

► Herramienta de política

Programa conjunto de ONU Mujeres y la OIT: Promover el empleo decente para las mujeres a través de políticas de crecimiento inclusivo y de inversiones en la economía del cuidado

Marzo de 2021

Una guía para las inversiones públicas en la economía del cuidado

Herramienta de apoyo en materia de política para estimar los déficits de servicios de cuidado, el costo de las inversiones para cubrirlos y sus beneficios económicos¹

Principales puntos

Esta herramienta de apoyo en materia de política se ha preparado en el marco del programa conjunto de ONU Mujeres y la OIT titulado “Promover el empleo decente para las mujeres a través de políticas de crecimiento inclusivo y de inversiones en la economía del cuidado”, y forma parte de las iniciativas de Respuesta socioeconómica a la pandemia de la COVID-19 que el Sistema de las Naciones Unidas se encuentra implementando en todo el mundo. En este marco, la herramienta tiene por objeto proporcionar una metodología para:

- determinar las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado (en particular la salud pública, los cuidados de larga duración, el cuidado y educación de la primera infancia, y la educación primaria y secundaria);
- estimar los costos de las inversiones públicas y el gasto público para eliminar dichas deficiencias de cobertura, y
- evaluar los diversos beneficios económicos de tales inversiones a corto y largo plazo.

► I. Introducción

Si bien la necesidad de una mayor inversión pública en la economía del cuidado ha sido un tema candente en los debates de política durante mucho tiempo, la pandemia de la COVID-19 ha puesto claramente de manifiesto la urgencia de esta cuestión de múltiples maneras. Ante todo, en muchos países del mundo, los sistemas de salud pública (y en general) han demostrado una capacidad limitada para hacer frente al crecimiento repentino de la demanda de servicios de salud. Los

¹ Esta nota fue preparada por Ipek Ilkkaracan (ilkkaracan@itu.edu.tr), Universidad Técnica de Estambul, Facultad de Administración, con aportaciones de Anuradha Seth, Asesora Senior en Género y Macroeconomía, ONU Mujeres y de Valeria Esquivel, Especialista en Género y Políticas de Empleo, OIT. Las opiniones y abordajes propuestos en esta publicación no necesariamente reflejan la posición de los donantes..

trabajadores de la salud no sólo se han expuesto a mayores riesgos, sino también a jornadas de trabajo y condiciones extremas, lo que ha agravado más aún la fragilidad del sistema ante la pandemia.

Habida cuenta del cierre de las escuelas y de la interrupción de los servicios debido a las medidas de confinamiento (cierre de los restaurantes, limitaciones en el acceso a los servicios domésticos y de cuidado), se ha observado un incremento sin precedentes de la demanda de producción en el hogar y del trabajo de cuidados no remunerado. Una encuesta sobre el uso del tiempo durante la pandemia llevada a cabo en Turquía ha concluido que el tiempo de trabajo no remunerado ha aumentado más de 11 horas por semana en promedio para las mujeres, y casi 6 horas para los hombres. Cerca de dos tercios de las mujeres y más de una cuarta parte de los hombres que continúan trabajando en las condiciones establecidas como consecuencia de la pandemia afirman que tienen enormes dificultades para hacer frente a la carga de trabajo total (remunerado o no remunerado) (PNUD Turquía 2020; Ilkcaracan y Memis 2020). Otros países han indicado incrementos similares del tiempo de trabajo no remunerado tanto de las mujeres como de los hombres a causa de las medidas de confinamiento (Deshpande 2020 para la India, ONU Mujeres 2020 para Jordania, Farres, et.al. 2020 para España, Andrew et al. 2020 para el Reino Unido), y ponen de relieve que la limitación de tiempo para las mujeres que trabajan es particularmente notoria, por lo que muchas se ven obligadas a abandonar el mercado de trabajo ante la presión del doble turno. A la luz de estos datos concluyentes, ONU Mujeres (2020) y OIT (2020) señalan que la crisis de la COVID-19 ha mostrado el impacto desigual de la misma en las mujeres y los hombres, esta vez no sólo en términos de la posición más frágil de las mujeres en los mercados de trabajo, sino también en términos de la desigual distribución de género del trabajo de cuidados.

Además, en vista de la gravedad del impacto económico de la pandemia en todo el mundo y de los crecientes índices de desempleo, existe un consenso en los círculos de política sobre la necesidad de un estímulo de política económica sin precedentes. Las medidas de estímulo fiscal deben concebirse y adoptarse centrándose en maximizar su eficiencia, para que fomenten la mayor generación posible de ingresos y de empleos decentes, la prevención/reducción de la pobreza, y el crecimiento inclusivo y sostenible, prestando especial atención a la promoción de la igualdad de género. Al asegurar que el gasto en medidas de estímulo fiscal incluya inversiones en la economía del cuidado, es altamente probable que se logren al mismo tiempo estos múltiples objetivos de política: la generación de empleos, la reducción de la pobreza y la igualdad de género.

Se reconoce desde hace mucho tiempo que la política fiscal puede ser una herramienta eficaz para mitigar las desigualdades e impulsar al mismo tiempo la demanda agregada y el crecimiento a través de la creación de empleo. Un debate emergente sobre la política económica señala que las decisiones específicas tomadas en las medidas de estímulo con respecto a la asignación sectorial del gasto tienen grandes consecuencias para la magnitud y la composición de la demanda emergente de mano de obra. Esto obedece a los multiplicadores diferenciales del empleo en todos los sectores, y también a la diversa composición del empleo por género y competencias. Los sectores de los servicios de cuidado tienen un coeficiente de mano de obra considerablemente más alto que, por ejemplo, el sector de la construcción (un objetivo frecuente del gasto en medidas de estímulo) o que la mayoría de los demás sectores de los servicios. Además, la composición de la demanda de mano de obra suele favorecer en mayor grado a las mujeres que a los hombres en los servicios de cuidado, mientras que en el caso de otros sectores, como el de la construcción, sucede lo contrario. La expansión de los servicios de cuidado también desencadena efectos desde la perspectiva de la oferta de mano de obra en particular para las mujeres, al atenuar las limitaciones de tiempo a las que se enfrentan y crear una base más igual en la que apoyarse para tomar decisiones sobre su incorporación al mercado de trabajo.

Por consiguiente, las medidas de estímulo fiscal y las políticas laborales específicas que apoyan la expansión de los sectores de la salud y la educación y de otros sectores de servicios de cuidado desatendidos pueden ser una estrategia eficaz para fortalecer la demanda agregada y mejorar al mismo tiempo el crecimiento económico a largo plazo, la igualdad de género y el bienestar de la sociedad (OIT 2019; Stiglitz 2016; UNCTAD 2017, y ONU Mujeres 2018).

Esta herramienta de apoyo en materia de política tiene por objeto contribuir al diseño de medidas de intervención con posterioridad a la pandemia, a fin de promover una recuperación efectiva e inclusiva. Su objetivo es ayudar a los gobiernos a priorizar los gastos desde la perspectiva de un proceso de crecimiento inclusivo y equitativo para hombres y mujeres. Además, permite a los responsables de la formulación de políticas tomar conciencia del potencial de las inversiones en la

economía del cuidado con miras a responder a las múltiples prioridades de desarrollo. Tiene por objeto apoyarse en las capacidades nacionales y respaldarlas.

Esta guía, centrada en una “metodología”, para las inversiones públicas en la economía del cuidado se basa en un estudio aplicado reciente a nivel nacional y transnacional de la OIT, ONU Mujeres y algunos institutos de investigación en todo el mundo desde la década de 2010 (enumerados y resumidos en el anexo). Si bien estos estudios tienen un marco de investigación común, varían en términos de sus metodologías analíticas, los sectores del cuidado en los que se centran, y las medidas utilizadas para evaluar los beneficios económicos. Esta herramienta se apoya en la diversidad integrada en estos estudios, con el fin de proporcionar al usuario diversas opciones al determinar el alcance exacto de las dimensiones, aplicaciones y enfoques analíticos.

Esta herramienta de apoyo en materia de política se estructura de la siguiente manera: la sección II presenta una descripción del marco general y ofrece una visión de conjunto de los estudios aplicados hasta la fecha, que sirven como un recurso para esta herramienta de apoyo en materia de política. La sección III contiene directrices generales para la evaluación de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y la determinación del costo de dichas deficiencias, y las secciones IV y V proporcionan más detalles en el contexto de los diversos subsectores de los servicios de cuidado en los sectores de la educación y la salud y de los cuidados a largo plazo, respectivamente. Por último, la sección IV se centra en la evaluación de los beneficios económicos a través de diferentes enfoques metodológicos.

► II. Marco y estudios de muestra

II.A. Definir la “Inversión en la economía del cuidado”

La economía del cuidado comprende una amplia gama de trabajo productivo con actividades laborales tanto remuneradas como no remuneradas encaminadas a proporcionar cuidados directos e indirectos necesarios para el bienestar físico, psicológico y social fundamentalmente de los grupos dependientes de cuidados, tales como los niños, las personas mayores, los discapacitados y los enfermos, así como de los adultos en edad de máximo rendimiento laboral (véanse los gráficos 1 y 2).

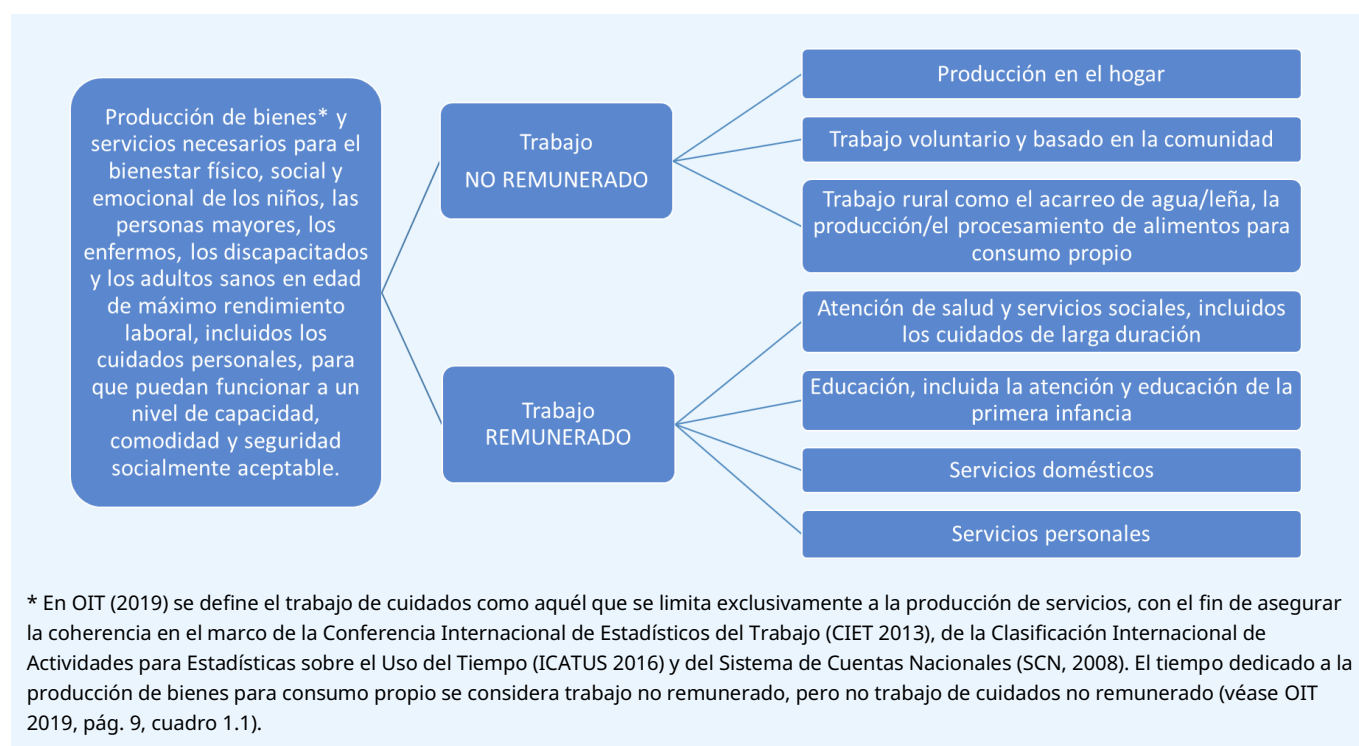
Una parte considerable del trabajo de cuidados es realizada sin una remuneración a cambio en el ámbito doméstico (producción en el hogar). También existe una cantidad considerable de trabajo no remunerado realizado en los contextos rurales menos desarrollados, como el acarreo de agua, la recolección de leña, la producción de alimentos y el procesamiento para consumo propio, que apoya las actividades de cuidado. El trabajo voluntario y basado en la comunidad constituye otra forma de trabajo no remunerado. Según las estimaciones de OIT (2019), la prestación de cuidados no remunerada para la producción en el hogar representa 16 400 millones de horas de tiempo de trabajo anualmente (lo que equivale a unos 2 000 millones de empleos (sobre la base de una jornada laboral de ocho horas). Tres cuartas partes de estas horas de trabajo no remuneradas son realizadas por mujeres. El trabajo de cuidados también es realizado a cambio de una remuneración en la esfera pública o del mercado, en los servicios sociales y de salud, en la educación, y en los servicios personales y domésticos. Según las estimaciones de OIT (2019), el tamaño de la economía del cuidado remunerado corresponde a 381 millones de empleos en todo el mundo, poniendo en peligro el 11,5 del empleo mundial. Dos terceras partes de los trabajadores del cuidado remunerados son mujeres (véase el gráfico 1).

El trabajo de cuidados directos es la prestación personal de servicios. En términos de trabajo doméstico no remunerado, puede ser bañar o dar de comer a un bebé o a un enfermo de larga duración, ayudar a un niño a hacer los deberes o acompañar a una persona mayor o discapacitada a una consulta médica. En términos de trabajo de cuidados directos remunerados, comprende las actividades realizadas por los trabajadores del cuidado empleados en los sectores del cuidado, tales como los docentes, el personal médico, el personal de enfermería o los cuidadores de niños. El trabajo de cuidados directos tiene un alto coeficiente de mano de obra, y dado que requiere el contacto personal, el margen para su mecanización es limitado. El trabajo de cuidados indirectos son las actividades de producción que apoyan la prestación de cuidados directos sin que haya necesariamente un contacto personal, como limpiar, lavar, cocinar, hacer compras o

administrar un hogar. En términos de trabajo de cuidados indirectos remunerados, incluye a los trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado, tales como los administradores, el personal de limpieza, los trabajadores del transporte/de los servicios de seguridad o los trabajadores domésticos. En un contexto rural menos desarrollado, las actividades que apoyan los cuidados indirectos también incluyen actividades productivas no remuneradas, como el acarreo de agua o de leña, la producción de alimentos y el procesamiento para consumo propio (véase el gráfico 2).²

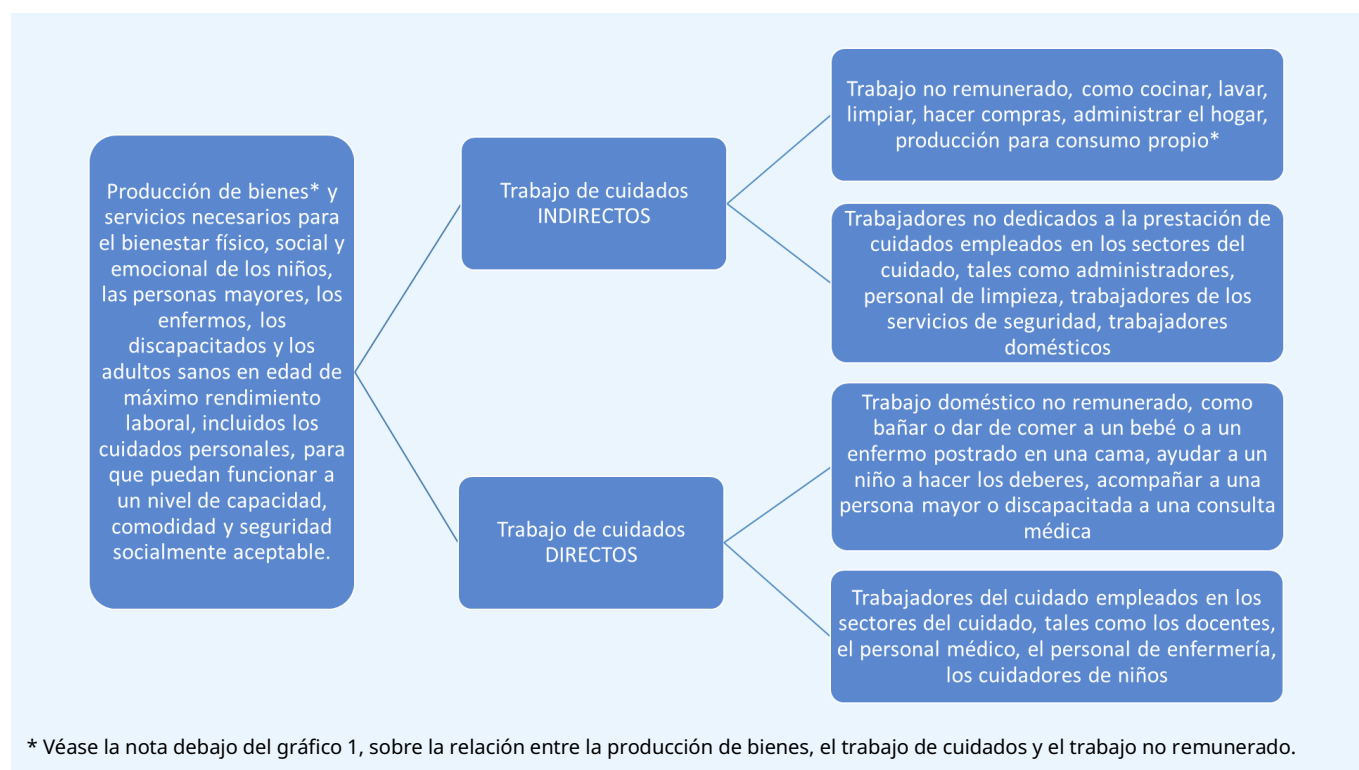
La inversión en la economía del cuidado puede tener lugar de diversas maneras y a través de intervenciones de política que mejoran el acceso de los hogares a cuidados de calidad, ya sean remunerados o no remunerados, directos o indirectos, por ejemplo, la expansión de los servicios de cuidado para los niños, las personas mayores, los discapacitados y los enfermos; la introducción de legislación sobre la licencia para la prestación de cuidados y la mejora de su aplicación; el establecimiento de regímenes de seguro a fin de que la licencia para la prestación de cuidados cubra a los trabajadores independientes, y el establecimiento de prácticas laborales flexibles o la disminución de las horas de trabajo a tiempo completo para conciliar mejor la vida laboral y familiar (véase ONU Mujeres 2018 para una discusión detallada). Esta herramienta de política se centra en particular en la expansión de los servicios de cuidado, que comprenden los cuidados tanto directos como indirectos, producidos dentro del hogar o fuera del mismo, pero prestados por trabajadores remunerados.

► **Gráfico 1: Definición de la economía del cuidado – Trabajo remunerado y no remunerado**



² El trabajo no remunerado también debe diferenciarse por su inclusión en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) frente a su exclusión del mismo. En la medida en que las actividades laborales no remuneradas están incluidas en el SCN, adquieren cierta visibilidad; están contempladas en las medidas estadísticas convencionales como trabajo productivo. Si bien el trabajo no remunerado en los contextos rurales (como el acarreo de agua/leña o la producción de alimentos para consumo propio) está incluido en las cuentas del SCN, otras formas de trabajo no remunerado están excluidas del SCN.

