
La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

Un análisis mundial en tiempos de COVID-19



Organización
Internacional
del Trabajo



Organización
Mundial de la Salud

La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

**Un análisis mundial en tiempos
de COVID-19**



Organización
Internacional
del Trabajo



Organización
Mundial de la Salud

La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19 [The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19]

ISBN (OMS) 978-92-4-005686-2 (versión electrónica)

ISBN (OMS) 978-92-4-005687-9 (versión impresa)

ISBN (OIT) 9789220379059 (versión electrónica)

ISBN (OIT) 9789220379042 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Internacional del Trabajo (OIT) refrendan una organización, productos o servicios específicos. Los nombres y logotipos de la OMS y la OIT no se pueden utilizar sin autorización. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La OMS y la OIT no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19 [The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/es/copyright>

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descarga generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS o la OIT, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS o la OIT los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS y la OIT han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS o la OIT podrán ser consideradas responsables de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y maquetación: Phoenix Design Aid

Índice

Prólogo	v
Agradecimientos	vii
Abreviaturas	viii
Resumen	ix
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 El porqué de un informe sobre la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial	6
2. EL PERSONAL DE SALUD EN TODO EL MUNDO	9
2.1 Empleo mundial y regional en el sector de la salud y asistencial	9
2.2 Empleo en el sector sanitario y asistencial y grado de desarrollo económico	12
3. LA BRECHA SALARIAL DE GÉNERO EN EL SECTOR SANITARIO Y ASISTENCIAL	15
3.1 La brecha salarial de género bruta en el sector sanitario y asistencial	15
3.2 Ir más allá de la brecha salarial de género bruta y determinar la diferencia salarial entre hombres y mujeres dentro de los subgrupos	20
3.3 Un análisis ponderado por factores de la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial	30
3.4 Comparación de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial con las brechas halladas en otros sectores económicos	34
4. FACTORES QUE FAVORECEN LA BRECHA SALARIAL DE GÉNERO EN EL SECTOR SANITARIO Y ASISTENCIAL	36
4.1 La brecha salarial de género en la distribución de los salarios por hora en el sector sanitario y asistencial	36
4.2 Características del mercado laboral de mujeres y hombres en el sector de la salud y asistencial en toda la distribución de los salarios por hora	43
5. DESCOMPOSICIÓN DE LA BRECHA SALARIAL DE GÉNERO EN EL SECTOR DE LA SALUD Y ASISTENCIAL	57
5.1 Descomposición simple: la parte explicada y no explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial	57
5.2 Descomposición completa: aislar la contribución de la edad y la categoría ocupacional en la parte explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial	70
5.3 ¿Qué hay detrás de la parte no explicada de la brecha salarial de género?	78
5.3.1 La brecha de la maternidad en el sector de la salud	78
5.3.2 El grado de feminización y los salarios de los trabajadores del sector de la salud y asistencial	84
6. CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO Y BRECHA SALARIAL DE GÉNERO A LO LARGO DEL TIEMPO EN EL SECTOR DE LA SALUD Y ASISTENCIAL	90
6.1 Tamaño y características del personal de la salud y asistencial a lo largo del tiempo en países seleccionados	90
6.2 Evolución de la brecha salarial de género en el siglo XXI	99

7. EL EFECTO DE LA COVID-19 EN EL EMPLEO Y LOS INGRESOS EN EL SECTOR DE LA SALUD Y ASISTENCIAL	105
7.1 El efecto de la pandemia de COVID-19 sobre el empleo de trabajadores asalariados en el sector de la salud y la atención: los casos del Canadá, México y los Estados Unidos	107
7.2 Las características cambiantes de los trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial como consecuencia de la pandemia de COVID-19: los casos del Canadá, México y los Estados Unidos	112
7.3 El efecto de la pandemia de COVID-19 sobre los ingresos de los trabajadores asalariados en el sector de la salud y la atención: los casos del Canadá, México y los Estados Unidos	123
7.4 La pandemia de COVID-19 y los ingresos de los trabajadores con empleo formal e informal en el sector de la salud y asistencial: el caso de México	134
8. EL CAMINO HACIA LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SALARIALES ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN EL SECTOR DE LA SALUD Y ASISTENCIAL	139
8.1 Consideraciones de política	140
1: Datos salariales específicos y desglosados por sexo para el sector de la salud y asistencial	140
2: Trabajos decentes en el sector de la salud y asistencial	141
3: Diálogo social	141
4: Abordar la parte explicada de la brecha salarial de género con la ampliación de la educación, el fomento de la experiencia y la reducción de la segregación ocupacional	142
5: Abordar la parte no explicada de la brecha salarial de género contrarrestando la infravaloración de los sectores altamente feminizados y mejorando la conciliación de la vida laboral y personal para lograr la paridad de género en el lugar de trabajo	143
6: Expansión del empleo formal en países donde la informalidad es una característica importante de la fuerza de trabajo	145
8.2 Hacia un empleo que responda a las cuestiones de género en el sector sanitario y asistencial	146
Anexo 1: Fuentes nacionales de datos	147
Anexo 2: Metodología de desglose de la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial	150
Anexo 3: Crisis financiera mundial y evolución del empleo en el sector sanitario y asistencial en determinados países	153
Referencias	156

Prólogo

La pandemia de COVID-19, con sus profundos y devastadores efectos en cuanto a sufrimiento humano, pérdidas económicas y trastornos sociales,¹ ha puesto de manifiesto la interconexión de nuestras sociedades y el alcance de las desigualdades dentro de los países y entre ellos.

Una agenda común,² tal como lo pide el Secretario General de las Naciones Unidas, es fundamental para reconstruir nuestro mundo sobre bases más equitativas, inclusivas y sostenibles. La declaración sobre la conmemoración del 75.º aniversario de las Naciones Unidas aboga por un contrato social renovado, anclado en los derechos humanos.

Una recuperación de la pandemia centrada en el ser humano requiere aumentar la inversión mundial en protecciones sociales universales, acelerar la creación del trabajo decente y comprometerse a acabar con las desigualdades de género. Esto implica, entre otras cosas, reconsiderar cómo valoramos el trabajo de las mujeres y la importancia relativa de los sectores dentro de la economía. Para ello, tenemos que dar más valor a lo que más importa a las personas.

Este informe supone un paso importante adoptado en esa dirección al proporcionar el análisis más exhaustivo y profundo de la brecha salarial entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial, un sector en el que predominan las mujeres. La evidencia demuestra que, aunque siempre están presentes, las mujeres asalariadas cobran aproximadamente un 20% menos que los hombres y que solo una pequeña parte de esta diferencia se debe a las diferencias en las características y dotaciones de mujeres y hombres. La segregación ocupacional en función del género,

la escasa representación de las mujeres en las ocupaciones mejor pagadas y la «penalización por maternidad» parecen desempeñar un papel muy importante en las disparidades salariales por razón de género.

La brecha salarial de género no solo es grande en el sector de la salud y asistencial, sino que también prevalecen los salarios bajos y las condiciones de trabajo son muy exigentes. Esto refleja la infravaloración del sector y explica las crecientes dificultades a las que se enfrentan algunos países para cubrir la elevada demanda de trabajadores de la salud y asistenciales. Es algo injusto e insostenible. La pandemia de COVID-19 ha demostrado cuán vitales son el sector y sus trabajadores para mantener en marcha a las familias, las sociedades y las economías.

Ha llegado el momento de que los responsables políticos y los gobiernos, los interlocutores sociales, el mundo académico, la sociedad civil y los ciudadanos impulsen una acción eficaz para el reconocimiento y la valoración más justa de la contribución de estos trabajadores a nuestra salud, bienestar y resiliencia. El llamamiento mundial a la inversión a gran escala en la economía del cuidado, incluso mediante la creación de más y mejores puestos de trabajo, contribuiría en gran medida a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, 5 y 8, tal y como se reconoce en el trabajo seminal de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico.

¹ Véase el panel de información sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (<https://covid19.who.int/>) para un recuento del impacto de la pandemia en términos de víctimas mortales, y las últimas estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que muestran los últimos cálculos en lo que respecta a la pérdida de puestos de trabajo e ingresos debido a la COVID-19 en todas las regiones a partir de febrero de 2022 (wcms_806092.pdf ([ilo.org](https://www.ilo.org/))).

² Véase el informe del Secretario General «Nuestra agenda común» (<https://www.un.org/es/content/common-agenda-report/assets/pdf/informe-nuestra-agenda-comun.pdf>).

Esperamos que los gobiernos, las organizaciones de trabajadores y de empleadores y otras partes interesadas utilicen los datos y las pruebas de

este informe para generar el diálogo político y las decisiones necesarias que eliminen la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial.



A handwritten signature in blue ink that reads "Jim Campbell". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Jim Campbell

Director

Departamento de Personal de Salud
Organización Mundial de la Salud



A handwritten signature in blue ink that reads "Manuela Tomei". The signature is cursive and somewhat stylized.

Manuela Tomei

Directora

Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad
Organización Internacional del Trabajo

Agradecimientos

Este informe ha sido diseñado y producido como una colaboración conjunta entre la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Michelle McIsaac (OMS), Rosalía Vázquez-Álvarez (OIT) y Silas Amo-Agyei (Universidad de Lausana) fueron los autores principales del informe. Michelle McIsaac y Rosalía Vázquez-Álvarez se encargaron de la coordinación general. Michelle McIsaac redactó el resumen y la sección 8. Silas Amo-Agyei redactó las secciones 1 y 2 utilizando datos proporcionados por Umberto Cattaneo (OIT). Rosalía Vázquez-Álvarez redactó las secciones 3 a 7 y produjo la evidencia empírica a lo largo del informe, con ayuda de Silas Amo-Agyei. El presente informe sigue la metodología utilizada para calcular las diferencias salariales entre hombres y mujeres en la sexta edición del Informe mundial sobre salarios de la OIT (*Informe mundial sobre salarios: ¿Qué hay detrás de la brecha salarial de género* (OIT, 2018a)), una metodología que fue creada por Patrick Belser (OIT) y Rosalía Vázquez-Álvarez (OIT), ambos pertenecientes al Servicio de Mercados de Trabajo Inclusivos, Relaciones Laborales y Condiciones de Trabajo (INWORK) de la OIT.

Agradecemos especialmente su apoyo en el proceso de elaboración del informe a Manuela Tomei, Directora del Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad (WORKQUALITY/OIT), a Philippe Marcadent, Jefe del Servicio de Mercados de Trabajo Inclusivos, Relaciones Laborales y Condiciones de Trabajo (INWORK/OIT) y a Jim Campbell, Director del Departamento de Personal de Salud (UHL/OMS).

También quisiéramos dar las gracias a las siguientes personas por sus valiosas aportaciones y comentarios sobre un borrador inicial del informe: Patrick Belser (OIT), Janine Berg (OIT), Mathieu Boniol (OMS), Florence Bonnet (OIT), Evelyn Boy-Mena (OMS), Umberto Cattaneo (OIT), Giorgio Cometto (OMS), Khasoum Diallo (OMS), Tessa Tan-Torres Edejer (OMS), Philippe Marcadent (OIT), Andrew Mirelman (OMS), Manuela Tomei (OIT), Sher Verick (OIT), Christiane Wiskow (OIT) y Pascal Zurn (OMS).

Parte de este informe se basa en datos de Eurostat. Reconocemos y agradecemos a Eurostat su inestimable contribución al proporcionar datos de la Encuesta sobre la Estructura de los Ingresos con el número de contrato RPP28/2020-EU-SILC-SES-HBS. La responsabilidad de todas las conclusiones extraídas de estos datos corresponde exclusivamente a los autores.

La elaboración de este documento ha sido posible gracias a la ayuda financiera aportada por el Canadá y Alemania.

Abreviaturas

CIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas
CIUO	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
COVID	coronavirus
CTIM	ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas
EGGE	Grupo de Expertos en Cuestiones de Género y Empleo (Comisión Europea)
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (México)
EPA	encuesta de población activa
Eurofound	Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo
Eurostat	Oficina Estadística de la Unión Europea
FSESP	Federación Europea de Sindicatos de Servicios Públicos
G20	Grupo de los 20
HOSPEEM	Asociación Europea de Empleadores de Hospitales y Centros de Salud
ICSE	Clasificación Internacional de la Situación en la Ocupación
ISO	Organización Internacional de Normalización
NACE	Nomenclature Statistique des Activités Économiques (Nomenclatura Estadística de las Actividades Económicas de las Comunidades Europeas)
OBD	Técnica de descomposición Oaxaca-Blinder
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
SCIAN	Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
WEF	Foro Económico Mundial
WESO	Perspectivas sociales y del empleo en el mundo (OIT)

Resumen ejecutivo

El sector de la salud y asistencial constituye una importante fuente de empleo

El sector de la salud y asistencial es una importante fuente de empleo a nivel mundial, en particular para las mujeres. El personal de salud y asistencial representa aproximadamente el 3,4% del empleo mundial total, aproximadamente el 10% del empleo global en los países de ingresos altos y un poco más del 1% en los países de ingresos bajos y medios. Una característica del empleo en este sector en todo el mundo es el elevado porcentaje de mujeres, las cuales representan alrededor del 67% del empleo mundial en el sector, y el nivel significativo de segregación de género. Sin embargo, la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo del sector varía en función del grado de desarrollo económico. El 63,8% del personal del sector en los países de ingresos bajos y medios son mujeres, frente al 75,3% en los países de ingresos altos. Las estimaciones contenidas en el presente informe muestran que el alto grado de feminización en el sector es universal en todos los países y regiones. Los países con un mayor porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo del sector no registran necesariamente un gasto superior en salud y asistencia.

Las brechas salariales de género en el sector de la salud y asistencial son más amplias que en los sectores ajenos a la salud

A pesar del alto grado de feminización en el sector de la salud y asistencial, se observan desigualdades de género, incluso con respecto a la remuneración. Este es el primer informe de su tipo: se trata de un análisis de la brecha salarial de género a nivel mundial y sectorial para el cual se han utilizado datos de 54 países, que en conjunto representan alrededor del 40% de los trabajadores asalariados del sector en todo el mundo. Sobre la base de estimaciones mundiales ponderadas, el informe revela que la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial oscila aproximadamente entre el 15% (en el caso de los salarios medios por hora) y el 24% (en el caso de los salarios mensuales medios). Teniendo en cuenta el rango de valores de cuatro configuraciones para estimar la brecha, las trabajadoras asalariadas ganan aproximadamente un 20% menos que los hombres en el sector de la salud y asistencial. El control de los efectos de grupo,

principalmente debido a la segregación de género en el empleo, reduce la brecha salarial de género en el sector. La disminución de la brecha salarial de género tras corregir los efectos de grupo obedece al hecho de que las mujeres están sobrerrepresentadas en categorías profesionales (con remuneraciones) inferiores donde la brecha salarial de género es menor. Los hombres, por otro lado, están sobrerrepresentados en categorías profesionales (con remuneraciones) superiores (por ejemplo, médicos) donde la brecha salarial de género es más amplia. Al comparar las brechas salariales de género en el sector de la salud y asistencial con las de otros sectores económicos (ajenos a la salud), el informe concluye que las brechas salariales de género en el sector de la salud y asistencial suelen ser más amplias que en otros sectores; esto es particularmente evidente cuando se comparan las categorías profesionales en el sector de la salud y asistencial con las categorías profesionales en sectores ajenos a la salud.

Factores clave que contribuyen a la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

¿Cuál es la naturaleza de la brecha salarial de género en la distribución salarial? ¿Influyen en la brecha salarial de género las características laborales de mujeres y hombres? La segregación de género es una característica generalizada del sector de la salud y asistencial en todo el mundo. El informe revela que la brecha salarial de género varía significativamente en la distribución salarial por hora en todos los países y que tiende a aumentar a medida que pasamos de cuantiles más bajos a más altos de la distribución salarial. A pesar de la participación relativamente baja de los hombres en el sector de la salud y asistencial en todos los países, los hombres están sobrerrepresentados en el decil superior, sobre todo en el centil superior de la distribución salarial por hora, donde la brecha salarial de género es incluso mayor. Las características laborales de las mujeres y los hombres no difieren radicalmente, ya sea por deciles de la distribución salarial por hora o en su conjunto. Sin embargo, en algunos países, los hombres en el mercado laboral suelen tener una edad más avanzada –y, por consiguiente, más experiencia– y tienen un nivel más alto de



© iStock-1189305225

educación superior en comparación con las mujeres, en particular en el tramo superior de la distribución salarial. La edad, la educación y la segregación de género en todas las categorías profesionales son algunos de los factores que contribuyen a la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial.

En su mayor parte, los factores que determinan los salarios en el mercado laboral no pueden explicar la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

Sobre la base de datos de 54 países, que representan aproximadamente el 40% de los trabajadores asalariados en todo el mundo, el informe divide la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial en dos partes: la parte que puede explicarse por las diferencias en los atributos en el mercado laboral de mujeres y hombres y la parte que no puede explicarse por las diferencias de atributos. La primera parte, que incluye la edad, la educación, la modalidad de tiempo de trabajo y los sectores institucionales, puede explicar una pequeña parte de las brechas salariales de género observadas en

el sector. Sin embargo, la mayor parte de la brecha salarial de género sigue sin poder explicarse con los datos disponibles sobre los atributos en el mercado laboral.

Por un lado, las estimaciones muestran que en casi todos los países y en casi todos los cuantiles de la distribución salarial por hora, la parte inexplicable de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial es predominante y positiva. Esto implica que las mujeres que trabajan en el sector están mal remuneradas por sus características en el mercado laboral en comparación con los hombres que tienen perfiles similares. Por otro lado, en la mayoría de las regiones, la parte explicable de la brecha salarial de género es negativa; esto significa que, aunque las mujeres están en general peor remuneradas que los hombres por sus características en el mercado laboral (el componente inexplicable), dichas características suelen ser mejores que las de los hombres dentro del mismo cuantil de la distribución salarial. A nivel mundial, el componente explicable se estima en -3,5%, mientras que el componente inexplicable en +22%.

Una parte de la brecha salarial de género inexplicable puede atribuirse a la llamada «brecha

por maternidad» (una medida de la brecha salarial entre las trabajadoras que son madres y las que no lo son) y otra parte puede atribuirse al hecho de que el sector está altamente feminizado. En la mayoría de las economías, los trabajadores de los sectores con un alto nivel de feminización están peor remunerados, en promedio, que los trabajadores de los sectores económicos no feminizados. A pesar del creciente número de hombres que han integrado el sector de la salud y asistencial en los últimos tiempos, el alto grado de feminización contribuye a la infravaloración del sector por parte de la sociedad, lo que da lugar a salarios medios inferiores a los de otros sectores. Esta tendencia contribuye en gran medida a la persistencia de la brecha salarial de género general en toda la economía.

Evolución reciente de la brecha salarial de género y cambios en las características laborales de mujeres y hombres en el sector de la salud y asistencial

En los dos últimos decenios, la brecha salarial de género ha aumentado en algunos países y ha disminuido o se ha mantenido relativamente estática en otros. En el informe, en el que se utilizan datos que abarcan el periodo comprendido entre principios de la década de 2000 a 2019, se muestra que la proporción de hombres entre el personal de salud y asistencial mundial está creciendo, pero a un ritmo insuficiente para reducir el nivel significativo de feminización que caracteriza al sector. Las estimaciones contenidas en el informe proporcionan datos que indican una transición gradual de las mujeres a categorías profesionales superiores en el sector, aunque en todos los países las mujeres siguen estando sobrerrepresentadas en las categorías profesionales asociadas a la enfermería y las funciones relacionadas con la salud y la asistencia que requieren menos calificaciones.

La COVID-19 ha afectado al empleo y los ingresos en el sector de la salud y asistencial

En comparación con los sectores económicos ajenos a la salud, el sector de la salud y asistencial experimentó menos pérdidas de empleo como consecuencia de la recesión económica asociada a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, las condiciones de trabajo del personal del sector se han deteriorado drásticamente, en particular para los trabajadores que se encuentran en primera línea en la lucha contra la pandemia (la mayoría de los cuales son mujeres); además, corren un riesgo desproporcionadamente alto de infección. Aunque se produjo una recuperación casi completa del empleo en el sector de la salud y asistencial

en promedio para diciembre de 2020, dicha recuperación se retrasó en el caso de algunos tipos de trabajadores del sector, en particular las trabajadoras con un nivel educativo más bajo y aquellas con empleos informales. La crisis de la COVID-19 afectó desproporcionadamente a los trabajadores en el nivel inferior de la escala salarial, la mayoría de los cuales son mujeres, lo que hace que los salarios promedio por hora (o ingresos mensuales) de los trabajadores que permanecieron en el sector parezcan haber aumentado a finales de 2020. Sin embargo, es una construcción artificial, ya que la masa salarial total real ha disminuido en el sector. Al controlar los efectos de composición en cuanto a las características del personal de la salud y asistencial antes y después del inicio de la pandemia, la brecha salarial de género en el sector parece haber disminuido solo ligeramente entre enero de 2019 y diciembre de 2020.

El camino a seguir: ampliar el empleo y eliminar las brechas salariales de género

Nos enfrentamos a una escasez mundial de trabajadores de la salud y asistenciales. Una pregunta importante que hay que plantear al examinar cómo abordar este déficit es la siguiente: ¿qué se puede hacer para que el sector de la salud y asistencial sea más resiliente y reduzca la brecha salarial de género entre su fuerza de trabajo a nivel mundial? Esto, a su vez, reduciría la brecha salarial de género general en la economía mundial. Las conclusiones del presente informe indican que es necesario adoptar varias estrategias interconectadas.

- En primer lugar, debemos recopilar y analizar datos salariales específicos del sector con la frecuencia suficiente para poder efectuar evaluaciones oportunas de las condiciones de trabajo del personal de la salud y asistencial, y en particular realizar un seguimiento de la brecha salarial de género en el sector.
- En segundo lugar, invertir en empleos decentes en el sector de la salud y asistencial, en particular en la formalización de los empleos informales dentro del sector, contribuiría a que el sector sea más resiliente y capaz de adaptarse a la creciente demanda mundial de servicios de salud y asistenciales impulsada por el envejecimiento de la población en todo el mundo (en particular en los países de ingresos altos).
- En tercer lugar, para abordar la parte explicada de la brecha salarial de género, debemos reducir la segregación de género (tanto horizontal como vertical) en el empleo del sector de la salud y asistencial. Esto se puede lograr atrayendo a

más hombres a las categorías profesionales de nivel medio en el sector de la salud y asistencial; ofreciendo formación e igualdad de oportunidades de movilidad ascendente para las trabajadoras de la salud y asistenciales, y sensibilizando a las niñas y las mujeres sobre las carreras de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (CTIM) mediante la organización de ferias de empleo conexas y la inversión en programas de CTIM dirigidos a las mujeres y las niñas (en particular mediante la promoción de pasantías y asesoramiento profesional).

- La normalización de las condiciones de trabajo de mujeres y hombres con respecto a los contratos (por ejemplo, ofrecer contratos permanentes en lugar de temporales), la formalización de los empleos informales y la promoción de los convenios colectivos en materia de remuneración

también ayudarían a reducir la parte explicable de la brecha salarial en el sector.

- Por último, el establecimiento de la transparencia salarial y los instrumentos jurídicos para luchar contra la discriminación salarial, así como las iniciativas para cambiar las normas culturales de género y combatir los estereotipos, pueden ser herramientas eficaces para reducir la parte inexplicable de la brecha salarial de género.

Reducir la brecha salarial de género, promover oportunidades y condiciones de trabajo decente y lograr la paridad de género en el sector de la salud y asistencial son factores fundamentales para garantizar que los sistemas de salud y asistenciales sigan siendo resilientes a la pandemia de COVID-19 y los desafíos futuros.

Introducción

Este informe ofrece un análisis de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial utilizando datos de encuestas representativas de empleados asalariados pertenecientes a países de todas las regiones geográficas y grupos de ingresos³ de todo el mundo (véase el recuadro 1).

En los últimos tiempos, y sobre todo en los dos últimos decenios, cada vez somos más conscientes de la necesidad de erradicar las desigualdades por razón de sexo en el mundo del trabajo. Los países y la comunidad internacional han adoptado medidas concretas y coordinadas para lograr este objetivo. Ejemplos de estas medidas son la Declaración de Beijing de 1995, acordada durante la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer, y el objetivo de reducir la brecha de género en la participación de la población activa en un 25% en 2025 que los líderes del G20 asumieron en la Cumbre de 2014 celebrada en Brisbane (Australia). En el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, la meta 8.5 de los ODS exige, entre otras cosas, la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor.

A pesar de estas y otras medidas, las desigualdades entre hombres y mujeres persisten, y representan una de las mayores injusticias sociales de la actualidad. En un informe reciente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que, de media, las mujeres cobran alrededor de un 20% menos por hora que los hombres en todo el mundo (OIT, 2018a). Además, la reducción de la brecha parece haberse estancado en los últimos años (WEF, 2020), y es probable que la pandemia de COVID-19 socave algunos de los logros alcanzados desde el inicio del siglo XXI (Observatorio de la OIT, 2020a).

Cerrar la brecha salarial de género y garantizar la paridad de género en el mundo del trabajo es fundamental para que las economías y las sociedades prosperen. Asegurar la inclusión plena e igualitaria de las mujeres y las niñas en todas las esferas de la sociedad y en todo el mundo debería ser un pilar esencial en todos los planes de recuperación económica tras los trastornos económicos y sociales causados por la pandemia de COVID-19. La equidad de género es una condición fundamental tanto para la consecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, como para lograr un crecimiento económico equitativo, sostenido, inclusivo y sostenible, capaz de ofrecer empleo pleno y productivo y trabajo decente en todo el mundo (ODS 8).



³ En el informe se utilizan las seis clasificaciones geográficas definidas por la OMS, a saber: África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Europa, Asia Sudoriental y el Pacífico (véase [OMS | Definición de agrupaciones regionales](#)). Al realizar los cálculos según los grupos económicos, el informe utiliza la clasificación del Banco Mundial, a saber: países de ingresos altos, países de ingresos medios y países de ingresos bajos (véase [IDM - Clasificación de los países por ingresos](#)).

RECUADRO 1

Definición de términos clave: asalariados, ingresos brutos, sector de la salud y asistencial, categorías ocupacionales

Este informe se centra en los ingresos brutos de los asalariados del sector de la salud y asistencial y por categorías ocupacionales. Cada uno de estos cuatro términos (ingresos brutos, asalariados, sector de la salud y asistencial, y categorías ocupacionales) debe estar claramente definido.

Los **empleados asalariados**, también conocidos como trabajadores por cuenta ajena, son aquellos trabajadores que ocupan el tipo de puestos de trabajo definidos como empleos remunerados, en los que sus titulares tienen contratos de trabajo explícitos (escritos o verbales) o implícitos que les proporcionan una remuneración básica que no depende directamente de los ingresos de la unidad para la que trabajan (OIT, 1993).⁴ En este informe solo se consideran los asalariados (en contraposición a otras modalidades de empleo como empleadores, trabajadores por cuenta propia o familiares no remunerados). Esta selección es coherente con las implicaciones políticas de la desigualdad salarial. Los trabajadores asalariados están sujetos a políticas salariales y a un proceso de determinación de salarios que a menudo son el resultado del diálogo social o de políticas internas de la empresa. A través de este tipo de políticas, por ejemplo, la aplicación efectiva de los salarios mínimos, el diseño y la aplicación de los convenios colectivos, o incluso la designación de beneficios extraordinarios no regulares a nivel de empresa, se pueden modificar los salarios para actuar eficazmente contra la desigualdad salarial. Los trabajadores no asalariados, y en particular los que trabajan por cuenta propia, no están sujetos a estas políticas. Por lo tanto, no se han incluido en el análisis de las desigualdades de género en el mercado laboral.

Los **ingresos brutos** se refieren a la remuneración bruta, en efectivo y en especie, que se abona a los empleados asalariados. Normalmente, la remuneración se paga a intervalos regulares por el tiempo trabajado o el trabajo realizado, junto con la remuneración por el tiempo no trabajado, como las vacaciones anuales, otros tipos de permisos remunerados o los días festivos. Los ingresos netos comprenden los sueldos y salarios directos, la remuneración por el tiempo no trabajado (a excepción de la indemnización por despido y terminación del contrato), las primas y gratificaciones, y los subsidios de vivienda y familiares pagados por el empleador directamente al empleado. Los ingresos netos excluyen tanto las contribuciones de los empleadores a la seguridad social y a los planes de pensión como las prestaciones recibidas por los empleados en virtud de estos planes. Los ingresos netos también excluyen la indemnización por despido y terminación del contrato (véase *Guía rápida sobre las fuentes y los usos de las estadísticas del trabajo* [OIT, 2017]).⁵ Las encuestas, como las de población activa (EPA) y las encuestas integradas de hogares, incluyen preguntas para obtener los ingresos brutos de los asalariados; los encuestados proporcionan cantidades (por hora, día, semana, mes o año) que se ajustan a dicha definición. Las estimaciones de este informe tienen como objetivo la identificación de la brecha salarial de género por hora, permitiendo así la disociación entre la remuneración y el tiempo de trabajo. No obstante, en la sección 3 del informe se complementa la estimación de las diferencias salariales entre hombres y mujeres por hora con cálculos de la brecha salarial de género utilizando los ingresos netos mensuales. Esta adición permite un análisis más amplio y completo de la desigualdad salarial entre mujeres y hombres en el empleo asalariado.

La identificación de los empleados asalariados en el **sector de la salud y asistencial** implica el uso de las normas de clasificación internacionales proporcionadas por los datos de la encuesta. En la mayoría de los casos esto se basa en la Nomenclatura Estadística de Actividades Económicas (NACE), su equivalente en las Américas (el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, SCIAN), o la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas (CIIU) Rev. 4 bajo la letra Q, que corresponde a los códigos 86, 87 y 88. En los países donde existen datos válidos para el análisis, la clasificación de los encuestados por NACE, SCIAN o la CIIU en los grupos «atención de la salud y asistencia social» no permite distinguir el sector de la salud del sector asistencial. Este es el caso de los países de África, Europa y Asia Sudoriental. Por lo tanto, aunque en algunos países es posible desglosar más entre subsectores, para que los países sean comparables nuestro análisis seleccionó a todos los individuos que trabajan en el «sector de la salud y social». En los casos de NACE y CIIU, se incluyen las «actividades de salud humana», las «actividades

⁴ OIT, 1993, Resolución relativa a la Clasificación Internacional de la Situación en la Ocupación (CISO), adoptada por la 15.ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (enero de 1993).

