⁸⁵ De los estudios se desprende que los sistemas integrados están vinculados con una AEPI de mejor calidad, un derecho a ella más universal, acceso más asequible, personal mejor preparado y transiciones más graduales para los niños entre las etapas de la educación.⁸⁶ Pueden encontrarse ejemplos de sistemas integrados en Australia, Brasil, Dinamarca, Jamaica, Kazajstán, Eslovenia y Suecia. Otros países que anteriormente tenían sistemas separados, como Italia y Japón, están pasándose a entornos integrados de AEPI en lo que respecta a los planes de estudio y/o la autoridad administradora.

En la atención de la salud y los cuidados de larga duración, las normas que rigen la calificación del personal así como el número de trabajadores de la salud (médicos y personal de enfermería y de partería) importantes para satisfacer las necesidades de la población en materia de atención de la salud son instrumentos decisivos para vigilar la calidad de los servicios. El nivel mínimo fijado para hacer el seguimiento de los avances hacia la consecución del ODS 3 es de 4,45 trabajadores sanitarios por cada 1000 habitantes, aunque en los países de ingresos bajos hay graves déficits de personal (véanse los capítulos 3 y 5).⁸⁷

7. Asegurar unos sistemas de protección social favorables a los cuidados y sensibles a las cuestiones de género, incluidos pisos de protección social

Los sistemas de protección social son esenciales para garantizar el derecho universal a cuidar y recibir cuidados y lograr la igualdad de género en consonancia con el ODS 5. El Convenio sobre la seguridad social (normas mínimas), 1952 (núm. 102) sobre las normas mínimas en materia de seguridad social es el instrumento central de la OIT que agrupa las nueve contingencias centrales en un sistema general y fija las referencias mínimas de protección (en términos tanto de número de personas cubiertas como del nivel de las prestaciones). Solo el 29 por ciento de la población mundial está cubierto por sistemas generales de protección social que comprenden la gama completa de prestaciones, desde las de maternidad y por hijos hasta las prestaciones por ancianidad (de conformidad con la meta 1.3 del ODS).⁸⁸ La Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) estipula que los Estados miembros deberían establecer y mantener pisos nacionales de protección social como parte de sus sistemas de protección social. En tanto que conjunto nacional definido de garantías de seguridad social, los pisos de protección social aseguran una protección encaminada a prevenir o mitigar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. Estas garantías deberían asegurar, como mínimo, que durante el ciclo de su vida todas las personas necesitadas tengan acceso al menos a la atención esencial de la salud, incluidos los cuidados de maternidad, y la seguridad de unos ingresos básicos para los niños y las personas de edad avanzada, así como para las personas en edad activa que sean incapaces de obtener ingresos suficientes, particularmente en casos de enfermedad, desempleo, maternidad y discapacidad.

Promover sistemas de protección social basados en un “modelo de cuidador universal”

Los sistemas de protección social, incluidos los pisos, tienen el potencial transformador de promover un “modelo de cuidador universal” en el que tanto las mujeres como los hombres realicen labores no remuneradas de cuidados y un trabajo remunerado. Lo que implica incluir, como elementos centrales de los sistemas de protección social, políticas y servicios de cuidados basados en derechos y sensibles a las cuestiones de género. En la actualidad, con frecuencia los programas de protección social se limitan a transferencias en efectivo selectivas y sujetas a verificación de recursos que son poco cuantiosas para satisfacer las necesidades de cuidados de las mujeres y los hombres (véase el capítulo 3). También tienden a ignorar el potencial de los servicios públicos de cuidados tanto para igualar las oportunidades y los resultados como para generar empleo, como se mostró en el capítulo 5. Los sistemas de protección social tienen la función habilitadora de promover la calidad del empleo de las mujeres como un medio para provocar cambios en las relaciones de género, garantizando los derechos de las mujeres y consiguiendo su empoderamiento económico.

La protección social debería reconocer la prestación de cuidados y las responsabilidades de cuidados en tanto que riesgo social para todas las personas en el ciclo de su vida. Asimismo debería reconocerse el derecho humano universal a la seguridad social como basado en el individuo. Allí donde la posibilidad de acogerse a la protección social deriva del modelo de política social del hombre como sostén de la familia, esto es, donde las prestaciones para las mujeres casadas dependen de la condición de sus maridos como contribuyentes, se debería tener especial cuidado en velar por que los sistemas de protección social reconozcan el reparto desigual del trabajo de cuidados no remunerado y se actúe para mejorar los derechos individuales de las mujeres y promover un cambio de las normas sociales. Esto resulta también esencial para que los sistemas de protección social respondan a la evolución de las estructuras

familiares y atiendan las necesidades de 276 millones de personas en edad de trabajar que cabezas únicas de familias con dependientes, el 77,6 por ciento de las cuales son mujeres (véase el capítulo 1).

Los derechos a la seguridad social también deberían basarse en las responsabilidades de paternidad y de cuidados, y no solo construirse en torno a la participación a tiempo completo en el mercado de trabajo. Es por tanto necesario que el Estado desempeñe una función destacada en proporcionar ayuda económica para el trabajo de cuidados no remunerado a través de prestaciones de seguridad social, servicios públicos e infraestructuras sociales relacionados con los cuidados (meta 5.4 del ODS). Un ejemplo de tal política puede encontrarse en el Ecuador, donde, desde 2015, las cuidadoras y cuidadores (principalmente mujeres) no remunerados a tiempo completo han visto reconocido su derecho a registrarse a efectos de seguridad social. Mediante contribuciones mensuales que oscilan entre USD 2 y 46, en función de los ingresos del hogar, los contribuyentes pueden disfrutar de una pensión y prestaciones de discapacidad.⁸⁹ A diciembre de 2015, se habían registrado más de 80 000 personas.

Velar por que en las prestaciones sociales se reconozca y se compense el costo de los cuidados y se evite reproducir las desigualdades de género

Como consecuencia de los requisitos de protección social arriba detallados, las prestaciones en efectivo y en especie de la protección social deberían fijarse con el fin de afrontar el total del “costo de los cuidados”. Este costo comprende no solo los gastos de subsistencia relacionados con la maternidad, la crianza de los hijos y el cuidado de los familiares dependientes. También, la pérdida de ingresos resultante de la reducción o la suspensión del trabajo remunerado a causa de la prestación de cuidados por parte de los padres o de otras cuidadoras o cuidadores no remunerados. Debe comprender asimismo el costo de acceder a servicios de guardería de calidad y otros servicios de cuidados cuando no estén disponibles públicamente de manera gratuita o subvencionados en función de los medios comprobados. Esto se puede lograr, por ejemplo, mediante deducciones fiscales por gastos de guardería, como se mostró en el capítulo 3.

También es esencial que las prestaciones en efectivo para los cuidados alcancen niveles que sean suficientes para sustituir a los ingresos y no reforzar los roles tradicionales de género y el confinamiento de las mujeres en el hogar.⁹⁰ Sin embargo, como se mostró en el capítulo 3, las prestaciones en efectivo para cuidados solo en contados casos compensa la pérdida de ingresos de las cuidadoras o cuidadores, lo que tiene consecuencias negativas para la participación de los receptores en la fuerza de trabajo y sus ingresos (siendo los receptores principalmente mujeres con bajo nivel de educación y con empleos mal pagados).⁹¹ En el caso de los cuidados de larga duración, podemos encontrar una excepción en Nueva Escocia (Canadá), donde se estima que las prestaciones para cuidados de larga duración corresponden al salario medio normal, asegurando con ello que las trabajadoras y trabajadores del cuidado de larga duración puedan mantenerse sin caer en la pobreza.⁹² Con respecto a las prestaciones en efectivo para cuidados destinadas a los progenitores después de las licencias de maternidad y parental, en Finlandia los progenitores reciben una prestación para cuidados en el domicilio hasta que el hijo cumple los 3 años, siempre que el hijo no asista a servicios públicos de guardería.⁹³ Estas prestaciones también son bajas por lo general y no llegan al nivel del salario mínimo.

En los países en desarrollo también se corre el riesgo de reforzar los roles típicos de género; en ellos, determinados programas condicionados de transferencias en efectivo dirigidos a familias pobres pueden tener como consecuencia, en particular para las mujeres, nuevos problemas de tiempo y costos. Por tanto, los programas dirigidos a mejorar la condición de salud y de alimentación de los niños, por ejemplo, deberían comprender modalidades de aplicación así como servicios y elementos de sensibilización que impugnen la división tradicional entre trabajo remunerado y trabajo de cuidados no remunerado y alienten, en general, el reconocimiento, la reducción y la redistribución del trabajo de cuidados no remunerado entre las mujeres y los hombres. Los gastos de transporte o el tiempo de espera en los centros médicos representan una pérdida de ingresos para las trabajadoras y los trabajadores por cuenta propia que las transferencias deberían compensar.⁹⁴

Por otro lado, es esencial que tales prestaciones en efectivo para cuidados y programas de transferencias en efectivo, con niveles suficientes de prestaciones y servicios de calidad de cuidados infantiles y cuidados de larga duración, sean accesibles a todos. Con ello se debería evitar que las cuidadoras y cuidadores no remunerados (habitualmente mujeres) tengan que optar por dejar el trabajo sencillamente porque los costos de oportunidad son demasiado altos.

Velar por que la protección social se extienda a los trabajadores de la economía informal

Las cuidadoras y los cuidadores no remunerados son más proclives a tener su empleo en la economía informal que sus compañeros que no prestan cuidados (véase el capítulo 2). Además, las mujeres que tienen responsabilidades de cuidados también tienen más probabilidad de tener formas atípicas de empleo y su representación entre los trabajadores “marginales” a tiempo parcial supera la media. Tras la Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal, 2015 (núm. 204) y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202), las estrategias para ampliar la cobertura de la seguridad social deberían encaminarse a garantizar un nivel básico de seguridad social para todos y, gradualmente, extender niveles más altos de seguridad social al mayor número posible de personas, incluidos los trabajadores de la economía informal. El objetivo consiste en asegurar, como mínimo, que todas las personas tengan un nivel básico de ingresos y puedan acceder a servicios básicos de atención de salud y otros servicios sociales.

Introducir los créditos por cuidado en los sistemas de protección social

Aplicar una política de créditos por cuidado es una manera eficaz de que en los sistemas de protección social se reconozca el valor de los cuidados. Tales créditos, cuando son suficientemente generosos, reconocen y compensan las contribuciones que se perdieron, por estar fuera de la fuerza de trabajo, durante el tiempo dedicado a cuidar a personas dependientes (hijos, personas de edad avanzada, discapacitadas o enfermas). Se conceden, por ejemplo, en el Estado Plurinacional de Bolivia y en Uruguay en el marco del sistema de pensiones; pero únicamente a las mujeres, a las que se acredita un año de contribuciones por hijo, hasta un máximo de 3 y de 5 hijos, respectivamente (véase también el recuadro 6.10).⁹⁵ Con el fin de luchar contra los estereotipos de género, los créditos por cuidado se deberían conceder tanto a las madres como a los padres. Así sucede, por ejemplo, cuando se toma la licencia parental en muchos países europeos, como Finlandia y Suecia. A los padres y a las madres se les acreditan contribuciones sociales, para la pensión y otros seguros sociales, que abarcan el período durante el que están de baja. Ante el envejecimiento de las sociedades, es crucial que los créditos para la pensión se concedan a todas las cuidadoras y cuidadores no remunerados durante el ciclo de su vida. Esto tiene especial relevancia para las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor.

Garantizar pensiones universales

Además de las pensiones contributivas, otras buenas prácticas para asegurar la protección social para todos son, por ejemplo, la concesión de pensiones universales, como sucede en países como Botswana, Mauricio y Namibia.⁹⁶ Estos regímenes de pensiones benefician en particular a personas con responsabilidades de cuidados (principalmente mujeres) que han estado fuera de la economía formal (trabajando en la economía informal o desempleadas) y que, por tanto, con frecuencia están excluidas de los regímenes contributivos de pensión. La suficiencia de las prestaciones es crucial para reducir los riesgos de pobreza que afrontan las cuidadoras y cuidadores no remunerados. El de Mauricio es un buen ejemplo, puesto que la cuantía de la pensión básica de jubilación es aproximadamente cinco veces más alta que el umbral de pobreza.⁹⁷

Recuadro 6.10. Sistemas de pensiones que compensan el trabajo de cuidados no remunerado a quienes lo realizan

Los créditos por cuidados para pensiones se utilizan para prevenir la pobreza entre las cuidadoras y los cuidadores no remunerados, para aportar mejoras en igualdad de género, para reconocer el valor social del trabajo no remunerado, como incentivos para que las mujeres tomen un empleo remunerado y, en algunos casos, para que tengan hijos y los críen.

En Chile, en 2008, tuvo lugar una reforma del sistema de pensiones como resultado del programa de la candidata electa Michelle Bachelet cuyo objetivo era mejorar la seguridad de los ingresos de las mujeres en la vejez. La reforma reconocía las interrupciones del empleo debidas a la crianza de los hijos mediante la concesión de créditos por cuidado a las madres (que aumentaron las pensiones medias de las mujeres en un 20 por ciento) y creaba la posibilidad de separar las pensiones en caso de divorcio.

En Finlandia, en 2005, el sistema de créditos para pensiones fue mejorado y armonizado; actualmente se paga a todos los beneficiarios de prestaciones de seguridad social de corta duración relacionadas con el nacimiento y los primeros cuidados de los hijos, como las de maternidad, paternidad, licencia parental y licencia por cuidados de los hijos en el hogar.

Francia adoptó una serie de reformas a partir de 1971, año en que por primera vez se crearon bonos de pensión para tener hijos, lo que denotaba una política en pro de la natalidad. En 2004 los créditos para pensiones se ampliaron a fin de incluir a las madres de uno y de dos hijos y en 2010 se extendieron también a los padres. Los créditos para pensiones se conceden por separado para el nacimiento (o adopción) y para la educación de un hijo.

El primer reconocimiento legal de la prestación de cuidados en la familia tuvo lugar en el Reino Unido en 1978. La Segunda Pensión del Estado se creó en 2002 como medio de ayudar a los trabajadores de ingresos bajos a poder acogerse a una pensión; se otorgan créditos por cuidados durante determinados períodos cuando no se ha ingresado ningún salario, incluidos los períodos de prestación de cuidados. Los padres, las figuras parentales sustitutivas o las personas que cuidan a una persona discapacitada que está recibiendo una prestación familiar pueden optar a esos créditos y, desde 2011, también los abuelos que se ocupen de cuidar a los nietos.

Fuente: ONU Mujeres, 2015; Fultz, 2011; OIT, 2017m.

Tratar los cuidados de larga duración como un nuevo riesgo social en el seguro social

Financiar los cuidados de larga duración plantea una preocupación cada vez más importante para muchos países de ingresos altos, y para cada vez más países de ingresos medios, que experimentan un rápido envejecimiento de su población. Es esencial establecer mecanismos de seguro con el fin de abarcar los cuidados de larga duración para afrontar las desigualdades en el trabajo de cuidados no remunerado y fomentar el reconocimiento social del cuidado. Una importante opción de política que hay que tomar al establecer dichos mecanismos afecta al sistema de financiación. El marco normativo nacional puede hacer obligatorio el seguro de cuidados de larga duración, seguro que se puede ofrecer por la vía de un servicio público como nuevo riesgo social cubierto por el sistema nacional de protección social. Como alternativa, puede ser voluntario y ofrecido por compañías privadas de seguros.⁹⁸ Otro elemento importante, que tiene un efecto en la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, es si el mecanismo de seguro ofrece prestaciones en efectivo o favorece la prestación directa de los servicios, por ejemplo, servicios a domicilio. Alemania, Japón, la República de Corea y Luxemburgo se encuentran entre los países que han elaborado sistemas de seguro de cuidados de larga duración.⁹⁹ Aunque los sistemas de financiación suelen diferir en cuanto a la generación de los ingresos, el diseño de las prestaciones y los requisitos para acogerse a ellas, parece que un factor importante es comenzar a elaborar regímenes financiados colectiva-

mente antes de que el envejecimiento plantee un importante problema de ingresos. A la vista de sus considerables problemas demográficos, China está contemplando introducir un seguro obligatorio de cuidados de larga duración para salir al paso de las necesidades cada vez mayores del país en materia de cuidados, en particular, los relativos a las personas de edad avanzada.¹⁰⁰

Establecer prestaciones por discapacidad

Debería ponerse en práctica la protección social universal de las personas con necesidades de cuidados de larga duración y las personas con discapacidades graves, velando por que las personas con discapacidades no caigan en la pobreza. Solo una minoría puede acceder en la actualidad a la protección social universal para las personas con necesidades de cuidados de larga duración, principalmente en países de ingresos altos, mientras que el resto del mundo registra niveles muy elevados de déficits de cobertura.¹⁰¹ Sin embargo, varios países en desarrollo han adoptado regímenes universales para personas con discapacidades, entre ellos Brasil, Chile, Mongolia, Nepal, Sudáfrica y Uruguay. Y otros países han experimentado notables progresos en materia de prestaciones en efectivo no contributivas para la discapacidad, bien incorporando la discapacidad a regímenes más generales (Etiopía y Ghana), bien creando regímenes específicos para personas con discapacidades (Argentina, Indonesia, Kirguistán y Sudáfrica).¹⁰²

8. Aplicar políticas relativas a las licencias que sean sensibles a las cuestiones de género y financiadas públicamente para todos y para todas

Garantizar la protección de la maternidad para todas las mujeres

La protección de la maternidad y otras licencias para cuidados, como la licencia de paternidad y parental y las licencias para cuidar de familiares enfermos (niños, adultos o ancianos), son instrumentos cruciales para garantizar la salud, el bienestar y la sostenibilidad económica de las mujeres gestantes y las personas con responsabilidades de cuidados. De conformidad con el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183), la licencia de maternidad debería ser de al menos catorce semanas, y de hasta dieciocho semanas de conformidad con su Recomendación núm. 191 acompañante. Los cuidados prenatales, durante el parto y postnatales son esenciales. Deberían pagarse prestaciones pecuniarias que cubran la ausencia por maternidad, con una tasa mínima de sustitución de ingresos de dos tercios de las ganancias anteriores de las mujeres. Las prestaciones pecuniarias deberían financiarse mediante un seguro social obligatorio o con cargo a fondos públicos. También debería protegerse la salud de la madre y del niño durante el embarazo, el parto y la lactancia, y todas las madres deberían tener derecho a amamantar a su hijo tras su regreso al trabajo. De igual modo se mencionan políticas de protección y no discriminación en el empleo que garanticen a la mujer el derecho a retornar al mismo puesto de trabajo o a un puesto equivalente con la misma remuneración (véase el recuadro 6.11).

Hasta la fecha, a nivel mundial solo el 42 por ciento de los países cumplen las normas de la OIT sobre la duración de la licencia de maternidad, el nivel de las prestaciones y la fuente de estas, y cerca del 60 por ciento de las madres de recién nacidos no reciben prestación alguna (véase el capítulo 3).¹⁰³ Sin embargo, en los últimos años un número cada vez mayor de países en desarrollo ha reformado sus regímenes de licencia de maternidad y satisfacen ya las normas de la OIT, como por ejemplo El Salvador (de 12 a 16 semanas), la India (de 12 a 16 semanas), la República Democrática Popular Lao (de 13 a 15 semanas), Paraguay (de 12 a 18 semanas) y Perú (de 13 a 14 semanas). Además, la India, la República Democrática Popular Lao, Mongolia y el Territorio Palestino Ocupado están ampliando la protección de la maternidad para que llegue a mujeres a las que anteriormente no cubría.¹⁰⁴

Recuadro 6.11. Principios básicos de los regímenes de licencias sensibles con las cuestiones del cuidado y transformadores en lo relativo al género

- Asegurar a las madres una licencia de maternidad de una duración de al menos 14 semanas remunerada a una tasa de al menos dos tercios de sus ganancias anteriores de conformidad con el Convenio núm. 183, o de hasta 18 semanas al 100 por ciento, de conformidad con la Recomendación núm. 191.
- Asegurar que los padres puedan acceder a una licencia de paternidad obligatoria y remunerada durante un período significativo de tiempo.
- Asegurar que se reserve al padre una parte notable de la licencia parental y que no se la pueda transferir a la madre.
- Asegurar la concesión de otras formas de licencia, como licencia para la adopción o licencia para cuidar a hijos o familiares adultos o ancianos discapacitados o enfermos.
- Asegurar la remuneración de los períodos de licencia y que las prestaciones correspondan al menos a dos tercios de los ingresos anteriores.
- Asegurar que las prestaciones médicas y en efectivo durante la licencia se financien mediante mecanismos colectivos, como por ejemplo un seguro social obligatorio o con cargo a fondos públicos, y se eviten costos directos para los empleadores (“responsabilidad del empleador”).
- Asegurar la protección del empleo durante la licencia y garantizar el derecho a regresar al mismo puesto o a un puesto equivalente.
- Asegurar que el tiempo de la licencia sea acreditado a las contribuciones del seguro social y a los derechos de pensión.
- Asegurar el acceso universal a derechos y prestaciones por licencia, incluso a los trabajadores de la economía informal.

Fuente: Addati et al., 2014.

Recuadro 6.12. Soluciones políticas para ampliar la protección de la maternidad a las mujeres de la economía informal

Sistemas de seguro social

En la República Democrática Popular Lao las trabajadoras del sector informal pueden adherirse voluntariamente al Fondo Nacional de Seguridad Social (NSSF) en virtud de la Ley de la seguridad social de 2014 y poder tener derecho, entre otras prestaciones, a las de salud y maternidad (para lo que hace falta un mínimo de seis meses cotizados en los 12 meses anteriores). Se paga, durante un máximo de 90 días, una prestación de maternidad en efectivo del 80 por ciento del salario medio de referencia (durante los seis meses anteriores). Sin embargo, hasta la fecha la cobertura es limitada: en 2015, el número de afiliadas voluntarias era de 1599 entre más o menos 2,48 millones de personas que trabajan en el sector informal del país. Este resultado indica la importancia de un seguro social obligatorio que satisfaga las necesidades de los trabajadores de la economía informal.

Regímenes no contributivos de transferencias en efectivo

En la República Unida de Tanzania, el Fondo de Acción Social (TASAF) se inauguró en 2000 con el objetivo de aumentar los ingresos y el consumo y poder afrontar las conmociones entre las poblaciones sumidas en la extrema pobreza. Cada dos meses se hacen transferencias en efectivo a mujeres embarazadas, equivalentes a USD 6, a condición de que las mujeres asistan al menos a cuatro exámenes médicos antes del parto o a sesiones sobre salud y alimentación cada dos meses, en función de la disponibilidad de los servicios. Es obligatorio que los niños asistan a pruebas médicas rutinarias periódicas y vayan a la escuela.

En el Perú se estableció en 2005 el programa de transferencias condicionadas en efectivo JUNTOS con el objetivo de reducir la pobreza y que esta no pasara de una generación a la siguiente. Entre quienes pueden acogerse a estas transferencias figuran mujeres embarazadas, niños y adolescentes de hasta 19 años de edad que viven en la extrema pobreza. Reciben una cuantía de 200 nuevos soles cada dos meses (equivalentes a USD 67 en 2014) bajo determinadas condiciones: las embarazadas deben asistir a exámenes de seguimiento prenatal y los niños, tanto a exámenes médicos como a la escuela. En 2014, el programa JUNTOS llegó a 753 638 hogares.

Fuente: OIT, 2016c.

Como punto importante, en sintonía con las Recomendaciones núm. 202 sobre los pisos de protección social y núm. 204 sobre la transición desde la economía informal a la economía formal, se deberían adoptar estrategias para ampliar la protección de la maternidad a las trabajadoras de la economía informal, como sucede en el caso de la República Democrática Popular Lao (véanse ejemplos en el recuadro 6.12).¹⁰⁵ También puede concederse dicha protección mediante regímenes de transferencias en efectivo dirigidos a las mujeres embarazadas de familias de bajos ingresos, como sucede en el norte de Togo. Otros ejemplos de buenas prácticas los podemos encontrar en Mongolia, que ha conseguido la protección universal de la maternidad (cubriendo, en concreto, a las empleadas por cuenta propia, las trabajadoras del pastoreo y las trabajadoras nómadas y rurales de la economía informal) gracias a la combinación de un régimen contributivo del seguro social y un sistema de bienestar.

Ampliar las prestaciones remuneradas y protecciones de las licencias de paternidad, parental y para otros cuidados y promover que los hombres se acojan a ellas

Para las cuidadoras y los cuidadores no remunerados son igualmente importantes otras licencias, como las de paternidad y parental, así como las licencias para cuidar de un hijo o un familiar adulto o anciano enfermo o discapacitado. No obstante, existen importantes déficits en el acceso a ellas, especialmente en los países en desarrollo. Por ejemplo, como se mostró en el capítulo 3, solo un poco más de la mitad de los países del mundo reconocen legalmente a los padres el derecho a una licencia remunerada (en forma de licencia de paternidad y/o parental). Varios países en desarrollo, como Afganistán, Guinea Ecuatorial, Hong Kong (China) y Turquía, han reconocido recientemente la importancia de los derechos de los padres y han adoptado una política de licencia de paternidad. Las mejores prácticas relacionadas con regímenes de licencias que incentivan a los hombres a usarlas, impulsando con ello su implicación en el cuidado de los hijos a medio plazo, son, por ejemplo, las de países nórdicos como Islandia y Suecia, pero también Portugal y España, que conceden a los padres entre 1 y 3 meses de licencia remunerada, que se reserva exclusivamente para ellos.

Las políticas de licencia, cuando se formulan de manera sensible con el cuidado y transformadora de las cuestiones de género, incluso financiándolas mediante mecanismos de seguridad social, permiten que los trabajadores puedan conciliar su vida laboral y familiar, y contribuir a la redistribución del trabajo de cuidados no remunerado en los hogares y entre las mujeres y los hombres (véase el recuadro 6.11).¹⁰⁶ Así, la formulación de regímenes de licencia, sobre todo cuando se trata de derechos personales y no transferibles, ofrecen una compensación suficiente y se financian mediante la seguridad social, es esencial para que los hombres se sientan animados a acogerse a los derechos que ofrece, como ilustra la nueva iniciativa de la Unión Europea para reformar las políticas de licencia (véase el recuadro 6.13).¹⁰⁷ Otro elemento crucial para lograr la igualdad de género es la buena coordinación entre las políticas de licencia y las políticas de AEPI. Esto significa que no debería haber ningún vacío temporal entre el fin de las licencias remuneradas (de maternidad, paternidad y parental) y el momento en que los hijos pueden acceder legalmente a una plaza en un centro de cuidados infantiles, como ocurre por ejemplo en los países escandinavos así como en Malta y Eslovenia (véase el recuadro 3.3 del capítulo 3).

Recuadro 6.13. La Propuesta de directiva de la Unión Europea para conciliar la vida laboral y la vida personal (2017)

El objetivo de esta propuesta es el de mejorar el acceso a modalidades para conciliar la vida laboral y la vida familiar con el fin de hacer frente a la limitada participación de las mujeres en el mercado de trabajo, haciendo que los hombres se acojan más a las licencias relacionadas con la familia y a las fórmulas de trabajo flexible e impulsando la igualdad de género.

De adoptarse, la Comisión se involucrará con los Estados miembros y diversas partes interesadas, como los gobiernos nacionales, los organismos administrativos regionales, las autoridades locales y los interlocutores sociales, para garantizar la aplicación eficaz de las medidas de acompañamiento. Los Estados miembros pueden confiar a los interlocutores sociales la aplicación de la Directiva siempre que se garanticen los resultados que se persiguen con esta medida legislativa.

	Marco legislativo actual de la UE	Propuesta de directiva sobre la conciliación de la vida laboral y la vida familiar
Licencia de maternidad¹⁰⁸	14 semanas de licencia remunerada de maternidad al menos al nivel de la baja por enfermedad; están cubiertos las trabajadoras autónomas.	Mismo nivel de protección.
Licencia de paternidad	No la hay al nivel de la UE.	Diez días laborables de licencia de paternidad al nacer el hijo.
Licencia parental	Cuatro meses de licencia parental <ul style="list-style-type: none"> ■ No remunerada ■ Utilizable hasta que el niño cumpla los 8 años ■ Un mes no puede transferirse entre los padres ■ Los Estados miembros decidirán la posibilidad de su utilización flexible 	Cuatro meses de licencia parental: <ul style="list-style-type: none"> ■ Remunerada al nivel de la baja por enfermedad ■ Podrá utilizarse al menos hasta que el niño cumpla los 12 años ■ Cuatro meses no pueden transferirse entre los padres ■ Posibilidad de utilización flexible
Permiso para las cuidadoras y los cuidadores	No existe este permiso más allá del derecho a ausentarse por razones de fuerza mayor	Derecho a cinco días al año de permiso para las cuidadoras y los cuidadores por trabajador, remunerado al nivel de la baja por enfermedad, para la prestación de cuidados a familiares dependientes gravemente enfermos.
Fórmulas de trabajo flexible para los progenitores y las cuidadoras y cuidadores	El derecho a solicitarlas existe únicamente para los progenitores que regresan de la licencia parental.	Derecho a solicitar fórmulas de trabajo flexible para los progenitores de niños de hasta 12 años y los trabajadores con responsabilidades de cuidados
Protección frente al despido y el trato desfavorable	Existe esta protección para la licencia de maternidad, parental, de paternidad y por adopción. No hay protección a nivel de la UE frente al despido y/o el trato desfavorable para los permisos de las cuidadoras o cuidadores y para los trabajadores que solicitan fórmulas de trabajo flexible (con la excepción del trabajo a tiempo parcial).	Protección frente a la discriminación y/o el despido en los casos en que los trabajadores elijan utilizar o solicitar la licencia o solicitar fórmulas de trabajo flexible.

Fuentes: Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014; Levtoy et al., 2015; Blum, Koslowski y Moss, 2017; Haas y Rostgaard, 2011; Comisión Europea, 2017.

6.2.2. Más trabajo y trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, incluidos los migrantes

1. Regular y poner en práctica condiciones de empleo decentes y lograr la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor para todos los trabajadores y trabajadoras del cuidado

Como se vio en el capítulo 4, multitud de trabajadoras y trabajadores del cuidado no disfrutaban del mismo grado de protección laboral que los de otros sectores. Además, determinados grupos de trabajadoras y trabajadores del cuidado, en los que las mujeres y las minorías tienden a estar sobrerrepresentados, sufren de algunos de los peores déficits de trabajo decente. Lograr el trabajo decente para estas trabajadoras y trabajadores conlleva muchas medidas y actuaciones, pero un primer paso consiste en asegurar que todos, incluidos los migrantes, estén protegidos por la legislación del trabajo en la misma medida que otros trabajadores. La legislación debería garantizar unas condiciones de trabajo decentes, entre las que se encuentran las medidas de política que se describen a continuación.

Asegurar la debida regulación de las formas atípicas de empleo

Los países pueden prohibir el recurso al trabajo de duración determinada para las necesidades permanentes de una empresa, limitar la utilización de trabajo de las agencias temporales, fijar un límite a las prórrogas o a la duración general del trabajo de duración determinada o del trabajo precario o restringir o prohibir el recurso a contratos de trabajo a pedido.¹⁰⁹ Por ejemplo, tras una importante campaña llevada a cabo por el sindicato Unite de Nueva Zelanda, desde 2016 los contratos de trabajo deben especificar el número de horas de trabajo garantizadas (de haberlas) y, si no se ha fijado ningún número, los trabajadores no tienen la obligación de permanecer a disposición del empleador.

En 2013, en Singapur, se concedió a las trabajadoras y los trabajadores domésticos un día de descanso semanal y, en 2012, se adoptó en Tailandia una Orden Ministerial contemplando una licencia anual remunerada, festivos remunerados y un descanso semanal para las trabajadoras y trabajadores domésticos¹¹⁰ (véase también el recuadro 6.14). También ha habido un notable progreso en los países árabes, que hasta hace poco carecían de marcos jurídicos nacionales que protegieran a las trabajadoras y trabajadores domésticos (véase la sección 4.3, conglomerado 3.1).

El trabajo a tiempo parcial en las ocupaciones del cuidado debería ser de buena calidad, atendiendo a los principios establecidos en el Convenio sobre el trabajo a tiempo parcial, 1994 (núm. 175) y su Recomendación núm. 182 acompañante, así como en el Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156).

Incluir a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado entre los beneficiarios del salario mínimo nacional y proporcionarles protección social

Hacer que se respete la legislación sobre salarios mínimos suficientes puede contribuir a reducir las penalizaciones salariales de las trabajadoras y trabajadores del cuidado. La protección de la normativa sobre el salario mínimo debería abarcar a estas trabajadoras y trabajadores, incluso cuando trabajan mediante subcontratas. Por ejemplo, en el Perú las empresas principales deben responder conjuntamente con los contratistas respecto del salario y los derechos de seguridad social legales de los empleados de las subcontratas, y en Alemania las trabajadoras y los trabajadores subcontratados pueden interponer directamente recurso contra la empresa principal si los subcontratistas no les pagan el salario mínimo.¹¹¹ Muchos países han incluido el trabajo doméstico en su normativa sobre el salario mínimo, aplicando diferentes enfoques. En el Brasil, Costa Rica, México y Turquía, por ejemplo, esa normativa se aplica a las trabajadoras y los trabajadores domésticos.¹¹² En los Estados Unidos, el alcance de la cobertura de la normativa federal sobre el salario mínimo y el horario de tra-

Recuadro 6.14. Recientes reformas legales que amplían el reconocimiento de los derechos laborales de las trabajadoras y los trabajadores domésticos

Desde su adopción por los Estados miembros de la OIT en junio de 2011, 25 países (en su mayoría latinoamericanos) han ratificado el Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189), otros 30 han ampliado de algún modo la protección de su legislación laboral para cubrir a esas trabajadoras y trabajadores, y 20 más están trabajando activamente en esa dirección.

Argentina, 2013: la Ley 26.844 sobre el trabajo en las casas particulares amplió las prestaciones disfrutadas por otros trabajadores a las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Esta Ley prevé un máximo de 48 horas de trabajo a la semana, un período de descanso semanal, el pago de horas extraordinarias, días de vacaciones anuales, baja por enfermedad, protección de la maternidad y una edad mínima para el empleo. Además, la Ley también prevé otras protecciones para las trabajadoras y los trabajadores que trabajan internos en las casas, contemplando períodos de descanso y una habitación amueblada. Esta reforma deroga también la anterior práctica discriminatoria de determinar la condición como trabajadoras o trabajadores domésticos, según el número de horas trabajadas, y no teniendo en cuenta cualquier número de horas trabajadas en una casa particular para que constituya trabajo doméstico.

Filipinas, 2013: La Ley sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos (2013) es de alcance general y prevé la protección de estas trabajadoras y trabajadores frente a los abusos, la servidumbre por deuda y las peores formas de trabajo infantil. La Ley establece normas mínimas en materia de salarios, número de horas de trabajo y días de descanso, y otras prestaciones para las trabajadoras y los trabajadores domésticos; extiende a este sector la seguridad social, el seguro público de salud y un régimen de vivienda de renta reducida; y establece mecanismos para la solución de conflictos laborales y una respuesta rápida a los casos de abuso. Esta Ley envía a los países de destino (que acogen a millares de trabajadoras y trabajadores domésticos filipinos) el claro mensaje de que el Gobierno de Filipinas está comprometido con los principios establecidos en el Convenio núm. 189.

España, 2011: el Real Decreto 1620/2011 establece los requisitos relacionados con el salario mínimo, el descanso semanal y anual, la licencia de maternidad y la compensación por los tiempos de presencia. Esta nueva normativa equipara a las trabajadoras y los trabajadores domésticos con los trabajadores en cuestiones como las de los salarios (que no deben ser inferiores al salario mínimo), limitando al mismo tiempo la semana legal de trabajo a 40 horas con un mínimo de 12 horas de descanso al día. Además, regula la cuantía que se puede deducir de los salarios de las trabajadoras y trabajadores en concepto de alojamiento y mantenimiento. España también incorporó la seguridad social para las trabajadoras y los trabajadores domésticos en su régimen general de la seguridad social.

Fuente: OIT, 2016a; King-Dejardin, de próxima aparición.

bajo se amplió a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado a domicilio en 2013¹¹³, y en Suiza, en 2011, se adoptó un contrato de trabajo nacional tipo que fija un salario mínimo para las trabajadoras y los trabajadores domésticos¹¹⁴ (véanse también otros ejemplos en el recuadro 6.14). Los estudios indican que el contar con legislación sobre salarios mínimos para las trabajadoras y los trabajadores domésticos no implica necesariamente su cumplimiento, por lo que habría que esforzarse estrictamente por aplicar la legislación de manera más eficaz.¹¹⁵

Velar por la protección social universal para todas las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, en consonancia con la Parte VI del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima) 1952 (núm. 102) y con el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo, 1964 (núm. 121), impedirá que las víctimas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y sus familiares caigan en la pobreza y, por tanto, contribuirá al logro del ODS 1, a saber, “poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo”.

Recuadro 6.15. La función esencial de los sindicatos en la promoción de la igualdad de remuneración para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado: un caso histórico en Nueva Zelanda

En Nueva Zelanda se consiguió un histórico aumento de la remuneración de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado tras la adopción de la nueva Ley de Resolución de las cuestiones relacionadas con la Igualdad de Remuneración de los Trabajadores de Prestación de Cuidados y Asistencia de 2017. Esta Ley tiene su origen en 2012, cuando Kristine Bartlett, trabajadora de cuidados en una residencia, apoyada por su sindicato, llevó a los tribunales a su empleador en el marco de la Ley sobre la igualdad de remuneración de 1972, alegando infravaloración sistémica por motivo de género del trabajo de cuidados y asistencia: “Debido a que quienes trabajan en la asistencia son predominantemente mujeres, a una trabajadora asistencial se le paga menos de lo que se pagaría a un hombre que desempeñara un trabajo que implica el mismo grado, o un grado sustancialmente similar, de aptitudes, esfuerzo y responsabilidad, siendo las condiciones de trabajo las mismas o sustancialmente similares”.

A raíz de las decisiones del Tribunal del Trabajo y del Tribunal Supremo, que dieron la razón a Kristine Bartlett, el Gobierno de Nueva Zelanda anunció en 2015 que entablaría negociaciones sobre las tasas de remuneración de las trabajadoras y trabajadores del cuidado y la asistencia y, en 2016, estableció un grupo de trabajo formado conjuntamente por sindicatos de trabajadores, organizaciones de empleadores y otros proveedores de cuidados. En mayo de 2017 se firmó el acuerdo y, en junio de 2017, el Parlamento aprobó la Ley por unanimidad.

La Ley de Resolución de las Cuestiones relacionadas con la Igualdad de Remuneración de los Trabajadores de Prestación de Cuidados y Asistencia de 2017, entró en vigor el 1 de julio de ese año. El acuerdo consiste en destinar 2000 millones de dólares neozelandeses a más de 55 000 trabajadoras y trabajadores que prestan cuidados y asistencia en residencias de ancianos y a domicilio y servicios a discapacitados. En función de las calificaciones y/o la experiencia de las trabajadoras y trabajadores, en los siguientes cinco años se aumentará su remuneración entre el 15 y el 50 por ciento. Aquellas y aquellos que previamente recibían el salario mínimo de 15,75 dólares neozelandeses a la hora pasarán a cobrar un mínimo de 19 dólares a la hora, lo que corresponde a un aumento del 21 por ciento. El personal verá aumentar su salario en un abanico de 19 a 27 dólares neozelandeses a la hora.

Una característica singular de esta Ley de 2017 es que en ella se reconoce la infravaloración sistémica por motivo de género del trabajo de cuidados, dejando entrever que en Nueva Zelanda se podría aplicar un proceso similar a otros trabajadores del cuidado que están mal pagados.

A continuación se reproducen las reacciones de los protagonistas centrales de esta resolución histórica:

“Saber que se nos paga lo que realmente vale nuestro trabajo nos hará sentirnos dignos y orgullosos y hará que nuestra vida merezca la pena. Tras años de lucha por los bajos salarios, tenemos la esperanza de que nos quede un poco para disfrutar de verdad la vida.” *Kristine Bartlett*

“Las tasas resultantes de este acuerdo resolutorio sobre igualdad reflejan de verdad las actitudes y la importancia del trabajo que los trabajadoras y trabajadores del cuidado y la asistencia llevan a cabo cada día. Las tasas de remuneración decentes y el derecho a ver reconocidas sus calificaciones harán que los trabajadores especializados que cuidan a nuestros mayores se queden y su número aumente, lo que contribuirá a que el público tenga confianza en que en nuestras residencias de descanso y hospitales se prestarán cuidados de alta calidad a nuestras personas queridas.” *Cee Payne, Director de Servicios de Relaciones del Trabajo de la Organización de Personal de Enfermería de Nueva Zelanda*

“Esta resolución significará un cambio de verdad para nuestros afiliados. Aquellos que trabajan en la asistencia a domicilio y a los discapacitados desempeñan una función vital para que las personas puedan tener una vida independiente en sus comunidades. Esta resolución reconoce el valor de su trabajo y de las personas a las que prestan asistencia.” *Erin Polaczuk, Secretario Nacional de la Asociación de la Función Pública*

Fuente: E tû, 2017; Consejo de Sindicatos de Nueva Zelanda, 2017; Gobierno de Nueva Zelanda, 2017; Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2017; Servicio Parlamentario de Nueva Zelanda, 2017; Ravenswood, 2017.

Recuadro 6.16. Formalizando el trabajo de cuidados: el caso de una cooperativa de trabajadoras y trabajadores domésticos de Trinidad y Tobago

En Trinidad y Tobago está aumentando el trabajo doméstico, sobre todo entre las mujeres de bajos ingresos. En 1982 se creó el Sindicato Nacional de Trabajadores Domésticos (NUDE). Desde entonces el sindicato ha logrado algunos avances en la mejora de la legislación, y hoy esta prevé bajas por enfermedad, licencia de maternidad y vacaciones anuales. No obstante, siguen sin resolverse algunas cuestiones, como la ausencia de contratos de trabajo, la falta de prestaciones de jubilación y el limitado acceso a productos y servicios financieros debido a que el historial profesional de la mayoría de las trabajadoras y los trabajadores domésticos es mínimo. Los afiliados al NUDE decidieron crear la Sociedad Cooperativa Limitada Centro de Trabajadores del Servicio (SWCC) con el fin de afrontar algunos de los problemas mencionados y ofrecer oportunidades de trabajo decentes y servicios conexos a las trabajadoras y los trabajadores domésticos. En enero de 2014 la SWCC fue registrada como cooperativa. La experiencia de Trinidad y Tobago en cooperativas de trabajadoras y trabajadores domésticos no es única. En el mundo se están creando decenas de cooperativas similares, además de cooperativas que ofrecen otros tipos de servicios de cuidados. En un ejercicio de inventario realizado por la OIT en 2013 se recogieron más de 40 cooperativas de trabajadoras y trabajadores domésticos en todo el mundo.¹¹⁷

Fuente: Unidad de Cooperativas de la OIT, 2018.

Conseguir la igualdad de remuneración por un trabajo de igual labor en las ocupaciones del cuidado

En consonancia con lo dispuesto en el Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100), en las ocupaciones del cuidado se debería conseguir la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor. La igualdad de remuneración puede asegurarse mejorando la transparencia salarial y aplicando métodos de evaluación de las tareas que sean neutrales en cuanto al género y que corrijan los sesgos que normalmente asignan menos valor y salarios más bajos a los empleos en el cuidado. Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado también deberían poder disponer de vías efectivas de recurso. Entre las buenas prácticas de gestión de los recursos humanos figuran los procesos justos y equitativos en cuanto al género para las revisiones salariales, asegurar en concreto que los hombres y las mujeres que desempeñan un trabajo distinto de igual valor (esto es, con experiencia y niveles de calificación equivalentes) reciban una paga de igual cuantía, como propuso el Defensor del Pueblo para el Trabajo Equitativo en Australia.¹¹⁶ El caso del aumento de remuneración para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y asistenciales de Nueva Zelanda en 2017 constituye un modo de ilustrar cómo se puede contrarrestar la infravaloración sistemática de los empleos del cuidado (véase el recuadro 6.15).

Apoyar la transición de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado de la economía informal a la economía formal

Siguiendo los objetivos fijados en la Recomendación núm. 204 sobre la transición de la economía informal a la economía formal, varios países de Europa (a saber, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia y Suecia) han hecho más atractivos para los hogares el empleo formal de las trabajadoras y los trabajadores domésticos gracias a desgravaciones de impuestos o a bonificaciones fiscales. En Francia estas medidas, unidas a un sólido marco normativo y a varios acuerdos de negociación colectiva, han desembocado en algunos de los mayores niveles de empleo formal en el trabajo doméstico en todo el mundo.¹¹⁸ La simplificación de los procedimientos de registro también puede aumentar el nivel de registro de los hogares que emplean a trabajadoras o trabajadores domésticos, como sucede en Argentina.¹¹⁹

Como se detalló en el capítulo 4, las transferencias en efectivo para cuidados pueden servir de apoyo al empleo de trabajadoras y trabajadores del cuidado personal a domicilio (incluidos asistentes personales en el caso de personas con discapacidades), transferencias que es necesario regular de modo que garanticen la creación de empleo formal. Como sucede en los países nórdicos, por ejemplo, esto puede conseguirse haciendo obligatoria la adquisición de estos servicios a empresas registradas o a trabajadores por cuenta propia registrados. Es necesario que en una estrategia nacional coherente para facilitar las transiciones a la formalidad se reconozca que los costos de trabajar de manera informal son altos para todas las partes: empresas, trabajadores y la comunidad (véase en el recuadro 6.16 el caso de la formalización en Trinidad y Tobago).

Apoyar a las instituciones sin ánimo de lucro consagradas al cuidado

Como se detalló en el capítulo 3, solo el 21 por ciento¹²⁰ de los niños en todo el mundo están matriculados en servicios de AEPI para niños de hasta tres años, y existen enormes lagunas de cobertura en servicios e infraestructuras públicos de cuidados de larga duración, especialmente en países de ingresos bajos y medios.¹²¹ En un contexto de ausencia casi total de opciones públicas viables, u otras de carácter privado, están apareciendo cooperativas como modalidad innovadora de prestación de cuidados.¹²² En el África Subsahariana, incluidos Rwanda y Zimbabwe, han surgido cooperativas para satisfacer las necesidades de vivienda y atención de la salud de personas que viven con el VIH.¹²³ Por toda América del Norte son habituales las cooperativas cuya finalidad son los jóvenes con necesidades de desarrollo. Las cooperativas para el cuidado de personas de edad avanzada, que proporcionan vivienda y/o cuidados a domicilio, están extendidas en Asia (por ejemplo, en Japón y la República de Corea), Europa Occidental (por ejemplo, Francia y el Reino Unido), América del Norte (por ejemplo los Estados Unidos y Canadá) y partes del Cono Sur (por ejemplo, Uruguay). En Italia, las cooperativas sociales y las empresas proporcionan servicios sociales, de salud y educativos a través de centros comunitarios para niños y personas de edad avanzada, centros de atención de la salud y cuidados a domicilio para personas de edad avanzada.¹²⁴

La Recomendación de la OIT sobre la promoción de cooperativas, 2002 (núm. 193) estipula que los Estados deberían promover las cooperativas y establecer una política y un marco jurídico favorables a ellas y compatibles con su naturaleza y función, e inspirados en los valores de las cooperativas, a saber, responsabilidad social, democracia, equidad y solidaridad.¹²⁵ Las cooperativas aportan diversas contribuciones en tanto que prestadoras de cuidados y empleadoras. Las cooperativas de trabajadores pueden mejorar los salarios y beneficios, registrar menores tasas de rotación del personal, regular y formalizar a las cuidadoras y cuidadores a domicilio y ofrecer profesionalización y formación a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado.¹²⁶ Como aspecto importante, sirven de vehículo para promover los derechos de los trabajadores, permitiendo que negocien juntos para obtener mejoras en los salarios, las condiciones de trabajo y la protección en el empleo en el sector de los cuidados, y resultan especialmente eficaces en el caso de las trabajadoras.¹²⁷ Las cooperativas han participado en la organización de las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Entre los ejemplos logrados de cooperativas económicamente sostenibles figuran el de la Federación de Asociaciones de Trabajadoras por cuenta propia (SEWA) en la India y el de la National Home Managers Cooperative en la República de Corea¹²⁸ (véase también el recuadro 6.17).

Como se mencionó en el capítulo 4 (recuadro 4.5), normalmente las plataformas digitales que proveen a los hogares con trabajadoras y trabajadores domésticos están fuera del alcance de la normativa laboral. Como forma de resolver esta cuestión, han aparecido las cooperativas de trabajadores para gestionar estas plataformas. En los Estados Unidos se creó la cooperativa Nurses Can con el apoyo de la rama local del Sindicato Internacional de Trabajadores de Servicios en California. Su plataforma en línea permite que mediante una aplicación en la red los clientes se pongan directamente en contacto con enfermeras o enfermeros titulados.

Con el fin de explotar todo el potencial de las cooperativas y de otras organizaciones basadas en la comunidad y en la solidaridad, es crucial contar con políticas y con legislación apropiadas. Por ejemplo, en Italia el reconocimiento legal de las cooperativas sociales mediante la adopción de la Ley 381 incrementó espectacularmente su capacidad de prestar servicios de cuidados a una amplia variedad de receptores, incluidas las personas de edad avanzada, los niños, los adolescentes y las personas con discapacidades.

Recuadro 6.17. Cooperativas de cuidados que ofrecen mejoras en los servicios a los receptores de cuidados y en las condiciones de trabajo a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado: algunos ejemplos

La **Foster Care Cooperative del Reino Unido**, que ofrece custodia de tutela de corta y larga duración así como cuidados de respiro para familias en crisis, se fundó en 1999 y en 2016 se fusionó con una organización de cuidados de tutela sin ánimo de lucro (la Jigsaw Independent Fostering). Todos los beneficios se reinvierten en formación y prestaciones para el personal, así como en la ampliación de los servicios.

La **Sungmisan Village de la República de Corea** es una comunidad singular en forma de cooperativa que ofrece cuidados diurnos y programas después del horario escolar. Comprende todo un sistema comunitario que practica y reafirma los valores y principios de las cooperativas e inculca estos valores de cooperación en los niños a fin de construir un futuro positivo.

El **Y's Owl Maclure Cooperative Centre de Canadá** presta servicios para niñas y niños con discapacidades de desarrollo y promueve los derechos de las personas a convertirse en miembros plenamente participativos de la comunidad mediante programas de asesoramiento (transición de la escuela al trabajo), formación y empleo. La cooperativa brinda a las trabajadoras y trabajadores del cuidado excelentes oportunidades de trabajo, prestaciones y promueve la formación de los receptores del cuidado y su acceso equitativo a los mercados de trabajo.

La **Cooperativa Tubusezere Twihangire Imiromo de Rwanda** fue creada en 2012 por antiguas trabajadoras del sexo que se agruparon, se organizaron y recibieron formación sobre el tratamiento y la prevención del VIH por parte de una ONG socio (la Sociedad para la Salud Familiar). La cooperativa vende condones con descuento en zonas urbanas y rurales, lleva a cabo revisiones de infecciones de transmisión sexual y de tuberculosis, organiza sesiones de formación en apoyo activo y sensibilización y ofrece apoyo social a personas que viven con el VIH. Los servicios se prestan gratuitamente o a un precio subvencionado, incluso a quienes no son cooperativistas.

La **Cooperativa Caminos de Uruguay** es la mayor cooperativa del país en cuidados auxiliares y asistencia terapéutica. Proporciona asistencia personal en el hogar, las clínicas y los hospitales, y da empleo a un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud, incluso a enfermeras y enfermeros titulados, personal médico y psicólogos. Con cada caso personal de sus clientes, los usuarios de los servicios de Caminos y sus familias, así como los proveedores de los cuidados, trabajan juntos para crear un plan de cuidados para cada usuario, insistiendo en lo posible en el autocuidado y en la colaboración de la familia.

La **Unión Cooperativa de Personas de Edad Avanzada (Koreikyo) de Japón**, fundada en 2001, ha desarrollado un modelo innovador para el cuidado de esas personas: todos los servicios son gestionados para y por las personas de edad avanzada. Las personas mayores activas, de entre 55 y 75 años, prestan cuidados a las más dependientes de 75 años en adelante. La misión orientadora de Koreikyo es la de ayudar a las personas de edad avanzada a mantenerse activas, independientes y comprometidas hasta su edad más tardía, proporcionando los servicios necesarios para mantener una vida social saludable y ofreciendo una plataforma que permita a las personas de edad avanzada seguir trabajando a medida que van cumpliendo años. La cooperativa ha alcanzado en el último decenio la cifra de más de 100 000 afiliados. Desde 2000, los servicios de cuidados y atención de la salud que presta la cooperativa pueden ser reembolsados por el kaigo hoken, el seguro nacional de cuidados de enfermería de larga duración. En el momento de su adhesión, los cooperativistas pagan una tasa de entre USD 10 y 50, que se les devuelve cuando dejan la cooperativa. Los cooperativistas pagan también una tasa anual de afiliación de USD 30.

Fuente: OIT, 2017h.

2. Velar por un entorno de trabajo seguro, atractivo y estimulante para todas las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

Promulgar y hacer respetar leyes y políticas encaminadas a eliminar todas las formas de violencia y acoso contra las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

Como se dijo detalladamente en el capítulo 4, los trabajadores de los sectores y las profesiones relacionados con el cuidado, por ejemplo, la atención de la salud, la educación y el trabajo doméstico, corren un riesgo particular de violencia y acoso en el lugar de trabajo. Algunas normas de la OIT destacan la importancia de la no discriminación y establecen medidas que garantizan el acceso a la seguridad y la salud en el trabajo, incluso para el personal de enfermería.¹²⁹ Los mandantes de la OIT también han iniciado un proceso de elaboración de normas para poner fin a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.¹³⁰ Las directrices de la OIT para afrontar y reducir la violencia en el lugar de trabajo entrañan aplicar estrategias de prevención y adoptar un enfoque participativo, incluida la implicación de sindicatos, gobiernos, empleadores y trabajadores y especialistas en violencia en el lugar de trabajo.¹³¹

Una reciente resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas¹³² condena enérgicamente todos los ataques contra el personal médico y sanitario e insta a los Estados a que elaboren medidas eficaces para promover la seguridad y la protección de dicho personal. Tales medidas existen en algunos países. En la India (Tamil Nadu), Israel, Turquía y los Estados Unidos (Nueva Jersey), por ejemplo, se han adoptado leyes específicas para ocuparse de la violencia contra los trabajadores sanitarios. Estas leyes exigen al empleador que adopte medidas preventivas, por ejemplo, creando un comité de prevención de la violencia facultado para expulsar de los locales a los elementos ingobernables. Los hospitales aplican diversas estrategias para hacer frente a la violencia, por ejemplo, contratando personal de seguridad, instalando botones de alarma y notificando sistemáticamente los incidentes violentos.¹³³

Reunir datos que inspiren las políticas de seguridad y salud en el trabajo en los sectores del cuidado

La seguridad y la salud en el trabajo pueden beneficiarse de las sinergias de política integradas en el marco de las prestaciones para todos los trabajadores que sirven para indemnizar a los trabajadores que sufren accidentes en el trabajo o que contraen enfermedades profesionales, así como prestaciones para supervivientes destinadas a las familias de víctimas mortales en el trabajo. La seguridad social para los accidentes de trabajo (SSAT) proporciona datos sobre accidentes y enfermedades profesionales, cuya recogida y análisis son cruciales para establecer políticas de seguridad y salud en el trabajo (SST) que contribuyan a la sostenibilidad financiera de los regímenes de indemnización de los trabajadores. Si la SSAT y las políticas de SST concurren en una única organización, se facilitaría la coordinación de las actividades y la notificación de datos en tiempo real a través de una red común de tecnología de la información. Como alternativa, en muchos países una parte de la SSAT puede destinarse a aplicar políticas relacionadas con la SST. Se espera que las actividades en materia de SST mejoren la seguridad en el lugar de trabajo y la prevención de los accidentes y enfermedades profesionales, lo que contribuiría a la estabilidad del fondo de la SSAT y su buena gestión, y reduciría los gastos de indemnización.

Promover la capacitación de la fuerza de trabajo, el perfeccionamiento de las competencias, la certificación y el reconocimiento de las calificaciones y la progresión profesional para todas las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

Las políticas públicas son esenciales para facilitar la educación y la formación apropiadas de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, su empleo y sus condiciones de trabajo, incluidas sus perspectivas profesionales y su remuneración. En consecuencia, deberían establecerse los requisitos básicos relativos a la formación y la práctica de estas trabajadoras y trabajadores, incluido el personal docente y el de enfermería¹³⁴ y cuidados infantiles.¹³⁵ Con el fin de asegurar la calidad de los servicios de AEPI, también es importante el desarrollo profesional continuo a lo largo de toda la carrera.¹³⁶

Para el fortalecimiento de los sistemas de salud, es de fundamental importancia contar con personal sanitario y de atención social competente, capacitado y óptimamente organizado y distribuido, especialmente en zonas rurales y sin servicios.¹³⁷ Para ello hace falta acoplar efectivamente la oferta y las especialidades de los trabajadores sanitarios con las necesidades de la población, afrontando las carencias mediante la dinámica del mercado de trabajo y las políticas de educación.¹³⁸

Es necesario que las políticas y programas de formación de facultativos mejoren el desarrollo profesional, especialmente en las zonas remotas y desfavorecidas, y en el caso de quienes trabajan con poblaciones desfavorecidas, marginadas y vulnerables, donde más floja puede ser la preparación inicial y mayor la necesidad de ayuda. Allí donde los recursos sean limitados, las lagunas se pueden colmar en parte recurriendo a instructores nacionales o regionales experimentados que instruyan al personal de formación, compartiendo con las organizaciones de nivel local sus conocimientos en materia de desarrollo profesional y de competencias. Los Estados pueden legislar sobre el reconocimiento de las calificaciones profesionales de los trabajadores migrantes con el fin de promover la igualdad de oportunidades y de trato en los servicios de orientación y formación profesionales.¹³⁹

El Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189), promueve también el desarrollo continuo de competencias y calificaciones de las trabajadoras y los trabajadores domésticos. Una mejor regulación estatal de las agencias que emplean a trabajadoras y trabajadores domésticos puede servir de apoyo al trabajo decente y asegurar el acceso a la formación. En China, por ejemplo, las trabajadoras y trabajadores domésticos empleados por agencias disfrutan de protecciones en el trabajo y de oportunidades de formación iguales a las de otros trabajadores. En Beijing, el Gobierno subvenciona a estas empresas con el fin de ayudarlas a cubrir el seguro de la seguridad social de las trabajadoras y los trabajadores domésticos, con el resultado de protecciones decentes para este sector del personal doméstico.¹⁴⁰ Francia y Bélgica han adoptado un conjunto de medidas, entre ellas el apoyo a la formación y la capacitación profesionales de los proveedores de servicios con el fin de desarrollar el sector del trabajo doméstico más allá de la formalización de los empleos no declarados.¹⁴¹

Promover la participación igualitaria de las mujeres y los hombres en los empleos del cuidado y promover el ascenso de las mujeres a puestos de dirección o superiores en las profesiones del cuidado

En los sectores del cuidado, en todo el mundo, las trabajadoras doblan en número a los trabajadores, y las mujeres constituyen el 65 por ciento del total del personal de cuidados (capítulo 4). En dichos sectores, la segregación profesional basada en el género limita las oportunidades de trabajo de las mujeres en otros sectores y las oportunidades de trabajo de los hombres en los sectores del cuidado. La segregación vertical (el hecho de que las mujeres estén proporcionalmente infrarrepresentadas en los puestos de dirección y los puestos superiores) es una de las causas de las brechas salariales de género, que también se dan en las profesiones del cuidado. Los Estados pueden desempeñar una función esencial en la promoción de la igualdad de oportunidades y de trato mediante campañas de sensibilización y, por ejemplo, modificando la organización del trabajo y la distribución de las tareas para evitar efectos negativos en el trato y en el ascenso de las mujeres.