► **Gráfico 2: Definición de la economía del cuidado – Cuidados directos e indirectos**



El alcance de lo que se entiende por servicios de cuidado en esta herramienta de política se deriva de una conceptualización integral realizada en OIT (2019). Éstos incluyen una amplia gama de servicios prestados por diversos trabajadores, tales como el personal médico, el personal de enfermería, los terapeutas, los auxiliares médicos, los especialistas en educación de la primera infancia, los docentes de la educación primaria y secundaria, los trabajadores de los servicios de asistencia a la infancia y los trabajadores domésticos.³ Los servicios de cuidado que establecen el objetivo para las inversiones públicas dentro del alcance de la herramienta de apoyo en materia de política comprenden los siguientes sectores de actividad económica:

Sector de los servicios de educación:

- Cuidado y educación de la primera infancia (CEPI)
- Educación primaria y secundaria

Sector de los servicios de salud

- Cuidados prestados a los enfermos/pacientes (cuidados de corta duración)
- Cuidados de larga duración prestados a las personas mayores y las personas con una discapacidad o enfermedad crónica (CLD)

³ Esta conceptualización se basa en la siguiente definición de “trabajo de cuidados” proporcionada por Esquivel (2014): “El trabajo de cuidados constituye un subconjunto del trabajo de servicios, caracterizado por las relaciones interpersonales y los servicios personales que contribuyen al desarrollo de las capacidades humanas del beneficiario de cuidados (“cuidados personales”).

II.B. Enmarcar la evaluación de los beneficios económicos de las inversiones en los servicios de cuidado

Existen diversos enfoques para evaluar los resultados económicos de la expansión de los servicios de cuidado, reflejando sus múltiples beneficios económicos y sociales. Los beneficios económicos de las inversiones en los servicios de cuidado tienen lugar a través de canales tanto del lado de la oferta como de la demanda, tal como se muestra en el gráfico 3. Hasta hace poco, la mayoría de los estudios y del debate político se centraban en los efectos del acceso a los servicios de cuidado desde la perspectiva de la oferta de mano de obra. Para los trabajadores con responsabilidades de cuidado (fundamentalmente mujeres), el acceso a los servicios de cuidado atenúa las limitaciones de tiempo para su oferta de mano de obra. Esto mejora la participación de la fuerza de trabajo (femenina) y la vinculación (femenina) con el mercado de trabajo. Los estudios que tratan de determinar el impacto del acceso a los servicios de cuidado en la oferta de mano de obra femenina suelen aplicar un modelo econométrico para estimar el cambio en la probabilidad de participación de la fuerza de trabajo (véase, por ejemplo, Apps y Rees 2004 y 2005; Del Boca y Pasqua 2005; Del Boca y Sauer 2006; Del Boca y Vuri 2007). También existen estimaciones del crecimiento potencial del PIB (crecimiento desde la perspectiva de la oferta) coherente con el incremento de la participación de la fuerza de trabajo femenina (véase, por ejemplo, el estudio ampliamente citado de McKinsey de 2015).

Otro canal del lado de la oferta se hace operativo a través de la expansión de los servicios de asistencia a la infancia y preescolares y los consiguientes efectos a largo plazo en el aumento del capital humano (véase el gráfico 3). Este enfoque pone de relieve el papel fundamental que desempeñan los servicios de cuidado y educación de la primera infancia en el desarrollo físico, social y mental de los niños, al prepararlos para tener éxito en la escuela y en la vida adulta. Así pues, la inversión en los servicios de cuidado en la primera infancia tiene efectos potenciales a largo plazo de promoción del crecimiento, a través de la mayor calidad del capital humano que puede identificarse por medio de las tasas internas de rendimiento, así como efectos de promoción de la equidad debido a una mayor movilidad social (véase, por ejemplo, Conti y Heckman 2012, Heckman, Pinto, y Savelyev 2013; Heckman, et.al. 2010). Otros efectos del lado de la oferta corresponden a la mayor productividad laboral de los trabajadores, en especial los que tienen responsabilidades de cuidado, a través del acceso a una mayor conciliación de la vida laboral y familiar. Estos efectos de aumento de la productividad del lado de la oferta culminan con el crecimiento del lado de la oferta (véase el gráfico 3).

Una serie de estudios empíricos recientes que establecen la principal motivación para esta herramienta de apoyo en materia de política (enumerados en el cuadro 1), enfocan la cuestión desde la perspectiva de la demanda y en un marco macroeconómico. Se centran en los beneficios económicos a corto plazo a través de la generación de empleo directamente en los sectores del cuidado, e indirectamente en otros sectores conexos por medio de concatenaciones regresivas (véase el gráfico 3). Sus conclusiones muestran que, dado el coeficiente de mano de obra considerablemente mayor del trabajo de cuidados, cada dólar invertido en el sector del cuidado tiene el potencial de generar entre dos y tres veces más empleos que si el mismo dólar se invirtiera en otros sectores, tales como la infraestructura física y la construcción (un objetivo común del gasto en medidas de estímulo fiscal). La mayor generación de empleos facilita el aumento de los ingresos laborales, por lo que estimula el crecimiento a corto plazo del lado de la demanda.

Habida cuenta de la composición de género del trabajo de cuidados, la expansión de los servicios de cuidado crea nuevos empleos particularmente en las ocupaciones y sectores en los que predominan las mujeres. Así pues, promueve la igualdad de género también a través del lado de la demanda de mano de obra. En general, puede afirmarse que la expansión de los servicios de cuidado facilita la reducción de las disparidades económicas entre hombres y mujeres a través de un mecanismo de doble vertiente que se hace operativo desde la perspectiva tanto de la demanda como de la oferta: atenúa las limitaciones de tiempo para el trabajo de las mujeres, y mejora la participación de la fuerza de trabajo femenina, creando simultáneamente empleos en los sectores en los que predominan las mujeres y generando demanda de mano de obra femenina (véase el gráfico 3).

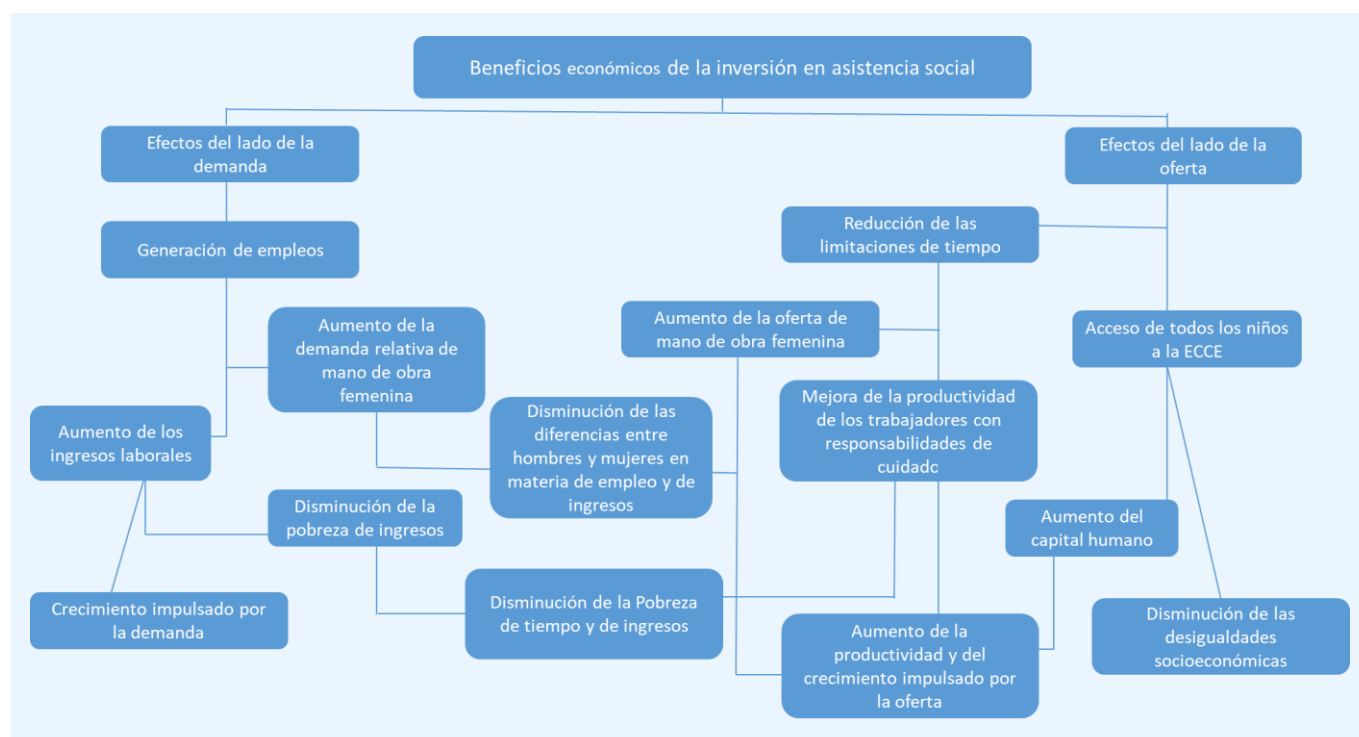
Por último, también existen efectos en la mitigación de la pobreza del lado de la demanda. El gasto en los servicios de cuidado crea un número considerable de empleos y genera ingresos laborales, lo cual reduce el riesgo de pobreza. La expansión de los servicios de cuidado promueve asimismo la existencia de hogares con dos proveedores, los cuales se

exponen a un menor riesgo de pobreza que los hogares en los que el hombre es el único proveedor. Desde la perspectiva de la oferta, al haber menos requisitos en lo tocante al tiempo de trabajo no remunerado, la pobreza de tiempo también se reduce. En general, la expansión de los servicios de cuidado facilita la reducción simultánea de la pobreza de tiempo y de la pobreza de ingresos.

Tal como se ha mencionado anteriormente, esta herramienta se centra en particular en evaluar los efectos a corto plazo desde la perspectiva de la demanda en términos de creación de empleo decente, igualdad de género y mitigación de la pobreza, así como de sostenibilidad fiscal. El motivo de centrarse en los efectos a corto plazo del lado de la demanda se basa en el objetivo de abordar el diseño de una política fiscal (en particular en el contexto de las medidas de estímulo y de rescate debido a la crisis económica actual relacionada con la COVID-19) y sus consecuencias para el crecimiento inclusivo, la recuperación resiliente y la igualdad de género. Los presupuestos públicos se diseñan anualmente, por lo que los beneficios del gasto público a corto plazo desempeñan un papel importante en las decisiones en materia de asignación de recursos. La identificación de los beneficios, desde la perspectiva de la demanda, de la inversión en servicios de cuidado analiza esencialmente la justificación económica a corto plazo de las inversiones públicas en los servicios de cuidado para proporcionar soluciones al crecimiento sin empleos, a la alta tasa de desempleo, a la baja participación de la fuerza de trabajo y al aumento de la pobreza.

La siguiente sección ofrece una visión general de esta labor de investigación y la última sección (sección VI) analiza con más detenimiento las metodologías y marcos analíticos, los cuales se utilizan al evaluar estos beneficios, desde la perspectiva de la demanda, de la inversión en servicios de cuidado.

► **Gráfico 3: Beneficios económicos de la inversión en la economía del cuidado: canales del lado de la oferta y de la demanda**



II.C. Una visión global de los estudios aplicados

En la década de 2010 se llevaron a cabo una serie de estudios aplicados sobre los efectos del lado de la demanda de invertir en el sector del cuidado. Éstos normalmente realizaron una evaluación de las deficiencias de cobertura en diversos subsectores de los servicios de cuidado y del costo de dichas deficiencias, y evaluaron los beneficios económicos de las

inversiones públicas. El cuadro 1 contiene una lista completa de estudios y de sus características principales, y el anexo incluye una revisión detallada. Esta sección se centra en particular en los estudios realizados por la OIT y ONU Mujeres.

La mayoría de los estudios enumerados en el cuadro 1 se realizan por país, y se centran en la CEPI o en los CLD, dado que éstos son los dos subsectores en los que las deficiencias de cobertura son mayores. OIT (2019) es el estudio más completo en términos tanto de cobertura global como de cobertura de los sectores de los servicios de cuidado. Evalúa la deficiencia de cobertura en 45 países⁴ a todos los niveles de la educación (CEPI, primaria, secundaria y superior), más los servicios de salud en términos tanto de cuidados a los enfermos/pacientes de corta duración como de cuidados de larga duración prestados a las personas mayores y a las personas con una enfermedad o discapacidad crónica. Se determinan las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado, y se evalúa el costo de dichas deficiencias, en relación con objetivos de política específicos derivados de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el año 2030. Como consecuencia, OIT (2019) considera que, para que estos 45 países logren los ODS en materia de educación y salud, es necesario aumentar el gasto en los servicios de cuidado, a razón de un 3,5 por ciento adicional de su PIB total. A través de un análisis del impacto en la generación de empleo, el estudio muestra asimismo que un incremento del gasto de esta magnitud tiene el potencial de crear más de 117 millones de nuevos empleos directamente en los sectores de la educación y la salud (incluida la CEPI y los CLD) e indirectamente en otros sectores interrelacionados. Más de la mitad (el 55%) de estos empleos probablemente sean ocupados por mujeres.

En ONU Mujeres (2019a) se cubren tres países (Sudáfrica, Turquía y Uruguay), mientras que ONU Mujeres (2019b y c) se centran en Kirguistán y Macedonia, respectivamente. Todos realizan una evaluación de la deficiencia de cobertura con respecto a los servicios de CEPI en relación con un objetivo de política de cobertura universal. Se estima que el costo total que representa subsanar la deficiencia de CEPI oscila entre un mínimo del 2,8 por ciento del PIB (Uruguay) y un máximo del 3,7 por ciento del PIB (Turquía). La generación de empleos directos e indirectos adicionales aumentaría el empleo 3,0 puntos porcentuales como mínimo (Kirguistán) y 6,3 puntos porcentuales como máximo (Sudáfrica), y al menos dos tercios de estos nuevos empleos serían ocupados por mujeres. Se estima que los beneficios fiscales (el aumento de los ingresos fiscales como consecuencia de la generación de nuevos empleos e ingresos) son considerables, y que el desembolso inicial de los gastos se autofinancia a razón del 26 por ciento como mínimo (Kirguistán) y del 51 por ciento como máximo (Uruguay).

Como se observa en el cuadro 1, en “evaluación de los beneficios económicos”, algunos de los estudios muestran otros análisis de los resultados económicos desde la perspectiva de la demanda de invertir en los servicios de cuidado que van más allá de la generación de empleo, tales como el impacto en la distribución de los ingresos y la reducción de la pobreza, o el impacto en el crecimiento macroeconómico y la productividad. Éstos se analizan en la sección IV y también en el anexo.

⁴ Los países son aquéllos que cuentan con datos disponibles para analizar el impacto en la generación de empleo que tiene la inversión en la expansión de los servicios de cuidado. Éstos son, fundamentalmente, países de ingresos altos y medios, incluidos la mayoría de los países de la OCDE, y representan el 85 por ciento del PIB mundial y casi el 60 por ciento de la población mundial (fuerza de trabajo) (véase el documento de referencia para OIT 2019/OIT 2019: Ilkkaracan y Kim 2019, pág. 5).

► **Cuadro 1: Estudios aplicados desde la perspectiva de la demanda sobre la inversión en los servicios de cuidado**

Estudio	País	Sector del cuidado	Evaluación de la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado (CCG) y del costo de la CCG	Evaluación de los beneficios económicos	Metodología
Antonopoulos y Kim (2008), Levy Economics Institute	Sudáfrica	CEPI y cuidados prestados a pacientes que viven con el VIH (cuidado de salud en el hogar y basada en la comunidad para los enfermos crónicos o de larga duración)	Evaluación de la CCG sobre la base del número de niños Determinación del costo de la CCG sobre la base del número de trabajadores para cuidar de los niños	Generación y distribución de empleos por género; generación y distribución de ingresos por género, educación e ingresos de los hogares; reducción de la pobreza; crecimiento económico	Matriz de responsabilidad social desglosada por género; Microsimulación Comparación con el gasto en infraestructura física
Antonopoulos, et.al. (2010), Levy Economics Institute	Estados Unidos	CEPI y cuidado de salud en el hogar	Ninguna evaluación de la CCG o del costo de la CCG Presunción arbitraria de 50 000 millones de dólares EE.UU.	Generación y distribución de empleos por género; generación y distribución de ingresos por género, educación e ingresos de los hogares; reducción de la pobreza	Análisis insumo-producto y microsimulación Crecimiento macroeconómico Comparación con el gasto en infraestructura física y el gasto en energía verde
Ilkcaracan, Kim y Kaya (2015) Universidad Técnica de Estambul y Levy Economics Institute; OIT, PNUD y ONU Mujeres	Turquía	CEPI	Evaluación detallada de CCG y del costo de la CCG basada en objetivos de política contextualizados nacionalmente y en una encuesta local sobre el terreno	Generación y distribución de empleos por género; generación y distribución de ingresos por género, educación e ingresos de los hogares; reducción de la pobreza	Análisis insumo-producto y microsimulación Comparación con el gasto en infraestructura física y con el gasto en transferencia social
Kim, Ilkcaracan, and Kaya (2019)	Turquía	CEPI	Evaluación de la CCG y del costo de la CCG basada en Ilkcaracan, Kim y Kaya (2015)	Generación y distribución de empleos por género; diferencias salariales y en materia de empleo entre hombres y mujeres; segregación laboral por motivo de género	Análisis insumo-producto y microsimulación Comparación con el gasto en infraestructura física y con el gasto en la transferencia social
De Henau, et.al. (2016), CSI	Alemania, Australia, Estados Unidos, Dinamarca, Italia, Japón	CEPI y cuidados de larga duración	Ninguna evaluación de la CCG o del costo de la CCG Presunción arbitraria del 2% del PIB	Generación y distribución de empleos por género; crecimiento	Análisis insumo-producto Modelización macroeconómica CAM Comparación con el gasto en construcción

Estudio	País	Sector del cuidado	Evaluación de la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado (CCG) y del costo de la CCG	Evaluación de los beneficios económicos	Metodología
De Henau, Himmelweit y Perrons (2017), CSI	Brasil, China, India, Indonesia, Sudáfrica	Cuidado de salud y asistencia social	Ninguna evaluación de la CCG o del costo de la CCG Presunción arbitraria del 2% del PIB	Generación y distribución de empleos por género; crecimiento	Análisis insumo-producto Comparación con el gasto en construcción
Bargawi y Cozzi (2017)	Los países de la zona euro + Reino Unido	CEPI		Generación y distribución de empleos por género; crecimiento económico, déficit presupuestario del Estado y deuda pública.	Modelo de macrosimulación alfabétrico de Cambridge (CAM)
OIT (2019) y documento de referencia de la OIT Ilkkaracan y Kim (2019)	45 países	CEPI, educación primaria, secundaria y superior; salud; cuidados de larga duración	Evaluación detallada de la CCG y del costo de la CCG basada en objetivos de política establecidos por los ODS y análisis de datos comparativos entre países	Generación y distribución de empleos por género; sostenibilidad fiscal a corto plazo a través de los ingresos fiscales	Análisis insumo-producto
De Henau, et.al., UN Women (2019a)	Sudáfrica, Turquía y Uruguay	CEPI	Evaluación de la CCG y del costo de la CCG basada en datos nacionales	Generación y distribución de empleos por género; sostenibilidad fiscal a corto plazo a través de los ingresos fiscales	Análisis insumo-producto
Ilkkaracan y Kim, ONU Mujeres (2019b)	Kirguistán	CEPI	Evaluación detallada de la CCG y del costo de la CCG basada en objetivos nacionales de política y en datos	Generación y distribución de empleos por género; sostenibilidad fiscal a corto plazo	Análisis insumo-producto
De Henau y Mojsoska-Blazevski, ONU Mujeres (2019c)	Ex República Yugoslava de Macedonia	CEPI	Evaluación detallada de la CCG y del costo de la CCG basada en objetivos nacionales de política y en datos	Generación y distribución de empleos por género; sostenibilidad fiscal a corto plazo	Análisis insumo-producto
Zacharias, et.al. (2019) 0,33-0,66% del PIB en CCE basado en el número de niños (escolarización del 31% y mejora de las competencias de los docentes; 100% para los niños de 5 y 6 años)	Ghana y Tanzania	CEPI e infraestructura física (la Red Pública de Carreteras)	Evaluación detallada de la CCG y del costo de la CCG basada en objetivos nacionales de política y en datos	Crecimiento, deuda pública, déficit comercial; ingresos fiscales, creación de empleo, y pobreza de tiempo y de ingresos por género	Matriz de responsabilidad social Modelización basada en el equilibrio general competitivo y microsimulación utilizando datos combinados de encuestas sobre el tiempo y los ingresos

Estudio	País	Sector del cuidado	Evaluación de la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado (CCG) y del costo de la CCG	Evaluación de los beneficios económicos	Metodología
Ilkkaracan, et.al. (2020)	Turquía	CEPI	Evaluación detallada de la CCG y del costo de la CCG basada en datos actualizados de Ilkkaracan, Kim y Kaya (2015)	Generación y distribución de empleos por género; generación y distribución de ingresos por género, educación e ingresos de los hogares; impacto en las limitaciones de tiempo, y reducción de la pobreza de tiempo y de ingresos	Análisis insumo-producto y microsimulación utilizando microdatos combinados de encuestas sobre el tiempo y los ingresos
Oyvat y Onaran (2020); Onaran, Oyvat y Fotopoulou (2019)	Corea del Sur (y Reino Unido)	CEPI / Educación	Ninguna evaluación de la CCG o del costo de la CCG; análisis de las reacciones de los resultados macroeconómicos a una medida de estímulo consistente en aumentar el gasto público en los servicios de cuidado	Crecimiento, productividad, desempleo	Modelización macroeconómica post-keynesiana y simulación

► III. Evaluación de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y determinación de los costos de dichas deficiencias

Esta sección proporciona directrices generales para evaluar las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y el costo de las mismas. La siguiente sección (IV) presenta la aplicación específica de estas directrices generales en el sector de la educación por diferentes categorías de educación (cuidado y educación de la primera infancia, y educación primaria y secundaria). La sección V presenta su aplicación en el sector de salud y en los sectores de cuidados de larga duración.