⁵ *Guía rápida sobre las fuentes y los usos de las estadísticas del trabajo* (OIT, 2017).

de asistencia residencial» y la «asistencia social sin alojamiento». Esto es equivalente a la designación de SCIAN que incluye «atención médica ambulatoria», «trabajo hospitalario», «enfermería y atención residencial» y «asistencia social». En los países donde es posible desglosar más el sector, los cálculos muestran que la atención de salud directa (es decir, las actividades de salud humana que implican la atención médica ambulatoria y los hospitales) representa alrededor del 70% de la muestra. En este informe no hemos tenido en cuenta a los trabajadores de la salud que operan en algún otro sector económico, por ejemplo, no incluimos a un médico que trabaje en una empresa de minas y canteras o a un profesional de la enfermería que trabaje en escuelas u otros sectores no clasificados en el sector de la «asistencia sanitaria y social». A lo largo del informe nos referimos a nuestra selección como trabajadores del «sector de la salud y asistencial» o, a veces, «el sector» para abreviar.

Por último, en todo el informe, la población de empleados asalariados del sector de la salud y asistencial se agrupa a menudo y se compara con otras **categorías ocupacionales**. Los datos de encuesta identifican las categorías ocupacionales utilizando la última Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08). Aplicando la clasificación de la CIUO-08, en este informe los trabajadores asalariados de la salud y asistenciales se clasifican en seis grupos:

- personal sanitario profesional de los grupos 21 y 22 de la CIUO-08 (por ejemplo, médicos, personal de enfermería avanzado, trabajadores profesionales de laboratorio);
 - trabajadores sanitarios técnicos de los grupos 31 y 32 de la CIUO-08 (por ejemplo, personal de enfermería, trabajadores técnicos de laboratorio, paramédicos);
 - trabajadores sanitarios de apoyo de los grupos 51, 53 y 91 de la CIUO-08 (por ejemplo, trabajadores sanitarios auxiliares, cuidadores, limpiadores);
 - trabajadores profesionales no sanitarios del sector de la salud en los grupos 1 y 2 de la CIUO-08 (por ejemplo, servicios jurídicos, gestores, trabajadores profesionales distintos de los médicos);
 - trabajadores técnicos no sanitarios del sector de la salud clasificados en la CIUO-08 en el grupo 3 de un dígito (excepto los codificados 31 y 32 basados en dos dígitos); y
 - todos los demás trabajadores de apoyo (es decir, los que tienen códigos en la CIUO-08 superiores a 40 que utilizan el código de dos dígitos, excepto los clasificados como 51, 53 y 91).
-

El sector de la salud y asistencial no es diferente de otros sectores; como se demuestra empíricamente en este informe, las desigualdades de género, incluidas las diferencias salariales entre hombres y mujeres, persisten en el sector en todos los países y a lo largo del tiempo. Un elemento que caracteriza el empleo en el sector de la salud y asistencial en todo el mundo es que se trata de un sector muy feminizado con un grado importante de segregación por razón de género. La segregación por sexos es tanto horizontal dentro del sector como vertical si se compara con otros sectores económicos (véase el recuadro 2). Así, en relación con la proporción de mujeres asalariadas en el empleo remunerado (alrededor del 45% en todo el mundo), **las mujeres están sobrerrepresentadas en el sector de la salud y asistencial, donde aproximadamente 7 de cada 10 puestos de trabajo están ocupados por mujeres** (OIT, 2017). Varios estudios empíricos han demostrado que la inversión en los sectores altamente feminizados suele ser menor que en los sectores dominados por los hombres, mientras que

los sectores feminizados sufren más las medidas de austeridad durante las crisis. Por ejemplo, los grandes recortes en el gasto público que siguieron a la crisis financiera de 2008-2010 redujeron las condiciones de trabajo, como los ingresos, en los sectores feminizados, incluido el sector de la salud y asistencial (Karamessini y Rubery, 2014). En general, los estudios han demostrado que los ingresos netos que se obtienen en las ocupaciones dominadas por las mujeres (segregación vertical) y en los sectores donde predominan las mujeres (segregación horizontal) siguen siendo significativamente más bajos que en los ocupados por los hombres (véase, por ejemplo, Brynin y Perales, 2016; Leuze y Strauss, 2016; OIT, 2018b; Ochsenfeld, 2014). En conjunto, la evidencia indica que el alto grado de feminización que existe en el sector de la salud y asistencial es un factor clave que explica los menores ingresos tanto para las mujeres como para los hombres dentro del sector, y contribuye a la brecha salarial de género general que prevalece en la economía.

RECUADRO 2

Definición de términos clave: segregación de género en el empleo, segregación horizontal y segregación vertical

Por **segregación de género en el empleo** se entiende la tendencia de las mujeres a trabajar en ocupaciones y sectores diferentes a los de los hombres. La documentación distingue dos tipos principales: segregación horizontal y segregación vertical. Se considera que ambos tipos de segregación de sexos contribuyen a la desigualdad de género y a la brecha salarial entre hombres y mujeres.

La **segregación horizontal por razón de género** se refiere a la infrarrepresentación o sobrerrepresentación de un determinado género en ocupaciones o sectores no ordenados por ningún criterio (EGGE, 2009). También puede explicarse como una situación en la que la fuerza laboral de una determinada industria o sector está compuesta mayoritariamente por un solo género. Un ejemplo de segregación horizontal por razón de género es el sector de la construcción, donde los hombres constituyen la mayoría de la fuerza laboral. Otro ejemplo es el predominio de las mujeres en sectores públicos como la administración pública, la salud, la educación y la economía asistencial en su conjunto.

Por **segregación vertical de género** se entiende la infrarrepresentación o sobrerrepresentación de un determinado género en las ocupaciones o sectores situados en el extremo superior de una clasificación basada en atributos «deseables» como mayores ingresos, prestigio y estabilidad laboral, independientemente del sector de actividad (EGGE, 2009). También denota la situación en la que las oportunidades de adelanto profesional dentro de una organización o sector son limitadas para un determinado género. En la bibliografía, la segregación vertical a veces se denomina «techo de cristal», que señala la existencia de obstáculos explícitos o implícitos que conducen a la escasez de mujeres en el poder y los puestos directivos en organizaciones y empresas públicas, así como en otros tipos de organizaciones y sindicatos (Laufer, 2002). El fenómeno de las barreras que impiden la movilidad ascendente de las mujeres hacia la cima de las jerarquías ocupacionales se completa con el concepto de «suelo pegajoso», que describe las fuerzas que tienden a mantener a las mujeres en los niveles más bajos de una pirámide organizativa (Maron y Meulders, 2008). Un ejemplo de segregación vertical dentro del sector de la salud es el dominio de las ocupaciones de médico que ejercen los hombres y el dominio de las ocupaciones de enfermería y partería que tienen las mujeres.

A pesar de la sobrerrepresentación de las mujeres en el sector de la salud y asistencial, los datos empíricos demuestran que las **mujeres están distribuidas de forma desigual en las distintas ocupaciones del sector, con una sobrerrepresentación en las categorías ocupacionales de rango medio (segregación horizontal) y una marcada tendencia a que las mujeres estén empleadas en los niveles más bajos de la pirámide organizativa (segregación vertical)** (Maron y Mulders, 2008). Esta segregación ocupacional podría estar detrás de la brecha salarial observada entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial. Pero, ¿qué determina esa segregación de género? ¿Y por qué se produce una segregación de género similar en otros sectores (feminizados)? Los resultados del mercado laboral

suelen ser producto de reglas, normas y estereotipos culturalmente arraigados que se acumulan a lo largo del tiempo y que impulsan las decisiones de oferta de trabajo de mujeres y hombres, al margen de las dotaciones del mercado laboral de mujeres y hombres.⁶ Varias teorías intentan explicar las causas fundamentales de la segregación horizontal o vertical en el mercado laboral. El Grupo de Expertos en Género y Empleo (EGGE) de la Comisión Europea, por ejemplo, analizó una lista exhaustiva de publicaciones para definir seis grupos de factores (o causas fundamentales) que explican la persistente segregación de mujeres y hombres en el mercado laboral. Estos grupos van desde las explicaciones biológicas hasta los estereotipos sobre las mujeres y los hombres, que se perciben como herederos de los

⁶ En este informe utilizamos el término «dotación» de los individuos para referirnos al capital humano que posee una persona y que puede ser utilizado con fines productivos, como la educación, las habilidades, las destrezas o los conocimientos. El término «características» de los individuos se refiere a los atributos que tiene una persona, como el sexo, la edad, la situación familiar, la ubicación regional, etc.

ingresos y los papeles de cuidado diferenciales en la sociedad (EGGE, 2009).⁷

La segregación por sexos, así como el alto grado de feminización del sector de la salud y asistencial, son algunas de las razones que subyacen a la brecha salarial de género en el sector. Sin embargo, en un análisis mundial también es importante destacar las diferencias entre países, sobre todo en lo que respecta a las normas y reglas, así como al contexto económico. En los países de ingresos altos, por ejemplo, la participación de las mujeres como asalariadas en el mercado laboral general es mayor que en los países de ingresos bajos y medios; por lo tanto, su sobrerrepresentación en el sector de la salud y asistencial también es mayor. Este no es siempre el caso en los países de ingresos bajos y medios, donde las oportunidades de empleo asalariado —en particular el empleo asalariado formal— son menores para las mujeres y los hombres en comparación con los países de ingresos altos. Por ejemplo, en Australia, el Canadá, varios países Europeos y los Estados Unidos de América, la proporción de mujeres entre todos los trabajadores empleados en el sector de la salud y asistencial es del 70% o superior; en estos países la participación general de las mujeres en el empleo remunerado es también del 70% o superior. Sin embargo, la Arabia Saudita, Bangladesh, la República Democrática del Congo y el Yemen son ejemplos de países en los que la participación de la mujer en la fuerza de trabajo es inferior al 30%; en esos países la proporción de mujeres entre todos los trabajadores empleados en el sector de la salud y asistencial es inferior al 40% (OIT, 2020a). Esto significa que la contribución de la segregación de género a la brecha salarial entre hombres y mujeres es menos pronunciada en los países de ingresos bajos y medios en comparación con el papel que desempeña en los países de ingresos altos, ya sea en el sector de la salud y asistencial o en cualquier otro sector.

En los países de ingresos bajos y medios, muchos trabajadores tienen empleos en la economía informal, sobre todo las mujeres que ocupan los puestos más bajos de la escala salarial. **En los países de ingresos bajos y medios, el empleo informal en el sector de la salud y asistencial sigue siendo**

importante, aunque menor, en comparación con otros sectores.⁸ Esto puede parecer contradictorio con las expectativas, dado que el empleo informal suele estar asociado a sectores con menor inversión en competencias y menor formación.⁹ Al fin y al cabo, en el sector de la salud y asistencial los requisitos de competencias y formación, incluso para los trabajadores poco calificados, son más altos en comparación con otros sectores (Howat y Lawrie, 2015). Sin embargo, los datos de este informe muestran que la informalidad también es notable dentro del sector de la salud y asistencial en los países de ingresos bajos y medios. Además, las mujeres son más propensas que los hombres a ocupar puestos de trabajo informales en el sector. Por ejemplo, los datos de una encuesta realizada en México para el tercer trimestre de 2019 muestran que el 46% de todos los empleados asalariados trabajaban en empleos informales en el conjunto de la economía mexicana; en el sector de la salud y asistencial, la proporción desciende al 20%. No obstante, el 22% de las mujeres asalariadas en el sector de la salud y asistencial tenía empleos no declarados, mientras que esta proporción es del 17% en el caso de los hombres asalariados.¹⁰ Dado que la informalidad es un factor clave que está detrás de la desigualdad salarial (véase OIT, 2020b), la informalidad, y otros factores que se relacionan con el contexto económico de cada país, deben ser considerados al analizar la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial. Esto incluye la participación relativa de mujeres y hombres en general, así como las diferencias en las condiciones de trabajo para ambos sexos.

En un contexto más amplio —que es común a la mayoría de los países en cierta medida—, la diferencia salarial entre hombres y mujeres es una dimensión más de la desigualdad entre ambos sexos que existe en el mercado laboral, incluida la distribución desigual en términos de trabajo no remunerado de los cuidados y las responsabilidades familiares. La carga desproporcionada que supone para las mujeres el trabajo doméstico no remunerado repercute negativamente en su participación en el mercado laboral, sobre todo en aquellos lugares en los que no hay acceso a

⁷ Los seis grupos identificados por el EGGE son: i) ventajas comparativas; ii) inversión insuficiente (teoría del capital humano); iii) preferencias y prejuicios; iv) socialización y estereotipos; v) barreras de entrada y prácticas organizativas; y vi) ingresos y papeles de cuidado diferenciales. Para obtener un examen detallado del análisis teórico y las conclusiones empíricas de la segregación por razón de género en el mercado de trabajo, véase Anker, 1997; Bettio, 2008; Blau et al., 2014; Reskin y Bielby, 2005.

⁸ En este contexto, el empleo informal se define atendiendo a la naturaleza de las condiciones de empleo de los trabajadores y no al tipo de empleador o unidad de producción. En concreto, los asalariados se definen como informales si están empleados por alguien (incluido el Estado) pero no están registrados en el sistema de seguridad social de la jurisdicción en la que trabajan.

⁹ Mejorar las competencias de los trabajadores de la economía informal, así como reducir los empleos y los desajustes de competencias en la economía en general, son estrategias clave para atraer a los nuevos integrantes del mercado laboral directamente al empleo formal y para formalizar la economía informal (véase Palmer, 2017).

¹⁰ Los cálculos para México se basan en los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Véase el anexo 1 para obtener más detalles sobre los datos y las fuentes utilizadas para elaborar los datos empíricos de este informe.

guarderías o a políticas laborales favorables a la familia. Este hecho afecta a todas las trabajadoras de todos los sectores, incluido el de la salud y asistencial. Aunque la incidencia de los factores de conciliación de la vida laboral y personal es mayor entre las mujeres en edad de criar a los hijos, el impacto en los ingresos y los ascensos de las mujeres puede ser duradero. Por ejemplo, los datos de la EPA canadiense (octubre de 2019)¹¹ muestran que el 65% de los trabajadores a tiempo parcial en el sector de la salud y asistencial son mujeres. A todos los trabajadores a tiempo parcial de esta encuesta se les pidió que declararan la razón por la que estaban empleados a tiempo parcial; entre las mujeres con esta modalidad de trabajo, el 17% declaró que trabajaba a tiempo parcial debido al «cuidado de los hijos y otras responsabilidades personales o familiares», mientras que la proporción de hombres que trabajaba a tiempo parcial debido al cuidado de los hijos y las responsabilidades familiares era solo del 3,5%. En cambio, el 39% de los hombres que trabajan a tiempo parcial afirmaron que estaban en esa modalidad de tiempo de trabajo para combinar la educación con el trabajo («ir a la escuela»), mientras que el 29% de las mujeres a tiempo parcial afirmaron haber elegido esta modalidad debido a la educación. Mediante este ejemplo se demuestra que la participación de las mujeres en el sector de la salud y asistencial —y su potencial crecimiento dentro del sector basado en la formación continua— está condicionada por la forma en que las limitaciones impuestas por las decisiones de conciliación de la vida laboral y personal afectan a las mujeres de forma diferente a los hombres.

Hemos destacado muchos factores individuales que sustentan la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial, entre los que se incluyen factores que también están presentes en la determinación de la disparidad salarial por razón de género en otros sectores de la economía. ¿Cómo interactúan estos factores entre sí a la hora de determinar la brecha salarial de género a nivel de país en el sector de la salud y asistencial? ¿Y cómo difiere la brecha salarial de género de un país a otro? Además, ¿pueden los datos empíricos ayudarnos a enmarcar las consideraciones políticas clave que permitan acabar con las diferencias salariales entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial? Por último, ¿qué implicaría esa reducción para la brecha salarial de género general a nivel de país? Nuestra intención para este informe es utilizar evidencia empírica con el fin de explorar los determinantes de la brecha salarial de género para una selección de países que permita arrojar algo de luz sobre un camino destinado a reducir la brecha

salarial de género dentro del sector de la salud y asistencial y entre este sector y otros ámbitos de la economía.

1.1 El porqué de un informe sobre la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

Dado que el sector de la salud y asistencial sigue siendo uno de los más feminizados, y teniendo en cuenta que es uno de los sectores de empleo más grandes y de más rápido crecimiento para las mujeres y los hombres de todo el mundo (véase la sección 6), comprender la diferencia salarial entre hombres y mujeres dentro de este sector y proponer políticas específicas para abordar esta disparidad reduciría, en gran medida, las desigualdades salariales agregadas entre hombres y mujeres en el conjunto de la economía. Aunque ya existen pruebas para países concretos (véase BMA, 2020; Boniol et al., 2019; Cohen y Kiran, 2020; Ganguli et al., 2020; Pillinger, 2010), es necesario investigar más a fondo. En parte, resulta interesante comparar cómo difieren las estimaciones de la brecha salarial de género según las diferencias en los contextos económicos de los países en distintas regiones geográficas y de ingresos, con el fin de extraer implicaciones políticas de los análisis comparativos. También es necesario ampliar la metodología de cálculo de la brecha salarial de género para ir más allá de la clásica brecha salarial «bruta» de género y hacer un análisis más detallado de los factores que la generan. En particular, **este informe aplica el marco completo para analizar las diferencias salariales que figura en el Informe mundial sobre salarios 2018-2019 de la OIT** (OIT, 2018a). Este marco permite elaborar estimaciones de la brecha salarial de género controlando los efectos de grupo en la distribución salarial (la brecha salarial de género ponderada por factores); estimaciones de la brecha salarial de género en diferentes cuantiles de la distribución salarial por hora; y descomposición de la brecha salarial entre los componentes explicados y no explicados en cada cuantil de la distribución salarial por hora. En conjunto, el marco nos ayuda a determinar las razones por las que existe la diferencia salarial y a formular políticas que deberían contribuir a reducir sustancialmente (o eliminar) las disparidades salariales entre mujeres y hombres en el sector de la salud y asistencial.

A efectos de este informe, la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial — expresada en su forma más simple— se refiere a la diferencia de salarios medios entre hombres y mujeres que desempeñan un empleo remunerado

¹¹ Véase el anexo 1.

en el sector. Esta definición está en consonancia con el ODS 8 de las Naciones Unidas: trabajo decente y crecimiento económico, meta 8.5, que se propone «de aquí a 2030, lograr el empleo (...) para todas las mujeres y los hombres, (...), así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor». Una de las medidas importantes de progreso en este ODS es la equiparación del «ingreso medio por hora de empleadas y empleados, desglosado por ocupación, edad y personas con discapacidad» (indicador 8.5.1) (Naciones Unidas, 2017).

El principio general de igualdad de remuneración por trabajo de igual valor se recoge en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo (OIT),¹² y se recoge además en los convenios fundamentales de la OIT. Ya en 1951, la igualdad salarial entre los géneros se consagró en el Convenio sobre Igualdad de Remuneración de la OIT, 1951 (núm. 100), que promueve el principio de remuneración igual por un trabajo de igual valor entre trabajadores y trabajadoras en todos los sectores de la economía. Hoy, 71 años después de su formulación y ratificación, este Convenio es más pertinente que nunca, ya que las importantes diferencias salariales siguen siendo uno de los factores subyacentes de las desigualdades de género en todo el mundo.

El personal del sector de la salud y asistencial contribuye de forma esencial a la consecución de los objetivos mundiales y nacionales en una serie de prioridades de salud, incluido el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. **El trabajo decente en el sector de la salud y asistencial es fundamental para garantizar unos sistemas de salud eficaces y resilientes, y para alcanzar el objetivo de la igualdad de acceso a una asistencia sanitaria de calidad, que se ha convertido en algo fundamental para la lucha contra la pandemia de COVID-19 en todo el mundo.** La desigualdad salarial en el sector puede obstaculizar las contribuciones del personal de la salud y asistencial, en particular de las mujeres, lo que socava el progreso para «no dejar a nadie atrás» en los esfuerzos mundiales encaminados a lograr la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Este informe, por tanto, está en consonancia con diversas estrategias y pactos mundiales, como la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 (OMS, 2016); el plan de acción quinquenal para el

empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo: 2017-2021 (OMS, 2018; OMS, 2022); Trabajar para un futuro más prometedor: Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo (OIT, 2019a); y la Declaración del Centenario de la Organización Internacional del Trabajo para el Futuro del Trabajo 2019 (OIT, 2019b). También aborda una de las áreas clave para la equidad de género en el personal de salud mundial (OMS, 2019).

Por último, la crisis de COVID-19 ha demostrado de forma inequívoca cuán dependiente es el resto de la economía de sectores esenciales, como la salud, los cuidados y la asistencia social, y la importancia del trabajo que realizan las personas que prestan estos servicios, sobre todo para aliviar el sufrimiento y salvar vidas. Hasta enero de 2022, se habían notificado más de 360 millones de casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo, junto con más de 5,6 millones de muertes por la enfermedad.¹³ La pandemia de COVID-19 ha ejercido una enorme presión sobre el sector de la salud y asistencial y sus empleados, la mayoría de los cuales son mujeres, y un número desproporcionado de ellos se ha infectado por el virus.¹⁴ Por lo tanto, esta evaluación empírica de las diferencias salariales entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial es muy oportuna. Esperamos que la evidencia empírica presentada apoye la promoción de políticas que conduzcan a resultados salariales más equitativos para todos los trabajadores del sector de la salud y asistencial en todo el mundo.

¹² Constitución de la Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1919 (http://www.ilo.ch/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:62:0::NO::P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907).

¹³ WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (<https://covid19.who.int/>).

¹⁴ Por ejemplo, aunque los trabajadores de la salud representan menos del 3% de la población en la gran mayoría de los países y menos del 2% en casi todos los países de ingresos bajos y medios, alrededor del 14% de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponden a trabajadores de la salud. En algunos países, la proporción puede llegar al 35% (OMS, 2020a).

El contenido del informe y la naturaleza de los datos

La intención principal de este informe es proporcionar un análisis cuantitativo detallado de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial (es decir, entre los trabajadores clasificados con el código 86-87-88 de la CIIU Rev. 4) siguiendo el tratamiento metodológico aplicado en el Informe mundial sobre salarios 2018-2019 de la OIT (OIT, 2018a). Este tratamiento metodológico implica la descomposición de la brecha salarial de género para determinar de qué manera factores como la edad, la educación, la ocupación, etc., contribuyen a la brecha en diferentes lugares de la distribución salarial. Los lectores encontrarán que los países de una misma región pueden mostrar perfiles de descomposición muy diferentes en toda la distribución salarial. Comparar los perfiles de los países sirve para ilustrar las principales consideraciones políticas que se presentan en la sección final del informe (sección 8); por ello, la narración y las ilustraciones correspondientes suelen ser específicas de cada país e incluyen varios ejemplos para su comparación. Dicho esto, y como no podía ser de otra manera en un informe mundial, siempre que es posible presentamos también agregados regionales para permitir una visión más amplia de la brecha salarial de género y su descomposición.

Un informe mundial debe abarcar el mayor número posible de países para que pueda decirse que sus resultados, conclusiones y consideraciones políticas tienen una perspectiva verdaderamente mundial. Todas las estimaciones presentadas en las secciones 3 a 7 se basan en microdatos recopilados a través de encuestas representativas que son EPA o encuestas integradas de hogares. En las secciones 3 a 5, las estimaciones se basan en datos transversales, es decir, todas las estimaciones toman el último punto en el tiempo para el que se recogieron los datos (en la mayoría de los casos, 2019) y proporcionan cálculos que reflejan ese punto en el tiempo (véase el anexo 1). Las secciones 6 y 7 se basan en el análisis de los datos entre periodos de tiempo para estimar la evolución de la brecha salarial de género (sección 6) y el efecto de la COVID-19 en el sector sanitario y asistencial (sección 7) (véase el anexo 1 para conocer la fuente y el nombre de los conjuntos de datos utilizados en el análisis). Dado que nuestro análisis se centra únicamente en el sector sanitario y asistencial, hemos seleccionado datos de los empleados asalariados de este sector. En comparación con un análisis que incluyera a todos los encuestados (todos los asalariados de la economía, independientemente del sector), esto tuvo inevitablemente un impacto en el tamaño de nuestras muestras. Después de examinar todas las encuestas disponibles que abarcan los últimos años (unos 100 países), llegamos a una lista de 54 países que cumplían nuestros requisitos para realizar un análisis empírico sólido. Se trata de las encuestas más recientes a nivel microeconómico que cubren el sector sanitario y asistencial (véase el recuadro 1), con un número suficiente de asalariados que permite realizar el análisis propuesto sin problemas de tamaño de la muestra.

Estos 54 países (véase la lista completa en el anexo 1) abarcan todas las regiones del mundo. Sin embargo, la separación de los países en las seis regiones de la OMS habría dejado a algunas regiones con muy pocos ejemplos. Así, nuestros agregados regionales reúnen a los países en cuatro grupos: África y las regiones del Mediterráneo Oriental juntas; Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental juntas; las Américas; y Europa. Cuando se muestran dos regiones juntas, las estimaciones señalan el promedio ponderado para cada una de las seis regiones por separado. En todos los casos las referencias a las regiones corresponden a la definición de la OMS y los grupos de ingresos siguen las definiciones utilizadas por las publicaciones de la OIT.

Los 54 conjuntos de datos empleados en la elaboración del análisis empírico de este informe son todos ellos encuestas recogidas y validadas por las oficinas nacionales de estadística y facilitadas a la OIT con el fin de producir evidencia empírica para las recomendaciones normativas. Los datos de las encuestas de los países europeos fueron armonizados, validados y facilitados por la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat) con el número de contrato RPP_28_2020_EUSILC_SES_HBS_ILO_ID_2013.2018.

El personal de salud en todo el mundo

En esta sección se ofrecen estimaciones que muestran la importancia relativa del sector sanitario y asistencial en todo el mundo, así como la relación entre el empleo en dicho sector y la proporción global de mujeres en la fuerza laboral. Las estimaciones, basadas en la contabilidad nacional, indican que el sector de la salud y asistencial es una importante fuente de empleo en la mayoría de los países, especialmente para las mujeres. Las estadísticas analizadas en la sección corroboran las conclusiones presentadas en otras secciones del informe, donde las estimaciones se basan en conjuntos de datos (micro) de encuestas.

Las mujeres representan aproximadamente el 67% del empleo mundial en el sector sanitario y asistencial; este porcentaje varía en función del grado de desarrollo económico: es del 63,8% en los países de ingresos bajos y medios, y del 75,3% en los países de ingresos altos. La menor proporción de mujeres empleadas en el sector sanitario y asistencial en los países de ingresos bajos y medios se debe en parte al hecho de que la participación de las mujeres en el empleo remunerado (en conjunto) es menor en estos países que en los de ingresos altos. En general, las cifras presentadas en esta sección muestran que el alto grado de feminización del sector está presente en todos los países y regiones. Sin embargo, los países con una mayor proporción de mujeres que trabajan en el sector no muestran necesariamente un aumento significativo del gasto en salud y asistencia. El sector sanitario y asistencial, que es un sector intensivo en capital humano, tiene una sobrerrepresentación de trabajadores mal retribuidos, la mayoría de los cuales son mujeres.

2.1 Empleo mundial y regional en el sector de la salud y asistencial

En casi todos los países y territorios del mundo, el sector sanitario y asistencial constituye una importante fuente de empleo. El personal sanitario y asistencial representa en conjunto aproximadamente el 3,4% del total del empleo mundial,¹⁵ aunque también hay grandes diferencias entre las regiones. La figura 2.1 muestra que el sector sanitario y asistencial constituye alrededor del 10% del empleo total en los países de ingresos altos, en comparación con menos del 1% en los países de ingresos bajos. En todas las regiones, la proporción del empleo en el sector sanitario y asistencial en relación con el empleo total es la más baja en África, Asia y el Pacífico (1,6%) y la más alta en Europa y Asia Central (8,8%), y representa el 3,7% y el 7,4% en los Estados Árabes y las Américas, respectivamente.

La figura 2.2 muestra la distribución aproximada del empleo entre mujeres y hombres en el sector de la salud y asistencial en 189 países y territorios, desglosada tanto por regiones como por grupos de ingresos. Las estimaciones muestran claramente que

el sector sanitario y asistencial es una importante fuente de empleo para las mujeres en las regiones donde representan el 40% o más de la fuerza de trabajo. Aunque la figura también señala que hay variaciones significativas entre los países y las regiones. Por ejemplo, en los países de ingresos altos del Mediterráneo Oriental, las mujeres representan el 41,6% del total de trabajadores de la salud y asistenciales, mientras que en los países europeos de ingresos altos, su porcentaje es del 77,9%. **A nivel mundial, alrededor del 67,2% de los trabajadores del sector eran mujeres en 2020. Se trata de un ligero descenso con respecto a la estimación del 70,3% en 2013 (véase OIT, 2017). Este cambio indica que, en proporción, se incorporaron más hombres al sector sanitario y asistencial durante este periodo.**

A pesar de que las mujeres se están diversificando lentamente hacia sectores menos feminizados, el sector de la salud y asistencial sigue estando muy feminizado en todo el mundo. La figura 2.3 muestra este dato al trazar la fracción de mujeres empleadas frente a la proporción de mujeres en el sector de la salud y asistencial en los 189 países y territorios

¹⁵ En la sección 2, el empleo se refiere a todas las modalidades de trabajo, incluidos los empleadores, los trabajadores autónomos o por cuenta propia y los asalariados. Esto se debe a que los datos de las cuentas nacionales no están desglosados por modalidad de trabajo en todos los países. Sin embargo, en todas las demás secciones del informe, el término empleados se refiere exclusivamente a los asalariados, tal como se definen en el recuadro 1 (véase la Introducción).