Recuadro 6.18. Acabando con la segregación profesional en la AEPI: innovaciones adoptadas por el Gobierno de Flandes en materia de política

En 2002, el Gobierno de la comunidad flamenca de Bélgica aprobó una nueva reglamentación relativa a la calidad de los servicios de AEPI. El artículo 12 del Decreto sobre Calidad estipula: “Se procurará activamente contratar personal tanto masculino como femenino y personal tanto autóctono como de minorías étnicas para trabajos de atención infantil y en funciones de personal”. El Ministro de Bienestar e Igualdad de Oportunidades también aumentó en un 30 por ciento los salarios del personal empleado en centros de cuidados diurnos. El Gobierno de Flandes puso en marcha una campaña para alentar a más hombres a tomar un empleo de cuidados infantiles en colaboración con las organizaciones colaboradoras y la Universidad de Gante. A petición de las organizaciones coordinadoras, el Gobierno ha escogido un nombre más neutral desde el punto de vista del género para la profesión del cuidado. La referencia al “cuidado” en el título de los trabajadores se sustituyó por una palabra más pedagógica, de modo que “*kinderverzorger*” o “cuidador de niños” se convirtió en “*kinderbegeleider*” o “acompañante de niños”.

Fuente: Peeters, 2007.

Entre los ejemplos de buenas prácticas para contrarrestar la segregación vertical en las profesiones del cuidado figuran los programas que ofrecen tutoría y asesoramiento profesional para el progreso profesional de las mujeres y que tienen por objetivo cambiar la cultura y el ambiente masculinos en materia de organización, como ocurre por ejemplo en los Estados Unidos con el Programa de Dirección Ejecutiva en Medicina Académica.¹⁴² Los programas de sensibilización que a una edad temprana introducen a las niñas y a los niños en una amplia variedad de empleos, incluso en profesiones que normalmente son de predominio masculino o femenino, y los programas de tutoría pueden contribuir a reducir la segregación horizontal. Por ejemplo, en Suiza, la iniciativa Futurs en tous genres gestiona un sistema anual en el que padres, empresas y escuelas participan asistiendo a talleres y visitando los lugares donde trabajan los padres de los niños.¹⁴³ Se pueden adoptar otras estrategias a todos los niveles mediante políticas, campañas en los medios de comunicación, acciones en las que intervengan los empleadores, las organizaciones del empleo, las instituciones de formación y los padres. Por ejemplo, se adoptó una amplia variedad de estrategias para hacer frente a la infrarepresentación de los hombres en los programas de educación de la primera infancia, tales como campañas de contratación con fijación de objetivos en Noruega y en el Reino Unido, un aumento salarial para los trabajadores de los centros de cuidados diurnos y cursos de formación adaptados a los hombres impartidos por el Gobierno de Flandes (recuadro 6.18).¹⁴⁴

3. Promulgar leyes y adoptar medidas para proteger a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes

Velar por que las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes disfruten de la plenitud de los derechos laborales y de igualdad de trato

En línea con el Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (núm. 143), los Estados deberían combatir la migración en condiciones abusivas y promover la igualdad de oportunidades y de trato para los trabajadores migrantes en materia de empleo y profesión, seguridad social, derechos sindicales y culturales, y libertades individuales y colectivas. La Recomendación acompañante núm. 151 afirma específicamente que los trabajadores migrantes deberían disfrutar de igualdad de oportunidades de trato en lo relativo a la orientación profesional y a la formación, la promoción, la seguridad en el empleo, la remuneración y las condiciones de trabajo. El Convenio sobre las agencias de empleo privadas, 1997 (núm. 181), y su Recomendación acompañante núm. 188 tienen una importancia particular para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes, puesto que con frecuencia son contratados a través de estas agencias. Estos instrumentos

estipulan que los Estados deberían proporcionar una protección adecuada a los trabajadores migrantes colocados por agencias de empleo privadas e impedir que sean objeto de abusos, y que las agencias deberían informar a los trabajadores migrantes acerca de la índole del empleo ofrecido y las condiciones de empleo aplicables. Como ejemplo de buena práctica, determinadas jurisdicciones de Canadá imponen onerosos requisitos de licencia a las agencias de contratación y colocación, por ejemplo, el depósito de fianzas cuando se contrata a trabajadores migrantes.¹⁴⁵ En Ghana, donde existe un régimen de registro y licencias para las agencias de contratación y de empleo que colocan a trabajadoras y trabajadores domésticos (nacionales), se ha obligado a las agencias de empleo privadas a verificar la formalidad de las modalidades de empleo y procurar que se cumplen las obligaciones en materia de contribución a la seguridad social.¹⁴⁶

Lo expuesto en el capítulo 4 muestra que en todos los países de destino las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes afrontan una diversidad de obstáculos que limitan sus derechos laborales, sobre todo tratándose de trabajadores en empleos poco especializados de cuidados de larga duración y en el trabajo doméstico. En algunos países, las trabajadoras y los trabajadores migrantes se encuentran vinculados a un empleador y con frecuencia su situación es precaria, trabajando de manera irregular o temporal. A consecuencia de su posición vulnerable, generalmente se les ofrecen bajas tasas de remuneración, horarios prolongados y malas condiciones de trabajo y afrontan limitaciones para solicitar ascensos y promoción profesional, y experimentan inseguridad en el trabajo.¹⁴⁷ Además, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes, así como los del trabajo doméstico, suelen estar excluidos de la legislación del trabajo y la protección social.¹⁴⁸ Algunos ejemplos de buenas prácticas podemos encontrarlos en la Unión Europea, donde los trabajadores migrantes, incluso los irregulares, tienen derecho a una remuneración justa y pueden entablar acciones judiciales contra la explotación. La Directiva de la UE sobre sanciones a los empleadores (artículo 6), estipula que los trabajadores migrantes irregulares pueden o bien presentar una demanda contra el empleador por cualquier remuneración pendiente de pago o bien dirigirse a la autoridad competente del Estado miembro de la UE para incoar un procedimiento para obtener la devolución de la remuneración pendiente.¹⁴⁹ Con todo, deben aumentarse los esfuerzos por apoyar a los trabajadores migrantes que reclamen sus derechos ante los tribunales. Con frecuencia los migrantes que se encuentran en situación irregular temen ser detenidos, tienen poca o ninguna seguridad de residencia y, por lo general, son poco conscientes de sus derechos.

Asegurar la protección social para las trabajadoras y trabajadores domésticos y del cuidado migrantes

En comparación con los nacionales de un país que trabajan toda su vida en él, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes afrontan enormes problemas para ejercer sus derechos a la seguridad social.¹⁵⁰ En el país que los acoge se les puede negar o limitar el acceso a la seguridad social debido a su situación, nacionalidad o duración insuficiente de sus períodos de empleo y de residencia. Ese acceso se les puede restringir aún más debido a que desconocen o no son conscientes de sus derechos y obligaciones. Al mismo tiempo, pueden perder los derechos que tienen en su país de origen a prestaciones de la seguridad social debido a su ausencia temporal. Los principios de territorialidad y de nacionalidad son rasgos inherentes y problemáticos de la legislación nacional de muchos países, por lo que la falta de mecanismos de coordinación entre los países puede impedir que los migrantes consigan cobertura de seguridad social.

El enfoque de la OIT para superar estas cuestiones es el de promover la ratificación y aplicación del Convenio sobre los trabajadores migrantes, 1975 (núm. 143), el Convenio sobre la seguridad social (normas mínimas), 1952 (núm. 102), el Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (núm. 118), el Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1982 (núm. 157), el Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189) y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Este enfoque tiene como finalidad asegurar que los trabajadores migrantes estén cubiertos por el seguro social y los regímenes de asistencia social, incluida la protección de la maternidad y la protección frente a los accidentes del trabajo, y que tanto ellos como sus familias disfruten de las mismas oportunidades y el mismo trato con respecto a la seguridad

social que los nacionales. El Marco multilateral de la OIT para las migraciones laborales, 2006, también exhorta a concertar acuerdos de seguridad social para garantizar la transferibilidad de las prestaciones de seguridad social. Entre los ejemplos de buenas prácticas figuran la ampliación de las protecciones laborales a los trabajadores migrantes, incluidos los del trabajo doméstico, como en Hong Kong (China) y en Sudáfrica, y velar por que haya coherencia entre la protección laboral y la legislación relativa a la inmigración, como en Bélgica. Entre otras medidas positivas figuran la concertación de acuerdos sobre seguridad social, esto es, tratados que coordinen los regímenes de seguridad social de dos o más países para ofrecer igualdad de trato con respecto a la seguridad social, así como el acceso a las prestaciones de la seguridad social y la preservación y/o transferibilidad de las mismas. Por ejemplo, España y Filipinas han firmado un acuerdo bilateral que asegura la igualdad de trato al personal de enfermería y permiten a otros trabajadores filipinos altamente capacitados trabajar en España con las mismas protecciones y derechos que los trabajadores españoles.¹⁵¹ Los memorandos de entendimiento también pueden complementar la legislación del trabajo. Por ejemplo, el memorando firmado entre Filipinas y Bahrein estipula que “los recursos humanos para la salud contratados desde Filipinas disfrutarán de los mismos derechos y responsabilidades que se contemplan en los convenios pertinentes de la OIT”.¹⁵²

En 2011, la Unión Europea reformó su directiva sobre la migración laboral (2011/98/UE) que prevé la igualdad de trato entre los trabajadores migrantes que residen legalmente y proceden de países de fuera de la UE y los ciudadanos del Estado miembro de la UE donde aquellos residen con respecto a ciertas cuestiones, entre ellas la seguridad social. Cuando dichos trabajadores migrantes (o sus supervivientes) regresan a su patria o se trasladan a otro país de fuera de la UE, pueden recibir las pensiones de jubilación, invalidez o fallecimiento para las que previamente hayan cotizado en las mismas condiciones y según las mismas tarifas que los ciudadanos de los Estados miembros de la UE en cuestión.¹⁵³ La transferibilidad de los derechos de seguridad social de ciudadanos de la UE y ciudadanos de terceros países también fue mejorada en 2010 con la adopción de nuevos reglamentos en materia de coordinación (Reglamentos 883/2004 y 987/2009).¹⁵⁴

Podemos encontrar buenas prácticas que velan por que las trabajadoras migrantes tengan el mismo acceso que otras trabajadoras a la protección de la maternidad, por ejemplo, en Sudáfrica, donde automáticamente se considera injusto el despido de una trabajadora por motivos de embarazo, proyecto de embarazo o por cualquier motivo relacionado con su embarazo.¹⁵⁵ La prohibición de las pruebas de embarazo no está extendida en la legislación laboral por el mundo, con la salvedad de Europa y América Latina; por ejemplo, El Salvador, Nicaragua y Panamá disponen en sus leyes la prohibición de las pruebas de embarazo, haciéndola extensiva a las trabajadoras migrantes y domésticas.

Por último, en las políticas se debería velar por que los trabajadores migrantes con responsabilidades familiares sean protegidos mediante la adopción de normas sobre la reunificación familiar que atiendan las necesidades de las trabajadoras y trabajadores del cuidado y sus familiares. Uruguay, con su Ley de 2008 sobre reunificación familiar, ha adoptado una legislación sobre la migración basada en los derechos que reconoce el derecho de todos los migrantes a la reunificación familiar, al debido proceso y al acceso a la justicia, independientemente de su condición.¹⁵⁶ Entre otros ejemplos de buenas prácticas figuran los memorandos de entendimiento entre países, como sucede entre Sudáfrica y Zimbabwe, que en concreto tienen la finalidad de adoptar procedimientos normalizados para el seguimiento, la reunificación o la colocación en otros lugares para su cuidado de niños no acompañados y separados en Sudáfrica y Zimbabwe.

Velar por la contratación justa de trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes

Como se detalló en los capítulos 1 y 4, la calidad de los servicios de cuidados está estrechamente vinculada con las competencias, calificaciones y experiencia de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado. Por consiguiente, debería trabajarse para reconocer la experiencia y las calificaciones de todas esas trabajadoras y trabajadores, en particular los migrantes. Los acuerdos bilaterales o multilaterales firmados entre los países pueden utilizarse como base para el reconocimiento de las calificaciones o la capacitación y para facilitar la cooperación en materia de investigación.¹⁵⁷ Así sucede, por ejemplo, entre el Reino Unido y España, que han firmado un acuerdo sobre las competencias del personal de en-

Recuadro 6.19. Contratación equitativa de docentes: lecciones extraídas del Protocolo de Contratación de Docentes del Commonwealth

La UNESCO, la OIT, la Organización de Estados Americanos, la Unión Africana y los Jefes de Gobierno del Commonwealth han reconocido al Protocolo de Contratación de Docentes del Commonwealth (CTRP) como ejemplo de buena práctica internacional en la gestión de la migración de docentes. En el Protocolo se recogen los derechos y obligaciones de los diversos participantes: países que contratan, países de procedencia y docentes contratados. También se tiene en cuenta la función de las agencias de contratación, así como las prácticas de seguimiento y evaluación y las futuras actuaciones que se exigen de los Estados miembros del Commonwealth y de la Secretaría del Commonwealth.

De la revisión de la aplicación del CTRP se extrajeron las siguientes conclusiones:

- El contexto es esencial para la aplicación del Protocolo, pues cuestiones de nivel general determinan los flujos migratorios así como la demanda e influyen en las opciones que escoge cada docente para migrar.
- La aplicación del Protocolo se extendió a un grupo amplio de participantes (por ejemplo, escuelas, consultores, instituciones académicas, ministerios de trabajo y de inmigración y organismos de calificación), todos los cuales son parte del “sistema de migración de docentes” y son decisivos para la aplicación más general del Protocolo y las actividades de sensibilización para la protección de los derechos de los docentes.
- Los ministerios de educación no están captando adecuadamente las rutas de migración. Las rutas notificadas por los docentes son claramente diferentes a las notificadas por los ministerios, que reflejan una contratación más organizada. Con respecto a la política de educación, es importante distinguir entre la oferta de docentes (el número absoluto de docentes) y la distribución de los docentes (los lugares donde están trabajando), que puede incluir zonas remotas o poco atractivas.
- Los diversos docentes están escogiendo trabajar en una diversidad de países diferentes, y no es rara la migración seriada. Las iniciativas de contratación pueden tener su origen en agencias de contratación, escuelas, autoridades educativas locales (distritos escolares) o ministerios de educación.
- La mayoría de los docentes incluidos en la revisión de la aplicación del CTRP desconocían el Protocolo. De los indicios se desprende que es muy necesario incrementar el apoyo activo y el compromiso de los docentes para sensibilizar acerca de sus derechos y de los mecanismos de reclamación disponibles.

Fuente: Ochs y Yonemura, 2013; King-Dejardin, de próxima aparición.

fermería, y con los médicos sudafricanos en Cuba, la República Islámica del Irán y Túnez. Otro ejemplo es el del memorando de acuerdo entre Filipinas y Bahrein, que contempla un marco ético para la contratación de personal sanitario y abarca las becas, la cooperación académica y tecnológica, y contempla la reintegración de los trabajadores sanitarios que regresen a su patria.¹⁵⁸

Los procedimientos de contratación equitativa también revisten especial importancia, como se desprende de la Iniciativa de la OIT para la equidad en la contratación de 2014 y siguiendo los principios establecidos en el Convenio sobre las agencias de empleo privadas, 1997 (núm. 181). Estos instrumentos son cruciales para evitar situaciones en las que se erosionen las competencias de los trabajadores y surjan prácticas abusivas; por ejemplo, la de cobrar a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado migrantes comisiones de contratación excesivamente elevadas. Entre las buenas prácticas figuran la adopción de repertorios de recomendaciones prácticas en la contratación, como el Protocolo de Contratación de Docentes del Commonwealth (2004) (Véase el recuadro 6.19).¹⁵⁹

6.2.3. Representación, diálogo social y negociación colectiva de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado

1. Asegurar la participación plena y efectiva y la igualdad de oportunidades de liderazgo de las mujeres a todos los niveles de la toma de decisiones en la vida política, económica y pública

La meta 5.5 del ODS 5 exhorta a asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública. Esto incluye a las empresas, las instituciones públicas, los consejos de administración de empresas y los sindicatos. Aun cuando se han conseguido avances en los dos últimos decenios, las mujeres siguen estando aún muy infrarrepresentadas en los puestos de liderazgo y de alto nivel. Por ejemplo, en 2015 solo había 19 mujeres jefas de Estado y, en el sector privado, las mujeres ocupaban menos del 4 por ciento de los puestos ejecutivos de las mayores empresas del mundo.¹⁶⁰

El aumento de la presencia de las mujeres en puestos de alto nivel y de adopción de decisiones, incluso de mujeres de grupos infrarrepresentados, como minorías étnicas, personas con discapacidades, personas que viven con el VIH y pueblos indígenas, puede contribuir a reflejar con mayor precisión la diversidad de la población y con ello a reconocer las diferentes necesidades y realidades y atenderlas. También constituye un medio eficaz para que las preocupaciones relacionadas con el reconocimiento, la redistribución y la reducción del trabajo de cuidados no remunerado y la debida recompensa y representación de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado se tengan en cuenta en las políticas, la legislación y las medidas en el lugar de trabajo. Las mujeres no están por naturaleza más inclinadas a los cuidados, ni son un grupo homogéneo. Sin embargo, sus experiencias las hacen más proclives a comprender las cuestiones relacionadas con los cuidados y a abordarlas. Un estudio realizado entre parlamentarios de 110 países concluyó que las mujeres están más inclinadas que los hombres a priorizar las cuestiones de género y sociales como los cuidados infantiles, la equidad en la remuneración, la licencia parental, las pensiones, los derechos reproductivos y la protección contra la violencia basada en el género.¹⁶¹ Un ejemplo de tal tipo lo podemos encontrar en Chile, con la elección de Michelle Bachelet como Presidenta en 2006. En su campaña, Bachelet insistió mucho en el empoderamiento de las mujeres y su acceso a los servicios y a la protección social. Consiguió una reforma notable del sistema de pensiones, que benefició a las mujeres que no estaban en el mercado de trabajo, e instituyó el sistema nacional Chile Crece Contigo, que proporciona amplios servicios sociales a niños vulnerables de 0 a 6 años y la educación preprimaria universal para todos los niños de 4 y 5 años (véase el recuadro 6.7).¹⁶²

En línea con la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el Convenio de la OIT sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111), las acciones afirmativas son útiles, especialmente en cuanto a combatir la discriminación indirecta. De hecho, una batería de medidas, además de cuotas de género, puede contribuir al aumento de la representación de las mujeres en puestos de poder; se trata, en concreto, de la fijación voluntaria de metas, campañas de sensibilización, formación y educación para luchar contra los estereotipos y los sesgos de género, así como mejores políticas de mercado de trabajo y servicios de cuidados que hagan posible que las cuidadoras y los cuidadores no remunerados concilien mejor su vida laboral y personal. Entre los ejemplos de buenas prácticas destaca la experiencia de Rwanda en materia de cuotas de género: en 2015, fue el país con la proporción más grande (64 por ciento) de parlamentarias elegidas en todo el mundo.¹⁶³ Algunos países europeos han aprobado normas relativas a la representación de las mujeres en los consejos de administración de las empresas privadas; se trata de Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Luxemburgo, los Países Bajos, Polonia, España, Suecia y el Reino Unido.¹⁶⁴

2. Promover la libertad sindical para los trabajadores y trabajadoras y empleadores y empleadoras del cuidado

Las trabajadoras y trabajadores del cuidado, especialmente si trabajan en empleos de poca especialización, por ejemplo, los de cuidados de larga duración y las trabajadoras y trabajadores domésticos, hacen frente a condiciones precarias de trabajo y empleo (véase el capítulo 4). En consonancia con el Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87), así como los Convenios núm. 143 sobre los trabajadores migrantes y núm. 189 sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, es esencial que todas las trabajadoras y los trabajadores del cuidado puedan afiliarse a sindicatos y organizaciones que representen sus intereses. Sin embargo, las tasas de afiliación sindical son generalmente bajas en los sectores del cuidado, en particular cuando su prestación pública es limitada. Por tanto, es crucial que se fomente la creación de capacidad de los sindicatos y se promueva la cooperación. En el sector del cuidado podemos encontrar algunos ejemplos de buenas prácticas. En Sudáfrica, los trabajadores comunitarios de la salud se movilizaron para hacer campaña por un trabajo decente y seguidamente constituyeron el Sindicato Nacional de Trabajadoras y Trabajadores del Cuidado de Sudáfrica en 2016.¹⁶⁶ Algunos sindicatos utilizan nuevas tecnologías para desarrollar la capacidad, creando plataformas en la red que permiten la difusión de asesoramiento, información y actividades de apoyo. Tal es el caso del sindicato finlandés JHL, que representa a los asistentes y asistentes personales que prestan servicios de cuidados a personas con discapacidades (véase el recuadro 6.20).

Las trabajadoras y los trabajadores domésticos afrontan obstáculos de tipo legal y práctico para organizarse y negociar colectivamente. Hay, sin embargo, muchos ejemplos logrados de organización de trabajadoras y trabajadores del cuidado y domésticos; por ejemplo, en la Argentina, Bélgica, Francia, Hong Kong (China), Líbano, los Países Bajos y Sudáfrica.¹⁶⁷ Juntos han formado la Federación Internacional de Trabajadores del Hogar, que, hasta la fecha, representa a alrededor de 500 000 trabajadoras y trabajadores domésticos de 54 países. En Hong Kong (China), tras muchos años de lucha, en 2010 se creó la Federación de Sindicatos de Trabajadores Domésticos Asiáticos (FADWU) con el apoyo de la Confederación de Sindicatos de Hong Kong (HKCTU). Reúne a seis sindicatos de trabajadoras y trabajadores domésticos basados en la nacionalidad (trabajadoras y trabajadores domésticos locales de China junto con los sindicatos de trabajadoras y trabajadores domésticos de Bangladesh, Indonesia, Filipinas, Nepal y Tailandia), representa sus intereses colectivos en relación con la Administración de Hong Kong y lleva a cabo continuas campañas de sensibilización entre las trabajadoras y trabajadores domésticos migrantes y nativos (véase también el recuadro 6.14).

Recuadro 6.20. Creación de capacidad a través de nuevas formas de incidencia: el caso de las asistentes y los asistentes personales en Finlandia

La legislación finlandesa estipula que corresponde a los municipios prestar asistencia personal a personas gravemente discapacitadas. Actualmente hay empleadas en Finlandia entre 25 000 y 30 000 asistentes y asistentes personales. La densidad sindical correspondiente a este sector laboral es excepcionalmente baja para Finlandia, en torno al 20 por ciento. El Sindicato del Sector Público y de Bienestar Social (JHL) es el mayor sindicato del sector público en Finlandia y entre sus afiliados hay unas 2000 asistentes y asistentes personales. JHL ha lanzado ya un proyecto para hacer frente a los problemas y deseos planteados por las propias asistentes y asistentes personales en encuestas.

En el corazón del proyecto hay un sistema en línea de movilización virtual. Gracias a la nueva red será más fácil poner en contacto a las asistentes y asistentes personales con la labor de las filiales locales del sindicato JHL. Se trata de mejorar los servicios y el asesoramiento para ese personal y producir un nuevo tipo de activismo facilitado por la red virtual. Con el tiempo, se espera que los afiliados que estén en red tengan una vinculación más estrecha con el sindicato y que estas conexiones abran nuevas posibilidades, por ejemplo, de elección de delegados sindicales.

Fuente: Shakespeare y Williams, de próxima aparición; JHL, 2017.

3. Promover el diálogo social y fortalecer el derecho de negociación colectiva en los sectores del cuidado

Según lo dispuesto en el Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98), deberían adoptarse medidas para promover la negociación voluntaria entre las organizaciones de empleadores y las organizaciones de trabajadores, con miras a la regulación de las condiciones de empleo, mediante los convenios colectivos. Otra norma importante en relación con la fijación de los salarios es el Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100), que estipula que los Estados deberían garantizar la aplicación a todos los trabajadores del principio de igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor, específicamente mediante una evaluación objetiva del empleo, tomando como base los trabajos que este entrañe. Estos instrumentos son importantes, considerando que las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, por lo general, reciben salarios bajos y experimentan condiciones precarias de trabajo (véase el capítulo 4).¹⁶⁸

El diálogo social y la negociación colectiva son vías eficientes para conseguir trabajo decente y asegurar que las normas del trabajo sirvan a los intereses tanto de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado como de los receptores de los cuidados. Cuando los convenios colectivos son inclusivos, por ejemplo, cuando cubren a todas las trabajadoras y trabajadores del cuidado a domicilio, esto significa que pueden convertirse en instrumentos para ampliar la protección a las trabajadoras y trabajadores domésticos y migrantes. En Italia, por ejemplo, que recurre mucho a las trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes para cuidados a domicilio, muchas trabajadoras y trabajadores del cuidado y domésticos están cubiertos por convenios colectivos que regulan los salarios, los períodos de descanso, las vacaciones pagadas, la indemnización por enfermedad y la indemnización por despido.¹⁶⁹ En la Argentina, los docentes de la AEPI están cubiertos (junto con los docentes de la educación primaria) por el convenio colectivo relativo al Estatuto del docente. Este personal pudo acogerse a la Ley de Financiamiento Educativo de 2005, que fija para todos los docentes de la nación un salario mínimo que es relativamente alto teniendo en cuenta las normas nacionales.¹⁷⁰ Es importante observar que los docentes de la enseñanza privada también están cubiertos por esta Ley y que el salario mínimo se ha de renegociar cada año, lo que fortalece el papel del sindicato. En los Estados Unidos, las cuidadoras y cuidadores a domicilio en Illinois y California consiguieron el derecho a negociar directamente con estos Estados, a los que se considera el “empleador a los efectos de la negociación”, y han logrado aumentos salariales (véase el recuadro 6.21). En Argentina y Uruguay existen mecanismos de negociación de los salarios para fijar los salarios de las trabajadoras y los trabajadores domésticos.¹⁷¹ Por último, el caso de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y la asistencia en Nueva Zelandia muestra que la acción legal puede servir para que se reconozca la infravaloración sistémica de los salarios de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado (véase el recuadro 6.15). No obstante, el acuerdo definitivo sobre el aumento salarial se debió a negociaciones tripartitas en las que participaron los principales sindicatos representativos de los trabajadores y los empleadores del cuidado así como el Gobierno.

4. Promover la creación de alianzas entre los sindicatos que representan a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, por una parte, y las organizaciones de la sociedad civil que representan a los beneficiarios de los cuidados y a las cuidadoras y cuidadores no remunerados

La elaboración de políticas del cuidado integradas, coordinadas y transformadoras exige alianzas sólidas construidas y mantenidas entre todos los agentes pertinentes.¹⁷² Las trabajadoras y los trabajadores del cuidado en los diferentes sectores afrontan limitaciones similares en cuanto a sus condiciones de trabajo y pueden beneficiarse de la creación de alianzas entre diferentes ocupaciones del cuidado a fin de ver representados sus intereses. Como se puso de relieve en los capítulos 4 y 5, la mejor vía hacia el cuidado significa que tanto las trabajadoras y los trabajadores del cuidado como quienes reciben esos cuidados tienen interés en que el trabajo de cuidados sea decente, pues como consecuencia también mejoraría la calidad de los cuidados prestados. La participación de diferentes organismos gubernamentales en estas alianzas amplias tiene también como resultado que las políticas estén mejor coordinadas entre los sectores y que respondan mejor a las necesidades y circunstancias de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, las trabajadoras y trabajadores del cuidado y los receptores del cuidado. Ejemplos a este efecto podemos encontrarlos en América Latina (véase el recuadro 6.22 sobre Costa Rica y Uruguay).

Recuadro 6.21. Negociación colectiva a nivel de estado: el caso de las trabajadoras y los trabajadores domésticos en Illinois y California

En Illinois, los sistemas de Medicaid y Medicare los gestiona el Estado. La Unión Internacional de Empleados de Servicios (SEIU) planteó una estrategia dual: trabajaron para obtener reconocimiento y negociar con agencias privadas de cuidados a domicilio mientras que simultáneamente hacían trabajo legislativo para conseguir el derecho a negociar directamente con el Estado. En 1990, este sindicato conquistó el derecho a incluir una opción para obtener un acuerdo de deducción de las cuotas sindicales que hizo aumentar radicalmente sus ingresos y su capacidad organizadora. Varios años más tarde, el Gobernador estableció “acuerdos de participación equitativa” en el sector de los cuidados a domicilio por los que los trabajadores que se beneficiaban de un contrato negociado por el sindicato debían o bien pagar sus cuotas como afiliado al sindicato o permanecer sin estar sindicado y pagar una “contribución de participación equitativa” al sindicato. En 2003, el Gobernador firmó una orden ejecutiva que daba a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado a domicilio el derecho a negociar directamente con el Gobierno del Estado, reconociendo a este como su empleador a los efectos de la negociación. Para 2013, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado a domicilio amparados por el contrato de la SEIU tenían acceso al seguro de salud, a formación y a programas de orientación, a protecciones de salud y de seguridad de bajo nivel y a procedimientos de examen de reclamaciones. En 2012, la filial de Chicago de la SEIU representaba a 27 000 trabajadoras y trabajadores del cuidado a domicilio. Según la SEIU, los salarios de estas trabajadoras y trabajadores en Illinois aumentaron de USD 7 por hora cuando se reconoció por primera vez al sindicato en 2003 hasta USD 13 por hora a finales de 2013.

En California, los sistemas de Medicaid y Medicare los gestiona el Estado, y la competencia para dar forma a la relación de empleo se delega a los condados. En la mayoría de los condados del Estado, a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado se les clasifica como “proveedores independientes” y forman parte del sistema de Servicios de Asistencia a Domicilio (IHSS) del Estado. En virtud de este sistema, los empleadores privados (a menudo denominados “consumidores”) contratan y supervisan a las trabajadoras y los trabajadores de cuidados a domicilio, mientras que el IHSS se encarga de los pagos. A las trabajadoras y trabajadores que prestan servicios independientes se les considera “contratistas”. No obstante, debido a la naturaleza difusa de los condados del Estado predomina el modelo de la agencia contratista (en el que agencias con y sin ánimo de lucro contratan, gestionan y remuneran directamente a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado a domicilio).

En este contexto, los primeros esfuerzos por organizar a las trabajadoras y los trabajadores domésticos probaron que la limitada financiación por parte del Estado quitaba a los empleadores capacidad para aumentar los salarios más allá de cierto punto. Por tanto, la SEIU adoptó la estrategia política de presionar a los gobiernos de los condados para que aumentaran la financiación para los cuidados a domicilio y se comprometieran a negociar directamente con las trabajadoras y los trabajadores. En estos esfuerzos, se centraron en organizar a los proveedores independientes que trabajaban para el IHSS y en aliarse con los “consumidores”, que tenían interés tanto por aumentar la financiación de los cuidados a domicilio como por impulsar el modelo del proveedor independiente, que por lo general ofrece mejores servicios que los de las agencias. Tras comenzar con unas pocas victorias legales en los años 80, la SEIU pasó a centrar sus esfuerzos en capacitar a las trabajadoras y los trabajadores para participar en la negociación colectiva con el Estado. Crearon una coalición con organizaciones representantes de personas de edad avanzada y personas con discapacidades, a las que preocupaban los recortes presupuestarios que podrían repercutir negativamente en su posibilidad de recibir cuidados de calidad. En 1992, el sindicato consiguió una legislación estatal que permitía a los condados crear organismos públicos que sirvieran de “empleadores de registro”, y con ello que asumieran la responsabilidad de negociar con el sindicato, ofreciendo formación en el empleo y llevando registros para emparejar a trabajadores y empleadores. Es importante tener en cuenta que los “consumidores”, esto es, las personas de edad avanzada y las personas con discapacidades, estuvieron representados en los consejos de algunos organismos públicos en California, dando voz a sus demandas sobre las condiciones de los cuidados que recibían. En 2013 había aproximadamente 365 000 trabajadoras y trabajadores del cuidado a domicilio que estaban representados por sindicatos a los efectos de la negociación colectiva en California.

Fuente: Boris y Klein, 2006; Goldberg, de próxima aparición; King-Dejardin, de próxima aparición.

Recuadro 6.22. El reconocimiento de las necesidades de cuidados en América Latina: los ejemplos de Uruguay y de Costa Rica

Durante las dos últimas décadas, se ha dado alta prioridad en la agenda política de América Latina a las políticas del cuidado, habiéndose enmarcado cada vez más a las cuidadoras y cuidadores no remunerados y a las trabajadoras y los trabajadores del cuidado como titulares de derechos. Uruguay y Costa Rica son ejemplos de países con políticas del cuidado integradas: se han creado mediante ley, tienen una ambición universal, se proponen superar la fragmentación, implican la institucionalización de mecanismos de coordinación intersectorial y están sólidamente enraizadas en sistemas de protección social.

El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) de Uruguay fue creado en noviembre de 2015. Comprende tanto políticas existentes en materia de salud, educación y seguridad social como nuevas políticas para sectores prioritarios de la población, en particular adultos con necesidades específicas de cuidados, personas con discapacidades y niños pequeños. El SNIC está basado en los derechos humanos, su financiación se inspira en la solidaridad y es universal tanto en la cobertura como en sus normas mínimas de calidad. Entre otros de sus principios figuran: la autonomía de los receptores de los cuidados y la corresponsabilidad del Estado, la comunidad, el mercado y la familia, así como entre las mujeres y los hombres, en la prestación de los cuidados. Entre los objetivos declarados del SNIC figuran cambiar la división del trabajo entre las mujeres y los hombres en los hogares y prestar apoyo a las cuidadoras y los cuidadores no remunerados así como a las trabajadoras y trabajadores del cuidado.

Aunque con un alcance más restringido, la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (RedCUDI), creada en 2014 en Costa Rica, ofrece servicios universales e integrales de AEPI a niñas y niños menores de 7 años. La RedCUDI incorporó las iniciativas, políticas y servicios de cuidados privados y públicos y creó nuevos servicios municipales de AEPI, que comprenden objetivos de desarrollo y educativos así como los relacionados con la alimentación y la salud. Entre los objetivos declarados de la RedCUDI están los de dar a los padres y a las madres la posibilidad de trabajar por una remuneración o participar en la educación, así como garantizar normas uniformes y de alta calidad en la prestación de servicios de AEPI. La RedCUDI está supervisada por una Secretaría Técnica y coordinada por una Comisión Técnica Interinstitucional en la que, y ello es importante, participan todos los actores públicos en ejercicio (incluidos los Ministerios de Desarrollo Social y Educación, el Instituto Nacional de las Mujeres y diversos organismos encargados de mejorar las competencias de las cuidadoras y los cuidadores, mejorar la infraestructura de los centros de cuidados infantiles y prestar apoyo a los centros de cuidados infantiles basados en la comunidad).

Existen indicios de que otros países o regiones están copiando estas experiencias de enfoque integrado y basado en derechos de las políticas del cuidado. Por ejemplo, Chile, Ecuador, El Salvador y México han creado mecanismos de coordinación de la política del cuidado con el Gobierno, que comprenden funcionarios de ministerios de desarrollo social centrados específicamente en los niños, las mujeres y las personas con discapacidades, y representantes de los sectores de la educación, la salud y la seguridad social.

Fuente: Esquivel, 2017a; Sistema de Cuidados, www.sistemadecuidados.gub.uy/; Junta Nacional de Cuidados, 2015.

WIEGO es otro buen ejemplo de alianzas entre diferentes actores colectivos con el objetivo común de mejorar los servicios de cuidados para los trabajadores informales. WIEGO está compuesto por personas e instituciones que proceden de tres constituyentes generales: organizaciones de trabajadoras y trabajadores informales cuya base son afiliados (sindicatos, cooperativas y asociaciones); personal de investigación, por ejemplo, especialistas en estadística; y especialistas de organismos de desarrollo (intergubernamentales, gubernamentales y no gubernamentales), que prestan servicios a la fuerza de trabajo informal o configuran políticas cuyo destinatario es esa fuerza de trabajo (véase el recuadro 6.8).¹⁷³

Por último, también hay varios ejemplos de alianzas en los Estados Unidos en las que intervienen trabajadoras y trabajadores del cuidado y receptores del cuidado que han sumado fuerzas para mantener condiciones de trabajo decentes y una calidad adecuada de los cuidados.¹⁷⁴ Por ejemplo, hay en todos los Estados Unidos una campaña (Caring Across Generations) que aúna a los receptores de cuidados, las cuidadoras y los cuidadores no remunerados, las trabajadoras y trabajadores y las empleadoras y empleadores del cuidado, cuyo afán es el de producir un cambio general en la política y la cultura de la nación en materia de cuidados (véase también el recuadro 6.21).

OBSERVACIONES FINALES:**EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO. PARA UN FUTURO CON TRABAJO DECENTE**

En el presente informe hemos estudiado las implicaciones que tiene el círculo “trabajo de cuidados no remunerado –trabajo remunerado– trabajo de cuidados remunerado” para el futuro del trabajo decente. El trabajo de cuidados no remunerado puede ser muy gratificante y desempeña una función muy importante en la sociedad. No obstante, su invisibilidad y su infravaloración así como su magnitud, su pesadez y la desigual división en los hogares y entre los hogares y el Estado ha desembocado en la perpetuación de las desigualdades de género en el trabajo. De hecho, el trabajo de cuidados no remunerado constituye el principal obstáculo a la participación de las mujeres en los mercados de trabajo, siendo un determinante clave de que el empleo de ellas sea de peor calidad que el de los hombres, especialmente en el caso de las mujeres que tienen responsabilidades de cuidados. Al mismo tiempo, el número actual de trabajadoras y trabajadores del cuidado y la calidad de sus empleos son insuficientes para atender el aumento y la evolución de las demandas de cuidados. A fin de lograr los ODS, el empleo en los cuidados debería aumentar aún más y crearse puestos de trabajo decentes para las trabajadoras y los trabajadores del cuidado. Esto, a su vez, tiene pertinencia para el bienestar tanto de quienes reciben los cuidados como de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, que se las tienen que ver con una carga cada vez más pesada de trabajos de cuidados y un deterioro en la calidad de los servicios de cuidados cuando sus condiciones de trabajo no son decentes. No afrontar estos problemas contribuye a reforzar los roles tradicionales de género en los hogares y en los mercados de trabajo, erosionando al mismo tiempo el derecho humano de las personas y de las familias a prestar cuidados y a ser cuidados. La comunidad internacional lo ha reconocido así mediante la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se señalan los objetivos y las metas con los que se han de abordar estos problemas de manera integrada.

Esta es la razón por la que ya se hace muy necesario transitar por la mejor vía hacia el trabajo de cuidados, una vía que se base en la justicia social. Esa mejor vía tiene su fundamento en el reconocimiento de que los Estados Miembros de la OIT tienen que ser “Estados del cuidado”¹⁷⁵ y que el mundo del trabajo debería prestar cuidados también y ser consciente de las necesidades y las aspiraciones de las cuidadoras y cuidadores no remunerados y de las trabajadoras y trabajadores del cuidado así como de los receptores de esos cuidados. La mejor vía hacia el trabajo de cuidados decente perseguiría cinco objetivos de política esenciales: el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado; su reducción; su redistribución; el aumento en cantidad y calidad del trabajo de cuidados; y la representación en el diálogo social de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados, las trabajadoras y los trabajadores del cuidado y los receptores de los cuidados. La consecución de estos objetivos de política exige la adopción de políticas transformadoras en los cinco ámbitos siguientes: el cuidado, la macroeconomía, la protección social, el trabajo y la migración. Estas políticas deberían estar orientadas a atender la amplia variedad de necesidades de cuidados actuales y futuras, y a promover la igualdad de género en el trabajo y en el seno de la familia. Las inversiones en el trabajo de cuidados de buena calidad ofrecen múltiples beneficios a corto y largo plazo para el futuro del trabajo decente. Se crearía un número considerable de nuevos empleos que atraerían a hombres y mujeres, con lo que se reduciría la segregación ocupacional por motivo de género en los sectores del cuidado y las mujeres que lo desearan tendrían más tiempo para tomar un empleo remunerado.

Si bien tratar de conseguir simultáneamente los cinco objetivos de política arriba mencionados tendría una pertinencia universal, la combinación y la secuencia de aplicación de las correspondientes políticas transformadoras serían propias de cada país y estarían inspiradas en las circunstancias y posibilidades nacionales. Las lecciones extraídas de países de todo el mundo que han tomado medidas para construir la mejor vía hacia el trabajo de cuidados señalan a la función habilitadora de las condiciones socioeconómicas y demográficas de los países, tales como el nivel de desarrollo, el envejecimiento de las sociedades y la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo. Al mismo tiempo, las experiencias nacionales ponen de relieve la importancia del compromiso de los Estados y la corresponsabilidad de múltiples actores, construida a base de negociaciones graduales y amplias alianzas.¹⁷⁶ La politización del trabajo de cuidados se debe al reconocimiento de que la distribución desigual de la prestación de los cuidados es una poderosa generadora de desigualdades de género y de ingresos. Los movimientos de las mujeres y los movimientos sociales han colocado a las políticas del cuidado en un lugar prioritario de sus agendas y, en diversos grados, los Estados han avanzado en la aplicación de políticas de salud, educación y cuidado con el apoyo de un programa de igualdad de género que se enmarca en un enfoque de la protección social basado en los derechos.

Es indudable que el compromiso de los gobiernos, los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y la participación activa de los representantes de las trabajadoras y los trabajadores del cuidado, las cuidadoras y cuidadores no remunerados y los receptores de los cuidados son condiciones previas indispensables para culminar con éxito la mejor vía hacia el trabajo de cuidados. Hoy, los mandantes de la OIT tienen en sus manos un futuro de trabajo que sea deliberadamente decente.

NOTAS

- 1 UNRISD, 2016.
- 2 Su ratificación es jurídicamente vinculante y conlleva la presentación periódica de memorias, lo que asegura la supervisión de la aplicación de la norma. Las recomendaciones establecen directrices no vinculantes que sirven para orientar la política y la práctica nacionales, que pueden utilizarse como fuente de inspiración o interpretación.
- 3 OIT, 2007.
- 4 Hirway, 2017; Esquivel et al., 2008.
- 5 Las Cuentas Satélites del Sector de los Hogares son herramientas que se utilizan para medir y cuantificar el valor de la producción del trabajo de cuidados no remunerado, incluida la producción del sector no lucrativo, en el Sistema Nacional de Cuentas. La construcción de cuentas satélites, disponible en la actualidad en una amplia variedad de países, ha permitido mejorar la evaluación y la visibilidad del valor económico del trabajo de cuidados no remunerado y su naturaleza de género en tanto que variables macroeconómicas agregadas. Véase Abraham y Mackie, 2005.
- 6 Côte d'Ivoire, el Ecuador, Kirguistán, la República de Moldova, Namibia, el Perú, Filipinas, Túnez y Viet Nam.
- 7 OIT. Departamento de Estadística, 2016.
- 8 ONU Mujeres, 2015, págs. 194-229.
- 9 OIT, 2016i, pág. 77.
- 10 ONU Mujeres, 2015, pág. 195.
- 11 Chakraborty, 2016.
- 12 Stotsky, 2016.
- 13 Downes, Von Trapp y Nicol, 2016.
- 14 *Ibid.*
- 15 *Ibid.*; Stotsky, 2016.
- 16 Downes, Von Trapp y Nicol, 2016.
- 17 Stotsky, 2016.
- 18 *Ibid.*; OIT y UNESCO, 2016.
- 19 OIT, 2016i, pág. 77.
- 20 Vázquez Pimentel, Aymar y Lawson, 2018.
- 21 Banco Mundial, 2018b.
- 22 OCDE, 2016b.
- 23 Stotsky, 2016.
- 24 ONU Mujeres, 2015, pág. 205.
- 25 Ortiz, Cummins y Karunanethy, 2015.
- 26 Shakespeare y Williams, de próxima aparición.
- 27 OMS y Banco Mundial, 2011. Véase también UNICEF, 2017.
- 28 UNESCO, 2015b.
- 29 Banco Mundial, 2018a; OMS y UNICEF, 2017.
- 30 OIT, 2015b.
- 31 OIT, 2017n.
- 32 *Ibid.*, pág. 22.
- 33 *Ibid.*, págs. 34-35; Dammert et al., 2017.
- 34 OIT, 2017a, pág. 64.
- 35 Véase un análisis en *Ibid.*, págs. 44-47.
- 36 La Recomendación sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 165) estipula concretamente que debería disponerse de los servicios necesarios para permitir que los trabajadores con responsabilidades familiares ingresen al empleo o vuelvan a emplearse. "Tales servicios deberían comprender, sin costo para dichos trabajadores, servicios de orientación profesional, de asesoramiento, de información y de colocación, con personal que posea una formación apropiada, que respondan adecuadamente a las necesidades especiales de los trabajadores con responsabilidades familiares" (artículo 14).
- 37 Sinyavskaya, 2017.
- 38 OIT, 2016i.
- 39 Kring, 2017; Arbeitsmarktservice Österreich, 2018.
- 40 Tanzarn y Gutiérrez, 2015.
- 41 *Ibid.*; Kring, 2017.
- 42 Véase Eurofound, 2017.
- 43 OCDE, 2017c.
- 44 Eurofound y OIT, 2017.
- 45 *Ibid.*
- 46 *Ibid.*, pág. 37.
- 47 Véase en el cuadro 1.1 del anexo 1 la lista de los países que lo han ratificado.
- 48 Eurofound y OIT, 2017, pág. 43.
- 49 Fagan et al., 2014.
- 50 OIT, 2016d, pág. 253.
- 51 *Ibid.*, pág. 313.
- 52 Véase Gobierno del Reino Unido, 2018.
- 53 OCDE, 2018c.
- 54 Messenger y Wallot, 2015.
- 55 Wielers y Raven, 2013.
- 56 Véanse los datos del informe OIT y Gallup, 2017, capítulo 2; Inglehart et al., 2014; ISSP Research Group, 2016.
- 57 Svallfors, 2012; Valarino et al., 2017; Sjöberg, 2004.
- 58 ONU Mujeres, 2017.
- 59 Klinth, 2008.
- 60 Gobierno de Chile, 2018.
- 61 ONU Mujeres, 2017.
- 62 Scheil-Adlung, 2015; OIT, 2017m.
- 63 OIT, 2017m.
- 64 OMS, 2015.

- 65 OIT, 2017m.
- 66 Meagher y Szebehely, 2013.
- 67 Entre los servicios ofrecidos pueden figurar los servicios de ayuda a domicilio, por ejemplo, de limpieza, colada, compras, etc., asignación especial de vivienda, servicios médicos a domicilio, comidas servidas en carritos, alarmas personales de seguridad, adaptaciones de la vivienda y servicios de transporte.
- 68 Campbell *et al.*, 2015.
- 69 UNESCO, 2015b.
- 70 Alfes, 2016.
- 71 Hill, 2017.
- 72 *Ibid.*
- 73 Fournier, 2017.
- 74 Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2014.
- 75 WIEGO es una red mundial que se centra en procurar que los trabajadores pobres, especialmente las mujeres, se ganen la vida en la economía informal creando capacidad entre las organizaciones informales de trabajadores, ampliando la base de conocimientos e influyendo en la adopción de las políticas.
- 76 CFI, 2017; Hein y Cassirer, 2010.
- 77 CFI, 2017.
- 78 Danone es una empresa líder mundial de la alimentación, y da empleo a 100.000 trabajadores en todo el mundo.
- 79 O'Brien, 2012.
- 80 OIT, 2013c.
- 81 UNESCO, 2016a.
- 82 OCDE, 2017a. Algunas referencias nacionales establecen esa relación en un nivel tan bajo como de 3 a 1 para los niños de 0 a 12 meses y de 5 a 1 para edades muy tempranas de la enseñanza (1 a 3 años).
- 83 OCDE, 2017b.
- 84 UNESCO, 2015b.
- 85 OCDE, 2017a.
- 86 *Ibid.*
- 87 OMS, 2016b.
- 88 OIT, 2017i y 2017m.
- 89 IESS, 2015; Secretaría Técnica Plan Toda una Vida, 2018.
- 90 Rodríguez Enríquez, 2016.
- 91 Sipilä, Repo y Rissanen, 2010.
- 92 Muir, 2017.
- 93 Salmi y Lammi-Taskula, 2017.
- 94 Dasgupta, Sandhya y Mukerjee, 2012.
- 95 ONU Mujeres, 2015.
- 96 *Ibid.*
- 97 *Ibid.*
- 98 Pacoleta y Comisión Europea, 1999.
- 99 Colombo *et al.*, 2011.
- 100 Shan, 2017.
- 101 OIT, 2017m.
- 102 *Ibid.*
- 103 *Ibid.*
- 104 OIT, 2016c.
- 105 *Ibid.*
- 106 Levtov *et al.*, 2015.
- 107 Addati, Cassirer y Gilchrist, 2014; Blum, Koslowski y Moss, 2017.
- 108 De conformidad con la nueva propuesta de directiva, la licencia de maternidad se mantiene en sintonía con la Directiva sobre la licencia de maternidad (92/85/CEE) y la Directiva sobre igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejercen una actividad autónoma (Directiva 201/41/EU).
- 109 OIT, 2016d.
- 110 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 111 OIT, 2016d y 2017k.
- 112 Oelz y Rani, 2015.
- 113 Goldberg, 2015.
- 114 El "contrato de trabajo tipo" (Normalarbeitsvertrag o NAV) para las trabajadoras y trabajadores domésticos aplicado en toda Suiza fija salarios mínimos y condiciones de trabajo vinculantes. Un NAV no es un convenio colectivo, sino que establece disposiciones para determinado sector cuando no hay acuerdos convenidos colectivamente. Véase: Ordonnance sur le contrat-type de travail pour les travailleurs de l'économie domestique (CTT économie domestique). Véase también OIT, 2016b.
- 115 Oelz y Rani, 2015.
- 116 Gobierno de Australia. Fair Work Ombudsman, 2013., 2013.
- 117 OIT, 2016a.
- 118 Pereyra, 2017.
- 119 OIT, 2014b.
- 120 Según los cálculos de la OIT basados en datos de la UNESCO correspondientes al período 2010-2015 para 87 países.
- 121 Scheil-Adlung, 2015.
- 122 OIT, 2017h; OIT, 2016f.
- 123 OIT, 2017h.
- 124 OIT, 2016i.
- 125 OIT, 2015a.
- 126 OIT, 2017h.
- 127 OIT, 2016f.
- 128 OIT, 2014b.
- 129 Véase el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) y su Recomendación núm. 157. La Parte VI del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) así como el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales,

- 1964 (núm. 121) y su Recomendación núm. 121 son también referencias esenciales para garantizar que se preste una protección suficiente y efectiva contra las lesiones profesionales a los trabajadores que se convierten en víctimas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales como consecuencia de actos de violencia y acoso u otras causas.
- 130 OIT, 2017b.
- 131 OIT, 2002.
- 132 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015b.
- 133 OIT, 2014f.
- 134 Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149).
- 135 OIT y UNESCO, 2016.
- 136 OIT, 2013c.
- 137 OMS, 2017.
- 138 OMS, 2016d.
- 139 Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (núm. 143) y su Recomendación núm. 151.
- 140 Minghui, 2017.
- 141 OIT, 2016a.
- 142 Morahan *et al.*, 2010.
- 143 Futur en tous genres, 2018.
- 144 Peeters, 2007.
- 145 Fudge y Strauss, 2014.
- 146 Tsikata, 2011.
- 147 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 148 OIT, 2013a.
- 149 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 150 OIT, 2015e.
- 151 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 152 Gobierno de Filipinas; Gobierno de Bahrein, 2017; citados también en Yeates and Pilinger, 2013. Véase también OIT, 2006.
- 153 OIT, 2015e.
- 154 OIT, 2015d.
- 155 Addati y Cheong, 2013.
- 156 UNICEF, 2012.
- 157 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 158 *Ibid.*
- 159 *Ibid.*
- 160 Naciones Unidas, 2015a; OIT, 2015h.
- 161 UIP, 2009.
- 162 Hill, 2017; ONU Mujeres, 2015.
- 163 OIT, 2015h.
- 164 *Ibid.*
- 165 IE, 2010; Shakespeare y Williams, de próxima aparición.
- 166 Trafford, Swartz y Colvin, 2017.
- 167 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 168 Véase, por ejemplo, Budig y Misra, 2010.
- 169 Hobden, 2015.
- 170 Esquivel y Pereyra, 2018.
- 171 Lexartza, Chaves y Carcedo, 2016.
- 172 UNRISD, 2016.
- 173 WIEGO, 2018.
- 174 King-Dejardin, de próxima aparición.
- 175 Tronto, 2015.
- 176 Esquivel, 2017a.