III.A. Evaluación de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado

La evaluación de las necesidades de inversión pública en la economía del cuidado comprende dos pasos fundamentales: una evaluación de la(s) deficiencia(s) de cobertura en materia de cuidados en determinado(s) subsector(es) de servicios de cuidado, y una evaluación de los costos necesarios para subsanar la(s) deficiencia(s) de cobertura en materia de cuidados.

La discusión de las deficiencias de cobertura debería tener lugar en un contexto que tenga una visión general de los sistemas de asistencia social en el país (como una visión global de la CEPI o de los servicios de cuidados de larga duración). Esta visión general debería incluir:

- una legislación sobre quién tiene el derecho de acceso a los cuidados, quien tiene la responsabilidad de prestarlos (las administraciones nacionales o locales), las necesidades de personal y otros requisitos de calidad, los sistemas de control;
- planes nacionales y políticas gubernamentales;
- normas y prácticas establecidas (por ejemplo, que el cuidado de los niños dependa fundamentalmente de los abuelos, o que el cuidado de las personas mayores dependa fundamentalmente de los trabajadores domésticos migrantes), y
- las tasas de cobertura y los niveles de empleo existentes, las medidas de calidad, los salarios del personal, y los gastos desglosados por servicios públicos en comparación con los servicios privados.

En este contexto, el análisis del déficit de cuidados comprende cinco pasos. Estos pasos y los datos conexos necesarios se muestran en el cuadro 2. La evaluación requiere recopilar información sobre la oferta existente de servicios de cuidado frente a su demanda potencial. La oferta se refleja en el número de personas pertenecientes a la categoría pertinente que no tienen acceso a cuidados institucionales o a cuidados profesionales en el hogar, desglosados por servicios públicos y privados, junto con –en su caso– la capacidad excedente con las instituciones que prestan estos servicios.⁵

La demanda a nivel mínimo es la demanda realizada tal como se refleja en la utilización actual de los servicios. La demanda potencial debe evaluarse en función de la elección de diferentes objetivos de política. A nivel máximo, la demanda sería la cobertura universal para toda la población destinataria que necesita potencialmente un tipo de cuidados particular, por ejemplo, el acceso universal a servicios de asistencia a la infancia para todos los niños que no han alcanzado la edad de escolarización obligatoria. Definida de una forma más limitada, la estimación de la demanda podría realizarse con respecto a ciertos criterios pertinentes para el contexto del país, por ejemplo, las mejores tasas de cobertura regionales para la región en la que está ubicado el país.

⁵ Si existe cualquier capacidad excedente en la prestación de servicios, es preciso analizar los motivos: asequibilidad de los servicios, distribución geográfica y proximidad a los centros de servicios, etc.

La pertinencia de los objetivos de política se evaluaría en función de:

- los niveles iniciales actuales en el país;
- los objetivos que el gobierno se ha impuesto, en su caso;
- las tasas de cobertura pertinentes regionales/en los diversos países (eligiendo la mejor tasa, o la tasa promedio, de la región);
- las tasas de cobertura de los países que registran muy buenos resultados, y
- criterios internacionales, tales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los objetivos de política a corto plazo pueden limitarse a los hogares y regiones desfavorecidos,⁶ en términos tanto de prestación de servicios como de creación de empleo. No obstante, idealmente el objetivo de política a largo plazo debería ser la cobertura universal a través de la prestación de servicios públicos o subvencionados.

La deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado refleja la diferencia entre la demanda potencial estimada y la oferta actual o, más explícitamente, el número de beneficiarios potenciales de los cuidados que deberían estar cubiertos por la prestación de servicios para que el país logre el objetivo de política menos el número de beneficiarios de los cuidados que ya tienen acceso a los servicios. De esta manera se calcula el número de plazas adicionales para la prestación de cuidados que deben crearse a fin de atender la necesidad evaluada.

$$\begin{aligned} \text{CCG}_{\text{grupo de edad}} &= (\text{P}_{\text{grupo de edad}} \times \text{t.c.r.}_{\text{grupo de edad}}) - (\text{P}_{\text{grupo de edad}} \times \text{C.C.r}_{\text{grupo de edad}}) \\ \text{CCG total} &= \text{Suma de la CCG en todos los grupos de edad} \end{aligned} \quad (1)$$

$\text{CCG}_{\text{grupo de edad}}$ = Deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado por grupo de edad (medida en términos del número de personas adicionales que deben estar cubiertas)

P = Población

t.c.r. = tasa de cobertura objetivo (porcentaje deseado de beneficiarios de cuidados en la población total)

c.c.r. = tasa de cobertura actual (porcentaje existente de beneficiarios de cuidados en la población total)

En la ecuación anterior, la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado se define en términos de ampliación de la cobertura a un número determinado de beneficiarios de cuidados. También es posible identificar la deficiencia con respecto a criterios de calidad del nivel existente de servicios. Esto significa que la prestación de servicios existente no cumple ciertos requisitos de calidad. Un indicador común de la calidad de los servicios es la proporción de beneficiarios de cuidados en relación con los proveedores de servicios de cuidado, por ejemplo, el número de niños por docente. Si las proporciones existentes no cumplen los objetivos de política deseados, entonces la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado abarca asimismo el número adicional de proveedores de servicios necesarios para alcanzar los objetivos de calidad.

$$\begin{aligned} \text{CCQG}_{\text{grupo de edad}} &= \text{CSB}_{\text{grupo de edad}} / \text{t.s.r.}_{\text{grupo de edad}} - \text{CSP}_{\text{grupo de edad}} \\ \text{CCQG total} &= \text{Suma de la CCQG en todos los grupos de edad} \end{aligned} \quad (2)$$

CCQG = Deficiencia de calidad de la cobertura en los servicios de cuidado (medida en términos del número de proveedores adicionales de servicios, o de trabajadores del cuidado adicionales que deben contratarse)

t.s.r. = proporción de servicios objetivo = Número de beneficiarios de servicios por proveedor de servicios

CSB = Número actual de beneficiarios de servicios

CSP = Número actual de proveedores de servicios

⁶ La condición de “desfavorecidos” debería ser determinada por el contexto nacional de que se trate; desfavorecidos con referencia al umbral nacional de pobreza o en términos de pertenencia a minorías u otros criterios pertinentes.

► Cuadro 2: Cómo evaluar las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado

Tarea	Datos necesarios	Comentarios
1. Determinar los objetivos de política	Tasas de cobertura objetivo; Proporción de beneficiarios de servicios objetivo en relación con la proporción de proveedores de servicios objetivo; Otros indicadores de calidad objetivo (nivel de educación de los proveedores de servicios o cuestiones relacionadas con los centros)	Examinar: los ODS; los indicadores de países que registran muy buenos resultados; los mejores indicadores regionales; los objetivos gubernamentales; los indicadores internacionales de organismos intergubernamentales o especializados.
2. Identificar la oferta actual	Tasas de cobertura actuales o número de beneficiarios de servicios actuales; Capacidad excedente (no utilizada) en los servicios (por grupos de edad)	
3. Determinar la demanda potencial	Población (por grupos de edad); Tasas de cobertura objetivo	
4. Identificar la deficiencia de cobertura	Puntos 1, 2 y 3 anteriores	Diferencia entre la oferta y la demanda: Número adicional de beneficiarios de servicios de cuidado a los que debe brindarse cobertura a fin de cumplir los objetivos de calidad
5. Determinar la deficiencia de calidad	Proporción de beneficiarios de servicios existentes y objetivo en relación con la proporción de proveedores de servicios existentes y objetivo; Cualquier otra medida de calidad de los servicios existente y objetivo.	Diferencia entre las medidas de calidad existentes y objetivo: Número adicional de proveedores de servicios de cuidado a los que debe contratarse para lograr los objetivos de calidad; Mejora necesaria de las competencias; Mejora necesaria de los servicios.

III.B. Determinación de los costos de la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado

El segundo paso es estimar los costos que representa llevar a cabo una expansión y/o mejora de los servicios de cuidado con el fin de subsanar las deficiencias de cuidado identificadas en el primer paso. En el cuadro 3 se muestran los diversos pasos para determinar el costo de dichas deficiencias. Esto requiere, en primer lugar, identificar los costos unitarios, a saber, el costo promedio actual de la prestación de asistencia social por beneficiario por año, que puede calcularse de la siguiente manera:

$$\text{Costo actual por beneficiario} = \frac{\text{Gastos sectoriales actuales}}{\text{Número actual de beneficiarios}} \quad (3)$$

La información sobre los gastos sectoriales puede obtenerse de los organismos públicos pertinentes, en particular las asignaciones presupuestarias ministeriales nacionales o pertinentes, o una organización general de proveedores de servicios (por ejemplo, una asociación de centros de asistencia a la infancia) u otras fuentes, tales como los datos sobre el insumo-producto.⁷ Alternativamente, el costo también puede calcularse sobre la base del número necesario de trabajadores del cuidado (p.ej., docentes y auxiliares docentes) que deben contratarse, sus niveles salariales previstos, y los costos no salariales (generales) por beneficiario o por proveedor de servicios. Si no existen datos disponibles, pueden obtenerse a través de una encuesta sobre el terreno a los proveedores de servicios existentes (véase, por ejemplo, el estudio de Turquía de Ilkcaracan, Kim y Kaya 2015, o el estudio de Ghana y Tanzania de Zacharias, et.al. 2019).

⁷ Por citar un ejemplo, la información sobre el gasto en los servicios de ECCE suele obtenerse del Ministerio de Educación, que presenta el presupuesto anual del Ministerio desglosado por nivel de educación. Éste es un gasto público que debería dividirse por el número de niños matriculados en centros públicos de ECCE a fin de determinar el costo por niño. Los datos sobre el insumo-producto se explican en la sección VI.

Una vez se calcula el costo unitario actual, también es imperativo considerar si los costos actuales (observados) por beneficiario reflejan la calidad deseada de la prestación de servicios desde la perspectiva del beneficiario, y también la calidad del empleo deseada (a saber, un salario decente) desde la perspectiva del trabajador del cuidado. Si se considera que la calidad de los servicios actuales y/o las condiciones laborales/salariales son deficientes, entonces el costo unitario (actual) observado debería ajustarse con miras a reflejar los gastos adicionales para mejorar la calidad de los servicios y la calidad del empleo. Si existen estas consideraciones de calidad, el costo unitario actual tendría que revisarse, por ejemplo, para las proporciones más bajas de beneficiarios de servicios-proveedores de servicios y/o con el fin de aumentar el salario de los trabajadores del cuidado.

El costo unitario por beneficiario ajustado se multiplica entonces por el número adicional de personas que necesitan servicios de cuidado (calculado en el primer paso) con miras a estimar el costo total de los gastos necesarios:

$$\text{Costo total} = (\text{costo unitario por beneficiario ajustado en aras de la calidad del servicio y del empleo}) \times (\text{número adicional de beneficiarios a los que debe brindarse cobertura}) \quad (4)$$

Cabe señalar que al evaluar las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y determinar los costos de dichas deficiencias en consonancia con los criterios de calidad de los servicios y de empleo decente, es preciso hacer una serie de suposiciones y de juicios propios. Éstos pueden formularse para reflejar mejor las metas y objetivos identificados por las comunidades beneficiarias y por múltiples partes interesadas a escala nacional, regional y local. En OIT (2019), los costos por beneficiario se ajustaron para reflejar los salarios decentes para los trabajadores del cuidado en consonancia con el objetivo de política del ODS 8 sobre el empleo decente (véase Ilkharacan y Kim 2019 págs.16-17 para una discusión detallada). Por ejemplo, para ajustar la determinación de los costos de la deficiencia de cobertura en materia de cuidados en la educación, los salarios de los docentes se compararon con los salarios promedio de los trabajadores instruidos que tienen un nivel de educación superior y, en los casos en que eran más bajos, se revisaron al alza (véase la sección IV para una discusión detallada).

► Cuadro 3: Determinación del costo de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado

Tarea	Datos necesarios	Comentarios
1. Determinar el costo unitario actual	Gastos sectoriales; costos salariales en comparación con los costos no salariales; número actual de beneficiarios	Examinar: los presupuestos públicos; las organizaciones generales de proveedores de servicios; los datos sobre el insumo-producto; las encuestas sobre el terreno
2. Ajustar el costo unitario para cumplir los criterios de calidad de los servicios	Proporción de beneficiarios de servicios existente y objetivo en relación con la proporción de proveedores de servicios existente y objetivo. Cualquier otra medida de calidad de los servicios existente y objetivo. (véase el cuadro 1)	
3. Ajustar el costo unitario para cumplir los criterios de calidad del empleo	Niveles salariales existentes y objetivo	Los ajustes salariales pueden realizarse comparando los ingresos existentes en las ocupaciones dedicadas a la prestación de cuidados con otras medidas de ingresos, tales como el salario promedio en todas las ocupaciones o el PIB per cápita, y estableciendo salarios objetivo en múltiples medidas de los salarios.
4. Determinar el costo total	Número de beneficiarios adicionales de servicios a los que debe brindarse cobertura (véase el cuadro 1); puntos 2 y 3 anteriores.	

III.C. Contextualización de los costos en el marco de la política fiscal y macroeconómica

Una vez se determine el alcance del gasto adicional necesario, convendría evaluar su magnitud con respecto a los patrones de los gastos fiscales y al marco de política macroeconómica existentes en el contexto nacional. Esto es importante porque en los debates de política macroeconómica se aboga por la inversión pública y el gasto público, en particular como una herramienta macroeconómica (véase el recuadro 1).

Los costos totales pueden expresarse con respecto a (y como un porcentaje de):

- el PIB (actual u objetivo);
- el gasto público total;
- las partidas pertinentes del presupuesto público, como el gasto total en educación o en salud;
- las partidas alternativas del presupuesto público, como el gasto en infraestructura física, y
- la cantidad total de medidas de estímulo fiscal y sus asignaciones correspondientes.

Esto permite evaluar la magnitud del gasto fiscal necesario en relación con los patrones de gasto existentes. Esta labor también puede situarse en una dimensión de tiempo, analizando cómo ha cambiado el gasto público en el sector del cuidado pertinente en relación con el PIB o diversas categorías de gasto mencionadas anteriormente. El gasto previsto necesario para subsanar la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado puede desarrollarse en varias fases; el gasto puede aumentar gradualmente durante varios años hasta alcanzar finalmente la suma anual deseada. Esto significaría planificar la expansión de los servicios en diferentes fases junto con las prioridades nacionales, por ejemplo, cubriendo inicialmente a las regiones o grupos desfavorecidos.

Una evaluación del gasto adicional necesario para subsanar la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado también puede contextualizarse con respecto al espacio fiscal en los presupuestos centrales y locales. Si existe una expansión fiscal en el país – en particular, si existen medidas de estímulo fiscal – la asignación (prevista o realizada) del gasto puede evaluarse en términos del porcentaje (en su caso) del gasto en asistencia social. Esto serviría como un indicador de la sensibilidad de las medidas de estímulo a las cuestiones de género. De manera similar, si existe una contracción fiscal, la reducción del gasto público puede evaluarse nuevamente con una valoración de lo que está sucediendo con la reducción del gasto en los servicios de cuidado (en su caso) en comparación con la reducción de otras líneas de gasto.

► **Recuadro 1: Inversión pública y gasto público como herramienta macroeconómica anticíclica**

Los argumentos a favor del incremento de la inversión pública y del gasto público para afrontar una crisis económica se apoyan en un marco macroeconómico keynesiano. La teoría keynesiana sostiene que la principal fuente del bajo crecimiento y de la alta tasa de desempleo radica en la deficiencia de demanda efectiva, lo cual desalienta a su vez la inversión privada. El gobierno debe intervenir con una política fiscal (concretamente, aumentando el gasto público) con objeto de activar la demanda agregada en la economía, de potenciar el empleo y de impulsar la recuperación económica. La activación de la demanda y la creación de empleo no sólo tendrían lugar en los sectores a los que se destina el gasto público, sino también en otros sectores a través de lo que Keynes denomina “el efecto multiplicador del gasto”.

Sin embargo, la mayoría de los keynesianos solían enfocar la cuestión desde una perspectiva de crecimiento macroeconómico y no se centraban en la cuestión de a qué sectores debería destinarse el gasto público; éste podía tener lugar de cualquier manera siempre que se mantuviera el nivel total de gasto en la economía. A largo plazo, es mejor aumentar la demanda efectiva destinando el gasto a la inversión en capital, porque mejora la productividad e impulsa la capacidad de producción a largo plazo (es decir, el crecimiento).