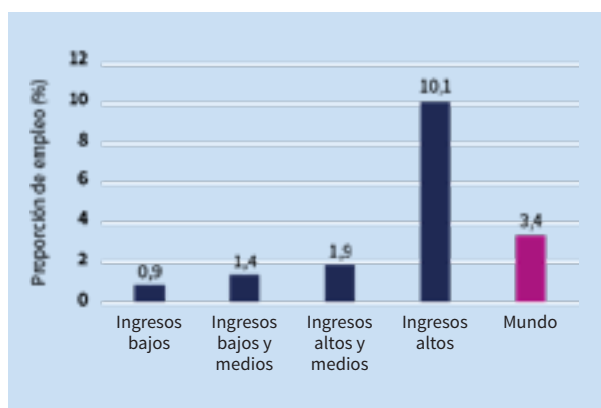
para los que disponemos de cuentas nacionales. A medida que aumenta la fracción de mujeres en la fuerza laboral, la proporción de mujeres en el sector de la salud y asistencial aumenta más allá del 50%, el punto que implicaría la paridad de género en el sector. En los países con una proporción de mujeres en el conjunto de la población activa superior al 60%, la fracción de mujeres empleadas en el sector de la salud y asistencial suele ser también de alrededor del 60%-70% de todos los trabajadores del sector. Tal

observación concuerda con el hecho de que, durante mucho tiempo, y en particular en las sociedades postindustriales, las mujeres han ocupado por lo general puestos de trabajo tradicionalmente asociados a las mujeres, incluso a medida que aumentaba su participación en el mercado de trabajo, en lugar de pasar a trabajos que estaban considerados a priori como masculinos (Ballarin et al., 1997).

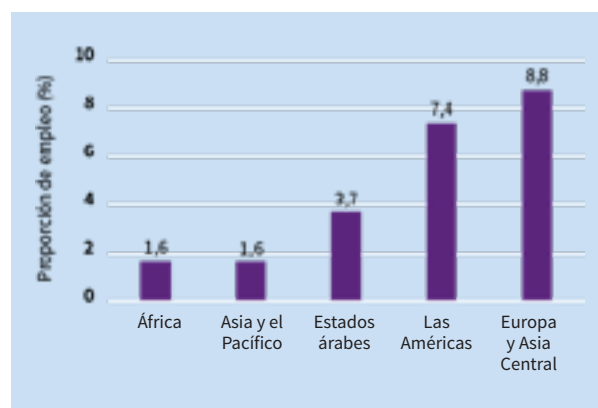
FIGURA 2.1

Proporción del empleo en la salud y asistencial como porcentaje del empleo total, por grupos de ingresos y regiones de la OIT, 2013

Por grupos de ingresos



Por regiones de la OIT



Nota: Estimaciones de la OIT. La fuente de datos incluye 174 países y territorios para los que existen datos comparables (<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2015/lang--es/index.htm>).

Fuente: *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: tendencias 2015* (base de datos WESO de la OIT, 2015). Tomado directamente de la OIT (2017).

FIGURA 2.2

Proporción de mujeres y hombres entre todos los trabajadores empleados en la salud y el trabajo social en 189 países, 2020

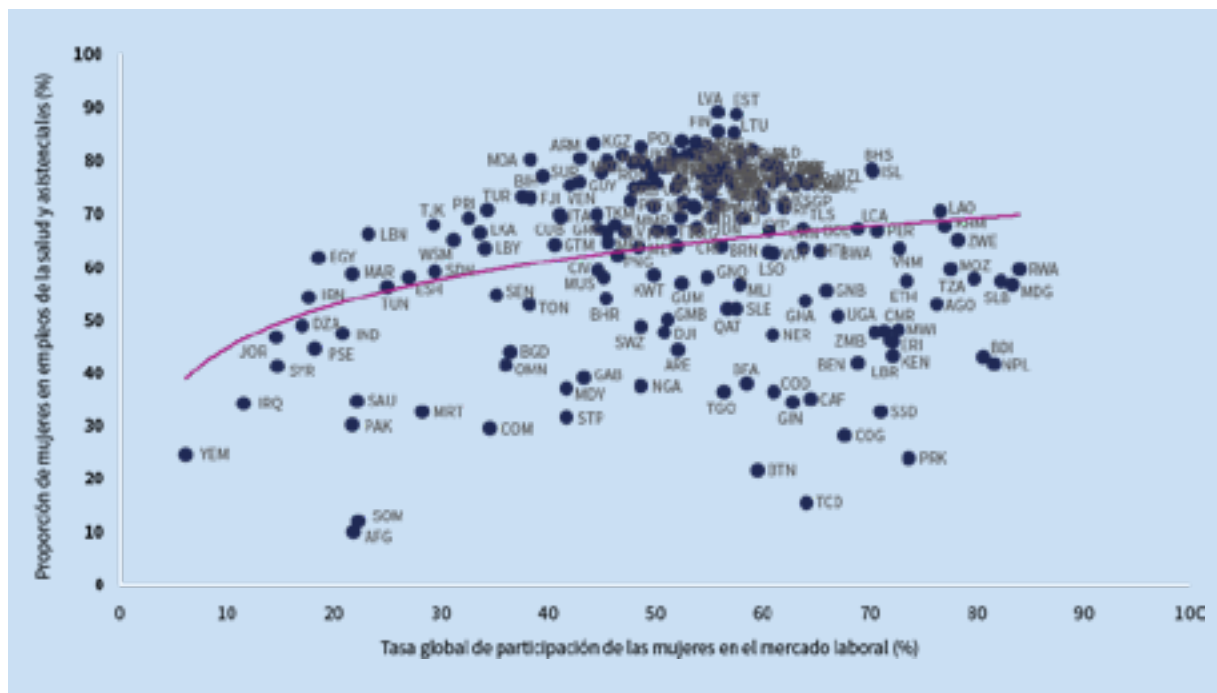


Notas: Estimaciones de la OIT basadas en datos de ILOSTATS (2020). Las estimaciones se basan en datos procedentes de 189 países y territorios y se ponderan por el número total de empleados asalariados que hay en cada país. AFR - Región de África; AMR - Región de las Américas; EMR - Región del Mediterráneo Oriental; EUR - Región de Europa; SEAR - Región de Asia Sudoriental; WPR - Región del Pacífico Occidental.

Fuente: ILOSTAT, 2020

FIGURA 2.3

Participación de las mujeres en el sector de la salud y asistencial en relación con su tasa de participación global en el mercado laboral, 2020



Notas: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de 189 países y territorios. Los códigos de país se basan en el código de país de tres dígitos de la Organización Internacional de Normalización (ISO) (véase [ISO 3166-1 alpha-3](#)).

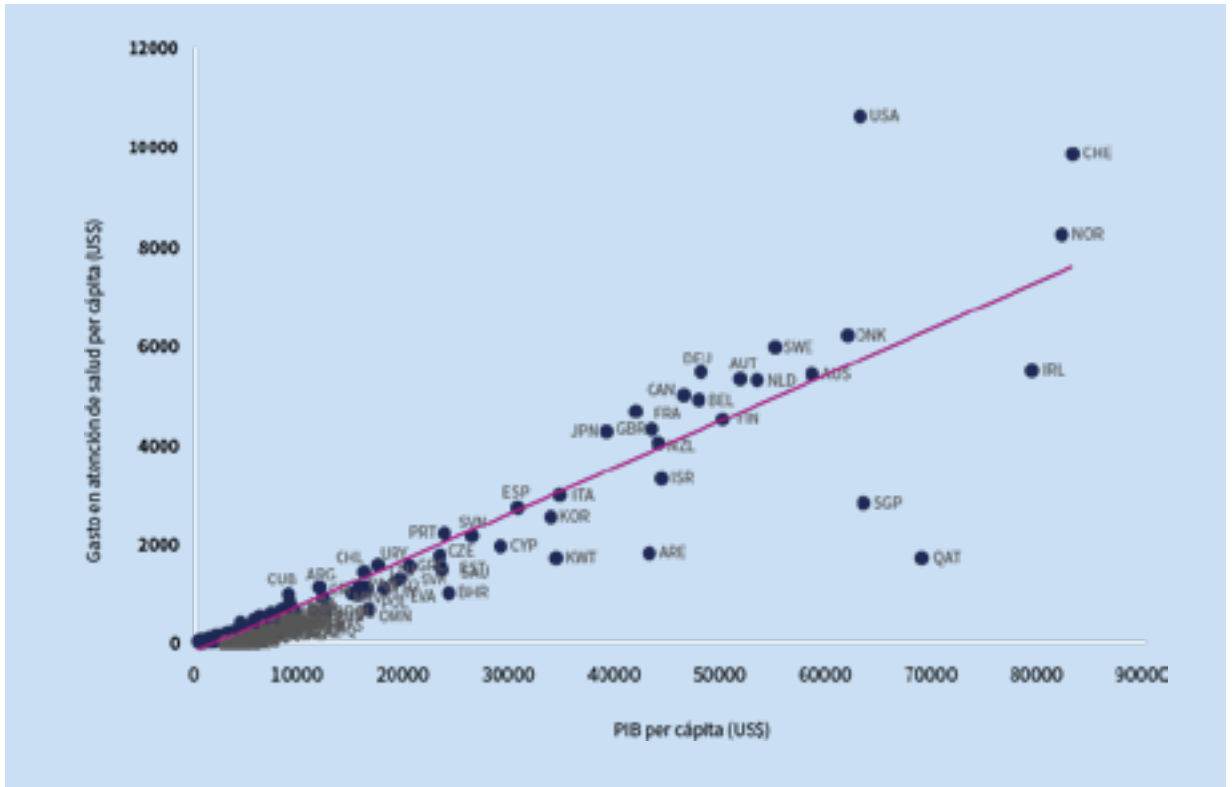
2.2 Empleo en el sector sanitario y asistencial y grado de desarrollo económico

En la figura 2.4 se observa que existe una relación positiva entre el gasto en el sector sanitario y asistencial (utilizando el gasto en salud como valor aproximado) y el grado de desarrollo económico de un país, es decir, un mayor gasto per cápita en salud está asociado a un mayor producto interno bruto (PIB) per cápita. Sin embargo, la relación entre los niveles de empleo y el gasto en salud es algo más débil, en particular cuando comparamos el empleo de las mujeres con las medidas de gasto en salud. Esto queda patente en la figura 2.5, en la que se compara la proporción de mujeres empleadas en el sector de la salud y asistencial con dos medidas del gasto en salud: a) el porcentaje del PIB; y b) el gasto per cápita. El gráfico a) muestra que existe una relación positiva, aunque bastante frágil, entre el gasto en salud y asistencia y la proporción de mujeres que trabajan en el sector. Letonia, Nepal, Polonia y Uganda, por ejemplo, tienen un gasto sanitario y asistencial similar como porcentaje del PIB: alrededor del 6%. Sin embargo, la proporción de mujeres en el personal sanitario y asistencial varía mucho de un país a otro, oscilando entre el 42% de Nepal y el 89% de Letonia.

La relación positiva se debilita aún más en el gráfico b), que compara la proporción de mujeres en el sector sanitario y asistencial con el gasto per cápita en salud. **Estos gráficos demuestran que el aumento del número de trabajadores en el sector de la salud y asistencial no conlleva un aumento igual (o mayor) del gasto. Habida cuenta de que las mujeres constituyen la gran mayoría de los trabajadores del sector, esto indica que el sector tiene una sobrerrepresentación de trabajadores mal pagados, mientras que el alto grado de feminización del sector apunta claramente a que estos trabajadores mal pagados son probablemente en su mayoría mujeres.** Estos dos elementos (un sector muy feminizado y muchos trabajadores mal retribuidos) caracterizan al sector sanitario y asistencial en casi todos los países. Como se corroborará con claridad en las secciones posteriores de este informe, estas son las características clave que impulsan la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial.

FIGURA 2.4

Relación entre el PIB per cápita y el gasto per cápita en salud, 2018



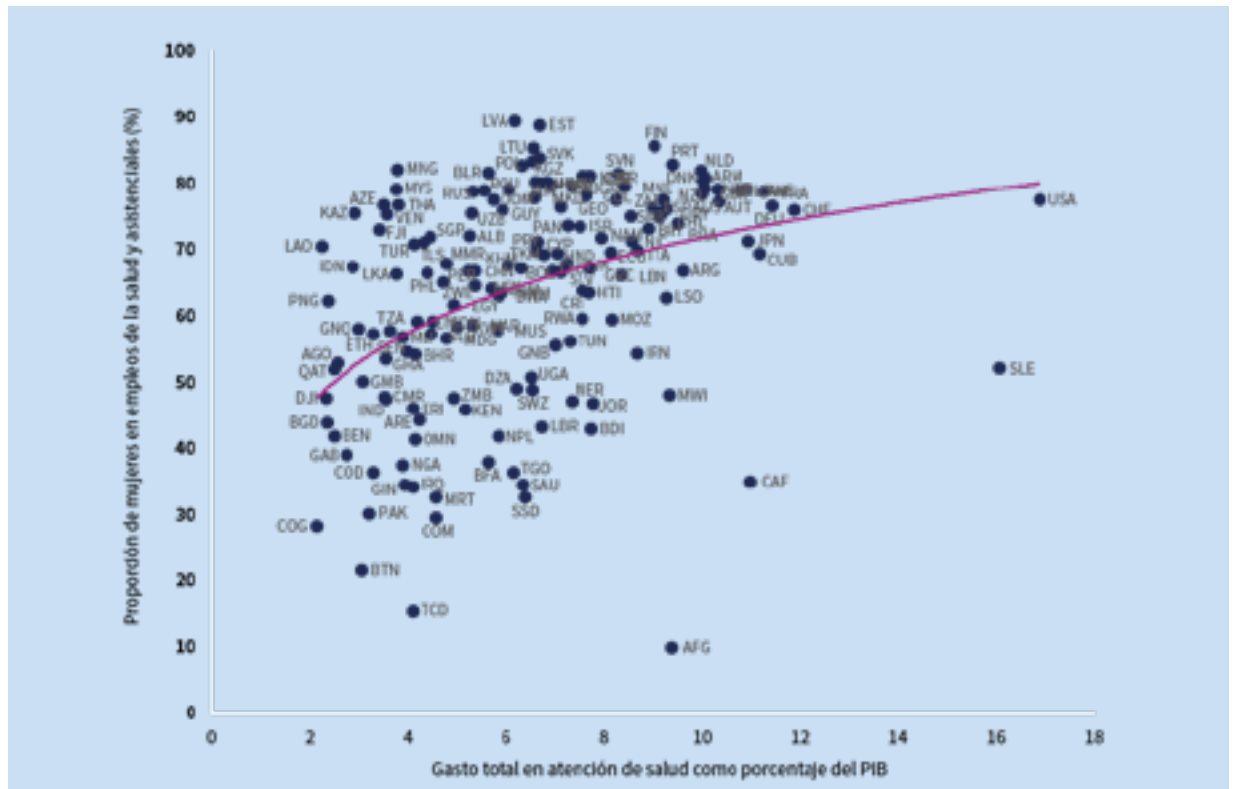
Nota: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de 157 países y territorios. Los códigos de país se basan en el código de país de tres dígitos de ISO [ISO 3166-1 alpha-3](https://www.iso.org/standard/50667.html).

Fuente: Datos tomados de *Gasto mundial en salud* (OMS, 2020b) y *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: tendencias 2020* (OIT, 2020c).

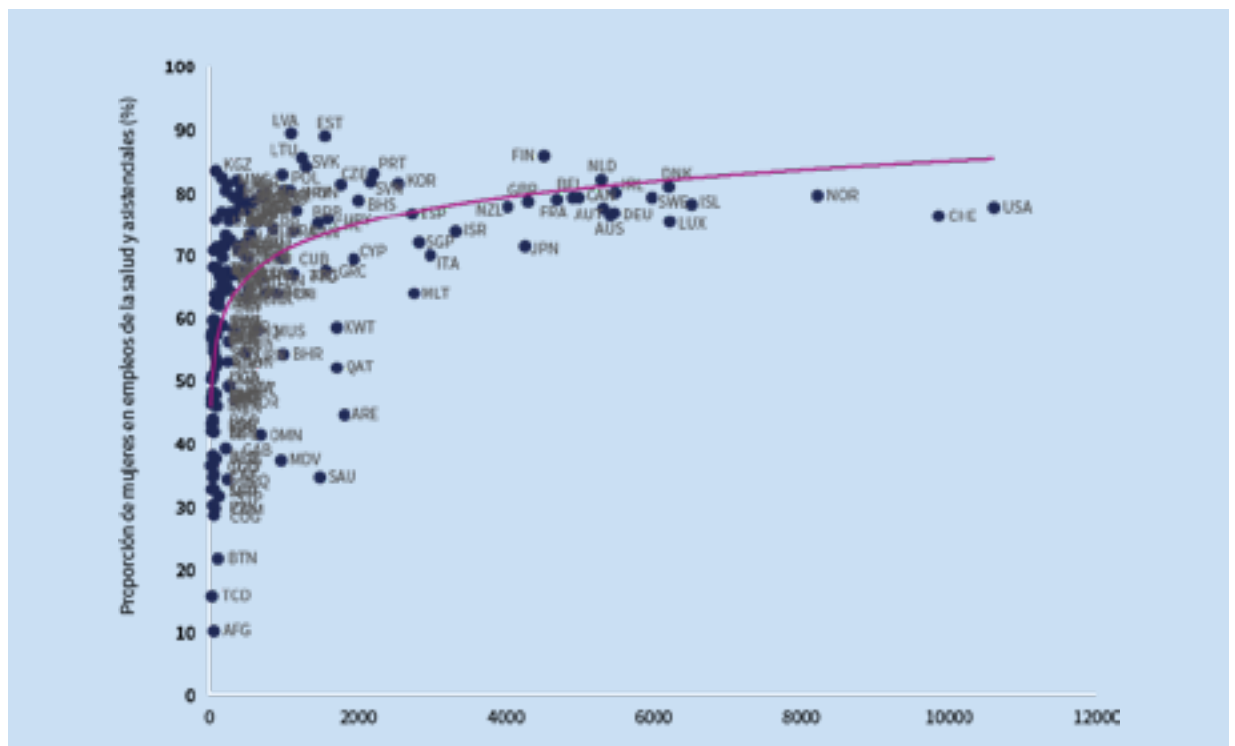
FIGURA 2.5

Proporción de mujeres en el sector sanitario y asistencial y gasto en salud, 2018

a) Proporción de mujeres empleadas en el sector sanitario y asistencial y gasto en salud como porcentaje del PIB



b) Proporción de mujeres en el sector sanitario y asistencial y gasto per cápita en salud, 2018



Notas: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de 173 países (gráfico a) y 157 países y territorios (gráfico b). Los códigos de país se basan en el código de país de tres dígitos de ISO (ISO 3166-1 alpha-3).

Fuente: Los datos sobre la proporción de mujeres proceden de la OIT (2020). Los datos sobre el PIB per cápita se han tomado de Gasto mundial en salud (OMS, 2020b).

La brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial

Utilizando datos de 54 países de todas las regiones geográficas y de ingresos, el informe muestra que las diferencias salariales entre hombres y mujeres en el sector sanitario y asistencial son abrumadoramente «positivas», es decir, que los hombres ganan más que las mujeres, y en gran medida. A partir de estimaciones mundiales ponderadas, concluimos que la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el sector sanitario y asistencial oscila aproximadamente entre el 15% (en el caso del salario medio por hora) y en torno al 24% (en el caso del ingreso medio mensual). Con todo, esta gama de valores no tiene en cuenta la desigual distribución de mujeres y hombres en las distintas categorías ocupacionales del sector sanitario, lo que puede dar lugar a estimaciones poco fiables de la brecha salarial de género. Así, esta sección del informe también muestra que el control de los grupos de trabajadores en torno a las categorías ocupacionales reduce la diferencia salarial entre hombres y mujeres. La reducción de las diferencias salariales entre hombres y mujeres, una vez corregidos los efectos de los grupos, se explica por el hecho de que las mujeres están sobrerrepresentadas en las categorías ocupacionales menos remuneradas donde la disparidad salarial por razón de género es menor. En cambio, los hombres están sobrerrepresentados en las categorías profesionales mejor remuneradas (por ejemplo, médicos) donde la disparidad salarial por razón de género es mucho mayor. Por último, en esta sección se constata que la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial tiende a ser más amplia que la encontrada en otros sectores económicos (no sanitarios) y, en particular, entre las categorías profesionales.

3.1 La brecha salarial de género bruta en el sector sanitario y asistencial

La brecha salarial de género bruta es quizás el indicador más utilizado de la diferencia salarial entre mujeres y hombres; emplea una medida de la remuneración relacionada con el tiempo (por ejemplo, salario por hora, paga semanal, ingresos mensuales). Dado que las mujeres ganan casi universalmente menos que los hombres en los mercados de trabajo de todo el mundo, la brecha salarial de género bruta mide el margen por el cual el salario de las mujeres es inferior al de los hombres. Por ejemplo, si el salario de las mujeres es el 80% del que reciben los hombres, se dice que la brecha salarial de género es del 20%. Por supuesto, no existe un índice único de retribución de las mujeres (o de los hombres), sino que el indicador se formula utilizando una serie de valores que, en conjunto, definen la distribución salarial (o estructura salarial) de mujeres y hombres en la economía. Por lo tanto, las estimaciones de la brecha salarial de género se basan en indicadores sintéticos de estas distribuciones. Las dos medidas más utilizadas para resumir las distribuciones salariales son la media (el promedio de todos los valores de la distribución)

y la *mediana* (el valor situado en el centro de la distribución). Así pues, la *brecha salarial de género media* compara el promedio de la distribución salarial de las mujeres con el promedio de la distribución salarial de los hombres, y la *brecha salarial de género mediana* compara el valor situado en la mitad de la distribución salarial de las mujeres con el valor situado en la mitad de la distribución salarial de los hombres.¹⁶

Las figuras 3.1 y 3.2 muestran diversas estimaciones de la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial para 54 países extraídos de todas las regiones del mundo. En conjunto, estos países incluyen alrededor del 40% de los empleados asalariados de todo el mundo en todos los sectores económicos. Cada figura presenta estimaciones de la media y la mediana de las diferencias salariales entre hombres y mujeres en cuatro regiones geográficas. La figura 3.1 expone las diferencias salariales por razón de género en los salarios por hora, un indicador coherente con el indicador 8.5.1 de los ODS, que tiene la ventaja de dissociar el tiempo de trabajo de los ingresos. En la figura 3.2 se ofrecen estimaciones de las diferencias salariales a partir de los ingresos mensuales. Esta medida, que suele estar disponible públicamente en las oficinas nacionales

¹⁶ La media considera todos los valores de la distribución salarial, mientras que la mediana no tiene en cuenta los valores atípicos en el extremo de la distribución. Por consiguiente, las dos medidas suelen acercarse entre sí cuando las distribuciones salariales se comprimen con muy pocos valores atípicos que no tienen un efecto significativo en la media.

de estadística y está desglosada por sexo, representa la suma de dos brechas: la brecha en el salario por hora y la brecha entre el tiempo de trabajo de las mujeres y el de los hombres. Las dos figuras presentan conjuntamente cuatro configuraciones de la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial: media horaria, mediana horaria, media mensual y mediana mensual, y compara cada una de ellas con la brecha salarial de género general estimada a nivel de país, sin incluir el sector sanitario y asistencial.

La primera observación que se desprende de las figuras 3.1 y 3.2 es que la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial se estima en su inmensa mayoría como un valor positivo, lo que indica que, en general y en todo el mundo, los hombres ganan más que las mujeres en el sector de la salud y asistencial. Cada una de las figuras contiene estimaciones subregionales y mundiales basadas en valores ponderados que tienen en cuenta el número de empleados asalariados en cada uno de los países cubiertos. Como se indica en la figura 3.1, 50 de los 54 países muestran una brecha salarial de género positiva en el salario por hora medio en el sector sanitario y asistencial; lo mismo ocurre en 46 de los 54 países si se considera la brecha salarial de género por hora media. Las estimaciones mundiales ponderadas de la brecha salarial de género por hora en el sector sanitario y asistencial oscilan entre un 15% (en el caso de la mediana de los salarios por hora) y un 24% (en el caso del ingreso medio mensual). Combinando la serie de valores de las cuatro configuraciones, las trabajadoras asalariadas del sector sanitario y asistencial ganan aproximadamente un 20% menos que los hombres del sector. Sin embargo, existe una amplia e importante variación entre los países. Por ejemplo, la brecha salarial de género por hora media oscila entre el 37% en Chile y el -7,5% en Mongolia; más adelante en el informe examinaremos por qué algunos países presentan brechas salariales de género brutas negativas (es decir, una brecha salarial que favorece a las mujeres). Pero de momento, esta conclusión se interpretaría en el sentido de que, en Mongolia, las mujeres que trabajan en el sector de la salud ganan en promedio un 7,5% más que los hombres que trabajan en el sector.

La segunda observación derivada de las figuras 3.1 y 3.2 es que la brecha salarial entre hombres y mujeres es mayor cuando se calcula sobre la base de los ingresos mensuales (en lugar de los salarios por hora) en casi todos los 54 países incluidos en el análisis. Esto es válido para 48 países en el caso de las brechas salariales de género medias, y para 51 de los 54 países al tratarse de las brechas salariales medianas. Este hallazgo refleja que el

trabajo a tiempo parcial es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres en el sector de la salud y asistencial en la mayoría de los países; este hecho también se aplica a todos los demás sectores económicos y en la mayoría de las economías (Fagan et al., 2014). De hecho, en el sector de la salud y asistencial de los 54 países, una media del 14% de los hombres trabaja a tiempo parcial, frente al 20% de las mujeres. En las economías de Asia Sudoriental y África, la prevalencia de trabajadores a tiempo parcial en el sector de la salud y asistencial (y en todos los sectores) es menor que en otras partes del mundo; sin embargo, incluso en estos países la proporción media de trabajadoras a tiempo parcial en el sector de la salud y asistencial es 3 puntos porcentuales mayor que la de los hombres. En general, los resultados de los 54 países parecen indicar que el empleo a tiempo parcial en el sector de la salud y asistencial en todo el mundo prevalece más entre las trabajadoras de la salud que entre los hombres. Por lo tanto, es un factor que ayuda a explicar la diferencia observada entre mujeres y hombres en los ingresos mensuales.

La tercera observación que extraemos de las figuras 3.1 y 3.2 es que, independientemente de las cuatro configuraciones que observemos, **en un gran número de países la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el sector sanitario y asistencial es mayor que en otros sectores de la economía.** Si se tiene en cuenta la brecha salarial de género por hora media, esto ocurre en 44 de los 54 países. En algunos de estos países, la diferencia en la brecha salarial de género en el sector es marginal en comparación con otros sectores; por ejemplo, en Francia y los Países Bajos las diferencias salariales por hora medias entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial son del 14,1% y el 23%, respectivamente, mientras que en el resto de la economía estas estimaciones son del 13,6% y el 20%, respectivamente. No obstante, se calcula que en 18 de los 54 países la brecha salarial de género por hora media en el sector sanitario y asistencial es como mínimo el doble que en otros sectores de la economía. Es el caso, por ejemplo, de Bangladesh (14,8% frente al 6,9%), Brasil (41% frente al 12,3%), Chile (37% frente al 15,3%), Italia (29,1% en el sector sanitario y asistencial frente al 6,7% en otros sectores), el Estado Plurinacional de Bolivia (12,2% frente al 3,7%), Polonia (17,2% frente al 7,2%) y Viet Nam (15,9% frente al 9,3%). **En general, si consideramos el promedio ponderado mundial de la brecha salarial de género por hora media, las mujeres en el sector de la salud y asistencial cobran un 19,2% menos que los hombres por hora trabajada; en otros sectores económicos, se calcula que las mujeres reciben un 11,5%**

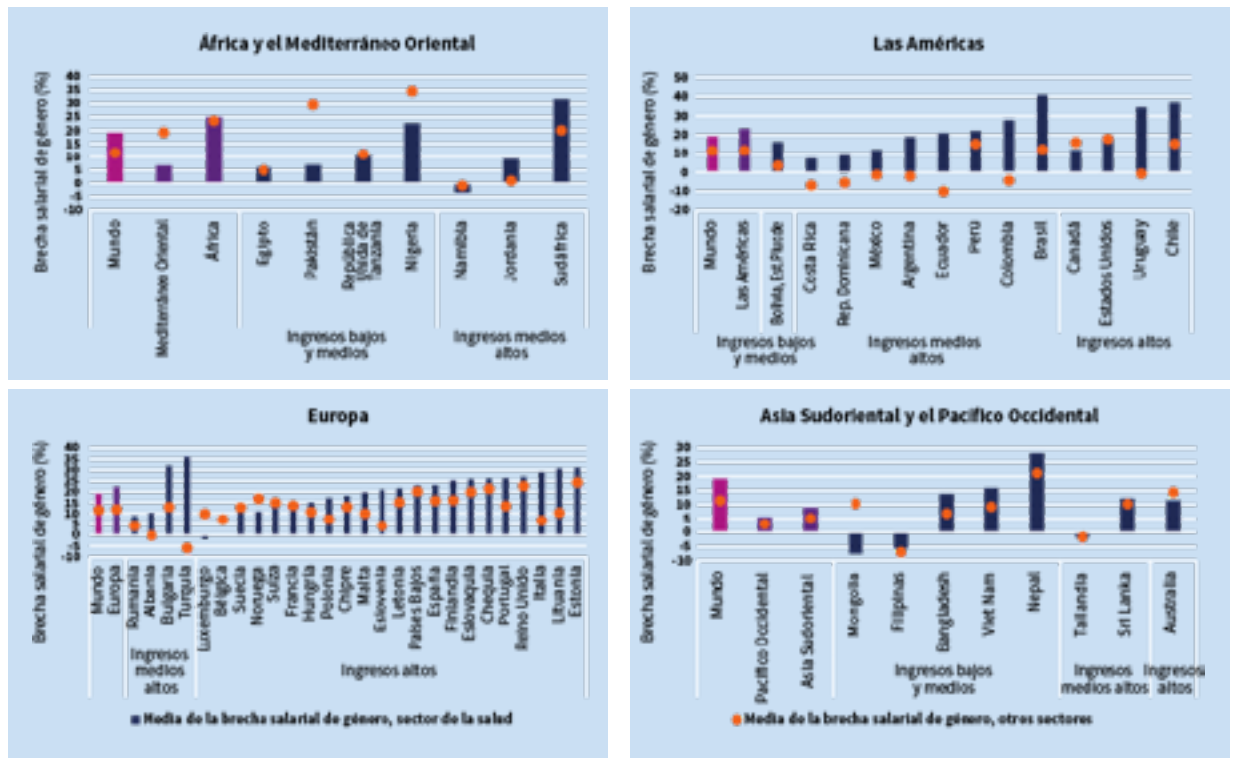
menos que los hombres por hora trabajada.¹⁷ Una observación interesante es que la utilización de los ingresos mensuales (en lugar de los salarios por hora) reduce las diferencias entre el sector sanitario y asistencial y otros sectores económicos para varios países. Esto ocurre en países donde la prevalencia del trabajo a tiempo parcial en sectores económicos distintos del sector sanitario y asistencial es mayor que la prevalencia del trabajo a tiempo parcial en el sector sanitario y asistencial. Por ejemplo, en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte la brecha salarial de género por hora media en el sector sanitario y asistencial es del 26,9%, en comparación con el 22,6% en otros sectores. Las estimaciones de las diferencias salariales basadas en los ingresos mensuales son similares (36,2% y 36,4%, respectivamente), al parecer como resultado de la mayor incidencia del trabajo a tiempo parcial en otros sectores (37%) en comparación con la incidencia del trabajo a tiempo parcial en el sector de la salud y asistencial (27%).