A.1. Normas internacionales del trabajo relacionadas con los cuidados

Cuadro A.1.1. Normas internacionales del trabajo relacionadas con los cuidados

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
El Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87)	<p>El Convenio núm. 87 protege el libre ejercicio del derecho de los trabajadores y de los empleadores a sindicarse con el fin de promover y defender sus intereses.</p> <p>Este Convenio es particularmente pertinente para los trabajadores con responsabilidades de cuidado (fundamentalmente mujeres) y los trabajadores y trabajadoras del cuidado, ya que los sindicatos han sido a menudo fundamentales para apoyar y defender los derechos de las trabajadoras. Además, el amplio ámbito de aplicación del Convenio, que protege a todos los trabajadores sin ninguna distinción, conlleva la obligación de los Estados ratificantes de cerciorarse de que todos los trabajadores y trabajadoras del cuidado gocen del derecho a sindicarse, sea cual fuere su situación contractual con arreglo a la legislación nacional.</p>	<p>Total: 154 África: 49 Las Américas: 33 Estados árabes: 3 Asia y el Pacífico: 18 Europa y Asia Central: 51</p>
El Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (núm. 97)	<p>El Convenio núm. 97 tiene por objeto regular las condiciones de la migración regular; prevé medidas de protección generales y prohíbe la desigualdad de trato entre los trabajadores migrantes en situación regular y los trabajadores nacionales en cuatro ámbitos: las condiciones de vida y de trabajo, la seguridad social, los impuestos del trabajo y el acceso a la justicia.</p>	<p>Total: 49 África: 10 Las Américas: 15 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 3 Europa y Asia Central: 21</p>
El Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98)	<p>El Convenio establece que se debe proteger debidamente a los trabajadores contra actos de discriminación antisindical (p.ej., el despido o los prejuicios por motivo de su participación en actividades sindicales).</p> <p>Se debe proteger de manera adecuada a las organizaciones de trabajadores y de empleadores contra todo acto de injerencia de unas con respecto de las otras, o de sus agentes o miembros.</p> <p>Es preciso adoptar medidas para alentar y promover la negociación voluntaria entre las organizaciones de empleadores y de trabajadores, con objeto de reglamentar las condiciones de trabajo a través de convenios colectivos.</p> <p>Aunque, de conformidad con su artículo 6, el Convenio no contempla la situación de los funcionarios públicos en la administración del Estado, sí cubre a los trabajadores y trabajadoras del cuidado ocupados en el sector público.</p>	<p>Total: 165 África: 54 Las Américas: 33 Estados árabes: 6 Asia y el Pacífico: 21 Europa y Asia Central: 51</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
<p>El Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100)</p>	<p>Los Estados ratificantes deberían asegurar la aplicación del principio de igualdad de remuneración entre hombres y mujeres por un trabajo de igual valor, en particular a través de una evaluación objetiva del trabajo basada en las tareas que este conlleva. El concepto de “igual valor” requiere algunos métodos de medición y comparación de los valores relativos de diferentes trabajos. Aunque el Convenio núm. 100 no prescribe un método específico para llevar a cabo la evaluación objetiva del trabajo, presupone la utilización de técnicas apropiadas que permiten el examen de las tareas que este conlleva, sobre la base de criterios objetivos y no discriminatorios, comparando factores como las calificaciones, el esfuerzo, las responsabilidades y las condiciones de trabajo.</p> <p>El Convenio núm. 100 define ampliamente el término “remuneración” como “el salario o sueldo ordinario, básico o mínimo, o cualquier otro emolumento en dinero o en especie pagados por el empleador, directa o indirectamente, al trabajador, en concepto de empleo de este último”.</p> <p>La Recomendación núm. 90 que lo acompaña preconiza otras medidas como alentar a las mujeres a utilizar facilidades en materia de orientación profesional o de consejos profesionales, de formación profesional y de colocación; el establecimiento de servicios sociales y de bienestar que correspondan a las necesidades de las trabajadoras, especialmente de aquellas que tengan cargas familiares, y la promoción de la igualdad de la mano de obra masculina y femenina en cuando al acceso a las diversas profesiones y funciones.</p>	<p>Total: 173 África: 52 Las Américas: 34 Estados árabes: 7 Asia y el Pacífico: 29 Europa y Asia Central: 51</p>
<p>El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)</p>	<p>El Convenio núm. 102 tiene por objeto asegurar la concesión de prestaciones de seguridad social (por medio del seguro social, la asistencia social, regímenes universales o una combinación de los mismos) a fin de brindar protección a las personas en circunstancias que puedan ocasionar penurias o poner en peligro la vida: estado mórbido (salud precaria), enfermedad, desempleo, vejez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, responsabilidad del mantenimiento de los hijos, maternidad, discapacidad y supervivencia. Lo hace estableciendo normas mínimas de protección en forma de parámetros de referencia cuantitativos y cualitativos en lo que respecta a: la cobertura de la población que debería lograrse; el tipo y el nivel de prestaciones que deberían proporcionarse, y las condiciones que pueden exigirse para que una persona tenga derecho a una prestación. También establece principios generales para la buena gobernanza de los regímenes de seguridad social, la financiación equitativa y sostenible, y la protección de los derechos de las personas. Los Convenios adoptados ulteriormente y las Recomendaciones que los acompañan prevén niveles más elevados de protección y proporcionan orientación adicional para la puesta en práctica, con respecto a las diferentes ramas de la seguridad social. Entre estos instrumentos, el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [cuadro I modificado en 1980] (núm. 121) y la Recomendación que lo acompaña (núm. 121), 1964; el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad (núm. 130) y la Recomendación que lo acompaña (núm. 134), 1969, y (tal como se explica más adelante) el Convenio sobre la protección de la maternidad (núm. 183) y la Recomendación que lo acompaña (núm. 191), 2000, revisten particular importancia para la economía del cuidado.</p>	<p>Total: 55 África: 7 Las Américas: 13 Estados árabes: 1 Asia y el Pacífico: 1 Europa y Asia Central: 33</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>Los Convenios núms. 102, 121 y 130 prevén la obligación de los Estados de proporcionar prestaciones de asistencia médica, como mínimo, ciertas categorías de la población y sus familiares (que deben extenderse a medida que aumenta la capacidad del Estado), en caso de estado mórbido, maternidad (en el período anterior y posterior al parto), y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, respectivamente. La asistencia médica incluye cuidados afines (los cuidados prestados por miembros de otras profesiones reconocidas como afines a la profesión médica), y deberían ser de carácter preventivo, curativo y reparador.</p> <p>El Convenio núm. 102 prevé asimismo la concesión de prestaciones familiares, ya sean monetarias o en especie (p.ej., cuidado infantil, ayuda doméstica), o una combinación de las mismas, para el mantenimiento de los hijos e hijas.</p> <p>Al adoptar un enfoque de la financiación del sistema de seguridad social que se apoya en la solidaridad intergeneracional y en la mancomunación de riesgos, así como en la financiación colectiva (en la que el costo de las prestaciones es financiado por medio de contribuciones del seguro social, de impuestos, o por ambos medios a la vez), estos Convenios proporcionan orientación a los países para que establezcan mecanismos sostenibles con miras a la prestación de servicios de atención de salud, de cuidado infantil y de cuidados a domicilio que son fundamentales para la economía del cuidado. Además, las diversas maneras a través de las cuales pueden ponerse en práctica permiten a los países elegir la combinación más eficiente de enfoques (seguro social, asistencia social, regímenes universales) para asegurar que todos los trabajadores y trabajadoras del cuidado – estén en situación de empleo formal, atípico, por cuenta propia o informal, y sean remunerados o no remunerados – estén cubiertos de manera adecuada en caso de circunstancias que representen posibles penurias o un peligro para sus vidas.</p>	
<p>El Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)</p>	<p>El Convenio núm. 111 abarca todas las categorías de trabajadores, tanto nacionales como no nacionales, en la economía formal e informal, incluidos los trabajadores a tiempo parcial, domésticos y agrícolas.</p> <p>Los Estados ratificantes deberían formular y llevar a cabo una política nacional que promueva la igualdad de oportunidades y de trato, con objeto de eliminar cualquier discriminación con respecto al acceso a la formación profesional, al empleo y a ocupaciones particulares, así como a las condiciones de empleo.</p> <p>En este Convenio, el término “discriminación” se define como cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional u origen social, así como cualquier otra distinción, exclusión o preferencia que podrá ser especificada por los Estados ratificantes, previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, cuando dichas organizaciones existan, y con otros organismos apropiados, que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo o la ocupación.</p>	<p>Total: 175 África: 54 Las Américas: 34 Estados árabes: 10 Asia y el Pacífico: 26 Europa y Asia Central: 51</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>Cualquier discriminación en el empleo y la ocupación –sea directa o indirecta, en la legislación o en la práctica– entra dentro del ámbito de aplicación del Convenio núm. 111. La discriminación indirecta tiene lugar cuando situaciones, normas, políticas o prácticas aparentemente neutras conducen efectivamente a la desigualdad de trato de las personas que tienen determinadas características.</p> <p>Sin embargo, las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en las calificaciones exigidas para un empleo determinado, así como las medidas especiales destinadas a satisfacer las necesidades particulares de las personas a las que, por razones como el sexo, la edad, la discapacidad, las responsabilidades familiares o el nivel social o cultural, generalmente se les reconoce la necesidad de protección o asistencia social especial, no serán consideradas discriminación.</p> <p>La Recomendación núm. 111 que lo acompaña proporciona orientación sobre los principios y el contenido de la política nacional de igualdad, e indica que esta política debería tener en cuenta el hecho de que las medidas para promover la igualdad de oportunidades y de trato son un asunto de interés público.</p>	
<p>El Convenio sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138)</p>	<p>El Convenio núm. 138 tiene por objeto asegurar la abolición efectiva del trabajo infantil y elevar progresivamente la edad mínima de admisión al empleo o al trabajo. La norma general para la admisión al empleo o al trabajo son 15 años de edad (13 para realizar trabajos ligeros y 18 para efectuar trabajos peligrosos –16 años en determinadas condiciones). En los casos en que la economía y los servicios educativos están insuficientemente desarrollados, las edades de admisión al empleo o al trabajo son inferiores (14 años como edad mínima general y 12 años para los trabajos ligeros).</p> <p>El Convenio y la Recomendación núm. 146 que lo acompaña son pertinentes para la protección de los niños y niñas contra su participación intensiva en el trabajo doméstico y de cuidados y/o en actividades remuneradas a una edad temprana, que menoscaban sus oportunidades de educación.</p> <p>A este respecto, el Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182) también es pertinente, dado que incluye la prohibición y eliminación del trabajo forzoso o del trabajo peligroso realizado por niños y niñas menores de 18 años, incluido el trabajo doméstico infantil forzoso o el trabajo peligroso en el trabajo doméstico o de cuidados.</p>	<p>Total: 171 África: 52 Las Américas: 33 Estados árabes: 11 Asia y el Pacífico: 24 Europa y Asia Central: 51</p> <p>Total: 181 África: 53 Las Américas: 35 Estados árabes: 11 Asia y el Pacífico: 31 Europa y Asia Central: 51</p>
<p>El Convenio sobre las organizaciones de trabajadores rurales, 1975 (núm. 141)</p>	<p>El Convenio núm. 141 y la Recomendación núm. 149 que lo acompaña complementan el Convenio núm. 87 sobre la libertad sindical. Es particularmente pertinente para las mujeres rurales y, en particular, el elevado porcentaje de mujeres que trabajan en la agricultura en todo el mundo, así como para las mujeres indígenas.</p> <p>Los Estados ratificantes deben facilitar el establecimiento de organizaciones de mujeres rurales y asegurar la participación sin discriminación. Cabe señalar que el Convenio hace referencia claramente a su cobertura de los trabajadores rurales por cuenta propia, lo que es particularmente pertinente en un sector/ámbito en el que el empleo informal es considerable.</p>	<p>Total: 41 África: 4 Las Américas: 12 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 3 Europa y Asia Central: 22</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
<p>El Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias, 1975 (núm. 143))</p>	<p>El Convenio núm. 143 se apoya en las disposiciones sobre la igualdad de trato del Convenio núm. 97, centrándose en la cooperación internacional para reafirmar los derechos humanos fundamentales de los trabajadores migrantes, a fin de encarar la migración irregular (parte I) y de asegurar la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores migrantes en situación regular a través de políticas nacionales (parte II). La parte II del Convenio núm. 143 amplía considerablemente el alcance de la igualdad en situaciones regulares entre los trabajadores migrantes y los nacionales, extendiéndolo en particular a la igualdad de oportunidades (artículos 10 a 14). La parte I del Convenio núm. 143 aborda la migración irregular y el empleo ilegal de migrantes, estableciendo al mismo tiempo la obligación general de respetar los derechos humanos fundamentales de todos los trabajadores migrantes. La parte I prevé asimismo ciertas medidas de protección para los trabajadores migrantes que han perdido su empleo y para quienes se encuentran en situación irregular (artículos 1 a 9). Establece además que los Estados ratificantes podrán elaborar normas relativas al reconocimiento de las calificaciones laborales adquiridas fuera de los mismos, con inclusión de los certificados y diplomas, previa celebración de consultas con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores.</p> <p>La Recomendación núm. 151 que lo acompaña proporciona más orientación para la aplicación del Convenio núm. 143. Por ejemplo, establece que los trabajadores migrantes y los miembros de sus familias que se encuentren legalmente en el territorio de un Estado ratificante deberían disfrutar de igualdad de oportunidades y de trato con los trabajadores nacionales en lo relativo al acceso a los servicios de orientación profesional y a la formación profesional y al empleo de su propia elección; la promoción; la seguridad del empleo; la remuneración por trabajo de igual valor; las condiciones de trabajo; la afiliación a organizaciones sindicales; el derecho a afiliarse como miembros de pleno derecho a cooperativas de todo tipo, y a las condiciones de vida, incluidos el alojamiento y el acceso a los servicios sociales y a las instituciones docentes y sanitarias. Los Estados también deberían, en consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, elaborar y poner en práctica una política social adecuada a las condiciones y prácticas nacionales, para que los trabajadores migrantes y sus familias puedan beneficiarse de las ventajas concedidas a los trabajadores nacionales.</p> <p>Estos instrumentos son particularmente pertinentes para las trabajadoras migrantes en ocupaciones del cuidado, que a menudo ofrecen escasa protección social y unas condiciones de trabajo precarias, y en las que sus calificaciones no se reconocen con frecuencia.</p>	<p>Total: 23 África: 7 Las Américas: 1 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 1 Europa y Asia Central: 14</p>
<p>El Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149)</p>	<p>El Convenio núm. 149 exige que, con el fin de asegurar el mayor nivel posible de salud para la población, los Estados ratificantes deberían proporcionar en particular al personal de enfermería una educación y formación y unas condiciones de empleo y de trabajo apropiadas, incluidas perspectivas de carrera y una remuneración, y deberían establecer exigencias básicas en materia de instrucción y de formación de personal de enfermería y de la práctica de la profesión.</p>	<p>Total: 41 África: 8 Las Américas: 7 Estados árabes: 1 Asia y el Pacífico: 4 Europa y Asia Central: 21</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>El personal de enfermería debería gozar de condiciones por lo menos equivalentes a las de los demás trabajadores en otros ámbitos, por lo referente asimismo a las horas de trabajo, el descanso semanal, la licencia de maternidad y enfermedad, y la seguridad social.</p> <p>La Recomendación núm. 157 que lo acompaña menciona que la remuneración del personal de enfermería debería fijarse a niveles que correspondan a sus necesidades socioeconómicas, calificaciones, responsabilidades, funciones y experiencia, que tengan en cuenta los imperativos y riesgos inherentes a la profesión y que sean capaces de atraer y retener al personal en la profesión. La Recomendación núm. 157 menciona asimismo la reducción de las horas de trabajo semanales y diarias, así como la protección de la salud de los trabajadores.</p>	
<p>El Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública), 1978 (núm. 151)</p>	<p>El Convenio núm. 151 y la Recomendación núm. 159 que lo acompaña extienden al servicio público los derechos y principios enunciados en otros instrumentos de la OIT con respecto a la protección contra la discriminación y la injerencia antisindicales, y las facilidades que deben concederse a los representantes de los trabajadores.</p> <p>El Convenio pide asimismo a los Estados ratificantes que promuevan la negociación de las condiciones de empleo con las organizaciones de empleados públicos, o a través de cualesquiera otros métodos que permitan a estos últimos participar en la determinación de las condiciones de empleo de los empleados públicos.</p> <p>El Convenio también se aplica a todas las personas empleadas por las autoridades públicas (con la posible excepción de los empleados de alto nivel, las fuerzas armadas y la policía), en la medida en que no les sean aplicables disposiciones más favorables de otros convenios internacionales del trabajo.</p>	<p>Total: 54 África: 11 Las Américas: 12 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 1 Europa y Asia Central: 30</p>
<p>El Convenio sobre la negociación colectiva, 1981 (núm. 154)</p>	<p>El Convenio núm. 154 y la Recomendación núm. 163 que lo acompaña complementan el Convenio núm. 98 pidiendo a los Estados ratificantes que adopten una serie de medidas encaminadas a promover la negociación colectiva. Al tiempo que prevé modalidades particulares de aplicación en la administración pública, el Convenio se aplica a todos los sectores de la economía, ya sean públicos o privados, con la única excepción de las fuerzas armadas y la policía.</p>	<p>Total: 47 África: 10 Las Américas: 9 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 0 Europa y Asia Central: 28</p>
<p>El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155)</p>	<p>Este Convenio se aplica a todos los trabajadores en todas las ramas de actividad económica. Tiene por objeto prevenir los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales a través de un proceso de política dinámico, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonablemente factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo. A nivel de empresa, el Convenio y la Recomendación núm. 164 que lo acompaña prevén la representación de los trabajadores en lo que respecta a las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo (SST); las consultas en materia de SST; el suministro información y formación apropiadas en materia de SST a los trabajadores y sus representantes, y la protección contra consecuencias indebidas para los trabajadores que se han alejado ellos mismos de situaciones que entrañan un peligro inminente y grave para su vida o su salud.</p>	<p>Total: 66 África: 16 Las Américas: 11 Estados árabes: 2 Asia y el Pacífico: 7 Europa y Asia Central: 30</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>El Convenio núm. 155, y el Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 187), y su Recomendación núm. 197 que lo acompaña, son pertinentes para abordar los problemas de SST a los que se enfrentan los trabajadores y trabajadoras del cuidado. La Recomendación núm. 197 indica específicamente que el sistema nacional de SST debería comprender medidas adecuadas para la protección de todos los trabajadores, en particular los trabajadores de sectores de alto riesgo y los trabajadores vulnerables, y que deberían tomarse medidas para proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores de ambos sexos. Otra Recomendación en materia de SST pertinentes para los trabajadores y trabajadoras del cuidado es la Recomendación sobre la seguridad y la salud en la agricultura, 2001 (núm. 192), que indica que los empleadores deberían poner a disposición de los trabajadores, según proceda, instalaciones para la lactancia en el lugar de trabajo, cuando resulte factible.</p>	
<p>El Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156)</p>	<p>La expresión “trabajadores con responsabilidades familiares” se define en el Convenio núm. 156 como los trabajadores y las trabajadoras con hijos a cargo u otros miembros de su familia directa que de manera evidente necesitan su cuidado o sostén.</p> <p>El Convenio se aplica a todas las ramas de actividad económica y a todas las categorías de trabajadores; tiene por objeto crear la igualdad efectiva de oportunidades y de trato en el empleo y la ocupación entre hombres y mujeres con responsabilidades familiares y entre dichos trabajadores y otros trabajadores. La responsabilidad familiar no debe constituir de por sí una causa justificada para poner fin a la relación de trabajo.</p> <p>Se exige a los Estados ratificantes que incluyan entre los objetivos de su política nacional el permitir que las personas con responsabilidades familiares que desempeñen o deseen desempeñar un empleo ejerzan su derecho a hacerlo sin ser objeto de discriminación y, en la medida de lo posible, sin conflicto entre sus responsabilidades familiares y profesionales.</p> <p>El Convenio núm. 156 prevé que deberán adoptarse medidas para que los trabajadores con responsabilidades familiares ejerzan el derecho a elegir libremente su empleo y a integrarse o reintegrarse en la fuerza de trabajo tras una ausencia debida a dichas responsabilidades, y para tener en cuenta sus necesidades en la planificación, y desarrollar o promover servicios comunitarios, públicos o privados, tales como los servicios y medios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar.</p> <p>Las medidas enumeradas en la Recomendación núm. 165 que lo acompaña para permitir que los trabajadores con responsabilidades familiares puedan conciliar sus responsabilidades profesionales y familiares incluyen la reducción progresiva de la duración de la jornada de trabajo y la reducción de las horas extraordinarias; más flexibilidad en la organización de los horarios de trabajo, de los períodos de descanso y de las vacaciones; la protección de los trabajadores a tiempo parcial, los trabajadores temporeros y los trabajadores a domicilio, y la concesión de una licencia para los padres (posterior a la licencia de maternidad) y para los trabajadores en caso de enfermedad de un hijo o de otro miembro de la familia.</p>	<p>Total: 44 África: 4 Las Américas: 11 Estados árabes: 1 Asia y el Pacífico: 3 Europa y Asia Central: 25</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>Las autoridades competentes deberían, en colaboración con las organizaciones públicas y privadas, fomentar y facilitar el establecimiento de servicios y medios de asistencia a la infancia y de ayuda familiar. Estos deberían ser gratuitos, o estar disponibles a un costo razonable que corresponda a las posibilidades económicas de cada trabajador.</p> <p>Deberían acordarse a los trabajadores con responsabilidades familiares, cuando ello sea necesario, prestaciones de seguridad social, una desgravación fiscal u otras medidas apropiadas compatibles con la política nacional.</p>	
<p>El Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas discapacitadas), 1983 (núm. 159)</p>	<p>El Convenio núm. 159 y las Recomendaciones núms. 99 y 168 que lo acompañan tienen por objeto asegurar un empleo conveniente y la integración social a las personas discapacitadas. Estas se definen como toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden sustancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida.</p> <p>Los Estados ratificantes deberían asegurar que existan medidas adecuadas de readaptación profesional al alcance de todas las categorías de personas discapacitadas, en particular en las zonas rurales y las comunidades remotas, y promover oportunidades de empleo para las personas discapacitadas en el mercado regular del empleo. Las políticas deberían asegurar la igualdad de oportunidades entre los trabajadores discapacitados y los trabajadores en general, y la igualdad de oportunidades y de trato entre las mujeres discapacitadas y los hombres discapacitados. Deberían utilizarse los servicios existentes con las adaptaciones necesarias. Se debería alentar a los empleadores a proporcionar a las personas inválidas la asistencia financiera, técnica, médica o profesional necesaria.</p> <p>Otro instrumento internacional importante es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas (adoptada en 2006 y ratificada por 175 países), la cual, entre otras cosas, pretende asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia, y tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad.</p>	<p>Total: 83 África: 15 Las Américas: 17 Estados árabes: 5 Asia y el Pacífico: 10 Europa y Asia Central: 36</p>
<p>El Convenio sobre los pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169)</p>	<p>Según el Convenio núm. 169, los Estados ratificantes deberían proteger los derechos de los pueblos indígenas y tribales, garantizar el respeto de su integridad, promover en particular la plena efectividad de sus derechos sociales, económicos y culturales, y ayudarles a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional.</p> <p>Un aspecto importante es la consulta a los pueblos indígenas y tribales sobre medidas susceptibles que puedan afectarles directamente. Asimismo, estos deberían participar, en todos los niveles, en la adopción de decisiones que les conciernan. De igual modo, deberían tener acceso a la educación a todos los niveles; regímenes de seguridad social extendidos de manera progresiva para brindarles cobertura, y adecuados servicios de salud.</p>	<p>Total: 22 África: 1 Las Américas: 15 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 2 Europa y Asia Central: 4</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>Los gobiernos deberían adoptar medidas especiales para garantizar la protección efectiva de los trabajadores indígenas en materia de contratación y condiciones de empleo. También evitar la discriminación, especialmente en lo relativo al acceso al empleo y la promoción, la igualdad de remuneración, la seguridad e higiene en el trabajo, y el derecho de asociación y de negociación colectiva. El Convenio núm. 169 especifica asimismo que los pueblos indígenas y tribales deben gozar de igualdad de oportunidades, y que debería haber una igualdad de trato para hombres y mujeres, y protección contra el hostigamiento sexual.</p>	
<p>El Convenio sobre el trabajo a tiempo parcial, 1994 (núm. 175)</p>	<p>Según el Convenio núm. 175 y la Recomendación núm. 182 que lo acompaña, se deberían tomar medidas para asegurar que los trabajadores a tiempo parcial (aquellos cuya actividad laboral tiene una duración normal inferior a la de los trabajadores a tiempo completo) reciban la misma protección que los trabajadores a tiempo completo en situación comparable en lo que respecta a la libertad sindical, la SST y la discriminación, y gocen de un trato equivalente por lo referente a la remuneración, la seguridad del empleo, la protección de la maternidad, la protección social establecida por ley y las condiciones de trabajo. Sin embargo, las compensaciones pecuniarias podrán determinarse proporcionalmente a la duración del tiempo de trabajo o a los ingresos.</p> <p>Este Convenio es particularmente pertinente para las mujeres, ya que representan el mayor porcentaje de trabajadores a tiempo parcial, debido a sus responsabilidades de cuidado. Es importante que el Convenio indica que deberían adoptarse medidas para facilitar el acceso al trabajo parcial productivo y libremente elegido y para asegurar que el traslado de un trabajo a tiempo completo a un trabajo a tiempo parcial o viceversa sea voluntario.</p>	<p>Total: 17 África: 1 Las Américas: 2 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 1 Europa y Asia Central: 13</p>
<p>El Convenio sobre el trabajo a domicilio, 1996 (núm. 177)</p>	<p>El Convenio núm. 177 y la Recomendación núm. 184 que lo acompaña tienen por objeto mejorar la situación de los trabajadores a domicilio (personas que trabajan en su domicilio o en otros locales que escoja, distintos de los locales de trabajo del empleador) y promover la igualdad de trato en relación con los derechos de los trabajadores a domicilio de afiliarse a organizaciones; la SST; la protección por regímenes legales de seguridad social; la protección de la maternidad; el acceso a la formación, incluida la formación profesional, y el desarrollo profesional. Este Convenio es particularmente pertinente para los trabajadores que tienen obligaciones de cuidado y para las mujeres en particular, ya que es más probable que opten por el trabajo a domicilio como una estrategia para conciliar las responsabilidades laborales y familiares.</p>	<p>Total: 10 África: 0 Las Américas: 1 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 0 Europa y Asia Central: 9</p>
<p>El Convenio sobre las agencias de empleo privadas, 1997 (núm. 181)</p>	<p>El Convenio núm. 181 requiere que los Estados ratificantes velen por que las agencias de empleo privadas traten a los trabajadores sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, religión, opinión políticas, ascendencia nacional, origen social, edad o discapacidad. Los trabajadores empleados por agencias de empleo privadas deberían tener, entre otras cosas, el derecho de libertad sindical, negociación colectiva, salarios mínimos, tiempo de trabajo y demás condiciones laborales, prestaciones de seguridad social y protección de la maternidad.</p>	<p>Total: 32 África: 6 Las Américas: 3 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 3 Europa y Asia Central: 20</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>El Convenio núm. 181 y la Recomendación núm. 188 que lo acompaña son particularmente importantes para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, a quienes suele contratarse a través de agencias de empleo privadas, y especialmente para las trabajadoras y trabajadores del cuidado migrantes. Los Estados deberían brindar protección adecuada a los trabajadores migrantes contratados por agencias de empleo privadas e impedir que sean objeto de abuso por parte de las mismas, y las agencias deberían informar a los trabajadores migrantes acerca de la índole del empleo ofrecido y las condiciones de empleo aplicables.</p>	
<p>El Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183)</p>	<p>El Convenio núm. 183 y la Recomendación núm. 191 que lo acompaña promueven la igualdad de oportunidades para las mujeres en el empleo. La protección que debería brindarse a las mujeres en caso de maternidad incluye: una licencia de maternidad (el derecho a un período de descanso no inferior a catorce semanas, al menos seis de las cuales deben tomarse después del parto, y que puede extenderse a dieciocho semanas, de conformidad con la Recomendación núm. 191); prestaciones médicas y pecuniarias cuyo monto no deberá ser inferior a dos tercios de las ganancias anteriores de la mujer; la protección de la salud de la madre y del hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia; el derecho de las madres a la lactancia de su hijo tras regresar al trabajo, y la protección del empleo y la no discriminación que garanticen a las mujeres el retorno al mismo puesto de trabajo o a un puesto equivalente con la misma remuneración.</p> <p>Algo muy importante para la protección de los trabajadores y trabajadoras del cuidado es que el Convenio núm. 183 y la Recomendación núm. 191 especifican que todas las mujeres empleadas, incluidas las que desempeñan formas atípicas de empleo dependiente, deberían estar cubiertas.</p> <p>Al adoptar un enfoque de la financiación de la asistencia médica por maternidad y las prestaciones monetarias que se apoya en la solidaridad entre los hombres y las mujeres, la mancomunación de riesgos y, fundamentalmente, la financiación colectiva (en la que el costo de las prestaciones es financiado por medio de contribuciones del seguro social, de impuestos o por ambos medios a la vez), el Convenio proporciona orientación a los países para que establezcan mecanismos sostenibles con miras a la concesión de prestaciones de maternidad, que es fundamental para la economía del cuidado. La licencia remunerada permite a las mujeres desempeñar un trabajo de cuidados no remunerado con seguridad del ingreso durante la maternidad. Además, la garantía de mantener su puesto de trabajo cuando retornen al empleo tras su licencia de maternidad les permite cubrir (al menos parcialmente) los costos del cuidado infantil.</p> <p>La Recomendación núm. 191 prevé asimismo otros tipos de licencia: para el padre, en caso de muerte, enfermedad u hospitalización de la madre antes de que expire el período de licencia posterior al parto; la licencia parental durante el período siguiente a la expiración de la licencia de maternidad, y la licencia de adopción. Estas medidas contribuyen a asegurar que las responsabilidades de cuidado se compartan entre las mujeres y los hombres y, por lo tanto, promuevan la igualdad de género.</p>	<p>Total: 34 África: 6 Las Américas: 6 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 0 Europa y Asia Central: 22</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
<p>El Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189)</p>	<p>El Convenio núm. 189 tiene por objeto promover y garantizar unas condiciones de trabajo decentes y unas condiciones de empleo equitativas para las trabajadoras y trabajadores domésticos, definidos como toda persona que realiza un trabajo doméstico (en un hogar u hogares o para los mismos) en el marco de una relación de trabajo. El Convenio y la Recomendación núm. 201 que lo acompaña son particularmente pertinentes para las mujeres, ya que estas representan la mayoría (más del 80 por ciento) de los trabajadores domésticos. Las medidas cubren, por ejemplo, la protección de los derechos laborales fundamentales; la libertad de asociación y la libertad sindical; la protección efectiva contra todas las formas de abuso, el acoso y la violencia; la igualdad de trato entre las trabajadoras y trabajadores domésticos y las trabajadoras y trabajadores en general en relación con las horas normales de trabajo, la compensación de las horas extraordinarias, los períodos de descanso diarios y semanales y las vacaciones anuales pagadas, y la cobertura salarial mínima. En particular, tal vez se exija a los trabajadores y trabajadoras del cuidado que residen en el hogar que trabajen horas excesivas, en particular por la noche, y puede que no se les proporcionen alimentos y alojamiento adecuados. Por ejemplo, quizá no se les facilite una habitación para descansar que asegure su privacidad, ya que se espera que presten continuamente cuidados directos a un miembro de la familia enfermo. Así pues, las protecciones que brinda el Convenio núm. 189 son esenciales para garantizar que estos trabajadores gocen de los mismos derechos que los otorgados a otros trabajadores.</p> <p>Es importante que estos instrumentos aborden asimismo la cuestión del desarrollo continuo de las calificaciones y competencias de las trabajadoras y trabajadores domésticos, así como su necesidad de conciliar sus responsabilidades laborales y familiares.</p>	<p>Total: 25 África: 3 Las Américas 14 Estados árabes: 0 Asia y el Pacífico: 1 Europa y Asia Central: 7</p>
<p>La Recomendación sobre la reducción de la duración del trabajo, 1962 (núm. 116)</p>	<p>Cada Estado debería promover el principio de la reducción progresiva de la duración normal del trabajo, a fin de lograr una semana de trabajo de cuarenta horas, sin disminución alguna del salario de los trabajadores. En los casos en que la duración de la semana normal de trabajo exceda de 48 horas, deberían adoptarse medidas inmediatas para reducirla a ese nivel.</p>	<p>-</p>
<p>La Recomendación sobre la promoción de las cooperativas, 2002 (núm. 193)</p>	<p>Las cooperativas son asociaciones autónomas de personas unidas voluntariamente para satisfacer sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales en común, a través de una empresa de propiedad conjunta y de gestión democrática. Las cooperativas pueden contribuir considerablemente a la prestación de servicios y a condiciones de trabajo de calidad. La Recomendación núm. 193 indica que deberían adoptarse medidas para promover el potencial de las cooperativas en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo.</p> <p>Los gobiernos deberían proporcionar un marco de política favorable que sea compatible con la naturaleza y la función de las cooperativas y que esté inspirado en los valores cooperativos (en particular la responsabilidad social, la democracia, la igualdad y la solidaridad) y los principios cooperativos (incluida la adhesión voluntaria y abierta, la autonomía y el interés por la comunidad).</p>	<p>-</p>

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
	<p>Las cooperativas deberían considerarse uno de los pilares del desarrollo económico y social nacional e internacional. La Recomendación núm. 193 contiene una serie de disposiciones encaminadas a promover la igualdad de género y a aumentar la participación de las mujeres en las cooperativas, en particular a nivel de dirección y de liderazgo. Contempla asimismo medidas para facilitar el acceso de los grupos desfavorecidos a las cooperativas.</p>	
<p>La Recomendación sobre la relación de trabajo, 2006 (núm. 198)</p>	<p>La Recomendación núm. 198 hace un llamamiento para que se elabore una política nacional a fin de garantizar una protección efectiva a los trabajadores que ejercen su actividad en el marco de una relación de trabajo, y para que se proporcione orientación con objeto de determinar la existencia de dicha relación. Contiene disposiciones específicas pertinentes para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, que instan a que se brinde una protección efectiva a los trabajadores especialmente afectados por la incertidumbre acerca de la existencia de una relación de trabajo, incluidas las mujeres, así como a quienes se encuentran en las situaciones más vulnerables, entre ellos los trabajadores de la economía informal y los trabajadores migrantes. Insta asimismo a los Estados a que aborden en la política nacional la cuestión de la dimensión de género, dado que las mujeres que trabajan predominan en determinados sectores y ocupaciones en los que hay una elevada proporción de relaciones de trabajo encubiertas o en los que existe falta de claridad en lo que atañe a la relación de trabajo (Recomendación núm. 198, párrs. 5 y 6). Estas disposiciones son particularmente pertinentes para las trabajadoras del cuidado, incluidas las trabajadoras del cuidado migrantes, que se encuentran a menudo en situación de empleo informal, lo que refleja las múltiples manifestaciones de discriminación a las que pueden enfrentarse.</p>	-
<p>La Recomendación sobre el VIH y el sida, 2010 (núm. 200)</p>	<p>La Recomendación núm. 200 tiene por objeto proteger los derechos humanos en el lugar de trabajo y estipula que no debería haber estigmatización o discriminación contra los trabajadores por motivo de su estado serológico, real o supuesto, respecto del VIH. Indica que los trabajadores, sus familias y las personas a su cargo deberían tener acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y el sida. En los casos en que pueda establecerse una relación directa entre la ocupación de que se trate y el riesgo de infección –como sucede en particular con los trabajadores y trabajadoras del cuidado– la Recomendación indica que el VIH y el sida deberían reconocerse como una enfermedad profesional o un accidente del trabajo.</p>	-
	<p>Además, la Recomendación contiene disposiciones específicas sobre la confidencialidad del estado serológico respecto del VIH, y en contra de que se someta a una persona a pruebas de detección del VIH, previendo en particular que a los trabajadores migrantes no se les deberían exigir pruebas de detección del VIH o que no se debería impedir su migración debido a su estado serológico respecto del VIH. Dado el elevado número de trabajadores migrantes, en particular de mujeres migrantes, en la economía del cuidado, estas protecciones revisten particular importancia.</p>	

Normas internacionales	Resumen	Ratificaciones (número de países) en mayo de 2018
<p>La Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202)</p>	<p>La Recomendación núm. 202 proporciona orientación para el establecimiento de sistemas de seguridad social integrales, con miras a asegurar que todos los miembros de la sociedad tengan acceso, como mínimo, a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso. Estos pisos nacionales de protección social (o pisos de protección social) deberían establecerse con carácter prioritario, a través de la combinación más apropiada de medios y mecanismos (p.ej., el seguro social, la asistencia social, los regímenes de prestaciones universales), y deberían combinar medidas preventivas, promocionales y activas, prestaciones (monetarias o en especie) y servicios sociales. Al mismo tiempo, el Estado debería tratar de proporcionar niveles más elevados de protección al mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT (véase más arriba).</p> <p>La Recomendación es pertinente para el trabajo de cuidados y, más en particular, para las cuidadoras y cuidadores no remunerados y los trabajadores y trabajadoras del cuidado ocupados en la economía informal o con modalidades atípicas de empleo, que en su mayoría no están cubiertos por la seguridad social formal, en la medida en que trata de asegurar que también ellos tengan, como mínimo, acceso a bienes y servicios de atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, y que gocen de una seguridad del ingreso, tanto en su edad activa como en la vejez, y asimismo en lo que respecta a sus hijos (incluido el acceso a la alimentación, la educación y los cuidados). Además, recomienda que los países elijan la combinación más eficaz y efectiva de enfoques (p.ej., el seguro social, la asistencia social, regímenes universales), a fin de garantizar que todos los trabajadores y trabajadoras del cuidado –estén en situación de empleo formal, atípico, por cuenta propia o informal– y todas las cuidadoras y cuidadores no remunerados gocen de una protección adecuada.</p> <p>La Recomendación subraya la importancia de la coherencia en materia de política y establece una serie de principios de aplicación que son pertinentes para el trabajo de cuidados, entre ellos la universalidad de la protección; la adecuación y previsibilidad de las prestaciones; la no discriminación, la igualdad de género y la atención a las necesidades especiales; la inclusión social, en particular de las personas que trabajan en la economía informal; la sostenibilidad financiera, presupuestaria y económica; los servicios públicos de calidad; el pleno respeto de la negociación colectiva y de la libertad sindical; la participación tripartita y la consulta con otras organizaciones.</p>	-
<p>La Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal, 2015 (núm. 204)</p>	<p>La Recomendación núm. 204 proporciona orientación para facilitar la transición de los trabajadores y las unidades económicas de la economía informal a la economía formal, respetando al mismo tiempo los derechos fundamentales de los trabajadores y garantizando oportunidades para la seguridad de los ingresos, los medios de sustento y el emprendimiento. También tiene por objeto promover la creación de empresas y de empleos decentes en la economía formal, y la coherencia de las políticas macroeconómicas, de empleo, de protección social y otras políticas sociales. Por último, aspira a impedir la informalización de los empleos de la economía formal.</p> <p>La Recomendación reviste particular importancia para los trabajadores y trabajadoras del cuidado, ya que un elevado porcentaje de ellos (fundamentalmente mujeres) están ocupados en la economía informal.</p>	-

Nota: La OIT tiene 187 Estados miembros: 54 en África, 35 en las Américas, 11 en los Estados árabes, 36 en Asia y el Pacífico y 51 en Europa. Fuentes: OIT, 2007, 2014c y 2014d. Véase también NORMLEX de la OIT (ratificaciones el 23 de mayo de 2018).

A.2. Estructura demográfica

Cuadro A.2.1. Población en edad de trabajar, por tipo de hogar (en porcentajes), último año disponible

País	Cabeza de familia, cónyuge, hijos o hijas (familia nuclear)	Familia nuclear con parientes/personas no pertenecientes a la familia (hogar ampliado)	Cabeza de familia y cónyuge (núcleo)	Hogar monoparental con parientes/personas no pertenecientes a la familia	Hogar monoparental	Personas solteras	Cabeza de familia con parientes/personas no pertenecientes a la familia	Cabeza de familia y cónyuge con parientes/personas no pertenecientes a la familia
Afganistán	46,6	45,3	1,5	1,3	0,6	0,03	2,5	2,1
Angola	48,1	25,0	3,3	9,1	6,6	1,8	3,5	2,6
Argentina	40,8	12,4	12,0	8,5	11,8	8,2	4,7	1,5
Australia	43,8	3,8	23,7	2,8	10,0	12,1	0,1	3,7
Austria	39,0	4,7	26,5	1,1	6,6	19,4	1,2	1,5
Bangladesh	40,4	36,9	3,7	4,7	2,8	0,9	3,8	6,8
Bélgica	40,8	2,4	26,4	1,6	8,9	17,6	1,2	1,2
Bolivia, Estado Plurinacional de	51,0	14,1	8,6	6,6	9,1	5,8	3,4	1,5
Botswana	12,7	18,6	5,1	24,8	8,9	13,1	13,5	3,3
Brasil	43,5	10,9	13,7	7,4	10,1	6,5	5,1	2,8
Brunei Darussalam	35,3	34,8	4,2	8,2	3,9	3,1	8,8	1,7
Bulgaria	37,5	12,9	17,8	3,9	10,0	14,4	1,6	1,9
Camboya	52,0	26,7	1,9	9,8	5,9	0,7	1,9	1,1
Camerún	31,7	27,2	4,4	10,8	6,6	6,7	9,3	3,3
China	45,9	29,6	14,1	3,3	1,7	1,9	1,4	2,2
Colombia	36,0	19,4	7,4	12,7	10,3	6,0	5,3	2,8
Congo	38,9	16,6	5,1	10,9	10,4	9,2	6,4	2,5
Congo, República Democrática del	50,2	22,9	3,9	7,6	6,7	2,7	3,4	2,5
Costa de Marfil	35,9	28,6	4,2	8,3	5,2	6,8	7,3	3,6
Croacia	47,1	13,8	14,5	2,7	8,8	10,3	0,9	1,9
Chipre	50,6	2,8	22,6	1,7	8,6	9,2	3,1	1,4
República Checa	44,3	3,5	25,7	1,7	8,5	14,1	1,0	1,2
Dinamarca	32,3	0,7	30,9	0,3	6,5	27,0	1,7	0,6
República Dominicana	36,1	16,5	8,0	12,5	11,0	5,4	6,7	3,9
Ecuador	42,6	22,2	6,2	9,1	8,9	4,1	3,3	3,5
Egipto	67,2	8,9	5,6	3,8	10,1	2,2	1,6	0,6
Estonia	37,8	4,3	22,3	3,0	9,0	20,4	0,8	2,4

País	Cabeza de familia, cónyuge, hijos o hijas (familia nuclear)	Familia nuclear con parientes/personas no pertenecientes a la familia (hogar ampliado)	Cabeza de familia y cónyuge (núcleo)	Hogar monoparental con parientes/personas no pertenecientes a la familia	Hogar monoparental	Personas solteras	Cabeza de familia con parientes/personas no pertenecientes a la familia	Cabeza de familia y cónyuge con parientes/personas no pertenecientes a la familia
Etiopía	54,2	15,2	4,3	5,9	10,6	3,3	4,1	2,5
Finlandia	32,8	0,3	36,0	0,1	5,6	24,2	0,6	0,4
Francia	39,1	1,1	29,0	0,6	8,6	19,3	1,4	0,8
Gambia	25,5	44,1	1,3	13,6	2,9	2,6	4,6	5,4
Alemania	34,4	0,8	32,8	0,2	7,5	22,8	0,8	0,7
Ghana	38,5	20,1	3,9	9,9	10,8	8,1	5,8	2,9
Grecia	48,4	6,5	21,0	1,8	7,8	11,7	1,4	1,4
Guatemala	48,9	22,6	4,5	9,3	8,1	1,8	2,6	2,0
Hungría	36,6	5,7	21,2	3,9	11,2	16,9	1,9	2,6
Islandia	46,5	1,9	22,9	1,4	7,8	16,0	2,2	1,4
India	43,9	33,5	5,4	6,4	3,8	2,3	2,0	2,7
Iraq	33,3	53,8	0,4	8,0	2,2	0,0	1,2	1,1
Irlanda	49,4	1,4	20,3	2,3	11,5	10,8	2,9	1,2
Italia	48,1	3,4	19,1	1,4	9,5	15,7	1,5	1,3
Jordania	72,7	3,4	6,5	1,3	8,2	4,6	2,6	0,8
Rep. Democrática Popular Lao	41,6	45,6	1,5	5,9	2,5	0,2	0,9	1,8
Letonia	33,3	9,8	18,8	6,3	11,8	15,1	2,0	2,8
Liberia	42,8	26,2	3,1	9,9	7,7	2,0	4,1	4,2
Lituania	34,7	5,7	19,8	4,9	12,3	20,5	1,0	1,1
Luxemburgo	48,0	2,4	21,3	1,0	8,5	16,6	0,9	1,3
Madagascar	49,0	21,6	4,8	6,9	7,1	2,7	4,2	3,7
Malí	29,5	58,6	0,9	5,0	1,5	0,4	1,3	2,7
Malta	52,9	2,6	18,3	4,1	8,9	10,5	2,0	0,7
México	46,2	18,0	8,3	8,6	9,9	5,6	2,0	1,5
Myanmar	44,4	23,4	4,1	11,8	7,9	1,5	5,1	1,8
Namibia	9,3	18,6	3,6	29,7	5,8	8,9	19,9	4,3
Nepal	33,3	40,2	3,0	7,8	6,1	1,0	3,5	5,1
Países Bajos	40,1	0,3	31,5	0,1	6,3	20,7	0,8	0,2
Nicaragua	36,2	28,3	3,6	17,0	7,4	1,6	3,7	2,2
Níger	53,0	30,5	1,8	5,8	3,1	0,7	2,1	3,0
Nigeria	60,1	20,5	2,2	4,2	6,2	2,0	3,0	1,8
Noruega	33,1	0,3	30,4	0,2	7,9	27,4	0,6	0,2
Pakistán	46,9	36,6	1,8	4,9	4,2	0,3	2,4	2,8
Perú	42,9	20,8	4,0	12,6	10,8	2,6	4,6	1,6
Filipinas	43,2	29,1	3,1	11,0	5,6	1,6	4,0	2,5

País	Cabeza de familia, cónyuge, hijos o hijas (familia nuclear)	Familia nuclear con parientes/personas no pertenecientes a la familia (hogar ampliado)	Cabeza de familia y cónyuge (núcleo)	Hogar monoparental con parientes/personas no pertenecientes a la familia	Hogar monoparental	Personas solteras	Cabeza de familia con parientes/personas no pertenecientes a la familia	Cabeza de familia y cónyuge con parientes/personas no pertenecientes a la familia
Polonia	39,9	18,7	16,7	4,1	7,1	10,0	0,7	2,9
Portugal	44,8	6,1	21,9	3,6	9,9	10,0	1,3	2,4
Rumania	39,6	15,2	16,6	3,1	6,5	13,0	1,5	4,6
Federación de Rusia	31,0	25,5	16,5	5,2	9,3	9,4	1,6	1,4
Serbia	35,4	23,1	12,4	4,8	10,5	9,1	1,6	3,1
Sierra Leona	29,1	40,3	1,3	14,1	3,9	0,7	6,3	4,3
Eslovaquia	48,4	7,9	12,2	8,7	8,5	9,2	3,2	1,8
Eslovenia	48,4	5,0	18,2	2,3	9,1	14,6	0,9	1,4
Sudáfrica	20,5	16,5	7,6	22,6	9,1	8,8	12,1	2,7
España	46,0	4,8	20,3	3,3	9,2	12,0	2,7	1,8
Sri Lanka	42,6	25,7	6,2	10,3	7,3	2,4	2,8	2,6
Suecia	33,6	0,6	32,6	0,2	7,2	24,7	0,7	0,2
Suiza	37,7	2,3	30,0	0,3	6,5	19,9	2,2	1,1
Tanzanía, República Unida de	39,4	25,5	4,8	10,1	7,6	4,6	4,9	3,1
Tailandia	26,4	21,9	13,8	10,9	5,9	7,4	7,2	6,4
Timor-Leste	51,2	18,9	8,2	5,2	6,3	2,1	3,3	4,9
Togo	31,2	34,2	2,2	12,7	5,7	4,0	6,6	3,5
Túnez	66,3	6,7	10,0	1,6	9,9	3,3	1,6	0,6
Turquía	57,9	17,5	11,8	1,0	5,1	3,1	2,2	1,5
Uganda	45,2	23,8	2,9	8,8	8,2	3,1	5,3	2,7
Reino Unido	37,2	2,2	29,9	1,4	9,3	15,5	3,0	1,6
Estados Unidos	32,4	5,7	24,7	3,7	8,1	13,9	8,8	2,7
Uruguay	41,9	8,8	16,2	6,4	11,6	8,7	4,2	2,1
Venezuela, Rep. Bolivariana de	33,3	26,6	4,0	17,8	9,0	2,7	4,4	2,3
Viet Nam	46,0	23,6	9,1	8,1	5,3	3,1	2,4	2,3
Yemen	45,7	42,9	1,9	2,6	2,0	0,3	3,0	1,7
Zambia	39,2	28,4	2,7	11,5	7,2	2,2	5,1	3,7
Zimbabwe	28,7	24,4	3,3	15,7	8,2	4,4	9,6	5,7

Nota: Grupo de edad: 15 y más años (90 países). Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.2.2. Población en edad de trabajar que vive en hogares monoparentales, por sexo del cabeza de familia (en porcentajes), último año disponible

País	Hogares encabezados por una mujer	Hogares encabezados por un hombre
Afganistán	59,5	40,5
Angola	88,6	11,4
Argentina	83,6	16,4
Australia	81,3	18,7
Austria	85,2	14,8
Bangladesh	78,5	21,5
Bélgica	82,6	17,4
Bolivia, Estado Plurinacional de	80,9	19,1
Botswana	86,8	13,2
Brasil	87,2	12,8
Brunei Darussalam	83,9	16,1
Bulgaria	79,6	20,4
Camboya	84,4	15,6
Camerún	84,1	15,9
China	64,0	36,0
Colombia	85,4	14,6
Congo	74,0	26,0
Congo, República Democrática del	85,0	15,0
Côte d'Ivoire	82,2	17,8
Croacia	85,1	14,9
Chipre	87,8	12,2
República Checa	83,9	16,1
Dinamarca	76,1	23,9
República Dominicana	82,0	18,0
Ecuador	85,3	14,7
Egipto	87,9	12,1
Estonia	89,7	10,3
Etiopía	79,0	21,0
Finlandia	78,1	21,9
Francia	78,0	22,0

País	Hogares encabezados por una mujer	Hogares encabezados por un hombre
Gambia	73,5	26,5
Alemania	85,3	14,7
Ghana	85,5	14,5
Grecia	87,9	12,1
Guatemala	88,9	11,1
Hungría	88,5	11,5
Islandia	80,6	19,4
India	83,8	16,2
Iraq	90,3	9,7
Irlanda	83,4	16,6
Italia	82,1	17,9
Jordania	87,6	12,4
Rep. Democrática Popular Lao	76,2	23,8
Letonia	89,1	10,9
Liberia	63,5	36,5
Lituania	88,7	11,3
Luxemburgo	77,5	22,5
Madagascar	77,2	22,8
Malí	77,3	22,7
Malta	76,8	23,2
México	86,3	13,7
Myanmar	80,9	19,1
Namibia	86,7	13,3
Nepal	87,6	12,4
Países Bajos	80,6	19,4
Nicaragua	86,5	13,5
Níger	92,6	7,4
Nigeria	84,3	15,7
Noruega	76,9	23,1
Pakistán	77,9	22,1
Perú	83,4	16,6
Filipinas	70,6	29,4

País	Hogares encabezados por una mujer	Hogares encabezados por un hombre
Polonia	86,7	13,3
Portugal	84,1	15,9
Rumania	78,0	22,0
Federación de Rusia	91,5	8,5
Serbia	77,0	23,0
Sierra Leona	77,9	22,1
Eslovaquia	88,0	12,0
Eslovenia	84,3	15,7
Sudáfrica	84,3	15,7
España	84,0	16,0
Sri Lanka	82,1	17,9
Suecia	68,7	31,3
Suiza	86,8	13,2
Tanzanía, República Unida de	84,5	15,5
Tailandia	79,1	20,9
Timor-Leste	66,6	33,4
Togo	80,8	19,2
Túnez	79,1	20,9
Turquía	89,2	10,8
Uganda	77,7	22,3
Reino Unido	88,3	11,7
Estados Unidos	81,3	18,7
Uruguay	86,0	14,0
Venezuela, Rep. Bolivariana de	86,8	13,2
Viet Nam	83,5	16,5
Yemen	71,5	28,5
Zambia	85,1	14,9
Zimbabue	85,6	14,4

Nota: Grupo de edad: 15 y más años (90 países). Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.
Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

A.2.1. Coeficientes de dependencia de cuidados

Metodología

El coeficiente de dependencia de cuidados, δ , ajustado por la esperanza de vida sana establecida en 60 años, se calcula utilizando dos fuentes de datos: la población total,² desglosada por cada edad utilizando el método de multiplicadores de Sprague,³ y la esperanza de vida sana establecida en 60 (años).⁴

El coeficiente de dependencia de cuidados para el grupo de edad [i,j] se calcula de la siguiente manera:

$$\delta_{[i,j]} = \frac{P[i,j]}{\sum_{a=15}^{h-6} P_a}$$

donde P es la población total en el grupo de edad [i,j]; a es la edad, y h la esperanza de vida sana establecida en 60.

Los grupos de edad [i,j] elegidos son de 0 a 2, de 3 a 5, y de 6 a 14, y las personas mayores. El grupo de edad de las personas mayores abarca desde la esperanza de vida sana establecida en 60 a 100+ años. El denominador del coeficiente de dependencia de cuidados comprende a la población de 15 años hasta la esperanza de vida sana menos 6 años, y representa a las mujeres y hombres adultos que son cuidadores potenciales de cuidados en el hogar.

Cuadro A.2.3. Coeficientes de dependencia de cuidados (en porcentajes), 2000, 2015 y 2030

País	2000					2015					2030				
	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Afganistán	25,5	21,9	51,0	2,3	100,6	17,4	17,6	48,6	2,2	85,8	11,7	11,5	33,5	2,3	58,9
Albania	7,9	8,9	29,8	4,1	50,8	5,0	4,3	14,8	5,2	29,3	4,2	4,3	13,3	5,6	27,4
Argelia	8,9	10,3	35,0	2,1	56,4	10,5	9,8	21,7	2,6	44,7	6,3	6,5	21,8	2,8	37,4
Angola	24,2	20,8	49,7	2,7	97,3	22,4	20,5	49,3	2,1	94,3	18,4	17,0	43,5	2,1	81,0
Antigua y Barbuda	9,2	8,6	26,8	3,8	48,4	6,8	6,7	20,8	3,1	37,5	5,6	5,7	17,2	3,5	32,1
Argentina	8,5	8,6	25,4	5,3	47,7	7,5	7,4	21,8	5,6	42,3	6,3	6,3	19,1	6,2	37,8
Armenia	5,2	6,5	26,3	4,1	42,2	5,7	5,9	15,5	7,0	34,2	3,9	4,1	14,6	6,2	28,8
Australia	5,4	5,8	17,6	5,3	34,2	5,2	5,3	14,8	5,3	30,5	4,8	4,9	15,5	6,7	31,9
Austria	4,0	4,6	14,3	7,6	30,5	3,7	3,7	11,2	7,6	26,1	3,7	3,8	11,6	8,6	27,7
Azerbaiyán	7,6	9,1	31,4	3,2	51,4	7,7	6,7	16,9	3,6	34,9	4,8	4,9	17,2	3,3	30,2
Bahamas	8,0	9,0	26,3	2,4	45,7	5,7	5,9	16,0	3,1	30,7	4,9	5,0	15,4	5,4	30,6
Bahrein	9,7	9,9	24,6	1,3	45,5	6,1	5,8	15,0	1,0	27,8	4,2	4,2	12,2	1,2	21,9
Bangladesh	12,9	12,5	36,2	2,4	64,0	8,5	8,5	26,9	3,2	47,1	5,9	6,1	19,3	3,5	34,9
Barbados	5,8	6,3	19,4	7,4	38,8	5,0	5,3	16,7	7,5	34,4	4,7	5,0	15,8	10,5	36,0
Belarús	3,9	4,1	18,2	8,5	34,7	5,0	4,8	12,0	9,3	31,1	4,1	4,4	14,6	8,4	31,5
Bélgica	4,5	4,9	14,9	7,9	32,1	4,6	4,8	13,8	8,5	31,7	4,3	4,4	13,8	7,9	30,5
Belice	16,2	15,7	40,6	3,2	75,7	10,4	9,8	29,9	2,6	52,7	7,9	8,0	23,4	2,6	41,8
Benin	21,3	19,1	46,6	3,4	90,4	18,7	17,2	43,4	2,8	82,1	15,3	14,3	38,0	2,5	70,0
Bután	14,5	14,7	44,6	2,4	76,1	7,6	8,0	23,8	2,5	41,9	5,5	5,7	18,0	2,6	31,7
Bolivia, Estado Plurinacional de	14,7	13,8	37,5	3,4	69,4	10,4	10,3	30,1	3,3	54,1	8,2	8,1	23,8	2,8	42,9
Bosnia y Herzegovina	5,2	5,3	18,3	5,0	33,7	3,5	3,9	11,8	8,8	28,0	3,7	3,8	11,5	9,1	28,1
Botswana	12,9	12,7	37,3	2,5	65,5	10,8	10,1	27,6	2,4	50,9	7,5	7,6	23,4	2,5	41,1
Brasil	9,1	9,0	27,3	2,8	48,2	6,0	5,9	19,0	3,6	34,5	4,5	4,6	14,8	5,1	29,1
Brunei Darussalam	9,1	9,3	26,5	1,2	46,2	6,7	6,1	19,0	1,2	32,9	4,8	4,9	15,5	1,6	26,7

País	2000					2015					2030				
	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Bulgaria	3,2	3,6	14,8	9,4	31,1	3,6	4,1	11,3	10,0	28,9	3,6	3,8	12,3	12,8	32,4
Burkina Faso	23,2	20,1	48,9	2,8	95,0	20,4	19,0	47,4	2,0	88,8	16,3	15,3	40,5	1,7	73,7
Burundi	23,0	21,7	58,2	3,3	106,2	21,2	19,0	43,9	2,3	86,4	16,9	15,9	42,9	2,2	78,0
Cambodia	13,8	15,1	47,3	4,0	80,1	10,5	10,5	27,8	3,3	52,1	7,8	7,8	24,5	3,9	44,0
Camerún	20,3	18,3	47,4	2,9	89,0	18,5	17,2	43,5	2,8	82,0	14,4	13,7	37,2	2,4	67,6
Canadá	4,5	5,1	16,3	5,3	31,2	4,1	4,3	12,3	5,5	26,2	3,9	4,0	12,5	6,5	26,9
Cabo Verde	16,2	16,3	48,5	3,7	84,6	9,4	9,5	28,9	4,0	51,8	6,9	7,1	21,7	2,6	38,3
República Centroafricana	18,8	16,5	42,3	3,7	81,3	18,5	17,2	46,4	3,3	85,5	15,0	14,0	36,7	2,6	68,3
Chad	26,3	22,6	52,1	3,4	104,6	23,0	20,7	51,1	2,6	97,3	17,9	16,7	43,7	2,1	80,4
Chile	7,4	7,7	24,2	3,3	42,6	5,4	5,6	17,1	3,7	31,7	4,5	4,6	14,2	4,5	27,8
China	5,4	5,5	23,7	3,1	37,7	4,8	4,7	13,4	3,9	26,8	3,7	3,8	12,8	6,4	26,7
Colombia	9,3	9,7	29,2	2,6	50,8	6,4	6,6	20,8	3,0	36,9	4,9	5,0	15,8	4,4	30,0
Comoras	18,9	17,5	46,1	2,9	85,5	16,1	15,0	38,7	2,4	72,2	12,4	11,9	33,5	2,3	60,1
Congo	18,5	16,1	40,3	3,0	77,9	18,0	16,9	41,8	2,3	79,1	14,7	13,6	36,3	2,1	66,7
Congo, República Democrática del	22,3	19,4	46,2	2,8	90,7	22,4	20,0	47,7	2,3	92,4	17,9	16,6	43,4	2,1	79,9
Croacia	4,7	4,3	14,8	7,1	30,8	3,8	4,2	12,1	9,8	29,9	3,4	3,5	11,2	10,0	28,1
Costa Rica	9,0	9,2	28,1	2,4	48,8	5,8	6,1	18,3	2,9	33,1	4,6	4,6	14,7	4,7	28,6
Côte d'Ivoire	20,0	17,8	43,4	2,7	84,0	18,5	16,7	42,9	2,5	80,6	15,9	15,0	39,6	2,3	72,8
Cuba	5,7	5,6	19,0	5,3	35,5	4,5	4,2	12,9	6,7	28,3	3,8	4,0	12,5	9,7	29,9
Chipre	5,9	6,5	19,1	5,4	36,8	4,4	4,5	13,1	4,9	26,9	3,7	3,7	12,0	6,8	26,2
República Checa	3,2	4,1	14,8	7,4	29,6	4,0	4,4	11,7	7,3	27,4	3,6	3,8	12,4	10,4	30,2
Dinamarca	5,2	5,5	15,1	9,0	34,8	4,0	4,6	14,2	7,3	30,1	4,8	4,7	13,4	10,2	33,1
Djibouti	15,6	14,4	42,4	2,3	74,8	10,3	9,7	29,3	2,5	51,7	7,6	7,6	22,7	2,8	40,8
República Dominicana	11,4	11,6	33,3	2,3	58,5	9,1	9,1	26,9	3,4	48,5	6,9	7,0	21,6	4,6	40,2
Ecuador	11,6	11,4	32,5	2,4	57,9	8,9	8,8	25,2	2,8	45,7	6,9	7,0	21,1	4,3	39,2
Egipto	12,0	11,7	37,4	3,4	64,6	13,3	11,1	28,0	3,2	55,7	9,0	8,8	27,1	4,2	49,1

País	2000					2015					2030				
	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
El Salvador	12,7	13,2	35,9	4,0	65,9	8,2	8,3	25,9	4,4	46,9	6,3	6,5	20,5	4,3	37,6
Guinea Ecuatorial	18,7	15,8	37,6	3,0	75,1	15,4	13,8	32,7	2,0	64,0	12,5	11,9	31,2	1,5	57,2
Eritrea	18,2	17,0	51,2	4,0	90,5	17,0	16,9	44,0	3,5	81,3	12,4	11,9	33,7	2,5	60,4
Estonia	3,5	3,9	16,9	7,6	31,8	4,2	4,9	13,0	9,1	31,2	3,7	4,0	13,2	9,3	30,1
Etiopía	23,1	20,1	48,4	3,0	94,7	16,4	15,3	42,8	2,5	77,1	11,5	11,4	32,5	2,5	57,8
Fiji	11,5	11,7	32,7	2,0	58,0	8,6	9,0	25,0	2,7	45,3	7,0	7,0	21,6	4,3	39,8
Finlandia	4,5	5,1	15,5	8,1	33,2	4,3	4,6	13,2	7,8	29,9	4,4	4,5	13,7	10,0	32,6
Francia	5,2	5,0	15,7	6,9	32,8	4,9	5,1	15,2	8,3	33,5	4,7	4,6	13,9	8,3	31,5
Gabón	16,8	15,8	41,8	4,7	79,2	14,0	12,8	31,8	3,2	61,9	10,4	10,1	29,9	2,9	53,3
Gambia	23,2	19,8	46,4	2,8	92,1	21,1	19,0	47,0	2,1	89,2	16,2	15,2	40,6	2,0	74,1
Georgia	5,0	5,8	21,8	5,7	38,3	5,8	5,8	14,5	8,6	34,7	4,6	4,7	16,1	9,1	34,5
Alemania	3,9	3,9	13,3	7,5	28,5	3,5	3,4	10,6	8,9	26,4	3,6	3,7	11,2	10,4	28,8
Ghana	17,5	16,0	41,8	2,7	77,9	15,3	14,3	36,8	2,6	69,0	11,7	11,3	32,0	2,3	57,2
Grecia	3,9	4,0	12,5	6,3	26,7	3,4	4,0	12,2	9,3	28,9	2,9	2,9	9,2	8,6	23,6
Granada	10,7	10,5	38,8	7,1	67,1	8,1	8,1	22,4	4,8	43,5	5,6	5,9	20,2	4,4	36,0
Guatemala	18,6	17,8	45,8	3,2	85,3	12,3	11,8	35,5	3,1	62,7	8,9	8,9	26,2	2,9	46,8
Guinea	20,6	18,3	44,6	2,7	86,2	18,1	16,7	42,9	2,4	80,1	14,7	13,9	37,4	2,3	68,2
Guinea-Bissau	20,3	18,6	47,6	2,8	89,3	17,9	16,3	40,6	2,4	77,2	13,7	13,0	36,0	2,5	65,1
Guyana	12,1	13,3	34,2	3,2	62,8	9,0	8,5	27,3	3,1	47,9	7,3	7,4	23,2	4,5	42,4
Haití	15,3	14,6	41,2	3,0	74,2	11,1	11,0	31,7	3,3	57,2	8,4	8,4	25,2	3,5	45,4
Honduras	16,9	16,4	43,5	2,5	79,2	9,8	10,0	31,2	2,2	53,3	7,2	7,3	21,8	2,5	38,8
Hungría	3,8	4,5	15,1	9,4	32,8	3,6	3,9	11,9	8,8	28,2	3,6	3,7	11,6	10,9	29,9
Islandia	6,1	7,0	19,8	5,1	38,0	5,5	5,9	16,5	5,6	33,4	4,7	4,8	14,8	6,2	30,5
India	11,9	11,5	32,9	3,2	59,5	8,2	8,5	26,0	3,6	46,3	6,5	6,6	19,9	4,0	37,0
Indonesia	9,1	9,3	28,2	2,7	49,3	8,5	8,1	24,1	3,1	43,8	6,4	6,5	20,0	3,7	36,6
Irán, República Islámica del	9,2	9,8	37,2	2,3	58,4	7,1	7,1	18,1	2,6	34,9	3,8	4,1	15,2	2,9	26,1
Iraq	18,5	16,9	43,5	2,8	81,7	16,8	15,5	39,1	2,4	73,8	13,5	12,9	35,0	2,2	63,6