En los últimos años, algunos macroeconomistas, incluidas economistas feministas, han recalcado cada vez más que **la orientación** del gasto marca enormes diferencias en términos de la efectividad de la intervención de política fiscal al mantener el crecimiento y reducir el desempleo. También son críticos acerca de los prejuicios humanos y de género al clasificar solamente los gastos de capital y los gastos en infraestructura física como gastos de inversión; sostienen que los gastos en educación y en salud son formas de inversión humana que también conllevan futuros aumentos de la productividad. Así pues, interpretan los argumentos a favor de la inversión pública y del gasto público como una herramienta anticíclica en un marco más ampliado con matices importantes. Defienden que el gasto en los sectores de servicios con un alto coeficiente de empleo, tales como la salud y la educación, son un objetivo adecuado tanto por tener un mayor efecto multiplicador del empleo que otras formas de gasto sectorial, como por su capacidad para mejorar múltiples objetivos económicos y sociales, tales como el crecimiento que tenga en cuenta la perspectiva de género y la productividad a largo plazo a través de un mayor capital humano. En el contexto de las intervenciones de recuperación de la crisis de la COVID-19, el incremento de las asignaciones presupuestarias para los servicios de cuidado es ahora más urgente que nunca.

Fuentes: Elson (2013); Ilkharacan (2013); Kim e Ilkharacan (2019); De Henau, et.al. (2016) y (2017); UK Women's Budget Group Feminist F Plan (2015), y OIT (2020).

► **IV. Deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y determinación del costo de dichas deficiencias en la educación**

IV.A. Cuidado y educación de la primera infancia (CEPI)

La mayor parte de la prestación de cuidados para los niños que no han alcanzado la edad de escolarización obligatoria es realizada por medio del trabajo no remunerado de las madres, los padres, familiares y amigos. Esta sección examina la expansión de los servicios de CEPI a través de servicios de cuidados formales remunerados y prestados en centros que son organizados y/o controlados por una entidad pública o privada.

La deficiencia de cobertura en la CEPI refleja la diferencia entre “el número de niños que deberían estar matriculados en un centro de cuidado de la infancia o de educación preescolar para que el país en cuestión logre el objetivo de política” (como las tasas de matriculación del país que arroja los mejores resultados en la región) menos “el número de niños que

están matriculados actualmente en un centro de cuidado de la primera infancia o de educación preescolar” (véase la ecuación 5 que figura a continuación para cada grupo de edad). De esta manera se calcula el número de plazas adicionales de CEPI que deben crearse para poder atender la necesidad evaluada.

Los objetivos de la CEPI se establecen por grupos de edad para los niños pequeños pertenecientes al grupo de edad de 0 a 2 años, y para los niños más mayores que pertenecen al grupo de edad de 3 años a la edad de escolarización obligatoria. En la mayoría de los países, la edad de escolarización obligatoria oscila entre 6 y 7 años. Así pues, los objetivos deben establecerse para dos o tres grupos diferentes:

- Edad de 0 a 2 años (guarderías)
- Edad de 3 a 5 años o de 3 a 6 años (centros de educación preescolar/jardines de infancia)
- Edad de 6 o 7 años (clases de preparación para la escuela antes del inicio de la edad de escolarización obligatoria).

En la mayoría de los lugares, se considera que la última categoría de clases de preparación para la escuela forma parte del sistema de educación primaria, aunque la asistencia puede ser a tiempo parcial.

Existen diferentes puntos de referencia para establecer la tasa de matriculación objetivo para los primeros grupos de edad de 0 a 2 años y de 3 a 5/6 años, que se muestran en el cuadro 4. Como objetivo internacional, el indicador 4.2.2 de los ODS (en el ODS 4 sobre la educación para todos) prevé como mínimo un año de educación preescolar para todos los niños que no han alcanzado la edad de escolarización obligatoria. El estudio de la OIT (2019), que describe un escenario de “la mejor vía” de los servicios de cuidado, sugiere una interpretación más progresiva de esto estableciendo los objetivos en el 50 por ciento para el grupo de edad de 0 a 2 años y en el 100 por ciento para el grupo de edad de 3 años a la edad de escolarización obligatoria.

Para los niños más pequeños, el objetivo del 50 por ciento se establece sobre la base de los países que arrojan los mejores resultados, los cuales se identifican, no a partir de las tasas de matriculación más altas, sino del menor uso de los servicios informales de asistencia a la infancia. El razonamiento en este caso es el siguiente: se reconoce que los cuidados de calidad para los niños pequeños comprenden una combinación de cuidados prestados en el hogar (fundamentalmente parentales/familiares) y de cuidados institucionales. Se dependerá más de los primeros especialmente para los niños de 0 a 12 meses de edad, y luego aumentará la matriculación en la última fase, a saber, en el grupo de edad de 12 a 36 meses. El estudio sostiene que, dada esta complementariedad,

- *“los países que registran los mejores resultados no pueden identificarse simplemente sobre la base de las tasas de matriculación más altas en los centros de asistencia a la infancia. En su lugar, para este grupo de edad temprana la cobertura debería definirse como una combinación del acceso a las instituciones formales de asistencia a la infancia y de los cuidados parentales subvencionados a través del seguro de licencia para la prestación de cuidados (tanto para los trabajadores asalariados como para los trabajadores independientes) o del subsidio de cuidados” (Ilkharacan and Kim, 2019a, p.10-11)*

De acuerdo con este razonamiento, los países que registran mejores resultados se identifican sobre la base del menor uso de los servicios informales de asistencia a la infancia (definidos como los cuidados prestados por los abuelos o por otros familiares/amigos/vecinos sin una remuneración a cambio). En el caso del estudio de 45 países en OIT (2019), la OCDE se consideró el punto de referencia.⁸ Los países de la OCDE registran una tasa promedio del 24 por ciento de utilización de los servicios informales de asistencia a la infancia. La tasa de utilización más baja de estos servicios y las tasas de matriculación correspondientes en el grupo de edad de 0 a 2 años se observan en los siguientes países:

- Noruega (0%; 55%)
- Finlandia (0,3%; 28%)
- Suecia (2,2%; 47%)
- Dinamarca (5,2%; 65%)

⁸ Es posible calcular la tasa de empleo objetivo sobre la base de los países que registran los mejores resultados en la región. Éste fue uno de los enfoques adoptados en el estudio sobre Kirguistán (Ilkharacan y Kim 2019 u ONU ONU Mujeres 2019b).

La tasa de matriculación objetivo del 50 por ciento para el grupo de edad de 0 a 2 años representa un promedio ponderado de estos cuatro países que muestran los mejores resultados. El objetivo de política de una tasa de empleo del 100 por ciento para el grupo de edad de 3 a 5 años parte de la base de que la mayoría de los países de ingresos altos y de ingresos medios-altos han logrado una cobertura universal para este grupo, y de que un número considerable de países tienen una legislación que exige el acceso universal a la educación preescolar para este grupo de edad (Ilkcaracan y Kim, 2019a, pág.12).

La deficiencia de cobertura en el sector de la educación en la ECCE (ECG-ECCE) se calcularía de la siguiente manera:

$$ECG - CEPI = \frac{(Población\ infantil_{grupo\ de\ edad} \times Tasa\ de\ matriculación\ objetivo_{grupo\ de\ edad})}{Niños\ matriculados_{grupo\ de\ edad}} \quad (5a)$$

En la CEPI, los grupos de edad se clasifican convencionalmente como de 0 a 2 años, y de 3 años a la edad de escolarización obligatoria (5 o 6 años de edad en la mayoría de los países). La deficiencia de cobertura en el sector de la educación en la CEPI permitiría determinar el número adicional de plazas que deben crearse en los centros de asistencia a la infancia o de educación preescolar a fin de alcanzar la tasa de matriculación objetivo.

Más allá de las tasas de matriculación, los objetivos de calidad en el sector de la educación revisten igual importancia, en particular en la CEPI, en la que los padres tienen más probabilidades de abstenerse de utilizar los servicios a menos que confíen plenamente en la calidad de los mismos. Las medidas habituales de la calidad de los servicios son la proporción de estudiantes-docentes y el tamaño de la clase/del grupo, variando una vez más en función de la edad. Además, las calificaciones y los salarios competitivos de los docentes sirven de indicador de calidad tanto del empleo como de los servicios. En el cuadro 5 se presentan algunos objetivos de referencia para estas medidas. Existe una gran diversidad en este caso, similar al caso de las tasas de matriculación objetivo para el grupo de edad de 0 a 2 años. Por ejemplo, en lo que respecta a la proporción estudiantes-docentes, los objetivos oscilan entre 3 niños de 0 a 12 meses de edad por docente y 5 niños de 1 a 2 años de edad por docente, tal como se prevé en algunos puntos de referencia nacionales, y 10 niños de 0 a 2 años de edad por docente tal como se prevé en UNESCO (2015). El material didáctico y el apoyo administrativo es otro componente de la calidad, aunque más difícil de reflejar en una única medida (esto se examinará en la sección sobre la determinación de los costos que figura más adelante).

La discusión de las deficiencias de cobertura y de los indicadores de calidad en la CEPI (y en la educación en general) debería ir acompañada de una discusión sobre la legislación pertinente relativa a la CEPI que aborde cuestiones como quién tiene el derecho a la ECCPE pública; quién tiene la responsabilidad de la prestación de estos servicios, por ejemplo, las administraciones nacionales o locales; quién supervisa/concede licencias a los centros privados, y cuáles son los requisitos en lo que respecta a la proporción estudiantes-docentes, las calificaciones de los docentes, el tamaño de la clase/del grupo y el personal de apoyo (como los auxiliares docentes), el personal administrativo, el material didáctico, y los edificios e instalaciones escolares, etc.

IV.B. Educación primaria y secundaria

Para la educación primaria y secundaria, establecer tasas de matriculación objetivo es fácil, ya que casi todos los países tienen una legislación sobre la educación primaria obligatoria y la mayoría ha legislado sobre la educación secundaria obligatoria. El ODS 4.1 define objetivos claros al respecto, a diferencia de la CEPI. El ODS 4.1 prevé que todos los niños deberían tener acceso a la educación primaria y secundaria gratuita y de calidad.

Dado el objetivo de la escolarización primaria y secundaria universal, la deficiencia de cobertura en la educación primaria y secundaria es simplemente la diferencia entre la población infantil en el grupo de edad pertinente y el número de niños/estudiantes que ya están matriculados en cada nivel de educación.

$$ECG - Primaria = Población\ infantil_{primaria} - Estudiantes\ matriculados_{primaria} \quad (5b)$$

$$ECG - Secundaria = Población\ infantil_{secundaria} - Estudiantes\ matriculados_{secundaria} \quad (5c)$$

La deficiencia de cobertura en el sector de la educación muestra el número adicional de niños que deben matricularse en la educación primaria o secundaria para poder alcanzar el objetivo de la matriculación universal.

Otro factor importante que debe considerarse al evaluar la deficiencia de cobertura en la educación primaria y secundaria incluye el apoyo adicional para los niños marginados y desfavorecidos (como los niños refugiados), en particular uniformes gratuitos, ayuda para pagar la matrícula escolar, enseñanza en la lengua materna, construcción de escuelas a distancia o móviles para los niños a los que es difícil llegar, o apoyo a los niños con discapacidad. Además, la perturbación de la educación provocada por la crisis de la COVID-19 también insta a considerar el tipo de deficiencias causadas por las conmociones y la asignación necesaria de fondos para aumentar la resiliencia del sistema educativo ante dichas conmociones (véase el recuadro 2).

► Recuadro 2: La COVID-19 y las deficiencias de cobertura en el sector de la educación

La crisis de la COVID-19 ha causado la mayor perturbación de los sistemas educativos de la historia, al afectar a más de 1 600 millones de estudiantes en todo el mundo. La crisis está aumentando las desigualdades existentes en el acceso a la educación, al reducir las oportunidades, en particular para los niños y jóvenes desfavorecidos que viven en los hogares y regiones más pobres. Al mismo tiempo, la crisis ha brindado a los educadores la oportunidad de reconsiderar cómo funcionan la enseñanza y el aprendizaje, y ha estimulado la innovación en el sector de la educación. Un “enfoque mixto”, que combine el aprendizaje presencial tradicional con modalidades en línea, podría ser perfectamente “la nueva normalidad” cuando reabran las escuelas, y ofrecer una oportunidad a muchos docentes marginados de integrarse cada vez más y de una forma equitativa en la educación. El establecimiento de las prioridades enumeradas a continuación contribuiría en gran medida al nivel de éxito al maximizar los resultados de aprendizaje de todos los niños. Providing financial support to Ministries of National Education to reduce barriers in accessing online learning for all children and ensuring that national strategies using television or radio broadcasts and online platforms can reach all children, especially the most vulnerable and those at risk of dropping out.

- Prestar apoyo financiero a los ministerios de educación nacional para que reduzcan los obstáculos a los que se enfrentan los niños para acceder al aprendizaje en línea, y garantizar que las estrategias nacionales que utilizan programas de radio o de televisión y plataformas en línea puedan llegar a todos los niños, en particular a los más vulnerables y a los que corren el riesgo de abandonar la escuela;
- Expandir la definición del derecho a la educación para que incluya la conectividad, y garantizar que haya suficiente infraestructura técnica establecida y que la conectividad sea gratuita o asequible;
- Apoyar las opciones de aprendizaje a distancia para los estudiantes no formales, los niños marginados y los niños pertenecientes a minorías que no están escolarizados, tales como los refugiados;
- Proporcionar a los niños y los estudiantes material didáctico esencial (artículos de papelería, lápices, cuadernos, computadoras portátiles) para el aprendizaje a distancia, incluidos quienes siguen programas de educación informal y otros estudiantes vulnerables;
- Apoyar las capacidades de los docentes, los administradores y el personal en el sector de la educación.
- Elaborar mensajes de comunicación específicos y apropiados para cada edad dirigidos a los estudiantes de diferentes entornos y con diferentes necesidades, a las familias y a los docentes, con miras a apoyar el bienestar físico y mental de los niños, destacar la importancia de la educación y facilitar el acceso al aprendizaje a distancia

En Naciones Unidas (2020) se pone de relieve la importancia de proteger la financiación de la educación y de preservar el porcentaje del gasto en educación como una prioridad fundamental en el contexto de la crisis de la COVID-19, a fin de hacer realidad las medidas mencionadas anteriormente y de lograr el objetivo de no dejar a nadie atrás.

Fuente: Naciones Unidas (2020); The Education Reform Initiative, Turkey (2020).

► Cuadro 4: Establecimiento de tasas de matriculación objetivo en el sector de la educación (%)*

Grupo de edad	CEPI		Primaria	Secundaria
	0-2	3-5		
Promedio mundial	44			
Promedio en los países de la OCDE	35	84	100	100
Promedio en la UE	31	85	100	100
Objetivos de Barcelona para la UE**	33	90		
ODS 4 ODS 4.2.2 para la CEPI; ODS 4.1 para la educación primaria y secundaria	Como mínimo 1 año de educación preescolar para los niños que no han alcanzado la edad de escolarización obligatoria		100	100
OIT (2019)	50	100	100	100

* Las tasas de matriculación se miden como el número de niños matriculados como porcentaje de la población total por grupo de edad.

** Los objetivos de Barcelona sobre la asistencia a la primera infancia y la educación preescolar, que fueron establecidos por la Comisión Europea en 2002, son los primeros criterios (y los únicos, aparte del ODS 4.2) transnacionales que especifican objetivos de política cuantitativos.

► Cuadro 5: Establecimiento de objetivos de calidad de los servicios y del empleo en el sector de la educación(%)

	0-2	3-5	Primaria	Secundaria
Estudiantes por docente				
UNESCO (2015) OIT (2019)	10	15	31	28
Algunos puntos de referencia nacionales de gran calidad	Máx. 3 para los niños de 0 a 12 meses; Máx. 5 para los niños de 1 a 2 años			
Tamaño del grupo				
OIT (2013))	--	20	--	--
Salario de los docentes				
OIT (2019)	4,5 veces el PIB per cápita para los países de ingresos bajos y de ingresos medios-bajos; salario promedio de los licenciados universitarios en los países de ingresos altos y de ingresos medios-altos			
UNESCO (2015) basado en Wils (2015) para los países de ingresos bajos	4,5 veces el PIB per cápita			5,9 veces el PIB per cápita

IV.C. Determinación de los costos de la deficiencia de cobertura en el sector de la educación

La determinación de los costos de la deficiencia de cobertura en el sector de la educación depende de dos elementos:

- El número de plazas adicionales que deben crearse para la matriculación de niños/estudiantes nuevos;
- El costo por niño/estudiante ajustado para cumplir los criterios de calidad,

ambos desglosados por grupos de edad y nivel de educación.

Puede identificarse una base de referencia para determinar el costo por niño/estudiante, dividiendo el nivel actual del gasto público por el número total de niños/estudiantes matriculados en el sistema de educación pública, considerando por separado para cada nivel de educación (la CEPI de 0 a 2 años y de 3 a 5 años, la educación primaria y la educación secundaria). En este caso es importante distinguir entre los estudiantes a tiempo completo y los estudiantes a tiempo parcial, a fin de determinar el gasto por niño/estudiante sobre la base de la matriculación a tiempo completo por año. Los gastos deben desglosarse en dos partes:

- el salario del personal docente, y
- los gastos generales restantes, que comprenderán el salario del personal administrativo y todos gastos no salariales, incluido el material didáctico, el alquiler, el mantenimiento y los costos administrativos no correspondientes al personal.

La identificación del componente de gastos generales como una partida de gastos aparte permitiría calcular los costos generales por niño/estudiante y separarlos del salario del personal docente. Así pues, este último puede ajustarse para reflejar el porcentaje deseado de niños/estudiantes y los niveles salariales.

El gasto necesario en salario del personal docente en cada nivel de educación i (donde i = CEPI de 0 a 2 años, CEPI de 3 años hasta la edad de escolarización obligatoria, educación primaria y educación secundaria) se calcularía de la siguiente manera, considerando la deficiencia de cobertura en el sector de la educación (ECG) identificada anteriormente:

$$\text{Gasto total en salario del personal docente}_i = \frac{\text{ECG}_i}{\text{Proporción niño/estudiante- personal docente}_i \text{ objetivo}} \times \text{Salario anual objetivo por docente}_i \quad (6)$$

Los costos totales serían la suma de estos dos componentes:

$$\text{Costo de la ECG}_i = \text{Gasto total en salario del personal docente}_i + \text{Gastos generales totales}_i \quad (8)$$

En el cuadro 6 se muestran los datos necesarios para evaluar la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado en el sector de la educación (incluida la CEPI) y para determinar el costo de dicha deficiencia.

► **Cuadro 6: Datos necesarios para evaluar la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado en el sector de la educación y para determinar los costos de dicha deficiencia**

Datos	Desglose por		Fuente
	Nivel de educación	Otro	
Población infantil		Por grupo de edad (si es pertinente, también por género y por región)	Organismo nacional de estadística, estadísticas de la población
Tasas de matriculación	CEPI, primaria y secundaria	Por grupo de edad; público frente a privado; a tiempo parcial frente a tiempo completo (o los datos que sean pertinentes sobre el número de semanas/horas de matriculación por año); si es pertinente por género y región.	Ministerio de Educación Ministerio de Servicios Sociales/de la Familia para los centros de asistencia a la infancia que prestan cuidados al grupo de edad de 0 a 2 años Sindicatos de docentes
Proporción niño/estudiante-docente y tamaño de la clase/del grupo	CEPI, primaria y secundaria		

Datos	Desglose por		Fuente
	Nivel de educación	Otro	
Salario de los docentes	CEPI, primary and secondary		Encuestas sobre el terreno e informes de investigación
Average/median wages and salaries in the overall labour market		Por nivel de educación/de competencias	Encuestas de la fuerza de trabajo de los hogares
PIB per cápita			Estadísticas de las cuentas nacionales
Gasto público en educación	CEPI, primaria y secundaria	Por salario del personal docente frente a los gastos generales	Presupuesto del Ministerio de Educación; Presupuesto del Ministerio de Servicios Sociales/de la Familia

Los datos deberían corresponder al año más reciente para el que existen datos disponibles y corresponder al mismo año. Asimismo, convendría presentar datos sobre las tasas de matriculación correspondientes a años anteriores (y comparables con los años más recientes) a fin de evaluar las tendencias de matriculación en la CEPI con el tiempo.