¹⁷ Es probable que estas dos estimaciones sean en realidad los límites inferiores de los cálculos mundiales. El *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* (OIT, 2018a) incluye 73 países, que en conjunto representan alrededor del 85% de los asalariados en todo el mundo. En ese informe, el promedio ponderado de la brecha salarial de género por hora media en todos los países es del 15,6%. Como se ha señalado con anterioridad, no todos los países proporcionan conjuntos de datos lo suficientemente densos como para permitir la identificación del sector de la salud y asistencial de forma que resulte útil para el análisis de políticas (véase el recuadro 3).

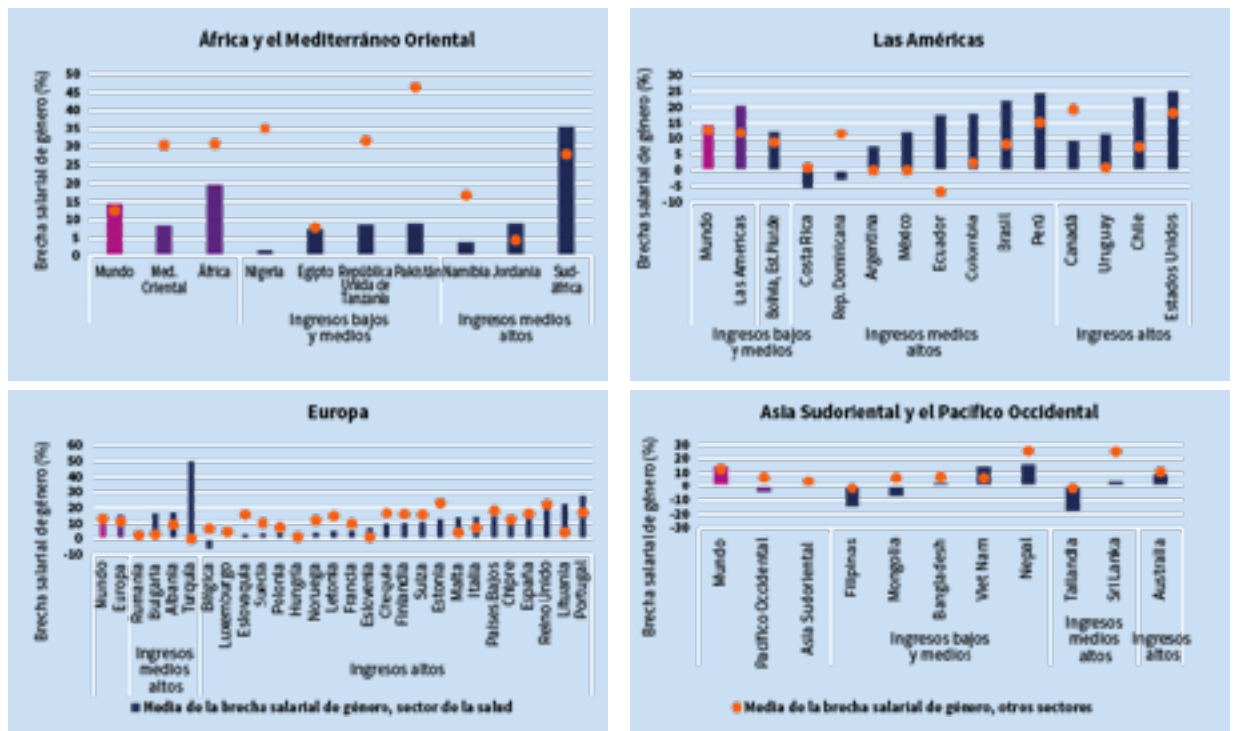
FIGURA 3.1

Brechas salariales de género brutas utilizando salarios por hora

BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA



BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA

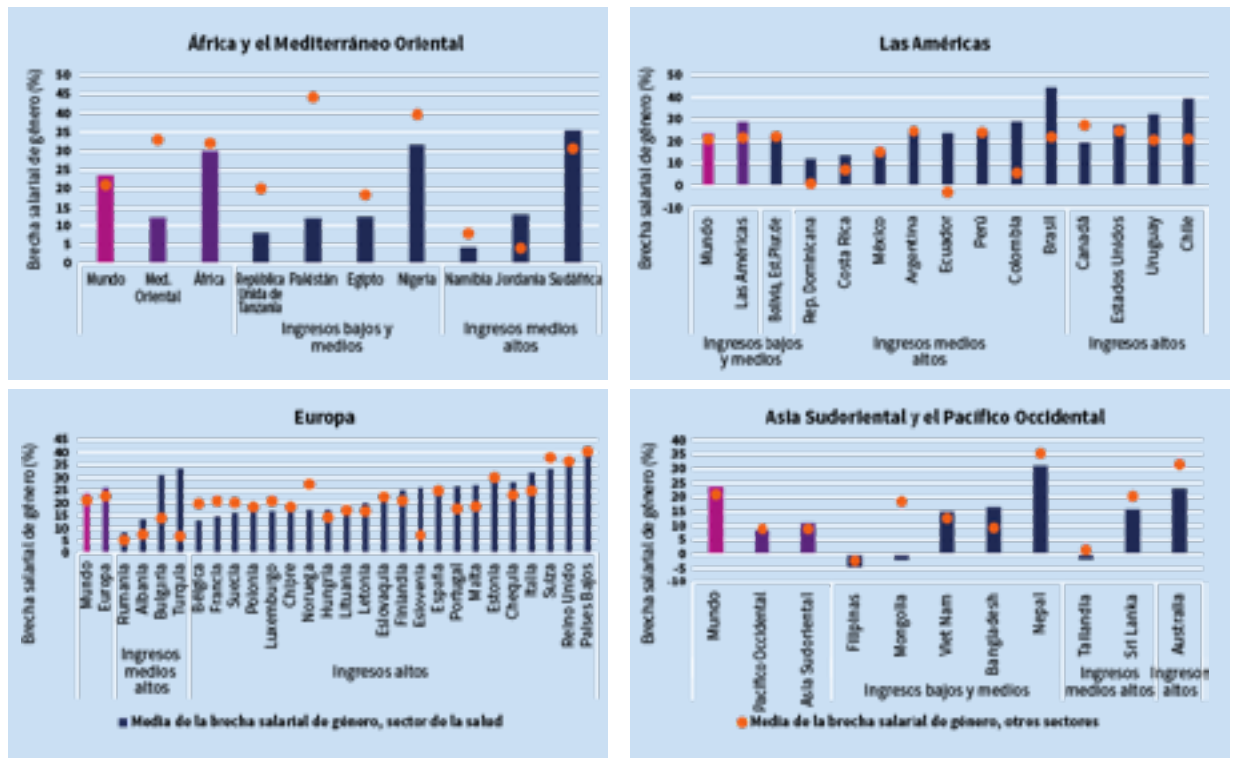


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

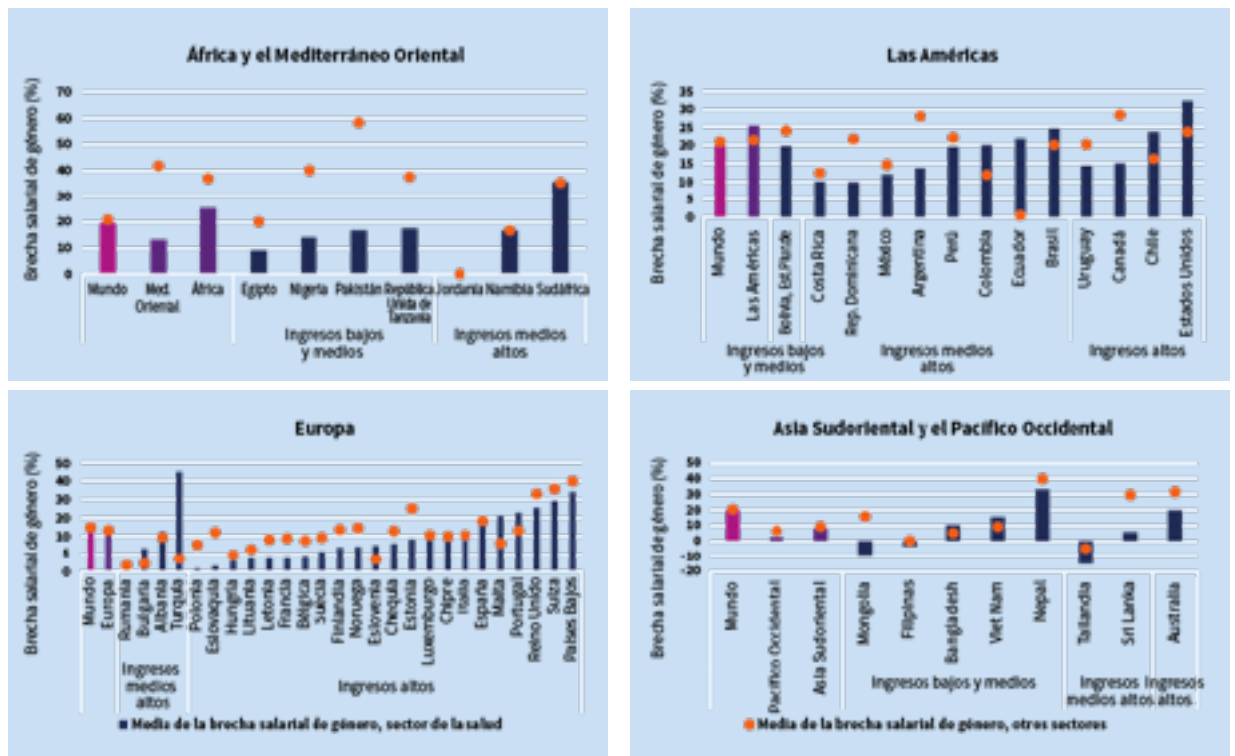
FIGURA 3.2

Brechas salariales de género brutas utilizando ingresos mensuales

BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA



BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

La última observación que se deriva de las figuras 3.1 y 3.2 es que las estimaciones de la brecha salarial de género media «bruta» y mediana «bruta» pueden generar resultados divergentes, aunque se utilice la misma medida de definición salarial, es decir, los resultados pueden ser muy diferentes entre las brechas salariales media y mediana por hora o entre las brechas salariales media y mediana por mes. Por ejemplo, en Costa Rica la brecha salarial de género por hora media en el sector de la salud y asistencial es del +7,6% y la brecha salarial de género por hora mediana es del -5,5%; el valor medio implica que los hombres ganan un 7,6% más que las mujeres, mientras que el valor mediano implica que las mujeres ganan un 5,5% más que los hombres. En otros países, la magnitud entre la media y la mediana varía mucho, aunque el signo sea el mismo. Por ejemplo, en Nigeria la brecha salarial de género por hora media es del 22,6%, mientras que la brecha salarial de género por hora mediana es del 1,4%. Asimismo, en Tailandia el signo es el mismo (negativo), pero las magnitudes difieren considerablemente: si se considera la brecha salarial de género por hora media, la estimación hace pensar que las mujeres ganan un 1,8% más que los hombres, mientras que la brecha salarial de género por hora mediana apunta a que las mujeres ganan un 18,1% más que los hombres.

Estas notables diferencias entre las brechas salariales de género medias y medianas pueden convertirse en un obstáculo para avanzar hacia la igualdad de género entre mujeres y hombres cuando las medidas se consideran igualmente válidas para las implicaciones políticas. Por ejemplo, en el caso de Nigeria, la brecha salarial de género por hora mediana (1,4%) podría hacer que los responsables políticos concluyeran que hay casi equidad salarial en el sector sanitario y asistencial. Por otro lado, la mediana estimada (22,6%) revela una realidad muy diferente y da a entender que la desigualdad salarial en el sector sanitario y asistencial de Nigeria está por encima del promedio mundial estimado. El *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* de la OIT (OIT, 2018a)¹⁸ analizó este problema de medición, y destacó que la distribución salarial puede ser muy irregular en los mercados de trabajo donde la participación de las mujeres es baja, o en los mercados de trabajo donde las mujeres se agrupan en rangos específicos de salarios por hora, o ambos. Esto significa que las mujeres (y a veces también los

hombres) no se distribuyen uniformemente a lo largo de la gama de salarios por hora; cuando esto sucede, las dos medidas (media y mediana) utilizadas para resumir la distribución salarial son de uso limitado para calcular de forma adecuada la diferencia salarial entre mujeres y hombres. La evidencia mostrada en las figuras 3.1 y 3.2 señala que, en muchos de los 54 países para los que tenemos datos, estos *efectos de agrupamiento o composición* son características de la distribución de salarios en el sector sanitario. Por consiguiente, en muchos de los 54 países, las brechas salariales de género medias y medianas pueden dar lugar a evaluaciones empíricas muy distorsionadas de la igualdad salarial entre mujeres y hombres.

En la siguiente sección del informe se analizan las razones que subyacen a estos efectos de agrupamiento (o composición) y se propone una medición alternativa y complementaria para estimar las diferencias salariales por razón de género: la denominada *brecha salarial de género ponderada por factores*. Esta medición ayuda a eliminar, o al menos a reducir significativamente, los efectos del agrupamiento al calcular las brechas salariales de género. La medición resultante de las brechas salariales entre hombres y mujeres puede facilitar considerablemente los debates políticos sobre la desigualdad salarial entre hombres y mujeres en el sector sanitario y asistencial.

3.2 Ir más allá de la brecha salarial de género bruta y determinar la diferencia salarial entre hombres y mujeres dentro de los subgrupos

En todo el mundo, es común constatar que las mujeres y los hombres difieren en su participación en el mercado laboral, especialmente en aspectos como el tiempo de trabajo, la experiencia (aproximada por la edad),¹⁹ la categoría ocupacional y el sector institucional (es decir, el sector público frente al privado). Estas diferencias no son el resultado de procesos aleatorios, sino de los enfoques histórica y culturalmente diferentes de las mujeres y los hombres con respecto al reparto de las responsabilidades parentales y la conciliación de la vida laboral y personal. La OIT calcula que el 41,6% de las mujeres «inactivas» están fuera de la población activa debido a las responsabilidades de los cuidados no remunerados, frente al 5,8% de

¹⁸ El [Informe mundial sobre salarios 2018-2019 de la OIT](#) ofrece un análisis amplio y detallado de la distribución salarial en todo el mundo para demostrar la relación entre los indicadores sintéticos, la irregularidad de las dispersiones salariales y su relación con sus respectivas funciones de densidad acumulativa.

¹⁹ En los trabajos empíricos, la experiencia suele sustituirse por la edad, porque los instrumentos de encuesta no siempre hacen preguntas directas sobre el número de años que el encuestado ha participado en el mercado laboral. Sin embargo, la edad puede ser una aproximación nada perfecta de la experiencia en el mercado laboral de las mujeres en comparación con la de los hombres, teniendo en cuenta que las mujeres son más propensas que los hombres a hacer pausas en el mercado laboral por razones familiares y de cuidado.

los hombres. Además, el papel que desempeñan las diferentes políticas de cuidados es un factor determinante para la participación de las mujeres en el empleo remunerado; los países que presentan un mayor gasto público en políticas de cuidados muestran una participación igualmente mayor de las mujeres en el mercado laboral (OIT, 2018c). Esta dinámica también afecta a la mayor incidencia de las mujeres en el empleo a tiempo parcial, el empleo en el sector público (que ofrece más flexibilidad), o la mayor incidencia entre las mujeres que abandonan el mercado laboral durante periodos de tiempo significativos.

Los estereotipos de género, tal y como se ha comentado en la Introducción, es otra razón por la que las mujeres y los hombres difieren en su participación en el mercado laboral, lo que da lugar a la segregación ocupacional y a la feminización de determinados trabajos y sectores (Grimshaw y Rubery, 2015). En muchas partes del mundo, la violencia y el acoso relacionados con el trabajo que sufren las mujeres, especialmente en sectores u ocupaciones en los que constituyen una minoría, también pueden actuar como elemento disuasorio, desalentando a las mujeres a prepararse, ingresar o permanecer en trabajos mejor remunerados y dominados por los hombres (OIT, 2018d; Pillinger, 2017). La segregación ocupacional y la búsqueda de una conciliación de la vida laboral y personal más flexible o de un empleo favorable a la familia pueden ser una característica en todo el mundo, pero la baja participación de las mujeres en el empleo asalariado es un rasgo que distingue especialmente a los países de ingresos bajos y medios. En estos países, la falta de empleo formal empuja a muchas mujeres a trabajar por cuenta propia o como trabajadoras familiares no remuneradas en la economía informal (OIT, 2018c), siendo muy pocas las mujeres (a menudo muy remuneradas, y altamente cualificadas) las únicas que participan en el empleo asalariado.

El agrupamiento de las mujeres en determinadas categorías ocupacionales, junto con otros factores antes mencionados, implica que las mujeres pueden no estar distribuidas de forma tan uniforme en la distribución salarial como los hombres, especialmente en los países donde la participación de las mujeres como asalariadas es baja en comparación. Si no se controlan, **estos efectos de agrupamiento (o composición) producen estimaciones de la brecha salarial de género que no representan con exactitud la diferencia salarial subyacente entre mujeres y hombres.** La mejor manera de ilustrar el mecanismo que se encuentra

detrás del efecto de agrupamiento y cómo afecta a las estimaciones de la brecha salarial de género es seleccionar uno de estos factores, estimar la brecha salarial de género entre los grupos definidos por él, y comparar los resultados obtenidos con los basados en la clásica brecha salarial de género bruta. Ilustramos este hecho con el factor de las categorías ocupacionales en el sector de la salud. El cuadro 3.1 ofrece un análisis de seis países que, en conjunto, cubren la mayoría de las configuraciones combinadas (en términos del signo y la magnitud de la brecha salarial de género media bruta y la brecha salarial de género mediana bruta) observadas en la figura 3.1.²⁰ Para cada país, y distinguiendo entre las brechas salariales de género medias y medianas, las filas muestran la distribución de los trabajadores del sector sanitario utilizando las seis categorías ocupacionales descritas en el recuadro 1. Las columnas muestran los ingresos medios (o medianos) promedio de las mujeres y los hombres para cada subgrupo profesional y la parte correspondiente de cada subgrupo en la población de trabajadores de la salud y asistenciales.

Si nos fijamos en el cuadro 3.1, en Tailandia las trabajadoras profesionales de la salud representan el 36% de todas las trabajadoras de la salud y ganan 171,2 baht tailandeses por hora, en promedio. En el caso de Tailandia, la brecha salarial de género media bruta (-1,8%) indicaría que las mujeres ganan, en promedio, un 1,8% más que los hombres por hora trabajada. Sin embargo, las estimaciones detalladas del cuadro muestran que los mayores ingresos medios de todas las mujeres en el sector de la salud y asistencial (114,5 baht por hora) son el resultado del efecto de arrastre que ejerce sobre el promedio calculado el grupo de mujeres mejor pagadas en la categoría de «profesionales de la salud» (36%). En cambio, la mayoría (57%) de las mujeres tailandesas del sector de la salud y asistencial ganan bastante menos que el promedio de 114,5 baht. Al mismo tiempo, si se comparan los ingresos por hora medios de los hombres de la categoría «salud profesional» (225,6 baht por hora) con los de las mujeres (171,2 baht por hora), se observa que los hombres de la misma categoría ganan un 24,1% más que las mujeres por hora trabajada (véase la columna titulada «brecha salarial»). De hecho, en promedio, los hombres tailandeses ganan más que las mujeres tailandesas en cuatro de las seis categorías ocupacionales del sector sanitario y asistencial. Solo el 19% de las mujeres tailandesas del sector sanitario y asistencial (en su mayoría, las que trabajan en ocupaciones no sanitarias de cualificación media o baja en el sector sanitario y asistencial) parecen

²⁰ Se podría hacer un análisis similar utilizando los ingresos mensuales; en aras de la simplicidad, presentamos las estimaciones basadas únicamente en salarios por hora.

ganar un salario por hora superior al de los hombres de la misma categoría ocupacional.

Este caso ilustra cómo las medias calculadas —tanto para las mujeres como para los hombres— están sujetas a efectos de conglomerado, mientras que la brecha salarial de género por hora media resultante no capta la verdadera diferencia salarial subyacente entre mujeres y hombres. La brecha salarial de género media bruta, que parece indicar que las mujeres ganan de media un 1,8% más que los hombres, no es relevante cuando, de hecho, un promedio del 81% de las mujeres del sector sanitario y asistencial en Tailandia ganan menos por hora en comparación con las respectivas categorías de hombres utilizando un escenario alternativo. Se puede hacer un análisis similar en el caso de la mediana. Entre las mujeres tailandesas del sector sanitario y asistencial, el salario mediano se estima en 93,4 bahts por hora, lo que también se debe al efecto de arrastre sobre la mediana del 36% de las trabajadoras profesionales de la salud. Sin embargo, en cuatro de los seis grupos ocupacionales, el hombre que se encuentra en la mitad de la distribución gana un salario por hora más alto que la mujer que se sitúa en la mitad de la distribución salarial en la misma categoría ocupacional. En conclusión, tanto la media como la mediana del salario por hora en el sector sanitario y asistencial tailandés resultan ser medidas sintéticas insatisfactorias de la estructura salarial de las mujeres y los hombres del sector.

Una forma de resolver este problema con las estimaciones brutas es estimar con precisión la brecha salarial dentro de las categorías ocupacionales —donde las mujeres y los hombres tienen atributos del mercado laboral mucho más homogéneos en el proceso de determinación de los salarios— y luego tomar un promedio ponderado de las brechas salariales de género específicas de la ocupación, donde las ponderaciones vienen determinadas por el tamaño de cada categoría ocupacional en la población de trabajadores del sector. Esto es exactamente lo que se ha hecho en el cuadro 3.1 para cada uno de los países incluidos y para cada una de las dos medidas (brechas salariales de género medias y medianas). En el caso de Tailandia, utilizando el factor «categoría ocupacional», la brecha salarial de género media ponderada por factores es del 11,8%, lo que significa que, en promedio, las mujeres cobran un 11,8% menos que los hombres. La brecha salarial de género mediana ponderada por factores es del 7,2%, es decir que, teniendo en cuenta la mediana de los asalariados en todas las categorías ocupacionales, la mujer promedio del sector sanitario tailandés gana un 7,2% menos que el hombre promedio del sector.

El ejemplo de Costa Rica, que también se muestra en el cuadro 3.1, es especialmente interesante porque incluso las diferencias salariales brutas entre hombres y mujeres darían lugar a una controversia en términos de evaluación de políticas: la media bruta indica que los hombres ganan un 7,7% más que las mujeres, pero la mediana da a entender que las mujeres ganan un 5,5% más que los hombres. Por el contrario, la utilización del factor «categoría ocupacional» para corregir los efectos de conglomerado en la estimación de la brecha salarial da como resultado dos estimaciones que son consistentes en cuanto a los signos de las medidas. Es decir, en el caso de Costa Rica, tanto la media (7,0%) como la mediana (3,1%) de las brechas salariales de género ponderadas por factores indican que las mujeres ganan menos que los hombres en todos los grupos ocupacionales.

El ejemplo de Nigeria se ha incluido en el cuadro 3.1 porque, aunque tanto la media bruta como la mediana bruta tienen el mismo signo (positivo), las magnitudes son muy diferentes. Mientras que la brecha salarial de género media bruta apunta a que las mujeres ganan un 22,6% menos que los hombres, la brecha salarial de género mediana bruta refleja una casi paridad salarial de género en el sector de la salud. El uso de las categorías ocupacionales como factor para corregir los efectos de conglomerado da como resultado unas estimaciones de la media y la mediana mucho más cercanas en magnitud, y sugiere una brecha salarial de género de dos dígitos en el sector de la salud nigeriano. El caso de Bélgica también es interesante porque tanto la media bruta como la mediana bruta de las brechas salariales de género son negativas, y las dos brechas salariales de género ponderadas por factores siguen siendo negativas después de ajustar los agrupamientos en las categorías ocupacionales. En Bélgica, el 58% de los trabajadores del sector sanitario tienen empleos en ocupaciones en las que las mujeres cobran más que los hombres (las dos categorías de ocupaciones de cualificación media o baja). En las ocupaciones técnicas de la salud, que representan otro 23% de la fuerza laboral del sector sanitario, el margen por el que los hombres ganan más que las mujeres es bastante pequeño (2,4%). Así pues, en el caso de Bélgica sí tiene sentido hablar de una brecha salarial de género negativa en el sector de la salud, ya que un mayor porcentaje de mujeres, categoría por categoría, gana más que los hombres. Por esta razón, la brecha salarial ponderada por factores de Bélgica que utiliza las categorías ocupacionales da como resultado una diferencia salarial estimada que es negativa para la media y la mediana con una magnitud similar.

Los otros dos ejemplos del cuadro 3.1, Finlandia y el Uruguay, son países en los que la media y la

mediana ponderadas por factores de las diferencias salariales entre hombres y mujeres dan lugar a una reducción sustancial de la brecha de género cuando se comparan con la media y la mediana brutas originales de las desigualdades salariales por razón de género. En el caso de Finlandia, la brecha salarial de género media bruta es del 25,2%: cuando corregimos los conglomerados debidos a las categorías ocupacionales, la brecha salarial (ponderada por factores) desciende al 7,8%. ¿Qué ocurre aquí? En Finlandia, una parte relativamente importante (46%) de las trabajadoras se concentra en empleos de cualificación media y baja (por ejemplo, auxiliares sanitarios, trabajadores de apoyo de media y baja cualificación, etc.); la brecha salarial de género bruta (media y mediana) se reduce como resultado de la relativamente baja remuneración por hora en estas categorías. Una vez corregida la brecha salarial para este agrupamiento, el valor de la brecha salarial ponderada por factores es del 7,8%, lo que refleja mejor el hecho de que la mayor fracción (72%) de la muestra se encuentra en categorías ocupacionales donde la diferencia entre el salario de mujeres y hombres es relativamente baja (menos del 5%). Por último, el caso del Uruguay es similar al de Finlandia. El ajuste por conglomerados también da como resultado una brecha salarial menor en comparación con la media o mediana brutas de la brecha salarial entre hombres y mujeres. Sin embargo, en el caso del Uruguay, las distribuciones de mujeres y hombres entre las categorías ocupacionales son relativamente similares, salvo que un porcentaje ligeramente mayor de hombres de cualificación media y baja hace bajar el promedio ponderado por factores. Por lo demás, la segregación ocupacional del Uruguay no explica gran parte de la brecha salarial de género observada en su sector de la salud y asistencial.

El cuadro 3.1 presenta una aplicación simplificada de la metodología utilizada en la brecha salarial de género ponderada por factores desarrollada y detallada en el *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* de la OIT (OIT, 2018a). En ese informe, la OIT propone utilizar varios factores para formar subgrupos de mujeres y hombres que sean homogéneos con respecto a las características y dotaciones clave en el proceso de determinación de los salarios, en particular, el tiempo de trabajo, la categoría ocupacional, la edad y el sector institucional. Mientras que la edad y la educación son los dos factores principales detrás del modelo de capital humano (Mincer, 1974), los factores «tiempo de trabajo» y «sector institucional» son claros candidatos a captar las dimensiones de género en los comportamientos selectivos de mujeres y hombres en el mercado laboral²¹. El análisis del cuadro 3.1 utiliza la «ocupación» en lugar de la «educación» porque existe una fuerte correlación entre estas dos variables en los sectores en los que las funciones del trabajo están bien establecidas de acuerdo con las competencias adquiridas a través de la educación formal, como es el caso del sector de la salud y asistencial; por lo tanto, parece razonable utilizar los datos disponibles para comparar mejor a los individuos con trabajos similares, aunque haya variaciones en sus logros educativos. La sección siguiente aplica la metodología de las diferencias salariales entre hombres y mujeres ponderadas por factores para determinar y medir mejor la brecha salarial de género en el sector de la salud en todo el mundo.

²¹ Es importante poner de relieve que la brecha salarial ponderada por factores que se propone no es equivalente a la «brecha salarial de género ajustada» de otros trabajos empíricos. Esto último requiere técnicas para reconocer y excluir la parte de la brecha derivada de la diferencia entre mujeres y hombres en cuanto a características y dotaciones en el mercado laboral. Esta cuestión se analiza en las secciones 4 y 5.