País	2000					2015					2030				
	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Irlanda	6,1	5,5	18,2	5,9	35,7	6,1	6,4	17,5	4,7	34,7	4,5	4,4	14,4	4,8	28,1
Israel	9,6	8,7	24,2	5,1	47,6	9,4	8,8	23,3	4,5	45,9	7,3	7,2	21,4	4,2	40,2
Italia	3,6	3,7	11,6	7,3	26,2	3,3	3,7	11,3	8,9	27,2	3,2	3,2	10,0	9,8	26,2
Jamaica	10,4	10,4	30,4	5,0	56,1	6,0	6,3	20,7	4,8	37,8	5,3	5,5	18,4	5,0	34,1
Japón	3,6	3,6	11,7	4,7	23,6	3,3	3,4	10,5	8,9	26,0	3,2	3,3	10,3	12,0	28,8
Jordania	15,4	14,2	37,8	1,8	69,1	13,0	12,4	33,1	2,0	60,5	8,9	8,9	26,4	2,0	46,2
Kazajstán	6,3	7,3	27,5	4,6	45,7	10,0	9,5	19,8	4,8	44,0	6,5	6,6	22,0	3,7	38,8
Kenya	20,7	17,7	47,3	2,4	88,0	15,7	15,5	41,6	1,9	74,8	12,1	11,6	32,3	2,1	58,0
Kiribati	15,0	14,4	40,0	2,3	71,7	12,4	12,9	30,8	2,4	58,5	10,3	10,3	30,4	3,3	54,2
Corea, República Democrática Popular de	7,3	7,7	22,1	3,1	40,2	5,7	5,6	18,0	5,1	34,4	5,2	5,3	16,0	5,5	31,9
Corea, República de	4,9	5,9	16,4	2,7	30,0	3,3	3,3	10,6	3,3	20,5	3,3	3,3	9,7	3,9	20,2
Kuwait	9,8	8,6	21,8	0,7	40,9	6,1	6,0	14,7	0,8	27,6	4,7	4,7	15,2	1,7	26,3
Kirguistán	10,5	11,1	35,5	3,1	60,2	12,0	10,8	24,4	3,0	50,1	7,8	7,9	25,8	2,5	44,1
República Democrática Popular Lao	16,4	17,4	47,4	3,5	84,7	11,0	11,1	31,4	2,9	56,3	7,7	7,8	24,1	3,2	42,7
Letonia	3,1	3,9	17,7	7,5	32,3	4,0	4,5	12,3	10,3	31,1	3,6	3,8	12,8	11,1	31,3
Líbano	8,6	8,7	26,4	5,2	48,9	7,0	6,3	20,9	5,2	39,4	5,2	5,4	15,0	6,0	31,6
Lesotho	16,2	15,6	43,7	4,3	79,9	13,1	12,0	33,6	3,5	62,3	10,3	10,3	30,9	3,6	55,1
Liberia	20,2	17,2	43,1	3,2	83,7	17,5	16,5	43,3	2,8	80,0	14,3	13,5	36,3	2,5	66,7
Libia	10,0	10,2	33,2	2,4	55,8	8,9	8,7	24,2	2,6	44,5	5,6	5,8	19,0	2,6	33,1
Lituania	4,1	5,0	19,2	7,1	35,4	4,3	4,1	11,6	11,6	31,7	4,3	4,7	14,4	13,5	36,9
Luxemburgo	5,3	5,5	15,2	6,2	32,1	4,4	4,2	12,8	5,9	27,3	4,4	4,4	13,3	5,4	27,5
Madagascar	21,4	19,1	45,6	2,5	88,6	16,6	15,6	41,8	2,1	76,1	13,9	13,2	35,6	2,1	64,8
Malawi	22,7	20,2	50,3	3,4	96,5	18,7	18,4	47,3	2,6	87,1	15,0	14,3	38,4	2,2	69,9
Malasia	10,9	10,7	30,5	2,2	54,3	7,1	6,8	20,9	2,6	37,5	5,9	6,1	18,4	4,1	34,5
Maldivas	11,9	13,5	46,3	2,1	73,8	7,6	7,0	17,0	2,0	33,6	4,1	4,5	15,8	1,4	25,8
Mali	23,6	20,2	48,5	3,4	95,7	23,1	21,3	51,5	2,3	98,1	18,5	17,1	44,4	1,7	81,6
Malta	5,1	5,3	17,1	5,9	33,3	3,9	3,8	10,9	5,3	23,8	3,7	3,9	11,8	7,0	26,4

País	2000					2015					2030				
	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Mauritania	18,8	17,1	43,5	2,5	82,0	16,5	15,1	38,7	2,4	72,7	13,3	12,6	34,4	2,3	62,5
Mauricio	6,7	7,9	22,3	3,5	40,4	4,3	4,5	16,9	4,0	29,7	4,0	4,0	12,0	5,4	25,5
México	11,3	11,2	32,0	2,6	57,2	8,0	7,9	23,9	3,1	42,9	5,7	5,9	18,5	4,0	34,1
Micronesia, Estados Federados de	15,1	14,1	41,6	2,9	73,7	10,7	10,3	32,9	2,4	56,3	9,8	9,8	28,2	4,0	51,9
Moldova, República de	4,8	5,4	23,6	5,9	39,8	4,2	4,3	11,8	5,6	25,9	3,2	3,3	11,4	6,8	24,7
Mongolia	9,3	9,8	36,8	2,7	58,5	11,0	9,6	21,3	2,2	44,2	6,8	7,0	23,3	2,1	39,2
Montenegro	5,7	5,8	18,8	5,9	36,2	4,8	5,1	15,5	7,6	32,9	4,2	4,3	13,6	9,4	31,4
Marruecos	10,0	10,6	33,0	3,3	56,9	9,0	8,3	23,3	3,5	44,1	6,3	6,5	20,4	4,5	37,7
Mozambique	21,9	19,0	45,2	2,9	88,9	20,4	18,7	47,4	2,8	89,4	16,7	15,6	40,7	2,5	75,5
Myanmar	10,6	9,9	29,9	3,5	53,9	7,6	7,7	25,5	3,2	44,1	6,4	6,4	19,1	4,9	36,8
Namibia	15,4	15,3	40,7	2,8	74,1	14,2	12,8	34,3	2,4	63,7	10,6	10,5	30,6	2,5	54,3
Nepal	16,3	15,7	41,3	3,0	76,3	9,0	9,7	32,6	3,4	54,8	6,5	6,8	21,0	3,7	38,1
Países Bajos	4,9	5,1	15,1	6,5	31,6	4,2	4,2	13,9	6,6	29,0	4,3	4,3	12,8	8,5	29,9
Nueva Zelandia	6,1	6,5	19,5	5,3	37,4	5,3	5,7	16,2	5,5	32,8	4,9	5,0	15,2	6,8	31,9
Nicaragua	14,0	14,1	41,9	4,3	74,4	8,9	9,2	27,2	3,3	48,5	6,0	6,2	19,4	2,4	34,0
Níger	26,7	21,7	48,7	2,3	99,3	26,8	23,4	54,8	2,1	107,2	24,1	21,5	52,2	2,0	99,8
Nigeria	20,2	17,6	43,6	2,8	84,1	19,9	18,0	44,6	2,3	84,9	16,5	15,4	40,6	2,4	74,8
Noruega	5,7	5,9	17,0	9,2	37,8	4,7	5,0	14,5	6,3	30,5	4,8	4,8	13,9	7,1	30,5
Omán	12,1	12,5	36,0	1,5	62,0	7,5	6,5	15,0	0,9	29,9	4,3	4,6	15,1	1,2	25,1
Pakistán	15,9	15,3	42,8	3,5	77,5	12,9	12,2	31,7	3,1	60,0	9,3	9,2	27,8	2,9	49,2
Panamá	10,6	10,1	28,5	2,6	51,7	8,6	8,4	23,8	3,3	44,1	6,7	6,7	20,0	3,8	37,3
Papua Nueva Guinea	16,4	14,8	38,0	2,8	72,0	13,0	12,6	35,0	2,8	63,4	10,6	10,3	28,9	3,1	52,9
Paraguay	13,7	13,3	38,0	2,8	67,7	9,1	9,2	27,0	3,0	48,4	7,3	7,4	22,4	3,9	41,1
Perú	11,2	11,3	32,9	3,5	58,9	8,6	8,3	24,1	3,5	44,5	6,3	6,4	19,7	3,4	35,8
Filipinas	14,3	13,6	37,5	2,5	67,9	10,6	10,3	29,2	2,9	52,9	8,7	8,6	25,3	3,6	46,2
Polonia	4,1	4,9	17,9	5,9	32,9	3,7	4,2	11,6	7,4	26,8	3,1	3,2	10,8	9,2	26,3
Portugal	4,2	4,1	13,2	7,1	28,6	3,3	3,6	11,9	8,9	27,7	2,9	2,9	9,0	9,8	24,5

País	2000					2015					2030				
	Niños y niñas (años)			Perso- nas ma- yores	Total	Niños y niñas (años)			Perso- nas ma- yores	Total	Niños y niñas (años)			Perso- nas ma- yores	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Qatar	7,7	7,4	20,0	0,7	35,8	3,6	3,6	9,0	0,3	16,5	2,9	3,1	9,5	0,7	16,2
Rumania	4,5	3,9	17,4	7,3	33,1	3,9	4,2	12,9	9,7	30,6	3,8	3,9	12,2	11,6	31,5
Federación de Rusia	3,8	3,6	18,0	7,9	33,3	5,5	4,9	12,4	9,0	31,8	4,2	4,5	15,3	8,2	32,2
Rwanda	20,1	16,0	47,8	3,1	87,1	15,8	15,4	40,2	2,0	73,3	11,1	10,7	31,2	2,1	55,1
Santa Lucía	9,4	10,2	32,0	5,7	57,4	5,0	4,7	16,8	5,0	31,5	3,9	4,0	12,9	5,3	26,2
San Vicente y las Gra- nadinias	9,5	9,9	30,3	5,1	54,7	6,5	6,9	21,4	4,5	39,2	5,1	5,2	16,8	5,0	32,1
Samoa	15,5	15,7	41,2	3,1	75,5	12,3	13,3	37,3	3,6	66,5	10,2	9,9	29,0	3,7	52,8
Santo Tomé y Príncipe	20,5	17,7	49,4	4,0	91,7	17,8	16,9	45,4	3,0	83,1	13,7	13,0	36,0	1,8	64,6
Arabia Saudita	12,9	13,4	37,8	2,2	66,4	7,9	7,7	20,6	1,6	37,7	5,4	5,7	18,4	2,7	32,3
Senegal	19,9	18,1	47,1	2,6	87,7	18,7	17,3	42,7	2,2	80,9	14,3	13,6	37,4	1,9	67,1
Serbia	5,3	5,6	18,4	7,0	36,2	4,3	4,3	14,0	8,1	30,7	4,1	4,2	13,3	9,3	31,0
Seychelles	8,0	8,5	26,7	4,8	48,1	7,0	6,6	16,4	4,6	34,5	5,1	5,1	17,3	5,8	33,3
Sierra Leona	21,3	18,4	45,3	3,0	88,0	17,4	16,7	43,9	2,3	80,4	12,9	12,4	34,8	1,7	61,9
Singapur	4,8	5,9	17,9	2,6	31,2	3,5	3,6	12,2	2,9	22,3	3,0	3,0	9,7	3,3	18,9
Eslovaquia	4,1	5,0	18,3	6,9	34,2	4,1	4,2	11,7	6,5	26,5	3,6	3,9	12,4	8,7	28,7
Eslovenia	3,6	3,6	13,6	5,9	26,7	4,1	4,3	11,2	8,4	28,0	3,4	3,6	11,8	8,1	26,8
Islas Salomón	17,2	16,1	41,6	1,9	76,7	14,6	14,4	39,2	2,4	70,7	11,1	10,7	30,6	2,5	54,9
Somalia	25,2	21,1	47,1	2,7	96,1	22,3	20,1	48,8	2,2	93,4	19,4	17,8	45,4	2,4	85,0
Sudáfrica	10,9	10,6	32,1	3,3	56,9	9,3	9,0	25,7	3,6	47,8	7,3	7,4	22,6	4,6	41,9
Sudán del Sur	21,2	18,8	45,5	2,7	88,2	17,7	16,4	42,3	2,9	79,3	14,4	13,7	36,9	2,4	67,3
España	3,6	3,7	12,1	7,4	27,0	3,5	4,1	12,3	9,0	28,9	3,0	3,0	9,9	9,1	25,0
Sri Lanka	7,6	7,5	23,5	3,1	41,7	6,6	7,0	21,2	3,4	38,2	5,3	5,2	16,7	6,0	33,2
Sudán	19,7	18,0	43,9	2,6	84,2	16,6	15,6	41,9	2,5	76,6	13,4	12,7	34,4	2,5	63,1
Suriname	10,7	10,6	29,7	3,6	54,6	8,0	7,8	23,4	3,6	42,8	6,3	6,4	19,6	3,4	35,6
Swazilandia	16,8	16,8	50,4	2,8	86,9	13,7	13,3	36,0	2,4	65,4	10,2	10,2	30,7	2,3	53,4
Suecia	4,0	5,3	17,0	10,5	36,7	4,8	5,0	13,7	7,8	31,4	4,8	4,9	14,8	9,3	33,9
Suiza	4,4	4,8	14,4	7,0	30,6	4,0	3,9	11,3	6,5	25,7	3,8	3,9	12,0	7,3	27,1
República Árabe Siria	16,3	14,7	41,6	2,5	75,1	11,8	12,9	40,1	3,2	68,0	8,4	8,4	24,8	3,5	45,1

País	2000					2015					2030				
	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total	Niños y niñas (años)			Personas mayores	Total
	0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14			0-2	3-5	6-14		
Tayikistán	15,9	15,5	46,3	2,6	80,3	13,4	12,4	30,4	2,5	58,7	9,6	9,6	29,2	2,0	50,3
Tanzania, República Unida de	20,7	18,7	46,7	2,7	88,9	20,7	18,9	47,0	2,8	89,4	16,7	15,6	40,9	2,2	75,4
Tailandia	6,1	6,5	20,7	2,9	36,2	4,3	4,5	14,7	4,3	27,9	3,5	3,5	11,2	6,8	25,1
Ex República Yugoslava de Macedonia	5,5	6,1	20,5	4,9	37,0	4,6	4,3	13,6	6,4	28,9	4,0	4,2	13,3	7,4	29,0
Timor-Leste	27,1	24,5	53,7	1,8	107,0	18,7	17,9	45,6	2,3	84,5	15,5	14,8	40,3	2,2	72,8
Togo	19,0	16,9	44,4	2,5	82,8	17,1	16,3	42,0	2,0	77,5	13,6	12,9	35,0	1,9	63,4
Tonga	13,8	14,6	38,4	3,8	70,5	12,2	12,6	37,2	4,3	66,3	10,3	9,8	27,7	3,5	51,2
Trinidad y Tobago	6,0	6,3	24,4	4,0	40,7	5,8	5,9	16,9	5,1	33,6	4,3	4,4	14,7	7,2	30,6
Túnez	7,7	8,1	28,6	3,1	47,5	8,0	7,0	18,3	4,4	37,7	5,4	5,7	18,9	5,2	35,2
Turquía	9,8	9,4	27,6	3,1	49,9	7,5	7,3	21,9	3,7	40,4	5,4	5,5	17,3	4,3	32,5
Turkmenistán	10,1	12,0	37,9	2,9	62,8	11,7	9,6	24,3	2,8	48,4	7,5	7,6	24,8	3,4	43,3
Uganda	26,3	23,1	54,1	2,7	106,2	23,1	21,0	52,1	1,8	98,0	18,1	16,9	43,9	1,5	80,3
Ucrania	3,5	4,0	16,1	7,9	31,5	4,2	4,6	11,6	10,2	30,6	3,8	4,0	13,4	10,6	31,7
Emiratos Árabes Unidos	6,7	7,3	21,4	0,5	35,9	3,6	3,6	8,9	0,2	16,3	2,9	2,8	8,3	0,5	14,4
Reino Unido	5,0	5,3	16,5	8,5	35,2	5,0	5,1	13,8	7,6	31,6	4,5	4,6	14,3	8,3	31,7
Estados Unidos	5,8	6,1	18,8	6,8	37,5	5,0	5,3	16,0	6,3	32,5	5,1	5,2	15,0	7,5	32,8
Uruguay	7,2	7,5	21,9	7,1	43,6	6,0	6,1	18,6	8,3	39,1	5,3	5,3	16,4	8,5	35,4
Uzbekistán	11,1	12,6	39,0	2,8	65,4	9,0	8,9	22,8	2,7	43,3	6,1	6,3	20,7	2,4	35,4
Vanuatu	16,7	15,7	41,6	2,7	76,8	12,8	13,1	34,1	2,0	62,1	10,3	9,9	28,4	2,5	51,1
Venezuela, Rep. Bolivariana de	11,0	10,8	32,1	2,0	55,8	8,4	8,4	24,5	2,9	44,2	6,5	6,6	20,1	4,0	37,1
Viet Nam	7,7	9,8	31,9	4,0	53,4	6,9	6,7	18,1	3,7	35,4	5,1	5,5	17,2	3,6	31,3
Yemen	21,5	21,6	56,0	2,8	101,8	16,0	15,1	40,0	2,1	73,1	11,0	10,9	31,9	2,1	55,9
Zambia	22,7	19,7	48,3	2,6	93,3	20,0	18,4	47,7	2,1	88,1	16,6	15,6	40,5	1,4	74,2
Zimbabwe	16,7	16,0	45,9	3,2	81,9	17,3	16,1	40,3	2,4	76,1	11,7	11,4	33,2	1,9	58,2

Nota: 183 países

Fuente: Cálculos de la OIT basados en Naciones Unidas, 2017c, y OMS, 2018.

A.3. TRABAJO DE CUIDADOS NO REMUNERADO Y DESIGUALDAD DE GÉNERO EN EL TRABAJO

Cuadro A.3.1. Tiempo dedicado en las tres categorías principales del trabajo de cuidados no remunerado y en el trabajo remunerado (minutos por día) y proporción del trabajo de cuidados no remunerado, por sexo (en porcentajes), último año disponible

País	Mujeres					Hombres								
	Trabajo de cuidados no remunerado			Trabajo remunerado	Trabajo total	Trabajo de cuidados no remunerado			Trabajo remunerado	Trabajo total	Proporción del trabajo de cuidados no remunerado con respecto al trabajo de cuidados no remunerado total (en porcentajes)			
	Servicios domésticos para uso final propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares			Servicios domésticos para uso final propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares				Total		
Albania	270	43	1	314	117	431	85,8	45	5	2	52	257	309	14,2
Argelia	282	30	-	312	30	342	85,2	42	12	-	54	198	252	14,8
Argentina	183	58	16	257	165	422	73,4	66	22	5	93	314	407	26,6
Armenia	266	46	-	312	101	413	83,2	54	9	-	63	291	354	16,8
Australia	239	64	8	311	128	439	64,4	130	27	15	172	250	422	35,6
Austria	222	39	8	269	160	429	64,8	118	19	9	146	264	410	35,2
Bélgica	186	28	-	214	99	313	61,8	117	15	-	132	157	289	38,2
Benin	189	32	-	221	171	392	84,0	39	3	-	42	241	283	16,0
Bulgaria	267	16	15	298	137	435	64,5	142	6	16	164	190	354	35,5
Camboya	188	-	-	188	-	-	91,3	18	-	-	18	-	-	8,7
Camerún	170	38	4	212	203	415	74,1	53	14	7	74	284	358	25,9
Canadá	194	39	24	257	180	437	60,2	131	18	21	170	255	425	39,8
China	203	31	3	237	263	500	71,6	80	11	3	94	360	454	28,4
Dinamarca	197	35	11	243	147	390	56,6	151	20	15	186	211	397	43,4
Ecuador	273	-	-	273	150	423	77,8	78	-	-	78	306	384	22,2
El Salvador	136	49	43	228	192	420	84,1	4	11	28	43	346	389	15,9
Estonia	217	31	13	261	161	422	60,7	144	11	14	169	197	366	39,3

País	Mujeres					Hombres								
	Trabajo de cuidados no remunerado				Trabajo remunerado	Trabajo total	Proporción del trabajo de cuidados no remunerado con respecto al trabajo de cuidados no remunerado total (en porcentajes)	Trabajo de cuidados no remunerado			Trabajo remunerado	Trabajo total	Proporción del trabajo de cuidados no remunerado con respecto al trabajo de cuidados no remunerado total (en porcentajes)	
	Servicios domésticos para uso propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares	Total				Servicios domésticos para uso propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares				Total
Etiopía	231	47	13	291	198	489	70,0	87	8	30	125	301	426	30,0
Finlandia	178	27	6	211	162	373	60,3	121	11	7	139	202	341	39,7
Francia	201	31	2	234	126	360	61,3	130	14	4	148	199	347	38,7
Alemania	227	27	15	269	134	403	62,1	137	10	17	164	222	386	37,9
Ghana	155	53	12	220	228	448	76,4	40	11	17	68	288	356	23,6
Grecia	229	28	20	277	78	355	72,1	81	14	12	107	152	259	27,9
Hungría	240	28	0	268	171	439	67,8	114	12	1	127	261	388	32,2
India	297	-	-	297	160	457	90,5	31	-	-	31	360	391	9,5
Irán, República Islámica del	305	-	2	307	40	347	79,9	75	-	2	77	283	360	20,1
Iraq	300	45	-	345	31	376	86,0	52	4	-	56	246	302	14,0
Irlanda	185	94	7	286	142	428	68,9	91	29	9	129	280	409	31,1
Italia	286	-	19	305	103	408	73,8	97	-	11	108	223	331	26,2
Japón	222	27	5	254	165	419	76,7	63	8	6	77	330	407	23,3
Kazajstán	246	-	-	246	134	380	68,9	111	-	-	111	203	314	31,1
Corea, República de	146	40	2	188	145	333	82,8	27	10	2	39	246	285	17,2
Kirguistán	250	20	5	275	163	438	73,3	82	9	9	100	267	367	26,7
Letonia	239	24	14	277	234	511	66,0	126	5	12	143	337	480	34,0
Lituania	267	26	15	308	231	539	65,0	141	8	17	166	313	479	35,0
Madagascar	187	28	7	222	240	462	81,3	36	8	7	51	240	291	18,7
Mali	241	-	-	241	98	339	92,0	21	-	-	21	163	184	8,0
Mauricio	229	44	4	277	119	396	79,1	56	13	4	73	296	369	20,9

País	Mujeres						Hombres							
	Trabajo de cuidados no remunerado			Trabajo remunerado	Trabajo total	Proporción del trabajo de cuidados no remunerado con respecto al trabajo de cuidados no remunerado total (en porcentajes)	Trabajo de cuidados no remunerado			Trabajo remunerado	Trabajo total	Proporción del trabajo de cuidados no remunerado con respecto al trabajo de cuidados no remunerado total (en porcentajes)		
	Servicios domésticos para uso propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares	Total		Servicios domésticos para uso propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares	Total					
Moldova, República de	270	34	26	330	168	498	62,3	169	8	23	200	217	417	37,7
Mongolia	232	54	4	290	241	531	67,6	111	20	8	139	348	487	32,4
Marruecos	300	-	-	300	81	381	87,5	43	-	-	43	325	368	12,5
Países Bajos	191	42	21	254	146	400	65,6	95	19	19	133	279	412	34,4
Nueva Zelanda	199	48	-	247	143	390	63,7	122	19	-	141	254	395	36,3
Noruega	188	42	-	230	181	411	56,1	149	31	-	180	250	430	43,9
Territorio Palestino Ocupado	217	59	17	293	36	329	84,2	35	9	11	55	88	143	15,8
Omán	274	-	-	274	58	332	70,4	115	-	-	115	187	302	29,6
Pakistán	231	55	1	287	78	365	91,1	17	9	2	28	322	350	8,9
Panamá	201	85	15	301	201	502	70,2	97	23	8	128	359	487	29,8
Perú	258	68	13	339	183	522	71,4	101	26	9	136	361	497	28,6
Polonia	243	39	13	295	136	431	65,3	127	15	15	157	234	391	34,7
Portugal	258	23	21	302	178	480	79,7	61	6	10	77	298	375	20,3
Qatar	199	-	-	199	120	319	64,4	110	-	-	110	229	339	35,6
Rumania	264	-	-	264	100	364	67,9	125	-	-	125	163	288	32,1
Serbia	266	25	10	301	129	430	67,0	126	10	12	148	227	375	33,0
Eslovenia	251	30	5	286	-	-	63,3	145	11	10	166	-	-	36,7
Sudáfrica	195	29	5	229	129	358	70,0	88	5	5	98	214	312	30,0
España	211	36	16	263	128	391	67,6	93	21	12	126	205	331	32,4
Suecia	203	37	-	240	201	441	55,3	168	26	-	194	245	439	44,7
Taiwán, China	168	-	-	168	221	389	80,4	41	-	-	41	303	344	19,6

País	Mujeres					Hombres								
	Trabajo de cuidados no remunerado		Trabajo remunerado	Trabajo total	Proporción del trabajo de cuidados no remunerado con respecto al trabajo de cuidados no remunerado total (en porcentajes)	Trabajo de cuidados no remunerado		Trabajo remunerado	Trabajo total	Proporción del trabajo de cuidados no remunerado con respecto al trabajo de cuidados no remunerado total (en porcentajes)				
	Servicios domésticos para uso propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares	Total	Servicios domésticos para uso propio en el hogar	Servicios de prestación de cuidados para miembros del hogar	Servicios comunitarios y ayuda a otros hogares	Total						
Tanzania, República Unida de	196	41	1	238	195	433	78,8	52	9	3	64	341	405	21,2
Tailandia	139	31	3	173	233	406	75,5	44	10	2	56	430	486	24,5
Ex República Yugoslava de Macedonia	201	22	1	224	135	359	72,5	71	8	6	85	207	292	27,5
Túnez	288	32	6	326	111	437	85,8	42	8	4	54	299	353	14,2
Turquía	234	41	55	330	76	406	79,1	45	5	37	87	267	354	20,9
Reino Unido	180	32	20	232	145	377	63,9	101	15	15	131	233	364	36,1
Estados Unidos	187	42	35	264	175	439	61,1	122	19	27	168	251	419	38,9
Uruguay	222	68	19	309	-	-	69,9	88	35	10	133	-	-	30,1

Nota: Grupo de edad: 15 años o más. “-” indica que no existen datos disponibles. 67 países. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.2, para el año de encuesta.

Fuente: Charmes, de próxima publicación.

Cuadro A.3.2. Tendencias en lo que respecta al tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado y al trabajo remunerado, por sexo (minutos por día), 1997 y 2012

País	Mujeres						Hombres					
	1997			2012			1997			2012		
	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total
Australia	306	165	471	311	172	483	126	268	394	128	250	378
Bélgica	224	128	352	214	132	346	96	167	263	99	157	256
Benin	206	284	490	221	171	392	65	268	333	42	241	283
Canadá	270	156	426	216	144	360	162	270	432	162	222	384
Estonia	302	179	481	261	169	430	167	234	401	161	197	358
Finlandia	226	120	346	211	139	350	173	240	413	147	187	334
Francia	307	127	434	234	148	382	196	347	543	126	199	325
Alemania	282	114	396	253	138	391	177	212	389	166	216	382
Italia	350	78	428	296	95	391	92	241	333	122	198	320
Japón	219	35	254	254	77	331	162	330	492	165	330	495
Corea, República de	204	32	236	208	47	255	167	279	446	146	248	394
Mongolia	288	124	412	290	139	429	243	354	597	238	348	586
Nueva Zelandia	250	138	388	247	141	388	136	253	389	143	254	397
Noruega	355	133	488	230	180	410	107	302	409	162	224	386
Territorio Palestino Ocupado	300	32	332	276	34	310	52	307	359	44	203	247
Sudáfrica	216	116	332	229	129	358	83	190	273	98	214	312
España	280	101	381	263	126	389	119	243	362	128	205	333
Suecia	254	183	437	240	194	434	163	239	402	181	221	402
Tanzania, República Unida de	212	205	417	238	195	433	72	276	348	64	341	405
Tailandia	174	49	223	173	56	229	281	372	653	233	430	663
Turquía	371	68	439	330	76	406	88	267	355	87	267	354

País	Mujeres						Hombres					
	1997			2012			1997			2012		
	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total	Trabajo no remunerado	Trabajo remunerado	Trabajo total
Reino Unido	261	153	414	229	116	345	127	226	353	133	183	316
Estados Unidos	268	168	436	251	162	413	173	274	447	173	263	436

Nota: Grupo de edad: 15 y más años. 1997 es el año promedio observado en encuestas anteriores y 2012 el año promedio observado en las últimas encuestas. 23 países. Véase el A.7, cuadro A.7.2, para el año de la encuesta.

Fuente: Charmes, de próxima publicación.

Cuadro A.3.3. Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y situación en la fuerza de trabajo (en porcentajes), último año disponible

País	Mujeres						Hombres					
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados
Afganistán	74,7	22,6	2,6	72,9	21,7	5,5	16,3	77,5	6,2	24,2	67,1	8,7
Angola	19,3	73,8	6,9	17,2	75,5	7,3	13,2	80,5	6,3	18,1	74,3	7,6
Argentina	40,9	52,8	6,3	32,2	60,7	7,1	10,8	82,9	6,3	18,9	72,4	8,7
Austria	33,2	62,3	4,5	14,8	81,8	3,4	6,9	89,9	3,2	9,0	84,5	6,4
Bangladesh	60,2	36,7	3,1	63,4	33,7	3,0	5,9	91,7	2,3	22,0	73,7	4,4
Bélgica	19,8	74,1	6,1	20,1	74,2	5,7	5,6	90,2	4,2	13,4	77,5	9,0
Bolivia, Estado Plurinacional de	41,4	56,3	2,3	37,1	59,5	3,4	8,6	89,5	2,0	19,1	77,8	3,1
Botswana	37,9	46,7	15,4	24,6	65,6	9,8	27,1	57,5	15,4	13,6	79,6	6,7
Brasil	36,2	54,6	9,3	29,5	61,6	8,9	10,9	80,7	8,3	14,8	75,6	9,6
Brunei Darussalam	25,0	70,6	4,4	21,8	75,4	2,8	5,6	90,0	4,4	3,8	93,8	2,3
Bulgaria	30,6	62,1	7,3	24,2	68,3	7,5	15,5	74,1	10,4	19,3	70,5	10,2
Camboya	31,2	68,0	0,8	31,3	67,9	0,8	15,6	83,1	1,3	24,8	74,1	1,1
Camerún	17,1	79,6	3,3	23,5	72,4	4,1	9,3	88,2	2,5	10,9	86,2	2,9
China	39,1	58,3	2,7	39,7	57,6	2,8	14,9	83,4	1,7	23,9	73,4	2,6
Colombia	32,1	59,3	8,6	26,3	65,5	8,2	6,3	87,7	5,9	10,4	82,2	7,3
Congo	56,5	39,3	4,2	43,9	50,0	6,1	73,3	21,5	5,1	35,8	57,5	6,8
Congo, República Democrática del	31,0	66,4	2,6	37,4	59,0	3,6	23,0	72,6	4,4	29,1	65,9	4,9
Côte d'Ivoire	45,4	52,8	1,8	49,1	47,7	3,3	23,3	75,0	1,8	23,2	75,4	1,4
Croacia	24,9	61,7	13,4	30,6	55,4	14,0	15,2	73,5	11,2	23,7	58,6	17,8
Chipre	16,1	69,4	14,5	15,4	72,5	12,1	3,4	85,7	10,9	8,7	75,0	16,4
República Checa	31,1	63,7	5,2	10,4	85,8	3,8	3,5	93,5	3,0	7,3	88,2	4,5

País	Mujeres						Hombres					
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados
Dinamarca	14,2	81,5	4,3	20,7	75,3	4,0	3,8	94,9	1,3	20,3	75,3	4,4
República Dominicana	45,3	48,3	6,5	42,9	51,6	5,5	11,8	83,6	4,6	15,9	79,0	5,0
Ecuador	37,8	58,0	4,2	32,3	62,8	4,9	6,9	89,9	3,2	14,9	80,1	4,9
Egipto	73,9	19,5	6,6	68,3	23,0	8,7	15,6	79,1	5,3	24,4	62,9	12,7
Estonia	24,9	69,3	5,8	9,4	86,0	4,6	4,9	90,8	4,3	12,0	80,2	7,8
Etiopía	20,2	77,6	2,2	21,3	73,7	4,9	6,6	92,0	1,4	9,6	87,1	3,3
Finlandia	25,6	68,9	5,5	16,3	77,0	6,7	6,7	87,3	6,0	17,9	71,9	10,3
Francia	18,0	76,3	5,8	14,0	80,4	5,5	5,0	89,6	5,4	8,6	83,1	8,3
Gambia	44,9	48,1	7,1	41,9	51,3	6,7	24,7	70,3	5,0	19,3	73,1	7,6
Alemania	28,8	66,2	5,0	15,7	79,3	5,0	4,5	93,2	2,4	14,6	79,2	6,2
Ghana	19,2	78,9	1,9	22,9	73,4	3,7	15,4	83,2	1,4	15,0	81,5	3,5
Grecia	23,2	54,6	22,2	23,8	54,1	22,2	5,4	82,1	12,6	11,3	67,2	21,5
Guatemala	55,8	42,5	1,6	44,3	52,2	3,5	5,3	92,9	1,8	14,2	82,0	3,8
Hungría	32,5	61,9	5,6	10,8	85,4	3,8	7,4	87,8	4,8	12,5	82,5	5,0
Islandia	23,9	72,7	3,4	19,7	77,3	3,0	8,1	89,6	2,3	15,1	80,1	4,8
India	69,8	29,1	1,1	67,1	30,9	2,0	7,4	90,2	2,4	17,9	77,6	4,5
Iraq	85,5	12,6	1,9	77,6	16,9	5,5	14,2	78,7	7,1	25,0	66,0	9,1
Irlanda	33,1	60,3	6,6	22,7	71,5	5,8	9,5	80,7	9,8	14,0	73,5	12,5
Italia	38,4	53,3	8,2	28,2	61,6	10,2	5,8	86,9	7,3	14,6	73,9	11,5
Jordania	85,7	11,9	2,4	76,3	18,5	5,2	24,5	68,9	6,6	27,1	63,1	9,8
Rep. Democrática Popular Lao	11,4	88,2	0,4	16,1	83,0	0,9	8,4	90,9	0,7	16,2	83,0	0,9
Letonia	24,4	69,8	5,8	16,6	77,3	6,1	10,1	83,3	6,6	16,4	74,8	8,8
Liberia	39,1	59,5	1,3	47,0	50,3	2,7	33,4	65,0	1,6	37,4	61,0	1,6
Lituania	19,2	71,5	9,3	10,4	83,2	6,4	9,1	83,7	7,2	11,7	80,2	8,1
Luxemburgo	18,1	76,4	5,5	15,9	78,6	5,5	3,6	92,7	3,7	8,5	86,7	4,8

País	Mujeres						Hombres					
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados
Madagascar	4,8	94,6	0,6	12,2	86,6	1,2	3,1	96,4	0,5	6,7	92,1	1,2
Mali	33,9	61,7	4,4	43,2	47,5	9,3	9,7	84,6	5,6	16,5	75,9	7,6
Malta	42,0	54,9	3,0	33,6	64,0	2,4	3,8	92,4	3,8	8,5	87,0	4,5
México	50,5	47,4	2,1	42,1	55,0	2,9	8,4	88,4	3,2	16,4	79,0	4,6
Myanmar	40,5	59,0	0,5	35,6	63,5	0,9	8,4	91,1	0,5	12,4	86,6	1,0
Namibia	35,9	45,0	19,1	26,1	60,1	13,9	28,5	51,7	19,8	16,1	69,0	14,9
Nepal	15,2	83,8	1,0	22,3	75,9	1,8	6,2	92,5	1,3	16,2	80,3	3,5
Países Bajos	21,7	74,3	4,0	18,2	76,9	5,0	5,3	93,0	1,7	11,5	83,0	5,5
Nicaragua	46,3	50,4	3,2	37,9	57,9	4,2	8,0	88,4	3,6	12,6	82,9	4,5
Níger	32,5	67,3	0,3	42,4	56,0	1,7	8,7	90,9	0,4	25,5	72,6	1,9
Nigeria	44,6	53,6	1,8	48,6	46,9	4,4	34,8	62,9	2,3	45,7	46,8	7,5
Noruega	14,9	82,3	2,8	20,8	76,8	2,4	5,5	92,4	2,0	13,8	81,5	4,8
Pakistán	74,3	25,2	0,5	77,1	22,0	1,0	9,6	89,1	1,4	19,2	77,7	3,1
Perú	29,5	65,6	4,9	22,9	69,7	7,3	7,7	87,7	4,6	14,2	78,5	7,3
Filipinas	47,9	50,1	2,1	38,1	58,4	3,5	14,4	82,9	2,7	22,0	73,9	4,1
Polonia	30,6	65,2	4,2	26,3	69,3	4,4	24,3	73,3	2,4	28,6	66,6	4,7
Portugal	10,8	77,3	11,9	14,5	75,3	10,2	5,3	86,5	8,2	10,4	77,2	12,4
Rumanía	36,4	60,1	3,5	32,2	64,3	3,4	13,1	83,5	3,4	17,7	78,5	3,8
Federación de Rusia	25,3	72,0	2,7	24,1	72,6	3,4	16,9	79,6	3,6	25,6	69,8	4,6
Serbia	29,5	51,4	19,2	35,5	45,4	19,1	17,3	61,3	21,4	26,3	48,6	25,1
Sierra Leona	35,9	61,4	2,7	39,0	58,0	3,0	35,1	61,6	3,3	40,3	52,6	7,1
Eslovaquia	20,8	70,8	8,4	7,0	85,4	7,7	2,9	87,6	9,5	6,9	86,6	6,5
Eslovenia	12,1	79,0	8,9	14,5	74,5	10,9	3,7	91,4	4,9	10,1	79,1	10,8
Sudáfrica	42,8	39,3	17,9	30,7	55,7	13,7	31,1	51,4	17,5	20,1	66,4	13,5
España	16,8	64,9	18,3	16,4	65,6	18,0	5,0	80,8	14,2	9,1	72,2	18,7
Sri Lanka	59,0	38,6	2,4	51,5	43,7	4,8	8,7	89,2	2,1	17,6	77,2	5,2

País	Mujeres						Hombres					
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados
Suecia	15,1	81,2	3,7	13,7	80,0	6,3	5,0	92,4	2,5	12,9	81,7	5,4
Suiza	38,1	56,3	5,6	19,7	76,5	3,8	14,9	80,9	4,2	15,6	80,3	4,2
Tanzania, República Unida de	15,3	82,4	2,3	17,5	78,4	4,0	6,9	91,6	1,5	9,9	87,8	2,2
Tailandia	29,1	70,5	0,4	21,5	77,8	0,7	9,3	90,1	0,5	12,5	86,8	0,7
Timor-Leste	74,6	22,4	3,0	73,0	24,0	2,9	49,9	44,8	5,4	60,9	31,6	7,4
Togo	19,0	79,6	1,4	24,8	73,0	2,2	15,9	82,4	1,7	19,3	77,3	3,4
Túnez	76,7	18,7	4,5	69,5	22,5	8,0	19,8	73,6	6,6	29,3	57,7	12,9
Turquía	68,4	28,4	3,2	58,3	35,4	6,3	10,4	82,3	7,3	21,9	68,8	9,2
Uganda	26,9	69,7	3,4	26,4	68,8	4,8	17,8	79,8	2,3	18,1	78,9	3,0
Reino Unido	27,0	70,9	2,1	17,0	81,2	1,7	6,6	91,6	1,9	13,1	84,5	2,4
Estados Unidos	29,6	67,0	3,4	21,3	75,6	3,1	8,2	88,4	3,5	14,1	82,1	3,8
Uruguay	21,7	72,2	6,1	15,7	79,4	4,9	3,3	93,3	3,3	6,0	89,5	4,5
Venezuela, Rep. Bolivariana de	43,8	53,8	2,4	39,7	57,9	2,4	13,3	83,7	3,0	20,1	76,6	3,4
Viet Nam	13,1	86,0	0,9	16,3	82,2	1,5	5,1	93,8	1,0	12,1	85,8	2,1
Yemen	93,5	4,7	1,8	90,9	7,0	2,0	23,5	67,4	9,1	30,8	59,2	10,0
Zambia	11,6	82,7	5,6	16,4	75,6	8,0	13,1	79,4	7,5	16,1	74,0	9,9
Zimbabue	17,9	76,6	5,5	22,8	68,8	8,4	6,4	88,8	4,8	8,2	85,9	5,9

Nota: En los países de ingresos altos, el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. 89 países. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.4. Cuidadoras no remuneradas, por lugar de residencia y situación en la fuerza de trabajo (en porcentajes), último año disponible

País	Mujeres					
	Urbana			Rural		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas
Afganistán	84,5	12,2	3,4	71,4	26,1	2,4
Angola	28,8	59,7	11,4	6,0	93,3	0,6
Austria	34,7	60,3	4,9	30,9	65,2	3,9
Bangladesh	62,7	32,2	5,1	59,2	38,5	2,3
Bélgica	20,8	72,8	6,4	15,7	79,8	4,5
Bolivia, Estado Plurinacional de	44,0	53,3	2,7	34,7	64,1	1,2
Botswana	36,5	48,3	15,2	39,9	44,3	15,7
Brasil	31,8	57,4	10,8	39,2	52,6	8,2
Brunei Darussalam	24,6	71,3	4,1	26,6	68,2	5,2
Bulgaria	26,5	68,5	5,0	39,6	48,1	12,3
Camboya	29,0	70,0	1,1	31,9	67,3	0,8
Camerún	30,9	61,4	7,8	9,0	90,4	0,6
China	24,5	71,6	3,8	54,1	44,4	1,5
Colombia	27,7	62,8	9,5	47,9	46,7	5,4
Congo, República Democrática del	49,5	45,5	5,0	18,3	80,9	0,9
Côte d'Ivoire	46,2	50,8	3,0	44,6	54,9	0,5
Croacia	20,3	65,6	14,0	31,4	56,1	12,5
Chipre	14,4	71,6	13,9	20,5	63,7	15,9
República Checa	33,5	61,2	5,3	27,1	67,9	5,0
Dinamarca	13,1	81,8	5,1	16,6	80,9	2,5
República Dominicana	42,6	50,7	6,8	55,6	39,1	5,3
Ecuador	39,4	55,5	5,1	34,2	63,8	2,0
Egipto	75,8	16,5	7,7	72,6	21,5	5,9
Estonia	24,2	70,7	5,2	26,0	67,3	6,8
Etiopía	35,3	56,8	7,9	16,5	82,7	0,8
Finlandia	26,8	67,0	6,2	22,6	73,6	3,8
Francia	20,5	73,0	6,4	13,3	82,1	4,6
Gambia	45,9	46,1	8,1	43,9	49,9	6,1
Alemania	30,0	65,0	5,0	25,9	68,9	5,1
Ghana	23,5	73,8	2,7	14,7	84,2	1,1
Grecia	21,5	55,2	23,3	27,1	53,4	19,4
Guatemala	46,8	51,0	2,3	64,9	34,1	1,0
Hungría	32,6	61,4	6,0	32,5	62,4	5,1
Islandia	24,0	72,3	3,7	22,9	75,1	2,0

País	Mujeres					
	Urbana			Rural		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas
India	78,6	20,2	1,2	66,4	32,5	1,1
Iraq	87,3	10,5	2,2	86,3	13,2	0,5
Irlanda	33,8	60,2	6,0	31,5	60,5	8,0
Italia	38,3	53,1	8,5	38,9	54,4	6,7
Jordania	86,3	11,5	2,2	83,3	13,6	3,2
Rep. Democrática Popular Lao	19,7	79,4	0,9	7,9	91,9	0,2
Letonia	24,8	69,4	5,7	23,5	70,5	6,0
Liberia	44,8	53,1	2,1	33,3	66,2	0,5
Lituania	11,7	83,8	4,4	25,8	60,6	13,6
Luxemburgo	18,0	76,1	5,9	18,2	76,9	4,9
Madagascar	12,0	86,5	1,5	2,6	97,1	0,4
Malí	43,1	50,6	6,3	30,8	65,5	3,7
México	46,1	51,5	2,4	65,2	33,7	1,0
Myanmar	46,2	52,8	1,0	38,1	61,7	0,2
Namibia	28,5	50,8	20,7	45,5	37,5	17,1
Nepal	36,5	60,0	3,5	11,7	87,8	0,5
Nicaragua	35,7	60,1	4,2	61,8	36,3	1,8
Níger	57,8	40,8	1,4	27,4	72,6	0,0
Nigeria	42,1	54,7	3,3	46,1	53,0	0,9
Noruega	14,0	83,5	2,5	17,5	78,8	3,7
Pakistán	88,7	10,6	0,7	66,6	33,0	0,4
Filipinas	46,5	50,7	2,7	49,2	49,4	1,4
Polonia	29,2	66,7	4,0	32,3	63,4	4,4
Portugal	9,8	78,4	11,8	13,9	74,0	12,1
Rumania	28,3	67,3	4,4	45,7	51,9	2,4
Federación de Rusia	20,8	76,6	2,6	34,9	62,2	2,9
Serbia	24,5	57,9	17,6	38,1	40,1	21,8
Sierra Leona	30,0	67,9	2,1	47,0	49,2	3,8
Eslovaquia	19,5	72,6	7,9	22,7	68,3	9,0
Sudáfrica	34,6	47,2	18,2	56,5	26,2	17,3
España	15,7	66,3	17,9	20,0	60,7	19,3
Sri Lanka	66,6	31,7	1,7	57,5	40,0	2,6
Suecia	15,8	80,2	4,0	13,4	83,8	2,8
Suiza	37,2	56,7	6,1	40,9	54,8	4,3
Tanzanía, República Unida de	23,4	71,7	4,9	10,1	89,2	0,6
Tailandia	29,1	70,6	0,4	29,1	70,4	0,4
Timor-Leste	68,9	26,6	4,5	77,4	20,3	2,3
Togo	28,0	69,5	2,6	12,6	86,8	0,6

País	Mujeres					
	Urbana			Rural		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas
Túnez	73,9	20,8	5,2	82,2	14,6	3,2
Turquía	73,8	22,3	3,9	56,2	42,2	1,5
Uganda	29,9	60,9	9,2	26,3	71,7	2,1
Reino Unido	27,7	70,3	2,0	21,9	75,3	2,8
Estados Unidos	29,9	66,8	3,3	28,2	67,9	3,9
Uruguay	21,2	72,6	6,2	31,4	65,9	2,7
Viet Nam	19,5	79,2	1,3	9,9	89,4	0,7
Yemen	91,3	6,0	2,7	94,0	4,4	1,6
Zambia	15,8	75,8	8,4	8,1	88,6	3,3
Zimbabwe	34,5	52,0	13,5	8,4	90,7	1,0

Nota: En los países de ingresos altos, el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. 89 países. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.5. Determinantes de la participación en la fuerza de trabajo, coeficientes estimados en un modelo de regresión lineal, por sexo, último año disponible

	Mujeres						Hombres			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)		
	Mundo	Ingresos bajos	Ingresos altos	Ingresos medios	Mundo	Ingresos bajos	Ingresos altos	Ingresos medios		
Presencia de niños y niñas de 0-5 años en el hogar en comparación con la ausencia de niños y niñas de 0-5 años en el hogar	-0,056 (***)	0,004	-0,08 (***)	-0,062 (***)	0,034 (***)	0,031 (***)	0,028 (***)	0,033 (***)		
Presencia de personas mayores en el hogar en comparación con la ausencia de personas mayores en el hogar	-0,016 (***)	-0,019 (***)	-0,041 (***)	-0,014 (**)	-0,046 (***)	-0,047 (***)	-0,124 (***)	-0,042 (***)		
Educación intermedia comparada con la educación básica o inferior	0,048 (***)	-0,061 (***)	0,182 (***)	0,042 (***)	-0,049 (***)	-0,063 (***)	0,07 (***)	-0,055 (***)		
Educación avanzada comparada con la educación básica o inferior	0,176 (***)	-0,012	0,281 (***)	0,173 (***)	-0,021 (***)	-0,064 (***)	0,116 (***)	-0,034 (***)		
Residencia rural comparada con la residencia urbana	-0,002	0,165 (***)	0,005	-0,017 (***)	-0,029 (***)	0,065 (***)	0,000	-0,04 (***)		
Efectos fijos a nivel de país	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Controles por grupos de edad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Constante	0,083 (***)	-0,018 (***)	0,582 (***)	0,635 (***)	0,465 (***)	0,554 (***)	0,803 (***)	0,463 (***)		
Número de observaciones	3.619.398	215.194	434.121	2.970.083	3.404.372	192.101	401.558	2.810.713		
R-elevada al cuadrado	0,182	0,182	0,070	0,165	0,179	0,180	0,034	0,194		

Panel B: Composición del hogar

	Mujeres				Hombres			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Mundo	Ingresos bajos	Ingresos altos	Ingresos medios	Mundo	Ingresos bajos	Ingresos altos	Ingresos medios
Núcleo comparado con personas solteras	-0,115 (***)	-0,131 (***)	-0,02 (***)	-0,162 (***)	0,037 (***)	0,018 (***)	0,042 (***)	0,031 (***)
Cabeza de familia con parientes comparado con personas solteras	-0,083 (***)	-0,131 (***)	-0,032 (***)	-0,107 (***)	-0,023 (***)	-0,068 (***)	-0,019 (***)	-0,025 (***)
Núcleo con parientes comparado con personas solteras	-0,147 (***)	-0,151 (***)	-0,047 (***)	-0,183 (***)	-0,002 (***)	-0,047 (***)	0,027 (***)	-0,01 (***)
Hogares monoparentales comparados con personas solteras	-0,042 (***)	-0,117 (***)	-0,017 (***)	-0,059 (***)	-0,044 (***)	-0,094 (***)	-0,083 (***)	-0,041 (***)
Familia nuclear comparada con personas solteras	-0,162 (***)	-0,164 (***)	-0,101 (***)	-0,199 (***)	0,004 (***)	-0,051 (***)	0,049 (***)	-0,006 (***)
Hogar ampliado comparado con personas solteras	-0,166 (***)	-0,167 (***)	-0,110 (***)	-0,199 (***)	0,005 (***)	-0,069 (***)	0,028 (***)	-0,001 (***)
Hogar monoparental con parientes comparado con personas solteras	-0,122 (***)	-0,144 (***)	-0,055 (***)	-0,152 (***)	-0,022 (***)	-0,104 (***)	-0,042 (***)	-0,026 (***)
Educación intermedia comparada con la educación básica o inferior	0,053 (***)	-0,064 (***)	0,180 (***)	0,046 (***)	-0,053 (***)	-0,065 (***)	0,067 (***)	-0,061 (***)
Educación avanzada comparada con la educación básica o inferior	0,175 (***)	-0,018 (***)	0,280 (***)	0,170 (***)	-0,026 (***)	-0,068 (***)	0,109 (***)	-0,04 (***)
Residencia rural comparada con la residencia urbana	-0,005	0,168 (***)	0,009 (***)	-0,022 (***)	-0,032 (***)	0,067 (***)	-0,002 (*)	-0,044 (***)
Efectos fijos a nivel de país	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Controles por grupo de edad	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

	Mujeres			Hombres				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Mundo	Ingresos bajos	Ingresos altos	Ingresos medios	Mundo	Ingresos bajos	Ingresos altos	Ingresos medios
Constante	0,205 (***)	0,144 (***)	0,617 (***)	0,774 (***)	0,482 (***)	0,635 (***)	0,790 (***)	0,488 (***)
Número de observaciones	3.549.183	214.928	434.116	2.900.139	3.337.103	191.920	401.554	2.743.629
R-al cuadrado	0,193	0,185	0,073	0,176	0,179	0,182	0,043	0,195

Nota: En los países de ingresos altos, el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. Niveles de significancia: * indica significativo al 10 por ciento; ** indica significativo al 5 por ciento; *** indica significativo al 1 por ciento. Se especifican errores estándar robustos. Los niveles de educación se identifican utilizando la Clasificación Internacional Normalizada de Educación (CINE-11). Inferior a básica: ninguna escolarización o educación en la primera infancia. Básica: educación primaria y secundaria de nivel inferior. Intermedia: educación superior y educación postsecundaria no terciaria. Avanzada: educación terciaria de ciclo corto, diploma universitario, maestría o doctorado o niveles equivalentes de educación.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.6. Porcentaje de personas inactivas, por sexo y principal motivo para estar fuera de la fuerza de trabajo, último año disponible

País	Mujeres					Hombres				
	Trabajo de cuidados no remunerado	Motivos personales (realización de estudios, enfermedad o discapacidad)	Otras fuentes de ingresos	Motivos relacionados con el mercado de trabajo	Otros	Trabajo de cuidados no remunerado	Motivos personales (realización de estudios, enfermedad o discapacidad)	Otras fuentes de ingresos	Motivos relacionados con el mercado de trabajo	Otros
Afganistán	73,8	9,8	9,9	4,9	1,6	4,0	46,2	20,9	25,5	3,4
Angola	8,4	52,3	1,4	34,7	3,2	0,5	67,6	2,4	26,3	3,1
Argentina	30,4	22,8	42,2	0,3	4,3	4,5	40,0	45,8	0,3	9,4
Austria	19,7	24,8	52,1	1,3	2,1	1,5	33,3	57,7	2,6	4,8
Bangladesh	66,6	17,0	-	0,5	15,9	6,8	58,8	-	1,1	33,3
Bélgica	16,6	37,5	36,0	3,5	6,4	2,2	43,8	42,4	2,5	9,1
Bolivia, Estado Plurinacional de	51,6	27,8	13,8	1,4	5,3	0,4	63,5	22,3	3,4	10,3
Botswana	41,7	36,0	21,5	0,9	-	20,3	60,5	16,7	2,4	0,1
Brasil	28,5	24,0	-	44,3	3,2	1,8	32,3	-	60,6	5,4
Brunei Darussalam	38,9	38,4	0,7	16,7	5,4	2,4	58,6	1,3	30,9	6,9
Bulgaria	18,8	26,3	45,0	6,4	3,4	6,9	35,8	40,6	11,3	5,4
Camboya	19,4	17,6	-	63,0	-	4,7	18,4	-	76,8	-
Camerún	29,2	53,9	2,0	-	14,9	-	87,1	5,2	-	7,7
China	35,8	20,6	25,2	-	18,4	14,1	33,5	33,4	-	19,0
Colombia	45,0	27,1	4,7	18,4	4,8	2,2	51,6	15,1	23,9	7,2
Congo	13,0	81,7	5,4	-	-	20,7	76,8	2,6	-	-
Croacia	23,6	29,8	39,2	3,6	3,8	6,7	37,8	48,1	4,0	3,3
Chipre	34,3	30,6	30,4	3,7	0,9	4,6	44,1	38,5	2,8	10,1
República Checa	17,7	23,0	57,2	0,9	1,2	0,5	35,4	61,8	1,1	1,2
Dinamarca	3,7	38,8	46,2	0,5	10,9	1,0	40,8	46,3	0,6	11,3
República Dominicana	55,8	32,3	0,5	9,1	2,3	3,2	67,1	0,5	23,8	5,4
Ecuador	74,3	8,9	-	10,5	6,4	55,5	16,7	-	16,6	11,2
Egipto	64,8	23,9	7,7	2,8	0,8	-	56,7	24,8	12,1	6,4
Estonia	23,6	39,5	32,4	2,5	1,9	2,3	54,9	32,1	4,9	5,8
Etiopía	37,6	38,2	18,9	2,6	2,7	4,5	71,1	18,7	3,2	2,5
Finlandia	10,7	30,5	48,3	3,3	7,2	1,7	34,2	48,4	5,6	10,0
Francia	9,8	33,2	45,0	1,9	10,1	0,5	38,3	53,8	1,6	5,7
Gambia	38,0	27,7	0,1	32,9	1,3	8,5	52,7	0,8	36,3	1,7
Alemania	46,4	53,6	-	-	-	2,7	97,3	-	-	-
Ghana	21,2	52,8	5,5	18,7	1,7	5,2	72,6	7,0	12,4	2,8
Grecia	17,6	24,5	29,3	1,4	27,2	0,9	36,5	57,1	0,9	4,6
Hungría	16,8	29,2	46,1	2,6	5,3	1,7	44,9	44,1	4,5	4,8

País	Mujeres					Hombres				
	Trabajo de cuidados no remunerado	Motivos personales (realización de estudios, enfermedad o discapacidad)	Otras fuentes de ingresos	Motivos relacionados con el mercado de trabajo	Otros	Trabajo de cuidados no remunerado	Motivos personales (realización de estudios, enfermedad o discapacidad)	Otras fuentes de ingresos	Motivos relacionados con el mercado de trabajo	Otros
Islandia	6,7	64,9	22,2	0,4	5,7	1,0	68,1	26,0	0,4	4,6
India	78,2	15,6	2,0	-	4,1	2,9	73,2	12,4	-	11,4
Iraq	76,8	13,4	8,8	-	0,9	0,4	63,7	28,9	-	7,1
Irlanda	39,5	35,0	21,6	1,7	2,3	4,2	56,9	33,1	3,5	2,2
Italia	20,9	23,1	19,2	10,4	26,4	1,8	35,0	42,0	10,1	11,2
Jordania	77,4	20,0	0,6	1,9	0,1	3,7	57,0	29,4	4,3	5,6
Corea, República de	11,5	3,1	-	82,1	3,3	0,1	4,5	-	91,6	3,8
Letonia	15,4	31,8	45,9	3,8	3,0	5,6	46,2	39,0	6,5	2,8
Liberia	74,6	-	24,8	-	0,6	46,1	-	52,2	-	1,6
Lituania	9,9	38,5	46,3	1,0	4,3	3,3	52,4	34,0	2,1	8,1
Luxemburgo	19,2	33,6	28,6	1,2	17,4	1,7	44,0	47,4	1,0	5,9
Madagascar	9,7	-	13,1	45,0	32,2	5,5	-	11,3	52,1	31,1
Malí	66,2	11,1	-	18,6	4,1	-	34,9	-	56,9	8,1
Malta	28,7	18,9	22,1	0,3	30,0	1,4	34,4	61,0	0,2	3,0
México	67,3	17,3	3,9	2,9	8,6	9,4	50,9	23,1	2,2	14,5
Myanmar	68,3	8,3	-	22,1	1,3	11,8	23,6	-	61,1	3,5
Namibia	7,3	-	-	86,6	6,1	1,4	-	-	92,2	6,3
Nepal	39,7	53,2	-	-	7,1	4,6	86,3	-	-	9,1
Países Bajos	9,9	35,7	41,3	2,8	10,3	0,9	39,7	50,0	3,5	5,9
Nicaragua	64,4	23,3	-	10,4	1,9	4,7	64,2	-	25,5	5,6
Níger	65,5	14,7	0,2	16,3	3,4	-	52,3	3,0	35,7	9,0
Nigeria	36,0	44,9	8,1	7,2	3,9	1,2	70,9	7,4	14,5	5,9
Noruega	4,9	51,7	36,8	0,7	5,8	0,5	47,4	43,8	1,2	7,1
Pakistán	80,5	18,5	0,2	0,1	0,7	2,4	82,5	8,5	1,0	5,7
Perú	55,0	16,3	-	26,0	2,7	6,3	30,3	-	58,6	4,8
Filipinas	58,8	36,2	-	3,2	1,9	12,3	70,3	-	13,2	4,2
Polonia	23,0	30,1	41,8	3,5	1,7	5,4	49,8	39,5	4,1	1,1
Portugal	13,0	46,7	21,5	15,1	3,7	1,5	53,0	30,0	11,6	3,9
Rumania	21,3	25,3	26,3	4,8	22,3	0,8	39,8	31,8	7,6	20,0
Federación de Rusia	40,7	59,3	-	-	-	1,7	97,1	1,2	-	-
Serbia	52,6	47,4	-	-	-	1,4	98,6	-	-	-
Sierra Leona	17,9	43,4	-	35,1	3,6	2,4	68,5	-	26,2	3,0
Eslovaquia	20,1	34,3	44,6	1,0	0,0	3,3	48,2	46,8	1,6	0,1
Eslovenia	9,0	31,8	54,5	2,1	2,5	3,6	36,9	54,9	2,8	1,9
Sudáfrica	12,3	20,0	0,8	59,5	7,4	0,3	21,9	1,4	66,5	9,9
España	25,1	33,0	19,6	4,4	17,8	2,6	45,8	45,0	2,7	4,0