En la medida en que estos datos no puedan obtenerse de fuentes existentes (lo que puede ser el caso de la CEPI), otra posibilidad es realizar una encuesta sobre el terreno de los centros de asistencia a la infancia y de educación preescolar. Para una discusión detallada sobre dicha encuesta sobre el terreno y el cuestionario, véase Ilkcaracan, Kim y Kaya (2015).

Cabe señalar que tal vez sea necesario realizar un ajuste asimismo en los gastos generales si la visión global del sistema educativo indica problemas de calidad con estos componentes de la prestación de servicios no relacionados con la enseñanza. Dicho ajuste reflejaría mejores proporciones estudiante/niño en relación con el personal administrativo, el salario del personal administrativo y los gastos generales no relacionados con el personal.

En caso de apoyo adicional para los niños marginados que no están escolarizados, mencionado anteriormente (uniformes, ayuda para pagar la matrícula escolar, enseñanza en la lengua materna, construcción de escuelas a distancia o móviles para los niños a los que es difícil llegar o para los niños con discapacidad) (o, por ejemplo, el acceso a Internet en caso de medidas de confinamiento continuas a causa de la pandemia de la COVID-19), la evaluación de la deficiencia y la determinación de los costos de dicha deficiencia deberían adaptarse en función de la naturaleza particular de las necesidades. Una evaluación realizada por Wils (2015) para los países de ingresos bajos y de ingresos medios-bajos define a los niños marginados que necesitan apoyo adicional como niños que viven con menos de 2 dólares de EE.UU. al día, y concluye que los gastos adicionales para su cobertura corresponden al 20 por ciento del costo por niño para la educación preescolar y primaria, y al 30 por ciento para el primer ciclo de la educación secundaria y al 40 por ciento para el segundo ciclo de la educación secundaria (Wils 2015, pág. 3).

► V. Deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y determinación de los costos de dichas deficiencias en el sector de la salud y los cuidados de larga duración

V.A. Sector de la salud

Una fuerza de trabajo del sector de la salud que sea competente y suficiente, y que esté organizada y distribuida de manera óptima, especialmente en las zonas rurales y menos atendidas, es fundamental para lograr los objetivos de salud pública y para la mejora de los resultados y la resiliencia del sistema de salud (OMS 2016; Declaración de Dublín 2017). La Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico (2016)

insta a aumentar y transformar las inversiones en la fuerza de trabajo en el ámbito de la salud y de los servicios sociales, poniendo de relieve los beneficios en la consecución de múltiples ODS, incluidos el ODS1: fin de la pobreza, el ODS 3: salud y bienestar, el ODS 4: educación de calidad, el ODS 5: igualdad de género, el ODS 8: trabajo decente y crecimiento económico.⁹ La pandemia reciente de COVID-19 ha mostrado que las deficiencias en los sistemas de salud contribuyen a la vulnerabilidad de las personas, las sociedades y las economías. La Organización Mundial de la Salud ha afirmado que la pandemia del coronavirus ha puesto de relieve la importancia de invertir en sistemas de salud que mejoren la capacidad para prevenir y controlar brotes, y para aumentar el acceso equitativo a los cuidados.¹⁰

Los servicios de salud comprenden servicios de cuidados paliativos, de rehabilitación, preventivos y de larga duración para el tratamiento de problemas de salud permanentes y no permanentes, y para el mantenimiento y la mejora de la salud. Los cuidados de larga duración (CLD) se distinguen de otro tipo de servicios de salud en que no sólo incluyen cuidados médicos, sino también el componente de cuidados no médicos para la prestación de apoyo con actividades de la vida cotidiana, orientados hacia las personas de edad avanzada. Así pues, se examinarán por separado en el siguiente apartado.

V.A.1. Deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado en el sector de la salud

La evaluación de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado en el sector de la salud puede realizarse sobre la base del personal de salud necesario en función del número de habitantes para cumplir los criterios establecidos por los ODS, en particular el ODS 3 sobre la salud y el bienestar para todos. Esto es diferente de la evaluación de la deficiencia de cobertura en el sector de la educación, que se basa en el número de plazas adicionales que deben crearse en las instituciones educativas para que poder cubrir a los niños/estudiantes nuevos. En el caso de las deficiencias de cobertura en el sector de la salud, nos atenemos a los estudios realizados por organismos internacionales especializados, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que toman como referente la escasez de trabajadores de la salud al evaluar las necesidades. En el cuadro 7 se resumen los datos necesarios para evaluar las deficiencias de cobertura en el sector de la salud y para determinar los costos de dichas deficiencias.

Con este fin, una evaluación reciente realizada por la OMS (2016), titulada *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, proporciona algunos objetivos. Ésta se basa en doce indicadores clave de la salud de la población¹¹ identificados por la OMS y el Banco Mundial, que se suelen utilizar para establecer un índice compuesto. El índice se pondera en función de la carga mundial de la enfermedad, y los umbrales mínimos para el personal de salud se calculan por medio de un análisis de regresión lineal (OMS 2016, pág. 6).

Por consiguiente, el umbral del índice del ODS se establece en 4,45 trabajadores de la salud (personal médico, personal de partería y personal de enfermería) por 1 000 habitantes, e indica la densidad mínima que representa la necesidad de trabajadores de la salud. Se trata de un umbral más alto que los anteriores, por ejemplo, 2,3 en OMS (2006), 3,4 en OMS (2010) o 4,1 en OIT (2014). El incremento se explica como una expansión de la gama de referencia de servicios, incluidas las enfermedades no transmisibles. También existen umbrales más altos, como la Iniciativa Poner fin a la Mortalidad Materna, que establece el umbral en 5,9.

Estos umbrales se refieren a tres categorías principales de trabajadores de la salud: personal médico, personal de partería y personal de enfermería. También son lo que la OMS (2016) denomina “los otros cuadros” de los trabajadores de la salud, clasificados en siete grupos: odontólogos; personal farmacéutico; trabajadores de la salud de los laboratorios; trabajadores de la salud pública y del medio ambiente; trabajadores comunitarios y trabajadores de la salud tradicionales; trabajadores de gestión de la salud y de apoyo a la salud, y otros trabajadores de la salud que incluyen asistentes médicos, dietistas, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, técnicos de imagenología médica y de equipo terapéutico,

⁹ Véase: <https://www.oecd.org/newsroom/un-commission-new-investments-in-global-health-workforce-will-create-jobs-and-drive-economic-growth.htm>

¹⁰ Véase: <https://www.aa.com.tr/en/africa/covid-19-shows-importance-of-investing-in-health-who/1952648>

¹¹ Doce indicadores clave de la salud de la población identificados por la OMS y el Banco Mundial son la planificación familiar, la cobertura de cuidados prenatales, la asistencia especializada durante el parto, DTP3 (inmunización contra la difteria-el tétanos-la tosferina), el consumo de tabaco, el agua potable, el saneamiento, la terapia antiretroviral, el tratamiento de la tuberculosis, la cirugía de cataratas, la diabetes y el tratamiento de la hipertensión.

optometristas, oftalmólogos, fisioterapeutas, trabajadores de cuidados personales, patólogos del habla y aprendices médicos (OMS 2016, pág. 9). La necesidad de estos otros cuadros se identifica sobre la base de una proporción fija entre el número total de trabajadores de la salud en las tres categorías de umbrales (personal médico, personal de partería y personal de enfermería) y el número de trabajadores de la salud en los otros cuadros.

En OMS (2016, pág. 11) se indica la proporción fija del número de trabajadores de la salud en otros cuadros y del número total de trabajadores de la salud en las categorías primarias (personal médico, personal de partería y personal de enfermería) desglosados por nivel de ingresos. Como consecuencia, la proporción es de 0,373 para los países de ingresos altos, de 0,406 para los países de ingresos medios-altos, de 0,549 para los países de ingresos medios-bajos, y de 0,595 para los países de ingresos bajos. La OMS (2016) indica que “un interés renovado en una combinación de competencias más diversas y en un papel más importante para los trabajadores comunitarios de la salud en algunos entornos puede traducirse, en cambio, en un incremento de éstos en relación con la dotación de personal de enfermería/partería/médico en el futuro” (OMS 2016, pág. 6). Así pues, la proporción debería identificarse sobre la base del número existente de empleos en el sector de la salud y de las necesidades particulares en cada país.

La deficiencia de cobertura en el sector de la salud puede expresarse entonces como el número adicional de trabajadores de la salud necesarios para que el personal médico, el personal de partería y el personal de enfermería alcancen el umbral mínimo (DMN), más el número adicional de trabajadores de la salud necesarios en los demás cuadros para alcanzar la proporción fija específica de cada país (HWOC).

$$\text{Deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado en el sector de la salud} = \text{DMN} + \text{HWOC} \quad (10)$$

$$\text{DMN} = \text{Población en miles} \times 4,45 \text{ Personal médico/de partería/de enfermería} - \text{Empleo existente de personal médico/de partería/de enfermería} \quad (11)$$

$$\text{HWOC} = \text{DMN} \times \text{Proporción fija en el país}$$

$$\text{Proporción fija en el país (CFR)} = \frac{\text{Empleo existente de trabajadores de la salud en otros cuadros}}{\text{Empleo existente de personal médico/de partería/de enfermería}} \quad (12)$$

En el caso en que los datos específicos de los países sobre la CFR no estén disponibles, se pueden utilizar las proporciones fijas indicadas anteriormente calculadas para OIT (2019) que se apoyan en el nivel de ingresos del país.

V.A.2. Determinación de los costos de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado en el sector de la salud

Con el fin de determinar los costos de la deficiencia de cobertura en el sector de la salud, necesitamos datos sobre el gasto público en salud, el porcentaje del gasto asignado al pago de los salarios de los trabajadores de la salud, y la escala salarial pública para los trabajadores de la salud por diferentes categorías (véase el cuadro 7). Si bien estos datos pueden obtenerse de fuentes nacionales (fundamentalmente el Ministerio de Salud), la base de datos de la OMS sobre el gasto mundial en salud¹² proporciona asimismo datos regionales, así como algunos datos comparables a nivel nacional e internacional, que pueden utilizarse para determinar los costos de los servicios de salud.

El costo total sería la suma de los salarios anuales que deben pagarse por la contratación de personal médico/personal de partería/personal de enfermería adicional necesario para alcanzar el umbral mínimo (DMN), y de los salarios anuales que deben pagarse por la contratación de trabajadores de la salud adicionales en los demás cuadros (HWOC), tal como determine la proporción fija específica de cada país. Los costos totales en concepto de salarios serían:

¹² Véase: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

$$\text{Costos totales en concepto de salarios para los trabajadores de la salud adicionales} = (DMN_{\text{categoría}} \times \text{Salario anual objetivo}_{\text{categoría}}) + HWOC \times \text{Salario anual objetivo}_{\text{promedio}} \quad (13)$$

El salario anual objetivo por trabajador de la salud en las diferentes categorías se basaría en la comparación de los niveles iniciales en el país con los niveles salariales promedio de los trabajadores instruidos que han alcanzado el nivel del segundo ciclo de educación secundaria o el nivel de educación superior, o con el PIB per cápita como en el caso de la educación explicado anteriormente. Ilkkaracan y Kim (2019), al determinar los costos de la deficiencia de cobertura en el sector de la salud en 45 países de ingresos altos y de ingresos medios-altos, han concluido que el salario promedio de los trabajadores de la salud ya ha alcanzado unos niveles razonables en consonancia con los niveles salariales promedio de los trabajadores que tienen un nivel de educación superior (pág. 28), por lo que han utilizado los niveles salariales como niveles objetivo.

Por último, necesitamos los gastos generales, que pueden determinarse sobre la base de los gastos generales por trabajador de la salud. Esto puede identificarse como en el caso de la educación, considerando la diferencia del gasto público total en salud y del gasto público asignado al pago de los salarios de los trabajadores de la salud.

$$\text{Gastos generales totales} = \frac{\text{Gastos generales existentes} \times \text{Núm. de trabajadores de la salud adicionales}}{\text{Núm. total de trabajadores de la salud}} \quad (14)$$

Gastos generales existentes (gastos en salud no salariales/salariales) =

Gastos totales en salud existentes – pagos salariales existentes al personal de salud

Los costos totales serían la suma de estos dos componentes:

$$\begin{aligned} \text{Costo de la deficiencia de cobertura en el sector de la salud} &= \text{Costos salariales totales por la contratación de los trabajadores de la salud} \\ &+ \text{Gastos generales totales por la contratación de los trabajadores de la salud adicionales} \end{aligned} \quad (15)$$

► Cuadro 7 – Datos necesarios para evaluar las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y el costo de dichas deficiencias en el sector de la salud

Datos	Desglose por	Fuente
Población		Organismo nacional de estadística, estadísticas de la población
Datos sobre el empleo en el sector de la salud	Por cuadros principales (personal médico/personal de partería/personal de enfermería)	Ministerio de Salud Base de datos de la OMS sobre el gasto mundial en salud
Salario de los profesionales de la salud	y otros cuadros (profesionales de la salud distintos del personal médico/personal de partería/personal de enfermería)	Sindicatos de los trabajadores de la salud Encuestas sobre el terreno e informes de investigación
Salario promedio de los trabajadores instruidos con un nivel de educación superior		Encuestas de la fuerza de trabajo de los hogares
PIB per cápita		Estadísticas de las cuentas nacionales
Gasto en salud	Por gasto en concepto de salario del personal frente a los gastos no salariales	Presupuesto del Ministerio de Salud Base de datos de la OMS sobre el gasto mundial en salud

V.B. Cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración o de rehabilitación (CLD) prestados a las personas mayores o a las personas con discapacidad conllevan una gran variedad de servicios, que abarcan desde la asistencia con actividades básicas de la vida

cotidiana, como comer, bañarse, vestirse, y desplazarse dentro o fuera del hogar, hasta apoyo con los cuidados de salud básicos, que abarca desde la medicación, la vigilancia de la salud, las consultas médicas, la gestión del dolor y la curación de heridas. Una definición más amplia de los CLD comprende asimismo apoyar estas actividades de cuidados directos con servicios de cuidados indirectos secundarios, tales como hacer compras, cocinar, limpiar y otras tareas domésticas necesarias (Ilkkanacan y Kim 2019, pág. 33).

La prestación de estos servicios de CLD tiene lugar en diferentes entornos institucionales, como los servicios de cuidado profesionales en un entorno institucional (residencias de ancianos o guarderías) o en el hogar, los servicios de cuidado remunerados prestados por trabajadores domésticos en el hogar y los servicios de cuidado no remunerados proporcionados por familiares y amigos (Lipszyc, et.al. 2012; Gardiner y Hussein 2015). En la discusión que figura a continuación, la prestación de servicios de cuidado profesionales formales – ya sea en un entorno institucional o en el hogar – constituye el punto de referencia para evaluar las deficiencias de cobertura en los servicios de CLD y para determinar los costos de dichas deficiencias. Cabe señalar que muchos países también proporcionan prestaciones en efectivo a los hogares con personas a cargo que necesitan CLD, que pueden utilizarse para pagar los cuidados prestados por trabajadores domésticos o como una forma de compensación por los servicios proporcionados por familiares y amigos que prestan CLD a los miembros de hogar. La evaluación de la deficiencia de cobertura en los servicios de CLD no comprende las transferencias de efectivo.

V.B.1. Deficiencias de cobertura en materia de cuidados en los servicios de CLD

Al definir la cobertura en los CLD, existen dos poblaciones de referencia posibles, a saber, la población de 65 años o más (en adelante la población 65+) o la población “dependiente”, en la que “dependencia” se define como “limitación de las actividades debido a problemas de salud” (Lipszyc, et.al. 2012, pág. 24). El porcentaje de la población dependiente aumenta por grupo de edad. En los países de la UE, por ejemplo, el porcentaje de personas dependientes en la población menor de 30 años de edad oscila entre el 1 y el 3 por ciento para la mayoría de los países; para la población de 65 a 69 años, varía entre el 6,5 por ciento en el nivel más bajo y el 24,1 por ciento en el nivel más alto, y para la población de más de 85 años oscila entre el 20,3 por ciento y el 63 por ciento (Lipszyc, et.al. 2012, pág. 71). Dado que se dispone de datos actualizados regularmente sobre el tamaño de la población 65+, a diferencia de los datos sobre la dependencia,¹³ los primeros se utilizan más a menudo como la población de referencia al determinar la cobertura en los CLD.

De manera análoga al caso de los servicios de CEPI en el sector de la educación, no existen objetivos de política concretos acordados internacionalmente sobre los CLD en términos de tasas de cobertura. Al identificar una tasa de cobertura objetivo en los CLD, Ilkkanacan y Kim (2019) y OIT (2019) adoptan un enfoque similar al de la CEPI y consideran como punto de referencia a los países que registran buenos resultados. Los buenos resultados se definen sobre la base de un estudio integral sobre los CLD realizado por Scheil-Adlung (2015), en el que los países se clasifican en términos de legislación con respecto al pleno acceso legal al apoyo en materia de CLD en forma de servicios o de prestaciones monetarias. Nueve países de la OCDE tienen este tipo de legislación sobre el derecho a la cobertura universal (Alemania, Bélgica, Corea del Sur, Dinamarca, Islandia, Japón, Luxemburgo, República Checa y Suecia); Scheil-Adlung 2015, pág. 15). La tasa de cobertura en los CLD de la población 65+ en estos nueve países oscila entre el 6,9 por ciento (Corea del Sur) y el 8,8 por ciento (Bélgica) al nivel más bajo, y el 15,1 por ciento (Japón) y el 15,5 por ciento (Dinamarca) al nivel más alto (Ilkkanacan y Kim 2019, pág. 58). La tasa de cobertura promedio ponderada de la población en los CLD de los nueve países es del 12,4 por ciento. Esto puede servir como una tasa de cobertura objetivo en materia de CLD en el límite inferior.¹⁴

En el cuadro 8 se resumen los datos necesarios para evaluar la deficiencia de cobertura en los CLD y determinar el costo de dicha deficiencia. Esta última puede medirse en términos del número adicional de beneficiarios de cuidados que deben

¹³ Los datos sobre la dependencia están disponibles en la UE y en la mayoría de los países de la OCDE, que realizan una encuesta periódica sobre los ingresos y las condiciones de vida (SILC).