CUADRO 3.1

De la brecha salarial de género BRUTA a la brecha salarial de género PONDERADA POR FACTORES

BÉLGICA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA)		Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Categoría ocupacional	Profesionales de la salud	28,1	0,15	32,0	0,15	0,15	12,0
	Técnicos de la salud	21,6	0,23	22,1	0,16	0,21	2,4
	Sanitarios con cualificación media/baja	17,1	0,44	16,8	0,21	0,39	-1,8
	Profesionales no sanitarios	26,6	0,02	31,2	0,05	0,03	14,8
	Técnicos no sanitarios	21,2	0,02	22,5	0,02	0,02	6,1
	No sanitarios con cualificación media/baja	17,5	0,14	15,2	0,41	0,21	-15,5
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)		20,1	0,77	20,1	0,23		-0,1
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES							-1,1
Bélgica (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA)		Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Categoría ocupacional	Profesionales de la salud	27,2	0,15	29,5	0,15	0,15	7,6
	Técnicos de la salud	21,6	0,23	21,8	0,16	0,21	0,9
	Sanitarios con cualificación media/baja	16,6	0,44	16,5	0,21	0,39	-0,7
	Profesionales no sanitarios	25,5	0,02	28,9	0,05	0,03	11,8
	Técnicos no sanitarios	21,1	0,02	23,1	0,02	0,02	8,4
	No sanitarios con cualificación media/baja	17,3	0,14	14,0	0,41	0,21	-24,0
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)		18,7	0,77	17,6	0,23		-6,2
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES							-3,4

COSTA RICA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	7676,1	0,25	8590,9	0,25	0,25	10,7
Técnicos de la salud	3551,5	0,13	3075,5	0,15	0,14	-15,5
Sanitarios con cualificación media/baja	2238,2	0,32	2450,3	0,18	0,27	8,7
Profesionales no sanitarios	5766,9	0,08	8100,3	0,04	0,06	28,8
Técnicos no sanitarios	3346,7	0,03	3747,4	0,06	0,04	10,7
No sanitarios con cualificación media/baja	2166,0	0,21	2343,2	0,31	0,24	7,6
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	4006,2	0,63	4335,2	0,37		7,7
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						7,0
COSTA RICA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	7211,5	0,25	7692,3	0,25	0,25	6,3
Técnicos de la salud	3484,8	0,13	3004,8	0,15	0,14	-16,0
Sanitarios con cualificación media/baja	1979,2	0,32	2227,9	0,18	0,27	11,2
Profesionales no sanitarios	4675,1	0,08	5741,2	0,04	0,06	18,6
Técnicos no sanitarios	3125,0	0,03	3461,5	0,06	0,04	9,7
No sanitarios con cualificación media/baja	2156,5	0,21	2083,3	0,31	0,24	-3,5
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	2987,8	0,63	2831,9	0,37		-5,5
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						3,1

FINLANDIA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	33,3	0,07	44,7	0,21	0,08	25,5
Técnicos de la salud	18,7	0,25	19,5	0,20	0,24	4,1
Sanitarios con cualificación media/baja	15,2	0,46	15,8	0,29	0,44	3,6
Profesionales no sanitarios	19,4	0,10	27,0	0,09	0,10	28,2
Técnicos no sanitarios	16,9	0,09	17,6	0,13	0,09	4,3
No sanitarios con cualificación media/baja	14,9	0,03	14,4	0,08	0,04	-3,5
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	17,9	0,89	23,8	0,11		25,2
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						7,8
FINLANDIA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	30,2	0,07	43,4	0,21	0,08	30,3
Técnicos de la salud	18,0	0,25	19,2	0,20	0,24	6,1
Sanitarios con cualificación media/baja	14,9	0,46	15,5	0,29	0,44	3,7
Profesionales no sanitarios	17,5	0,10	22,9	0,09	0,10	23,5
Técnicos no sanitarios	16,2	0,09	16,9	0,13	0,09	4,4
No sanitarios con cualificación media/baja	14,7	0,03	14,3	0,08	0,04	-3,1
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	16,5	0,89	18,4	0,11		10,3
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						8,3

NIGERIA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	428,0	0,59	693,9	0,40	0,52	38,3
Técnicos de la salud	261,3	0,22	234,1	0,14	0,19	-11,6
Sanitarios con cualificación media/baja	147,8	0,11	247,2	0,04	0,08	40,2
Profesionales no sanitarios	182,1	0,04	285,1	0,31	0,15	36,1
Técnicos no sanitarios	72,2	0,02	191,6	0,02	0,02	62,3
No sanitarios con cualificación media/baja	176,8	0,01	262,0	0,09	0,04	32,5
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	338,1	0,61	436,8	0,39		22,6
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						28,8
NIGERIA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	288,5	0,59	576,9	0,40	0,52	50,0
Técnicos de la salud	256,4	0,22	213,7	0,14	0,19	-20,0
Sanitarios con cualificación media/baja	85,7	0,11	141,3	0,04	0,08	39,3
Profesionales no sanitarios	131,9	0,04	230,8	0,31	0,15	42,9
Técnicos no sanitarios	73,4	0,02	230,8	0,02	0,02	68,2
No sanitarios con cualificación media/baja	230,8	0,01	221,9	0,09	0,04	-4,0
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	247,3	0,61	250,8	0,39		1,4
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						32,6

TAILANDIA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	171,2	0,36	225,6	0,19	0,32	24,1
Técnicos de la salud	83,6	0,19	101,0	0,15	0,18	17,2
Sanitarios con cualificación media/baja	60,9	0,23	65,8	0,24	0,23	7,4
Profesionales no sanitarios	135,3	0,08	190,3	0,07	0,07	28,9
Técnicos no sanitarios	109,1	0,04	100,3	0,04	0,04	-8,8
No sanitarios con cualificación media/baja	82,2	0,11	70,0	0,31	0,15	-17,3
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	114,5	0,78	112,5	0,22		-1,8
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						11,8
TAILANDIA (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	154,9	0,36	173,1	0,19	0,32	10,5
Técnicos de la salud	69,2	0,19	82,4	0,15	0,18	16,0
Sanitarios con cualificación media/baja	54,4	0,23	57,7	0,24	0,23	5,7
Profesionales no sanitarios	112,1	0,08	178,0	0,07	0,07	37,0
Técnicos no sanitarios	98,9	0,04	86,5	0,04	0,04	-14,3
No sanitarios con cualificación media/baja	72,1	0,11	61,3	0,31	0,15	-17,6
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	93,4	0,78	79,1	0,22		-18,1
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						7,2

URUGUAY (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	428,0	0,59	693,9	0,40	0,52	38,3
Técnicos de la salud	261,3	0,22	234,1	0,14	0,19	-11,6
Sanitarios con cualificación media/baja	147,8	0,11	247,2	0,04	0,08	40,2
Profesionales no sanitarios	182,1	0,04	285,1	0,31	0,15	36,1
Técnicos no sanitarios	72,2	0,02	191,6	0,02	0,02	62,3
No sanitarios con cualificación media/baja	176,8	0,01	262,0	0,09	0,04	32,5
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	338,1	0,61	436,8	0,39		22,6
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						28,8
URUGUAY (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO MEDIANA)	Salario por hora medio de las mujeres (moneda nacional)	Proporción de MUJERES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Salario por hora medio de los hombres (moneda nacional)	Proporción de HOMBRES entre todas las mujeres del sector sanitario y asistencial	Proporción de trabajadores asalariados por ocupación en el sector de la salud y asistencial (ponderación)	BRECHA SALARIAL (%)
Profesionales de la salud	388,1	0,16	664,2	0,21	0,17	41,6
Técnicos de la salud	230,9	0,17	243,4	0,13	0,16	5,1
Sanitarios con cualificación media/baja	167,7	0,36	187,3	0,20	0,32	10,5
Profesionales no sanitarios	325,2	0,06	399,3	0,06	0,06	18,6
Técnicos no sanitarios	236,3	0,04	298,2	0,08	0,05	20,8
No sanitarios con cualificación media/baja	203,2	0,20	153,4	0,32	0,23	-32,4
Todos (BRECHA SALARIAL DE GÉNERO bruta)	212,2	0,78	238,9	0,22		11,1
BRECHA SALARIAL DE GÉNERO PONDERADA POR FACTORES						6,2

Notas: Las seis categorías ocupacionales se basan en la clasificación de la CIUO-08 descrita en el recuadro 1. Las estimaciones salariales se muestran en unidades de moneda local.

Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

3.3 Un análisis ponderado por factores de la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial

El uso de los cuatro factores propuestos por el *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* de la OIT implica dividir los datos en más subgrupos que las seis categorías ocupacionales utilizadas a título ilustrativo en el cuadro 3.1. Por ejemplo, la variable «edad» puede utilizarse para subdividir la muestra en cuatro categorías; las variables «trabajadores a tiempo completo frente a trabajadores a tiempo parcial» y «lugar de trabajo del sector privado frente al sector público» definen dos categorías cada una. Junto con las categorías ocupacionales descritas en el recuadro 1, los cuatro factores generan un total de (como máximo) 96 divisiones (que es el resultado de integrar 6 x 4 x 2 x 2 subgrupos principales). En general, es preferible mantener el número de divisiones razonablemente pequeño para que el tamaño de la muestra en cada subgrupo siga siendo lo suficientemente grande como para evitar el problema del sesgo de la muestra pequeña (es decir, para evitar el efecto de sesgo de unos pocos individuos cuyos ingresos no son representativos del subgrupo dado). Cuando la brecha salarial de género ponderada por factores se aplica a todos los trabajadores del mercado laboral (en lugar de seleccionar solo a los trabajadores de la salud), el uso de los cuatro factores mencionados puede dejar subgrupos cuyo tamaño es lo bastante grande como para evitar los efectos de tamaño pequeño. Sin embargo, un examen de los datos muestra que, en 23 de los 54 países de nuestra base de datos, la selección de los trabajadores sanitarios reduce considerablemente las muestras, de modo que la utilización de los cuatro factores (por ejemplo, la división de la muestra en 96 subgrupos) da lugar a estimaciones de las brechas salariales de género que están sesgadas por algunos subgrupos muy pequeños. Para no tener este problema, mostramos las estimaciones de la brecha salarial de género ponderada por factores utilizando el factor único «categorías ocupacionales» en los 54 países; después de todo, el cuadro 3.1 muestra que este factor único puede servir para controlar algunos efectos de conglomerado importantes en la distribución salarial de los trabajadores de la salud y asistenciales.

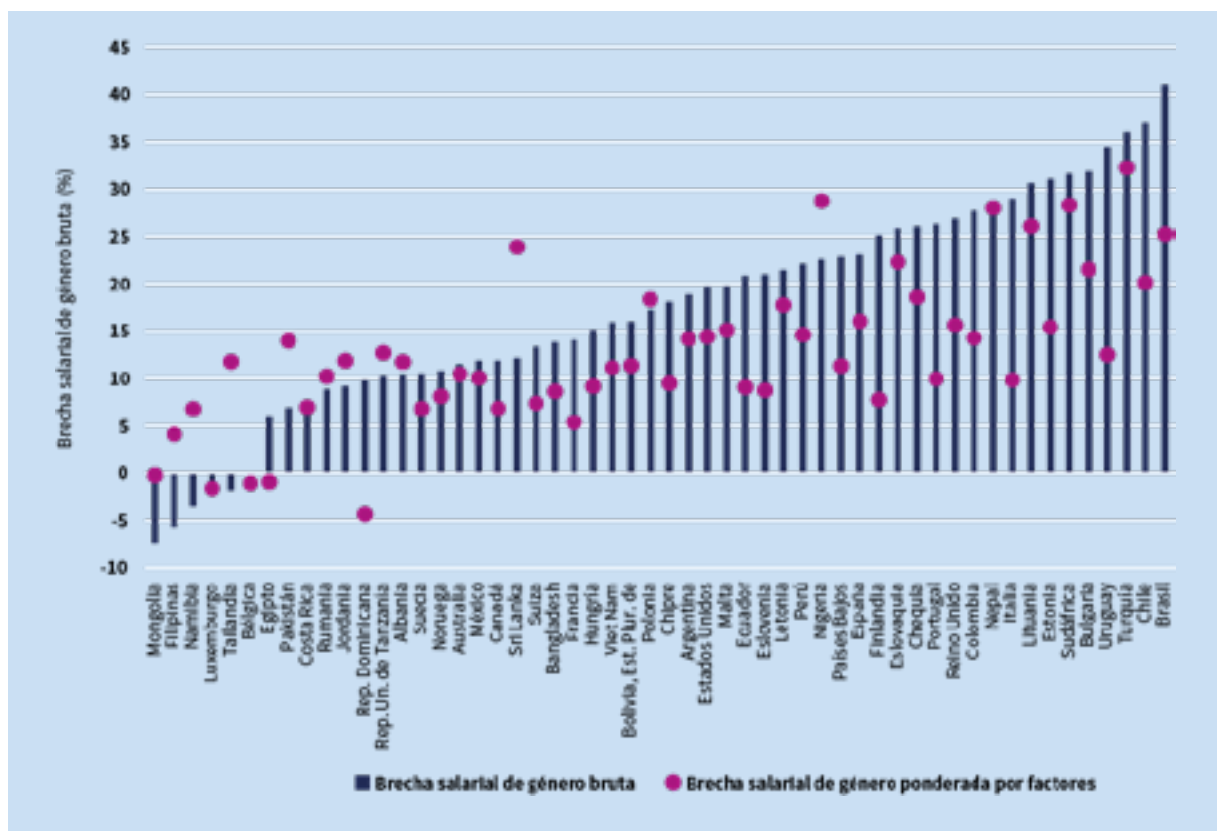
Es importante destacar que, a partir de este punto, y durante el resto del informe, todas las estimaciones se basan en los salarios por hora (en lugar de los ingresos mensuales). Los salarios por hora comparan unidades separadas del tiempo de trabajo, y el salario por hora es el indicador de la meta 8.5 del ODS 8 sobre la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.

La figura 3.3 muestra la «brecha salarial de género media bruta» (mostrada por primera vez en la figura 3.2) frente a la brecha salarial de género ponderada por factores de las categorías ocupacionales, como las que se presentan en el cuadro 3.1. En la figura 3.3, los 54 países se clasifican de menor a mayor brecha salarial utilizando la estimación media bruta. La figura indica que en 12 de los 54 países la brecha salarial de género ponderada por factores es mayor que la brecha salarial de género media bruta. Estos 12 países — entre los que se encuentran tres de Europa (Albania, Polonia y Rumania)— son todos ellos países de ingresos bajos y medios, donde la proporción de mujeres asalariadas, en relación con el número de mujeres en edad de trabajar de la población, es relativamente baja. Por ejemplo, en 4 de estos 12 países (Albania, Jordania, Nigeria y Tailandia) los datos muestran que solo el 16%, el 12%, el 7% y el 28% de las mujeres en edad de trabajar de sus respectivas poblaciones son asalariadas, frente al 70%, 54%, 61% y 78% de los hombres en edad de trabajar, respectivamente. Estos 12 países tienen características similares a las que presenta Tailandia en el cuadro 3.1: las mujeres asalariadas en el sector sanitario no están repartidas uniformemente en la distribución salarial. En cambio, un pequeño grupo de mujeres muy bien pagadas hace subir el salario por hora medio estimado, si bien este promedio no representa los ingresos de la mayor parte de las trabajadoras de la salud, que de hecho se agrupan en trabajos mal remunerados. La corrección de los efectos de agrupamiento en estos 12 países da lugar a estimaciones más elevadas de la brecha salarial entre hombres y mujeres en comparación con la estimación de la remuneración de género media bruta y, por lo tanto, refleja mejor la verdadera diferencia salarial subyacente entre mujeres y hombres en el sector de la salud y asistencial.

En tres países en particular —Namibia, Filipinas y Tailandia— la brecha salarial de género media bruta era negativa, pero es positiva cuando se utiliza la alternativa ponderada por factores. Así, la corrección de los efectos de agrupamiento mediante la categoría ocupacional sirve para constatar que, en Namibia, Filipinas y Tailandia, las mujeres del sector sanitario en general cobran, respectivamente, 6,8%, 4,1% y 11,8% menos que los hombres. En el caso de Mongolia, que también presentaba una brecha salarial de género media negativa (-7,5%), la brecha salarial de género ponderada por factores aumenta con respecto a la estimación bruta hasta el -0,2% (lo que muestra que se está cerca de la paridad salarial si no se tiene en cuenta ningún otro factor). Otras estimaciones de la figura 3.3 muestran que en 5 de los 54 países (Australia, Bélgica, Costa Rica, Luxemburgo y

FIGURA 3.3

Brecha salarial de género bruta frente a la ponderada por categorías ocupacionales (ponderada por factores)



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

Nepal) hay diferencias casi imperceptibles entre las brechas salariales de género medias brutas y las medias ponderadas por factores. En Bélgica y Luxemburgo, las estimaciones ponderadas por factores son casi nulas y negativas (-1,1% en el caso de Bélgica y -1,6% en el de Luxemburgo), mientras que en Australia, Costa Rica y Nepal la medida ponderada por factores revela que las mujeres cobran un 7,0%, 11,0% y 28,0% menos que los hombres, respectivamente.

Por último, lo que más llama la atención en la figura 3.3 es que en la mayoría de los países (35 de los 54) la estimación ponderada por factores es inferior a la brecha salarial de género media bruta. En algunos casos, el cambio entre las medidas brutas y las ponderadas por factores es pequeño, como en el caso de Noruega, que baja del 11,8% al 8,1%. Sin embargo, en otros países el cambio representa un descenso superior a la mitad, como en el caso de Italia, donde la brecha salarial de género bruta es del 29,0% y se reduce al 9,8% cuando se corrigen los efectos de agrupamiento. En este grupo también se incluye un país (la República Dominicana) en el que la medida se vuelve negativa, pasando de una estimación positiva del 10% en el caso de la brecha

salarial de género bruta a un -5,0% cuando se controlan los conglomerados de ocupaciones.

Según los ejemplos detallados de Finlandia y el Uruguay que se muestran en el cuadro 3.1, se deduce que estos 35 países se caracterizan posiblemente por la sobrerrepresentación de las mujeres en las ocupaciones mal pagadas del sector sanitario, junto con las estimaciones de las brechas salariales de género que aumentan su valor a medida que pasamos de las categorías ocupacionales más bajas a las más altas. Dado que el estimador clásico de la remuneración de género bruta ignora la sobrerrepresentación de las mujeres en las ocupaciones mal pagadas, la estimación bruta resultante es una sobreestimación de la verdadera diferencia salarial subyacente. Por otro lado, la brecha salarial de género ponderada por factores tiene en cuenta la sobrerrepresentación de las mujeres en las categorías ocupacionales inferiores y corrige estos efectos de agrupamiento al estimar las diferencias salariales entre mujeres y hombres. Así pues, la constatación de que en 35 de los 54 países la brecha salarial de género ponderada por factores es menor que la brecha salarial de género bruta, ilustra que las mujeres están sobrerrepresentadas en las

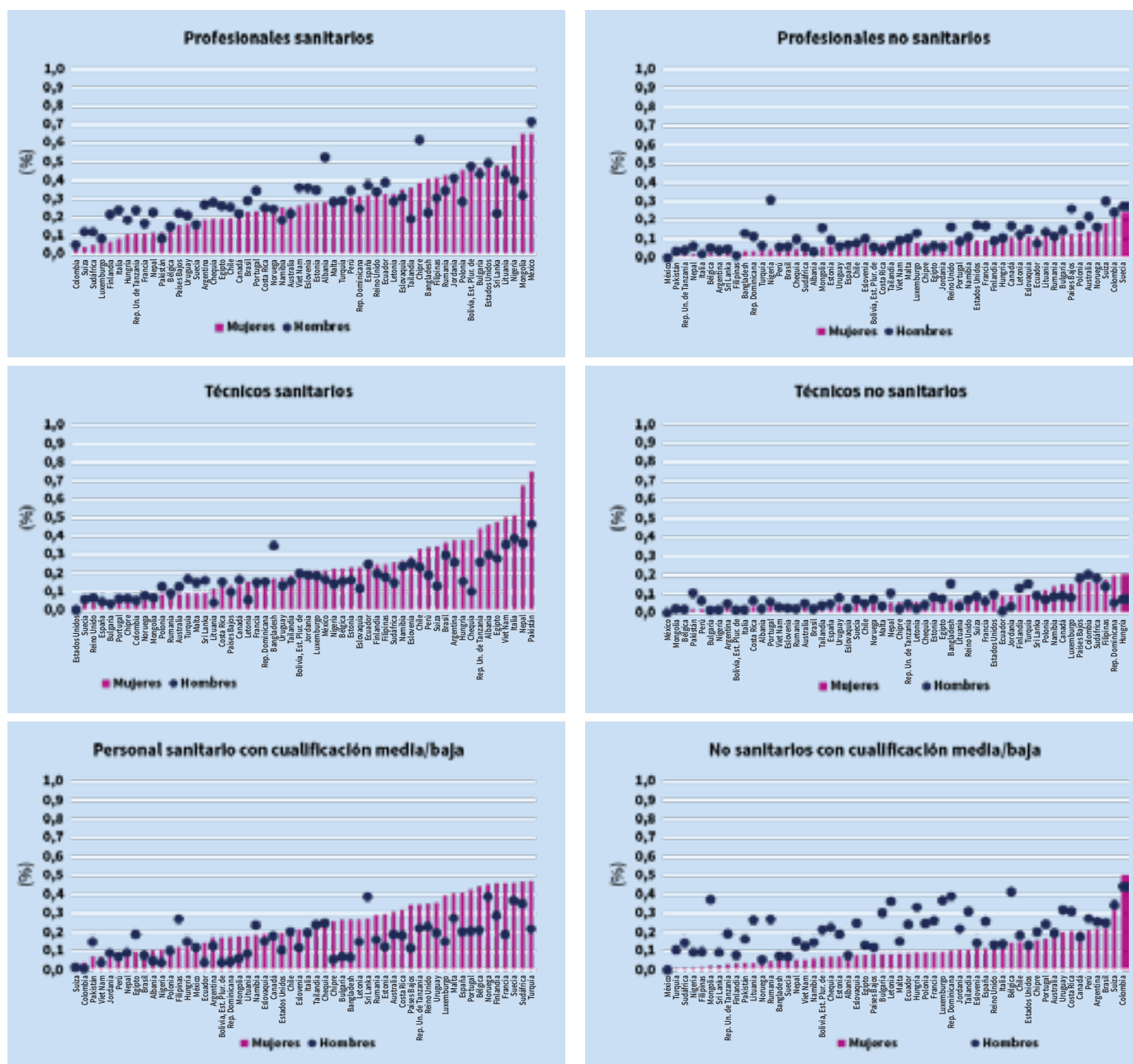
categorías ocupacionales más bajas en las que la disparidad salarial por razón de género es menor.

La sobrerrepresentación de las mujeres en las ocupaciones de nivel inferior se expone en la figura 3.4, que compara la proporción de mujeres en una categoría determinada (entre todas las mujeres) con la proporción de hombres en una categoría determinada (entre todos los hombres) por categorías ocupacionales, considerando en ambos casos solo a los empleados asalariados del sector sanitario. Los seis gráficos de la figura 3.4 se presentan con los mismos valores en el eje vertical para destacar y contrastar la importancia de cada categoría ocupacional en el sector sanitario. De esta figura se desprende claramente que, en la gran mayoría de los países, los hombres están sobrerrepresentados en las categorías de profesionales de la salud (por ejemplo, médicos) y en las categorías no sanitarias de cualificación media/baja (por ejemplo, conductores, basureros, preparación de alimentos). En cambio, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de ocupar puestos de trabajo de cualificación media/baja relacionados con la salud (por ejemplo, trabajadores de apoyo y de atención sanitaria personal, limpiadores). En 38 de los 54 países,

la representación de las mujeres en los trabajos técnicos relacionados con la salud (por ejemplo, análisis de laboratorio, parteras, enfermería auxiliar) es mayor que la de los hombres; en algunos de los 38 países, la diferencia es marginal (por ejemplo, en Francia la fracción de mujeres [entre las mujeres] es solo 1,0 punto porcentual mayor que la de los hombres [entre los hombres] en esta categoría). Sin embargo, en otros países la representación de las mujeres es ≥ 15 puntos porcentuales superior a la de los hombres (por ejemplo, en Italia, Nepal y el Pakistán). La categoría de ocupaciones técnicas no sanitarias (por ejemplo, agentes de ventas, bibliotecarios, técnicos de telecomunicaciones y radiodifusión) parece ocupar una parte relativamente pequeña de los puestos de trabajo en el sector de la salud, y mientras que en 26 de los 54 países la representación de los hombres (entre los hombres) es superior a la de las mujeres (entre las mujeres), la diferencia es casi nula, excepto en el Pakistán y Bangladesh (donde la representación de los hombres en las ocupaciones técnicas no relacionadas con la salud es de unos 8 puntos porcentuales más que la de las mujeres). Aun así, se trata de dos países en los que la participación de la mujer en el empleo remunerado es relativamente baja en general.

FIGURA 3.4

Proporción de mujeres en una categoría determinada (entre todas las mujeres) y proporción de hombres en una categoría determinada (entre todos los hombres), por categorías ocupacionales: clasificación de los países de menor a mayor proporción de mujeres en la clase ocupacional dada en el sector de la salud



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

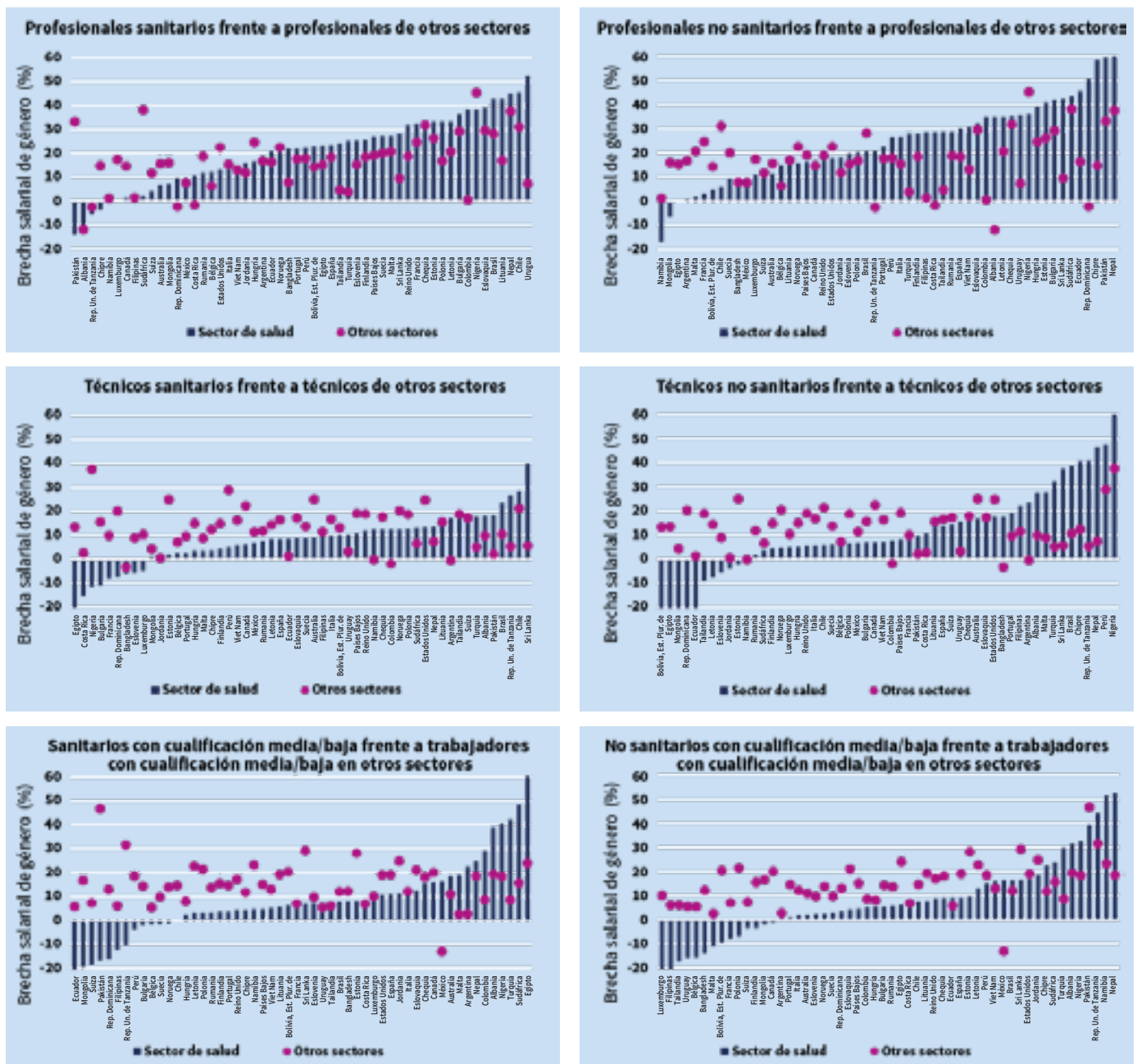
3.4 Comparación de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial con las brechas halladas en otros sectores económicos

Finalmente, no podríamos completar esta sección sin comparar la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial con otros sectores de la economía, teniendo en cuenta las categorías ocupacionales en la comparación. La figura 3.5 muestra la brecha salarial de género

en cada categoría ocupacional en el sector de la salud y la compara con la brecha salarial de género en categorías ocupacionales similares en otros sectores de la economía, con los países clasificados de menor a mayor en la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial. La primera observación que se desprende de este análisis es que en un gran número de países la brecha salarial de género en las categorías ocupacionales del sector sanitario y asistencial es mayor que en las categorías ocupacionales de otros sectores de la economía.