País	Mujeres					Hombres				
	Trabajo de cuidados no remunerado	Motivos personales (realización de estudios, enfermedad o discapacidad)	Otras fuentes de ingresos	Motivos relacionados con el mercado de trabajo	Otros	Trabajo de cuidados no remunerado	Motivos personales (realización de estudios, enfermedad o discapacidad)	Otras fuentes de ingresos	Motivos relacionados con el mercado de trabajo	Otros
Sri Lanka	33,7	18,7	–	33,8	13,8	5,2	23,5	–	49,9	21,5
Suecia	4,5	41,3	45,9	1,6	6,7	0,3	42,2	48,8	1,3	7,5
Suiza	21,4	25,0	46,5	1,1	5,9	1,6	37,4	56,2	0,5	4,3
Tanzanía, República Unida de	40,7	–	–	54,5	4,8	15,1	–	–	79,2	5,7
Tailandia	42,9	51,7	2,2	0,8	2,5	3,4	83,9	7,6	1,8	3,3
Timor-Leste	6,2	25,5	–	47,3	21,0	17,1	24,2	–	36,5	22,3
Túnez	77,8	13,4	1,9	–	6,9	3,8	46,8	24,9	–	24,5
Uganda	33,3	13,2	–	39,8	13,8	6,7	20,9	–	63,0	9,4
Reino Unido	22,4	29,1	43,1	0,2	5,3	3,7	44,5	46,0	0,3	5,4
Estados Unidos	27,5	29,8	–	16,9	25,8	8,3	34,1	–	27,4	30,2
Uruguay	13,2	5,6	–	1,4	79,8	0,7	8,5	–	1,4	89,4
Venezuela, Rep. Bolivariana de	55,6	33,6	2,6	0,9	7,2	2,8	67,1	5,2	2,0	22,9
Viet Nam	14,5	1,7	–	0,4	83,4	5,5	3,3	–	0,7	90,4
Yemen	71,6	19,9	1,8	5,4	1,3	0,8	73,3	3,8	18,2	3,9
Zambia	9,0	82,0	–	5,9	3,1	1,4	91,1	–	5,1	2,5
Zimbabwe	34,6	65,4	–	–	–	4,7	95,3	–	–	–

Nota: Grupo de edad: 15 y más años. Los “Motivos relacionados con el mercado de trabajo” comprenden: “esperan que les soliciten nuevamente para trabajar”, “creen que no hay trabajo disponible”, “carecen de las calificaciones requeridas”; “Otros” incluye “Infraestructura” (razón disponible en 4 países), “Exclusión social” (en 2 países), “No quiere trabajar” (en 18 países) y “No está clasificado en otro lugar” (en 73 países). “–” indica que no existen datos disponibles.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.7. Porcentaje de cuidadoras y cuidadores no remunerados y de personas que no viven con los receptores de cuidados en la población ocupada, por sexo (en porcentajes), último año disponible

País	Mujeres		Hombres	
	Cuidadoras no remuneradas (personas que viven con los receptores de cuidados)	Personas que no viven con los receptores de cuidados	Cuidadores no remunerados (personas que viven con los receptores de cuidados)	Personas que no viven con los receptores de cuidados
Afganistán	93,2	6,8	93,9	6,1
Angola	89,5	10,5	87,2	12,8
Argentina	57,4	42,6	57,9	42,1
Australia	47,3	52,7	46,5	53,5
Austria	36,6	63,4	41,7	58,3
Bangladesh	76,5	23,5	77,4	22,6
Bélgica	47,1	52,9	44,4	55,6
Bolivia, Estado Plurinacional de	70,4	29,6	68,3	31,7
Botswana	65,7	34,3	44,6	55,4
Brasil	52,9	47,1	51,8	48,2
Brunei Darussalam	65,0	35,0	54,3	45,7
Bulgaria	44,5	55,5	43,6	56,4
Camboya	74,1	25,9	75,5	24,5
Camerún	85,7	14,3	69,7	30,3
China	48,5	51,5	48,6	51,4
Colombia	68,4	31,6	62,6	37,4
Congo	72,3	27,7	40,9	59,1
Congo, República Democrática del	88,3	11,7	84,3	15,7
Côte d'Ivoire	88,3	11,7	72,1	27,9
Croacia	47,5	52,5	47,7	52,3
Chipre	47,2	52,8	48,9	51,1
República Checa	39,2	60,8	42,8	57,2
Dinamarca	51,1	48,9	47,4	52,6
República Dominicana	65,2	34,8	58,3	41,7
Ecuador	73,9	26,1	72,2	27,8
Egipto	66,6	33,4	69,4	30,6
Estonia	46,3	53,7	46,5	53,5
Etiopía	84,1	15,9	80,7	19,3
Finlandia	44,2	55,8	45,4	54,6
Francia	51,2	48,8	48,8	51,2
Gambia	93,7	6,3	84,1	15,9
Alemania	32,4	67,6	37,3	62,7
Ghana	81,9	18,1	70,2	29,8
Grecia	45,5	54,5	48,5	51,5

País	Mujeres		Hombres	
	Cuidadoras no remuneradas (personas que viven con los receptores de cuidados)	Personas que no viven con los receptores de cuidados	Cuidadores no remunerados (personas que viven con los receptores de cuidados)	Personas que no viven con los receptores de cuidados
Guatemala	75,9	24,1	78,1	21,9
Hungría	36,3	63,7	40,2	59,8
Islandia	56,2	43,8	51,2	48,8
India	69,0	31,0	69,3	30,7
Iraq	90,8	9,2	93,8	6,2
Irlanda	55,4	44,6	57,2	42,8
Italia	40,9	59,1	44,1	55,9
Jordania	61,0	39,0	66,9	33,1
Rep. Democrática Popular Lao	81,6	18,4	81,5	18,5
Letonia	50,3	49,7	48,9	51,1
Liberia	88,3	11,7	81,7	18,3
Lituania	44,9	55,1	44,1	55,9
Luxemburgo	44,2	55,8	42,2	57,8
Madagascar	88,3	11,7	84,9	15,1
Malí	96,9	3,1	95,4	4,6
Malta	47,8	52,2	45,1	54,9
México	65,5	34,5	65,7	34,3
Myanmar	71,7	28,3	74,1	25,9
Namibia	71,2	28,8	51,9	48,1
Nepal	86,4	13,6	83,2	16,8
Países Bajos	44,8	55,2	42,4	57,6
Nicaragua	78,7	21,3	77,3	22,7
Níger	97,5	2,5	95,1	4,9
Nigeria	87,7	12,3	86,9	13,1
Noruega	49,7	50,3	44,3	55,7
Pakistán	86,0	14,0	84,1	15,9
Perú	67,7	32,3	63,8	36,2
Filipinas	75,5	24,5	76,6	23,4
Polonia	52,0	48,0	52,8	47,2
Portugal	50,7	49,3	49,9	50,1
Rumania	45,7	54,3	44,1	55,9
Federación de Rusia	53,4	46,6	52,7	47,3
Serbia	55,3	44,7	53,2	46,8
Sierra Leona	90,8	9,2	88,1	11,9
Eslovaquia	43,1	56,9	44,8	55,2
Eslovenia	51,0	49,0	46,9	53,1
Sudáfrica	62,9	37,1	47,6	52,4
España	45,8	54,2	44,1	55,9
Sri Lanka	64,6	35,4	68,9	31,1

País	Mujeres		Hombres	
	Cuidadoras no remuneradas (personas que viven con los receptores de cuidados)	Personas que no viven con los receptores de cuidados	Cuidadores no remunerados (personas que viven con los receptores de cuidados)	Personas que no viven con los receptores de cuidados
Suecia	47,9	52,1	45,7	54,3
Suiza	34,3	65,7	36,2	63,8
Tanzanía, República Unida de	85,5	14,5	80,3	19,7
Tailandia	50,5	49,5	49,5	50,5
Timor-Leste	82,5	17,5	85,7	14,3
Togo	89,5	10,5	79,5	20,5
Túnez	51,9	48,1	61,5	38,5
Turquía	58,7	41,3	66,6	33,4
Uganda	90,6	9,4	84,9	15,1
Reino Unido	45,4	54,6	43,2	56,8
Estados Unidos	46,8	53,2	44,8	55,2
Uruguay	58,6	41,4	53,5	46,5
Venezuela, Rep. Bolivariana de	72,4	27,6	68,7	31,3
Viet Nam	66,8	33,2	64,6	35,4
Yemen	85,8	14,2	90,0	10,0
Zambia	90,2	9,8	84,5	15,5
Zimbabwe	86,4	13,6	78,7	21,3

Nota: En los países de ingresos altos el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.8. Situación en la fuerza de trabajo de las madres y los padres de niños y niñas de 0 a 5 años de edad, y de las que no son madres y los que no son padres de niños y niñas de 0 a 5 años de edad (en porcentajes), último año disponible

País	Madres (Mujeres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Mujeres que no son madres (Mujeres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Padres (Hombres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Hombres que no son padres (Hombres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)		
	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupados	Desempleados
Afganistán	75,2	22,5	2,3	73,0	22,6	4,3	14,4	79,8	5,8	23,6	68,5	7,9
Angola	18,8	74,2	7,0	19,8	73,5	6,8	10,8	84,0	5,2	19,9	71,2	8,9
Argentina	46,0	47,9	6,1	33,3	59,8	6,8	7,9	85,9	6,2	17,2	75,0	7,9
Austria	48,5	47,0	4,5	16,2	80,1	3,7	8,1	88,5	3,4	8,2	86,2	5,6
Bangladesh	58,6	38,0	3,4	63,0	34,2	2,8	4,2	93,7	2,1	15,0	81,5	3,5
Bélgica	18,9	74,2	6,9	20,3	74,1	5,6	5,4	91,1	3,4	11,5	80,5	8,0
Bolivia, Estado Plurinacional de	45,4	52,6	2,0	36,1	60,8	3,0	5,0	93,1	1,9	16,9	80,4	2,7
Botswana	39,9	43,5	16,7	28,5	60,4	11,1	25,1	59,3	15,5	18,6	72,2	9,2
Brasil	40,7	49,7	9,7	30,5	60,6	8,9	8,2	83,9	7,9	14,3	76,5	9,3
Brunei Darussalam	25,3	69,8	4,9	23,1	73,7	3,2	5,0	90,1	4,9	4,7	92,5	2,8
Bulgaria	40,6	53,6	5,8	23,8	68,4	7,8	12,8	74,8	12,4	18,7	71,4	9,8
Camboya	33,3	65,9	0,8	30,0	69,2	0,8	11,7	87,1	1,1	21,6	77,1	1,3
Camerún	17,6	79,0	3,3	18,9	77,6	3,6	7,5	90,3	2,2	12,3	84,6	3,1
China	46,1	51,1	2,8	37,9	59,4	2,7	13,1	85,4	1,5	21,2	76,4	2,4
Colombia	36,0	54,6	9,4	26,9	65,1	7,9	4,4	90,3	5,4	9,5	83,5	7,0
Congo	49,3	46,2	4,5	58,0	37,2	4,8	70,6	23,5	5,9	52,4	42,0	5,6
Congo, República Democrática del	30,0	67,8	2,3	35,6	60,9	3,5	18,9	77,0	4,1	33,0	61,9	5,1
Côte d'Ivoire	46,3	52,2	1,4	44,8	51,9	3,3	20,6	77,8	1,5	26,7	71,4	1,9
Croacia	23,9	63,2	12,9	29,0	57,1	13,9	6,6	82,1	11,3	22,9	61,3	15,8
Chipre	17,9	66,7	15,3	15,1	72,4	12,6	2,0	87,3	10,7	7,8	77,2	15,0
República Checa	52,6	43,2	4,2	10,2	85,2	4,6	2,0	95,8	2,2	6,7	89,0	4,3

País	Madres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Mujeres que no son madres (Mujeres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Padres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Hombres que no son padres (Hombres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados
Dinamarca	18,7	77,9	3,4	17,1	78,5	4,4	5,3	93,9	0,8	15,6	80,6	3,7
República Dominicana	46,8	46,1	7,1	43,2	51,2	5,6	9,2	86,9	3,9	15,4	79,4	5,2
Ecuador	41,1	54,4	4,5	32,5	63,3	4,2	5,0	92,0	3,0	12,3	83,5	4,2
Egipto	74,5	18,4	7,2	70,6	22,1	7,3	9,1	87,4	3,5	24,1	65,5	10,4
Estonia	40,6	54,3	5,0	9,1	85,7	5,2	4,0	92,7	3,3	10,4	82,3	7,3
Etiopía	19,7	78,4	1,9	21,2	75,1	3,7	4,5	94,6	1,0	10,5	86,7	2,8
Finlandia	39,8	54,8	5,4	14,6	79,0	6,4	7,1	86,8	6,1	15,1	75,7	9,2
Francia	23,3	71,7	4,9	13,4	80,7	5,9	4,4	90,1	5,5	7,8	84,8	7,4
Gambia	44,9	48,0	7,1	43,7	49,4	6,8	23,8	71,2	5,1	24,2	69,7	6,1
Alemania	43,0	51,7	5,3	16,0	79,1	5,0	5,1	91,9	3,1	12,4	82,3	5,3
Ghana	17,3	80,8	1,9	22,7	74,6	2,6	10,4	88,9	0,8	19,4	77,4	3,1
Grecia	23,3	54,2	22,5	23,6	54,3	22,1	2,3	86,3	11,4	10,1	70,9	19,0
Guatemala	60,5	37,8	1,6	46,5	51,1	2,4	3,6	95,0	1,4	11,0	86,0	3,0
Hungría	54,2	41,5	4,3	11,6	83,7	4,7	6,3	90,3	3,4	11,4	83,3	5,3
Islandia	31,8	65,2	3,0	17,9	78,7	3,4	8,8	88,8	2,4	12,8	83,2	4,0
India	73,3	25,5	1,2	66,4	32,1	1,5	5,2	92,6	2,2	14,0	82,4	3,6
Iraq	86,1	12,3	1,6	81,9	14,6	3,6	11,9	80,9	7,2	23,1	69,4	7,6
Irlanda	32,6	61,4	6,1	27,1	66,5	6,4	6,9	82,7	10,3	13,7	75,0	11,3
Italia	38,9	53,3	7,8	31,3	59,0	9,7	4,0	89,0	7,0	12,6	76,9	10,4
Jordania	86,2	11,7	2,1	80,8	15,3	3,9	16,1	78,9	5,0	30,8	59,9	9,3
Rep. Democrática Popular Lao	10,9	88,7	0,4	13,5	85,9	0,6	6,2	93,1	0,7	13,1	86,2	0,7
Letonia	35,2	57,3	7,4	16,0	78,5	5,5	5,6	89,0	5,4	15,7	75,9	8,5
Liberia	38,6	60,2	1,2	42,7	55,2	2,1	30,0	68,8	1,2	39,5	58,5	2,0
Lituania	21,5	68,3	10,3	12,7	80,2	7,1	7,4	84,9	7,8	11,4	80,9	7,7
Luxemburgo	20,8	73,9	5,3	15,6	78,9	5,5	3,2	92,3	4,5	7,5	88,2	4,3

País	Madres (Mujeres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Mujeres que no son madres (Mujeres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Padres (Hombres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Hombres que no son padres (Hombres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)		
	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo bajo	Ocupados	Desempleados
Madagascar	4,1	95,4	0,5	8,6	90,3	1,1	2,3	97,3	0,5	5,9	93,2	0,9
Mali	33,2	62,7	4,1	40,0	53,0	7,1	8,5	86,3	5,2	17,1	74,8	8,1
Malta	40,1	57,2	2,7	37,4	59,9	2,7	1,5	95,3	3,2	7,7	87,9	4,4
México	54,8	43,1	2,1	43,9	53,6	2,5	5,8	91,2	3,0	14,1	81,8	4,1
Myanmar	44,9	54,7	0,5	35,7	63,7	0,6	6,8	92,8	0,4	11,3	88,0	0,7
Namibia	37,2	42,6	20,2	28,4	56,9	14,6	27,8	52,5	19,7	20,2	63,4	16,4
Nepal	16,1	83,2	0,7	16,4	82,1	1,5	5,0	93,8	1,2	11,2	86,6	2,1
Países Bajos	21,3	75,5	3,2	19,4	75,7	4,9	4,5	94,1	1,3	10,0	85,4	4,6
Nicaragua	51,3	45,1	3,6	38,1	58,6	3,3	6,8	89,7	3,5	11,1	84,8	4,0
Níger	32,2	67,6	0,2	35,1	64,3	0,7	7,1	92,6	0,3	19,1	79,9	1,0
Nigeria	43,5	54,9	1,7	47,2	50,1	2,7	25,2	73,6	1,2	48,4	46,3	5,3
Noruega	16,5	80,4	3,1	18,5	79,1	2,4	5,5	92,1	2,4	11,7	84,4	4,0
Pakistán	74,8	24,8	0,5	74,6	24,7	0,7	7,1	91,7	1,3	16,5	81,4	2,1
Perú	34,7	60,4	4,9	23,3	70,6	6,1	5,1	91,4	3,5	12,6	80,7	6,7
Filipinas	53,4	44,6	2,0	39,2	58,1	2,7	12,1	85,3	2,7	19,4	77,2	3,4
Polonia	37,4	58,3	4,3	25,4	70,3	4,3	24,1	74,0	1,9	27,2	68,7	4,1
Portugal	10,9	78,1	10,9	13,1	75,8	11,1	3,2	89,1	7,7	9,2	79,7	11,1
Rumania	44,6	53,8	1,5	32,3	63,9	3,8	12,4	83,2	4,4	16,3	80,2	3,5
Federación de Rusia	26,0	71,5	2,5	24,3	72,6	3,2	10,8	86,3	3,0	24,8	70,8	4,5
Serbia	32,4	50,8	16,8	32,3	47,9	19,8	13,0	64,3	22,7	24,3	52,2	23,5
Sierra Leona	33,1	64,2	2,7	41,1	56,2	2,7	30,7	66,5	2,7	42,7	51,9	5,4
Eslovaquia	40,2	53,2	6,6	6,6	85,0	8,4	1,9	90,0	8,1	5,9	86,4	7,7
Eslovenia	13,6	76,4	10,0	13,3	76,8	9,9	2,4	92,4	5,2	8,6	82,4	9,0
Sudáfrica	47,1	34,6	18,3	32,9	51,8	15,3	29,6	53,7	16,8	24,5	60,4	15,1
España	16,9	65,7	17,4	16,5	65,2	18,3	4,2	83,2	12,6	8,2	73,9	17,9
Sri Lanka	64,4	33,5	2,2	52,1	44,1	3,8	4,9	93,4	1,7	15,4	80,7	3,9

País	Madres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Mujeres que no son madres (Mujeres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Padres que viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)			Hombres que no son padres (Hombres que no viven con niños y niñas de 0-5 años de edad)		
	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupadas	Desempleadas	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados	Fuera de la fuerza de trabajo	Ocupados	Desempleados
Suecia	17,2	78,4	4,5	13,5	81,3	5,2	6,0	91,5	2,5	10,6	84,8	4,7
Suiza	42,9	52,3	4,8	23,2	72,3	4,5	14,9	80,5	4,7	15,5	80,5	4,0
Tanzania, República Unida de	15,1	82,7	2,2	16,6	80,2	3,2	5,4	93,4	1,2	10,4	87,2	2,4
Tailandia	36,5	63,2	0,3	21,9	77,5	0,6	6,6	92,8	0,6	12,2	87,2	0,6
Timor-Leste	75,6	21,3	3,1	73,1	24,1	2,9	47,1	47,9	5,1	57,2	36,4	6,5
Togo	18,6	80,1	1,4	21,7	76,5	1,7	12,4	86,5	1,1	22,0	74,8	3,3
Túnez	79,3	16,9	3,9	71,4	21,7	6,9	12,9	83,4	3,7	28,4	59,9	11,7
Turquía	73,4	24,3	2,4	60,5	34,2	5,3	6,9	86,0	7,1	18,6	72,9	8,5
Uganda	26,5	70,0	3,5	27,8	68,8	3,4	14,9	82,8	2,3	23,6	73,7	2,7
Reino Unido	32,4	65,6	2,0	18,1	80,1	1,9	5,1	93,5	1,4	12,0	85,5	2,4
Estados Unidos	34,1	62,5	3,3	22,7	74,1	3,2	7,0	89,6	3,4	12,8	83,5	3,7
Uruguay	23,9	69,2	6,9	17,6	77,3	5,1	2,1	94,6	3,2	5,4	90,5	4,1
Venezuela, Rep. Bolivariana de	47,4	50,0	2,6	39,1	58,6	2,2	11,0	85,9	3,1	18,2	78,7	3,1
Viet Nam	14,0	85,1	0,9	14,3	84,5	1,2	3,2	95,8	1,0	9,8	88,5	1,6
Yemen	94,0	4,3	1,7	91,8	6,1	2,2	20,8	69,8	9,4	30,1	60,9	8,9
Zambia	10,4	84,8	4,8	15,7	76,2	8,1	10,4	83,3	6,4	18,9	70,7	10,4
Zimbabue	17,6	76,9	5,5	20,3	73,0	6,7	5,0	91,0	4,0	9,1	84,6	6,3

Nota: En los países de ingresos altos el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.9. Horas semanales trabajadas a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia, por sexo y número de niños y niñas menores de 6 años, último año disponible

País	Mujeres				Hombres			
	0 niños y niñas	1 niño o niña	2 niños y niñas	3 niños y niñas o más	0 niños y niñas	1 niño o niña	2 niños y niñas	3 niños y niñas o más
Afganistán	26,6	24,7	24,1	25,3	42,0	42,1	42,5	42,6
Angola	36,7	37,1	36,2	36,5	38,2	39,5	38,7	37,9
Argentina	32,4	32,1	32,4	32,9	41,7	42,4	43,1	43,5
Austria	34,5	24,7	26,5	-	42,9	43,1	43,4	39,8
Bangladesh	43,0	41,8	41,9	42,6	47,0	47,6	47,3	47,5
Bélgica	34,6	33,7	31,9	36,0	42,0	41,6	41,2	44,6
Bolivia, Estado Plurinacional de	43,5	42,9	42,3	39,1	48,6	51,1	51,9	53,8
Botswana	47,0	45,0	44,7	43,1	50,0	49,4	51,0	50,2
Brasil	37,2	36,7	36,4	35,8	41,1	41,2	41,2	40,9
Brunei Darussalam	47,6	44,5	45,5	43,8	49,3	44,4	43,4	44,6
Bulgaria	40,7	39,7	40,8	-	41,7	41,6	41,1	32,1
Camboya	46,4	44,8	42,4	42,6	47,1	47,1	46,8	48,5
Camerún	39,3	39,2	37,9	36,4	46,2	47,1	46,7	45,6
China	48,4	48,5	49,9	40,9	49,1	49,6	49,9	47,2
Colombia	40,0	40,5	40,0	39,5	48,6	48,1	48,3	48,4
Congo	48,0	48,2	50,4	57,2	50,7	45,6	44,2	45,8
Congo, República Democrática del	36,1	35,7	35,4	35,3	37,8	37,8	38,5	37,5
Côte d'Ivoire	42,6	41,1	40,5	40,3	48,5	47,8	47,5	50,5
Croacia	39,6	40,1	40,6	40,0	41,4	41,3	41,2	40,0
Chipre	37,6	35,8	36,1	38,4	40,3	40,6	41,2	42,2
República Checa	40,2	37,4	36,9	40,0	43,7	44,4	43,6	41,1
Dinamarca	35,2	34,8	35,9	36,8	39,4	40,1	39,6	40,1
República Dominicana	38,9	38,6	39,2	38,0	43,1	43,9	44,8	45,8
Ecuador	34,4	34,2	33,3	33,4	40,9	41,7	42,2	41,9
Egipto	38,8	36,9	35,2	34,5	45,4	46,5	46,3	45,2
Estonia	38,7	36,3	34,8	-	40,8	41,1	40,8	36,9
Etiopía	31,6	29,3	28,6	28,0	40,4	39,8	39,5	40,9
Finlandia	37,2	36,1	35,5	32,0	40,5	39,9	40,6	42,3
Francia	35,9	35,3	35,2	29,7	41,7	41,8	43,4	40,8
Gambia	42,6	42,6	43,8	41,9	58,1	59,3	54,6	53,7
Alemania	33,3	25,9	24,4	21,8	43,0	43,6	43,8	44,8
Ghana	42,9	40,2	38,3	39,3	45,4	45,7	45,5	43,3
Grecia	39,2	38,4	36,8	34,5	44,7	45,3	45,7	41,2
Guatemala	40,0	39,8	39,0	39,1	46,8	47,0	47,4	47,5
Hungría	39,4	38,7	38,2	37,3	40,9	40,9	40,7	41,0

País	Mujeres				Hombres			
	0 niños y niñas	1 niño o niña	2 niños y niñas	3 niños y niñas o más	0 niños y niñas	1 niño o niña	2 niños y niñas	3 niños y niñas o más
Islandia	38,5	38,0	36,4	-	46,3	46,5	47,1	42,9
Irlanda	31,4	30,6	30,6	33,5	40,0	39,2	39,1	45,5
Italia	34,7	33,4	34,2	31,7	41,0	41,1	42,3	39,0
Jordania	42,3	39,8	39,1	37,8	44,2	43,9	43,7	43,7
Rep. Democrática Popular Lao	42,9	43,1	43,7	43,4	43,6	43,7	44,2	44,4
Letonia	38,8	38,6	36,9	-	40,5	40,6	41,0	42,2
Liberia	45,7	46,5	43,4	42,6	46,5	47,8	44,2	43,6
Lituania	38,3	37,5	37,6	-	40,0	40,0	38,7	-
Luxemburgo	35,6	33,3	32,9	33,6	42,8	42,9	43,5	48,6
Madagascar	33,3	31,7	31,5	29,1	37,5	38,7	37,6	36,6
Malí	38,1	37,0	36,7	36,0	49,4	47,2	49,2	47,5
Malta	35,7	33,9	29,1	-	41,9	42,2	43,8	-
México	39,2	38,7	38,5	38,3	46,5	47,0	47,1	47,4
Myanmar	49,6	49,6	48,2	47,4	52,1	52,5	52,5	50,8
Namibia	46,4	44,5	42,9	43,4	48,6	47,8	46,3	45,7
Nepal	37,9	36,0	34,7	33,3	46,3	46,5	46,0	44,7
Países Bajos	28,9	26,6	25,1	19,9	38,8	38,7	39,7	38,5
Nicaragua	39,5	37,2	37,8	39,0	45,3	46,6	44,4	47,8
Níger	32,0	29,0	27,5	25,9	44,9	42,5	41,4	42,1
Nigeria	43,7	41,9	41,8	41,1	45,5	45,2	45,2	43,7
Noruega	36,3	35,3	34,7	29,9	40,9	40,4	39,5	37,3
Pakistán	36,4	35,1	35,0	34,6	51,5	51,6	51,3	51,3
Perú	43,0	42,6	42,3	42,0	47,9	47,6	48,5	49,9
Filipinas	43,6	43,5	42,7	42,4	42,2	42,6	42,6	42,9
Polonia	39,6	38,2	37,9	38,3	43,5	43,5	43,3	43,6
Portugal	39,8	39,6	39,4	-	42,8	44,0	44,1	-
Rumania	40,1	39,0	39,0	-	41,0	41,5	38,4	-
Federación de Rusia	42,3	41,6	42,0	44,0	46,7	47,5	50,1	47,2
Serbia	43,8	43,6	42,5	40,3	46,8	47,8	49,9	46,5
Eslovaquia	40,3	39,8	37,0	-	42,6	43,2	43,9	42,3
Eslovenia	40,0	38,9	38,2	38,4	42,1	42,2	41,8	40,9
Sudáfrica	41,3	41,0	40,8	40,1	45,4	45,4	45,7	45,6
España	36,3	34,9	34,4	38,0	42,1	42,2	42,4	50,3
Sri Lanka	39,9	38,1	39,1	39,5	46,3	47,0	47,3	47,9
Suecia	37,5	36,6	35,3	35,9	41,3	41,2	41,6	39,9
Suiza	33,9	26,9	24,3	23,5	43,8	43,8	42,6	46,8
Tanzanía, República Unida de	42,3	39,7	37,4	35,6	48,3	48,6	45,8	41,1
Tailandia	44,2	43,6	43,2	42,5	44,7	44,2	43,6	43,4
Timor-Leste	37,6	37,6	39,5	38,0	42,8	42,8	45,1	46,9

País	Mujeres				Hombres			
	0 niños y niñas	1 niño o niña	2 niños y niñas	3 niños y niñas o más	0 niños y niñas	1 niño o niña	2 niños y niñas	3 niños y niñas o más
Togo	46,9	44,5	42,8	43,0	50,1	50,4	51,7	52,3
Túnez	43,5	40,1	42,8	61,4	47,9	46,7	48,4	48,4
Turquía	43,2	41,6	38,0	31,8	51,9	53,1	53,5	53,8
Uganda	36,5	34,5	32,6	30,4	41,7	38,9	36,8	38,3
Reino Unido	35,3	30,3	28,6	29,8	42,7	42,7	43,4	41,7
Estados Unidos	37,5	37,2	36,9	36,5	41,8	41,8	42,0	42,1
Uruguay	35,1	34,9	34,4	33,6	42,5	43,0	43,1	43,2
Venezuela, Rep. Bolivariana de	37,8	37,2	36,9	36,7	42,1	42,5	42,6	42,8
Viet Nam	40,7	40,0	39,4	38,1	42,8	43,1	43,0	42,7
Yemen	34,0	31,9	31,4	32,4	41,8	42,3	43,2	42,6
Zambia	40,4	38,7	34,7	33,6	44,7	45,8	42,6	40,0
Zimbabwe	38,7	35,2	34,2	36,6	44,2	44,9	44,1	39,7

Nota: En los países de ingresos altos el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. Las horas semanales trabajadas a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o ganancia se refieren a las horas trabajadas en el trabajo principal; excepciones realizadas para Etiopía, el Perú y Zimbabwe, para los cuales se utilizan las horas trabajadas en todos los empleos. “-” indica que no existen datos disponibles. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.10. Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y situación en el empleo (CISE-93) (en porcentajes), último año disponible

País	Mujeres						Hombres													
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados										
	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares	Empleadoras	Otro	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares	Empleadores	Otro	Trabajadores asalariados	Trabajadores por cuenta propia	Trabajadores familiares	Empleadores	Otro					
Afganistán	11,0	10,0	74,5	1,9	2,6	33,2	11,1	49,7	3,1	2,9	43,6	37,2	13,8	2,7	2,7	52,5	31,4	10,3	2,1	3,8
Angola	18,6	69,0	9,7	2,6	0,1	23,1	70,0	5,6	1,4	-	43,4	44,1	6,1	6,0	0,4	42,7	45,8	8,5	2,7	0,4
Argentina	80,1	16,8	1,1	2,0	-	84,3	13,1	0,6	2,0	-	76,5	20,0	0,2	3,3	-	76,6	19,8	0,3	3,3	-
Austria	89,1	8,6	0,8	1,6	-	91,3	5,2	0,7	2,9	-	86,3	8,7	-	5,0	-	86,3	8,6	-	5,1	-
Bangladesh	34,6	11,5	53,8	0,1	0,1	45,3	11,9	42,6	0,1	0,1	42,9	51,5	4,3	1,2	0,1	47,3	44,2	7,6	0,9	0,1
Bélgica	94,3	4,7	-	1,0	-	92,0	5,4	1,0	1,6	-	87,6	8,5	-	3,9	-	86,4	8,4	-	5,1	-
Bolivia, Estado Plurinacional de	36,9	37,9	23,1	2,1	-	45,9	33,6	17,1	3,4	-	46,6	42,5	4,3	5,7	0,9	49,1	37,3	7,2	5,5	0,9
Botswana	68,5	22,0	7,0	2,3	0,2	83,2	13,5	1,7	1,6	-	71,6	18,4	6,1	3,7	0,1	81,4	12,2	3,5	2,6	0,2
Brasil	75,1	18,5	3,6	2,9	0,0	78,7	16,0	2,6	2,7	0,0	66,0	28,0	0,9	5,1	0,0	68,3	26,1	1,3	4,4	0,0
Brunei Darussalam	94,7	3,3	0,5	1,5	-	95,0	2,8	-	2,2	-	92,3	4,2	0,2	3,3	-	96,1	1,8	0,2	1,9	-
Bulgaria	93,2	4,0	0,7	2,1	-	94,0	3,7	0,7	1,6	-	85,0	9,2	0,9	4,9	-	89,8	5,4	0,4	4,4	-
Cambodia	41,0	32,5	26,2	0,3	-	44,7	30,0	24,9	0,4	-	53,1	36,6	10,0	0,3	-	59,4	22,6	17,3	0,8	-
Camerún	10,0	55,6	33,2	1,1	0,1	18,6	57,2	23,3	0,5	0,4	27,5	54,2	13,5	4,6	0,1	39,1	50,3	7,5	2,9	0,2
China	83,2	11,5	2,6	2,7	-	85,9	9,7	2,1	2,4	-	82,6	12,4	0,4	4,6	-	85,3	10,3	0,4	4,0	-
Colombia	52,8	39,3	5,6	2,2	0,2	58,6	34,4	4,5	2,5	-	51,0	43,1	1,4	4,4	0,1	55,6	38,5	1,6	4,3	0,0
Congo	60,0	29,4	7,0	3,7	-	65,5	22,1	9,2	3,2	-	44,5	34,8	18,5	2,1	-	65,5	22,6	9,9	2,0	-
Congo, República Democrática del	8,3	57,6	32,2	1,1	0,8	10,3	59,8	28,3	1,4	0,2	26,0	63,6	6,6	3,2	0,5	26,3	62,2	8,7	1,9	0,9
Côte d'Ivoire	11,4	63,3	22,0	1,1	2,1	26,1	58,7	13,2	-	2,0	30,9	58,1	8,2	2,2	0,6	44,9	44,1	8,5	2,1	0,4
Croacia	93,5	3,7	0,5	2,3	-	94,3	2,8	0,9	2,1	-	87,5	4,9	0,8	6,8	-	91,2	5,1	0,4	3,3	-
Chipre	93,6	5,5	-	0,9	-	90,4	8,1	0,5	1,1	-	90,3	6,9	-	2,8	-	86,0	10,5	-	3,5	-

País	Mujeres						Hombres													
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados										
	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares auxiliares	Empleadoras	Otro	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares auxiliares	Empleadores	Otro	Trabajadores asalariados	Trabajadores por cuenta propia	Trabajadores familiares auxiliares	Empleadores	Otro					
República Checa	86,9	10,9	0,6	1,6	-	89,6	8,5	-	1,8	-	77,8	16,8	-	5,4	-	80,4	16,0	-	3,6	-
Dinamarca	94,4	3,6	-	2,0	-	95,7	2,7	0,5	1,1	-	86,9	6,3	-	6,8	-	91,6	4,1	-	4,4	-
República Dominicana	72,3	23,5	2,1	2,1	-	73,1	22,5	2,3	2,1	-	47,0	48,2	0,7	4,1	-	48,2	47,7	1,1	3,0	-
Ecuador	46,0	33,4	18,0	1,6	1,0	52,1	29,9	14,9	2,3	0,8	64,9	26,8	4,5	3,4	0,5	61,4	26,5	7,2	4,1	0,8
Egipto	63,4	9,0	25,5	1,8	0,4	75,1	5,8	16,7	2,2	0,2	70,9	14,1	3,2	11,7	0,1	75,7	10,3	6,9	6,9	0,2
Estonia	92,9	3,8	-	3,3	-	93,6	4,5	0,4	1,5	-	83,3	6,5	0,1	10,1	-	86,2	7,5	0,2	6,2	-
Etiopía	7,2	31,4	60,8	0,1	0,6	24,6	33,2	41,1	0,2	0,9	11,9	66,8	19,8	0,9	0,7	31,6	46,0	20,4	0,5	1,5
Finlandia	90,5	7,5	0,1	1,8	-	91,1	6,6	0,2	2,1	-	82,6	10,7	-	6,8	-	84,3	10,2	0,2	5,3	-
Francia	93,2	6,6	0,2	-	-	93,2	6,5	0,3	-	-	87,3	12,7	-	-	-	88,8	10,4	-	0,8	-
Gambia	14,4	69,1	11,8	1,4	3,4	33,7	54,5	7,9	-	3,9	29,9	49,6	10,7	1,4	8,3	39,0	51,5	1,9	2,5	5,1
Alemania	94,3	4,2	-	1,5	-	95,8	2,8	0,2	1,2	-	91,3	3,7	-	4,9	-	92,1	5,1	-	2,8	-
Ghana	15,3	50,7	28,2	5,7	0,2	32,0	46,0	15,3	6,2	0,5	33,4	44,6	14,4	7,3	0,3	55,4	29,2	8,5	6,7	0,2
Grecia	75,9	15,9	4,6	3,6	-	76,8	15,6	3,8	3,8	-	66,8	23,5	1,0	8,7	-	69,5	22,3	1,3	6,8	-
Guatemala	54,8	33,5	9,7	2,1	-	61,6	26,2	10,0	2,2	-	72,7	19,1	5,1	3,1	-	73,6	16,6	6,0	3,7	-
Hungría	93,7	3,6	-	2,7	-	90,5	6,8	0,4	2,3	-	87,6	5,9	-	6,5	-	90,0	6,5	0,4	3,1	-
Islandia	91,4	6,3	-	2,3	-	91,5	6,0	-	2,5	-	85,4	9,7	-	4,9	-	86,7	6,0	-	7,3	-
India	53,2	-	46,3	0,4	-	64,4	-	35,1	0,5	-	79,2	-	18,4	2,4	-	81,2	-	16,5	2,3	-
Iraq	45,8	43,3	1,1	0,4	9,5	76,8	17,1	0,8	-	5,3	69,0	23,2	2,3	3,4	2,1	75,1	15,3	3,2	3,2	3,2
Irlanda	94,2	3,9	-	1,9	-	94,3	3,7	0,4	1,5	-	80,3	13,0	0,4	6,3	-	80,9	13,2	0,5	5,4	-
Italia	82,8	12,6	1,6	2,9	-	81,7	13,6	1,7	3,0	-	74,5	17,1	1,2	7,2	-	73,8	18,3	2,0	5,9	-
Jordania	96,4	1,9	-	1,4	0,3	97,3	1,2	-	1,3	0,2	84,2	10,0	-	5,4	0,5	89,7	6,8	0,0	3,1	0,3
Rep. Democrática Popular Lao	10,3	44,3	45,2	0,2	-	18,8	39,9	40,9	0,4	-	20,5	54,9	23,9	0,7	-	30,8	42,2	25,8	1,2	-
Letonia	92,1	5,7	-	2,1	-	91,4	5,9	-	2,7	-	87,4	6,7	0,3	5,6	-	86,8	8,2	0,7	4,2	-
Liberia	9,3	70,2	18,1	1,7	0,7	9,7	73,0	14,2	0,7	2,4	28,1	56,3	11,1	2,6	1,9	32,4	55,8	9,0	1,7	1,1

País	Mujeres					Hombres														
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)			Personas que no viven con los receptores de cuidados										
	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares	Empleadoras	Otro	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares	Empleadores	Otro	Trabajadores asalariados	Trabajadores por cuenta propia	Trabajadores familiares	Empleadores	Otro					
Lituania	932	50	1,3	0,5	-	90,1	6,3	2,1	1,5	-	86,1	8,7	1,3	3,8	-	86,8	9,2	1,4	2,6	-
Luxemburgo	92,2	3,4	0,9	3,5	-	93,2	4,2	-	2,6	-	93,7	3,1	-	3,2	-	93,1	3,7	-	3,2	-
Madagascar	7,6	30,5	60,6	1,2	0,1	16,3	30,7	50,0	3,1	-	14,1	60,0	21,0	4,9	0,1	22,9	51,5	22,2	3,1	0,3
Malí	4,0	68,8	27,1	0,1	-	22,0	52,4	25,6	-	-	14,6	54,9	29,5	1,0	-	20,6	52,2	27,2	-	-
Malta	96,8	2,5	-	0,6	-	95,0	3,7	0,5	0,7	-	83,4	11,6	-	5,1	-	85,7	9,8	-	4,5	-
México	70,6	21,1	6,5	1,9	-	73,4	18,2	6,2	2,2	-	74,1	18,3	2,5	5,1	-	73,8	17,6	3,6	5,0	-
Myanmar	36,2	25,7	36,6	1,5	-	42,0	24,4	31,8	1,9	-	39,9	42,1	12,6	5,4	0,0	43,8	32,6	19,7	3,9	-
Namibia	66,0	25,1	5,4	2,9	0,6	79,4	14,2	2,6	2,9	0,8	75,8	15,3	3,0	5,2	0,8	81,7	10,3	2,0	5,3	0,6
Nepal	8,4	28,4	61,5	0,3	1,4	13,6	27,6	56,8	0,5	1,6	28,6	42,5	19,2	1,7	8,0	36,0	34,4	20,2	3,0	6,4
Países Bajos	87,9	9,3	0,3	2,5	-	89,5	7,9	0,4	2,2	-	79,5	12,1	-	8,4	-	84,8	11,8	-	3,3	-
Nicaragua	51,8	36,4	9,0	1,6	1,2	54,7	31,5	9,4	2,9	1,4	61,4	22,8	8,7	6,4	0,8	59,5	21,7	11,0	6,4	1,5
Níger	2,2	54,2	43,6	0,1	-	8,7	55,2	36,1	-	-	8,2	68,8	21,9	1,2	-	27,7	44,2	28,0	-	-
Noruega	95,9	4,1	-	-	-	97,1	2,9	-	-	-	91,7	8,3	-	-	-	91,2	8,8	-	-	-
Pakistán	25,8	21,2	53,0	0,0	-	40,2	17,4	42,4	-	-	45,1	41,4	12,1	1,4	0,0	51,4	31,7	15,5	1,4	-
Perú	62,3	28,3	6,0	3,2	0,2	70,7	20,7	5,7	2,9	-	66,2	24,1	2,0	7,8	-	68,7	22,6	2,9	5,9	-
Filipinas	57,9	26,1	14,3	1,6	-	66,2	19,8	12,0	2,0	-	63,1	27,3	6,3	3,4	-	66,2	21,6	9,0	3,2	-
Polonia	81,4	12,4	4,1	2,1	-	86,4	9,5	2,4	1,8	-	76,6	17,7	0,9	4,7	-	80,6	14,0	1,1	4,3	-
Portugal	89,7	7,4	0,2	2,6	-	89,5	8,1	0,3	2,1	-	87,9	7,6	0,2	4,2	-	87,3	8,6	-	4,1	-
Rumania	74,2	14,2	10,9	0,7	-	82,3	12,5	4,3	1,0	-	70,0	26,9	2,2	1,0	-	74,2	21,7	2,9	1,2	-
Serbia	88,2	5,7	2,2	3,9	-	90,3	4,0	2,2	3,5	-	79,1	11,5	1,3	8,2	-	84,6	10,1	1,2	4,1	-
Sierra Leona	4,9	83,4	6,7	2,9	2,1	10,4	80,7	4,7	1,7	2,4	17,0	73,0	5,8	2,4	1,9	27,7	64,1	3,9	1,3	2,9
Eslovaquia	89,4	8,7	-	1,9	-	88,5	9,7	-	1,8	-	77,6	18,2	-	4,2	-	82,9	14,2	-	2,9	-
Eslovenia	93,6	4,7	0,2	1,4	-	93,2	5,3	0,4	1,1	-	86,5	10,0	-	3,5	-	87,4	9,3	0,3	3,0	-
España	86,6	10,1	0,1	3,2	-	89,6	8,2	-	2,2	-	80,4	12,4	-	7,3	-	79,3	15,5	-	5,2	-
Sri Lanka	54,5	23,8	20,6	1,1	-	62,1	19,4	17,9	0,6	-	60,6	33,0	1,9	4,5	-	62,2	29,6	5,0	3,2	-
Suecia	95,3	2,8	-	1,9	-	94,1	3,5	-	2,3	-	85,7	8,1	-	6,2	-	87,3	7,6	-	5,1	-

País	Mujeres						Hombres													
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los recepto- res de cuidados)			Personas que no viven con los recepto- res de cuidados			Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los recepto- res de cuidados)			Personas que no viven con los recepto- res de cuidados										
	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares auxiliares	Empleadoras	Otro	Trabajadoras asalariadas	Trabajadoras por cuenta propia	Trabajadoras familiares auxiliares	Empleadoras	Otro	Trabajadores asalariados	Trabajadores por cuenta propia	Trabajadores familiares auxiliares	Empleadores	Otro					
Suiza	90,2	5,6	0,5	3,7	-	91,2	5,5	0,5	2,8	-	89,3	5,4	-	5,3	-	88,2	7,9	-	3,8	-
Tanzania, República Unida de	8,1	37,0	53,3	1,5	-	22,6	40,8	32,7	3,9	-	17,0	60,0	18,7	4,3	-	29,6	50,4	15,7	4,2	-
Tailandia	47,3	26,1	25,1	1,3	0,1	59,8	20,2	18,4	1,5	0,1	49,2	33,1	13,5	4,0	0,2	60,1	25,7	10,6	3,5	0,1
Timor-Leste	30,5	44,8	21,7	1,5	1,5	32,7	40,5	23,8	3,0	-	52,7	29,7	13,3	3,0	1,4	51,9	28,7	14,7	4,7	-
Túnez	74,3	9,1	7,7	1,9	7,0	73,3	9,2	5,8	1,8	9,9	70,7	16,7	1,4	7,3	4,0	68,5	15,1	4,8	5,0	6,6
Turquía	50,1	12,6	36,2	1,2	-	65,3	8,4	24,9	1,5	-	69,6	19,5	3,8	7,1	-	71,8	17,0	5,4	5,8	-
Uganda	13,4	66,9	16,4	2,8	0,5	26,9	60,1	10,9	2,1	-	26,1	58,3	10,9	4,0	0,7	44,6	45,6	4,7	5,1	-
Reino Unido	90,4	7,8	-	1,8	-	92,1	6,2	-	1,7	-	82,5	12,4	-	5,1	-	83,2	14,2	-	2,6	-
Estados Unidos	95,0	-	0,1	4,9	-	95,4	-	0,0	4,5	-	93,5	-	-	6,5	-	93,7	-	-	6,3	-
Uruguay	75,2	20,8	1,2	2,5	0,3	78,3	17,7	1,2	2,9	-	71,0	23,0	0,2	5,6	0,2	71,4	23,4	0,2	4,7	0,3
Venezuela, Rep. Bolivariana de	63,9	29,7	1,3	1,2	3,7	68,7	24,6	1,1	1,7	3,8	59,2	28,3	0,5	4,0	8,1	58,7	29,2	0,5	3,7	8,0
Viet Nam	34,6	37,6	26,5	1,3	0,1	36,7	38,5	23,5	1,3	0,1	43,4	38,9	14,2	3,4	0,1	47,6	32,3	17,7	2,4	0,1
Yemen	32,6	25,8	39,2	2,3	-	56,1	23,8	17,4	2,8	-	53,8	29,8	9,3	6,8	0,4	63,7	24,8	6,1	5,5	-
Zambia	14,9	29,5	55,2	0,3	0,1	31,0	24,2	44,9	-	-	43,2	43,2	12,9	0,6	0,1	58,3	26,7	14,7	0,4	-
Zimbabue	16,4	82,1	1,2	0,2	0,1	38,8	58,9	1,3	1,1	-	33,7	65,0	0,6	0,6	0,1	58,6	40,1	0,7	0,6	-

Nota: En los países de ingresos altos el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. "Otro" incluye "miembros de cooperativas" y "trabajadores y trabajadoras no clasificados/as en otro lugar". "-" indica que no existen datos disponibles. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta. Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.11. Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y por la naturaleza informal o formal del trabajo principal (en porcentajes), último año disponible

País	Mujeres				Hombres			
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados		Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados	
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal
Angola	90	10	87	13	74,9	25,1	76,5	23,5
Argentina	48	52	39	61	46,9	53,1	44,5	55,5
Austria	9	91	5	95	6,4	93,6	7,4	92,6
Bangladesh	94	6	93	7	87,1	12,9	87,8	12,2
Bélgica	5	95	6	94	6,1	93,9	7,7	92,3
Bolivia, Estado Plurinacional de	85	15	80	20	82,0	18,0	80,5	19,5
Brasil	36	64	29	71	38,4	61,6	35,3	64,7
Brunei Darussalam	28	72	33	67	18,6	81,4	54,6	45,4
Bulgaria	16	84	12	88	18,0	82,0	15,4	84,6
Camboya	98	2	98	2	96,7	3,3	97,3	2,7
Camerún	94	6	92	8	85,0	15,0	83,7	16,3
China	56	44	50	50	61,1	38,9	58,1	41,9
Colombia	61	39	50	50	59,8	40,2	54,8	45,2
Congo	94	6	94	6	94,4	5,6	96,0	4,0
Congo, República Democrática del	99	1	98	2	96,2	3,8	96,3	3,7
Côte d'Ivoire	96	4	92	8	90,2	9,8	90,8	9,2
Croacia	11	89	9	91	12,6	87,4	11,4	88,6
Chipre	7	93	10	90	10,1	89,9	15,2	84,8
República Checa	7	93	5	95	8,3	91,7	8,6	91,4
Dinamarca	3	97	3	97	2,6	97,4	2,2	97,8
República Dominicana	92	8	93	7	85,8	14,2	87,9	12,1
Ecuador	63	37	52	48	56,4	43,6	55,5	44,5
Egipto	58	42	51	49	60,7	39,3	68,3	31,7
Estonia	6	94	3	97	3,6	96,4	3,3	96,7
Finlandia	2	98	2	98	3,8	96,2	4,6	95,4
Francia	8	92	9	91	7,6	92,4	8,6	91,4
Gambia	84	16	72	28	70,6	29,4	50,8	49,2
Ghana	96	4	88	12	89,1	10,9	83,1	16,9
Grecia	25	75	25	75	29,8	70,2	29,9	70,1
Guatemala	80	20	71	29	78,0	22,0	69,4	30,6
Hungría	8	92	10	90	11,1	88,9	9,8	90,2
India	91	9	85	15	83,7	16,3	78,3	21,7
Iraq	51	49	31	69	68,9	31,1	68,3	31,7

País	Mujeres				Hombres			
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados		Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados	
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Formal
Irlanda	5	95	6	94	13,2	86,8	14,0	86,0
Italia	14	86	16	84	19,7	80,3	20,6	79,4
Letonia	10	90	9	91	13,3	86,7	13,2	86,8
Liberia	92	8	92	8	83,8	16,2	82,7	17,3
Lituania	11	89	8	92	8,8	91,2	10,7	89,3
Luxemburgo	4	96	1	99	0,5	99,5	1,2	98,8
Malí	99	1	94	6	90,3	9,7	93,2	6,8
Malta	4	96	3	97	6,6	93,4	9,7	90,3
México	57	43	50	50	55,2	44,8	50,4	49,6
Myanmar	90	10	86	14	84,1	15,9	84,3	15,7
Namibia	67	33	62	38	65,9	34,1	63,8	36,2
Países Bajos	10	90	8	92	14,2	85,8	10,8	89,2
Noruega	5	95	5	95	8,4	91,6	9,3	90,7
Pakistán	93	7	83	17	80,1	19,9	76,4	23,6
Polonia	29	71	24	76	31,7	68,3	28,4	71,6
Portugal	10	90	10	90	10,9	89,1	12,6	87,4
Rumania	29	71	19	81	32,8	67,2	26,2	73,8
Serbia	19	81	19	81	25,8	74,2	24,6	75,4
Eslovaquia	12	88	12	88	15,1	84,9	12,9	87,1
Eslovenia	4	96	6	94	5,5	94,5	7,8	92,2
España	11	89	11	89	14,9	85,1	17,5	82,5
Sri Lanka	53	47	53	47	55,3	44,7	57,0	43,0
Suecia	5	95	6	94	10,9	89,1	10,9	89,1
Suiza	4	96	3	97	1,5	98,5	3,0	97,0
Tanzanía, República Unida de	96	4	91	9	92,9	7,1	91,5	8,5
Timor-Leste	75	25	68	32	67,5	32,5	66,6	33,4
Túnez	51	49	57	43	43,1	56,9	60,9	39,1
Turquía	62	38	45	55	31,3	68,7	31,0	69,0
Uganda	95	5	92	8	91,5	8,5	87,2	12,8
Reino Unido	11	89	7	93	13,2	86,8	14,2	85,8
Uruguay	23	77	16	84	20,7	79,3	20,4	79,6
Viet Nam	79	21	78	22	81,9	18,1	80,6	19,4
Yemen	82	18	68	32	75,4	24,6	75,8	24,2

Nota: En los países de ingresos altos el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Cuadro A.3.12. Cuidadoras y cuidadores no remunerados y personas que no viven con los receptores de cuidados, por sexo y cotización a la seguridad social (en porcentajes), último año disponible

País	Mujeres				Hombres			
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados		Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados	
	Cotización	No cotización	Cotización	No cotización	Cotización	No cotización	Cotización	No cotización
Argentina	61,5	38,5	69,4	30,6	66,8	33,2	68,9	31,1
Austria	94,5	5,5	98,0	2,0	97,8	2,2	97,3	2,7
Bangladesh	16,5	83,5	15,6	84,4	15,2	84,8	15,3	84,7
Bélgica	97,3	2,7	97,7	2,3	98,7	1,3	97,6	2,4
Bolivia, Estado Plurinacional de	41,8	58,2	45,9	54,1	38,5	61,5	41,6	58,4
Botswana	48,3	51,7	52,2	47,8	51,8	48,2	52,7	47,3
Brasil	77,4	22,6	82,1	17,9	79,1	20,9	81,5	18,6
Brunei Darussalam	74,8	25,2	68,3	31,7	84,7	15,3	46,8	53,2
Bulgaria	87,9	12,1	92,7	7,3	90,7	9,3	91,4	8,6
Camboya	8,5	91,5	9,2	90,8	15,4	84,6	13,6	86,4
Camerún	35,9	64,1	27,3	72,7	39,5	60,5	30,9	69,1
China	47,0	53,0	52,1	47,9	41,2	58,8	44,2	55,8
Colombia	61,5	38,5	71,4	28,6	66,7	33,3	68,3	31,7
Côte d'Ivoire	18,9	81,1	22,8	77,2	25,7	74,3	18,7	81,3
Croacia	94,0	6,0	96,3	3,7	97,4	2,6	95,9	4,1
Chipre	97,0	3,0	97,6	2,4	98,2	1,8	96,0	4,0
República Checa	95,4	4,6	99,5	0,5	99,2	0,8	99,6	0,4
Dinamarca	98,6	1,4	98,1	1,9	98,3	1,7	98,9	1,1
República Dominicana	79,5	20,5	79,0	21,0	77,2	22,8	75,3	24,7
Ecuador	63,2	36,8	73,4	26,6	53,1	46,9	54,7	45,3
Egipto	65,1	34,9	64,7	35,3	48,2	51,8	38,2	61,8
Estonia	95,5	4,5	99,2	0,8	99,6	0,4	99,8	0,2
Finlandia	99,8	0,2	99,7	0,3	99,8	0,2	99,5	0,5
Gambia	32,4	67,6	51,5	48,5	47,1	52,9	54,3	45,7
Ghana	24,0	76,0	34,2	65,8	31,1	68,9	29,2	70,8
Grecia	94,4	5,6	94,9	5,1	97,3	2,7	95,4	4,6
Guatemala	36,1	63,9	46,6	53,4	29,6	70,4	41,0	59,0
Hungría	96,2	3,8	97,9	2,1	98,4	1,6	98,2	1,8
India	22,8	77,2	28,3	71,7	20,6	79,4	24,9	75,1
Iraq	84,2	15,8	84,4	15,6	42,6	57,4	41,2	58,8
Irlanda	97,8	2,2	98,5	1,5	97,0	3,0	98,4	1,6
Italia	96,6	3,4	95,7	4,3	96,9	3,1	96,0	4,0

País	Mujeres				Hombres			
	Cuidadoras no remuneradas (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados		Cuidadores no remunerados (Personas que viven con los receptores de cuidados)		Personas que no viven con los receptores de cuidados	
	Cotización	No cotización	Cotización	No cotización	Cotización	No cotización	Cotización	No cotización
Rep. Democrática Popular Lao	35,2	64,8	30,3	69,7	33,3	66,7	35,0	65,0
Letonia	92,7	7,3	93,8	6,2	90,4	9,6	89,5	10,5
Liberia	35,8	64,2	37,2	62,8	42,2	57,8	35,0	65,0
Lituania	91,4	8,6	98,6	1,4	97,6	2,4	97,4	2,6
Luxemburgo	97,1	2,9	99,6	0,4	99,7	0,3	98,8	1,2
Malí	6,6	93,4	17,7	82,3	9,5	90,5	7,4	92,6
Malta	97,1	2,9	98,9	1,1	99,2	0,8	98,4	1,6
México	47,8	52,2	52,8	47,2	44,8	55,2	50,0	50,0
Myanmar	14,5	85,5	20,3	79,7	7,6	92,4	12,6	87,4
Nepal	1,5	98,5	2,6	97,4	1,8	98,2	2,9	97,1
Países Bajos	96,9	3,1	98,6	1,4	97,5	2,5	98,0	2,0
Nicaragua	52,4	47,6	60,8	39,2	36,0	64,0	37,3	62,7
Níger	33,0	67,0	38,5	61,5	26,2	73,8	17,0	83,0
Nigeria	38,1	61,9	33,5	66,5	44,1	55,9	15,4	84,6
Noruega	97,6	2,4	97,1	2,9	97,2	2,8	94,8	5,2
Polonia	85,8	14,2	85,9	14,1	83,5	16,5	84,2	15,8
Portugal	97,4	2,6	98,3	1,7	97,7	2,3	96,6	3,4
Serbia	89,4	10,6	89,4	10,6	90,9	9,1	87,6	12,4
Sierra Leona	66,3	33,7	67,7	32,3	46,7	53,3	40,3	59,7
Eslovaquia	95,9	4,1	97,0	3,0	97,9	2,1	97,5	2,5
Eslovenia	98,1	1,9	97,9	2,1	98,9	1,1	97,6	2,4
España	97,1	2,9	96,6	3,4	97,4	2,6	96,2	3,8
Sri Lanka	69,2	30,8	64,9	35,1	54,4	45,6	52,9	47,1
Suecia	96,1	3,9	97,8	2,2	97,0	3,0	95,2	4,8
Suiza	99,1	0,9	99,4	0,6	99,8	0,2	99,7	0,3
Tanzanía, República Unida de	39,2	60,8	39,7	60,3	36,8	63,2	33,5	66,5
Túnez	61,8	38,2	54,2	45,8	63,6	36,4	48,1	51,9
Turquía	72,4	27,6	79,9	20,1	77,3	22,7	78,9	21,1
Uganda	12,8	87,2	13,6	86,4	14,2	85,8	16,8	83,2
Reino Unido	82,7	17,3	93,4	6,6	96,8	3,2	96,7	3,3
Uruguay	88,9	11,1	93,3	6,7	91,4	8,6	92,3	7,7
Viet Nam	63,9	36,1	63,9	36,1	42,5	57,5	43,9	56,1
Yemen	52,2	47,8	56,7	43,3	37,5	62,5	29,6	70,4
Zambia	66,8	33,2	69,1	30,9	69,8	30,2	66,3	33,7
Zimbabwe	39,3	60,7	50,9	49,1	50,1	49,9	50,8	49,2

Nota: En los países de ingresos altos el grupo de edad es 25-54 años, y en los países de ingresos medios y bajos el grupo de edad es 18-54 años. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

A.4. LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL CUIDADO Y EL EMPLEO DE CUIDADOS: METODOLOGÍA Y DATOS

A.4.1. Puesta en práctica de la definición de trabajadores y trabajadoras del cuidado y de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados

Con el fin de explotar al máximo las encuestas de hogares y sobre la fuerza de trabajo disponibles, este informe ha optado por poner en práctica la definición de los trabajadores y trabajadoras del cuidado utilizando tanto la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08 o versiones anteriores)⁵ como la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU rev. 4 o versiones anteriores)⁶ a un nivel de dos dígitos⁷. Esto conlleva un cierto grado de agregación que se soluciona en parte combinando ambas clasificaciones. Las cuestiones de anonimización suelen excluir la disponibilidad de datos a niveles de tres y cuatro cifras, lo que habría supuesto unos conjuntos más pequeños de datos por países y, posiblemente, una estimación mundial menos sólida de los trabajadores y trabajadoras del cuidado.