¹⁴ Este objetivo de política de una tasa de cobertura en los LTC de aproximadamente el 12 por ciento se asocia con un derecho/acceso universal a los servicios de LTC por cualquier persona con necesidades en materia de LTC en la población 65+. Se calcula sobre la base de las tasas de cobertura en los LTC de los países en los que el acceso a los LTC se garantiza como un derecho legal. Suponiendo porcentajes similares de la población 65+ con necesidades de LTC en los diferentes países, prevemos un ajuste endógeno de la cobertura universal de aproximadamente el 12 por ciento si el tamaño de la población 65+ es relativamente pequeño.

cubrirse para alcanzar el porcentaje de cobertura objetivo (como el 12,4 por ciento). Esto se calcularía estableciendo la diferencia entre la población 65+ que debe cubrirse para alcanzar el porcentaje objetivo y el tamaño de la población 65+ actual que ya está cubierta por los servicios. Los que ya están cubiertos son aquellos que se benefician de los servicios prestados en un entorno institucional (residencias de ancianos o guarderías) o de servicios profesionales prestados en el hogar.¹⁵

$$\text{Deficiencia de cobertura en los CLD (beneficiarios adicionales de CLD)} = \frac{(\text{Población 65+} \times \text{Tasa de cobertura objetivo (12,4\%)})}{(\text{Población actual 65+ que ya es beneficiaria de CLD})} \quad (16)$$

La deficiencia de cobertura en los CLD también se expresa como el número de trabajadores de los CLD adicionales necesarios para prestar servicios a los beneficiarios de CLD adicionales a los que debe cubrirse. Para ello necesitamos una proporción objetivo de beneficiarios de CLD-trabajadores de los CLD. Scheil-Adlung (2015) identifica un objetivo de referencia basado en los valores promedio, ponderados para la población, de los trabajadores formales de los CLD (a tiempo completo) por 100 personas pertenecientes a la población 65+ en 18 países de la OCDE seleccionados en las Américas, Asia y el Pacífico y Europa que registran buenos resultados. Se considera que estos países, que proporcionan CLD a través de diversos sistemas, ofrecen un mínimo aceptable de servicios de CLD. Apoyándose en su promedio, el umbral se establece en 4,2 trabajadores de los CLD formales a tiempo completo por 100 personas 65+.

Se identifica la necesidad de trabajadores del cuidado a tiempo completo con respecto a las horas de trabajo. Desde la perspectiva del beneficiario de los servicios, depende del número de horas de contacto y del tiempo de contacto establecido como objetivo.

Dado que los países de la OCDE no consideran satisfactoria la disponibilidad de servicios, Scheil-Adlung (2015) señala que 4,2 trabajadores por 100 personas 65+ constituye un umbral en el límite inferior (Scheil-Adlung 2015, pág. 11). La proporción de personal oscila entre 0 trabajadores (para muchos países) y 17 trabajadores en Noruega como la proporción más alta.

$$\text{Deficiencia de cobertura en los CLD (trabajadores de los CLD adicionales a tiempo completo)} = \frac{(\text{Población 65+ en cientos}) \times (\text{Proporción objetivo de población 65+} - \text{trabajadores de los CLD (4,2)})}{(\text{Empleo actual de trabajadores de los CLD})} \quad (17)$$

Cabe señalar que, al combinarse los dos objetivos de política examinados anteriormente, a saber, el 12,4 por ciento de la población 65+ como beneficiarios potenciales de los CLD y 4,2 trabajadores de los CLD por 100 personas 65+, se obtiene una proporción beneficiarios-trabajadores de los CLD de aproximadamente 3 a 1. En resumen, si se conoce el número de personas dependientes en la población, es posible evaluar el número de trabajadores de los CLD necesarios, dividiendo la población dependiente por 3 y considerando su diferencia con el empleo actual de trabajadores de los CLD.

V.B.2. Determinación del costo de la deficiencia de cobertura en materia de cuidados en los servicios de CLD

El costo que representa subsanar las deficiencias de cobertura en los CLD puede estimarse en términos de dos medidas: el número adicional de personas 65+ que deben ser cubiertas por los servicios de CLD con el fin de colmar la deficiencia de cobertura (beneficiarios adicionales de CLD) y el gasto necesario (ajustado) por beneficiario, o el número de trabajadores de los CLD adicionales necesarios para colmar la deficiencia de cobertura y el salario anual objetivo por trabajador CLD más cualesquiera gastos generales. Utilizando la primera medida, el costo de la deficiencia de cobertura en los CLD podría establecerse como sigue:

$$\text{Costo de la deficiencia de cobertura en los CLD} = (\text{Costo ajustado por beneficiario de CLD}) \times (\text{Beneficiarios de CLD adicionales}) \quad (18)$$

¹⁵ Es discutible si debe incluirse a quienes reciben prestaciones de discapacidad en efectivo entre aquellos que ya están cubiertos. El enfoque adoptado por esta herramienta de política define la cobertura de los cuidados por el acceso a los servicios formales. Por consiguiente, los beneficiarios de prestaciones en efectivo pueden considerarse un objetivo potencial para su inclusión entre quienes ya están cubiertos.

donde

$$\text{Costo ajustado por beneficiario de CLD} = \frac{\text{Gasto público total (+ ajuste de los salarios)}}{\text{Núm. de beneficiarios existentes de CLD}} \quad (19)$$

El ajuste de los salarios pretende reflejar los mejores salarios objetivo para los trabajadores de los CLD, que perciben en promedio salarios muy bajos, incluidos los trabajadores de los CLD en las economías de ingresos altos: por ejemplo, el 50 por ciento del salario promedio en los Estados Unidos, el 14 por ciento por encima del salario mínimo en el Reino Unido, y entre el 50 y el 75 por ciento del salario nacional promedio en los países de la OCDE (Comisión Europea, 2012, “Active Ageing, Special Eurobarometer”, núm. 378; Scheil-Adlung 2015, págs. 21 y 22). Los trabajadores de los CLD calificados están mejor remunerados y reciben salarios próximos al promedio. Sobre la base de la adición de los trabajadores de los CLD necesarios, el costo de la deficiencia de cobertura en los CLD sería el siguiente:

$$\begin{aligned} &\text{Costo de la deficiencia de cobertura en los CLD} = \\ &\text{Trabajadores de los CLD a tiempo completo adicionales necesarios} \times \text{Salario anual objetivo de los trabajadores} \\ &\text{de los CLD a tiempo completo} + (\text{¿algún costo general?}) \end{aligned} \quad (20)$$

donde el salario anual objetivo para los trabajadores de los CLD a tiempo completo puede establecerse en referencia con el salario nacional promedio. Ilkharacan y Kim (2019) utilizan como referencia la brecha salarial entre los trabajadores de los CLD y el personal de enfermería, y ajustan al alza el salario de los trabajadores de los CLD reduciendo la brecha a la mitad. Pueden establecerse salarios objetivo específicos de los países comparando y ajustando el salario de los trabajadores de los CLD con el salario legal o con el salario promedio de los trabajadores que desempeñan funciones comparables o que tienen un conjunto de competencias comparables.

La ecuación (20) incluye los gastos generales con un signo de interrogación. Esto obedece a que el pago de los salarios constituye una gran parte de los costos de los CLD, y en la mayoría de los casos los gastos generales son bajos, en particular cuando se trata de servicios formales prestados en el hogar. No obstante, en el caso de una expansión de los servicios prestados en entornos institucionales (como las guarderías), los gastos generales tendrían que tomarse en consideración. Si no existen datos disponibles, los gastos generales por beneficiario de CLD o por trabajador de los CLD pueden calcularse sobre la base del gasto público y el porcentaje del mismo correspondiente al pago de los salarios. En caso negativo, las cuentas institucionales o las encuestas sobre el terreno pueden servir de fuente de datos (véase el cuadro 8).

► Cuadro 8 – Datos necesarios para evaluar la deficiencia de cobertura en los CLD y el costo de dicha deficiencia

Datos	Desglose por	Fuente
Población 65+		Organismo nacional de estadística, estadísticas de la población
Número actual de beneficiarios de CLD	Beneficiarios por acceso a los servicios frente a las transferencias de efectivo	Ministerio de Salud
Empleo en los CLD	Por sector (público/privado) y lugar de trabajo (institución/hogar)	Ministerio de Políticas Sociales/de la Familia
Gasto en CLD	Gasto en servicios frente a las transferencias de efectivo; gasto en salarios frente a los gastos no salariales	Bases de datos internacionales sobre estadísticas de salud como la OMS, la OCDE Sindicatos de trabajadores de los CLD Encuestas sobre el terreno e informes de investigación
Salario promedio en el mercado de trabajo	Por nivel de educación por profesión (trabajadores domésticos, trabajadores del cuidado, trabajadores de la salud/personal de enfermería)	Encuestas de mercado de trabajo
Salario legal		Ministerio de Trabajo

► VI. Evaluación de los beneficios económicos

Tras haber identificado las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y haber estimado la magnitud necesaria del gasto público para subsanar estas deficiencias, podemos pasar a evaluar los beneficios económicos de una asignación equivalente de los presupuestos públicos. En la sección II se han examinado los diversos canales del lado de la demanda y de la oferta a través de los cuales las inversiones en la economía del cuidado producen resultados (resumidos en el gráfico 3). Si bien los resultados a corto plazo desde la perspectiva de la demanda y los resultados a largo plazo desde la perspectiva de la oferta son igualmente importantes para una evaluación integral de los beneficios de la inversión en servicios de cuidado, tal como se ha explicado en la sección II, esta herramienta de política se centra en particular en los resultados a corto plazo del lado de la demanda.

Cabe reiterar que la inversión en servicios de cuidado activa un mecanismo del lado de la demanda: el aumento del gasto para una expansión de los servicios de cuidado afecta a la demanda de mano de obra tanto en los sectores del cuidado como en otros sectores, y aumenta el empleo. El nuevo empleo genera nuevos ingresos laborales y estimula la demanda agregada y el crecimiento impulsado por la demanda. También tiene importantes resultados distributivos por género y por ingresos de los hogares, dependiendo de quiénes son los nuevos beneficiarios de los empleos, del modo en que el acceso simultáneo a los empleos y los servicios repercute en el tiempo de trabajo remunerado y no remunerado, y de los resultados acumulativos para los hogares que viven por debajo del umbral de la pobreza. Los estudios aplicados sobre la inversión en servicios de cuidado examinados en la sección II consideran estos resultados a corto plazo del lado de la demanda como sus medidas de los beneficios económicos de la inversión en servicios de cuidado.

La razón de centrarse en esta cadena de resultados a corto plazo del lado de la demanda es fundamentalmente porque la creación de empleo, la reducción de la pobreza y la igualdad de género son objetivos de política prioritarios. También permite realizar una evaluación crítica más detenida de las decisiones en materia de asignación del presupuesto público, que se llevan a cabo anualmente, y los ciclos electorales conducen a que los responsables de la formulación de políticas pongan más énfasis en los resultados a corto plazo. Además, centrarse en los efectos a corto plazo del lado de la demanda es más urgente que nunca en el contexto de la pandemia actual de la COVID-19 y la crisis económica conexas. Una de las acciones de política habituales de los gobiernos en todo el mundo son las medidas de estímulo para recuperar el crecimiento económico y proteger el empleo. En muchos casos, éstas incluyen las medidas de protección necesarias a corto plazo para apoyar a los sectores y lugares de trabajo vulnerables (las pequeñas y medianas empresas), a los desempleados, a los trabajadores independientes y a los hogares de ingresos bajos. Esta herramienta de política tiene por objeto destacar otro objetivo importante para el gasto de las medidas de estímulo: la expansión de los servicios de

cuidado que prometen beneficios inmediatos en forma de nuevos empleos, más ingresos laborales, reducción de la pobreza, y crecimiento sostenible y equitativo para hombres y mujeres.

El resto de esta sección presenta una discusión de la evaluación de los siguientes beneficios económicos a corto plazo del lado de la demanda:

- Creación de empleo (por sector y ocupación)
 - Directamente en los sectores de los servicios de cuidado
 - Indirectamente en los sectores conexos a través de concatenaciones regresivas y efectos inducidos.
 - Efectos distributivos de la creación de empleo y de la reducción de la pobreza
 - Distribución de los nuevos empleos y de los nuevos ingresos laborales por género, nivel de educación, edad, ingresos de los hogares, nivel de pobreza y situación en el mercado de trabajo (desempleado, dedicado a las labores del hogar, estudiante, etc.)
 - Diferencias entre hombres y mujeres en materia de empleo, brecha salarial por motivo de género, segregación en el empleo por razón de género, diferencias entre hombres y mujeres en el trabajo remunerado y no remunerado
 - Pobreza de ingresos, pobreza de tiempo, pobreza de tiempo y de ingresos
- Crecimiento económico y otros resultados macroeconómicos (productividad, déficit presupuestario y comercial, deuda pública)
- Beneficios de los ingresos fiscales (potencial de autofinanciación a corto plazo)

Las evaluaciones de diferentes tipos de beneficios requieren diferentes metodologías y datos. En el cuadro 9 se muestra la concordancia entre los tipos de beneficios que deben evaluarse, la metodología que debe utilizarse y los datos que se necesitan. La discusión en esta sección se centra en examinar algunas de las cuestiones metodológicas y las diferentes herramientas que pueden utilizarse para evaluar los diferentes tipos de beneficios económicos. Por ejemplo, un análisis estático insumo-producto es adecuado para estimar la magnitud de la creación de empleo, mientras que la modelización macroeconómica es mejor a efectos de prever los cambios probables en variables macroeconómicas como el crecimiento económico, la deuda pública o la balanza comercial, que no se tienen en cuenta en el análisis insumo-producto.

VI.A. Creación de empleo

La inversión pública creará empleos directamente en las actividades en los sectores de los servicios de cuidado en los que tiene lugar la inversión (por ejemplo, nuevos empleos en la CEPI o en los servicios de CLD). Esto se denomina el efecto de creación de empleo directo. También creará empleos en otros sectores a través de las transacciones entre los sectores del cuidado y los demás sectores. Cuando uno de los sectores de la economía experimenta un incremento de la demanda de su propio producto, acaba exigiendo más bienes y servicios de otras industrias. Es decir, existen efectos multiplicadores en otros sectores en las industrias que proporcionan insumos intermedios necesarios (materias primas y servicios) al sector de los servicios. Esto se denomina creación de empleo indirecto a través de concatenaciones regresivas entre los sectores.

También existe un efecto de creación de empleo por medio del aumento del gasto de los hogares debido a los mayores ingresos laborales de los trabajadores recientemente empleados. Este cambio en el gasto de los hogares induce empleo adicional en los diversos sectores a través del nuevo consumo. Se denomina el efecto de creación de empleo inducido.

La evaluación de los resultados del empleo total comprende una estimación de los componentes del empleo directo, indirecto e inducido:

$$E.T. = E.D. + E.I.D. + E.I \quad (21)$$

E.T. = Creación de empleo total (número de nuevos empleos)

E.D. = Empleo directo (nuevos empleos en los sectores del cuidado creados como resultado directo del aumento del gasto en la expansión de los servicios de cuidado; tanto los trabajadores del cuidado como los trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados empleados en los sectores del cuidado)

E.I.D. = Empleo indirecto (nuevos empleos en otros sectores creados a través de concatenaciones regresivas)

E.I. = Empleo inducido (nuevos empleos en los sectores de los cuidados u otros sectores a través del aumento del gasto de los hogares debido a los nuevos ingresos laborales de los trabajadores recientemente empleados).¹⁶

El empleo directo creado en los sectores del cuidado comprende tanto a los trabajadores del cuidado (como los docentes, los auxiliares docentes, el personal médico, el personal de enfermería, los trabajadores del cuidado para las personas mayores) como a los trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados (el personal de apoyo tales como los administradores, el personal de limpieza, el personal de seguridad) empleados en los sectores del cuidado. En el caso de los trabajadores del cuidado, la proporción objetivo de proveedores de servicios-beneficiarios de servicios se define en la legislación o los criterios internacionales pertinentes. Por ejemplo, el número máximo de niños por docente de la CEPI suele definirse en la legislación nacional sobre la CEPI, o el número deseado (mínimo) de trabajadores de la salud por número de habitantes es definido por la OMS, tal como se indica en la sección V.A. En el caso de los trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados, la creación de nuevos empleos puede calcularse utilizando las proporciones de trabajadores del cuidado-trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados que existen en los sectores del cuidado en el país. Véase la discusión al respecto en Ilkcaracan, Kim y Kaya (2015, pág. 39) como un ejemplo para el cálculo del empleo directo total para la CEPI en términos de trabajadores del cuidado (docentes y auxiliares docentes) y los trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados en el sector de la CEPI.

La creación de empleo directo se calcula a partir de la información ya contenida en la evaluación de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado y la determinación del costo de dichas deficiencias, que se examina en la sección III. La deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado (CCG) en la ecuación (1) proporciona el número adicional de beneficiarios de los servicios que deben estar cubiertos por los servicios. Éste se divide por la proporción objetivo de beneficiarios de servicios-proveedores de servicios (t.s.r) en la ecuación (2) a fin de determinar el número necesario de proveedores de servicios adicionales para subsanar la CCG:

$$\text{Número de proveedores de servicios adicionales para subsanar la CCG} = \text{CCG}/\text{t.s.r.} \quad (22)$$

La deficiencia de calidad de la cobertura en los servicios de cuidado (CCQG) en la ecuación (2) ya se mide en términos del número de proveedores de servicios adicionales necesarios para lograr la t.s.r. Así pues, el número total de trabajadores del cuidado a través de la creación de empleo directo (E.D.cw) se calculará mediante la suma de ambos:

$$E.D.cw = \text{Núm. de proveedores de servicios adicionales para subsanar la CCG} + \text{CCQG} \quad (23)$$

Los otros dos componentes de la creación de empleo (el empleo indirecto y el empleo inducido) se estiman mediante un análisis insumo-producto. El cuadro insumo-producto es una matriz cuadrada de datos, que muestra los vínculos entre los diversos sectores en términos de sus compras de insumo y de los ingresos que un sector recibe de otro. Una vez determinado el costo de la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado, el gasto correspondiente se “inyecta” en los sectores de los servicios de cuidado con el fin de estimar el incremento correspondiente del producto de todos los demás sectores conexos. Este método refleja los efectos multiplicadores a través de conexiones del crecimiento del producto entre las industrias. Al combinar los datos sobre el producto sectorial con los datos sobre el empleo sectorial correspondiente, también es posible estimar los multiplicadores del empleo para cada sector. En otras palabras, el análisis insumo-producto muestra cuando el producto de un sector particular (es decir, los sectores de los servicios de cuidado) aumenta en una cantidad determinada (por el costo de subsanar la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado), cuánto aumenta el producto y el empleo de todos los demás sectores conexos.¹⁷ De igual modo, la creación de empleo

¹⁶ La inclusión del efecto de empleo inducido en las estimaciones es cuestionable. Los efectos inducidos pueden crear un sesgo de sobreestimación dependiendo de los multiplicadores del gasto de los diferentes tipos de hogares que reciben los nuevos empleos. Así pues, la conveniencia de incluir los efectos inducidos en la creación de empleo total es una decisión personal (véase Ilkcaracan, Kim y Kaya 2015 para una discusión de esta cuestión).

¹⁷ La matriz de multiplicadores del empleo es un vector de la intensidad del empleo por industria, que es la proporción del número total de trabajadores en relación con el producto final. Esto puede calcularse utilizando datos sobre el insumo-producto y datos sobre el empleo de encuestas de la fuerza de trabajo de los hogares desglosados por industria. Los multiplicadores del empleo se calculan por industria para reflejar el número de empleos creados en cada industria para producir una unidad adicional de producto. Refleja la generación de empleo a través de la oferta y la demanda del producto entre las industrias.

inducido también se estima a través del análisis insumo-producto, ya que el cuadro insumo-producto muestra asimismo las conexiones entre el gasto de consumo de los hogares y los diversos sectores de la economía.