FIGURA 3.5

Brechas salariales de género por categorías ocupacionales en el sector sanitario y asistencial en comparación con las categorías ocupacionales de otros sectores económicos



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

Si se consideran los empleos profesionales relacionados con la salud (por ejemplo, médicos), esto ocurre en 40 de los 54 países, mientras que en los empleos profesionales no relacionados con la salud (por ejemplo, director de hospital), esto ocurre en 37 de los 54 países. Sin embargo, esta conclusión no parece ser válida para los empleos de los demás grupos ocupacionales (empleos técnicos, de cualificación media o baja), donde la mayoría de las veces la brecha salarial de género es mayor en otros sectores económicos que en el sector sanitario.

Centrándonos exclusivamente en el sector sanitario y asistencial, la figura 3.5 muestra que la brecha salarial de género es mucho mayor entre las ocupaciones profesionales que en las demás categorías ocupacionales, y más alta en las ocupaciones técnicas que en los empleos de cualificación media/baja. El hecho de que las mujeres tengan más probabilidades de ocupar puestos de trabajo en el sector sanitario donde la brecha salarial de género es menor (en particular, los empleos técnicos relacionados con la salud y los empleos de cualificación media/baja relacionados con la salud), como se muestra en la figura 3.4, junto con el hecho de que los hombres estén sobrerrepresentados en los empleos no sanitarios de cualificación media/baja (en los que la brecha salarial de género tiende a ser menor) es lo que hace que la desigualdad salarial ponderada por factores basada en la ocupación sea inferior a la brecha salarial de género media bruta en un número significativo de países, como se ilustró en la sección 3.3.

Las figuras 3.3 a 3.5 muestran que, en el caso del sector sanitario y asistencial, la diferencia salarial entre hombres y mujeres es mayor en el extremo

superior de la distribución salarial (en las categorías ocupacionales superiores) en casi todos los países de los que tenemos datos. En estos países, la brecha salarial de género ponderada por factores corrige a la baja la brecha salarial de género media bruta porque rebaja el peso de las brechas salariales de género más elevadas en las categorías ocupacionales más altas, donde las mujeres están menos representadas. Si las mujeres y los hombres estuvieran representados por igual en las seis clasificaciones ocupacionales, la brecha salarial de género ponderada por factores observada aumentaría de hecho en casi todos los países, ya que daría más peso a las brechas salariales de mayor magnitud. En otras palabras, a menos que se aborden las diferencias salariales dentro de las categorías ocupacionales, la segregación ocupacional basada en el género en el sector de la salud y asistencial aumentaría, no reduciría, la brecha salarial entre hombres y mujeres. Aunque a menudo se plantea que la reducción de la segregación ocupacional basada en el género contribuiría a reducir las diferencias salariales entre hombres y mujeres, las estimaciones de las figuras anteriores muestran que la lucha contra las brechas salariales de género no es solo una cuestión de abordar las desigualdades particulares de género en el mercado laboral (por ejemplo, la segregación de género). Más bien, se trata de atender a múltiples facetas entrelazadas que, en conjunto, determinan las desigualdades salariales entre mujeres y hombres, incluso en el sector sanitario y asistencial. Esto se analiza con más detalle en las secciones 4 y 5, donde se revisa la diferencia salarial entre hombres y mujeres en cada decil de la distribución salarial y en relación con otros atributos que desempeñan un papel clave en los procesos de determinación de los salarios.

Factores que favorecen la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial

La sección 3 mostró que, por término medio en todo el mundo y en la mayoría de los países, las mujeres ganan menos que los hombres en el sector de la salud y asistencial, con mayores diferencias salariales por razón de género en las categorías ocupacionales técnicas y profesionales. ¿Qué explica estas brechas salariales de género? Para responder a esta pregunta, en esta sección se cuantifican las brechas salariales de género y se comparan las características de mujeres y hombres en cada cuantil de la distribución salarial por hora.²² El objetivo de este análisis es comprender si los factores que determinan los salarios (como la edad, la educación, las modalidades de tiempo de trabajo, etc.) son similares entre las mujeres y los hombres que ocupan los mismos lugares en sus respectivas distribuciones de salarios por hora. Además, las políticas salariales (como los salarios mínimos o los convenios colectivos) tienen efectos diferentes en los distintos lugares de la distribución salarial, por lo que la estimación de la brecha salarial en diversos cuantiles puede arrojar luz sobre el posible impacto de las políticas salariales en la brecha salarial de género general. Los resultados presentados en esta sección muestran que la brecha salarial de género varía significativamente a través de la distribución salarial por hora para todos los países, con una tendencia a que la brecha aumente a medida que pasamos de cuantiles más bajos a más altos de la distribución salarial. Nuestro análisis muestra además que, a pesar de la baja participación de los hombres en el sector sanitario y asistencial en todos los países, los hombres están sobrerrepresentados en el decil superior —y aún más en el centil superior— de la distribución del salario por hora, donde la diferencia salarial de género es mucho mayor. En cuanto a las características del mercado laboral, las mujeres y los hombres no son fundamentalmente diferentes dentro de los deciles de la distribución de los salarios por hora y a lo largo de ella. Sin embargo, en algunos países, los hombres tienden a ser mayores (y por lo tanto tienen más experiencia) y poseen más educación superior en comparación con las mujeres, de nuevo particularmente en el extremo superior de la distribución salarial. La segregación de género aparece como una característica generalizada del sector sanitario y asistencial en todo el mundo. Encontramos que la edad, la educación y la segregación de género en las categorías ocupacionales son algunos de los factores que subyacen a la brecha salarial entre hombres y mujeres en el sector sanitario y asistencial.

4.1 La brecha salarial de género en la distribución de los salarios por hora en el sector sanitario y asistencial

La figura 4.1 muestra la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el sector sanitario y asistencial en cada cuantil (Q1-Q9) de la distribución de los salarios por hora para una selección de países que, en conjunto, cubren las seis regiones geográficas y los grupos de ingresos.²³ La primera constatación es que **la brecha salarial de género varía a lo largo**

de la distribución de los salarios por hora en todos los países, con una tendencia a aumentar a medida que se pasa de los cuantiles más bajos a los más altos. De hecho, esta observación es cierta para todos los países de ingresos altos, excepto para el Canadá, donde la brecha salarial de género es mayor en los cuantiles del medio en comparación con los que se encuentran en los extremos de la distribución. En varios de estos países de ingresos altos, la diferencia salarial entre hombres y mujeres es negativa en los cuantiles más bajos, pero vuelve

²² En este informe, las estimaciones en el cuantil, el decil o el centil se refieren siempre a valores de umbral y no a valores medios. Utilizamos el término cuantil (en lugar de decil) para referirnos a cada uno de los umbrales que dividen los datos en diez grupos de igual tamaño. De este modo se evita la confusión con el término «decil», que se utiliza más a menudo para estimar el valor promedio entre dos de los nueve umbrales que dividen una distribución en diez partes.

²³ Las secciones 4 y 5 exponen estimaciones y descomposiciones para una selección de los 54 países para los que tenemos datos de encuestas. Las selecciones tienen como objetivo ilustrar las configuraciones y los diferentes aspectos de la brecha salarial de género, a la vez que proporcionan ejemplos de todas las regiones geográficas y grupos de ingresos. Hay estimaciones similares para el resto de los países no seleccionados en las ilustraciones de las secciones 4 y 5, que pueden solicitarse a los autores del informe.

a ser positiva en el segundo o tercer cuantil. Por ejemplo, en Francia, las mujeres de los dos cuantiles inferiores ganan un 10% y un 1% más que los hombres de los mismos cuantiles. La brecha salarial se vuelve positiva a partir del tercer cuantil desde la parte inferior, y alcanza el 35% en el cuantil superior, lo que significa que las trabajadoras sanitarias del cuantil superior ganan un 35% menos por hora que los hombres situados en el mismo cuantil en Francia. En otros países de ingresos altos, como la Argentina, el Canadá, Italia y los Estados Unidos, la brecha salarial de género es positiva en todos los cuantiles, y algunos muestran diferencias salariales sorprendentemente altas entre mujeres y hombres en el mismo cuantil. Por ejemplo, en el cuantil superior de Italia, los hombres ganan un 69% más que las mujeres.

En las regiones geográficas con una mayor proporción de países de ingresos bajos y medios, la forma de la brecha salarial de género a través de los cuantiles muestra una mayor variación; sin embargo, en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios (con la excepción de Bangladesh, Sudáfrica y Sri Lanka) observamos que, en gran medida, las diferencias salariales también aumentan a medida que pasamos de los cuantiles inferiores a los superiores de la distribución salarial. Esto contrasta un tanto con las estimaciones de la brecha salarial a través de los cuantiles que incluyen todos los sectores económicos, como se ilustra en el *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* de la OIT (OIT, 2018a). Ese análisis demostró que en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios la brecha salarial de género era mayor en la parte inferior y disminuía a medida que nos desplazábamos hacia la parte superior de la distribución salarial. Por ejemplo, en el Perú, las diferencias salariales entre hombres y mujeres en los cuantiles inferiores y superiores, utilizando todos los sectores económicos, eran de alrededor del 24% y el 6%, respectivamente. La figura 4.1 muestra que la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial, específicamente en el Perú, es del 15% en la parte inferior y aumenta hasta el 38% en el cuantil superior.

Una de las razones del contraste entre las cifras del cuantil inferior podría ser la menor proporción de empleo informal en el sector sanitario y asistencial en comparación con el conjunto de la economía. El empleo informal conlleva una mayor probabilidad de incumplimiento del salario mínimo, si bien este

cumplimiento puede ser eficaz para reducir las desigualdades salariales en el decil inferior, incluida la desigualdad salarial por razón de género (OIT, 2020b). Dado que hay más empleo informal en el conjunto de la economía en comparación con el del sector sanitario y asistencial, especialmente en países como el Perú, donde el empleo informal es significativo, es probable que esta menor fracción de empleo informal en el sector de la salud y asistencial sirva para reducir la brecha salarial de género en la parte inferior de la distribución salarial cuando se compara con la brecha entre todos los trabajadores asalariados. Los datos indican que en los países de ingresos bajos y medios la proporción de trabajadores con empleos informales y, en consecuencia, cuyos ingresos tienen más probabilidades de estar por debajo del salario mínimo legal, es menor en el sector sanitario y asistencial en comparación con la población en general. Por ejemplo, en Colombia, México y el Perú las proporciones de trabajadores asalariados con empleo informal en el conjunto de la economía se estiman en un 36%, 45% y 44%, respectivamente; en el sector sanitario y asistencial de estos países, la fracción de trabajadores en la economía informal es solo del 9%, 20% y 18%, respectivamente.²⁴

Sigue siendo cierto que en varios países de ingresos bajos y medios la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial en el extremo inferior de la distribución salarial es relativamente alta en comparación con otros cuantiles; por ejemplo, en Egipto y Sri Lanka, las brechas salariales de género son del 20% y el 42%, respectivamente, en el cuantil inferior. En algunos países, las irregularidades que observamos se deben a la representación relativamente escasa de los hombres en el sector de la salud y asistencial y, por tanto, en todos los cuantiles; el sector de la salud y asistencial está muy feminizado, ya que los hombres representan menos del 50% de los trabajadores en la mayoría de los países. Este hecho se puede observar en la figura 4.2, que muestra la proporción de mujeres y hombres en los distintos lugares de la distribución salarial (en la misma selección de países incluida en la figura 4.1). Si volvemos a examinar Egipto y Sri Lanka, observamos que la proporción de hombres en la parte inferior de la distribución es relativamente pequeña. En estos países, y en otros con una representación igualmente baja de hombres en el sector de la salud y asistencial, las estimaciones más elevadas de la brecha salarial de género en la parte

²⁴ La informalidad, sobre todo en las economías donde el fenómeno tiene gran magnitud (como en América Latina, África o Asia Sudoriental), tiende a ser mayor en las pequeñas empresas, que se caracterizan por su escasa inversión en capital humano y cuya supervivencia está mucho más sujeta al impacto de los ciclos económicos; esto incluye sectores como el comercio, la agricultura o la construcción (OIT, 2018d; OIT, 2020d ([wcms_759551.pdf \(ilo.org\)](https://www.ilo.org/wcms/759551.pdf)). Sin embargo, el sector de la salud y asistencial se caracteriza por tener empresas de tamaño medio y grande, cuyas operaciones están menos sujetas al ciclo económico y en las que la inversión en capital humano es relativamente alta en comparación con otros sectores. Esto podría ayudar a explicar por qué la incidencia del empleo informal en el sector de la salud y asistencial es menor que en otros sectores económicos, especialmente en las economías donde la informalidad está muy generalizada.

inferior pueden deberse a los efectos del tamaño pequeño de la muestra.

En general, la figura 4.2 muestra **un patrón claro en todos los países: la proporción de hombres que trabajan en el sector de la salud y asistencial es significativamente menor que la de las mujeres.**²⁵

Este es el caso de todos los países incluidos en la figura 4.2, excepto cuatro. (Las cuatro excepciones, Bangladesh, Jordania, Nepal y el Pakistán son países de ingresos bajos donde, en general, la participación de las mujeres en edad de trabajar en todos los empleos remunerados es inferior al 20%). La figura 4.2 señala que, **a pesar de la baja participación de los hombres en el sector de la salud y asistencial, en todos los países, excepto en dos (Australia y Filipinas), los hombres están sobrerrepresentados en el decil superior y están notablemente sobrerrepresentados en el centil superior de la distribución del salario por hora.**²⁶ Por ejemplo, los hombres representan solo el 30% de todos los trabajadores de la salud en Italia, pero constituyen el 57% de los que se encuentran en el decil superior y el 80% en el centil superior de la distribución salarial. En otros ejemplos, como Suiza, los Estados Unidos y la República Unida de Tanzania, los hombres del sector de la salud y asistencial suponen el 28%, el 21% y el 40% de la fuerza de trabajo, respectivamente, pero representan el 40%, el 60% y el 50% de los trabajadores del decil superior. **En todo el mundo, los hombres están sobrerrepresentados en los deciles del sector de la salud y asistencial, donde la brecha salarial de género es mayor**, como se ilustra en la figura 4.1. Otros casos de esta situación son Colombia, México y el Perú, donde, en contraste con las brechas salariales en los deciles superiores de la población general (OIT, 2018a), las brechas salariales de género aumentan a medida que nos desplazamos hacia el extremo superior de la distribución salarial. También es interesante que, para varios de estos países, la representación de los hombres es también superior a la media en los centiles inferiores. Por ejemplo, en Bélgica, México y el Perú, la proporción de hombres en el sector de la salud y asistencial es del 22%, 30% y 20%, respectivamente, pero en los tres países la representación de los hombres en los deciles inferiores es superior al 40%.

En conjunto, los datos de los países de la figura 4.2 parecen indicar que la presencia de los hombres en el sector de la salud y asistencial se caracteriza por una forma de U: casi todos los países muestran una representación excesiva de los hombres en los extremos de la distribución salarial, y particularmente en la parte superior de la distribución salarial. Además, como se ilustra en la figura 4.1, aunque la brecha salarial de género es casi siempre positiva en todos los cuantiles, es notablemente mayor en la parte superior.

Esto plantea una pregunta: ¿son diferentes las mujeres y los hombres que trabajan en el sector sanitario y asistencial en aspectos que explicarían aún más los resultados de las figuras 4.1 y 4.2? En la sección 3 ya se describen algunas pruebas que apuntan a que los hombres ocupan las categorías ocupacionales más altas en el sector de la salud y asistencial. Sin embargo, ¿en qué medida factores como la edad (antigüedad), la educación, la segregación profesional, etc., explican las diferencias salariales observadas entre hombres y mujeres en toda la distribución salarial? ¿Tienen los hombres asalariados del sector de la salud y asistencial resultados educativos más altos en los cuantiles superiores de la distribución salarial en comparación con las mujeres? ¿Los hombres que trabajan en el sector en los cuantiles de mayor rango tienen más edad que sus homólogos femeninos y, por tanto, es más probable que hayan acumulado más experiencia en el mercado laboral? En la sección 4.2 se examinan estas cuestiones comparando las características de las mujeres y los hombres en cada decil de la distribución de los salarios por hora para identificar las posibles diferencias entre mujeres y hombres que podrían ayudar a explicar las brechas salariales evidentes en la figura 4.1.

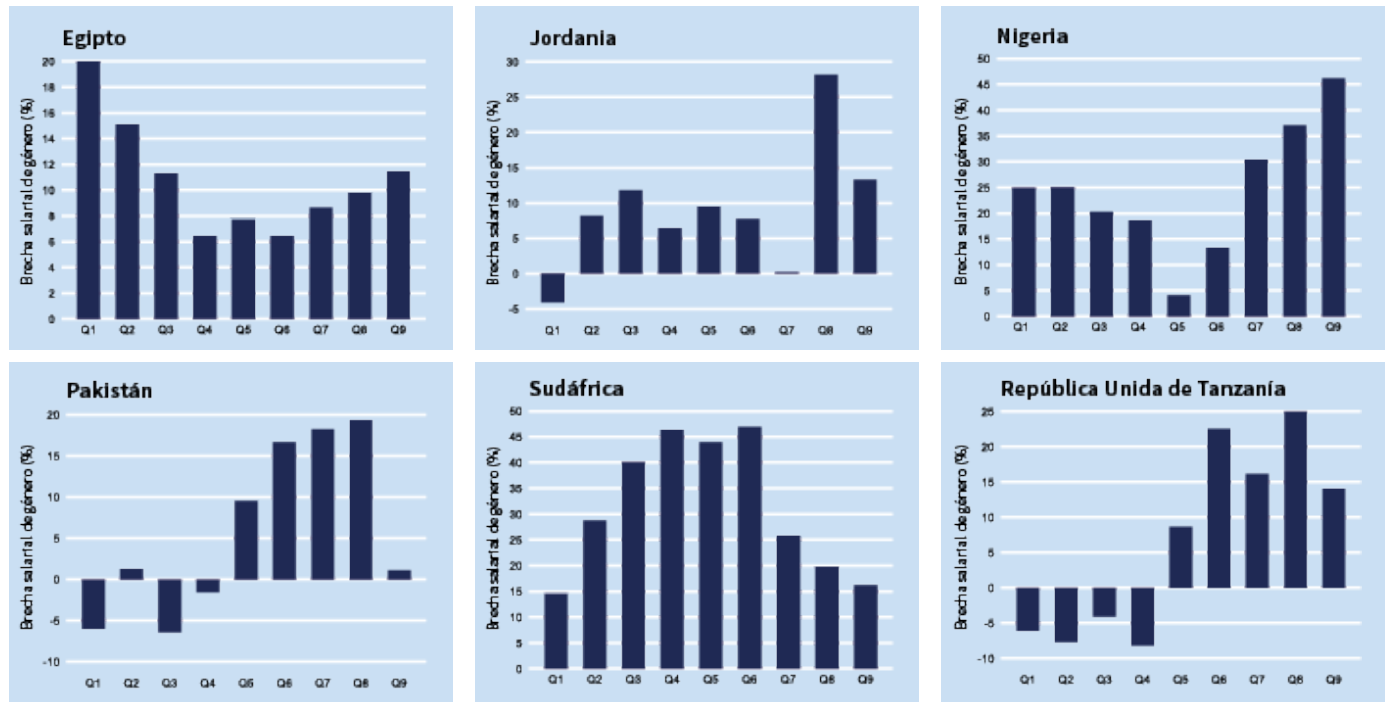
²⁵ Si bien las estimaciones de la figura 4.1 indicaban las brechas salariales de género en cada cuantil q de la distribución salarial (es decir, en el umbral que divide los datos en diez grupos de igual tamaño), las figuras 4.2 a 4.7 muestran las estimaciones dentro de los deciles d . Es decir, presentan las proporciones (de género, grupos de edad, categorías ocupacionales, etc.) entre dos de los nueve umbrales que dividen la distribución salarial en diez partes. En particular, la figura 4.2 expone los centiles extremos de la parte inferior y superior de la distribución salarial, con el fin de destacar la división por sexos entre los asalariados de los centiles inferior y superior.

²⁶ Este hallazgo concuerda con los datos de una publicación anterior, *Delivered by women, led by men* (OMS, 2019), que mostraba que solo el 25% de las mujeres en el personal de salud ocupan puestos de responsabilidad, a pesar de que el 70% del personal de salud son mujeres.

FIGURA 4.1

Diferencias salariales de género en la distribución de los salarios por hora en el sector de la salud y asistencial en países seleccionados, últimos años de datos disponibles

África y Mediterráneo Oriental



Las Américas

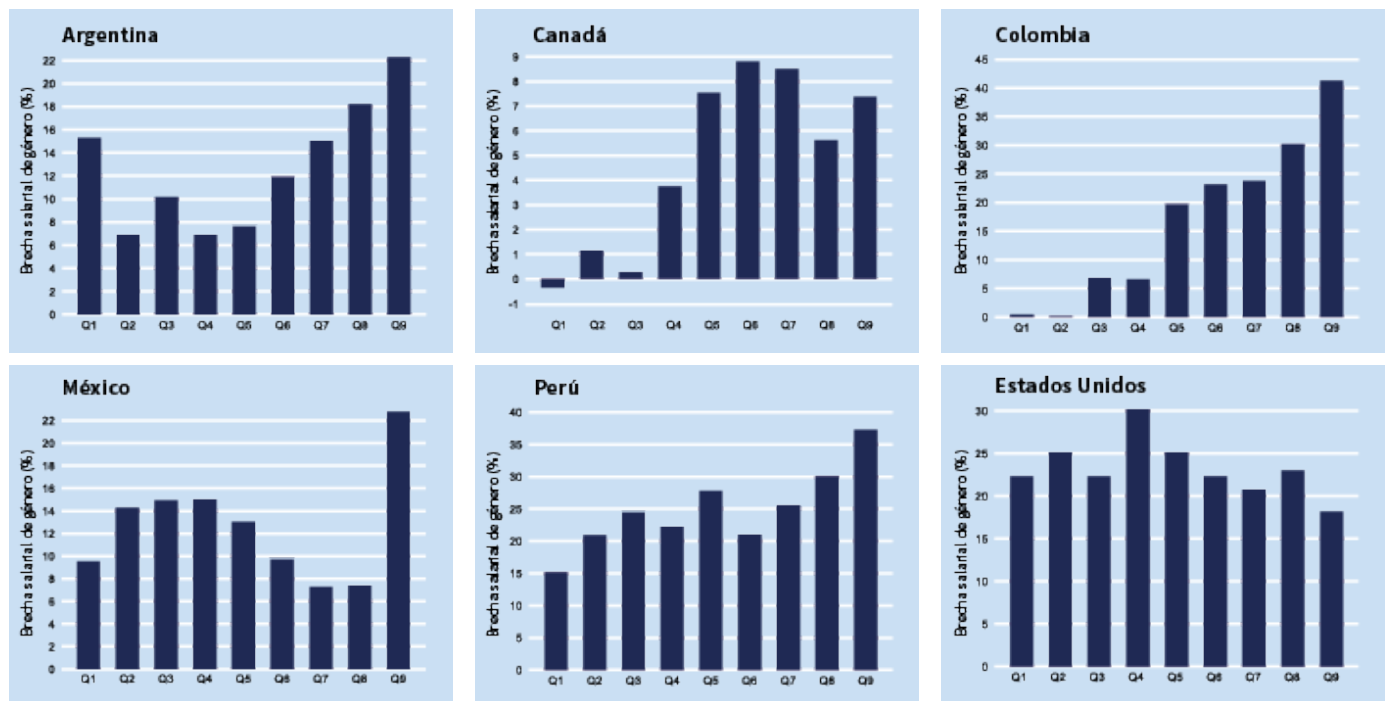
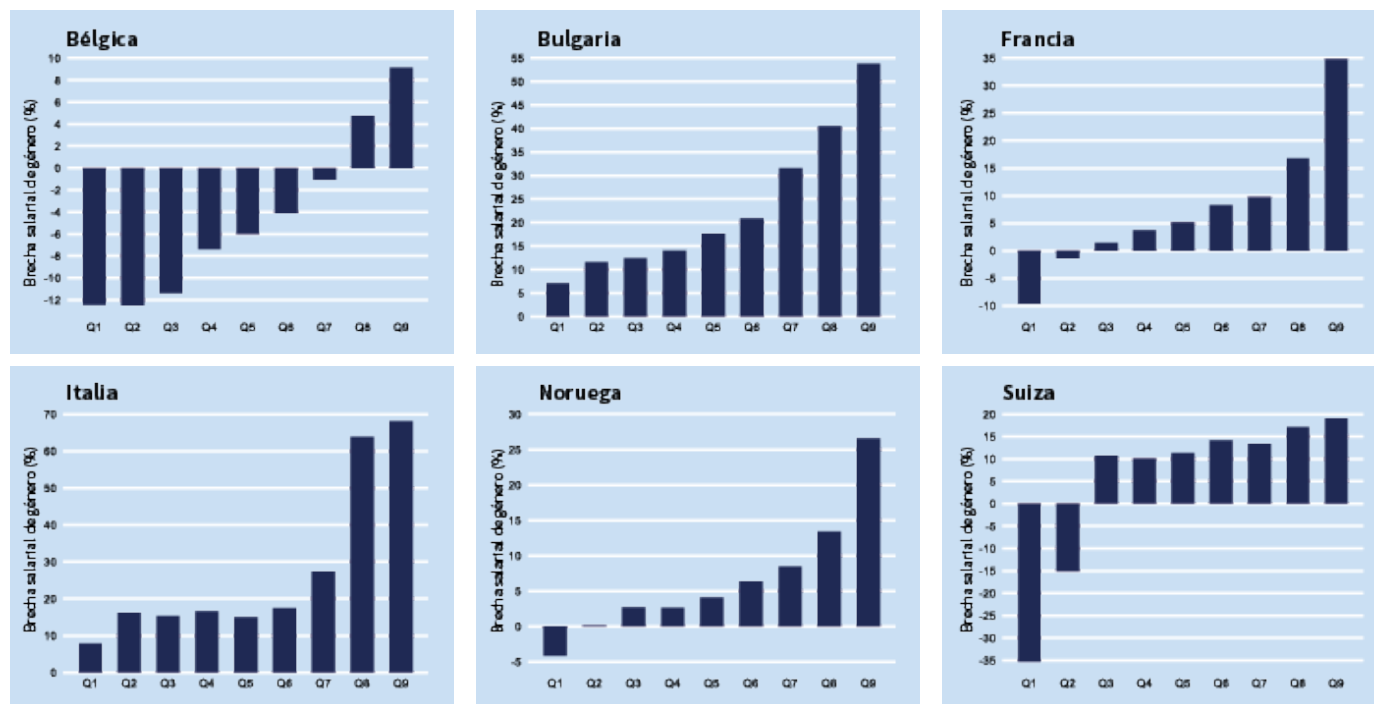
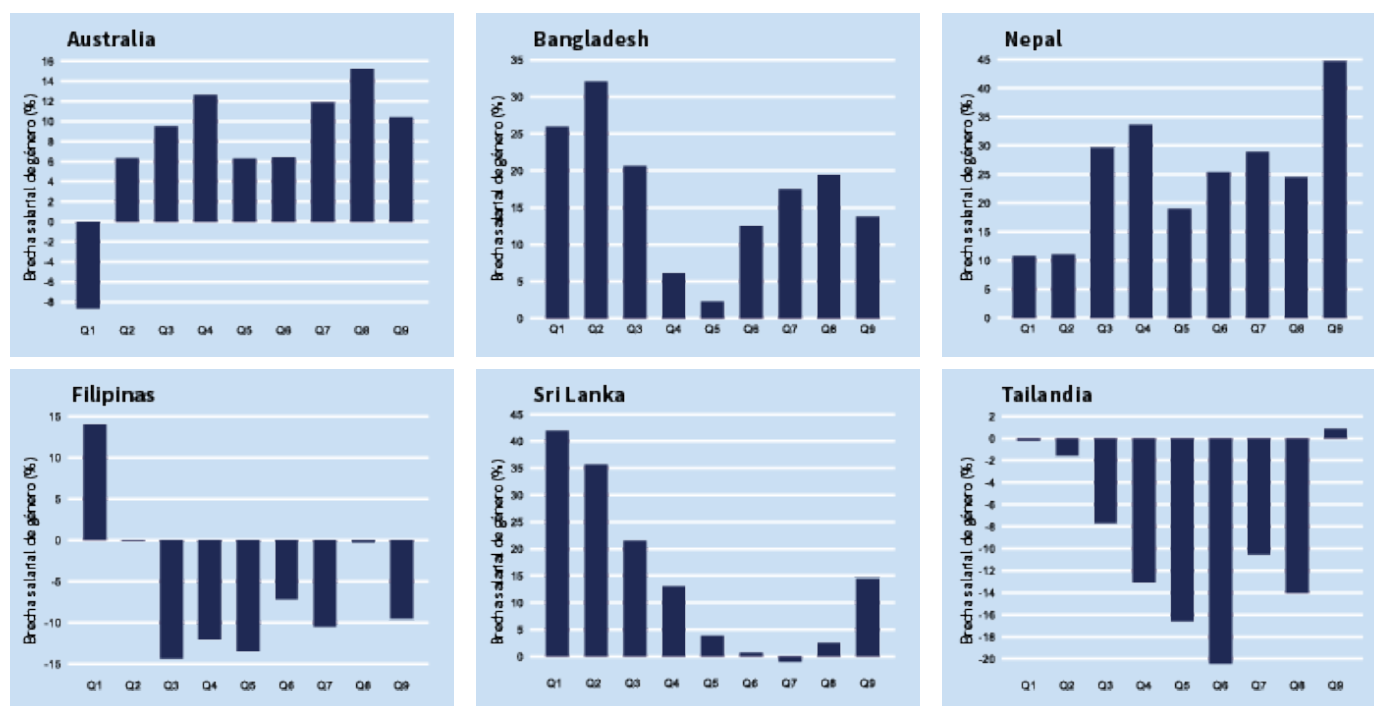