Sobre la base de la CIUO-08, *las ocupaciones del cuidado* son: 22. Profesionales de la salud; 23. Profesionales de la enseñanza; 32. Profesionales de nivel medio de la salud, y 53. Trabajadores de los cuidados personales. Otras ocupaciones del cuidado son 13. Directores y gerentes de producción y operaciones; 26. Profesionales en derecho, en ciencias sociales y culturales; 34. Profesionales de nivel medio de servicios jurídicos, sociales, culturales y afines; 51. Trabajadores de los servicios personales, y 91. Limpiadores y asistentes. Estas se reflejan indirectamente combinando los códigos de la CIUO y la CIIU, tal como se explica a continuación.

Sobre la base de la CIIU 4, *los sectores del cuidado* son: 85. Enseñanza; 86. Actividades de atención de la salud humana; 87. Actividades de atención en instituciones; 88. Actividades de asistencia social sin alojamiento. En varios casos (en particular en el caso de conjuntos de datos europeos), la salud y el trabajo social se agregaron al nivel de un dígito.

Las trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares) se identifican como clasificados en la CIIU 4, código 97. Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico.

La combinación de estas ocupaciones del cuidado, sectores del cuidado y hogares como empleadores hace posible identificar la *fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados* y agruparla en cuatro categorías:

1. Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en los sectores del cuidado
2. Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares)
3. Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado
4. Trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado

Las categorías 1 y 4 pueden desglosarse más aún por sectores. En efecto, el empleo sectorial es la suma de las categorías 1 y 4 para cada sector. Las cuatro categorías se identifican de la siguiente manera:

1. Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en los sectores del cuidado

- Trabajadores y trabajadoras de los códigos 85, 86, 87, 88 de la CIIU *contemplados asimismo* en los códigos 22, 23, 32 y 53 de la CIUO (principales ocupaciones del cuidado)
- Trabajadores y trabajadoras de los códigos 85, 86, 87, 88 de la CIIU *contemplados asimismo* en el código 13 de CIUO
- Trabajadores y trabajadoras en los códigos 85, 86, 87, 88 de la CIIU *contemplados asimismo* en los códigos 26 y 24 de la CIUO

2. Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares)

- Trabajadoras y trabajadores contemplados en el código 97 de la CIU

3. Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en sectores no relacionados con los cuidados

- Trabajadoras y trabajadores contemplados en el código 22 de la CIUO, salvo los contemplados en el código 75 de la CIUO 75: Actividades veterinarias
- Trabajadoras y trabajadores contemplados en el código 23 de la CIUO
- Trabajadoras y trabajadores contemplados en los códigos 32 de la CIUO, salvo los contemplados en el código 75 de la CIUO 75: Actividades veterinarias
- Trabajadoras y trabajadores contemplados en el código 53 de la CIUO

4. Trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado

- Trabajadores y trabajadoras contemplados en los códigos 85, 86, 87, 88 que no están contemplados en los códigos 22, 23, 32, 53, 26, 34 y 13 de la CIUO

A.4.2. La estimación de la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados

La estimación de la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados se basa en las estimaciones a nivel de país del número de trabajadores y trabajadoras del cuidado en los grupos 1, 2, 3 y 4, que representan el 89 por ciento de la población ocupada a escala mundial. Para 93 países, las estimaciones se calcularon sobre la base de microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y de hogares (véase el anexo A.7 para más información sobre las encuestas). Las estimaciones oficiales obtenidas de los cuadros publicados se utilizaron para seis países: Etiopía, Japón, Qatar, Rwanda, Arabia Saudita y Emiratos Árabes Unidos. El 97 por ciento de las encuestas tuvieron lugar después de 2012 y 50 encuestas son de 2016.

Las estimaciones mundiales y regionales del número de trabajadores y trabajadoras del cuidado, presentadas en el capítulo 4, corresponden al año 2018. La metodología utilizada es un método de censo con ausencia de respuesta. En el enfoque del censo, el objetivo es hallar datos para todos los países y establecer un tratamiento específico en el caso de ausencia total de respuesta. Lo que se pretendía era recopilar microdatos para 189 países y territorios agrupados en cinco regiones separadas. Con miras a facilitar la comparación con las tendencias del empleo regionales, nuestras agrupaciones regionales son compatibles con las utilizadas en los *Trends Econometric Models* de la OIT.⁷

El primer paso para producir estimaciones para el año 2018 es estimar el número de trabajadores y trabajadoras del cuidado en el grupo $g = [1, 2, 3, 4]$ en cada país a partir de la fuente de datos más actualizada. Partiendo del supuesto de que el empleo en el trabajo de cuidados es proporcional a los cambios en el empleo total, el porcentaje de trabajadores y trabajadoras del cuidado en el empleo total en el grupo g , d_{gjt} , se calcula como la relación entre D_{gjt} , el número de trabajadores y trabajadoras del cuidado en el grupo g en el país j en el último año disponible t , y E_j , que es el empleo total para el mismo país y año, estimado a partir de los microdatos o de la fuente nacional oficial:

$$d_{gj} = \frac{D_{gjt}}{E_{jt}} \quad 1$$

La relación obtenida en la ecuación 1 se utiliza a continuación para estimar el número de trabajadores y trabajadoras del cuidado en el grupo g , D_{gj} , en un país determinado j para el año 2018, como el

producto entre d_{gj} , el porcentaje de trabajadores y trabajadoras del cuidado en el grupo g en el país j en relación con el total ocupado, y E_j , el total ocupado en el año 2018 obtenido de los *Trends Econometric Models* de la OIT⁸:

$$\widehat{D}_{gj} = \hat{d}_{gj} \cdot E_j \quad 2$$

El número obtenido en la ecuación 2 proporciona una estimación imparcial del número de trabajadores y trabajadoras del cuidado en el grupo g en el país j , si no ha habido un cambio sistemático en el porcentaje de trabajadores y trabajadoras del cuidado en el grupo g en el empleo total entre el año t en el que se recopilaban los datos y 2018.

La relación ψ_{gj} entre las trabajadoras del cuidado en el grupo g , Df_{gjt} , en un país determinado j en el momento t , con respecto al total de trabajadores del cuidado en el mismo grupo, D_{gjt} , se utiliza para calcular el número total de trabajadores del cuidado en cada grupo desglosado por sexo. La estimación es imparcial si el porcentaje de trabajadoras del cuidado entre el total de trabajadores del cuidado, ψ_{gj} , se ha mantenido constante desde que se recopilaban los datos:

$$\psi_{gj} = \frac{Df_{gjt}}{D_{gjt}} \quad 3$$

El resultado de la ecuación 3 se utiliza entonces para generar el número de trabajadoras del cuidado en cada grupo para el año 2018, de la siguiente manera:

$$\widehat{D}f_{gj} = \widehat{D}_{gj} \cdot \widehat{\psi}_{gj} \quad 4$$

Una estimación del número de trabajadores del cuidado en cada grupo para el año 2018 se obtiene entonces como la diferencia entre el número total de trabajadores del cuidado y el número total de trabajadoras del cuidado.

A fin de adaptarse a la ausencia total de respuesta (cuando no existen datos disponibles sobre el empleo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado para un país determinado), se utilizó un “marco basado en el diseño” en el que la ausencia de respuesta se consideró un problema de muestreo. Dado que los países que no respondieron pueden tener un número diferente de trabajadores y trabajadoras del cuidado que aquellos que respondieron, la ausencia de respuesta puede introducir un sesgo en las estimaciones finales. Un enfoque estándar para reducir los efectos negativos de la ausencia de respuesta es calcular la propensión de respuesta de diferentes países, y ponderar a continuación los datos obtenidos de los países que respondieron por la inversa de su propensión de respuesta. Esto implica que no se hacen imputaciones para los países que no respondieron.

En este marco, la probabilidad de que los datos se recopilaran para el país j es ϕ_j . Se supone que las probabilidades de que se recopilen datos de los países son independientes entre sí (diseño de muestreo de Poisson). Con la probabilidad de respuesta, ϕ_j , entonces es posible estimar el total, Y , de cualquier variable y_j :

$$Y = \sum_{j \in U} y_j \quad 5$$

por el estimador

$$\widehat{Y} = \sum_{j \in R} \frac{y_j}{\phi_j} \quad 6$$

donde U es la población y R es el conjunto de encuestados. Este estimador es imparcial si los supuestos son ciertos. En nuestro caso, U es el universo de todos los países y territorios enumerados en el anexo A.6, y R son aquellos países “que respondieron” para los cuales no pudieron encontrarse datos sobre el empleo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado. Sin embargo, la dificultad radica en que la pro-

propensión de respuesta del país j , ϕ_j , no se conoce generalmente, y debe estimarse. Hay muchos métodos disponibles en los estudios existentes para estimar la propensión de respuesta.⁹ En nuestro caso, la propensión de respuesta se estimó relacionando la respuesta o ausencia de respuesta de un país determinado con su población ocupada y su PIB por persona ocupada.

La propensión de respuesta de un país ϕ_j se estima con la siguiente regresión logística:

$$\text{prob}(\text{response}) = \Lambda(\alpha_r + \beta_1 \ln(Epop_{j2018}) + \beta_2 \ln(gdppc_{j2018})) \quad 7$$

Donde: α_r son estadísticas simuladas (a saber, agrupaciones regionales de la OIT: África; las Américas; Asia y el Pacífico; Estados árabes, y Europa y Asia Central); $\ln(Epop_{j2018})$ es el logaritmo natural de la población total ocupada en el país j en el año 2018, y $\ln(gdppc_{j2018})$ es el logaritmo natural del PIB por persona empleada, en términos de paridad del poder adquisitivo en 2011 en USD, en el país j en el año 2016. La regresión logística tenía un universo de 189 países y produjo un pseudo R^2 de 0,213. El poder explicativo relativamente bajo de la regresión podría parecer decepcionante al principio. Sin embargo, en realidad es un resultado bien acogido, ya que es evidente que solo existe un débil sesgo de respuesta sistemático (al menos con respecto a las diferencias en el PIB por persona ocupada, región y población ocupada). En otras palabras, la división de los países en países “que respondieron” y países “que no respondieron” está ligeramente sesgada en favor de los países que cuentan con un número más elevado de personas ocupadas y con una mayor riqueza por persona ocupada, lo cual debería mejorar la fiabilidad de las estimaciones mundiales y regionales.

A continuación, los parámetros estimados se utilizan para calcular la propensión de respuesta del país j , ϕ_j . La ponderación de respuesta inicial para el país j puede calcularse entonces como la inversa de la propensión de respuesta ϕ_j :

$$\varphi_j = \frac{1}{\phi_j} \quad 8$$

Con el fin de asegurar la coherencia de las estimaciones con agregados conocidos (agrupaciones regionales de la OIT), las ponderaciones de respuesta deben calibrarse. Esto asegura que las diferentes regiones están representadas de manera apropiada en la estimación global final, es decir, de manera proporcional a su porcentaje de empleo global.¹⁰ Por lo tanto, el empleo total en 2018 se utilizó con fines de calibración. En este caso sencillo, los factores de calibración γ_j son proporcionados por:

$$\gamma_j = \frac{E_r}{\hat{E}_r}, j \in r \quad 9$$

Donde r representa la región a la que pertenece el país j ; E_r es el empleo total en la región r para todos los países, y \hat{E}_r es el empleo total en la región r obtenido multiplicando la cifra del empleo en los países que respondieron por las ponderaciones no calibradas indicadas en la ecuación 8.

Los factores de calibración resultantes para el año 2018 fueron 0,98 (África), 0,91 (las Américas), 0,93 (Estados árabes), 0,93 (Asia y el Pacífico), y 1,08 (Europa y Asia Central). Dado que todos los factores de calibración son iguales o se aproximan a 1, estos resultados muestran que las estimaciones, \hat{E}_r , ya se aproximaban mucho al número conocido de trabajadores y trabajadoras del cuidado en cada región.

En el último paso, las ponderaciones de respuesta obtenidas en la ecuación 8 se multiplican por los factores de calibración obtenidos en la ecuación 9 para obtener las ponderaciones de respuesta calibradas:

$$\varphi'_j = \varphi_j \cdot \gamma_j \quad 10$$

Las ponderaciones de respuesta calibradas en la ecuación 10 se ajustan a las diferencias en la ausencia de respuesta entre las regiones. Las ponderaciones de respuesta calibradas se aproximan a 1 en las regiones en las que los datos sobre el empleo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado estaban disponibles para la mayoría de los países, y son superiores a 1 para los países pequeños y los países con

un PIB bajo por persona ocupada, ya que estos están insuficientemente representados entre los países que respondieron.

Sobre la base de los datos recopilados y de las ponderaciones de respuesta estimadas en la ecuación 10, es fácil estimar el número de personas ocupadas como trabajadores y trabajadoras del cuidado en el grupo g en cada región y en el mundo (universo R : el mundo más las regiones, donde cada elemento es r):

$$\widehat{D}_{gr} = \sum_{j \in R} \widehat{D}_{gj} \cdot \varphi'_j \quad 11$$

La estimación de la fuerza de trabajo total dedicada a la prestación de cuidados es la suma a nivel regional y mundial de las estimaciones para los grupos 1, 2, 3 y 4.

Cuadro A.4.1. Fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados. Estimaciones mundiales y regionales, por región y sexo (en miles), 2018

Total	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en los sectores del cuidado	Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares)	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado	Trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado	Fuerza de trabajo total dedicada a la prestación de cuidados
<i>Mundo</i>	215.394	70.146	23.497	71.990	381.028
África	17.041	11.693	1.588	4.568	34.891
Américas	47.842	16.503	5.979	20.441	90.766
Estados árabes	3.978	3.028	461	1.190	8.657
Asia y el Pacífico	92.844	36.041	9.441	28.228	166.554
Europa y Asia Central	53.690	2.881	6.026	17.563	80.160

Mujeres	Trabajadoras del cuidado empleados en los sectores del cuidado	Trabajadoras domésticas (empleadas por hogares)	Trabajadoras del cuidado empleadas en sectores no relacionados con el cuidado	Trabajadoras dedicadas a la prestación de cuidados empleadas en los sectores del cuidado	Fuerza de trabajo total dedicada a la prestación de cuidados
<i>Mundo</i>	142.819	49.251	13.806	43.017	248.893
África	8.668	9.393	640	2.218	20.919
Américas	36.232	15.195	3.914	13.831	69.171
Estados árabes	1.917	1.638	142	391	4.088
Asia y el Pacífico	53.639	20.469	4.898	14.326	93.332
Europa y Asia Central	42.364	2.555	4.212	12.252	61.383

Hombres	Trabajadores del cuidado empleados en los sectores del cuidado	Trabajadores domésticos (empleados por hogares)	Trabajadores del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado	Trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado	Fuerza de trabajo total dedicada a la prestación de cuidados
<i>Mundo</i>	72.575	20.896	9.691	28.973	132.135
África	8.373	2.300	948	2.350	13.972
Américas	11.610	1.309	2.066	6.611	21.595
Estados árabes	2.061	1.390	319	799	4.568
Asia y el Pacífico	39.205	15.572	4.544	13.902	73.223
Europa y Asia Central	11.326	326	1.814	5.311	18.777

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

A.4.3. Análisis de conglomerados

El análisis de conglomerados es un método conveniente para identificar grupos homogéneos de elementos, en nuestro caso, países.

El objetivo del análisis de conglomerados presentado en el capítulo 4 es detectar similitudes estructurales en los niveles y la composición de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados en la muestra de países objeto de análisis. Las variables de conglomeración, que determinarán el perfil de los cuidados de cada país, son: Trabajadores y trabajadoras del cuidado en la educación ($g1edu$) – porcentaje del total ocupado; Trabajadores y trabajadoras del cuidado en la salud y el trabajo social ($g1hsw$) – porcentaje del total ocupado; Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares) ($g2$) – porcentaje del total ocupado; Trabajadores y trabajadores del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado ($g3$) – porcentaje del total ocupado; Trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado ($g4$) – porcentaje del total ocupado (véase el cuadro A.4.2). Dado que todas las variables de conglomeración tienen la misma métrica y rango (porcentajes (0,100)), no se ha aplicado una estandarización mayor.

El método utilizado en el capítulo 4 es el de los conglomerados jerárquicos aglomerativos: los conglomerados se forman de manera consecutiva a partir de elementos individuales. Como punto de partida, cada país representa un conglomerado individual, y luego estos conglomerados se unen en función de su similitud. Este procedimiento continúa hasta que los 99 países analizados se refunden en un solo conglomerado.¹¹

Esto permite determinar una jerarquía de conglomerados desde una perspectiva ascendente, como se muestra en el dendograma contenido en el gráfico A.4.2. La similitud entre las variables de conglomeración se mide con la distancia euclidiana, que es la línea recta habitual entre un par de objetos, expresada como la raíz cuadrada de la suma de las diferencias elevadas al cuadrado entre los valores de las variables de conglomeración. La distancia euclidiana entre el país c_i y el país c_j es la siguiente:

$$d_{Euclidean}(c_i; c_j) = \sqrt{(g1edu_i - g1edu_j)^2 + (g1hsw_i - g1hsw_j)^2 + (g2_i - g2_j)^2 + (g3_i - g3_j)^2 + (g4_i - g4_j)^2}$$

De manera análoga, las distancias entre todas las parejas de países se computan y almacenan en una matriz de distancias, que es una matriz simétrica en la que los elementos no diagonales expresan las distancias entre pares de objetos y los elementos diagonales son cero; véase, por ejemplo, el gráfico A.4.1.a. El elemento de la matriz de distancias que tiene la distancia más corta conforma el primer conglomerado; en el ejemplo contenido en el gráfico A.4.1.a es el conglomerado CE.

Tras haber elegido el método de las distancias, debe elegirse un algoritmo de conglomeración. Existen varios procedimientos aglomerativos, y se distinguen por la manera en que definen la distancia desde un aglomerado creado recientemente hasta un objeto determinado. En el ejemplo contenido en el gráfico A.4.1, el algoritmo de conglomeración determinará cómo calcular la distancia entre CE y otros elementos. Dado que las variables de conglomeración no muestran valores atípicos (véase el cuadro A.4.2), el método de conglomeración utilizado es el de la vinculación (*linkage*) completa (el elemento más cercano), que parte de la base de que la distancia entre dos aglomerados se basa en la distancia más larga entre dos miembros cualquiera de los dos conglomerados. En el gráfico A.4.1.a, se utiliza una vinculación completa dada; la distancia entre CE y cualquier otro elemento es la distancia máxima entre este elemento y C, y este elemento y E. Por ejemplo, en el gráfico A.4.1.a, la distancia entre los elementos A y C es 3, y la distancia entre los elementos A y E es 11. Según el método de vinculación completa, la distancia entre A y CE es 11 (véase el gráfico A.4.1.b); si se continúa así, todos los elementos están conglomerados.

Gráfico A.4.1. Ejemplo de análisis de conglomerados completo

a. Matriz de distancia antes de crear el primer conglomerado						b. Matriz de distancia después de crear el primer conglomerado				
	A	B	C	D	E		CE	A	B	D
A	0					CE	0			
B	9	0				A	11	0		
C	3	7	0			B	10	9	0	
D	6	5	9	0		D	9	6	5	0
E	11	10	1	8	0					

Fuente: Elaboración propia.

La manera habitual de visualizar el resultado de un análisis de conglomerados jerárquicos es elaborando un dendograma (véase el gráfico A.4.2), que muestra el nivel de distancia al que se unen los países. El dendograma se lee de izquierda a derecha; las líneas verticales muestran la distancia a la que se han combinado los países.¹² La conglomeración jerárquica no indica el número de conglomerados ni a qué distancia debe cortarse el dendograma; sin embargo, sobre la base de la visualización del dendograma, se han identificado cuatro conglomerados (y subconglomerados) y nombrado en consecuencia:

1. Niveles muy elevados de empleo en los sectores del cuidado;
2. Niveles muy elevados de empleo en los sectores del cuidado, incluidos dos subconglomerados (Niveles elevados de empleo en los sectores del cuidado, con un porcentaje muy bajo de trabajadoras y trabajadores domésticos, y Niveles medios a altos de empleo en los sectores del cuidado, con un porcentaje bajo, pero considerable, de trabajadoras y trabajadores domésticos);
3. Dependencia de las trabajadoras y trabajadores domésticos, comprendidos tres subconglomerados (Niveles medios a altos de empleo en los sectores del cuidado, con un porcentaje muy elevado de trabajadoras y trabajadores domésticos; Niveles medios a altos de empleo en los sectores del cuidado, con un porcentaje elevado de trabajadoras y trabajadores domésticos, y Niveles bajos de empleo en los sectores del cuidado, con un porcentaje elevado de trabajadoras y trabajadores domésticos).
4. Niveles medios a bajos de empleo de cuidados, comprendidos dos subconglomerados (Niveles medios de empleo en los sectores del cuidado, con un porcentaje muy bajo de trabajadoras y trabajadores domésticos, y Niveles bajos de empleo de cuidados).

Cuadro A.4.2. Trabajadores y trabajadoras del cuidado como porcentaje del total ocupado (en porcentajes), último año disponible

Conglomerado	País	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la educación	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la atención de la salud y atención social	Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares)	Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado	Trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado
1	Dinamarca	7,1	14,8	0,0	1,2	4,9
1	Finlandia	5,8	14,7	0,4	1,6	3,9
1	Países Bajos	5,0	12,0	0,0	1,6	5,3
1	Noruega	7,7	18,8	0,0	1,3	3,4
1	Suecia	9,6	13,9	0,0	1,6	3,9
2.1	Australia	7,0	10,9	0,1	1,3	5,7
2.1	Austria	5,7	8,0	0,2	2,0	3,7
2.1	Bélgica	7,7	10,2	0,1	1,6	6,4
2.1	Canadá	4,9	9,3	0,7	1,0	5,3
2.1	Francia	5,6	9,6	1,1	2,0	7,0
2.1	Alemania	5,4	10,1	0,5	1,7	4,2
2.1	Islandia	11,5	9,0	0,0	1,6	3,8
2.1	Irlanda	5,9	9,6	0,3	1,2	4,9
2.1	Japón	3,5	9,0	0,0	0,6	4,8
2.1	Luxemburgo	6,4	7,5	1,3	1,0	4,0
2.1	Malta	7,9	7,1	0,2	1,0	4,6
2.1	Suiza	5,6	10,0	1,0	2,	5,6
2.1	Reino Unido	7,7	10,0	0,2	1,7	6,5
2.1	Estados Unidos	6,0	9,8	0,5	2,1	6,9
2.2	Croacia	5,7	5,4	0,1	0,9	3,2
2.2	República Checa	4,9	5,5	0,0	1,4	3,4
2.2	Estonia	7,1	5,1	0,0	1,2	3,3
2.2	Grecia	7,0	4,5	1,1	1,1	2,7
2.2	Hungría	5,6	4,9	0,1	1,1	3,5
2.2	Italia	5,3	6,5	3,3	2,7	3,2
2.2	Corea, República de	5,4	5,2	0,3	1,5	3,5
2.2	Letonia	6,8	4,2	0,1	1,0	4,6
2.2	Lituania	7,1	5,4	0,0	1,2	4,8
2.2	Polonia	5,3	4,6	0,2	1,1	3,6
2.2	Portugal	6,3	7,1	2,4	1,2	4,8
2.2	Federación de Rusia	6,8	5,6	0,0	0,9	4,6
2.2	Eslovaquia	5,1	6,1	0,0	1,1	3,3
2.2	Eslovenia	6,9	5,6	0,0	1,2	3,9
2.2	España	5,6	6,5	3,4	2,2	3,1
3.1	Kuwait	5,1	2,4	14,2	2,0	2,1
3.1	Arabia Saudita	8,8	2,8	12,5	0,9	4,4

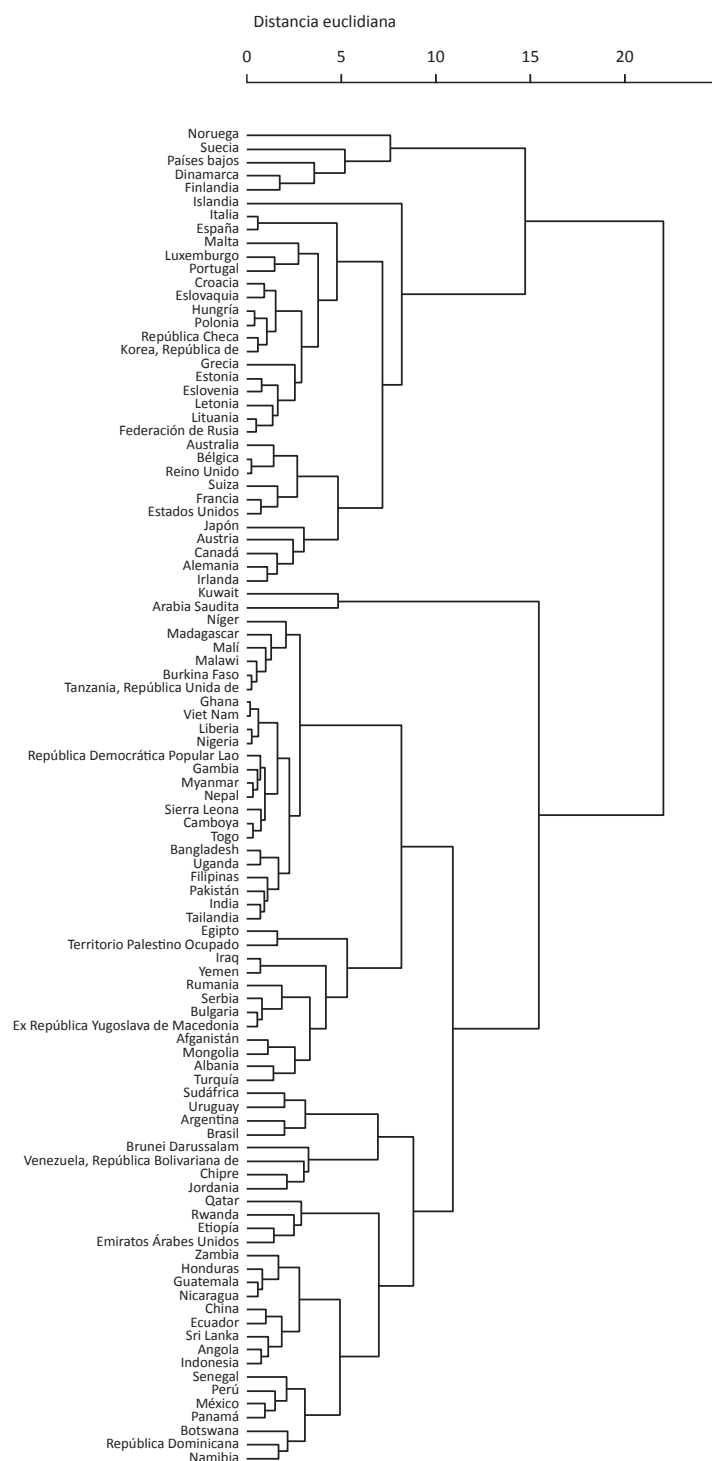
Conglomerado	País	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la educación	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la atención de la salud y atención social	Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares)	Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado	Trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado
3.2	Argentina	5,9	4,3	7,6	2,1	4,0
3.2	Brasil	4,7	3,2	6,9	1,3	3,6
3.2	Brunei Darussalam	7,5	2,4	5,6	2,3	3,6
3.2	Chipre	6,6	4,0	3,5	1,4	2,7
3.2	Jordania	8,2	3,0	3,4	0,8	3,5
3.2	Sudáfrica	3,5	4,2	8,2	0,4	4,7
3.2	Uruguay	4,6	5,2	6,9	0,7	4,7
3.2	Venezuela, República Bolivariana de	5,6	2,2	3,9	0,6	4,6
3.3	Angola	4,0	1,4	1,8	0,3	1,1
3.3	Botswana	3,8	1,4	5,5	2,3	2,5
3.3	China	3,3	1,9	3,3	0,5	1,8
3.3	República Dominicana	3,4	2,0	5,6	0,6	3,3
3.3	Ecuador	3,8	1,9	2,6	0,4	1,3
3.3	Etiopía	1,5	0,5	7,3	0,2	0,2
3.3	Guatemala	3,7	1,2	3,9	0,5	1,2
3.3	Honduras	3,0	1,0	4,1	0,8	1,4
3.3	Indonesia	4,1	0,8	2,3	0,2	1,2
3.3	México	3,5	2,1	4,6	0,5	2,3
3.3	Namibia	4,6	1,9	6,4	0,6	2,5
3.3	Nicaragua	3,5	1,3	4,4	0,5	1,4
3.3	Panamá	4,1	2,8	4,5	0,6	2,6
3.3	Perú	4,5	2,6	3,6	0,3	2,3
3.3	Qatar	1,9	1,1	8,5	0,1	1,0
3.3	Rwanda	2,0	2,1	5,8	0,5	1,2
3.3	Senegal	3,5	1,0	4,3	0,3	2,9
3.3	Sri Lanka	3,5	1,1	2,1	1,1	0,9
3.3	Emiratos Árabes Unidos	1,3	0,7	6,0	0,1	0,8
3.3	Zambia	2,3	0,7	3,9	0,1	0,7
4.1	Afganistán	4,9	1,9	0,1	0,2	2,8
4.1	Albania	4,9	2,4	0,3	0,8	1,2
4.1	Bulgaria	4,5	4,4	0,2	0,9	2,3
4.1	Egipto	7,1	1,9	1,0	0,9	3,1
4.1	Iraq	5,0	1,2	0,1	1,1	1,4
4.1	Mongolia	5,1	2,3	0,1	0,6	3,7
4.1	Territorio Palestino Ocupado	8,1	2,7	0,0	0,7	3,3
4.1	Rumania	3,3	4,0	0,6	0,8	1,6

Conglomerado	País	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la educación	Trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la atención de la salud y atención social	Trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares)	Trabajadoras y trabajadores del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado	Trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado
4.1	Serbia	4,5	4,4	0,6	0,8	3,0
4.1	Ex República Yugoslava de Macedonia	4,6	4,1	0,1	1,1	2,7
4.1	Turquía	4,8	3,4	0,6	1,0	2,1
4.1	Yemen	5,1	1,0	0,4	1,2	0,7
4.2	Bangladesh	3,0	0,9	2,0	0,2	0,6
4.2	Burkina Faso	1,5	0,5	0,9	0,1	0,6
4.2	Camboya	2,3	0,8	0,6	0,2	0,3
4.2	Gambia	2,3	0,6	0,0	0,1	0,6
4.2	Ghana	3,2	0,8	0,4	0,2	0,7
4.2	India	2,6	0,7	0,9	0,5	0,9
4.2	República Democrática Popular Lao	2,1	0,4	0,1	0,7	0,3
4.2	Liberia	3,3	1,1	0,1	0,4	0,8
4.2	Madagascar	1,6	0,4	2,1	0,1	0,4
4.2	Malawi	1,6	0,8	1,2	0,1	0,9
4.2	Malí	1,7	0,4	0,8	0,3	0,1
4.2	Myanmar	2,0	0,3	0,2	0,3	0,3
4.2	Nepal	2,1	0,4	0,3	0,1	0,5
4.2	Níger	0,9	0,4	0,2	0,6	0,3
4.2	Nigeria	3,3	1,1	0,1	0,6	0,6
4.2	Pakistán	3,2	1,0	1,0	0,2	1,1
4.2	Filipinas	2,5	0,9	1,4	1,0	1,0
4.2	Sierra Leona	2,4	0,8	0,2	0,1	0,0
4.2	Tanzanía, República Unida de	1,6	0,6	1,1	0,1	0,6
4.2	Tailandia	2,4	1,3	0,6	0,4	1,2
4.2	Togo	2,1	0,6	0,8	0,1	0,4
4.2	Uganda	2,8	0,8	1,3	0,1	0,6
4.2	Viet Nam	3,0	0,8	0,4	0,2	0,7

Nota: Los cálculos para Iraq hacen referencia únicamente a los trabajadores asalariados y a sueldo. Véase el anexo A.7, cuadro A.7.1, para el año de la encuesta.

Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

Gráfico A.4.2. Dendrograma de análisis de conglomerados completo utilizando la distancia euclidiana: Cinco indicadores: trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la educación; trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en la atención de la salud y la atención social; trabajadoras y trabajadores domésticos (empleados por hogares); trabajadores y trabajadoras del cuidado empleados en sectores no relacionados con el cuidado; trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado



Fuente: Cálculos de la OIT basados en microdatos de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares.

A.5. ESTIMACIÓN DEL INSUMO-PRODUCTO DE LOS TRABAJOS EN LA ECONOMÍA DEL CUIDADO: DATOS BASADOS EN LOS PAÍSES

Cuadro A.5.1. Costos basados en los países de la expansión de los servicios de cuidado en el escenario *statu quo* frente al escenario de la mejor vía

	Educación (<i>statu quo</i>)		Educación (la mejor vía)		Rentabilidad fiscal como proporción de los gastos en ambos escenarios		Atención de la salud y atención social (<i>statu quo</i>)		Atención de la salud y atención social (la mejor vía)		Rentabilidad fiscal como proporción de los gastos en ambos escenarios		Total (<i>statu quo</i>)		Total (la mejor vía)		Rentabilidad fiscal como proporción de los gastos en ambos escenarios
	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	propor- ción de los gastos en ambos escenarios	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	propor- ción de los gastos en ambos escenarios	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	
Argentina	29800	3,4	38.400	4,4	14,0	34.994	4,0	46.210	5,3	17,3	64.794	7,4	84.610	9,7	15,8		
Australia	88000	4,4	107.000	5,3	16,9	200.240	10,0	260.320	13,0	16,2	288.240	14,4	367.320	18,3	16,4		
Austria	22.500	4,8	27.700	5,9	26,7	91.170	19,3	93.500	19,8	30,3	113.670	24,1	121.200	25,7	29,6		
Bélgica	31.200	5,5	34.300	6,0	20,0	68.400	12,0	83.600	14,7	24,7	99.600	17,5	117.900	20,7	23,2		
Brasil	129.000	5,7	168.000	7,5	18,1	275.120	12,2	296.100	13,1	22,3	404.120	17,9	464.100	20,6	21,0		
Brunei Darussalam	525	2,0	624	2,4	0,0	655	2,5	777	3,0	0,0	1.180	4,5	1.401	5,3	0,0		
Bulgaria	2.410	3,2	3.420	4,6	13,9	5.656	7,5	6.294	8,4	16,3	8.066	10,7	9.714	12,9	15,6		
Canadá	90.000	4,4	107.000	5,2	11,7	250.500	12,2	280.100	13,7	12,4	340.500	16,6	387.100	18,9	12,2		
China	366.000	1,4	407.000	1,5	9,9	928.380	3,5	1.165.000	4,4	12,7	1.294.380	4,8	1.572.000	5,9	11,9		
Chipre	2.420	8,7	2.800	10,1	24,9	2.802	10,1	3.245	11,7	26,3	5.222	18,8	6.045	21,8	25,6		
República Checa	9.280	3,5	11.300	4,3	13,7	25.560	9,6	30.490	11,5	14,7	34.840	13,1	41.790	15,8	14,5		
Dinamarca	25.400	6,4	30.100	7,6	26,6	54.100	13,7	66.300	16,8	26,7	79.500	20,2	96.400	24,5	26,6		
Estonia	1.210	3,4	1.660	4,7	1,4	1.979	5,6	2.988	8,5	1,4	3.189	9,0	4.648	13,2	1,4		
Finlandia	15.000	5,0	18.100	6,1	23,8	27.890	9,3	28.380	9,5	24,3	42.890	14,3	46.480	15,6	24,1		
Francia	160.000	5,1	175.000	5,5	27,9	458.100	14,5	545.700	17,2	28,9	618.100	19,5	720.700	22,8	28,6		
Alemania	178.000	4,3	217.000	5,3	18,8	790.000	19,1	872.600	21,1	19,2	968.000	23,4	1.089.600	26,4	19,2		
Grecia	11.600	4,9	14.600	6,2	31,6	29.210	12,4	37.740	16,0	37,3	40.810	17,3	52.340	22,2	35,7		
Hungría	5.220	3,0	6.570	3,8	21,4	11.811	6,8	11.821	6,8	22,8	17.031	9,8	18.391	10,6	22,4		
India	80.600	1,2	367.000	5,5	7,4	155.287	2,3	204.400	3,1	9,8	235.887	3,6	571.400	8,6	9,0		

	Educación (<i>statu quo</i>)		Educación (la mejor vía)		Rentabilidad fiscal como proporción de los gastos en ambos escenarios		Atención de la salud y atención social (<i>statu quo</i>)		Atención de la salud y atención social (la mejor vía)		Rentabilidad fiscal como proporción de los gastos en ambos escenarios		Total (<i>status quo</i>)		Total (la mejor vía)		Rentabilidad fiscal como proporción de los gastos en ambos escenarios
	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2015)	Costo como porcentaje del PIB de 2030 (%)	
Indonesia	44.000	2,3	142.000	7,5	11,3	30.714	1,6	95.640	5,0	11,1	74.714	3,9	237.640	12,5	11,2		
Irlanda	11.900	2,7	13.300	3,0	13,7	72.000	16,1	83.500	18,6	16,3	83.900	18,7	96.800	21,6	15,9		
Italia	91.200	4,4	105.000	5,0	22,6	248.800	11,9	317.600	15,2	28,7	340.000	16,3	422.600	20,2	27,0		
Japón	229.000	4,7	257.000	5,3	8,0	601.400	12,4	949.000	19,5	11,0	830.400	17,1	1.206.000	24,8	10,1		
Corea, República de	82.800	3,9	95.300	4,5	12,6	151.500	7,1	165.700	7,8	15,5	234.300	11,0	261.000	12,3	14,5		
Letonia	1.510	3,5	1.570	3,7	26,1	2.020	4,7	2.456	5,7	27,5	3.530	8,3	4.026	9,4	26,9		
Lituania	1.960	3,0	2.410	3,7	6,0	3.285	5,0	3.822	5,9	6,6	5.245	8,1	6.232	9,6	6,4		
Luxemburgo	2.740	2,9	3.160	3,4	16,2	-	0,0	-	0,0	0,0	2.740	2,9	3.160	3,4	16,2		
Malta	677	3,9	806	4,6	21,3	1.211	6,9	1.422	8,1	22,3	1.888	10,8	2.228	12,7	21,9		
México	66.400	4,0	96.400	5,7	12,9	144.900	8,6	146.900	8,7	14,0	211.300	12,6	243.300	14,5	13,7		
Países Bajos	41.300	4,1	53.200	5,3	39,3	175.100	17,4	194.800	19,3	39,6	216.400	21,5	248.000	24,6	39,5		
Perú	9.910	3,0	13.700	4,2	13,7	15.797	4,8	23.370	7,1	15,4	25.707	7,8	37.070	11,3	14,7		
Filipinas	41.900	5,3	82.500	10,5	11,4	68.733	8,8	71.150	9,1	12,3	110.633	14,1	153.650	19,6	12,0		
Polonia	25.300	3,5	29.500	4,1	18,7	32.340	4,5	51.800	7,2	21,2	57.640	8,0	81.300	11,3	20,1		
Portugal	9.740	4,0	11.000	4,5	23,6	24.020	9,8	28.580	11,6	29,7	33.760	13,8	39.580	16,1	27,9		
Rumania	4.610	1,5	6.360	2,1	20,9	11.248	3,7	13.800	4,5	23,4	15.858	5,2	20.160	6,6	22,7		
Federación de Rusia	82.900	4,9	108.000	6,4	18,8	267.300	15,9	274.200	16,3	20,4	350.200	20,8	382.200	22,7	20,0		
Eslovaquia	4.360	3,0	5.440	3,7	23,1	5.790	4,0	5.810	4,0	24,2	10.150	7,0	11.250	7,8	23,7		
Eslovenia	2.640	4,5	3.160	5,4	24,2	5.493	9,4	5.653	9,7	24,6	8.133	13,9	8.813	15,1	24,5		
España	57.700	3,6	68.800	4,3	9,7	188.600	11,8	213.500	13,3	11,4	246.300	15,4	282.300	17,6	11,0		
Suecia	44.400	6,7	46.200	6,9	22,8	111.000	16,7	137.800	20,7	20,8	155.400	23,3	184.000	27,6	21,4		
Túnez	3.070	4,1	5.370	7,1	18,1	7.099	9,4	7.616	10,1	21,0	10.169	13,5	12.986	17,2	20,1		

	Educación (<i>statu quo</i>)		Educación (la mejor vía)		Rentabili- dad fiscal como propor- ción de los gastos (%) en ambos escena- rios	Atención de la salud y atención social (<i>statu quo</i>)		Atención de la salud y atención social (la mejor vía)		Rentabili- dad fiscal como propor- ción de los gastos (%) en ambos escena- rios	Total (<i>status quo</i>)		Total (la mejor vía)		Rentabili- dad fiscal como propor- ción de los gastos (%) en ambos escena- rios	
	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcen- taje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcen- taje del PIB de 2030 (%)		Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcen- taje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcen- taje del PIB de 2030 (%)		Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcen- taje del PIB de 2030 (%)	Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)	Costo como porcen- taje del PIB de 2030 (%)		Costo (gastos requeridos en millones de USD, 2030 precios de 2015)
Turquía	43.800	3,0	61.600	4,2	21,6	5,8	85.286	6,7	99.100	10,8	28,4	129.086	8,8	160.700	10,9	26,1
Reino Unido	170.000	4,6	197.000	5,4	24,5	10,6	391.300	10,8	397.000	10,8	32,2	561.300	15,3	594.000	16,2	29,9
Estados Unidos	1.110.000	4,7	1.520.000	6,5	16,3	23,0	5.398.000	26,9	6.320.000	26,9	16,7	6.508.000	27,7	7.840.000	33,4	16,7
Viet Nam	17.400	3,6	45.400	9,5	11,6	7,7	36.838	9,3	44.310	9,3	10,4	54.238	11,4	89.710	18,8	10,8
Total	3.449.382	3,4	4.711.750	4,69	15,8	11,4	11.491.627	13,6	13.690.094	13,6	17,9	14.941.009	14,9	18.401.844	18,3	17,4

Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima publicación.

Cuadro A.5.2. Generación de empleo directo en la salud, los cuidados de larga duración y la educación en 2030, y mayor generación de empleo en la salud y atención social y en la educación en 2030, derivada de la inversión en servicios de cuidado, por país (puestos de trabajo, en miles)

País	Salud (<i>statu quo</i>)	Salud (la mejor vía)	Cuidados de larga duración (<i>statu quo</i>)	Cuidados de larga duración (la mejor vía)	Educación (<i>statu quo</i>)	Educación (la mejor vía)	Mayor generación de empleo en la salud y el trabajo social (<i>statu quo</i>)	Mayor generación de empleo en la salud y el trabajo social (la mejor vía)	Mayor ge- neración de empleo en la educa- ción (<i>statu quo</i>)	Mayor ge- neración de empleo en la educa- ción (la mejor vía)
Argentina	720,4	806,4	15,9	279,6	1.079,3	1.449,2	1.104,4	1.454,0	1.260,6	1.569,4
Australia	767,7	998,1	346,1	346,1	522,6	636,0	2.094,6	2.325,0	1.019,9	1.133,3
Austria	240,6	240,6	90,8	108,3	190,8	286,1	540,3	557,8	246,4	341,8
Bélgica	425,5	528,3	90,1	103,3	277,9	333,1	620,3	736,2	466,5	521,7
Brasil	5.009,6	5.009,6	75,5	1.325,2	4.206,8	5.564,0	5.801,5	7.051,3	6.238,0	7.595,2
Brunei Darussalam	9,8	9,8	0,1	2,2	13,0	16,8	8,0	10,0	18,4	22,2
Bulgaria	133,0	133,0	15,7	65,5	129,4	177,7	178,1	227,9	195,8	244,1
Canadá	771,8	872,4	388,8	388,8	789,8	944,7	2.546,6	2.647,3	1.315,0	1.394,4
China	15.833,0	17.305,2	606,7	10.700,0	21.051,5	26.091,7	25.440,1	37.005,6	27.591,7	32.631,9
Chipre	22,4	22,4	0,6	10,1	25,6	32,9	37,0	46,5	53,7	60,9
República Checa	253,4	306,4	128,5	128,5	194,8	223,9	428,1	481,1	350,4	379,5
Dinamarca	206,0	261,7	119,3	119,3	171,5	233,3	507,7	563,4	243,5	305,3
Estonia	24,6	36,3	15,4	24,6	42,9	49,1	40,5	61,5	67,0	70,6
Finlandia	105,4	107,3	59,4	59,4	129,0	161,8	407,1	409,0	205,0	237,8
Francia	2.166,8	2.559,3	595,4	703,2	1.191,2	1.489,7	4.299,9	4.800,2	1.969,7	2.268,2
Alemania	2.382,1	2.649,6	1.102,6	1.102,6	1.749,3	2.346,9	6.072,4	6.339,8	2.439,0	3.036,5
Grecia	239,7	284,1	6,8	118,8	203,7	259,6	264,1	420,6	315,5	371,4
Hungría	194,8	194,8	49,5	49,5	205,6	267,7	284,7	284,7	333,9	396,1
India	12.925,8	15.768,6	104,4	5.547,0	13.365,6	29.057,9	10.353,4	18.638,8	21.344,9	37.037,2
Indonesia	1.024,4	2.966,2	19,9	1.059,3	6.587,2	10.452,7	1.691,3	4.672,5	7.728,1	11.593,7
Irlanda	153,8	194,3	92,7	92,7	104,4	130,8	353,2	393,7	130,5	156,9
Italia	1.162,3	1.463,6	581,2	718,2	1.051,6	1.236,8	1.900,3	2.338,6	1.394,1	1.579,4
Japón	3.842,1	3.842,1	2.227,8	3.073,1	3.101,6	3.836,8	6.309,8	7.155,1	2.965,4	3.700,6
Corea, República de	960,6	960,6	416,5	669,4	1.079,4	1.352,3	1.610,7	1.863,6	2.351,0	2.623,9

País	Salud (<i>statu quo</i>)	Salud (la mejor vía)	Cuidados de larga duración (<i>statu quo</i>)	Cuidados de larga duración (la mejor vía)	Educación (<i>statu quo</i>)	Educación (la mejor vía)	Mayor generación de empleo en la salud y el trabajo social (<i>statu quo</i>)	Mayor generación de empleo en la salud y el trabajo social (la mejor vía)	Mayor ge- neración de empleo en la educa- ción (<i>statu quo</i>)	Mayor ge- neración de empleo en la educa- ción (la mejor vía)
Letonia	30,2	30,2	4,8	18,0	54,6	66,4	49,0	62,2	92,1	104,0
Lituania	53,7	53,7	6,8	27,4	105,2	120,5	90,8	111,3	145,1	160,5
Luxemburgo	-	-	-	-	18,3	23,0	32,9	32,9	23,6	28,4
Malta	9,9	9,9	0,3	4,7	11,5	14,7	18,8	23,2	17,9	21,1
México	1.483,4	1.502,6	2.355,4	2.355,4	2.717,8	4.397,3	3.984,0	4.003,2	3.317,6	4.997,1
Países Bajos	414,6	466,0	367,6	367,6	378,2	488,9	1.832,9	1.884,3	549,7	660,4
Perú	222,1	304,3	9,3	163,4	738,4	989,3	613,0	849,2	922,9	1.149,7
Filipinas	1.635,7	1.644,6	6,9	365,8	1.457,1	2.555,1	1.700,3	2.068,1	822,5	1.871,9
Polonia	476,0	560,4	85,7	367,5	888,4	1.103,2	944,3	1.310,4	1.333,1	1.548,0
Portugal	201,5	231,6	60,0	102,4	183,9	240,0	186,5	258,9	313,2	369,3
Rumania	302,3	302,3	3,2	167,8	299,0	409,7	396,5	561,1	356,7	467,4
Federación de Rusia	3.914,6	3.914,6	764,3	1.177,0	3.610,7	4.580,9	6.862,5	7.275,3	7.508,9	8.479,1
Eslovaquia	60,0	60,0	15,7	15,7	107,2	133,1	154,7	154,7	163,5	189,5
Eslovenia	38,1	38,1	30,0	30,0	50,3	61,1	72,4	72,4	88,5	99,2
España	1.194,8	1.335,5	506,2	514,3	792,1	1.051,8	1.833,7	1.982,5	1.150,2	1.409,9
Suecia	296,2	374,8	294,1	294,1	359,0	399,0	857,4	936,0	680,2	720,1
Túnez	191,9	191,9	1,3	69,1	289,1	392,6	193,2	261,0	289,1	392,6
Turquía	947,7	1.005,8	26,4	462,9	1.488,8	2.882,9	1.392,5	1.887,0	1.850,3	3.244,4
Reino Unido	1.654,1	1.660,9	823,6	823,6	1.256,5	1.620,4	4.505,0	4.511,8	3.458,0	3.822,0
Estados Unidos	8.669,6	9.281,9	8.447,9	16.100,0	9.664,8	13.114,5	26.191,6	34.456,0	15.987,8	19.437,5
Viet Nam	1.332,4	1.510,7	10,7	570,5	2.204,6	2.586,2	1.362,3	2.100,3	2.162,4	2.544,0
Total	72.705,0	82.001,0	20.969,9	50.791,7	84.140,0	123.862,3	126.168,5	165.286,1	121.477,7	160.988,1

Nota: El mayor número de trabajadores y trabajadoras en los sectores de la salud y el trabajo social incluyen tanto trabajadores de salud como trabajadoras dedicados a la prestación de cuidados de larga duración. En todos los casos, las cifras de las columnas son la suma de los trabajadores y trabajadoras del cuidado y de las trabajadoras y trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados en cada sector/subsector. “-” indica que no existen datos disponibles.
Fuente: Ilkkaracan y Kim, de próxima publicación.

A.6. GRUPOS REGIONALES Y DE INGRESOS

Cuadro A.6.1. País, grupos regionales, subregionales y de ingresos

Región	Subregión	Código de país	País
África	África Septentrional	DZA	Argelia
		EGY	Egipto
		LBY	Libia
		MAR	Marruecos
		SDN	Sudán
		TUN	Túnez
		ESH	Sáhara Occidental
	África Subsahariana	AGO	Angola
		BEN	Benin
		BWA	Botswana
		BFA	Burkina Faso
		BDI	Burundi
		CPV	Cabo Verde
		CMR	Camerún
		CAF	República Centroafricana
		TCD	Chad
		COM	Comoras
		COG	Congo
		COD	Congo, República Democrática del
		CIV	Côte d'Ivoire
		DJI	Djibouti
		GNQ	Guinea Ecuatorial
		ERI	Eritrea
		ETH	Etiopía
		GAB	Gabón
		GMB	Gambia
		GHA	Ghana
		GIN	Guinea
		GNB	Guinea-Bissau
		KEN	Kenya
		LSO	Lesotho
		LBR	Liberia
		MDG	Madagascar
MWI	Malawi		
MLI	Malí		
MRT	Mauritania		

Región	Subregión	Código de país	País
		MUS	Mauricio
		MOZ	Mozambique
		NAM	Namibia
		NER	Níger
		NGA	Nigeria
		RWA	Rwanda
		STP	Santo Tomé y Príncipe
		SEN	Senegal
		SLE	Sierra Leona
		SOM	Somalia
		ZAF	Sudáfrica
		SSD	Sudán del Sur
		SWZ	Swazilandia
		TZA	Tanzanía, República Unida de
		TGO	Togo
		UGA	Uganda
		ZMB	Zambia
		ZWE	Zimbabwe
Américas	América Latina y el Caribe	ARG	Argentina
		BHS	Bahamas
		BRB	Barbados
		BLZ	Belice
		BOL	Bolivia, Estado Plurinacional de
		BRA	Brasil
		CHL	Chile
		COL	Colombia
		CRI	Costa Rica
		CUB	Cuba
		DOM	República Dominicana
		ECU	Ecuador
		SLV	El Salvador
		GTM	Guatemala
		GUY	Guyana
		HTI	Haití
		HND	Honduras
		JAM	Jamaica
		MEX	México
		NIC	Nicaragua
		PAN	Panamá
		PRY	Paraguay
		PRT	Perú

Región	Subregión	Código de país	País
		PRI	Puerto Rico
		LCA	Santa Lucía
		VCT	San Vicente y las Granadinas
		SUR	Suriname
		TTO	Trinidad y Tobago
		VIR	Islas Vírgenes de los Estados Unidos
		URY	Uruguay
		VEN	Venezuela, Rep. Bolivariana de
	América del Norte	CAN	Canadá
		USA	Estados Unidos
Estados árabes		BHR	Bahrein
		IRQ	Iraq
		JOR	Jordania
		KWT	Kuwait
		LBN	Líbano
		PSE	Territorio Palestino Ocupado
		OMN	Omán
		QAT	Qatar
		SAU	Arabia Saudita
		SYR	República Árabe Siria
		ARE	Emiratos Árabes Unidos
		YEM	Yemen
Asia y el Pacífico	Asia Oriental	CHN	China
		HKG	Hong Kong, China
		JPN	Japón
		PRK	Corea, República Democrática Popular de
		KOR	Corea, República de
		MAC	Macau, China
		MNG	Mongolia
		TWN	Taiwán, China
	Asia Sudoriental y el Pacífico	AUS	Australia
		BRN	Brunei Darussalam
		KHM	Camboya
		FJI	Fiji
		PYF	Polinesia francesa
		GUM	Guam
		IDN	Indonesia
		LAO	Rep. Democrática Popular Lao
		MYS	Malasia

Región	Subregión	Código de país	País
		MMR	Myanmar
		NCL	Nueva Caledonia
		NZL	Nueva Zelanda
		PNG	Papua Nueva Guinea
		PHL	Filipinas
		WSM	Samoa
		SGP	Singapur
		SLB	Islas Salomón
		THA	Tailandia
		TLS	Timor-Leste
		TON	Tonga
		VUT	Vanuatu
		VNM	Viet Nam
	Asia Meridional	AFG	Afganistán
		BGD	Bangladesh
		BTN	Bután
		IND	India
		IRN	Irán, República Islámica del
		MDV	Maldivas
		NPL	Nepal
		PAK	Pakistán
		SLE	Sri Lanka
Europa y Asia Central	Asia Central y Occidental	ARM	Armenia
		AZE	Azerbaiyán
		CYP	Chipre
		GEO	Georgia
		ISR	Israel
		KAZ	Kazajstán
		KGZ	Kirguistán
		TJK	Tayikistán
		TUR	Turquía
		TKM	Turkmenistán
		UZB	Uzbekistán
	Europa Oriental	BLR	Belarús
		BGR	Bulgaria
		CZE	República Checa
		HUN	Hungría
		MDA	Moldova, República de
		POL	Polonia
		ROU	Rumania

Región	Subregión	Código de país	País
		RUS	Federación de Rusia
		SVK	Eslovaquia
		UKR	Ucrania
	Europa Septentrional, Meridional y Occidental	ALB	Albania
		AUT	Austria
		BEL	Bélgica
		BIH	Bosnia y Herzegovina
		-	Islas del Canal
		HRV	Croacia
		DNK	Dinamarca
		EST	Estonia
		FIN	Finlandia
		FRA	Francia
		DEU	Alemania
		GRC	Grecia
		ISL	Islandia
		IRL	Irlanda
		ITA	Italia
		LTV	Letonia
		LTU	Lituania
		LUX	Luxemburgo
		MLT	Malta
		MNE	Montenegro
		NLD	Países Bajos
		NOR	Noruega
		PRT	Portugal
		SRB	Serbia
		SVN	Eslovenia
		ESP	España
		SWE	Suecia
		CHE	Suiza
		MKD	Ex República Yugoslava de Macedonia
		GBR	Reino Unido

Fuente: Departamento de Estadística de la OIT, basado en ISO 3166-1 alfa-3.