Cabe señalar que también es posible estimar la creación de empleo directo en el sector de los cuidados propiamente dicho utilizando asimismo el análisis insumo-producto. Inyectar un incremento del gasto en un sector del cuidado particular produce el incremento correspondiente del empleo sectorial sobre la base de su multiplicador del empleo existente. Sin embargo, esto significa que no podemos controlar la calidad del empleo o de los servicios, porque el propio multiplicador del empleo del sector del cuidado está determinado por las proporciones existentes beneficiario de servicios-proveedor de servicios, y también por los niveles salariales observados. En su lugar, podemos realizar ajustes en la evaluación de la deficiencia de cobertura en los servicios de cuidado y la determinación del costo de dicha deficiencia con respecto a las proporciones beneficiario de cuidados-proveedor de cuidados y a los salarios de los trabajadores empleados en los sectores del cuidado. El número de empleos directos que deben crearse en el sector del cuidado propiamente dicho se calcula tal como se ha explicado anteriormente. Las asignaciones salariales (el porcentaje del gasto total correspondiente a los salarios) se determinan a priori tal como se explica en las secciones III, IV y V. Como consecuencia, no se toma en consideración el propio multiplicador del empleo del sector de los cuidados. El análisis insumo-producto se utiliza para determinar únicamente la creación de empleo indirecto y/o inducido.

Otro llamado importante a la precaución está relacionado con el hecho de que la mayoría de los cuadros insumo-producto no comprenden entradas por separado para la CEPI y los CLD. Estos sectores se incluyen en los cuadros insumo-producto como parte de los sectores de la educación y de la salud. Sin embargo, la estructura de los costos y el coeficiente de mano de obra de los sectores de la CEPI y de los CLD probablemente sean diferentes de los de los sectores de la educación y la salud. Por ejemplo, el sector de la CEPI tiene un coeficiente de mano de obra más alto que el sector de la educación, y lo mismo es aplicable a los CLD con respecto al sector de la salud. Inyectar un incremento del gasto en la CEPI en el sector de la educación en general (o un incremento del gasto en los CLD en el sector de la salud en general) probablemente conduzca a una subestimación del efecto de creación de empleo, porque la educación y la salud tienen multiplicadores de empleo más bajos que los sectores de la CEPI y de los CLD. Con la excepción del insumo laboral, los sectores de la CEPI y de los CLD probablemente difieran asimismo en términos de su estructura de los costos en general. Por ejemplo, el sector de los servicios de salud probablemente tenga más gastos en equipo médico y tecnología que los servicios de CLD. A fin de superar este sesgo de agregación, es posible utilizar el enfoque sectorial sintético, que comprende la integración de los sectores de la CEPI o de los CLD como una entidad aparte en el cuadro insumo-producto. Esto requiere datos sobre la estructura de los costos del sector de la CEPI o de los CLD (véase Ilkharacan, Kim y Kaya 2015, págs. 37-39; pág. 68; anexo II, y también Kim 2011 para una discusión detallada).

Un marco comparativo con otras líneas de gasto

Muchos de los estudios aplicados examinados en la sección II utilizan un marco comparativo por el que comparan los beneficios económicos del aumento del gasto público en los servicios de cuidado con los beneficios económicos del gasto de magnitud similar en otras partidas presupuestarias, fundamentalmente la infraestructura física y el sector de la construcción, y también en otras partidas como la energía verde o las transferencias de efectivo (Antonopoulos et. al. 2011; Ilkharacan, Kim y Kaya 2015). Utilizar dicho marco comparativo es útil por diferentes motivos. En primer lugar, las consecuencias en materia de política pueden interpretarse no sólo como una cuestión de aumentar el gasto en los servicios de cuidado, sino también de determinar las asignaciones del presupuesto público para necesidades contrapuestas sobre la base de objetivos de política reconocidos, tales como el potencial para generar nuevos empleos y para reducir el desempleo, la disminución de las desigualdades por motivo de género y de ingresos de los hogares, la mitigación de la pobreza, la sostenibilidad fiscal a corto plazo, e indicadores macroeconómicos como el crecimiento del PIB, la productividad, y el déficit presupuestario y comercial.

En segundo lugar, la adopción de un marco comparativo también ayuda a compensar una desventaja del análisis insumo-producto: se trata de un análisis estático y no permite identificar los posibles cambios dinámicos que pueden ser impulsados por un incremento del gasto público, como los precios, los salarios, los déficits presupuestarios del Estado y los tipos de interés, que tendrían consecuencias en términos de cambios en el producto. Los modelos insumo-producto pueden hacerse dinámicos, utilizando un macromodelo para reflejar amplios efectos macroeconómicos (véase más adelante para una discusión detallada). No obstante, una aplicación estática del análisis insumo-producto es una

herramienta práctica y adecuada para evaluar los efectos en el empleo de estudios de política ex ante específicos de las industrias. Éste es particularmente el caso en un marco comparativo, que evalúa los efectos relativos resultantes del incremento del gasto en los servicios de cuidado en comparación con otra industria (como la construcción). Dado que los cambios dinámicos impulsados por el endeudamiento público, los precios y los salarios probablemente sean relativamente similares con independencia del sector al que se asigne el gasto, podemos comparar únicamente el impacto en la creación de empleo. El principal objetivo del análisis insumo-producto en este caso es comparar el potencial relativo de una línea del gasto público con otra en términos de la creación de empleos a nivel macro y de los resultados distributivos a nivel micro, como la reducción de la pobreza (que se discute más adelante).

Distribución de los nuevos empleos por industria, ocupación y género

Utilizando el método macro insumo-producto, la creación de empleos directos e indirectos puede clasificarse principalmente por industria. Si partimos de la base de que la composición observada del empleo en las diferentes industrias se mantiene constante, también es posible identificar el desglose de los nuevos empleos por otras características, como la ocupación y el género (también es posible realizar un desglose por nivel de educación/competencias). La distribución de género de los empleos directos e indirectos en las diferentes industrias sirve para lograr un objetivo importante de este ejercicio con respecto a la evaluación de los resultados de la demanda de mano de obra desglosados por género de diferentes líneas de gasto. Por otra parte, la clasificación ocupacional es importante como aportación al análisis de la microsimulación, por la que asignamos los diversos empleos a las personas empleables observadas en el mercado de trabajo. Esto se discute con más detenimiento en el análisis distributivo que figura más adelante.

► Cuadro 9: Evaluación de los beneficios económicos de la inversión en los servicios de cuidado: metodologías y datos

Beneficios económicos: medidas de evaluación	Metodología	Datos
Creación de empleos	Creación de empleos directos calculada sobre la base de las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado (CCG y CCQG) y proporción objetivo de beneficiarios de servicios-proveedores de servicios (t.s.r.)	CCG, CCQG, t.s.r., proporción trabajadores del cuidado-trabajadores no dedicados a la prestación de cuidados en los sectores del cuidado
	Análisis insumo-producto para la estimación de la creación de empleos indirectos e inducidos	Datos sobre el insumo-producto
Distribución del empleo por género	Asignación de empleos por industria obtenida de lo anterior utilizando la proporción del empleo industrial actual de hombres y de mujeres	Datos de las encuestas de la fuerza de trabajo de los hogares (empleo desglosado por sector y por género))

Beneficios económicos: medidas de evaluación	Metodología	Datos
Distribución de los nuevos empleos y los ingresos por características de los trabajadores, como el género, el nivel de educación, la edad, los ingresos de los hogares, el nivel de pobreza, la región y la situación en el mercado de trabajo (desempleado, dedicado a las labores del hogar, estudiante)	Microsimulación y análisis de regresión lineal	Microdatos de las encuestas de los ingresos de los hogares (y de la fuerza de trabajo)
Reducción de la pobreza	Cálculo de los nuevos ingresos de los hogares basado en los resultados de la microsimulación y en una evaluación del cambio en el nivel de pobreza de los hogares antes y después de los nuevos empleos	Microdatos de las encuestas de los ingresos de hogares (y de la fuerza de trabajo) Umbrales de pobreza utilizados por estadísticas oficiales
Crecimiento y productividad a largo plazo	Modelización macroeconómica aplicada	Modelo macroeconómico calibrado para el país/la región en cuestión (matriz de contabilidad social- SAM)
Ingresos fiscales y sostenibilidad fiscal a corto plazo	Estimación del cambio en los ingresos fiscales sobre la base del salario promedio y del número de nuevos empleos	Número de nuevos empleos (directos e indirectos) Salario anual promedio de los trabajadores empleados recientemente Tasas de ingresos y de impuesto sobre el consumo

VI.B. Análisis distributivo e impacto en la reducción de la pobreza

La metodología insumo-producto permite un análisis distributivo a nivel macro en términos de desglose de los nuevos empleos por género (o, posiblemente, por nivel de educación/competencias). Es posible realizar un análisis distributivo más detallado a través de la modelización de microsimulación aplicada, utilizando datos de las encuestas de ingresos de los hogares a nivel individual (es decir, microdatos).¹⁸ La modelización de microsimulación permite asignar los empleos creados recientemente a determinadas personas (no empleadas, pero que cumplen las condiciones para estarlo) observadas en el conjunto de datos. Una vez asignados los empleos, es posible estimar los ingresos laborales de los trabajadores recién empleados y el cambio en los ingresos de sus hogares. Así pues, es posible identificar el cambio asociado en la distribución de los ingresos y las tasas de pobreza.

Un enfoque de la microsimulación adoptado por el Levy Economics Institute utiliza técnicas de concordancia estadística para analizar dichos problemas distributivos. El cuadro 10 proporciona una visión general de los diversos pasos necesarios (véase Masterson 2018, 2013 y 2012 para las aplicaciones a Ghana y Tanzania, Turquía y América Latina; véase asimismo Kum y Masterson 2010 para una discusión detallada).

En primer lugar, se identifica el conjunto existente de mano de obra (“empleable”) disponible utilizando los microdatos procedentes de las encuestas de hogares. La población “empleable” es aquella perteneciente a la categoría de edad de máximo rendimiento laboral, que no está empleada y que no tiene ningún problema de salud ni discapacidad. Se trata, concretamente, de la población desempleada (los que buscan empleo activamente), la dedicada a las labores del hogar (fundamentalmente femenina) y los estudiantes (cuya edad supera la edad de escolarización obligatoria o la edad postuniversitaria).

¹⁸ La mayoría de los países tienen una o algunas encuestas de hogares de este tipo: la Encuesta de la fuerza de trabajo de los hogares, la Encuesta de ingresos (presupuesto) y gastos de los hogares, o la Encuesta de ingresos y condiciones de vida.

En el segundo paso, las nuevas vacantes de empleo se asignan a las personas empleables que tienen más probabilidades de ocuparlas. Esto se hace a través de un procedimiento de concordancia estadística. Para cada persona perteneciente al conjunto empleable (trabajadores potenciales), tenemos información sobre sus características individuales o de su hogar, tales como la edad, el nivel de educación y la región de residencia. Utilizamos análisis de regresión lineal para estimar la probabilidad de empleo de cada trabajador potencial. En lo respecta a los empleos, ya conocemos, a raíz del análisis insumo-producto, la distribución de los empleos por industria y ocupación. Para cada persona, las celdas industria-ocupación se clasifican sobre la base de su puntuación de propensión más alta. Por último, utilizando un proceso iterativo, a las personas pertenecientes al conjunto empleable con más probabilidades de empleo se les asignan los empleos con la puntuación de propensión más alta.

Una vez asignados los empleos, los ingresos laborales de los beneficiarios de los nuevos empleos pueden estimarse a través de un análisis de regresión lineal, utilizando sus características demográficas, así como las características de sus puestos de trabajo. El conjunto de microdatos de los hogares resultante permite entonces identificar el impacto de la creación de nuevos empleos en la distribución de los ingresos por grupos de ingresos de los hogares, niveles de educación/competencias, género (la brecha salarial por motivo de género), y estimar asimismo el impacto en la pobreza.

También es posible calcular el impacto en el tiempo de trabajo remunerado y no remunerado. Para ello necesitamos un conjunto de datos que comprenda datos sobre el empleo/los ingresos y sobre el uso del tiempo. Convencionalmente, las encuestas sobre la fuerza de trabajo/los ingresos de los hogares y las encuestas sobre el uso del tiempo son independientes. Sin embargo, es posible hacer corresponder estos conjuntos de datos separados utilizando un procedimiento estadístico. Más concretamente, el tiempo de trabajo no remunerado observado en los microdatos de las encuestas sobre el uso del tiempo se integra en los microdatos de las encuestas sobre la fuerza de trabajo/los ingresos de los hogares sobre la base de la similitud de las características individuales y de los hogares que determinan los patrones del uso del tiempo. Dos estudios aplicados recientes, uno sobre Ghana y Tanzania (Zacharias et.al. 2019) y el otro sobre Turquía (Ilkcaracan, et.al. 2020) utilizan esos conjuntos de datos ajustados. No sólo estiman los resultados del lado de la demanda de la creación de empleo por el aumento del gasto en asistencia social, sino también sus resultados del lado de la oferta en cuanto a los cambios del tiempo de trabajo remunerado (a través del empleo en nuevos puestos de trabajo) y del tiempo de trabajo no remunerado (a través del acceso a la asistencia social). Así pues, pueden evaluar el impacto general en la pobreza de una manera más exhaustiva y desglosada por género, utilizando medidas combinadas de la pobreza de tiempo y de ingresos.

► Cuadro 10: Visión general de la microsimulación para el análisis distributivo

Paso	Procedimiento
Definir un conjunto de personas empleables	Identificar a las personas no empleadas, pero que cumplen las condiciones para estarlo (en edad de trabajar, sin discapacidad ni enfermedad), incluidas las personas desempleadas y las dedicadas a las labores del hogar
Asignar empleos	Estimar la probabilidad de estar empleado en cada categoría de industria-ocupación para cada persona empleable; clasificar por probabilidad de empleo y asignar los nuevos empleos a las personas empleables que tienen más probabilidades
Atribuir los ingresos laborales y las horas de trabajo	Predecir los ingresos laborales y las horas de trabajo utilizando un procedimiento de “hot deck” y un análisis de regresión lineal apoyándose en información sobre las características demográficas individuales y de los hogares y sobre la industria y la ocupación del empleo.
Determinar el impacto en los ingresos de los hogares y en el nivel de pobreza	Comparar los ingresos de los hogares antes y después de los empleos, y el cambio en los ingresos totales por quintiles de ingreso de los hogares, así como las tasas de pobreza antes y después de los empleos.
Determinar el impacto en el tiempo de trabajo remunerado y no remunerado, y en la pobreza de tiempo y de ingresos	Hacer corresponder los datos sobre el uso del tiempo en los hogares con los datos sobre los ingresos de los hogares; estimar el cambio en el tiempo de trabajo remunerado y no remunerado de las personas empleadas recientemente que viven en hogares en los que algunos de sus miembros son dependientes de cuidados

VI.C. Modelización macroeconómica y crecimiento económico

Como ya se ha discutido anteriormente, si bien el análisis insumo-producto es un enfoque cabal para obtener estimaciones razonables del impacto en el empleo en particular en un marco comparativo, no permite identificar las repercusiones en otras variables macroeconómicas, tales como el crecimiento económico, la productividad, los déficits presupuestarios o comerciales, o la deuda pública, que pueden cambiar como consecuencia de las intervenciones de política.

Sin embargo, los macromodelos permiten realizar una estimación de dichos resultados macroeconómicos en un marco dinámico. La determinación del impacto en el crecimiento económico reviste particular importancia en el contexto actual de la pandemia de la COVID-19, en el que casi todos los países del mundo se enfrentan a una profunda recesión económica. Además, la estimación de algunos efectos macroeconómicos puede ser particularmente importante en los contextos nacionales en los que la viabilidad de las intervenciones de política fiscal está limitada por equilibrios macroeconómicos frágiles. Zacharias, et.al. (2019) señalan, por ejemplo, que en el contexto de la simulación del impacto en el empleo y en el tiempo de las mejoras de las carreteras en Ghana y Tanzania, la intervención de política puede exigir maquinaria y materias primas importadas además de la mano de obra y los insumos producidos a nivel nacional. Así pues, esta intervención de política para reducir el tiempo de desplazamiento y el tiempo de trabajo no remunerado puede ejercer presión sobre las reservas de divisas del país y afectar el tipo de cambio. Esto limita el espacio de política para un país que tiene problemas de endeudamiento externo y que está vinculado por acuerdos con prestamistas internacionales. Una evaluación macroeconómica completa proporciona información sobre tales efectos.

Los estudios incluidos en nuestra visión general contenida en la sección II (y en el anexo), que se centran en los efectos del lado de la demanda de invertir en los servicios de cuidado, han utilizado diferentes modelos macroeconómicos, a saber:

- El modelo de macrosimulación alfabético de Cambridge (CAM) en Bargawi y Cozzi (2017): un modelo macroeconómico estructuralista de no equilibrio para Europa, a fin de analizar los efectos de diferentes tipos de

política fiscal (gasto público) en la generación de empleo, la distribución de los empleos por género, el crecimiento, el déficit presupuestario del Estado y la deuda pública.

- un modelo de equilibrio general competitivo (CGE) con una matriz de contabilidad social (SAM) en Zacharias et.al. (2019): el CGE-SAM proporciona una fuente de información, que es mucho más completa que el cuadro insumo-producto. Las normas sobre el cierre para el modelo CGE en este caso se atienen a un marco keynesiano, en el que el empleo está determinado por la demanda (por lo que prevé el desempleo) y el ajuste del ahorro a la inversión exógena tiene lugar a través de cambios en el producto (en lugar de cambios en las tasas de ahorro) (véase Zacharias et.al. 2019, págs: 61-64 para una discusión del modelo CGE-SAM).
- un modelo macroeconómico feminista postkeynesiano en Oyvat y Onaran (2020): el modelo se apoya en un estudio anterior de Onaran, Oyvat y Fotopoulou (2019), extendiéndolo con un modelo endógeno de oferta de mano de obra y de negociación de los salarios. Empíricamente, los autores utilizan un análisis de autorregresión vectorial estructural (SVAR) para estimar el impacto de diversas intervenciones de política (un incremento del gasto en asistencia social, y también un aumento del salario de las mujeres que cierra la brecha salarial por motivo de género) en el producto agregado y el empleo en el contexto de Corea del Sur, basado en los datos proporcionados por World Klems (2014) para el período comprendido entre 1970 y 2012.

Diferentes modelos macroeconómicos muestran diferentes representaciones de la economía. La elección del modelo macroeconómico depende de una serie de factores, tales como los fundamentos y las hipótesis teóricas del modelo y, por tanto, de su idoneidad para la tarea analítica de que se trate, de la disponibilidad de datos y de modelos calibrados para ese país/región particular, y de las soluciones de compromiso en lo que respecta al tiempo/costos que conlleva la creación de un modelo macroeconómico sofisticado.

En lo que respecta a los fundamentos y las hipótesis teóricas, diferentes modelos formulan hipótesis específicas sobre el comportamiento de la economía. Estas hipótesis se apoyan en el marco teórico en relación con el cual se formulan. Existen dos marcos teóricos macroeconómicos generales: el marco macroeconómico clásico (convencional) y el marco macroeconómico no convencional (fundamentalmente keynesiano o estructuralista). Los modelos macroeconómicos convencionales (clásicos) formulan una serie de hipótesis vinculantes, como los mercados de compensación en condiciones de mercados libres competitivos (por ejemplo, la hipótesis de un mercado de trabajo de compensación y, por lo tanto, de cero desempleo en un mercado de trabajo libre). En cambio, los modelos no convencionales, como los modelos macroeconómicos keynesianos o estructuralistas, cuestionan enérgicamente estas hipótesis (simplificadas) y construyen modelos que adoptan un enfoque más empírico de la modelización. Los tres macromodelos enumerados anteriormente de los estudios aplicados sobre la inversión en los servicios de cuidado son ejemplos de modelos no convencionales.