FIGURA 4.1 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental

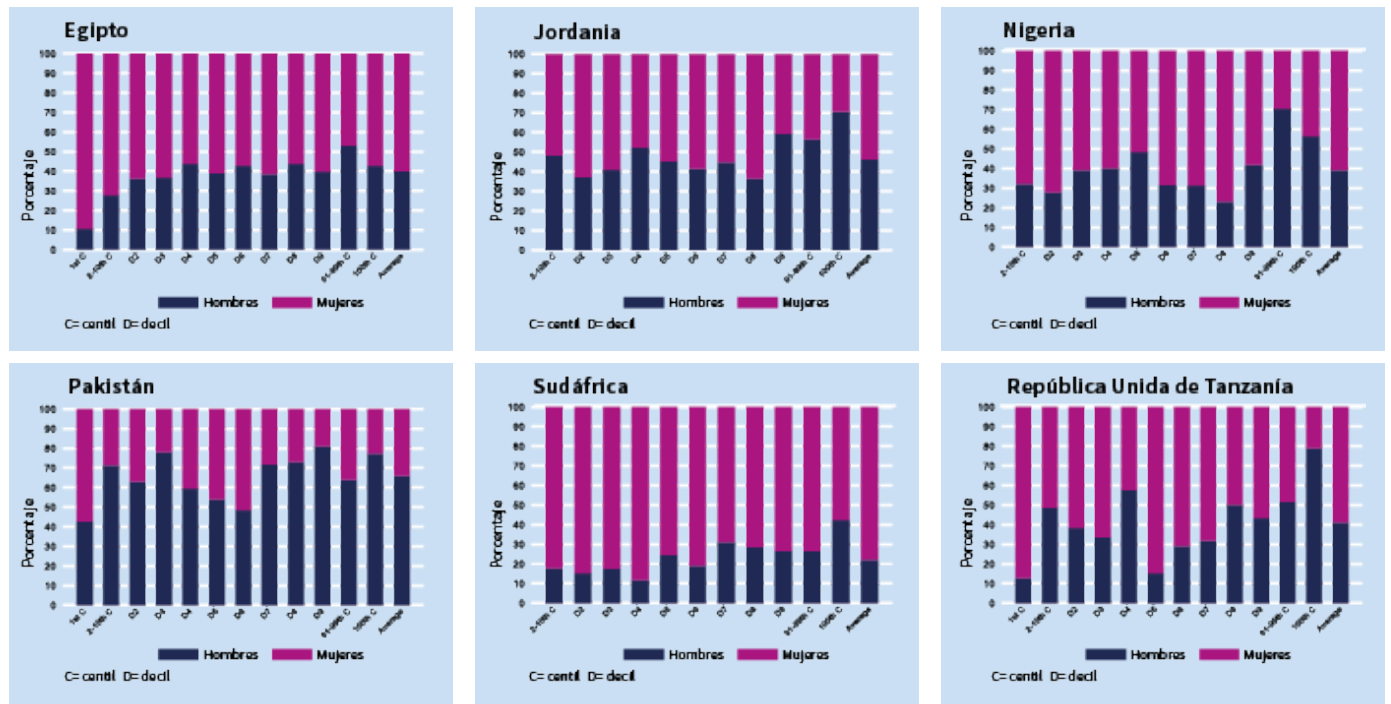


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

FIGURA 4.2

Proporción de mujeres y hombres por centiles superiores e inferiores, deciles intermedios y promedio de la distribución del salario por hora en el sector de la salud y asistencial en países seleccionados, últimos años de datos disponibles

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

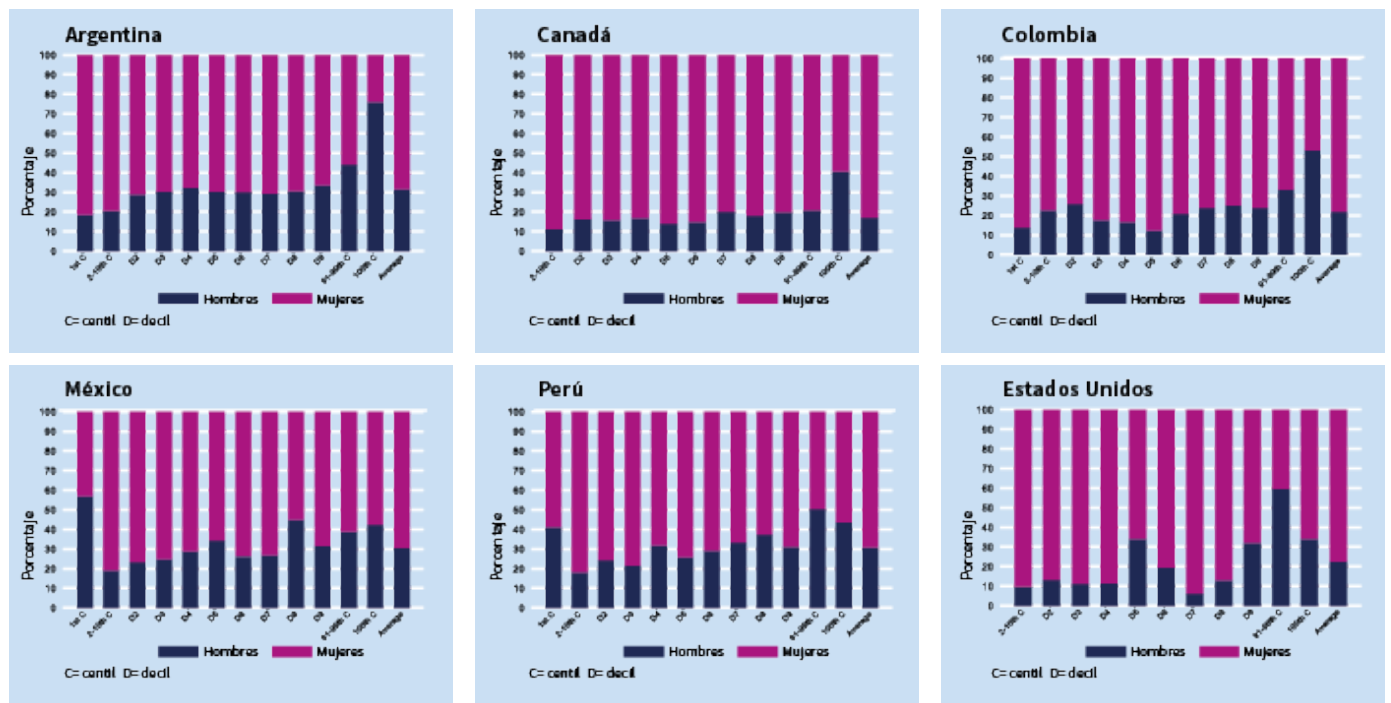
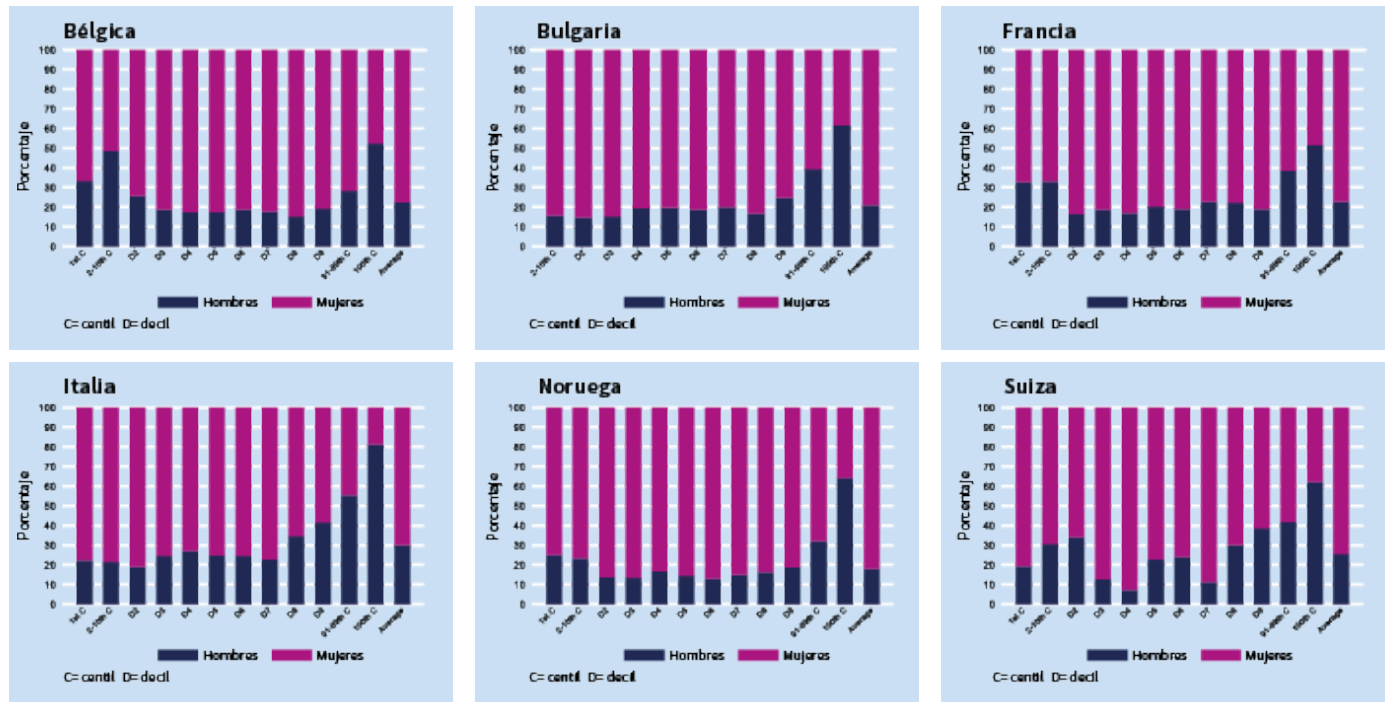
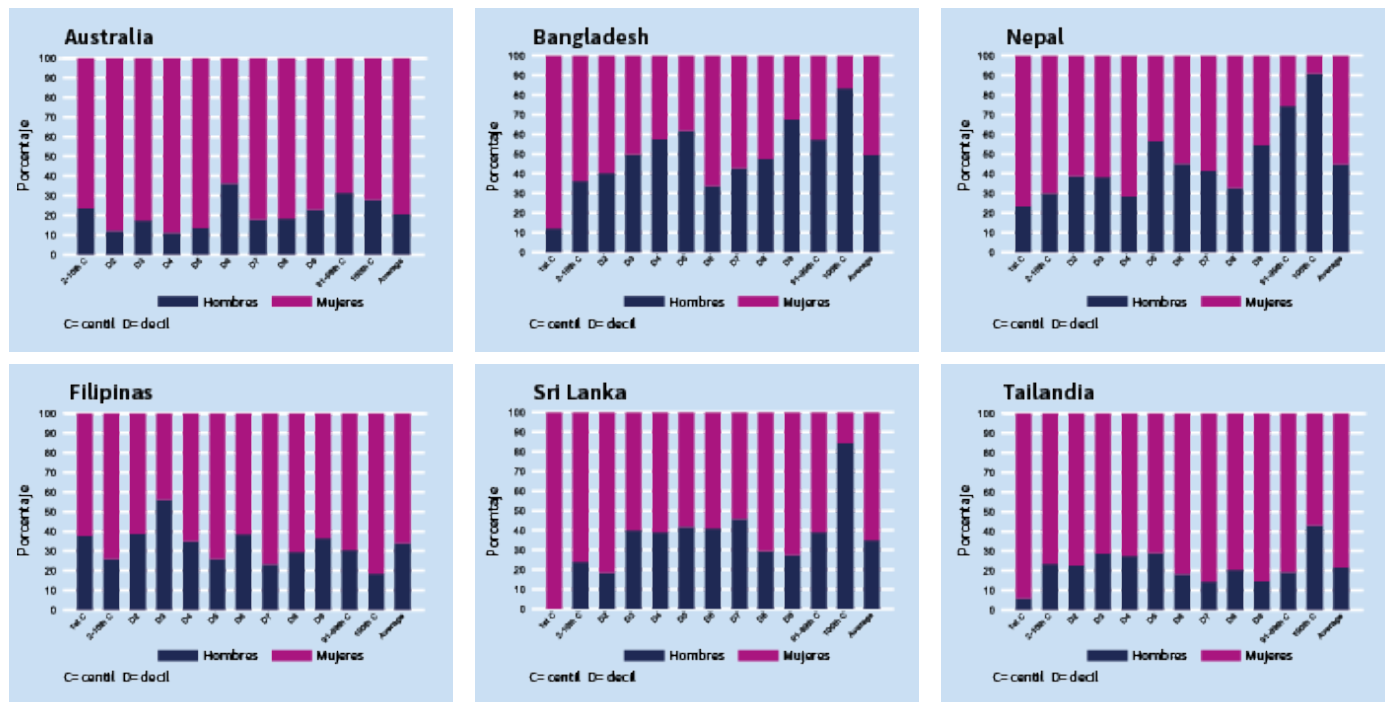


FIGURA 4.2 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

4.2 Características del mercado laboral de mujeres y hombres en el sector de la salud y asistencial en toda la distribución de los salarios por hora

Desde que Jacob Mincer describió por primera vez el modelo de capital humano en el decenio de 1970 (Mincer, 1974), la documentación empírica ha argumentado que la experiencia (normalmente representada por la edad) y el nivel de educación (formal) son quizás los dos factores más importantes en el proceso de determinación de los salarios. Otros factores que también pueden desempeñar un papel importante en la determinación de los ingresos entre los trabajadores asalariados son: las modalidades de tiempo de trabajo, las condiciones contractuales, el empleo informal frente al formal, el sector institucional y el efecto de las relaciones laborales, donde este último suele presentar convenios colectivos de remuneración a nivel nacional, regional o empresarial (Vaughan-Whitehead, 2010). En esta sección analizamos los atributos del mercado laboral de mujeres y hombres en el sector de la salud y asistencial en cada decil de la distribución de los salarios por hora con el fin de buscar diferencias que puedan ayudar a iluminar algunos de los hallazgos de la sección 4.1. Los atributos y características estudiados incluyen los disponibles en los datos que son coherentes con el modelo de capital humano (edad y educación), y otros, como los factores que podrían estar relacionados con el valor añadido por trabajador en la producción (distribución ocupacional) o aquellos que pueden diferir entre mujeres y hombres (por ejemplo, el empleo a tiempo parcial frente al de tiempo completo, o el sector público frente al privado). Estos, aunque ciertamente son factores clave que intervienen de manera significativa en el proceso de determinación del salario, pueden no ser todos los factores relevantes. No obstante, estas cinco características (edad, educación, distribución ocupacional, tipo de empleo y sector institucional) están disponibles para los 54 países del conjunto de datos.

Las figuras 4.3 a 4.7 comparan a las mujeres con los hombres en cada decil de la distribución del salario por hora en función de la edad (figura 4.3), la educación (figura 4.4), la ocupación (figura 4.5), el empleo a tiempo parcial frente al de tiempo completo

(figura 4.6) y el sector público frente al privado (figura 4.7). Al igual que con las figuras anteriores, estas muestran una selección de países.²⁷ Sería difícil extraer una única conclusión general a partir de la distribución que muestra cada gráfico en estas cinco figuras, pero una rápida inspección revela que, **con muy pocas excepciones, las mujeres no son fundamentalmente diferentes a los hombres dentro de los deciles y en toda la distribución salarial por hora.** Para que esto quede más claro, repasamos algunas de las principales características de los gráficos de estas cinco figuras; estas características nos ayudan a comprender la existencia de brechas salariales, como se observa en la figura 4.1, o nos llevan a la conclusión de que la brecha salarial en el sector de la salud y asistencial en todo el mundo sigue estando, en gran medida, no explicada.

La figura 4.3 muestra que, dentro de cada país, la distribución de los grupos de edad dentro de los deciles es similar entre mujeres y hombres. Por ejemplo, en los casos de mujeres y hombres en Egipto, el grupo de edad de 20 a 29 años domina en los deciles inferiores, aumenta su presencia en los deciles medios y comienza a disminuir su participación en los deciles superiores. Los demás grupos de edad están presentes con una proporción constante, aunque en los deciles superiores se aprecia un aumento de la proporción de los trabajadores de más edad. La figura 4.3 también muestra que solo en cuatro países (México, Nepal, Pakistán y Suiza) los hombres son más jóvenes que las mujeres en el primer o segundo decil, mientras que en varios países (Argentina, Bangladesh, Bélgica, Egipto, Francia, Italia y Jordania) los hombres son mayores en el extremo superior de la distribución salarial, y especialmente en el decil superior. Por lo tanto, tal vez **en algunos de estos países, la antigüedad de los hombres con respecto a las mujeres podría ser un factor desencadenante de las disparidades salariales. Pero en general, las mujeres y los hombres en toda la distribución de los salarios por hora no parecen diferir mucho en cuanto a la edad en ninguno de los países ilustrados.**

La figura 4.4 muestra la distribución de mujeres y hombres por lo que respecta a los resultados educativos.²⁸ De nuevo, como ocurre con la edad,

²⁷ En la sección 4.2 nos referimos al «decil» en lugar de al «cuantil» porque todas las estimaciones que se muestran aquí son valores medios dentro del decil, en lugar de valores umbral. Todas las figuras de la sección 4.2 (figuras 4.3 a 4.7) se calcularon separando en primer lugar a mujeres y hombres y, a continuación, clasificando por separado cada uno de los dos grupos en función de los salarios por hora de cada uno de ellos. Las estimaciones permiten comparar los atributos entre mujeres y hombres que comparten el mismo decil. Se ha seguido el mismo procedimiento para la figura 4.1. Por el contrario, la figura 4.2 se basa en la clasificación de los salarios por hora de mujeres y hombres juntos, y en calcular después la proporción de mujeres y hombres en los centiles extremos y en cada decil del salario por hora.

²⁸ Los trabajadores asalariados se agrupan en cuatro categorías de educación: «primaria», que incluye la primaria y, en algunos países, también el primer ciclo de secundaria; «elemental», que incluye hasta la secundaria pero sin completar un diploma de escuela secundaria; «secundaria», que incluye un diploma de escuela secundaria y/o alguna formación profesional, incluyendo, en algunos países, alguna educación terciaria pero sin completar un título de grado; y «avanzada», que supone haber obtenido un título universitario y un nivel superior. Los datos correspondientes a la mayoría de los países presentan información agregada en estas cuatro categorías siguiendo los códigos de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CINE-97 o CINE-11.

dentro de cada país el patrón de participación de la educación en los deciles es similar entre mujeres y hombres. En el caso de Suiza, por ejemplo, vemos que, tanto para las mujeres como para los hombres, las personas con educación inferior (primaria y elemental) se reúnen en el primer decil, mientras que la mayor parte de la población ha completado la educación secundaria o avanzada; de hecho, esta última (educación avanzada) se extiende de manera que se observan muy pocos casos en el primer decil y luego se convierte en la categoría predominante en la parte superior. Sin embargo, **en el caso de la educación, observamos que en la mayoría de los países (Bélgica, Canadá, Colombia, Estados Unidos, Noruega, República Unida de Tanzania, etc.), en los deciles superiores, los hombres tienen más probabilidades de tener títulos universitarios que las mujeres.** En cuatro países (Nigeria, Perú, Filipinas y Tailandia) ocurre lo contrario.

La figura 4.5 presenta la distribución de las ocupaciones por deciles y género. Este factor, entre los cinco analizados, parece ser el que guarda menos similitudes entre mujeres y hombres. **Propone que la segregación ocupacional por género es una característica generalizada y común en el sector de la salud y asistencial de todos los países.** Con la excepción de solo cuatro países (Australia, Bangladesh, Canadá y Sri Lanka), las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de estar representadas en ocupaciones técnicas, sobre todo entre las relacionadas directamente con la salud (como enfermeras, matronas, analistas de laboratorio, etc.) y en todos los deciles. Por el contrario, **los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de ocupar puestos de trabajo clasificados como «profesionales», ya sea en el ámbito de la salud (por ejemplo, médicos o enfermería avanzada) o en otros sectores (por ejemplo, gerentes o directores de hospitales, empresas y legislación, etc.), donde los puestos de trabajo «profesionales» se sitúan mayoritariamente en el extremo superior de la distribución salarial.** Los hombres también son más propensos que las mujeres a desempeñar trabajos clasificados como de cualificación media/baja en la parte inferior de la distribución salarial en ámbitos distintos del de la salud (por ejemplo, conductores, limpiadores de basura y cocineros). Las mujeres, en cambio, tienen más probabilidades de desempeñar trabajos del sector de la salud clasificados como de media o baja cualificación (por ejemplo, trabajadores de la salud auxiliares, limpiadoras, etc.). La figura 4.5 muestra una clara evidencia de segregación ocupacional por género en el sector de la salud y asistencial, aunque también pone de manifiesto que, en algunos países, dentro de los deciles, la asignación de ocupaciones varía

entre mujeres y hombres. Por ejemplo, en el caso de Tailandia, la figura 4.5 indica que las mujeres de la «categoría de profesionales de la salud» están presentes en deciles muy bajos (en cierta medida en D1 y D2 y de forma significativa en D3, D4 y D5), mientras que los hombres de la misma categoría profesional aparecen exclusivamente en deciles más altos, de D6 a D10. Por lo tanto, las mujeres de la categoría de profesionales de la salud están peor pagadas en comparación con los hombres de la misma categoría profesional. Si miramos atrás, la figura 4.1 mostraba una remuneración negativa por género en todos los deciles, excepto en el decil superior en Tailandia. Esto puede explicarse ahora por la dinámica evidente en la figura 4.5: en cada decil de la distribución salarial en el sector de la salud y asistencial, las mujeres de Tailandia ocupan categorías ocupacionales más altas en comparación con los hombres que comparten el mismo decil y, por lo tanto, las mujeres obtienen salarios más altos porque tienen mejor capital humano que los hombres en estos deciles. Si las mujeres en deciles inferiores recibieran el mismo salario que los hombres con características similares, aparecerían en deciles superiores y el cambio eliminaría los valores negativos de las brechas salariales de género en Tailandia.

Se pueden hacer observaciones similares en relación con otros países que presentan diferencias salariales negativas en la figura 4.1 (por ejemplo, Bélgica, Filipinas, Francia, Jordania, Noruega, Pakistán, Suiza y República Unida de Tanzania). En algunos de estos países, los hombres que se encuentran en el extremo inferior son «no calificados», pero comparten deciles con las mujeres que ocupan categorías ocupacionales más altas, pero que cobran en la parte inferior de la distribución salarial; los hombres con capacidades similares a las de las mujeres reciben remuneraciones en puntos más altos de la distribución salarial. Este ejemplo muestra que la interpretación de las brechas salariales de género en diferentes cuantiles (como en la figura 4.1) puede ser engañosa, ya que no es necesario que las mujeres y los hombres dentro de los cuantiles compartan características similares. El reconocimiento de las brechas salariales de género dentro de los cuantiles es solo un paso en el proceso; tenemos que seguir considerando las comparaciones entre escenarios alternativos (es decir, entre iguales) en cada cuantil (véase la sección 5).

La figura 4.6 muestra la distribución de los empleos a tiempo parcial frente a los de tiempo completo por deciles y género. En general, parece que los empleos a tiempo parcial no son una característica destacada del sector de la salud; la mayoría de los países muestran una proporción relativamente pequeña de trabajadores a tiempo parcial en todos los deciles,

tanto para mujeres como para hombres. Cuando existe el trabajo a tiempo parcial, es más probable que se produzca en los países de ingresos altos (por ejemplo, Australia, Bélgica, Canadá, Francia, Suiza y Estados Unidos); no obstante, cuando este es el caso, las mujeres, especialmente las que se encuentran en el extremo inferior de la distribución salarial, tienen más probabilidades que los hombres de ocupar puestos de trabajo a tiempo parcial.

Por último, la figura 4.7 ofrece la distribución del empleo en el sector público frente al privado en función de los deciles y del sexo. Al igual que ocurría con la edad, la educación y la modalidad de tiempo de trabajo, el patrón es similar para mujeres y hombres dentro de cada país. Es interesante señalar que las figuras dan a entender que en casi todos los 54 países hay una incidencia mucho mayor del trabajo en el sector privado en el extremo inferior de la distribución salarial, mientras que el sector público se hace más visible en los deciles superiores; esto es válido tanto para las mujeres como para los hombres. Una posible explicación es que el sector público invierte más en empleos profesionales y técnicos que el sector privado. Otra razón para este hallazgo podría ser que tanto el sector de la salud pública como el privado subcontratan una parte importante de los puestos de trabajo poco calificados (mal pagados) al sector privado. Si este es el caso, muchos trabajadores mal pagados que aparecen en la nómina de una empresa del sector privado —y, por tanto, como trabajadores del sector privado en nuestros datos— pueden estar trabajando en realidad en un hospital público o centro de salud público. Sin embargo, la probabilidad de subcontratar los empleos en la parte superior de la distribución salarial es mucho menor tanto en el sector público como en el privado. De hecho, algunos datos empíricos señalan que la subcontratación es una práctica más habitual en el sector de la salud en comparación con otros sectores económicos (véase, por ejemplo, Machado Guimarães y Crespo de Carvalho, 2011).

Esto es en sí mismo un factor importante en la determinación de los salarios: las prácticas de subcontratación en el sector público han aumentado en los últimos tiempos, sobre todo entre los trabajadores poco calificados, como el personal de limpieza o de enfermería auxiliar, y los datos empíricos indican que los trabajadores asalariados en empleos subcontratados ganan menos que los trabajadores similares que no trabajan para una empresa subcontratada. En parte, esto se debe a que los trabajadores asalariados subcontratados

carecen de poder para negociar los salarios y otras condiciones de trabajo. Es posible que no tengan voz en la empresa donde realmente realizan su trabajo diario; por otra parte, los trabajadores empleados por las empresas subcontratadas tienen menos posibilidades de acceder a la información que les permitiría negociar sus condiciones en el mercado laboral (es decir, la información asimétrica entre empresarios y trabajadores conduce a resultados típicos de los monopsonios).²⁹ En general, la figura 4.7 deja entrever que la prevalencia de mujeres y hombres es similar dentro de los deciles; esto implica que el sector institucional no es, por sí mismo, una variable de peso que explique las brechas salariales de género que se muestran en la figura 4.1 y en cada decil de la distribución de los salarios por hora.

En general, las diversas pruebas de las figuras 4.3 a 4.7 parecen indicar que las mujeres y los hombres no varían sistemáticamente en función de los factores clave en el proceso de determinación de los salarios, excepto en los extremos de la distribución salarial. Los hombres parecen tener más edad y es más probable que hayan alcanzado un nivel de educación superior que las mujeres en el extremo superior de la distribución salarial. En algunos países, los hombres más jóvenes con menos de la educación primaria tienen más probabilidades de aparecer en los deciles inferiores. Las mujeres tienen más probabilidades de ocupar puestos de trabajo clasificados como ocupaciones técnicas o de cualificación media/baja en el ámbito de la salud, mientras que los hombres tienen más probabilidades de ejercer ocupaciones profesionales o trabajos de cualificación media/baja que no estén directamente relacionados con la atención sanitaria. Sin embargo, una inspección país por país revela que estos factores explican las diferencias salariales observadas en la figura 4.1 para muy pocos países.

Uno de los países de excepción puede ser, por ejemplo, Italia, donde las brechas salariales en los cuantiles superiores (Q8 y Q9) son del 63% y un 69%, respectivamente. Es decir, las mujeres ganan un 63% y un 69% menos que los hombres en los puestos más altos. Al volver a examinar Italia en las figuras 4.3 a 4.7, se observa que en estos puestos más altos los hombres son: mayores que las mujeres (es decir, tienen más probabilidades de llevar más tiempo en el mercado laboral); es más probable que posean títulos universitarios que las mujeres; y es más probable que ocupen puestos en las categorías profesionales (mientras que las mujeres son más propensas a ocupar puestos técnicos en

²⁹ Agradecemos a Janine Berg estas reflexiones sobre la posible relación entre las prácticas de subcontratación y la incidencia del empleo en el sector privado en el extremo inferior de la distribución salarial. Véase Berg (2015) para obtener más información sobre las instituciones del mercado laboral y la desigualdad.

las mismas categorías superiores). La combinación de todos estos factores podría explicar la brecha salarial de género observada en la parte superior de la distribución salarial. Aun así, la figura 4.1 muestra que la diferencia salarial en la parte inferior también es considerable en Italia: un 8% y un 17% en el Q1 y Q2, respectivamente. Sin embargo, en la parte inferior no hay diferencias de edad entre mujeres y hombres, las mujeres tienen más probabilidades de desempeñar trabajos técnicos en el ámbito de la salud y los hombres son más proclives a realizar trabajos de cualificación media/baja no relacionados directamente con la salud. De hecho, en la parte inferior de la distribución salarial, las mujeres del sector de la salud en Italia tienen más probabilidades de desempeñar un empleo a tiempo parcial, con un 60% y un 54% de mujeres que trabajan a tiempo parcial en el primer y segundo decil, respectivamente, en comparación con el 40% y el 20% de los trabajadores masculinos a tiempo parcial, respectivamente. En Italia, las mujeres del primer y segundo decil también tienen más probabilidades de trabajar en el sector privado, en comparación con los hombres, que es más probable que trabajen en el sector público en estos deciles. Estos otros factores (arreglos contractuales y sector institucional) podrían impulsar la brecha salarial de género en el extremo inferior de la distribución salarial en el sector de la salud y asistencial en Italia.