Países de ingresos altos		
Australia	Hong Kong, China	Portugal
Austria	Hungría	Puerto Rico
Bahamas	Islandia	Qatar
Bahrein	Irlanda	Arabia Saudita
Barbados	Israel	Singapur
Bélgica	Italia	Eslovaquia
Brunei Darussalam	Japón	Eslovenia
Canadá	Corea, República de	España
Islas del Canal	Kuwait	Suecia
Chile	Letonia	Suiza
Chipre	Lituania	Taiwán, China
República Checa	Luxemburgo	Trinidad y Tobago
Dinamarca	Macau, China	Emiratos Árabes Unidos
Estonia	Malta	Reino Unido
Finlandia	Países Bajos	Estados Unidos
Francia	Nueva Caledonia	Islas Vírgenes de los Estados Unidos
Polinesia Francesa	Nueva Zelandia	Uruguay
Alemania	Noruega	
Grecia	Omán	
Guam	Polonia	

Países de ingresos bajos		
Afganistán	Corea, República Democrática Popular de	Togo
Benin	Liberia	Uganda
Burkina Faso	Madagascar	Zimbabwe
Burundi	Malawi	
República Centroafricana	Malí	
Chad	Mozambique	
Comoras	Nepal	
Congo, República Democrática del	Níger	
Eritrea	Rwanda	
Etiopía	Senegal	
Gambia	Sierra Leona	
Guinea	Somalia	
Guinea-Bissau	Sudán del Sur	
Haití	Tanzanía, República Unida de	

Países de ingresos medios		
Albania	Ghana	Perú
Argelia	Guatemala	Filipinas
Angola	Guyana	Rumania
Argentina	Honduras	Federación de Rusia
Armenia	India	Santa Lucía
Azerbaiyán	Indonesia	San Vicente y las Granadinas
Bangladesh	Irán, República Islámica del	Samoa
Belarús	Iraq	Santo Tomé y Príncipe
Belice	Jamaica	Serbia
Bután	Jordania	Islas Salomón
Bolivia, Estado Plurinacional de	Kazajstán	Sudáfrica
Bosnia y Herzegovina	Kenya	Sri Lanka
Botswana	Kirguistán	Sudán
Brasil	República Democrática Popular Lao	Suriname
Bulgaria	Líbano	Swazilandia
Camboya	Lesotho	República Árabe Siria
Camerún	Libia	Tayikistán
Cabo Verde	Malasia	Tailandia
China	Mauritania	Ex República Yugoslava de Macedonia
Colombia	Mauricio	Timor-Leste
Congo	México	Tonga
Costa Rica	Moldova, República de	Túnez
Croacia	Mongolia	Turquía
Cuba	Montenegro	Turkmenistán
Côte d'Ivoire	Marruecos	Ucrania
Djibouti	Myanmar	Uzbekistán
República Dominicana	Namibia	Vanuatu
Ecuador	Nicaragua	Venezuela, República Bolivariana de
Egipto	Nigeria	Viet Nam
El Salvador	Territorio Palestino Ocupado	Sáhara Occidental
Guinea Ecuatorial	Pakistán	Yemen
Fiji	Panamá	Zambia
Gabón	Papua Nueva Guinea	
Georgia	Paraguay	

Fuente: Los grupos de países corresponden a la clasificación de ingresos del Banco Mundial. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>.

A.7. ENCUESTAS SOBRE LA FUERZA DE TRABAJO Y ENCUESTAS SOBRE EL USO DEL TIEMPO

Cuadro A.7.1. Lista de encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares, por país y año, microdatos

País	Encuestas	Año	Capítulo 2	Capítulo 4
Afganistán	Encuesta sobre las Condiciones de Vida	2014	x	x
Albania	Encuesta Trimestral sobre la Fuerza de Trabajo	2013	x	x
Angola	Inquérito de Indicadores Básicos de Bem-Estar (QUIBB)	2011	x	x
Argentina	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)	2016	x	x
Australia	Dinámica de los Ingresos, de los Hogares y del Trabajo en Australia (HILDA)	2015	x	x
Austria	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Bangladesh	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo y el Trabajo Infantil	2013	x	x
Bélgica	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Bolivia, Estado Plurinacional de	Encuesta de Hogares	2015	x	
Botswana	Encuesta sobre los Principales Indicadores de Bienestar en Botswana	2009	x	x
Brasil	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua (PNAD)	2016	x	x
Brunei Darussalam	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2014	x	x
Bulgaria	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Burkina Faso	Encuesta sobre la Medición de los Niveles de Vida (LSMS)	2014	x	x
Camboya	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2012	x	x
Camerún	Tercera encuesta de hogares cameruneses (ECAM3)	2007	x	
Canadá	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2015		x
China	Proyecto Chino de Ingresos por Hogares (CHIP)	2013	x	x
Colombia	Gran Encuesta Integrada de Hogares	2016	x	
Congo	Encuesta de empleo y el sector informal	2009	x	
Congo, República Democrática del	Encuesta de empleo, sector informal y consumo de hogares	2012	x	
Côte d'Ivoire	Encuesta nacional sobre la situación del empleo y el sector informal (ENSESI)	2016	x	
Croacia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	

País	Encuestas	Año	Capítulo 2	Capítulo 4
Chipre	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
República Checa	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Dinamarca	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
República Dominicana	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2014	x	x
Ecuador	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo	2016	x	x
Egipto	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2016	x	x
Estonia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Etiopía	Encuesta Nacional sobre la Fuerza de Trabajo	2013	x	x
Finlandia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Francia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Gambia	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2012	x	x
Alemania	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2012	x	
Ghana	Ronda de Encuesta sobre los Niveles de Vida en Ghana 6 (con Módulo de la Fuerza de Trabajo)	2013	x	
Grecia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Guatemala	Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI)	2016	x	x
Honduras	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples	2014		x
Hungría	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Islandia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2015	x	

País	Encuestas	Año	Capítulo 2	Capítulo 4
India	Encuesta Nacional por Muestreo (NSS)	2012		x
Indonesia	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo (SAKERNAS)	2015		x
Iraq	Encuesta Socioeconómica de Hogares (HSES)	2012	x	x
Irlanda	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2015	x	
Italia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2015	x	
Japón	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2015		x
Jordania	Encuesta Armonizada sobre la Fuerza de Trabajo (HLFS)	2010	x	x
Corea, República de	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo en Zonas Locales	2016	x	x
Kuwait	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2015		x
República Democrática Popular Lao	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo y el Trabajo Infantil	2010	x	x
Letonia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Liberia	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2010	x	x
Lituania	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Luxemburgo	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2015	x	
Madagascar	Encuesta de Empleo 1-2	2012	x	x
Malawi	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2013		x
Malí	Encuesta modular permante de hogares (EMOP)	2015	x	x
Malta	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2015	x	
México	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)	2016	x	x
Mongolia	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2015		x
Myanmar	Encuesta sobre el Trabajo Forzoso, el Trabajo Infantil y la Transición de la Escuela al Trabajo	2015	x	x
Namibia	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2016	x	x
Nepal	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2008	x	x
Países Bajos	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	

País	Encuestas	Año	Capítulo 2	Capítulo 4
Nicaragua	Encuesta Nacional de Hogares para la Medición del Nivel de Vida (EMNV)	2014	x	x
Níger	Encuesta Nacional sobre las Condiciones de Vida de los Hogares y la Agricultura	2014	x	x
Nigeria	Encuesta General de Hogares	2013	x	x
Noruega	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Territorio Palestino Ocupado	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2015		x
Pakistán	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2015	x	x
Panamá	Encuesta de Mercado Laboral	2014		x
Perú	Encuesta Permanente de Empleo	2016	x	x
Filipinas	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2013	x	x
Polonia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Portugal	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Qatar	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2016		x
Rumania	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Federación de Rusia	Encuesta de Seguimiento Longitudinal de Rusia	2014	x	
	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2016		x
Rwanda	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2016		x
Arabia Saudita	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2016		x
Senegal	Encuesta Nacional de Empleo	2015		x
Serbia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Sierra Leona	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2014	x	x
Eslovaquia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Eslovenia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Sudáfrica	Encuesta de Trabajo Trimestral	2015	x	x
	Encuesta General de Hogares		x	

País	Encuestas	Año	Capítulo 2	Capítulo 4
España	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016	x	x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Sri Lanka	Encuesta de trabajo trimestral	2013	x	x
Suecia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Suiza	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2015	x	
Tanzanía, República Unida de	Encuesta Integrada de la Fuerza de Trabajo	2014	x	x
Tailandia	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2015	x	x
Ex República Yugoslava de Macedonia	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
Timor-Leste	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2013	x	
Togo	Encuesta unificada de indicadores base sobre el bienestar	2011	x	x
Túnez	Encuesta de Panel del Mercado de Trabajo en Túnez (TLMPS)	2014	x	x
Turquía	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
	Encuesta de la Fuerza de Trabajo por Hogares	2011	x	
Uganda	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo y el Trabajo Infantil	2012	x	x
Emiratos Árabes Unidos	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2016		x
Reino Unido	Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la Unión Europea (UE-EFT)	2016		x
Reino Unido	Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y condiciones de vida (UE-SILC)	2016	x	
Estados Unidos	Encuesta de la Población Actual (CPS)	2016	x	x
Uruguay	Encuesta Continua de Hogares	2016	x	x
Venezuela, República Bolivariana de	Encuesta de Hogares por Muestreo (EHM)	2012	x	x
Viet Nam	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2014	x	x
Yemen	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2014	x	x
Zambia	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo	2014	x	x
Zimbabwe	Encuesta sobre la Fuerza de Trabajo y el Trabajo Infantil	2011	x	

Nota: En el capítulo 4, las encuestas de EU-SILC, cuando están disponibles, se utilizan para las estimaciones relativas a la informalidad.

Cuadro A.7.2. Encuestas sobre el uso del tiempo, años

País	Año	País	Año	País	Año
Albania	2010-2011	Alemania	2001-2002	Omán	2007-2008
Argelia	2012		2012	Pakistán	2007
Argentina	2005	Ghana	2009	Panamá	2011
Armenia	2008	Grecia	2013-2014	Perú	2010
Australia	1992	Hungría	1999-2000	Polonia	2003-2004
	1997	India	1998-1999	Portugal	1999
	2006	Irán, República Islámica del	2009	Qatar	2012-2013
Austria	2008-2009	Iraq	2007	Rumania	2011-2012
Azerbaiyán	2008	Irlanda	2005	Serbia	2010-2011
	2012	Italia	1988-1989	Eslovenia	2000-2001
Belarús	2014-2015		2002-2003	Sudáfrica	2000
Bélgica	1999		2008-2009		2010
	2005		2013-2014	España	2002-2003
	2013	Japón	2001		2009-2010
Benin	1998		2006	Suecia	2000-2001
	2015		2011		2010-2011
Bulgaria	2009-2010		2016	Taiwán	2004
Cabo Verde	2012	Kazajstán	2012	Tanzanía, República Unida de	2006
					2014
Camboya	2004	Corea, República de	1999		2014
Camerún	2014		2004	Tailandia	2004
Canadá	1992		2009		2009
	1998		2014		2014-2015
	2005	Kirguistán	2010	Ex República Yugoslava de Macedonia	2014-2015
	2010	Letonia	2003	Túnez	2005-2006
	2015	Lituania	2003	Turquía	2006
Chile	2015	Madagascar	2001		2014-2015
China	2008	Malí	2008	Reino Unido	2000
Colombia	2012-2013	Mauricio	2003		2005
Costa Rica	2004	México	2002		2015
Cuba	2001		2009	Estados Unidos	2003
Dinamarca	2001		2014		2004
Ecuador	2012	Moldova, República de	2011-2012		2005
El Salvador	2010	Mongolia	2007		2006
Estonia	1999-2000		2011		2007
	2009-2010	Marruecos	2011-2012		2008
Etiopía	2013	Países Bajos	2005-2006		2009
Finlandia	1979	Noruega	1970		2010
	1987		1980		2011
	1999		1990		2012
	2009		2000		2013

País	Año	País	Año	País	Año
Francia	1974		2010		2014
	1986	Nueva Zelandia	1998-1999		2015
	1999		2009-2010		2016
	2010	Territorio Palestino Ocupado	1999-2000	Uruguay	2007
			2012-2013		2013

NOTAS

- 1 OIT, 2018j.
- 2 Naciones Unidas, 2017c.
- 3 Sprague, 1880.
- 4 OMS, 2018.
- 5 OIT, 2012b.
- 6 Naciones Unidas, 2008.
- 7 En varios microdatos de las encuestas sobre la fuerza de trabajo y encuestas de hogares, solo están disponibles las clasificaciones internacionales sobre la industria y las ocupaciones. En estas encuestas, las clasificaciones nacionales sobre la industria y las ocupaciones se cotejan con la CIU rev. 4 y con la CIUO a un nivel de dos dígitos. Para los siguientes países, la CIU rev. 4 se utiliza a un nivel de un dígito: Canadá, China, Malawi, Federación de Rusia, Senegal y Sudáfrica.
- 8 OIT, 2017j.
- 9 *Ibid.*
- 10 Tillé, 2011.
- 11 Deville y Sarndal, 1992.
- 12 Tschanz y Staub, 2017; Bambra, 2007.
- 13 Mooi y Sarstedt, 2011.

- Abraham, K. y Mackie, C. (eds.). 2005. *Beyond the market: Designing nonmarket accounts for the United States* (Washington, DC, National Academies Press).
- Adams, A. y Berg, J. 2018. *When home affects pay: An analysis of the gender pay gap among crowd-workers* (Rochester, NY, Social Science Research Network). (Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/cf_dev/AbsByAuth.cfm?per_id=690094 [25 de enero de 2018]).
- Adamson, E. y Brennan, D. 2016. "Return of the nanny: Public policy towards in home childcare in the UK, Canada and Australia", en *Social Policy & Administration*, vol. 51, núm. 7, págs. 1386–1405.
- Addati, L. 2010. "Francia", en C. Hein y N. Cassirer (eds.): *Soluciones para el cuidado infantil en el lugar de trabajo* (Ginebra, OIT).
- , Cassirer, N. y Gilchrist, K. 2014. *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world* (Ginebra, OIT).
- , Cheong, L.T. 2013. "Meeting the needs of my family too": *Maternity protection and work-family measures for domestic workers*, Hoja informativa (Ginebra, OIT).
- Adema, W., Clarke, C. y Frey, V. 2015. *Paid parental leave: Lessons from OECD countries and selected U.S. States*, Documentos de trabajo de la OCDE sobre cuestiones sociales, de empleo y de migración, núm. 172 (París, OCDE).
- Agencia Europea de Medio Ambiente. 2006. *Vulnerability and adaptation to climate change in Europe* (Copenhague, Agencia Europea de Medio Ambiente).
- Ahmed, S. 2017. *The demographic impact of extended paid maternity leave in Bangladesh* (Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento). Disponible en: <http://eprints.lse.ac.uk/81667/1/The%20demographic%20impact%20of%20extended%20paid%20maternity-leave%20in%20Bangladesh%20-%20IGC.pdf> [11 de enero de 2018].
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L. et al. 2012. "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States", en *The BMJ*, vol. 344, e1717.
- Alianza mundial en pro del personal sanitario (GHW). 2010. *Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems* (Ginebra, OMS).
- Alfers, L. 2016. *WIEGO Child Care Initiative. A synthesis of research findings on women informal workers and child care from six membership-based organizations*. Disponible en: <https://www.wiego.org/publications/summary-research-findings-women-informal-workers-and-child-care-six-membership-based-or> [11 de enero de 2018].
- Altintas, E. y Sullivan, O. 2016. "Fifty years of change updated: Cross-national gender convergence in housework", en *Demographic Research*, vol. 35, págs. 455-469.
- , Sullivan, O. y Billari, F.C. 2014. "Fathers' changing contributions to child care and domestic work in very low-fertility countries: The effect of education", en *Journal of Family Issues*, vol. 35, núm. 8, págs. 1048-1065.
- Amarante, V. y Rossel, C. 2018. "Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America", en *Feminist Economics*, vol. 24, núm. 1, págs. 1–34.
- Anand, P. y Sevak, P. 2017. "The role of workplace accommodations in the employment of people with disabilities", en *IZA Journal of Labor Policy*, vol. 6, núm. 12, págs. 6-12.

- Anderson, B. y Shutes, I. 2014. *Migration and care labour: Theory, policy and politics* (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Antonopoulos, R. 2009. *The unpaid care work-paid work connection* (Ginebra, Departamento de Integración de Políticas y Estadísticas de la OIT).
- Appleton, S., Morgan, W.J. y Sives, A. 2006. "Should teachers stay at home? The impact of international teacher mobility", en *Journal of International Development*, vol. 18, núm. 6, págs. 771-786.
- Arbeitsmarktservice Österreich. 2018. FiT: Frauen in Handwerk und Technik. Disponible en: www.ams.at/service-arbeitsuchende/angebote-frauen/frauen-handwerk-technik [2 de febrero de 2018].
- Armstrong, P. y Pederson, A. (eds.). 2015. *Women's health: Intersections of policy, research, and practice*, 2.^a ed. (Toronto, Women's Press).
- Asamblea General de las Naciones Unidas. 2015a. *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (Nueva York).
- . 2015b. Resolución adoptada por la Asamblea General el 11 de diciembre de 2014, 69/132: *Salud mundial y política exterior* (Nueva York). Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/69/132> [10 de enero de 2018].
- Austen, S., Jefferson, T., Ong, R., Sharp, R., Lewin, G. y Adams, V. 2016. "Recognition: Applications in aged care work", en *Cambridge Journal of Economics*, vol. 40, núm. 4, págs. 1037-1054.
- Bach, S., Kessler, I. y Heron, P. 2006. "Changing job boundaries and workforce reform: The case of teaching assistants", en *Industrial Relations Journal*, vol. 37, núm. 1, págs. 2-21.
- Bambra, C. 2007. "Defamilisation and welfare state regimes: A cluster analysis", en *International Journal of Social Welfare*, vol. 16, núm. 4, págs. 326-338.
- Banco Asiático de Desarrollo. 2017. *Gender equality and the labor market: Women, work, and migration in the People's Republic of China* (Manila).
- Banco Mundial. 2012a. *Cutting-edge technology helps boost crop yields and farm incomes* (Washington, DC).
- . 2012b. *Informe sobre el desarrollo mundial 2012* (Washington, DC).
- . 2015a. *The state of social safety nets 2015* (Washington, DC).
- . 2015b. *Women, business and the law 2016: Getting to equal* (Washington, DC).
- . 2016. *Harmonized List of Fragile Situations in 2016*. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations> [12 de febrero de 2018].
- . 2018a. *Indicadores del desarrollo mundial* (Washington, DC). Disponible en: <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators> [8 de enero de 2018].
- . 2018b. *Women, business and the law data, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018*. Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/869191522241162608/WBL-RAW-DATA-2010-2018-29-March-2018.xlsx> [9 de enero de 2018].
- y Australian Aid (AUS AID). 2014. *Where are we during flooding? A qualitative assessment of poverty and social impacts of flooding in selected neighborhoods of HCMC* (Washington, DC).
- , Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (IFAD). 2008. *Gender in agriculture sourcebook* (Washington DC). Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7587-7> [1 de diciembre de 2017].
- Bárcia de Mattos, F. y Dasgupta, S. 2017. *MGNREGA, Women's empowerment and transformative equality*, Documento de trabajo núm. 230, Departamento de Política de Empleo (Ginebra, OIT).

- Berg, J. 2016. *Income security in the on-demand economy: Findings and policy lessons from a survey of crowdworkers*, Serie Condiciones de Trabajo y Empleo núm. 74 (Ginebra, OIT).
- . 2018. "Heteromation, and other stories of computing and capitalism: Por Hamid R. Ekbia y Bonnie A. Nardi" (reseña del libro), en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 156, núms. 3-4, págs. 567-572.
- Bernardi, L. y Mortelmans, D. (eds.). 2018. *Lone parenthood in the life course*, Life Course Research and Social Policies, vol. 8 (Londres, Springer Open). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-63295-7> [1 de febrero de 2018].
- Bettio, F., Simonazzi, A. y Villa, P. 2006. "Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean", en *Journal of European Social Policy*, vol. 16, núm. 3, págs. 271-285.
- Bianchi, S.M., Sayer, L.C., Milkie, M.A. y Robinson, J.P. 2012. "Housework: who did, does or will do it, and how much does it matter?", en *Social Forces*, vol. 91, núm. 1, págs. 55-63.
- Blofield, M. y Martínez Franzoni, J. 2015. "Maternalism, co-responsibility, and social equity: A typology of work-family policies", en *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, vol. 22, núm. 1, págs. 38-59.
- Blum, S., Koslowski, A. y Moss, P. (eds.). 2017. *13th International Review of Leave Policies and Related Research 2017* (Philadelphia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponible en: https://www.leavenetwork.org/fileadmin/user_upload/k_leavenetwork/annual_reviews/2017_Leave_Review_2017_final2.pdf [14 de enero de 2018].
- Boll, C., Leppin, J. y Reich, N. 2014. "Paternal childcare and parental leave policies: Evidence from industrialized countries", en *Review of Economics of the Household*, vol. 12, núm. 1, págs. 129-158.
- Boris, E. y Klein, J. 2006. "Organizing home care: Low-waged workers in the welfare state", en *Politics & Society*, vol. 34, núm. 1, págs. 81-108.
- , Uden, M. y Kulick, A. 2017. *Conditions of care: Home care workers and their union in California*, presentado en la Cumbre Mundial sobre el Trabajo de Cuidados, Lowell, MA, 1-3 de junio. Información detallada sobre la Cumbre disponible en: www.uml.edu/Research/CWW/carework/Summit/ [30 de enero de 2018].
- Brodsky, J., Habib, J. y Hirschfeld, M. (eds.). 2003. *Long-term care in developing countries: Ten case-studies*, Colección sobre los cuidados de larga duración de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, OMS).
- Brophy, J.T., Keith, M.M. y Hurley M. 2017. "Assaulted and unheard: Violence against healthcare staff", en *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, núm. 4, págs. 581-606.
- Budig, M.J., Hodges, M.J. y England, P. 2018. "Wages of nurturant and reproductive care workers: Individual and job characteristics, occupational closure, and wage-equalizing institutions", en *Social Problems*. Disponible en: <https://academic.oup.com/socpro/advance-article/doi/10.1093/socpro/spy007/4976108> [21 de enero de 2018].
- Budig, M.J. y Misra, J. 2010. "Los salarios de la economía del cuidado en comparación internacional", en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 149, núm. 4, págs. 489-488.
- Budlender, D. 2007. *A critical review of selected time use survey*, Programa Género y Desarrollo, documento núm. 2 (Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social [UNRISD]).
- . 2008. *The statistical evidence on care and non-care work across six countries* (Ginebra, UNRISD).
- . 2010. *Compensation for contributions: Report on interviews with volunteer caregivers in six countries* (Nueva York, la Comisión Huairou).
- . 2011. *Measuring the economic and social value of domestic work*, Nota de información sobre el trabajo doméstico (Ginebra, OIT).

- . 2016. *The introduction of a minimum wage for domestic workers in South Africa*, Serie Condiciones de Trabajo y Empleo, núm. 72 (Ginebra, OIT).
- Bünning, M. 2015. "What happens after the 'daddy months'? Fathers' involvement in paid work, childcare, and housework after taking parental leave in Germany", en *European Sociological Review*, vol. 31, núm. 6, págs. 738-748.
- Burnham, L. y Theodore, N. 2012. *Home economics: The invisible and unregulated world of domestic work* (Nueva York, National Domestic Workers Alliance).
- Caisse d'allocations familiales (CAF). 2018. *Le complément de libre choix du mode de garde*. Disponible en: www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/petite-enfance/le-complement-de-libre-choix-du-mode-de-garde [15 de enero de 2018].
- Calenda, D. (ed.). 2016. *Case studies in the international recruitment of nurses: Promising practices in recruitment among agencies in the United Kingdom, India, and the Philippines* (Bangkok, Oficina Regional de la OIT para Asia y el Pacífico).
- Campbell, J., Ikegami, N., Gori, C., Barbabella, F., Chomik, R., D'Amico, F. et al. 2015. "How different countries allocate long-term care resources to older users: A comparative snapshot", en C. Gori, J.-L. Fernández y R. Wittenberg (eds.): *Long-term care reforms in OECD countries* (Bristol, Policy Press), págs. 47-76.
- Cangiano, A. 2009. *Migrant care workers in ageing societies: Report on research findings in the UK* (Oxford, Centre on Migration, Policy and Society [COMPAS]).
- Caravatti, M.-L., McLeod Lederer, S. y Van Meter, N. 2014. *Getting teacher migration and mobility right* (Bruselas, Internacional de la Educación).
- Carling, J., Carino, J. y Sherpa, L.N. 2015. *Asia report on climate change and indigenous peoples* (Chiang Mai, Asia Indigenous Peoples Pact).
- Cassirer, N. y Addati, L. 2007. *Ampliar las oportunidades de trabajo de la mujer: los trabajadores de la economía informal y la necesidad de servicios de cuidado infantil* (Ginebra, OIT).
- Castagnone, E., Salis, E. y Premazzi, V. 2013. *Promoting integration for migrant domestic workers in Italy* (Ginebra, OIT).
- Castles, S. y Ozkul, D. 2014. "Circular migration: Triple win, or a new label for temporary migration?", en G. Battistella (ed.): *Global and Asian perspectives on international migration*, vol. 4 (Cham, Suiza, Springer International Publishing), págs. 27-49.
- Castro-García, C. y Pazos-Morán, M. 2016. "Parental leave policy and gender equality in Europe", en *Feminist Economics*, vol. 22, núm. 3, págs. 51-73.
- Cha, Y. y Weeden, K.A. 2014. "Overwork and the slow convergence in the gender gap in wages", en *American Sociological Review*, vol. 79, núm. 3, págs. 457-484.
- Chakraborty, L. 2016. *Fiscal policy practices for women's economic empowerment*, Reunión del grupo de expertos de la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Ginebra (Nueva York, ONU Mujeres).
- Chamies, J. 2016. *320 million children in single-parent families* (IPS Inter Press Service News Agency). Disponible en: <http://www.ipsnews.net/2016/10/320-million-children-in-single-parent-families/> [12 de febrero de 2018].
- Chan, M.F. y Kamala Devi, M. 2015. "Factors affecting life expectancy: Evidence from 1980– 2009 data in Singapore, Malaysia, and Thailand", en *Asia Pacific Journal of Public Health*, vol. 27, núm. 2, págs. 136–146.
- Charmes, J. 2015. *Time use across the world: Findings of a world compilation of time-use surveys*, Serie de documentos ocasionales (Nueva York, PNUD).
- . De próxima publicación. *The unpaid care work and the labour market. An analysis of time use data based on the latest world compilation of time-use surveys* (Ginebra, OIT).

- Chen, F., Liu G. y Mair, C.A. 2011. "Intergenerational ties in context: Grandparents caring for grandchildren in China", en *Social Forces*, vol. 90, núm. 2, págs. 571-594.
- Child Care Aware of America. 2017 *Checking in: A snapshot of the child care landscape – 2017 State fact sheets* (Arlington, VA). Disponible en: <https://usa.childcareaware.org/advocacy-public-policy/resources/research/statefactsheets/> [4 de diciembre de 2017].
- Chioda, L. 2016. *Work and family: Latin American and Caribbean women in search of a new balance* (Washington, DC, Banco Mundial).
- Cho, E., Sloane, D.M., Kim, E.Y., Kim, S., Choi, M., Yoo, I.Y. et al. 2015. "Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study", en *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, núm. 2, págs. 535-542.
- Chopra, D., Wanjiku Kelbert, A. e Iyer, P. 2013. *A feminist political economy analysis of public policies related to care: A thematic review* (Brighton, Institute of Development Studies). Disponible en: www.ids.ac.uk/publication/a-feminist-political-economy-analysis-of-public-policies-related-to-care-a-thematic-review [20 de febrero de 2017].
- Cichon, M., Scholz, W., Van der Meerendonk, A., Hagemeyer, K., Bertranou, F. y Platmondon, P. 2004. *Financiación de la protección social*, Serie Métodos Cuantitativos en la Protección Social (Ginebra, OIT).
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Gagnon, I. y Ouellet, F. 2008. "Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety", en *Work*, vol. 30, núm. 4, págs. 389-402.
- Colombo, F. y Muir, T. 2015. "Developing a skilled long-term care workforce", en C. Gori, J.-L. Fernández y R. Wittenberg (eds.): *Long-term care reforms in OECD countries* (Bristol, Policy Press).
- , Llena-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. 2011. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, Estudios sobre políticas de salud de la OCDE (París, OCDE).
- Cometto, G., Scheffler, R., Liu, J.X., Maeda, A., Tomblin Murphy, G., Hunter, D. y Campbell, J. 2016. *Health workforce needs, demand and shortages to 2030: An overview of forecasted trends in the global health labour market*, Documento de referencia núm. 1 para la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico (Ginebra, OMS).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2017. *Derechos de las personas mayores: Retos para la interdependencia y autonomía*. Disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia [10 de febrero de 2018].
- Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR). 2016. *Informe de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones* (Ginebra, OIT).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2013. *Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos* (Santiago de Chile, Naciones Unidas y CEPAL).
- Comisión Europea. 2008. *Informe de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. "Consecución de los objetivos de Barcelona sobre las estructuras de cuidado de los niños en edad preescolar"*, Documento de trabajo de los servicios de la Comisión, SEC (2008) 2524 (Bruselas).
- . 2017. *Hacer realidad el pilar europeo de derechos sociales*. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=es&catId=1226> [13 de febrero de 2018].
- y Parlamento Europeo. 2015. Eurobarómetro 82.4 (2014). Archivo de datos GESIS. Disponible en: <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?no=5933&db=e&doi=10.4232/1.12265> [26 de octubre de 2017].
- Conferencia Sindical Internacional (CSI). 2016. *Investing in the care economy. A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries* (Bruselas).

- Congreso de Colombia. 2010. Ley 1413 de 2010 (Bogotá). Disponible en: www.lexbase.co/lexdocs/indice/2010/11413de2010 [15 de enero de 2018].
- Connelly, R. y Kongar, E. 2017. "Feminist approaches to time use", en R. Connelly y E. Kongar (eds.): *Gender and time use in a global context* (Nueva York, Palgrave Macmillan), págs. 1-26.
- Connolly, S., Aldrich, M., O'Brien, M., Speight, S. y Poole, E. 2016. "Britain's slow movement to a gender egalitarian equilibrium: Parents and employment in the UK 2001-13", en *Work, Employment and Society*, vol. 30, núm. 5, págs. 838-857, doi: 10.1177/0950017016638009.
- Consejo de Sindicatos de Nueva Zelanda. 2017. *Historic day as caregivers offered equal pay settlement*. Disponible en: www.union.org.nz/historic-day-as-caregivers-offered-equal-pay-settlement/ [23 de enero de 2018].
- Cook, L.J. 2010. "Eastern Europe and Russia", en F.G. Castles *et al.* (eds.): *The Oxford handbook of the welfare state* (Oxford, Oxford University Press).
- Cook, S. y Dong, X.Y. 2011. "Harsh choices: Chinese women's paid work and unpaid care responsibilities under economic reform", en *Development and Change*, vol. 42, núm. 4, págs. 947-965.
- Cooperative Home Care Associates (CHCA). 2018 Company information (Bronx, NY). Disponible en: www.chcany.org/ y www.bcorporation.net/community/cooperative-home-care-associates-chca [10 de enero de 2018].
- Corporación Financiera Internacional (CFI). 2017. *Tackling childcare: The business case for employer-supported childcare* (Washington, DC).
- Cox, R. (ed.). 2015. *Au pairs' lives in global context: Sisters or servants?* (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Cross, G. 1998. "Time for life: The surprising ways Americans use their time. Por John P. Robinson y Geoffrey Godbey" (reseña del libro), en *American Journal of Sociology*, vol. 104, núm. 1, págs. 246-248.
- Da Roit, B. y Van Bochove, M. 2017. "Migrant care work going Dutch? The emergence of a live-in migrant care market and the restructuring of the Dutch long-term care system", en *Social Policy and Administration*, vol. 51, núm. 1, págs. 76-94.
- y Le Bihan, B. 2010. "Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies", en *The Milbank Quarterly*, vol. 88, núm. 3, págs. 286-309.
- y Weicht, B. 2013. "Migrant care work and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis", en *Journal of European Social Policy*, vol. 23, núm. 5, págs. 469-486.
- Daly, M.E. (ed.). 2001. *Care work: The quest for security* (Ginebra, OIT).
- Dammert, A.C., De Hoop, J., Mvukiyehe, E. y Rosati, F.C. 2017. *The effects of public policy on child labor: Current knowledge, gaps, and implications for program design*, Serie de documentos de trabajo de UCW (Roma, Programa "Entendiendo el Trabajo Infantil").
- Dasgupta, J., Sandhya, Y.K. y Mukerjee, A. (eds.). 2012. *The crisis of maternity: Healthcare and maternity protection for women wage workers in the informal sector in India* (Uttar Pradesh, SAHAYOG).
- De Henau, J., Himmelweit, S. y Perrons, D. 2017. *Investing in the care economy: Simulating employment effects by gender in countries in emerging economies* (Bruselas, Confederación Sindical Internacional, UK Women's Budget Group, ONU Mujeres).
- , Himmelweit, S., Lapniewska, Z. y Perrons, D. 2016. *Investing in the care economy: A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries* (Bruselas, Confederación Sindical Internacional, UK Women's Budget Group).
- Deaton, A. y Stone, A.A. 2014. "Grandpa and the snapper: The wellbeing of the elderly who live with children", en D.A. Wise (ed.): *Discoveries in the economics of aging* (Chicago, IL, University of Chicago Press).

- DeGraff, D.S., Levison, D. y Dungumaro, E.W. 2017. "Environmental chores, household time use, and gender in rural Tanzania", en R. Connelly y E. Kongar (eds.): *Gender and time use in a global context* (Nueva York, Palgrave Macmillan), págs. 407-433.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). 2013. *Cuenta Satélite de la economía del cuidado. Fase 1: Valoración económica del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado* (Bogotá).
- Devecchi, C., Dettori, F., Doveston, M., Sedgwick, P. y Jament, J. 2012. "Inclusive classrooms in Italy and England: The role of support teachers and teaching assistants", en *European Journal of Special Needs Education*, vol. 27, núm. 2, págs. 171-184.
- Deville, J.C. y Sarndal, C.E. 1992. "Calibration estimators in survey sampling", en *Journal of the American Statistical Association*, vol. 87, núm. 418, págs. 376-382.
- Dhillon, I. 2015. *Assessing the relevance and effectiveness of the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel: Evidence and reflection*. Disponible en: www.who.int/workforcealliance/05.pdf [29 de enero de 2018].
- Dimova, A., Rohova, M., Moutafova, E., Atanasova, E., Koeva, S., Panteli, D. y Van Ginneken, E. 2012. "Bulgaria health system review", en *Health Systems in Transition*, vol. 14, núm. 3, págs. 1-186.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2014. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Bogotá).
- Domínguez-Serrano, M. 2012. *Unpaid care work in Africa*, Documento de Trabajo 6/2012 (Bilbao, Fundación BBVA).
- Dong, X.Y., Feng, J. y Yu, Y. 2017. "Relative pay of domestic eldercare workers in Shanghai, China", en *Feminist Economics*, vol. 23, núm. 1, págs. 135-159.
- Downes, R., Von Trapp, L. y Nicol, S. 2016. "Gender budgeting in OECD countries", en *OECD Journal on Budgeting*, vol. 2016, núm. 3, págs. 1-37.
- Drake, L.J. y Woolnough, A. (eds.). 2016. *Global school feeding sourcebook: Lessons from 14 countries* (Londres, Imperial College Press).
- Duffy, M. 2011. *Making care count* (New Brunswick, NJ, Rutgers University Press).
- , Albelda, R. y Hammonds, C. 2013. "Counting care work: The empirical and policy applications of care theory", en *Social Problems*, vol. 60, núm. 2, págs. 145-167.
- , Armenia, A. y Stacey, C.L. (eds.). 2015. *Caring on the clock: The complexities and contradictions of paid care work, Families in Focus* (New Brunswick, NJ, Rutgers University Press).
- Dumont, J. y Lafortune, G. 2016. *International migration of doctors and nurses to OECD countries: Recent trends and policy implications* (Ginebra, OMS).
- Duncan, K. 2007. "Global climate change and women's health", en *Women and Environments International Magazine*, núm. 74/75, págs. 10-11.
- Duvander, A.Z. y Jans, A.C. 2009. "Consequences of fathers' parental leave use: Evidence from Sweden", en *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 44, págs. 49-62.
- E Tü. 2017. *Equal pay*. Disponible en: www.etu.nz/campaigns/equal-pay/ [23 de enero de 2018].
- Eberth, B., Elliott, R.F. y Skåtun, D. 2016. "Pay or conditions? The role of workplace characteristics in nurses' labor supply", en *The European Journal of Health Economics*, vol. 17, núm. 6, págs. 771-785.
- Educación para Todos (EPT) y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 2015. *The challenge of teacher shortage and quality: Have we succeeded in getting enough quality teachers into classrooms?*, Documento de política núm. 19 del Informe de Seguimiento de la ETP en el Mundo (París).
- Eichhorst, W. y Marx, P. (eds.). 2015. *Non-standard employment in post-industrial labour markets* (Cheltenham, Edward Elgar).

- Elson, D. 1998. "The economic, the political and the domestic: Businesses, states and households in the organisation of production", en *New Political Economy*, vol. 3, núm. 2, págs. 189-208.
- England, P., Budig, M. y Folbre, N. 2002. "Wages of virtue: The relative pay of care work", en *Social Problems*, vol. 49, núm. 4, págs. 455-473.
- Espinoza, R. 2017. *Immigrants and the direct care workforce* (Paraprofessional Healthcare Institute). Disponible en: <https://phinational.org/resource/immigrants-and-the-direct-care-workforce/> [2 de febrero de 2018].
- Esquivel, V. 2010. "Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado", en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 149, núm. 4, págs. 529-547.
- . 2017a. "The rights-based approach to care policies: Latin American experience", en *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 70, núm. 4, págs. 87-103.
- . 2017b. "Time-use surveys in Latin America: 2005-15", en I. Hirway (ed.): *Mainstreaming unpaid work* (Oxford, Oxford University Press), págs. 110-140.
- y Kaufmann, A. 2017. *Innovations in care. New concepts, new actors, new policies* (Berlín, Friedrich Ebert Stiftung).
- y Pereyra, F. 2017. "Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina: Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas", en *Trabajo y Sociedad*, núm. 28, págs. 55-82.
- y —. "Care workers in Argentina", en *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, núm. 4, págs. 462-482.
- , Budlender, D., Folbre, N. y Hirway, I. 2008. "Explorations: Time-use surveys in the south", en *Feminist Economics*, vol. 14, núm. 3, págs. 107-152.
- Eurofound. 2013. *Third European Quality of Life Survey: Quality of society and public services* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea).
- . 2015. *Sixth European Working Conditions Survey: 2015* (Dublín). Disponible en: www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015 [29 de enero de 2018].
- . 2017. *Working time patterns for sustainable work* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea).
- y Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2017. *Working anytime, anywhere: The effects on the world of work* ("Trabajar en cualquier momento y en cualquier lugar: consecuencias en el ámbito laboral [Resumen], Luxemburgo y Ginebra, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea y OIT).
- EUROSTAT. 2017. *People outside the labour market* (Luxemburgo). Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_outside_the_labour_market [29 de enero de 2018].
- Fagan, C., Norman, H., Smith, M. y González Menéndez, M.C. 2014. *In search of good quality part-time employment*, Serie Condiciones de Trabajo y Empleo núm. 43 (Ginebra, OIT).
- Federación Europea de Servicios a la Persona. 2013. *White book on personal and household services in ten EU Member states* (Bruselas). Disponible en: www.thefamilywatch.org/2013/11/15/doc-0436-es/ [3 de noviembre de 2017].
- Ferguson, L. 2013. "Gender, work, and the sexual division of labor", en G. Waylen (ed.): *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press), págs. 337-357.
- Ferrant, G., Pesando, L.M. y Nowacka, K. 2014. *Unpaid care work: The missing link in the analysis of gender gaps in labour outcomes* (París, OCDE).
- Ferreira, F.H.G. 2013. *Economic mobility and the rise of the Latin American middle class*, Estudios Latinoamericanos y del Caribe del Banco Mundial (Washington, DC, Banco Mundial).

- Figueiredo, M. da C., Suleman, F. y Do Carmo Botelho, M. 2018. "Workplace abuse and harassment: The vulnerability of informal and migrant domestic workers in Portugal", en *Social Policy and Society*, vol. 17, núm. 1, págs. 65-85.
- Filleul, L., Larrieu, S. y Lefranc, A. 2011. "Extreme temperatures and mortality", en Nriagu, J.O. (ed. jefe): *Encyclopedia of Environmental Health* (Amsterdam, Elsevier), págs. 693-699.
- Fleury, A. 2016. *Understanding women and migration: A literature review*, Documento de trabajo núm. 8 (Washington, DC, Global Knowledge Partnership on Migration and Development [KNO-MAD]).
- Flynn, L.B. y Schwartz, H.M. 2017. "No exit: Social reproduction in an era of rising income inequality", en *Politics & Society*, vol. 45, núm. 4, págs. 471-503.
- Folbre, N. 2006a. "Demanding quality: Worker/consumer coalitions and 'high road' strategies in the care sector", en *Politics & Society*, vol. 34, núm. 1, págs. 11-32.
- . 2006b. "Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy", en *Journal of Human Development*, vol. 7, núm. 2, págs. 183-199.
- . 2010. *Valuing children: Rethinking the economics of the family*, The Family and Public Policy (Cambridge, MA, Harvard University Press).
- . 2017. "The care penalty and gender inequality", en S.L. Averett, L.M. Argys y S.D. Hoffman (eds.): *The Oxford handbook of women and the economy* (Oxford, Oxford University Press).
- y Smith, K. 2017. *Wages of power vs. wages of care*. Disponible en: www.aeaweb.org/conference/2017/preliminary/paper/ae62fSBQ [29 de enero de 2018].
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2012. *Examples of positive developments for the rights of children in the context of international migration. 2012 Day of General Discussion of the Committee on the Rights of the Child* (Nueva York). Disponible en: <https://ngomigration.files.wordpress.com/2011/03/annex-2-2012-crc-dgd-background-paper-tabular-overview-of-good-practices.pdf> [17 de enero de 2018].
- . 2013a. *El estado mundial de la infancia 2013: niñas y niños con discapacidad* (Nueva York).
- . 2013b. *The formative years: UNICEF's work on measuring early childhood development* (Nueva York).
- . 2018. UNICEF data: *Protection, care and support for children affected by HIV and AIDS*. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/protection-care-and-support-for-children-affected-by-hiv-and-aids/> [23 de enero de 2018].
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) 2016a. *Compendium of rural women's technologies and innovations* (Roma).
- . 2016b. *Rural Development Report 2016: Fostering inclusive rural transformation* (Roma).
- Fondo Monetario Internacional (FMI). 2018. *Real GDP growth. Annual percent change*, IMF Data Mapper (Washington DC). Disponible en: www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD [29 de enero de 2018].
- Foster, G. y Williamson, J. 2000. "A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa", en *AIDS*, vol. 14, núm. 3, págs. 275-284.
- Fournier, M. 2017. "La labor de las trabajadoras comunitarias de cuidado infantil en el conurbano bonaerense ¿Una forma de subsidio de 'abajo hacia arriba'?", en *Trabajo y Sociedad*, núm. 28, págs. 83-108.
- Franck, A.K. y Olsson, J. 2017. "Missing women? The under-recording and under-reporting of women's work in Malaysia", en M. Lansky et al. (eds.): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, vol. 2 (Ginebra, OIT), págs. 13-125.
- Fudge, J. 2011. *The precarious migrant status and precarious employment: The paradox of international rights for migrant workers*, Informe académico de SSRN (Rochester, NY, Social Science Research Network).

- y Hobden, C. 2018. *Conceptualizing the role of intermediaries in formalizing domestic work* (Ginebra, OIT).
- y Strauss, K. (eds.). 2014. *Temporary work, agencies and unfree labour: Insecurity in the new world of work*, Routledge Studies in Employment and Work Relations in Context 11 (Nueva York, Routledge, Taylor & Francis).
- Fultz, E. 2011. *Pension crediting for caregivers: Policies in Finland, France, Germany, Sweden, the United Kingdom, Canada and Japan* (Washington, DC, Institute for Women's Policy Research).
- y Francis, J. 2013. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women: A comparative analysis*, Documento de trabajo (Ginebra, OIT). Disponible en: www.ilo.org/gender/Informationresources/WCMS_233599/lang--en/index.htm [8 de diciembre de 2017].
- Fumasoli, T., Goastellec, G. y Kehm, B.M. 2015. "Academic careers and work in Europe: Trends, challenges, perspectives", en T. Fumasoli, G. Goastellec y B. Kehm (eds.): *Academic work and careers in Europe: Trends, challenges, perspectives, The Changing Academy – The Changing Academic Profession in International Comparative Perspective*, vol. 12 (Cham, Suiza, Springer) págs. 201-214.
- Futur en tous genres. 2018. *Nouvelles perspectives pour filles et garçons*. Disponible en: www.futurentousgenres.ch/fr/home/ [7 de febrero de 2018].
- Gallo, L.E. 2015. "El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro", en *Monitor Estratégico*, núm. 7. (Bogotá, Uruguay, Ministerio de Salud y Protección Social), págs. 1-43. Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf [29 de enero de 2018].
- Gallotti, M. 2015. *Hacer del trabajo decente una realidad para los trabajadores domésticos migrantes* (Ginebra, OIT). Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_437211.pdf [13 de febrero de 2018].
- Gambaro, L. 2017. "Who is minding the kids? New developments and lost opportunities in reforming the British early education workforce", en *Journal of European Social Policy*, vol. 27, núm. 4, págs. 320-331.
- Garofalo Geymonat, G., Marchetti, S. y Kyritsis, P. (eds.). 2017. *Domestic workers speak: A global fight for rights and recognition* (Londres, openDemocracy). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B2lN4rGTopsaZ0VLdmZuYnBuc0U/view> [22 de enero de 2018].
- Gasparini, L. y Marchionni, M. 2015. *Bridging gender gaps? The rise and deceleration of female labor force participation in Latin America* (La Plata, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales [CEDLAS]).
- Gatenio Gabel, S. y Kaufman, D.S. 2017. "United States country note", en S. Blum, A. Koslowski y P. Moss (eds.): *International review of leave policies and research 2017* (Philadelphia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponible en: www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 de enero de 2018].
- Ghosh, J. De próxima publicación. *Decent work and the care economy: Recognizing, reducing, redistributing, representing and rewarding care work* (Ginebra, OIT).
- Giddens, A. 1992. *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies* (Stanford, CA, Stanford University Press).
- Glaser, K., Di Gessa, G. y Tinker, A. 2014. *Grandparenting in Europe: The health and wellbeing of grandparents caring for grandchildren: The role of cumulative advantage/disadvantage* (Londres, Grandparents Plus).
- , Price, D., Ribe Montserrat, E., Di Gessa, G. y Tinker, A. 2013. *Grandparenting in Europe: Family policy and grandparents' role in providing childcare* (Londres, Grandparents Plus).
- Glenn, E.N. 1992. "From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor", en *Signs*, vol. 18, núm. 1, págs. 1-43.
- . 2000. "Creating a caring society", en *Contemporary Sociology*, vol. 29, núm. 1, págs. 84-94.

- Gobierno de Australia. Fair Work Ombudsman. 2013. *Gender pay equity*. Disponible en: www.fairwork.gov.au/ [6 de febrero de 2018].
- Gobierno de Canadá. 2017. *Early learning and child care. Informe departamental sobre el desempeño* (Departamento de Empleo y Desarrollo Social del Canadá). Disponible en: www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/early-learning-child-care.html [31 de enero de 2018].
- Gobierno de Chile. 2018. *Chile Crece Contigo*. Disponible en: www.crececontigo.gob.cl/ [6 de febrero de 2018].
- Gobierno de Ecuador. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. 2018. *La afiliación de las amas de casa a la seguridad social ya es una realidad*. Disponible en: www.todaunavida.gob.ec/la-afiliacion-de-las-amas-de-casa-a-la-seguridad-social-ya-es-una-realidad/ [29 de enero de 2018].
- Gobierno de Filipinas, Gresz, M., Borbás, F. y Dózsa, C. 2016. "A description of the utilization of long term care and elderly care facilities in Hungary", en *International Journal of Integrated Care*, vol. 16, núm. 6.
- Gobierno de Nueva Zelanda. 2017. "\$2b pay equity settlement for 55,000 health care workers signed", en *The Beehive*. Disponible en: www.beehive.govt.nz/release/2b-pay-equity-settlement-55000-health-care-workers-signed [23 de enero de 2018].
- . Servicio Parlamentario de Nueva Zelanda. 2017. *Proyecto de ley sobre el empleo (igualdad de remuneración e igualdad de salario) 2017* (Wellington).
- Gobierno de Uruguay. Junta Nacional de Cuidados. 2015. Plan Nacional de Cuidados 2016-2020. Disponible en: www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf [15 de enero de 2018].
- . Sistema Nacional de Cuidados Uruguay. 2018. *Sistema de Cuidados: Página Principal*. Disponible en: www.sistemadecuidados.gub.uy/ [10 de febrero de 2018].
- Gobierno del Reino Unido. 2018. *Flexible working*. Disponible en: www.gov.uk/flexible-working [1 de febrero de 2018].
- Goldberg, H. 2015. *The long journey home: The contested exclusion and inclusion of domestic workers from federal wage and hour protections in the United States* (Ginebra, OIT).
- . De próxima publicación. *Case study on USA unionization of domestic workers and bill of rights*, Servicio de Mercados Laborales Inclusivos, Relaciones Laborales y Condiciones de Trabajo (Ginebra, OIT).
- Goldblatt, B. 2016. *Developing the right to social security – A gender perspective* (Abingdon, Oxon, Routledge).
- Goldin, C. 2014. "A grand gender convergence: Its last chapter", en *American Economic Review*, vol. 104, núm. 4, págs. 1091-1119.
- Gori, C., Fernández, J. y Wittenberg, R. 2016. *Long-term care reforms in OECD countries*. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&d-b=n-la-bk&AN=1106707> [29 de noviembre de 2017].
- Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A.M., Schoonhoven, L., Tishelman, C. y Aiken, L.H. 2014. "Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries", en *Medical Care*, vol. 52, núm. 11, págs. 975-981.
- Grimshaw, D. y Rubery, J. 2015. *The motherhood pay gap: A review of the issues, theory and international evidence* (Ginebra, OIT).
- Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas. 2017. *Leave no one behind: Taking action for transformational change on women's economic empowerment*, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre el Empoderamiento Económico de las Mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas (Nueva York).

- Grupo de Investigación del Programa Internacional de Encuestas Sociales (ISSP). 2016. *International Social Survey Programme: Family and changing gender roles IV – ISSP 2012, ZA5900 data file Version 4.0.0* (Colonia, archivo de datos GESIS). Disponible en: <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?il=10¬abs=&af=&nf=&search=&search2=&db=e&no=5900> [12 de septiembre de 2017].
- Guzmán, J.M., Martínez, G., McGranahan, G., Schensul, D. y Tacoli, C. 2009. *Population dynamics and climate change* (Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] e Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo [IIED]).
- Haas, L. y Rostgaard, T. 2011. “Fathers’ rights to paid parental leave in the Nordic countries: Consequences for the gendered division of leave”, en *Community, Work and Family*, vol. 14, núm. 2, págs. 177-195.
- Hallegatte, S., Bangalore, M., Bonzanigo, L., Fay, M., Kane, T., Narloch, U., Rozenberg, J., Treguer, D. y Vogt-Schilb, A. 2016. *Shock waves* (Washington, DC, Banco Mundial).
- Halvorsen, R., Hvinden, B., Bickenbach, J., Ferri, D. y Guillén Rodríguez, A.M. (eds.). 2017. *The changing disability policy system, Active Citizenship and Disability in Europe*, vol. 1 (Abingdon, Oxon, Routledge).
- Hayes, L.J.B. 2016. *Stories of care: A labour of law* (Londres, Palgrave Macmillan).
- Heilman, B., Levtoy, R., Van der Gaag, N., Hassink, A. y Barker, G. 2017. *State of the world’s fathers: Time for action* (Washington, DC: Promundo, Sonke Gender Justice, Save the Children y MenEngage Alliance).
- Hein, C. y Cassirer, N. (eds.). 2010. *Soluciones para el cuidado infantil en el lugar de trabajo* (Ginebra, OIT).
- Heintz, J. 2015. *Why macroeconomic policy matters for gender equality* (Nueva York, ONU Mujeres). Disponible en: www.unwomen.org/digital-library/publications/2015/12/macro-economic-policy-matters-for-gender-equality [29 de enero de 2018].
- Hellgren, Z. y Serrano, I. 2017. “Transnationalism and financial crisis: The hampered migration projects of female domestic workers in Spain”, en *Social Sciences*, vol. 6, núm. 1, págs.1-18.
- HelpAge. 2017. *Investing in an ageing world: Shifting debates from costs to investments* (Londres).
- Hepple, B. 2017. “Equality and empowerment for decent work”, en M. Lansky et al. (eds.): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, vol. 2 (Ginebra, OIT), págs. 47-60.
- Heymann, J., Sprague, A.R., Nandi, A., Earle, A., Batra, P., Schickedanz, A., Chung, P.J. y Raub, A. 2017. “Paid parental leave and family wellbeing in the sustainable development era”, en *Public Health Reviews*, vol. 38, núm. 1, págs. 1-16.
- Hill, E. 2017. *A better future for women at work: Legal and policy strategies for informal work*, presentado en “A Better Future for Women at Work”, conferencia organizada por Oxford Human Rights Hub, la OIT y University of Kent, Oxford, 18-19 de mayo. Información sobre la Conferencia disponible en: www.law.ox.ac.uk/news/2017-06-05-better-future-women-work.
- Himmelweit, S. 2006. “The prospects for caring: Economic theory and policy analysis”, en *Cambridge Journal of Economics*, vol. 31, núm. 4, págs. 581-599.
- . 2017. *Care jobs and the care economy: Framing the issues for the future of decent work*, documento de sesión inédito, Sesión plenaria 1, Reglamentación del trabajo decente 2017 (Ginebra, OIT).
- Hirose, K. y Czepulis-Rutkowska, Z. 2016. *Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe* (Ginebra, Equipo de Apoyo Técnico sobre Trabajo Decente de la OIT y Oficina de País de la OIT para Europa Central y Oriental). Disponible en: www.ilo.org/budapest/what-we-do/publications/WCMS_532427/lang--en/index.htm [25 de julio de 2017].
- Hirway, I. (ed.) 2017. *Mainstreaming unpaid work: Time-use data in developing policies*, 1.ª ed. (Nueva Delhi, Oxford University Press).

- Hobden, C. 2015. *Voz y representación de los trabajadores domésticos a través de la organización*, Hoja informativa (Ginebra, OIT). Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/--protrav/--travail/documents/publication/wcms_436281.pdf [9 de febrero de 2018].
- Hobson, B., Hellgren, Z. y Bede, L. 2015. *How institutional contexts matter: Migration and domestic care services and the capabilities of migrants in Spain and Sweden*. (Estocolmo, Universidad de Estocolmo y Comisión Europea). Disponible en: www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2015/11/WP46HobsonEtAl2015.pdf [3 de noviembre de 2017].
- Hochschild, A.R. 1989. *The second shift* (Harmondsworth, Penguin Books).
- Hoffmann, F., Huber, M. y Rodrigues, R. 2013. "Policies to support carers", en A. Moreno Minguéz (ed.): *Family well-being: European perspectives*, Social Indicators Research Series, vol. 49 (Dordrecht, Springer), págs. 243-260.
- Holmes, R. y Jones, N. 2010. *Rethinking social protection using a gender lens* (Londres, Overseas Development Institute).
- Hook, J.L. 2006. "Care in context: Men's unpaid work in 20 countries, 1965-2003", en *American Sociological Review*, vol. 71, núm. 4, págs. 639-660.
- Hrženjak, M. 2017. "Precarious situations of care workers in home-based elder care in Slovenia", en *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 27, núm. 4, págs. 483-500, doi: 10.1177/1048291117740682.
- Hsiao, W., Li, M. y Zhang, S. 2015. *Universal health coverage: The case of China*, Documento de trabajo (Ginebra, UNRISD).
- Huerta, M. del C., Adema, W., Baxter, J., Han, W.J., Lausten, M., Lee, R. y Waldfogel, J. 2013. *Fathers' leave, fathers' involvement and child development*. (París, OCDE). Disponible en: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fathers-leave-fathers-involvement-and-child-development_5k4dlw9w6czq-en [17 de noviembre de 2017].
- Hugo, G. 2013. *What we know about circular migration and enhanced mobility*, Migration Policy Institute Policy Brief núm. 7 (Washington, DC, Migration Policy Institute). Disponible en: www.migrationpolicy.org/research/what-we-know-about-circular-migration-and-enhanced-mobility [16 de febrero de 2018].
- Human Rights Watch. 2006. *Swept under the rug: Abuses against domestic workers around the world*. Disponible en: www.hrw.org/report/2006/07/27/swept-under-rug/abuses-against-domestic-workers-around-world [28 de febrero de 2018].
- Humer, Ž. y Hrženjak, M. 2017. "Socialization of childcare in Slovenia and its impact on informal care markets", en *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, núm. 3, págs. 52-67.
- Humphries, N., McAleese, S., Matthews, A. y Brugha, R. 2015. "Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions... are killing us slowly': Qualitative insights into health professional emigration from Ireland", en *Human Resources for Health*, vol. 13, art. 35.
- Hunt, A. y Machingura, F. 2016. *A good gig? The rise of on-demand domestic work*. Disponible en: www.odi.org/publications/10658-good-gig-rise-demand-domestic-work [23 de febrero de 2018].
- Hussein, S. 2017. "'We don't do it for the money' ... The scale and reasons of poverty-pay among frontline long-term care workers in England", en *Health and Social Care in the Community*, vol. 25, núm. 6, págs. 1817-1826.
- Igel, C. y Szydlik, M. 2011. "Grandchild care and welfare state arrangements in Europe", en *Journal of European Social Policy*, vol. 21, núm. 3, págs. 210-224.
- Ikedá, S. 2017. "Family care leave and job quitting due to caregiving: Focus on the need for long-term leave", en *Japan Labor Review*, vol. 14, núm. 1, págs. 25-44.