Estos macromodelos no convencionales son más adecuados para la tarea que se acomete en esta herramienta de política, a saber, el análisis del impacto económico del incremento del gasto fiscal en la expansión de los servicios de cuidado. Esta propuesta se apoya en hipótesis subyacentes relativas a la incapacidad de los mercados libres para crear empleos por sí solos, y a la necesidad de intervención pública en la prestación de cuidados, en los casos en que los cuidados se consideran un bien provechoso (o incluso un bien público) con fuertes externalidades. Por ello, un análisis de los beneficios económicos de la inversión en los servicios de cuidado se concilia mejor en el marco de modelos macroeconómicos no convencionales.

La elección de modelos macroeconómicos también depende en parte de la disponibilidad de los modelos existentes para una región o un país determinado. Crear un modelo macroeconómico desde cero es un proceso que lleva tiempo y que requiere conocimientos específicos, por lo que puede ser una empresa costosa. Por ejemplo, el modelo alfabético de Cambridge utilizado en el estudio de Bargawi y Cozzi (2017) sobre los países de la UE es un modelo existente que se ha calibrado para la economía de la UE.

En cambio, el modelo CGE-SAM utilizado en Zacharias et.al. (2019) es una opción de modelación costosa que requiere mucho tiempo, así como la utilización de múltiples fuentes de datos para crear una SAM. Sin embargo, permite realizar un análisis detallado de los resultados tanto distributivos como macroeconómicos. Zacharias et.al. (2019) utilizaron la SAM existente para Ghana (2013) y Tanzania (2017), y realizaron algunos pequeños ajustes para sus fines (véanse las págs. 50 y 51).

Una SAM es un cuadro de doble entrada, extendido a partir de un cuadro insumo-producto, que proporciona más información detallada sobre la economía. Sus columnas y filas registran las transacciones que tienen lugar entre los sectores productivos, los factores de producción (el capital y la fuerza de trabajo), las instituciones (los hogares, las empresas y el gobierno), la cuenta de capital (la dimensión financiera de la macroeconomía) y el resto del mundo (importaciones, exportaciones y otras corrientes financieras). Estas cuentas se organizan de una manera simétrica (en filas y columnas) para constituir una matriz cuadrada que muestra el origen y el destino de los gastos y de los ingresos recibidos.

Además de proporcionar un marco coherente de cuentas nacionales, una SAM incorpora las dimensiones distributiva y social de una economía. A nivel agregado, una SAM permite ver la manera en que los ingresos totales se distribuyen entre el capital y la fuerza de trabajo. A nivel desagregado, pueden proporcionarse muchos más detalles. Por ejemplo, se puede especificar que la fuerza de trabajo, que es un factor de producción, es femenina o masculina, calificada o no calificada; cada industria puede describirse por el tipo y la cantidad de insumos utilizados, incluido la coeficiente femenino/masculino de mano de obra empleada, o varios tipos de hogares que deben construirse dependiendo de las características socioeconómicas, como los hogares pobres o no pobres (Antonopoulos y Kim 2008, pág. 23 y 24). Así pues, un modelo basado en una SAM permite realizar numerosos análisis complejos, en particular en términos de resultados distributivos de los ingresos. No obstante, los costos que esto supone (en términos de tiempo y de conocimientos especializados) significan que sólo puede proporcionar una opción práctica cuando ya existe una SAM adecuada elaborada para dicho país o región.

VI.D. Ingresos fiscales y sostenibilidad fiscal

La sostenibilidad fiscal de un incremento del gasto público en los servicios de cuidado es principalmente una cuestión de interés. A corto plazo, parte de los gastos se autofinanciarían a través de un incremento de los ingresos fiscales obtenidos como consecuencia de la creación de nuevos empleos e ingresos. Este potencial de autofinanciación a corto plazo reviste particular importancia desde la perspectiva de los responsables de la formulación de políticas, dada la preocupación de que el incremento de las inversiones públicas requiera espacio fiscal, que a menudo está limitado en muchos países en desarrollo. El espacio fiscal se ha convertido en una limitación más vinculante todavía en el contexto de la pandemia de la COVID-19, en el que muchas economías están observando un crecimiento negativo y una reducción de sus ingresos fiscales, al tiempo que se sienten presionadas para aumentar el gasto público.

El potencial de autofinanciación depende del cambio en los ingresos fiscales como consecuencia de los nuevos empleos e ingresos laborales generados recientemente. Existen dos fuentes del incremento de los ingresos fiscales: los ingresos fiscales directos procedentes de los nuevos ingresos laborales, en particular las cotizaciones a la seguridad social y los ingresos fiscales (sobre las ventas) indirectos provenientes del mayor gasto en consumo. Los ingresos fiscales pueden estimarse en los tres componentes siguientes:

- Ingresos fiscales (IT)
- Cotizaciones a la seguridad social (SSC)
- Impuesto al consumo (CT)

La información necesaria para el cálculo de estos tres componentes de los ingresos fiscales comprende:

- el impuesto a la renta (t_i)
- la cotización a la seguridad social (ssc; las cotizaciones tanto del trabajador como del empleador)
- el impuesto al consumo (t_c)
- la propensión promedio a consumir (c_p)

Utilizando nuestras estimaciones de los nuevos empleos generados directamente en el sector de los cuidados (E.D.) e indirectamente en otros sectores (E.I.D.), y del empleo inducido (E.I.), más las estimaciones de las escalas salariales de los trabajadores empleados recientemente, podemos calcular los tres componentes de los ingresos fiscales. Para simplificar, sumamos los E.I.D. y el E.I. en el empleo indirecto total (E.I.D.T.).

$$IT = (\text{Salario anual promedio objetivo por trabajador del sector de los cuidados} \times t_i \times E.D.) \\ + (\text{Salario anual promedio por trabajador en los sectores no relacionados con los cuidados} \times t_i) \\ \times E.I.D.T.) \quad (24)$$

$$SSC = (\text{Salario anual promedio objetivo por trabajador del sector de los cuidados} \times ssc) \times E.D.) \\ + (\text{Salario anual promedio por trabajador en los sectores no relacionados con los cuidados} \times ssc) \\ \times E.I.D.T.) \quad (25)$$

$$CT = (\text{Salario anual promedio objetivo por trabajador del sector de los cuidados} \times E.D.) \\ + (\text{Salario anual promedio por trabajador en los sectores no relacionados con los cuidados} \\ \times E.I.D.T.)) \times c_p \times t_c \quad (26)$$

$$\text{Ingresos fiscales totales (TTR)} = IT + SSC + CT \quad (27)$$

La tasa de autofinanciación puede expresarse entonces como una proporción de los ingresos fiscales totales en relación con los gastos iniciales, es decir, el Costo total en la ecuación (4):

$$\text{Tasa de autofinanciación} = TTR \div \text{Costo total} \quad (28)$$

Para una discusión detallada, véase De Henau, et.al. 2019, págs. 15 y 16, y el anexo II; e Ilkcaracan, Kim y Kaya 2015, págs. 56-58.

La reducción del gasto público en ciertas prestaciones y gastos sociales (como la reducción del gasto en salud pública, las prestaciones de desempleo y las transferencias sociales a los hogares pobres) también tendría otros efectos fiscales a corto plazo. Repercutiría asimismo en los ingresos fiscales a largo plazo a través de diversos canales, como el aumento de los ingresos debido al incremento del capital humano (en caso de aumentar el gasto en la CEPI), el aumento de la oferta de mano de obra y de la vinculación de las mujeres con el mercado de trabajo, la mayor productividad laboral de los trabajadores con responsabilidades de cuidado y, por último, el mayor crecimiento del PIB y de la productividad laboral. Los estudios aplicados examinados en esta herramienta de política estiman normalmente los cambios a corto plazo en los ingresos fiscales debido a la generación de nuevos empleos e ingresos (es decir, la viabilidad fiscal a corto plazo).

► Referencias y fuentes

- Andrew, Allison, Sarah Cattan, Monica Costa Dias, Christine Farquharson, Lucy Kraftman, Sonya Krutikova, Angus Phimister y Almudena Sevilla. 2020. "How are mothers and fathers balancing work and family under lockdown?" Research Report. Institute for Fiscal Studies, Londres (Reino Unido). <https://www.ifs.org.uk/publications/14860>
- Antonopoulos, R. y K. Kim (2008). *Impact of Employment Guarantee Program on Gender Equality and Pro-Poor Economic Development in South Africa: Scaling Up the Expanded Public Works Program*, Social Sector Intervention Proposal. Research Project No. 34. Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas y Levy Economics Institute of Bard College.
- Antonopoulos, R., K. Kim, T. Masterson y A. Zacharias (2010). *Investing in Care: A Strategy for Effective and Equitable Job Creation*. Levy Economics Institute Working Paper No. 610. Nueva York: Bard College.
- Apps, P., y R. Rees (2004). "Fertility, Taxation and Family Policy." *The Scandinavian Journal of Economics* 106, núm. 4 (diciembre): págs. 745–63.
- . 2005. "Time Use and the Costs of Children over the Life Cycle." En D. Hamermesh y G. Phann, eds. *The Economics of Time Use*, Londres: Elsevier.
- Bargawi, H. y G. Cozzi. (2017). "Engendering Economic Recovery Alternatives to Austerity in Europe." *Feminist Economics* 23(4): págs. 225–249.
- Conti, G., y Heckman, J. (2012) *The Economics of Child Well-Being*. IZA Discussion Paper No. 6930. Bonn: Institute for the Study of Labour (IZA).
- De Henau, J., S. Himmelweit y D. Perrons (2017). *Investing in the Care Economy: Simulating Employment Effects by Gender in Countries in Emerging Economies*. Women's Budget Group Report to the International Trade Union Confederation, Bruselas, enero.
- De Henau, J., S. Himmelweit, Z. Lapniewska y D. Perrons (2016). *Investing in the Care Economy: A Gender Analysis of Employment Stimulus in Seven OECD countries*. Women's Budget Group Report to the International Trade Union Confederation, Bruselas, marzo.
- Del Boca, D., y D. Vuri (2007). "The Mismatch between Labour Supply and Child Care." *Journal of Population Economics* 20, núm. 4 (octubre): págs. 805–832.
- Del Boca, D., y R. Sauer (2006). "Life Cycle Employment and Fertility Across Institutional Environments." IZA Discussion Paper No. 2285. Bonn: Institute for the Study of Labour.
- Del Boca, D., y S. Pasqua (2005). "Labour Supply and Fertility in Europe and the U.S." En T. Boeri, D. Del Boca, y C. Pissarides, eds. *Women at Work: An Economic Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Deshpande, Ashwini. 2020. "The Covid-19 Pandemic and Lockdown: First Order Effects on Gender Gaps in Employment and Domestic Time Use in India". Discussion Paper No. 607, Essen: Global Labor Organization.
- Education Reform Initiative (2020). "The Impact of the Coronavirus on Education in Turkey". <https://www.egitimreformugirisimi.org/turkiyede-koronavirusun-egitime-etkileri/>
- Esquivel, V. (2014). "What is a transformative approach to care, and why do we need it? Gender and Development" 22 (3), págs. 423–439.
- Farré, L., Y. Fawaz, L. González, y J. Graves. (2020). "How the COVID-19 Lockdown Affected Gender Inequality in Paid and Unpaid Work in Spain" IZA Discussion Paper No. 13434. Bonn: Institute for the Study of Labour.
- Heckman, J., R. Pinto, y P. A. Savelyev (2013). "Understanding the Mechanisms through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes". *American Economic Review* 103(6): págs. 2052–2086.
- Heckman, J., S. Moon, R. Pinto, P. Savelyev y A. Yavitz (2010). "The Rate of Return to the High Scope Perry Preschool Program". *Journal of Public Economics* 94(1–2): págs. 114–28.
- Ilkkaracan, I. y K. Kim (2019) *The Employment Generation Impact of Meeting SDG Targets in Early Childhood Care, Education, Health and Long-Term Care in 45 Countries*. ILO Research Paper. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

- Ilkkaracan, I., K. Kim y T. Kaya (2015). *The Impact of Public Investment in Social Care Services on Employment, Gender Equality and Poverty: The Turkish Case*. Estambul y Nueva York: Istanbul Technical University Women's Studies Centre y Levy Economics Institute at Bard College.
- Ilkkaracan, I., K. Kim, T. Masterson, E. Memis, y A. Zacharias (2020). "The Impact of Investing in Social Care on Employment Generation Time- and Income-Poverty and Gender Gaps: A Macro-Micro Policy Simulation for Turkey". CWE-Gam Working Paper.
- Ilkkaracan, I. y E. Memis (2020). "Transformation in the Gender Imbalances in Paid and Unpaid Work under the Pandemic: Findings from a Pandemic Time-Use Survey in Turkey. Feminist Economics" (de próxima publicación).
- Kim, K., I. Ilkkaracan, y T. Kaya (2019). "Investing in Social Care Infrastructure and Employment Generation. A Distributional Analysis of the Care Economy in Turkey". *Journal of Policy Modelling*, vol. 41(6), págs.: 1210-1229. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161893819300614?via%3Dihub>
- Kim, Kijong (2011). "Ex-ante Evaluation of a Targeted Job Program: Hypothetical Integration in a Social Accounting Matrix of South Africa". *Economic Modelling* 28: págs. 2683-2690.
- Kum, H., y Masterson, T. N. (2010). "Statistical Matching Using Propensity Scores: Theory and Application to the Analysis of the Distribution of Income and Wealth". *Journal of Economic and Social Measurement*, 35(3), págs. 177-196. <https://doi.org/10.3233/JEM-2010-0332>
- Lipszyc, B., E. Sail y A. Xavier. (2012). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, Economic Papers 469, Bruselas (Bélgica): Comisión Europea, Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros.
- Masterson, T. (2018). "Simulations of Employment for Individuals in LIMTCP Consumption-Poor Households in Tanzania and Ghana, 2012." Working Paper No. 871. Annandale-on-Hudson, NY: Levy Economics Institute of Bard College.
- . (2013). "Quality of Statistical Match and Simulations Used in the Estimations of the Levy Institute Measure of Time and Consumption Poverty (LIMTCP) for Turkey in 2006". Working Paper No. 769. Annandale-on-Hudson, NY: Levy Economics Institute of Bard College.
- . (2012). "Simulations of Full-Time Employment and Household Work in the Levy Institute Measure of Time and Income Poverty (LIMTIP) for Argentina, Chile and Mexico". Working Paper No. 727. Annandale-on-Hudson, NY: Levy Economics Institute of Bard College.
- McKinsey (2015). "The Power Of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion To Global Growth". McKinsey Global Institute (MGI) Report, Londres y Shangai: McKinsey Global Institute.
- Naciones Unidas. (2020). "Education during Covid-19 and Beyond". Nueva York: DAES de las Naciones Unidas. https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf
- Onaran, O., C. Oyvat y E. Fotopoulou (2019). "Gendering Macroeconomic Analysis and Development Policy: A Theoretical Model for Gender Equitable Development". CWE-GAM Working Paper Series 19-04, Program on Gender Analysis in Economics (PGAE), American University, Washington, D.C.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2020). *A Gender-responsive Employment Recovery: Building back Fairer. Policy Brief*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/emppolicy/pubs/WCMS_751785/la-ng-en/index.htm
- . (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang-es/index.htm
- . (2013). *Reunión de expertos para examinar directrices de política sobre la promoción del trabajo decente para el personal del sector de la educación de la primera infancia*. Ginebra, Suiza: OIT. https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_216556/lang-es/index.htm
- . (2014). Informe Mundial sobre la Protección Social 2014-15, Ginebra, 2014. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang-es/index.htm>
- ONU Mujeres (2020). *From Insights to Action: Gender Inequality in the Wake of Covid-19*. Nueva York: ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19-en.pdf?la=en&vs=5142>

- . (2019a). “Investing in Free Universal Childcare in S. Africa, Turkey and Uruguay”, UN Women Discussion Paper (por J. De Henau, D. Buedlander, F. Filguiera, I. Ilkharacan, K. Kim y R. Montero), Nueva York: ONU Mujeres.
- . (2019b) “Investing in Early Childhood Education and Care in Kyrgyz Republic: An Assessment of Care Deficits, Costs and Impact on Employment, Gender Equality and Fiscal Returns”, UN Women Discussion Paper (por I. Ilkharacan y K. Kim), Nueva York: ONU Mujeres.
- . (2019c). “Investing in Free Universal Childcare in the Republic of North Macedonia: Analysis of Costs, Short-term Employment Effects and Fiscal Revenue”, UN Women Discussion Paper (por J. De Henau y N. Mojsoska-Blazevski), Nueva York: ONU Mujeres.
- . (2018). *Promoting Women’s Economic Empowerment: Recognizing and Investing in the Care Economy*. UN Women Issue Paper (por I. Ilkharacan). Nueva York: ONU Mujeres. Disponible en: <http://www.un-women.org/en/digital-library/publications/2018/5/issue-paper-recognizing-and-investing-in-the-care-economy>
- ONU Mujeres Jordania (2020). “Implications of the Covid-19 Pandemic for Women’s Economic Empowerment and Policy Implications: Contextualizing to the Case of Jordan”. Amman: Oficina de País de ONU Mujeres en Jordania.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and The Sustainable Development Goals*, Ginebra (Suiza): Publicaciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud.
- Oyvat, C. y O. Onaran (2020). “The Effects of Public Social Infrastructure and Gender Equality on Output and Employment: The Case of S. Korea”. CWE-GAM Working paper Series 20-01, Program on Gender Analysis in Economics (PGAE), American University, Washington, D.C.
- PNUD Turquía (2020). “Gender Gaps in the Care Economy during the Covid-19 Pandemic in Turkey: A Research Brief”. Ankara: Oficina de País del PNUD en Turquía.
- . (2015). *La educación para todos 2000-2015: Logros y desafíos*, París (Francia): UNESCO.
- Scheil-Adlung, X. (2015). “Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries”. Extensión de la Seguridad Social (ESS) – Documento de trabajo núm. 50, Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- UK Women’s Budget Group. (2015) *Feminist F Plan: A Feminist Economic Strategy for a Caring and Sustainable Economy*. <http://wbg.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/PLAN-F-2015.pdf>
- 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”. UNESCO EFA (2015). Documento de referencia.
- Zacharias, A., T. Masterson, y K. Kim. (2014). “The Measurement of Time and Income Poverty in Korea.” Research Project Report. Annandale-on-Hudson, NY: Levy Economics Institute of Bard College.
- Zacharias, A., T. Masterson, F. Rios-Avila, K. Kim. y T. Khitarishvili. (2018). “The Measurement of Time and Income Poverty in Ghana and Tanzania.” Annandale-on-Hudson, NY: Levy Economics Institute of Bard College.
- Zacharias, A., Masterson, T., Rios-Avilla, F., Nikiforos, M., Kim, K., y Khitarshvili, T. (2019). “Macroeconomic and Microeconomic Impacts of Improving Physical and Social Infrastructure: A Macro-Micro Policy Model for Ghana and Tanzania.” Research Project Report. Annandale-on-Hudson, NY: Levy Economics Institute of Bard College.

Información de contacto

Organización Internacional del Trabajo
Route des Morillons 4, CH-1211 Ginebra 22
Suiza
Servicio de Empleo, Mercados de Trabajo y Juventud
Correo electrónico: emplab@ilo.org

ONU Mujeres
220 East 42nd Street, New York, NY 10017
USA
Sección de Empoderamiento Económico
Correo electrónico:
econem.section@unwomen.org