- Ilkkaracan, I. 2017. "Unpaid work in macroeconomics: A stocktaking exercise", en R. Connelly y E. Kongar (eds.): *Gender and time use in a global context* (Nueva York, Palgrave Macmillan), págs. 29-50.
- . 2018. *Promoting women's economic empowerment: Recognizing and investing in the care economy*, Issue Paper (Nueva York, ONU Mujeres).
- y Kim, K. 2018. *Costing universal childcare, estimating related employment generation and fiscal revenues: The case of Turkey* (Nueva York, ONU-Mujeres).
- y —. De próxima publicación. *The employment generation impact of meeting SDG targets in early childhood care, education, health and long-term care in 45 countries* (Ginebra, OIT).
- , Kim, K. y Kaya, T. 2015. *The impact of public investment in social care services on employment, gender equality, and poverty: The Turkish case* (Estambul, Istanbul Technical University, Women's Studies Center in Science, Engineering and Technology y Levy Economics Institute).
- Inamori, K. 2017. "Current situation and problems of legislation on long-term care in Japan's super-aging society", en *Japan Labor Review*, vol. 14, núm. 1, págs. 8-24.
- Inglehart, R., Haerpfer, C., Moreno, A., Welzel, C., Kizilova, K., Díez-Medrano, J., Lagos, M., Norris, P., Ponarin, E. y Puranen, B. 2014. *World values survey: Round six – country-pooled datafile version* (Madrid, JD Systems Institute).
- Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE). 2012. *Review of the implementation in the EU of area K of the Beijing platform for action: Women and the environment*, Gender Equality and Climate Change (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea).
- Instituto de Investigación para el Desarrollo y la Defensa Nacional (INIDEN). 2012. "Educación privada en lo que va del siglo", en *Informe de Educación*, vol. 21, núm. 11. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/115639886/Informe-de-Iniden-Educacion-privada-en-lo-que-va-del-siglo> [23 de febrero de 2018].
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). 2015. *Amas de casa se informan sobre beneficios de afiliación al IESS*. Disponible en: www.iess.gob.ec.
- Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD). 2016. *Innovaciones políticas para el cambio transformador: Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (Ginebra).
- Internacional de la Educación (IE). 2010. *Early childhood education: A global scenario* (Bruselas).
- Ipsos MORI. 2017. "Male responsibility in the home", en *Ipsos global trends* (Londres). Disponible en: www.ipsosglobaltrends.com/male-responsibility-in-the-home/ [27 de febrero de 2017].
- JHL. 2017. *New forms of advocacy for personal assistants* (Helsinki). Disponible en: www.jhl.fi/en/new-forms-of-advocacy-for-personal-assistants/ [17 de enero de 2018].
- Jiménez, R. 2017. *Development effects of rural electrification* (Washington, DC, Banco Interamericano de Desarrollo).
- Jochimsen, M.A. 2003. "Integrating vulnerability: On the impact of caring on economic theorizing", en D.K. Barker y E. Kuiper (eds.): *Toward a feminist philosophy of economics*, Economics as Social Theory (Londres, Routledge), págs. 231-246.
- Jokela, M. 2015. "Macro-level determinants of paid domestic labour prevalence: A cross-national analysis of seventy-four countries", en *Social Policy and Society*, vol. 14, núm. 3, págs. 385-405.
- . De próxima publicación. "Patterns of precarious employment in a female-dominated sector in five affluent countries: The case of paid domestic labour sector", en *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*.
- Kammerman, S.B. y Gatenio Gabel, S. 2010. "Cash vs. care: A child and family policy issue", en J. Sipilä, K. Repo y T. Rissanen (eds.): *Cash for childcare. The consequences for caring mothers* (Cheltenham, Edward Elgar).

- Kan, M.Y., Sullivan, O. y Gershuny, J. 2011. "Gender convergence in domestic work: Discerning the effects of interactional and institutional barriers from large-scale data", en *Sociology*, vol. 45, núm. 2, págs. 234-251.
- Kaul, V., Bhargarh Chaudhary, A. y Sharma, S. 2015. *Quality and diversity in early childhood education: A view from Andhra Pradesh, Assam and Rajasthan* (Nueva Dehli, Centre for Early Childhood Education and Development y Ambedkar University).
- Kim, W.H., Park, Y.G., Shin, H.I. e Im, S.H. 2014. "The world report on disability and recent developments in South Korea", en *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 93, págs. S58-S62.
- King-Dejardin, A. De próxima publicación. *The social construction of migrant care work: At the intersection of care, migration and gender* (Ginebra, OIT).
- Klaver, P., Van der Graaf, A., Grijpstra, D. y Snijders, J. 2013. *More and better jobs in home-care services* (Luxemburgo, Eurofound).
- Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P. y Kooiker, S.E. 2015. *Informele hulp: Wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en on-dersteuning in 2014* (La Haya, Sociaal en Cultureel Planbureau).
- Klinth, R. 2008. "The best of both worlds? Fatherhood and gender equality in Swedish paternity leave campaigns, 1976-2006", en *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, vol. 6, núm. 1, págs. 20-38.
- Klugman, J. y Tyson, L. 2016. *Leave no one behind. A call to action for gender equality and women's economic empowerment* (Nueva York, Grupo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empoderamiento Económico de las Mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas). Disponible en: <http://womenseconomicempowerment.org/reports> [29 de enero de 2018].
- Kluve, J. y Schmitz, S. 2018. "Back to work: Parental benefits and mothers' labor market outcomes in the medium run", en *ILR Review*, vol. 71, núm. 1, págs. 143-173.
- Knaebel, R. 2015. *The invisible workers caring for the German elderly*. Disponible en: www.etui.org/Topics/Health-Safety-working-conditions/HesaMag/The-nursing-world-at-tipping-point/The-invisible-workers-caring-for-the-German-elderly [1 de febrero de 2018].
- Kofman, E. y Raghuram, P. 2015. *Gendered migrations and global social reproduction, Migration, Minorities and Citizenship* (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Kongar, E. y Price, M. 2017. "Gender, socioeconomic status, time use of married and cohabiting opposite-sex parents, and the great recession in the USA", en R. Connelly y E. Kongar (eds.): *Gender and time use in a global context* (Nueva York, Palgrave Macmillan), págs. 113-159.
- Kowalchuk, L. 2016. "Nurses' labor conditions, gender, and the value of care work in post-neoliberal El Salvador", en *Critical Sociology*, doi: 10.1177/0896920516675203.
- Kring, S.A. 2017. *Gender in employment policies and programmes: What works for women?*, Documento de trabajo (Ginebra, OIT).
- Kunze, A. 2016. "Parental leave and maternal labor supply", en *IZA World of Labor*, núm. 279.
- Lalive, R. y Zweimüller, J. 2009. "How does parental leave affect fertility and return to work? Evidence from two natural experiments", en *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 124, núm. 3, págs. 1363-1402.
- Landivar, L.C. 2013. *Men in nursing occupations* (Washington, DC, Oficina del Censo de los Estados Unidos). Disponible en: www.census.gov/library/working-papers/2013/acs/2013_Landivar_02.html [25 de enero de 2018].
- Langer, A., Meleis, A., Knaul, F.M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H. et al. 2015. "Women and health: The key for sustainable development", en *The Lancet*, vol. 386, núm. 9999, págs. 1165-1210.

- Lansky, M., Ghosh, J., Méda, D. y Rani, U. 2017. "Social choices and inequalities", en M. Lansky et al. (eds.): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, vol. 2 (Ginebra, OIT), págs. 3-43.
- Le Feuvre, N. 2015. *Contextualizing women's academic careers in cross-national perspective*, GARCIA Working Papers 3 (Trento, Italia).
- Levtov, R.G., Barker, G., Contreras-Urbina, M., Heilman, B. y Verma, R. 2014. "Pathways to gender-equitable men: Findings from the international men and gender equality survey in eight countries", en *Men and Masculinities*, vol. 17, núm. 5, págs. 467-501.
- , Van der Gaag, N., Greene, M., Kaufman, M. y Barker, G. 2015. *State of the world's fathers: A Men-Care Advocacy publication* (Washington, DC, Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice y MenEngage Alliance).
- Lexartza, L., Chaves, M.J. y Carcedo, A. 2016. *Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y El Caribe* (Lima, OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe). Disponible en: https://www.ilo.org/americas/temas/econom%C3%ADa-informal/WCMS_480352/lang-es/index.htm [12 de febrero de 2018].
- Li, K., Pan, Y., Hu, B., Burchinal, M., De Marco, A., Fan, X. y Qin, J. 2016. "Early childhood education quality and child outcomes in China: Evidence from Zhejiang Province", en *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 36, págs. 427-438.
- Lightman, N. 2017. "¿Trabajo no productivo? Desglose del sector del cuidado desde una perspectiva comparada", en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 156, núm. 2, págs. 249-276.
- Lippel, K. 2016. *Addressing occupational violence: An overview of conceptual and policy considerations viewed through a gender lens*, Documento de trabajo (Ginebra). Disponible en: www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_535656/lang-en/index.htm [16 de febrero de 2018].
- Lipszyc, B., Sail, E. y Xavier, A., Comisión Europea, Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros. 2012. *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27* (Bruselas, Comisión Europea).
- Liu, J.X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T. y Scheffler, R. 2017. "Global health workforce labor market projections for 2030", en *Human Resources for Health*, vol. 15, art 11.
- Lund, F. 2010. "Jerarquías del cuidado en Sudáfrica. Enfermeras, asistentes sociales y cuidadoras domiciliarias", en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 149, núm. 4, págs. 549-566.
- Luppi, M., Oomkens, R., Knijn, T. y Weicht, B. 2015. Citizenship in the context of migrant care work: Regimes, rights and recognition (Zenodo). Disponible en: <https://zenodo.org/record/20306> [25 de febrero de 2017].
- Lutz, H. y Palenga-Möllenbeck, E. 2011. "Care, gender and migration: Towards a theory of transnational domestic work migration in Europe", en *Journal of Contemporary European Studies*, vol. 19, núm. 3, págs. 349-364.
- MacPhail, F. 2017. "Paid and unpaid work time by labor force status of prime age women and men in Canada: The great recession and gender inequality in work time", en R. Connelly y E. Kongar (eds.): *Gender and time use in a global context* (Nueva York, Palgrave Macmillan), págs. 85-112.
- Magar, V., Gerecke, M., Dhillon, I. y Campbell, J. 2016. *Women's contribution to sustainable development through work in health: Using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda* (Ginebra, OMS).
- Manyika, J., Lund, S., Chui, M., Bughin, J., Woetzel, J., Batra, P., Ko, R. y Sanghvi, S. 2017. *What the future of work will mean for jobs, skills, and wages: Jobs lost, jobs gained* (Nueva York, McKinsey Global Institute).
- Marope, P.T.M. y Kaga, Y. 2015. *Investing against evidence: The global state of early childhood care and education* (París, UNESCO).

- Marten, R., McIntyre, D., Travassos, C., Shishkin, S., Longde, W., Reddy, S. y Vega, J. 2014. "An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS)", en *The Lancet*, vol. 384, núm. 9960, págs. 2164-2171.
- Martin, P. y Abella, M. 2014. *Labour markets and the recruitment industry: Trends, challenges and opportunities*, Documento de trabajo (Manila). Disponible en: www.ilo.org/manila/publications/WCMS_319001/lang--en/index.htm [21 de diciembre de 2017].
- Martin, S., Lowell, L.B., Gozdzia, E.M., Bump, M. y Breeding, M.E. 2009. *The role of migrant care workers in aging societies: Report on research findings in the United States* (Washington, DC, Institute for the Study of International Migration, Walsh School of Foreign Service, Georgetown University).
- Martínez Franzoni, J. y Sánchez-Ancochea, D. 2016. *The quest for universal social policy in the south: Actors, ideas, and architectures* (Cambridge, Cambridge University Press).
- y Voorend, K. 2012. "Blacks, whites, or grays? Conditional transfers and gender equality in Latin America", en *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, vol. 19, núm. 3, págs. 383-407.
- Maurer-Fazio, M. y Connelly, R. 2017. "How do caregiving responsibilities shape the time use of women and men in rural China", en R. Connelly y E. Kongar (eds.): *Gender and time use in a global context* (Nueva York, Palgrave Macmillan), págs. 333-371.
- McLoughlin, S. y Münz, R. 2011. *Temporary and circular migration: Opportunities and challenges*. Documento de trabajo núm. 35 (Bruselas, European Policy Centre).
- Meagher, G. y Szebehely, M (eds.). 2013. *Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm Studies of Social Work 30 (Universidad de Estocolmo, Departamento de Trabajo Social).
- Meil, G. 2013. "European men's use of parental leave and their involvement in child care and housework", en *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 44, núm. 5, págs. 557-570.
- MenCare. 2018 *MenCare+* (Washington D.C). Disponible en: <https://men-care.org/what-we-do/programming/men-careplus/> [17 de enero de 2018].
- Merker, T., Sønbo Kristiansen, I. y Sæther, E.M. 2016. *Human resources for health care in the Nordic welfare economies: Successful today, but sustainable tomorrow?* (Ginebra, OMS).
- Messenger, J.C. y Vidal, P. 2015. *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea* (Ginebra, OIT).
- y Wallot, P. 2015. *The diversity of 'marginal' part-time employment*, Reseña de política de INWORK núm. 7 (Ginebra, OIT).
- Michel, S. y Peng, I. 2012. "All in the family? Migrants, nationhood, and care regimes in Asia and North America", en *Journal of European Social Policy*, vol. 22, núm. 4, págs. 406-418.
- . 2017. *Gender, migration, and the work of care: A multi-scalar approach to the Pacific Rim* (Cham, Suiza, Springer).
- Minghui, L. 2017. *Migrants and cities: Research report on recruitment, employment, and working conditions of domestic workers in China*, Documento de Trabajo, Serie Condiciones de Trabajo y Empleo núm. 92 (Ginebra, OIT).
- Ministerio de Economía, Comercio e Industria de Japón. 2015. *Japan's robot strategy* (Tokyo). Disponible en: www.meti.go.jp/english/press/2015/0123_01.html [23 de febrero de 2018].
- Ministerio de Salud de Nueva Zelanda. 2017. *Care and support workers pay equity settlement*. Disponible en: www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/care-and-support-workers-pay-equity-settlement [23 de enero de 2018].
- Molina, O. y López-Roldán, P. 2015. "Occupational growth and non-standard employment in the Spanish service sector: From upgrading to polarisation", en W. Eichhorst y P. Marx (eds.): *Non-standard employment in post-industrial labour markets: An occupational perspective* (Cheltenham, Edward Elgar), págs. 110-149.

- Molinier, P. 2012. "Care as work: Mutual vulnerabilities and discrete knowledge", en N.H. Smith y J.P. Deranty (eds.): *New philosophies of labour: Work and the social bond*, Social and Critical Theory, vol. 13 (Leiden, Brill), págs. 251-271.
- Molyneux, M., Jones, N. y Samuels, F. 2016. "Can cash transfer programmes have 'transformative' effects?", en *The Journal of Development Studies*, vol. 52, núm. 8, págs. 1087-1098.
- Montefiori, M., Cattaneo, U. y Licata, M. De próxima publicación. *The impact of HIV on care work and the care workforce*, Documento de base preparado para el informe sobre la economía del cuidado (Ginebra, OIT).
- Mooi, E. y Sarstedt, M. 2011. *A concise guide to market research* (Berlin, Springer).
- Morahan, P.S., Gleason, K.A., Richman, R.C., Dannels, S. y McDade, S.A. 2010. "Advancing women faculty to senior leadership in U.S. academic health centers: Fifteen years of history in the making", en *NASPA Journal about Women in Higher Education*, vol. 3, núm. 1, págs. 140-165.
- Morrongiello, B.A., Corbett, M., McCourt, M. y Johnston, N. 2006. "Understanding unintentional injury risk in young children II. The contribution of caregiver supervision, child attributes, and parent attributes", en *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 31, núm. 6, págs. 540-551.
- Moss, P. 2012. "Caring and learning together: Exploring the relationship between parental leave and early childhood education and care", en *European Journal of Education*, vol. 47, núm. 4, págs. 482-493.
- Muir, T. 2017. *Measuring social protection for long-term care*, Documento de trabajo sobre la salud de la OCDE, núm. 93 (París, OCDE).
- Mujeres en Empleo Informal: Globalizando y Organizando (WIEGO). 2017. WIEGO child care campaign (Manchester). Disponible en: www.wiego.org/wiego/wiego-child-care-campaign [9 de febrero de 2018].
- . 2018. *Child care and informal workers*. Disponible en: <https://www.wiego.org/child-care-and-informal-workers> [7 de febrero de 2018].
- Munnich, E. y Wozniak, A. 2017. *What explains the rising share of U.S. men in registered nursing?* (Washington, DC, Washington Center for Equitable Growth).
- Muñoz Boudet, A.M., Petesch, P. y Turk, C. 2013. *On norms and agency: Conversations about gender equality with women and men in 20 countries* (Washington, DC, Banco Mundial).
- Naciones Unidas. 1979. Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979 (Nueva York). Disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/CEDAW/C/57/1> [29 de enero de 2018].
- . 1996. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4-15 de septiembre de 1995 (Nueva York).
- . 2006. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
- (ed.). 2008. *Clasificación Industrial Internacional Uniforme sobre todas las actividades económicas* (CIIU). Rev. 4. Documentos estadísticos. Serie M, núm. 4, rev. 4 (Nueva York).
- . 2013. *La extrema pobreza y los derechos humanos*, Nota del Secretario General (Ginebra).
- . 2015a. *La mujer en el mundo 2015: tendencias y estadísticas* (Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Estadística).
- . 2015b. *Future of the AIDS response: Building on past achievements and accelerating progress to end the AIDS epidemic by 2030*. Disponible en: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150406_UNGA69_856_en.pdf [29 de enero de 2018].
- . 2016. *El empoderamiento económico de la mujer en el cambiante mundo del trabajo: Informe del Secretario General* (Nueva York). Disponible en: <http://undocs.org/es/E/CN.6/2017/3> [29 de enero de 2018].

- . 2017a. *Clasificación Internacional de Actividades para Estadísticas sobre el Uso del Tiempo de Trabajo 2016 (ICATUS 2016): Comisión de Estadística: Informe sobre la vigésima octava reunión, 7-10 de marzo de 2017* (Nueva York).
- . 2017b. *World fertility report 2015* (Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población).
- . 2017c. *World population prospects: The 2017 revision. Key findings and advance tables* (Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales).
- , Comisión Europea, Fondo Monetario Internacional, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Mundial (eds.). 2009. *Sistema de Cuentas Nacionales 2008* (Nueva York, Naciones Unidas).
- Nandi, A., Hajizadeh, M., Harper, S., Koski, A., Strumpf, E.C. y Heymann, J. 2016. "Increased duration of paid maternity leave lowers infant mortality in low- and middle-income countries: A quasi-experimental study", en *PLOS Medicine*, vol. 13, núm. 3, e1001985.
- Nelson, J.A. y Folbre, N. 2006. "Why a well-paid nurse is a better nurse", en *Nursing Economics*, vol. 24, núm. 3, págs. 127-130.
- Nepomnyaschy, L. y Waldfogel, J. 2007. "Paternity leave and fathers' involvement with their young children", en *Community, Work and Family*, vol. 10, núm. 4, págs. 427-453.
- Neuman, M., Josephson, K. y Chua, P.G. 2015. *A review of the literature: Early childhood care and education (ECCE) personnel in low- and middle-income countries* (París, UNESCO).
- Nogueira, P.J., Falcão, J.M., Contreiras, M.T., Paixão, E., Brandão, J. y Batista, I. 2005. "Mortality in Portugal associated with the heat wave of August 2003: Early estimation of effect, using a rapid method", en *Eurosurveillance*, vol. 10, núm. 7, págs. 150-153.
- Nussbaum, M.C. 2017. "Preface", en M. Lansky et al. (eds.): *Women, gender and work: Social choices and inequalities*, vol. 2 (Ginebra, OIT), págs. vii-x.
- O'Brien, M. 2009. "Fathers, parental leave policies, and infant quality of life: International perspectives and policy impact", en *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 624, págs. 190-213.
- . 2012. *Work-family balance practices in action: Innovation and barriers in the private sector*, preparado para el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Política Social y Desarrollo (Nueva York, Naciones Unidas).
- y Wall, K. (eds.). 2017. *Comparative perspectives on work-life balance and gender equality: Fathers on leave alone, Life Course Research and Social Policies* (Cham, Suiza, Springer Open).
- Observatorio mundial de la salud. 2018 Health workforce, aggregated data, depósito de datos del Observatorio mundial de la salud (OMS). Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444> [13 de febrero de 2018].
- Ochs, K. y Yonemura, A. 2013. "Managing teacher migration: Implications for policy and practice", en *World Studies in Education*, vol. 14, núm. 1, págs. 37-56.
- Oelz, M. y Rani, U. 2015. *Domestic work, wages, and gender equality: Lessons from developing countries*, Documento de trabajo (Ginebra, OIT). Disponible en: www.ilo.org/global/publications/working-papers/WCMS_430902/lang-en/index.htm [23 de febrero de 2018].
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). 2002. *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector* (Ginebra).
- . 2006. *ILO multilateral framework on labour migration: Non-binding principles and guidelines for a rights-based approach to labour migration* (Ginebra).
- . 2007. *ABC of women workers' rights and gender equality*, 2.ª ed. (Ginebra).
- . 2009. *Empleos verdes: ¡Mejoremos el clima para la igualdad de género también!* (Ginebra).

- . 2011a. *El tiempo de trabajo en el siglo XXI: Informe para el debate de la Reunión tripartita de expertos sobre la ordenación del tiempo de trabajo (17-21 de octubre de 2011)* (Ginebra).
- . 2011b. *Domestic workers in the Philippines: Profile and working conditions*. Disponible en: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/publication/wcms_167021.pdf [17 de enero de 2018].
- . 2012a. *Un buen comienzo: La educación y los educadores de la primera infancia*, Documento de reunión (Ginebra).
- . 2012b. *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones: CIUO-08* (Ginebra).
- . 2013a. *Domestic workers across the world: Global and regional statistics and the extent of legal protection* (“Los trabajadores domésticos en el mundo: Estadísticas mundiales y regionales, y alcance de la protección jurídica” [Resumen ejecutivo]) (Ginebra).
- . 2013b. *Empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico*, Informe IV, Conferencia Internacional del Trabajo, 102.^a reunión, Ginebra, 2013 (Ginebra).
- . 2013c. *Directrices de política de la OIT sobre la promoción del trabajo decente para el personal del sector de la educación de la primera infancia* (Ginebra)
- . 2013d. *Resolución I: Resolución sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo*, adoptada por la 19.^a Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo, octubre de 2013 (Ginebra).
- . 2014a. *Business as unusual: Making workplaces inclusive of people with disabilities* (Ginebra).
- . 2014b. *Cooperar para salir del aislamiento: Cooperativas de trabajadoras y trabajadores domésticos* (Ginebra).
- . 2014c. *Guía sobre las normas internacionales del trabajo* (Turín, Centro Internacional de Formación de la OIT).
- . 2014d. *Las reglas del juego: Una breve introducción a las normas internacionales del trabajo*, 3.^a ed. revis. (Ginebra).
- . 2014e. *Informe mundial sobre la protección social 2014-2015: Hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social* (Ginebra)
- . 2014f. *HealthWISE – Mejoras laborales en los servicios de salud – Manual operativo* (Ginebra).
- . 2015a. *Avanzar hacia la igualdad: el camino cooperativo* (Ginebra).
- . 2015b. *Gender equality and green jobs, Folleto* (Ginebra).
- . 2015c. *Global estimates of migrant workers and migrant domestic workers: Results and methodology* (Ginebra).
- . 2015d. *Portability of social security rights to nationals of both the EU and third countries* (Ginebra).
- . 2015e. *Protección social para los trabajadores migrantes*, Labour Migration Highlights núm. 4 (Ginebra).
- . 2015f. *La iniciativa del centenario relativa al futuro del trabajo*, Conferencia Internacional del Trabajo, 104.^a reunión, Ginebra, 2015 (Ginebra).
- . 2015g. *Togo: Un socle de protection sociale et des garanties pour l’emploi: Pour une réduction de la pauvreté durable d’ici 2030* (Ginebra).
- . 2015h. *La mujer en la gestión empresarial: Cobrando impulso*, Informe mundial (Ginebra).
- . 2016a. *Formalizing domestic work* (Ginebra).
- . 2016b. *Principios generales y directrices para la contratación equitativa* (Ginebra).

- . 2016c. *Maternity cash benefits for workers in the informal economy*, Nota informativa sobre la protección social para todos (Ginebra).
- . 2016d. *Non-standard employment around the world: Understanding challenges, shaping prospects* (Ginebra).
- . 2016e. *Fomentando la diversidad y la inclusión mediante ajustes en el lugar de trabajo: una guía práctica* (Ginebra).
- . 2016f. *Providing care through cooperatives 1: Survey and interview findings* (Ginebra).
- . 2016g. *Rural teachers in Africa: A report for ILO*, Documento de trabajo (Ginebra).
- . 2016h. *Switzerland – A national standard employment contract for domestic workers* (Ginebra).
- . 2016i. *Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016* (Ginebra).
- . 2016j. *El trabajo decente en las cadenas mundiales de suministro*, Conferencia Internacional del Trabajo, Informe IV, 105.^a reunión, Ginebra, 2016 (Ginebra).
- . 2017a. *Ending child labour by 2025: A review of policies and programmes* (Ginebra).
- . 2016h. *Informes de la Comisión sobre el trabajo decente en las cadenas de suministro: Resolución y conclusiones presentadas para su adopción por la Conferencia*, Conferencia Internacional del Trabajo, 105.^a reunión, mayo-junio de 2016 (Ginebra).
- . 2017b. *Acabar contra la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo* (Ginebra).
- . 2017c. *Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud* (Ginebra).
- . 2017d. *Informe inicial para la Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo* (Ginebra).
- . 2017e. *Los pueblos indígenas y el cambio climático: De víctimas a agentes del cambio por medio del trabajo decente* (Ginebra).
- . 2017f. *Methodology of the global estimates of child labour, 2012-2016* (Ginebra).
- . 2017g. *Migration of health workers from Nepal* (Ginebra).
- . 2017h. *Providing care through cooperatives 2: Literature review and case studies* (Ginebra).
- . 2017i. *Strengthening social protection for the future of work*, Documento presentado en la 2.^a reunión del Grupo de Trabajo sobre Empleo del G20 (Ginebra).
- . 2017j. *Trends Econometric Models* (Ginebra).
- . 2017k. *Women in non-standard employment*. Hoja informativa (Ginebra).
- . 2017l. *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: Tendencias del empleo femenino 2017* (Ginebra).
- . 2017m. *Informe mundial sobre la protección social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (Ginebra).
- . 2017n. *Global estimates of child labour: Results and trends, 2012-2016* (“Estimaciones mundiales sobre el trabajo infantil: Estimaciones y tendencias” [Resumen ejecutivo]) (Ginebra).
- . 2018a. *Iniciativa relativa a las mujeres en el trabajo: Impulso a favor de la igualdad*, Memoria del Director General I(B), Conferencia Internacional del Trabajo, 107.^a reunión, Ginebra, 2018 (Ginebra).
- . 2018b. *Estudio general relativo a los instrumentos sobre el tiempo de trabajo: Garantizar un tiempo de trabajo decente para el futuro*, Informe II (Parte B), Conferencia Internacional del Trabajo, 107.^a reunión, Ginebra, 2018 (Ginebra).
- . 2018c. *Global report, AIDS and the global labor force* (Ginebra).

- . 2018d. *South Africa: Expanded public works programme* (Ginebra, Departamento de Protección Social).
 - . 2018e. *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: Avance global sobre las tendencias del empleo femenino 2018* (Ginebra).
 - . 2018f. Base de datos de la OIT sobre la protección social en el mundo, basada en la Encuesta de Seguridad Social. Disponible en: www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/Wspr.action [1 de febrero de 2018].
 - . 2018g. *Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico*, 3.^a ed. (Ginebra).
 - . 2018h. *Las necesidades de cuidado de niños de los trabajadores de la economía informal atendidas por las cooperativas – Una iniciativa conjunta de la OIT y WIEGO* (Ginebra). Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/---coop/documents/publication/wcms_637364.pdf [8 de enero de 2018].
 - . 2018i. *The impact of HIV and AIDS on the world of work: Global estimates* (Ginebra).
 - . 2018j. *Ratificaciones de los convenios fundamentales por región*. NORMLEX (Ginebra). Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:10011:0::NO::P10011_DISPLAY_BY,P10011_CONVENTION_TYPE_CODE:3,F [25 de enero de 2018].
 - y Gallup. 2017. *Hacia un futuro mejor para las mujeres en el trabajo: la opinión de las mujeres y de los hombres* (Ginebra).
 - y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 2016. La Recomendación OIT/UNESCO relativa a la situación del personal docente (1966) y Recomendación de la UNESCO relativa a la condición del personal docente de la enseñanza superior (1997) (Ginebra).
- OIT. Unidad de Cooperativas. 2018. *Cooperativas*. Disponible en: www.ilo.org/coop [17 de enero de 2018].
- OIT. Departamento de Estadística. 2016. *Own use production work (II) – Services for own final use*, presentado en el Taller de la OIT análisis de estudios piloto sobre estadísticas de la fuerza de trabajo, 15-18 de noviembre (Ginebra).
- OIT. Oficina Regional para los Estados árabes. 2017a. *Common interests, shared goals: Promoting decent work from Asia and Africa to the Middle East*. Disponible en: www.ilo.org/beirut/WCMS_578736/lang--en/index.htm [9 de febrero de 2018].
- . 2017b. *Employer-migrant worker relationships in the Middle East: Exploring scope for internal labour market mobility and fair migration*. Disponible en: www.ilo.org/beirut/publications/WCMS_552697/lang--en/index.htm [9 de febrero de 2018].
- ONU Mujeres. 1995. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, 4-15 de septiembre de 1995, Beijing. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf> [26 de febrero de 2016].
- . 2012. *Integrated child development services: Identifying critical gender concerns* (Nueva York).
- . 2015. *El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016: Transformar las economías para realizar los derechos* (Nueva York).
- . 2016. *El empoderamiento de la mujer y su vínculo con el desarrollo sostenible: Comisión de la Condición de la Mujer 2016. Conclusiones convenidas* (Nueva York).
- . 2017. *El empoderamiento económico de la mujer en el cambiante mundo del trabajo: Comisión de la Condición de la Mujer 2017. Conclusiones convenidas* (Nueva York).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 2007. "Matching educational background and employment: A challenge for immigrants in host countries", en *International Migration Outlook 2007* (París), págs. 131-159.
- . 2010. *OECD Employment Outlook 2010* (París).

- . 2015. *International Migration Outlook 2015* (París).
 - . 2016a. *OECD Family Database PF4.3: Out-of-school-hours care* (París). Disponible en: www.oecd.org/els/family/database.htm [29 de enero de 2018].
 - . 2016b. *OECD Family Database PF1.4: Neutrality of tax-benefit systems* (París). Disponible en: www.oecd.org/els/soc/PF1_4_Neutrality_of_tax_benefit_systems.pdf [12 de noviembre de 2017].
 - . 2017a. *Education at a glance 2017* (París). Disponible en: www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2017_eag-2017-en [27 de septiembre de 2017].
 - . 2017b. *Health at a glance 2017* (París). Disponible en: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en [9 de noviembre de 2017].
 - . 2017c. *OECD Family Database PF3.3: Informal childcare arrangements* (París). Disponible en: www.oecd.org/els/family/database.htm [23 de enero de 2018].
 - . 2017d. *OECD Family Database PF3.4: Childcare support* (París). Disponible en: www.oecd.org/els/family/database.htm [23 de enero de 2018].
 - . 2017e. *Starting strong 2017: Key OECD indicators on early childhood education and care* (París).
 - . 2017f. *Starting strong V: Transitions from Early Childhood Education and Care to Primary Education* (París).
 - . 2017g. *The pursuit of gender equality: An uphill battle* (París).
 - . 2018a. *Long-term care resources and utilisation* (París). Disponible en: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30140#> [8 de febrero de 2018].
 - . 2018b. *OECD statistics* (París). Disponible en: <http://stats.oecd.org/> [1 de febrero de 2018].
 - . 2018c. *Part-time employment rate (indicator)* (París), doi: 10.1787/f2ad596c-en. Disponible en: <https://data.oecd.org/emp/part-time-employment-rate.htm> [1 de febrero de 2018].
 - y Comisión Europea. 2013. *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, OECD Health Policy Studies (París).
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 2007. *Strong foundations: Early childhood care and education*, Informe de Seguimiento de la EPT en el mundo (París).
- . 2009a. *The implications of HIV and AIDS on women's unpaid labour burden* (París, División de Igualdad de Género de la Oficina del Director General).
 - . 2009b. *Universal primary education in Africa: The teacher challenge* (Dakar, Senegal, BREDa).
 - . 2011. *International Standard Classification of Education: ISCED 2011* (Montreal, Institute for Statistics, Montreal).
 - . 2012. *Sub-Saharan Africa 2012 EFA report*, Reunión Mundial sobre la Educación para Todos (París).
 - . 2014. *Teaching and learning: Achieving quality for all* (París).
 - . 2015a. *A review of the literature: Early childhood care and education (ECCE) personnel in low- and middle-income countries*, Documento de trabajo de la serie "La atención y educación de la primera infancia" (París).
 - . 2015b. *La educación para todos 2000-2015: logros y desafíos*, Informe de seguimiento de la EPT en el mundo, diciembre (París).
 - . 2016a. *El agua y el empleo. Informe mundial sobre el desarrollo de los recursos hídricos de las Naciones Unidas 2016*. Programa Mundial de Evaluación de los Recursos Hídricos (París).
 - . 2016b. *La educación al servicio de los pueblos y el planeta: Creación de futuros sostenibles para todos*, Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2016. 2.^a ed. (París).
 - . 2017. *Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2017. Rendir cuentas en el ámbito de la*

- educación: *Cumplir nuestros compromisos* (París).
- . 2018. UIS.Stat (Montreal, Instituto de Estadística de la UNESCO). Disponible en: <http://data.uis.unesco.org/> [1 de febrero de 2018].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2004. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review* (Ginebra).
- . 2006. *El informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud* (Ginebra).
- . 2010. *Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud* (Ginebra).
- . 2011. *Género, cambio climático y salud* (Ginebra).
- . 2015. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (Ginebra).
- . 2016a. *A dynamic understanding of health worker migration* (Ginebra).
- . 2016b. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*, Human Resources for Health Observer (Ginebra).
- . 2016c. *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación de personal de salud: segunda ronda de presentación de informes nacionales* (Ginebra). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_37-sp.pdf [29 de enero de 2018].
- . 2016d. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* (Ginebra).
- . 2017. *Dublin declaration on human resources for health: Building the health workforce of the future*, Cuarto Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Disponible en: www.who.int/hrh/events/Dublin_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf [25 de enero de 2018].
- . 2018. *Global Health Expenditure Database* (Ginebra). Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> [10 de enero de 2018].
- y UNICEF. 2012. *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate* (Ginebra).
- y —. 2017. *Progresos en materia de agua potable, saneamiento e higiene: informe de actualización de 2017 e indicadores de referencia de los ODS* (Ginebra).
- y Banco Mundial. 2011. *Informe mundial sobre la discapacidad* (Ginebra).
- Orozco Corona, M.E. y Gammage, S. 2017. *Cash transfer programmes, poverty reduction and women's economic empowerment: Experience from Mexico*, Documento de trabajo (Ginebra, OIT). Disponible en: www.ilo.org/global/topics/equality-and-discrimination/publications/WCMS_571096/lang--en/index.htm [5 de diciembre de 2017].
- Ortiz, I., Cummins, M. y Karunanethy, K. 2015. *Fiscal space for social protection. Options to expand social investments in 187 countries*, Documento de trabajo (Ginebra, OIT). Disponible en: www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_383871/lang--en/index.htm [22 de febrero de 2018].
- Pacolet, J. y Comisión Europea (eds.). 1999. *Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway*, Informe de síntesis encomendado por la Comisión Europea y el Ministerio Belga de Asuntos Sociales (Luxemburgo y Lanham, MD, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas).
- Palriwala, R. y Neetha, N. 2010. "Labor de cuidado en la India y dificultades de los trabajadores domésticos y de Anganwadi", en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 149, núm. 4, págs. 567-586.
- Parakh, R. 2016. "Why are Anganwadi workers across the country considering going on strike?", en *The Logical Indian*. 20 de febrero de 2016. Disponible en: <http://thelogicalindian.com/story-feed/exclusive/how-can-arun-jaitley-fight-indias-national-shame-and-help-malnourished-children-through-his-budget/> [18 de febrero de 2016].
- Parent-Thirion, A., Biletta, I., Cabrita, J., Llave Vargas, O., Vermeylen, G., Wilczynska, A. y Wilkens, M.

2017. *6th European working conditions survey: Overview report*, versión actualizada de 2017, EF 16/34 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea).
- Parreñas, R. 2010. "Transnational mothering: A source of gender conflicts in the family", en *North Carolina Law Review*, núm. 88, págs. 1825-1856.
- Patel, L. 2009. *The gendered character of social care in the non-profit sector in South Africa*, Documento temático (Ginebra, Universidad de Johannesburgo, Centro para el Desarrollo Social de África y UNRISD).
- Peeters, J. 2007. "Including men in early childhood education: Insights from the European experience", en *NZ Research in Early Childhood Education*, vol. 10, págs. 15-24.
- Peng, I. 2010. "Expansión del trabajo de cuidado en la República de Corea y consecuencias para los cuidadores", en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 149, núm. 4, págs. 511-528.
- . 2012. "The boss, the worker, his wife and no babies: South Korean political and social economy of care in a context of institutional rigidities", en S. Razavi y S. Staab (eds.): *Global variations in the political and social economy of care: Worlds apart* (Nueva York, Routledge), págs. 80-100.
- . 2016. "Testing the limits of welfare state changes: The slow-moving immigration policy reform in Japan", en *Social Policy and Administration*, vol. 50, núm. 2, págs. 278-295.
- y Wong, O.M.H. 2016. "Who takes care of my left-behind children? Migrant mothers and care-givers in transnational child care", en *Journal of Family Issues*, vol. 37, núm. 14, págs. 2021-2044.
- Pereyra, F. 2017. *Trabajadoras domésticas y protección social en Argentina: Avances y desafíos pendientes* (Buenos Aires, Oficina Regional de la OIT).
- y Micha, A.S. 2016. "The configuration of nursing labor conditions in the Buenos Aires metropolitan area: An analysis at the intersection of the gender order and the organization of the health system", en *Salud Colectiva*, vol.12, núm. 2, págs. 221-238.
- Petmesidou, M. y Guillén, A.M. 2015. *Economic crisis and austerity in Southern Europe: Threat or opportunity for a sustainable welfare state?* OSE Paper Series No. 18 (París, Observatoire Social Européen). Disponible en: http://www.ose.be/files/publication/OSEPaperSeries/Petmesidou_Guillen_2015_OseResearchPaper18.pdf [2 de febrero de 2018].
- Pflegestützpunkte Berlin. 2017. Hojas informativas A-Z. Disponible en: www.pflegestuuetzpunkte-berlin.de/index.php/informationsblaetter-a-z-2 [11 de enero de 2018].
- Philip, K. 2013. *The community work programme: Building a society that works* (Ginebra, OIT).
- Pillinger, J. 2010. *Pay and the gender wage gap in health and social care* (Bruselas, Federación Sindical Europea de Servicios Públicos).
- . 2014. *Bargaining for equality* (Bruselas, Confederación Europea de Sindicatos).
- , Schmidt, V. y Wintour, N. 2016. *Negociando por la igualdad de género*, Nota de información núm. 4 (Ginebra, OIT).
- Pirard, P., Vandentorren, S., Pascal, M., Laaidi, K., Le Tertre, A., Cassadou, S. y Ledrans, M. 2005. "Summary of the mortality impact assessment of the 2003 heat wave in France", en *Eurosurveillance*, vol. 10, núm. 7, págs. 7-8.
- Postic, N. 2016. *Volunteer work in the health and care sector*, documento informativo inédito (Ginebra, OIT).
- Press, F. y Hayes, A. 2000. *OECD thematic review of early childhood education and care policy: Australian background report* (Canberra, Commonwealth Government of Australia).
- Programa Mundial de Alimentos (PMA). 2013. *State of school feeding worldwide 2013* (Roma).
- Provincia de Buenos Aires, Argentina. 2014. Ley 14628. Disponible en: www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14628.html [23 de febrero de 2018].
- Rao, M., Rao, K.D., Shiva Kumar, A.K., Chatterjee, M. y Sundararaman, T. 2011. "Human resources for

- health in India”, en *The Lancet*, vol. 377, núm. 9765, págs. 587-598.
- Ravenswood, K. 2017. *Improving care worker conditions for aged care workers in New Zealand*, documento presentado en la Cumbre Mundial sobre el Trabajo de Cuidados, Lowell, MA, 1-3 de junio. Información sobre la Cumbre disponible en: www.uml.edu/Research/CWW/carework/Summit/ [30 de enero de 2018].
- Ray, R., Gornick, J.C. y Schmitt, J. 2010. “Who cares? Assessing generosity and gender equality in parental leave policy designs in 21 countries”, en *Journal of European Social Policy*, vol. 20, núm. 3, págs. 196-216.
- Razavi, S. 2007. *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options* (Ginebra, UNRISD).
- . 2011. “Rethinking care in a development context: An introduction”, en *Development and Change*, vol. 42, núm. 4, págs. 873-903.
- . 2013. “Households, families, and social reproduction”, en G. Waylen (ed.): *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press), págs. 289-312.
- y Staab, S. 2010. “Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado”, en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 149, núm. 4, págs. 449-467.
- Rege, M. y Solli, I. 2010. *The impact of paternity leave on long-term father involvement*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, Nueva York, Social Science Research Network).
- Rehel, E.M. 2014. “When dad stays home too: Paternity leave, gender, and parenting”, en *Gender and Society*, vol. 28, núm. 1, págs. 110-132.
- República de Filipinas y Reino de Bahrein. 2007. *Memorando de entendimiento entre el Gobierno de la República de Filipinas y el Gobierno del Reino de Bahrein sobre cooperación entre los servicios públicos* (Manama, Bahrein).
- Rhee, J.C., Done, N. y Anderson, G.F. 2015. “Considering long-term care insurance for middle-income countries: Comparing South Korea with Japan and Germany”, en *Health Policy*, vol. 119, núm. 10, págs. 1319-1329.
- Rodrigues, R., Huber, M. y Lamura, G. 2012. *Facts and figures on healthy ageing and long-term care* (Viena, Centro Europeo de Políticas e Investigación en materia de Bienestar Social).
- Rodríguez Enríquez, C. 2016. “Basic income and time use democratization”, en *Basic Income Studies*, vol. 11, núm. 1.
- Rost, L., Bates, K. y Dellepiane, L. 2015. *Women’s economic empowerment and care: Evidence for influencing* (Oxford, Oxfam).
- Rubery, J., Grimshaw, D., Hebson, G. y Ugarte, S.M. 2015. “‘It’s all about time’: Time as contested terrain in the management and experience of domiciliary care work in England”, en *Human Resource Management*, vol. 54, núm. 5, págs. 753-772.
- Sainsbury, D. 2013. “Gender, care; welfare”, en G. Waylen (ed.): *The Oxford handbook of gender and politics* (Oxford, Oxford University Press).
- Salami, B., Oluwakemi, A. y Philomena, O.I. 2016. *Migrant nurses and care workers rights in Canada* (Ginebra, UNRISD).
- Salmi, M. y Lammi-Taskula, J. 2017. “Finland country note”, en S. Blum, A. Koslowski y P. Moss (eds.): *International review of leave policies and research 2017*. Philadelphia, PA, International Network on Leave Policies and Research. Disponible en: www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 de enero de 2018].
- Salvador, S., Rodríguez Enríquez, C., Martínez Franzoni, J. y Arza, C. 2018. *Maternidad en el empleo: ¿cuáles son los costos de la escasa corresponsabilidad social y cómo se distribuyen?* (Ginebra, OIT).
- Samman, E., Presler-Marshall, E. y Jones, N. 2016. *Women’s work: Mothers, children and the global*

- childcare crisis* (Londres, Overseas Development Institute).
- Saraceno, C. 2016. "Varieties of familialism: Comparing four southern European and East Asian welfare regimes", en *Journal of European Social Policy*, vol. 26, núm. 4, págs. 314-326.
- y Keck, W. 2010. "Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?", en *European Societies*, vol. 12, núm. 5, págs. 675-696.
- Scheil-Adlung, X. 2015. *Long-term care (LTC) protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Documento de trabajo, Serie de documentos ESS (SECSOC) (Ginebra, OIT).
- Schmid, G. y Wagner J. 2016. *Managing social risks of non-standard forms of employment: Europe compared to selected countries in Asia, Latin America, and Africa*, Documento de referencia no publicado (Ginebra, OIT).
- Schmidt, A.E., Fuchs, M. y Rodrigues, R. 2016. *Juggling family and work: Leaves from work to care informally for frail or sick family members – an international perspective*, Reseña de política (Viena, Centro Europeo de Políticas de Bienestar e Investigación).
- Schwalbe, N. 2017. "Global health: generation men", en *The Lancet*, vol. 390, núm. 10096, pág. 733.
- Sekeráková Búriková, Z. 2017. "Exploring the demand for paid domestic workers in Slovakia through the intersection of welfare and gender regimes", en *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, núm. 3, págs. 28-51.
- Selwyn, P.A., Goulet, J.L., Molde, S., Constantino, J., Fennie, K.P., Wetherill, P., Gaughan, D.M., Brett-Smith, H. y Kennedy, C. 2000. "HIV as a chronic disease: Implications for long-term care at an AIDS-dedicated skilled nursing facility", en *Journal of Urban Health*, vol. 77, núm. 2, págs. 187-203.
- Sepúlveda Carmona, M. 2013. *Report of the special rapporteur on extreme poverty and human rights: Unpaid care work and women's human rights* (Ginebra, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas).
- . 2017. "Ensuring inclusion and combatting discrimination in social protection programmes: The role of human rights standards", en *International Social Security Review*, vol. 70, núm. 4, págs. 13-43.
- , Nyst, C. y Hautala, H. 2012. *The human rights approach to social protection*, SSRN Scholarly Paper (Helsinki, Ministerio de Relaciones Exteriores de Finlandia).
- Sexsmith, K., Smaller, C. y Speller, W. 2017. *How to improve gender equality in agriculture* (Winnipeg, Manitoba, Instituto Internacional para el Desarrollo Sostenible).
- Shaeffer, S. 2015. *Comité Mixto OIT/UNESCO sobre la aplicación de las Recomendaciones relativas al personal docente (CEART)* (Ginebra y París, OIT y UNESCO).
- Shakespeare, T. y Williams, F. De próxima publicación. *Care and assistance: Issues for persons with disabilities, women and care workers* (Ginebra, OIT).
- Shan, J. 2017. "Long-term care insurance may become mandatory", en *China Daily*. Disponible en: http://m.chinadaily.com.cn/en/2017-03/11/content_28515881.htm [13 de febrero de 2018].
- Sharma, R. 2012. "Teachers on the move", en *Journal of Studies in International Education*, vol. 17, núm. 3, págs. 262-283.
- Shi, L., Zhang, D., Zhou, C., Yang, L., Sun, T., Hao, T. y Peng, X. et al. 2017. "A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses", en *British Medical Journal Open*, vol. 7, núm. 6, e013105.
- Shutes, I. y Chiatti, C. 2012. "Migrant labour and the marketisation of care for older people: The employment of migrant care workers by families and service providers", en *Journal of European Social Policy*, vol. 22, núm. 4, págs. 392-405.
- y Walsh, K. 2012. "Negotiating user preferences, discrimination, and demand for migrant labour

- in long-term care”, en *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, vol. 19, núm. 1, págs. 78-104.
- Sinyavskaya, O. 2017. “Russian Federation country note”, en S. Blum, A. Koslowski y P. Moss (eds.): *International review of leave policies and research 2017*. (Philadelphia, PA, International Network on Leave Policies and Research). Disponible en: www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/ [29 de enero de 2018].
- Sipilä, J., Repo, K. y Rissanen, T. (eds.). 2010. *Cash-for-childcare: The consequences for caring mothers* (Cheltenham, Edward Elgar).
- Sjöberg, O. 2004. “The role of family policy institutions in explaining gender-role attitudes: A comparative multilevel analysis of thirteen industrialized countries”, en *Journal of European Social Policy*, vol. 14, núm. 2, págs. 107-123.
- Smeaton, D., Ray, K. y Knight, G. 2014. *Costs and benefits to business of adopting work life balance working practices: A literature review* (Londres, Departamento de Comercio, Innovación y Formación Profesional).
- Solaz, A. y Thévenon, O. 2013. *Labour market effects of parental leave policies in OECD countries*, Documentos de trabajo de la OCDE sobre cuestiones sociales, de empleo y de migración (París, OCDE).
- Spencer, S., Martin, S., Lynn Bourgeault, I. y O’Shea, E. 2010. *The role of migrant care workers in ageing societies: Report on research findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States* (Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones).
- Speroni, K.G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L. y Atherton, M. 2014. “Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors”, en *Journal of Emergency Nursing*, vol. 40, núm. 3, págs. 218-228.
- Sprague, T.B. 1880. “Explanation of a new formula for interpolation”, en *Journal of the Institute of Actuaries*, vol. 22, pág. 270-275.
- Standing, G. 2001. “Care work: Overcoming insecurity and neglect”, en M.E. Daly (ed.): *Care work: The quest for security* (Ginebra, OIT), págs. 15-32.
- Stenum, H. 2011. *Abused domestic workers in Europe. The case of au pairs* (Bruselas, Parlamento Europeo).
- Stiglitz, J., Sen, A. y Fitoussi, J.P. 2009. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress* (París, Centre de recherche en économie de Sciences Po).
- Stotsky, J.G. 2016. *Gender budgeting: Fiscal context and current outcomes*, Documento de trabajo (Washington, DC, Fondo Monetario Internacional).
- Sullivan, O. 2000. “The division of domestic labour: Twenty years of change?”, en *Sociology*, vol. 34, núm. 3, págs. 437-456.
- . 2013. “What do we learn about gender by analyzing housework separately from child care? Some considerations from time-use evidence”, en *Journal of Family Theory and Review*, vol. 5, núm. 2, págs. 72-84.
- Sunuwar, D.K. 2015. “Seven out of every 10 victims of trafficking in person are indigenous women and girls in Nepal”, en *Indigenous voices*. Disponible en: www.indigenousvoice.com/en/7-out-of-every-10-victims-of-trafficking-in-person-are-indigenous-women-and-girls-in-nepal.html [27 de febrero de 2018].
- Svallfors, S. (ed.) 2012. *Contested welfare states: Welfare attitudes in Europe and beyond*, *Studies in Social Inequality* (Stanford, CA, Stanford University Press).
- Szebehely, M. y Meagher, G. 2017. “Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker?”, en *Journal of European Social Policy*, doi: 10.1177/0958928717735062.

- Széman, Z. 2015. "Transition of long-term care in Hungary: Problems and solutions", en *European Journal of Mental Health*, vol. 10, núm. 2, págs. 245-255.
- Tanzarn, N. y Gutiérrez, M.T. 2015. *Public works programmes: A strategy for poverty alleviation – The gender dimension revisited in employment-intensive investment programmes in 30 countries in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean*, Documento de trabajo (Ginebra, OIT).
- Tijdens, K., De Vries, D.H. y Steinmetz, S. 2013. "Health workforce remuneration: Comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries", en *Human Resources for Health*, vol. 11, art. 11.
- Tillé, Y. 2011. *Théorie des sondages: Chantillonnage et estimation en population finie – Cours et exercices avec solutions* (París, Dunod).
- Tkach, O. y Hrženjak, M. 2017. "Paid domestic work in postsocialist contexts: Regional traits of a global phenomenon – An introduction", en *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, núm. 3, págs. 4-14.
- Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., Bradish, S. y Elliott Rose, A. 2016a. "A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries", en *Human Resources for Health*, vol. 14, art. 59.
- , Birch, S., MacKenzie, A. y Rigby, J. 2016b. "Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries", en *Human Resources for Health*, vol. 14, art. 77.
- Tomei, M. y Belser, P. 2011. "Nuevas normas de la OIT sobre trabajo decente para los trabajadores domésticos", en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 150, núms. 3-4, págs. 469-477.
- Trafford, Z., Swartz, A. y Colvin, C.J. 2017. "'Contract to volunteer': South African community health worker mobilization for better labor protection", en *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, doi: 10.1177/104829111773952.
- Tronto, J. 2015. *Who cares? How to reshape a democratic politics* (Ithaca, NY, Cornell University Press).
- Trotter, L.J. 2017. "Making a career: Reproducing gender within a predominately female profession", en *Gender and Society*, vol. 31, núm. 4, págs. 503-525.
- Tschanz, C. y Staub, I. 2017. "Disability-policy models in European welfare regimes: comparing the distribution of social protection, labour-market integration and civil rights", en *Disability and Society*, vol. 32, núm. 8, págs. 1199-1215.
- Tsikata, D. 2011. "Employment agencies and the regulation of domestic workers in Ghana: Institutionalizing informality?", en *Canadian Journal of Women and the Law*, vol. 23, núm. 1, págs. 213-234.
- Ungerson, C. y Yeandle, S. (eds.). 2007. *Cash for care in developed welfare states*, The Future of Work Series (Basingstoke, Palgrave Macmillan).
- Unión Interparlamentaria (UIP). 2009. *Equality in politics: A survey of women and men in parliaments. An overview of key findings* (Ginebra).
- Valarino, I., Duvander, A.Z., Haas, L. y Neyer, G. 2017. "Exploring leave policy preferences: A comparison of Austria, Sweden, Switzerland, and the United States", en *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*. Disponible en: <https://academic.oup.com/sp/article/25/1/118/4772851> [17 de enero de 2018].
- Vázquez Pimentel, A.D., Macías Aymar, I. y Lawson, M. 2018. *Reward work, not wealth: To end the inequality crisis, we must build an economy for ordinary working people, not the rich and powerful* (Oxford, Oxfam).
- Vlădescu, C., Scintee, S.G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C. y Sagan, A. 2016. "Romania: Health system review", en *Health Systems in Transition*, vol. 18, núm. 4, págs. 1-170.

- Wickramasekara, P. 2015. *Bilateral agreements and memoranda of understanding on migration of low skilled workers: A review*, SSRN Scholarly Paper (Rochester, NY).
- Wielers, R. y Raven, D. 2013. "Part-time work and work norms in the Netherlands", en *European Sociological Review*, vol. 29, núm. 1, págs. 105-113.
- Williams, F. 2012. "Converging variations in migrant care work in Europe", en *Journal of European Social Policy*, vol. 22, núm. 4, págs. 363-376.
- y Gavanas, A. 2008. "The intersection of childcare regimes and migration regimes: A three country study", en H. Lutz (ed.): *Migration and domestic work* (Londres, Routledge).
- Wils, A. 2015. *Reaching education targets in low and lower-middle income countries: Costs and finance gaps to 2030 for pre-primary, primary, lower- and upper secondary schooling* (París, UNESCO).
- Windebank, J. 2010. "Barriers to outsourcing domestic chores in dual-earner households", en *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 30, núm. 7/8, págs. 387-398.
- Wismar, M., Organización Mundial de la Salud, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria (eds.). 2011. *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries*, Serie de Estudios del Observatorio núm. 23 (Copenhague, OMS, en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria).
- Woetzel, J., Madgavkar, A., Ellingrud, K., Labaye, E., Devillard, S., Kutcher, E., Manyika, J., Dobbs, R. y Mekala, K. 2015. *The power of parity: How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth* (Nueva York, McKinsey Global Institute).
- Wright, E.O. 2012. "Defining care", en N. Folbre (ed.): *For love and money: Care provision in the United States* (Nueva York, Russell Sage Foundation), págs. 1-20.
- Yeandle, S. y Kröger, T. 2014. "Reconciling work and care for older parents, disabled children and partners: Convergent or separate paths in three welfare systems?", en T. Kröger y S. Yeandle (eds.): *Combining paid work and family care: Policies and experiences in international perspective* (Bristol, Policy Press), págs. 219-239.
- , Chou, Y.C., Fine, M., Larkin, M. y Milne, A. 2017. "Care and caring: Interdisciplinary perspectives on a societal issue of global significance", en *International Journal of Care and Caring*, vol. 1, núm. 1, págs. 3-25.
- Yeates, N. 2012. "Global care chains: A state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research", en *Global Networks*, vol. 12, núm. 2, págs. 135-154.
- y Pillinger, J. 2013. *Human resources for health migration: Global policy responses, initiatives and emerging issues* (Milton Keynes, Open University). Disponible en: <http://oro.open.ac.uk/39072/> [19 de enero de 2018].
- Yun, A. 2017. "A 'state-generated' maid?: Care workers in South Korea" (OxHRH Blog, 15 de diciembre de 2017). Disponible en: <http://ohrh.law.ox.ac.uk/a-state-generated-maid-care-workers-in-the-south-korea/> [19 de febrero de 2018].
- Zacharias, A. 2017. *How time deficits and hidden poverty undermine the Sustainable Development Goals* (Annandale-on-Hudson, NY, Levy Economics Institute of Bard College).
- , Antonopoulos, R. y Masterson, T. 2012. *Why time deficits matter: Implications for the measurement of poverty* (Annandale-on-Hudson, NY, UNDP, Levy Economics Institute of Bard College).
- Zanoni, J., Kauffman, K., McPhaul, K., Nickels, L., Hayden, M., Glassman, M., Vega, L., Sokas R. y Lipscomb, J. 2007. "Personal care assistants and blood exposure in the home environment: Focus group findings", en *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, vol. 1, núm. 2, págs. 125-131.
- Zdravomyslova, E. y Tkach, O. 2017. "Cultural patterns of class inequality in the realm of paid domestic work in Russia", en *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, vol. 8, núm. 3, págs. 68-99.

EL TRABAJO DE CUIDADOS Y LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO PARA UN FUTURO CON TRABAJO DECENTE

El presente informe examina de manera exhaustiva el trabajo de cuidados remunerado y no remunerado y su relación con el cambiante mundo del trabajo. Analiza las maneras en las que la prestación de cuidados no remunerada se reconoce y organiza, así como el alcance y la calidad de los trabajos de cuidados, y su impacto en el bienestar de las personas y de la sociedad. Un elemento clave de este informe es la persistente desigualdad de género en los hogares y en el mercado del trabajo, inextricablemente vinculada con la prestación de cuidados. Esta desigualdad de género debe superarse de modo de asegurar que el futuro del trabajo de cuidados sea decente tanto para las mujeres como para los hombres.

El informe detalla un conjunto de medidas de política transformadoras en cinco ámbitos principales: la prestación de cuidados, la macroeconomía, la protección social y las políticas laborales y migratorias. El objetivo de estas políticas es promover el reconocimiento del valor de la prestación de cuidados no remunerada, la reducción de las tareas penosas que conllevan algunas de sus formas, y la redistribución de las responsabilidades de cuidado entre las mujeres y los hombres, y entre los hogares y el Estado. Estas políticas también deben generar más y mejores trabajos de cuidados, y apoyar la representación de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, de las trabajadoras y trabajadores del cuidado, y de los receptores de cuidados en el diálogo social. El informe indica que la disponibilidad de servicios de cuidado asequibles y de buena calidad proporcionados públicamente, y de políticas e infraestructura de cuidado pertinentes, resulta de vital importancia.

A fin de apoyar estas recomendaciones de política, el informe presenta un acervo de datos originales obtenidos de más de 90 países en todo el mundo. Estos datos cubren diversas cuestiones, entre ellas:

- la manera en que los cambios en el tamaño y la estructura de los hogares -debidos a transformaciones demográficas, migratorias y del mercado de trabajo- están alterando el panorama de las necesidades de cuidado;
- la magnitud y el valor de la prestación de cuidados no remunerada, su distribución desigual entre las mujeres y los hombres, y su impacto en la desigualdad de género en el empleo;
- el papel que desempeñan las políticas de cuidado para obtener resultados positivos en materia de bienestar y de empleo para los receptores de cuidados y quienes los prestan, y una revisión de la cobertura de la política de cuidado en todo el mundo;
- la magnitud y la distribución en el empleo de la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados, y las condiciones de trabajo de los trabajadores y trabajadoras del cuidado en los sectores de la salud, el trabajo social y la educación, así como en el trabajo doméstico, y
- el potencial de creación de trabajos decentes en el ámbito de la prestación de cuidados que busca subsanar los déficits de cuidado actuales y alcanzar las metas conexas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de aquí a 2030.

El informe concluye con una orientación de política orientada a los mandantes de la OIT, basada en los datos analizados y en una extensa revisión de las experiencias de los países.

Servicio de Género, Igualdad y Diversidad (GED) & ILOAIDS
Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad
Oficina Internacional del Trabajo (OIT)
4, route des Morillons
CH-1211 Ginebra 22, Suiza
Tel: +41 (0) 22 799 611

www.ilo.org/ged
www.ilo.org/care-economy



Flanders
State of the Art



ISBN 978-92-2-133484-2



9 789221 334842 >