El caso de Italia es un ejemplo en el que las diferencias salariales observadas podrían deberse en parte a las diferencias de factores entre mujeres y hombres dentro de los deciles.³⁰ No obstante, si examinamos los demás países de la misma manera, encontramos que solo la República Unida de Tanzania muestra brechas salariales a lo largo de la distribución salarial que podrían explicarse parcialmente por la diferencia de factores entre mujeres y hombres en los deciles. Para los otros 23 países incluidos en las figuras 4.1 a 4.7, así como para la gran mayoría de los otros 30 países para los que disponemos de datos, los factores del mercado laboral que son fundamentales para el proceso de determinación salarial, aunque son algo diferentes entre las mujeres y los hombres en toda la distribución salarial, no son lo suficientemente diferentes como para explicar la brecha salarial

de género en cada uno de los cuantiles de la distribución salarial. Al mismo tiempo, el ejemplo de Tailandia pone de manifiesto que las características de las mujeres y los hombres dentro de los cuantiles pueden ser diferentes de manera que la comparación de los ingresos entre mujeres y hombres sea cuestionable. Al fin y al cabo, si las mujeres médicas de Tailandia cobran el salario medio, es posible que estén mejor pagadas que los hombres que se encuentran en la mitad de la distribución salarial y que tienen una cualificación media/baja. El resultado es una brecha salarial de género negativa en la mediana. Esto oculta, no obstante, el hecho de que las mujeres médicas de Tailandia cobran menos que los hombres médicos, cuyos ingresos se sitúan en la parte superior de la distribución salarial. Además, es posible que haya otros factores que influyan: tal vez los médicos varones de Tailandia tengan más años de experiencia que las mujeres, lo que podría explicar por qué las médicas cobran el salario medio.

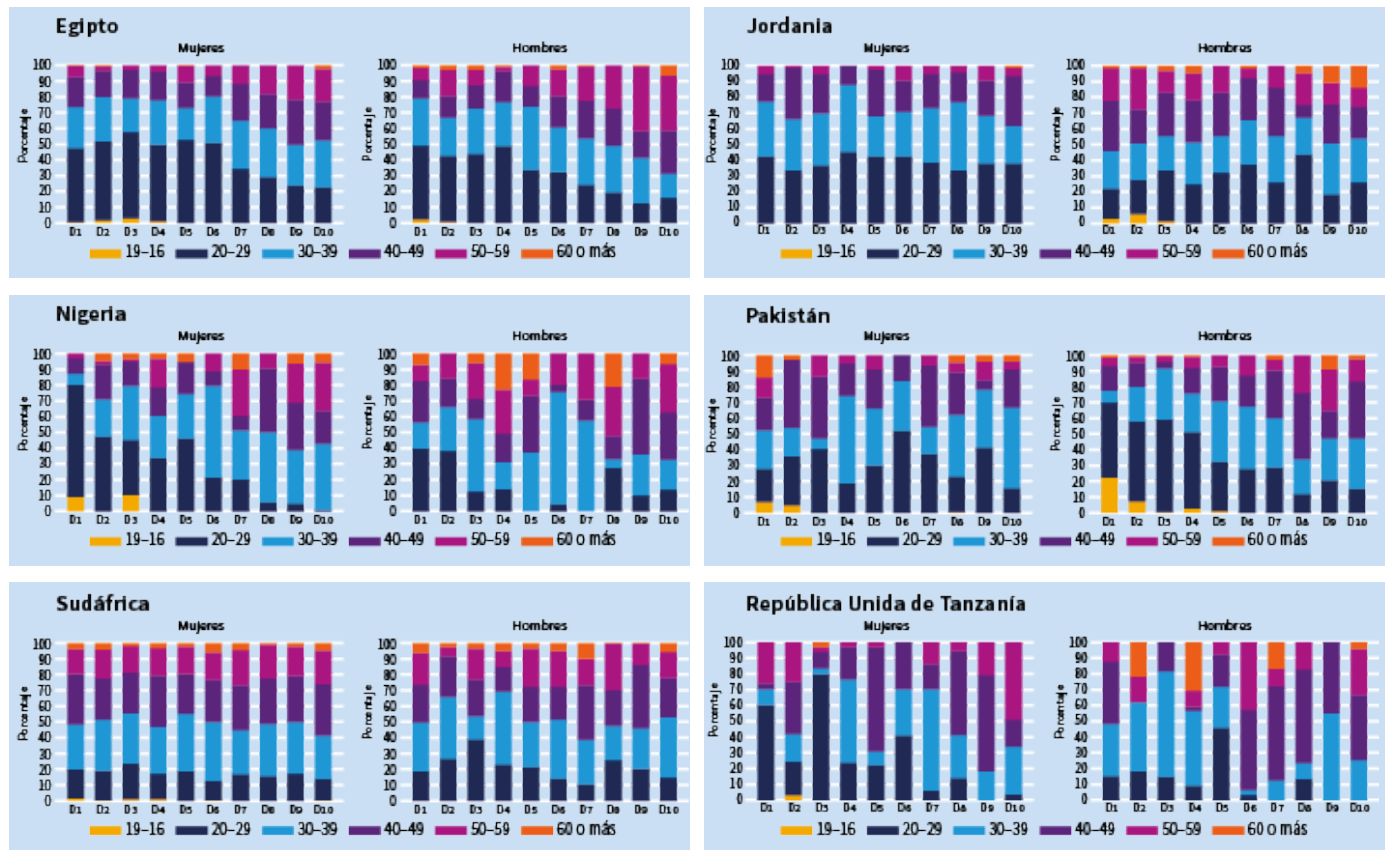
Estos ejemplos ponen de relieve una posible desventaja de los análisis anteriores que examinan los distintos factores de forma aislada. ¿Si estos factores se hicieran interactuar en un análisis empírico, serían mucho más definitorios de la brecha salarial de género dentro de los deciles? Por ejemplo, ¿podría ser que las mujeres que trabajan a tiempo parcial sean más jóvenes que los hombres que trabajan a tiempo parcial? En este caso, la interacción entre el tiempo de trabajo y la edad se convierte en otro factor que puede explicar las diferencias salariales entre hombres y mujeres en los distintos deciles. En la sección 5, el informe muestra cómo la aplicación de técnicas econométricas permite considerar dicha interacción. Ofrece una forma más precisa de comparar a mujeres y hombres, lo que a su vez ayuda a estimar las partes explicadas y no explicadas de la diferencia salarial entre hombres y mujeres en cada cuantil de la distribución salarial por hora.

³⁰ Es importante destacar que hay factores que pueden explicar la brecha salarial de género, pero no necesariamente justificarla. Por ejemplo, las mujeres pueden inclinarse más por el empleo a tiempo parcial, que puede estar menos remunerado por hora que el empleo a tiempo completo, no necesariamente debido a la preferencia de las mujeres por el trabajo a tiempo parcial, sino porque es más probable que las mujeres adopten modalidades de trabajo para compaginar el cuidado del hogar no remunerado con el trabajo. Asimismo, el hecho de que los hombres de los deciles superiores sean mayores que las mujeres de los deciles superiores, y el hecho de que los hombres tengan más probabilidades de desempeñar trabajos profesionales —mientras que las mujeres tienen más probabilidades de ejercer trabajos técnicos— podría ser simplemente un reflejo de la brecha generacional: el sector de la salud y asistencial es más bien vocacional, donde los hombres están sobrerrepresentados en las generaciones mayores, especialmente en la práctica profesional médica. Esto se debe, en parte, a los estereotipos históricos de mujeres y hombres en determinadas trayectorias educativas, que han conducido a la segregación ocupacional observada. Por lo tanto, aunque hay factores que podrían explicar objetivamente la diferencia entre mujeres y hombres en el mercado de trabajo —y la brecha salarial existente entre ambos sexos—, hay otros factores que son determinantes para llegar a la situación real y que implican un grado de discriminación, aunque se pueda explicar.

FIGURA 4.3

Distribución de la *edad* de las mujeres y de los hombres en los deciles de la distribución de los salarios por hora para los países seleccionados, últimos años para los que se dispone de datos

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

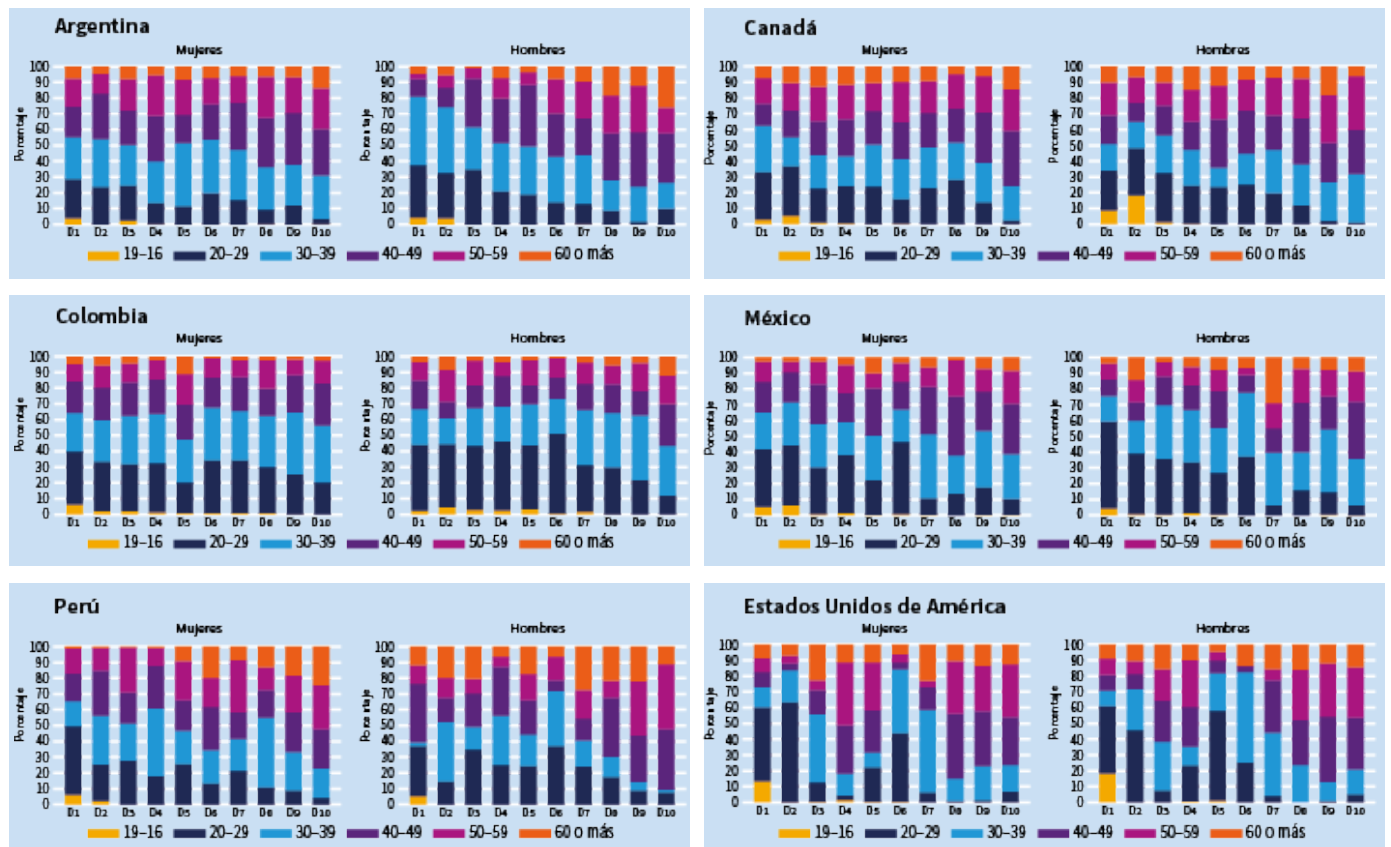
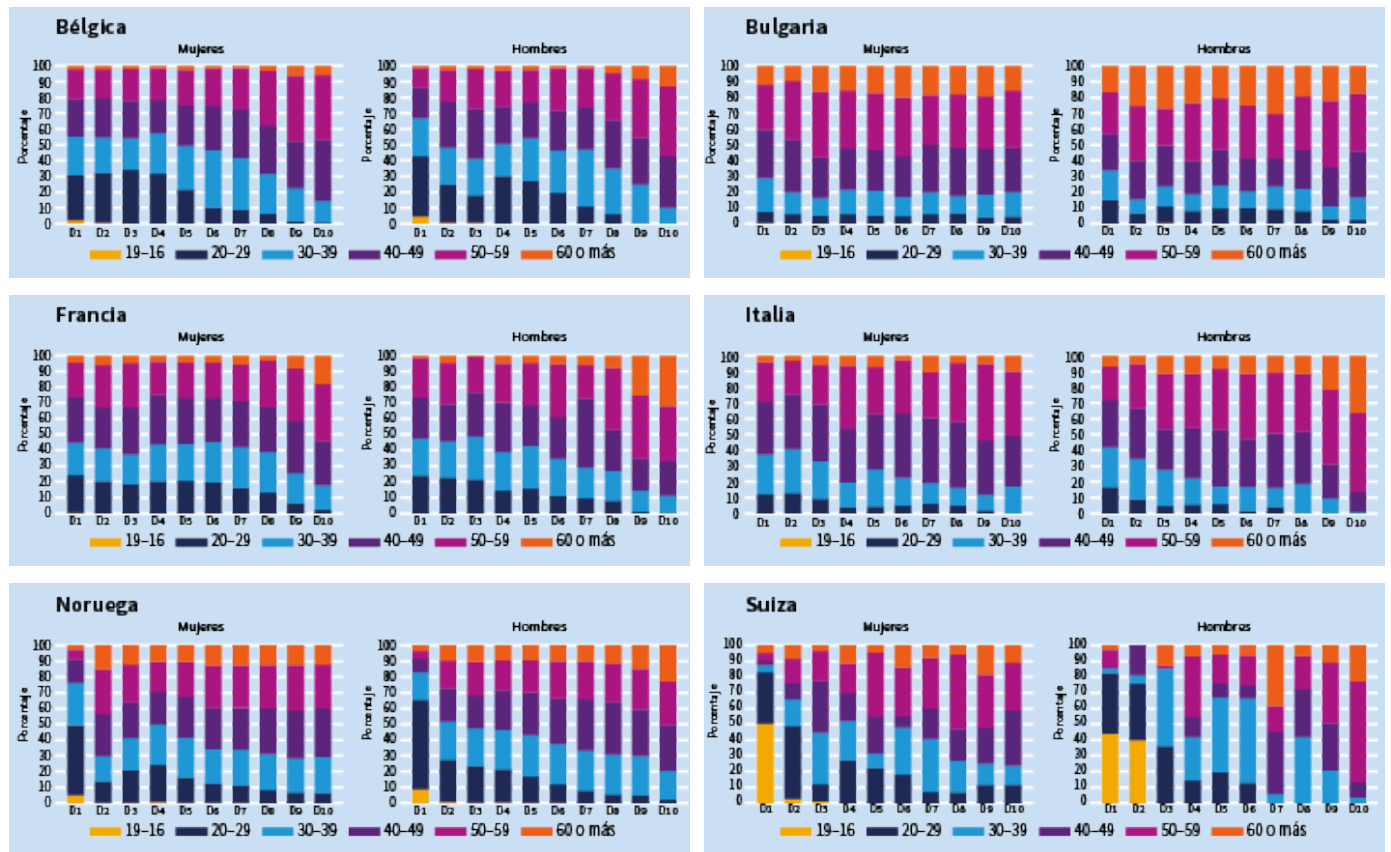
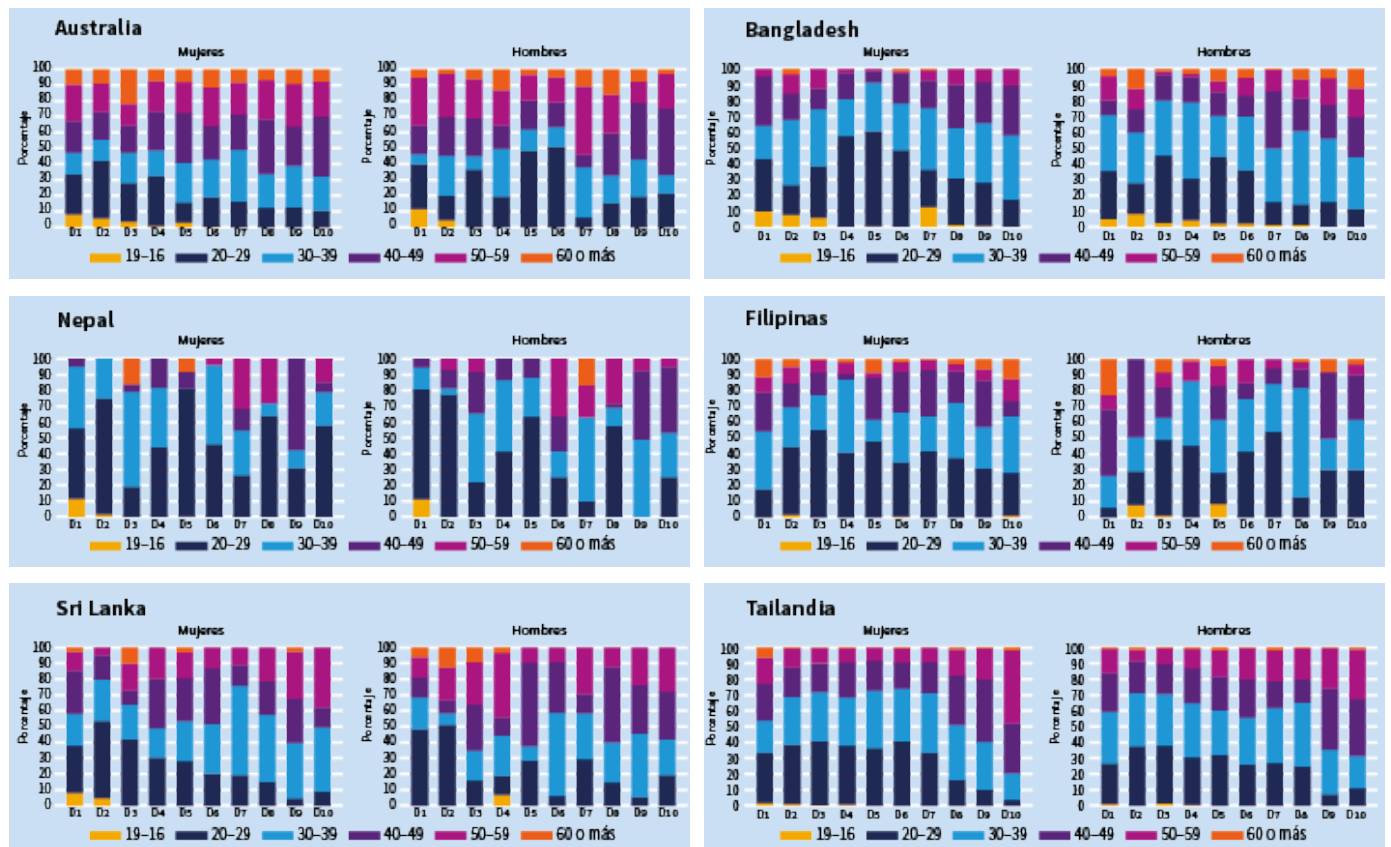


FIGURA 4.3 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental

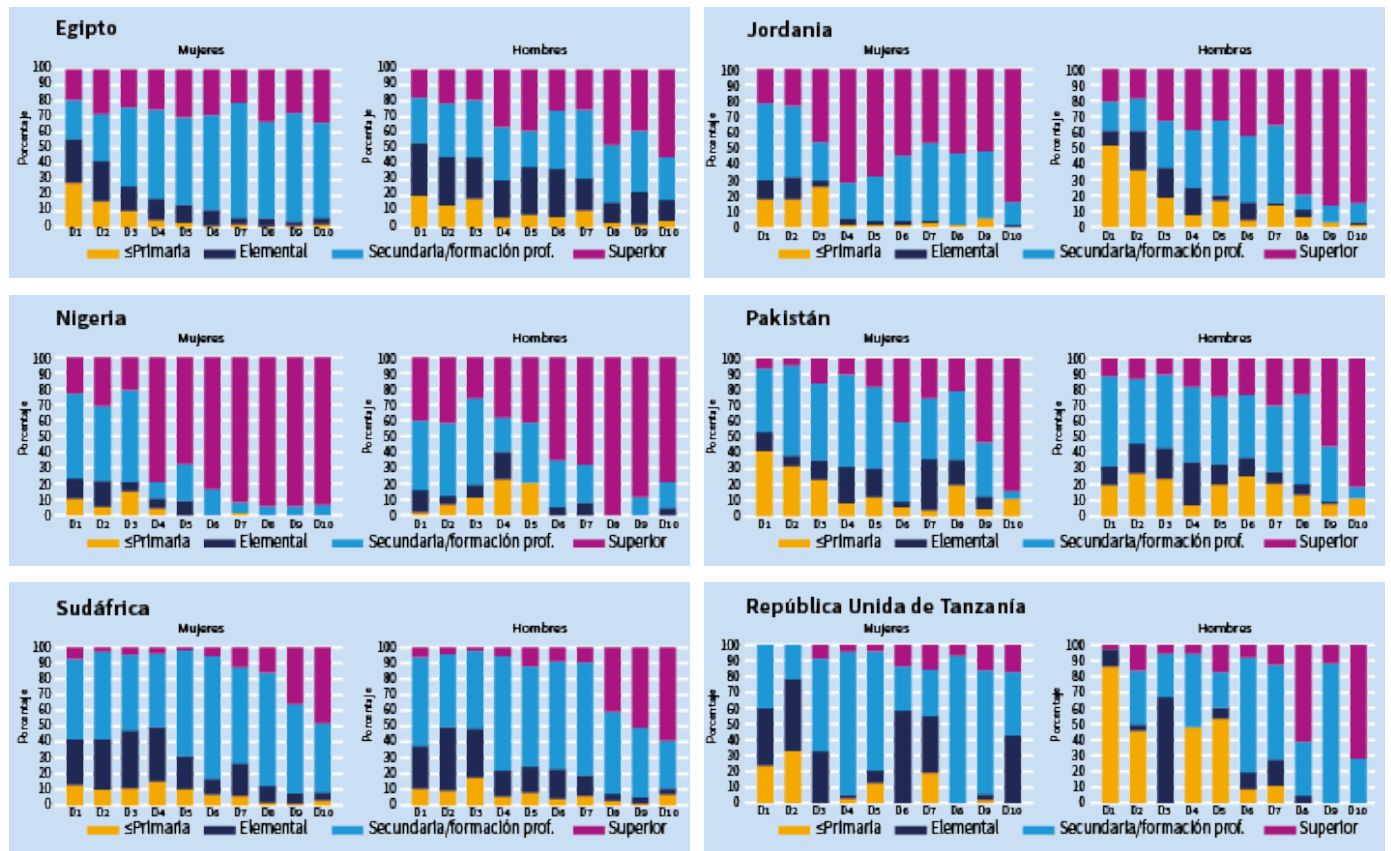


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

FIGURA 4.4

Distribución de la *educación* de las mujeres y los hombres en los deciles de la distribución de los salarios por hora para los países seleccionados, últimos años para los que se dispone de datos

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

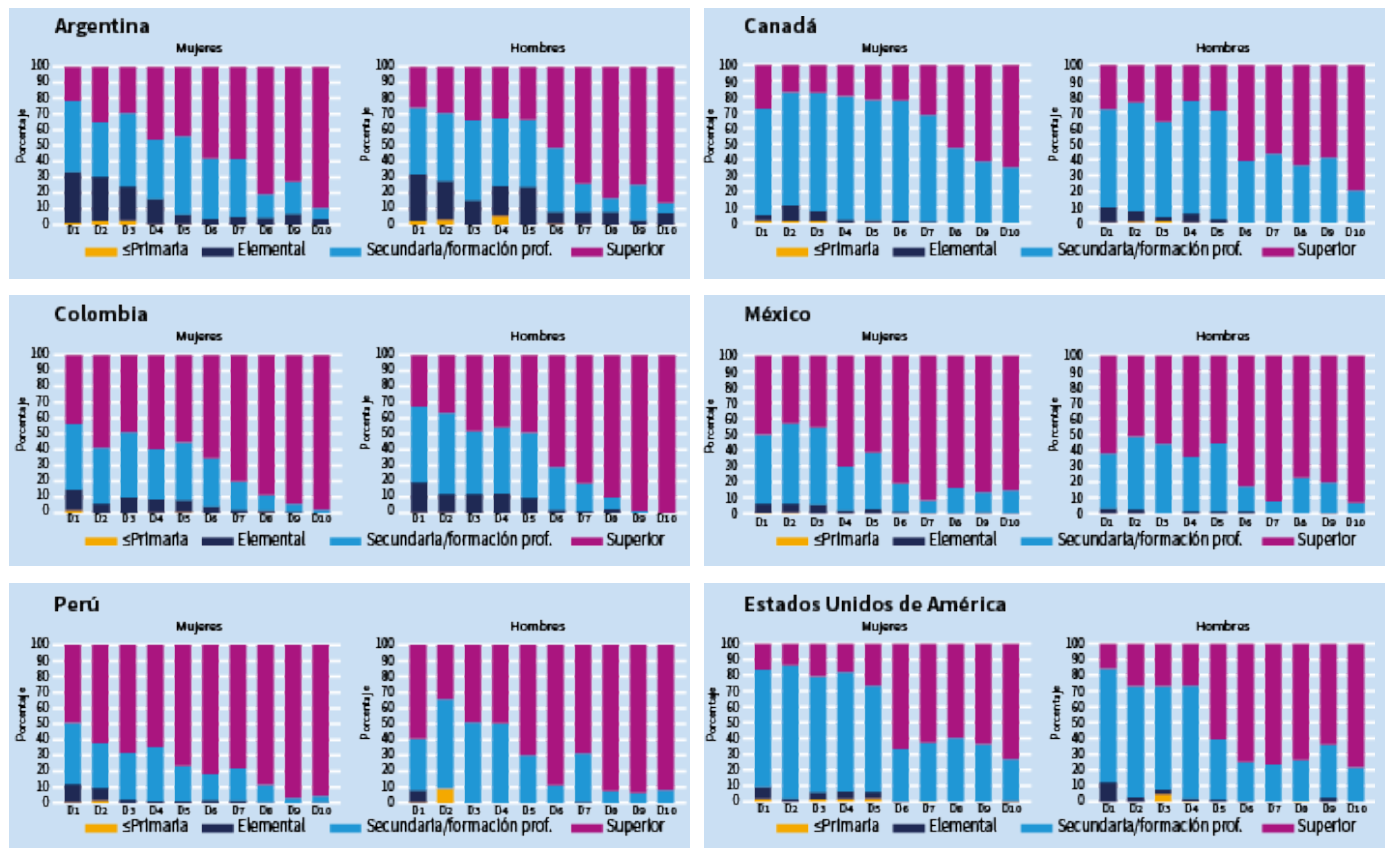
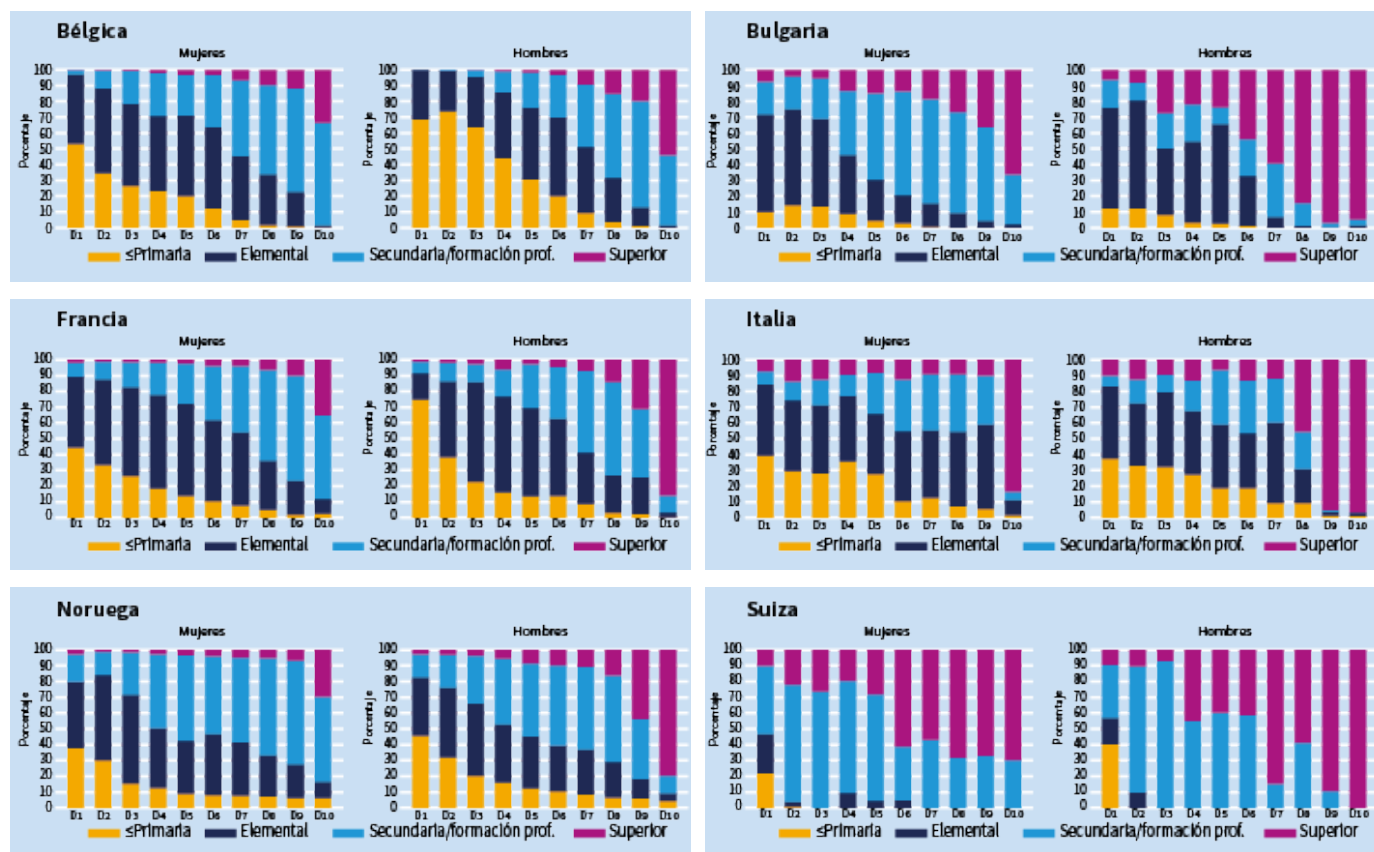
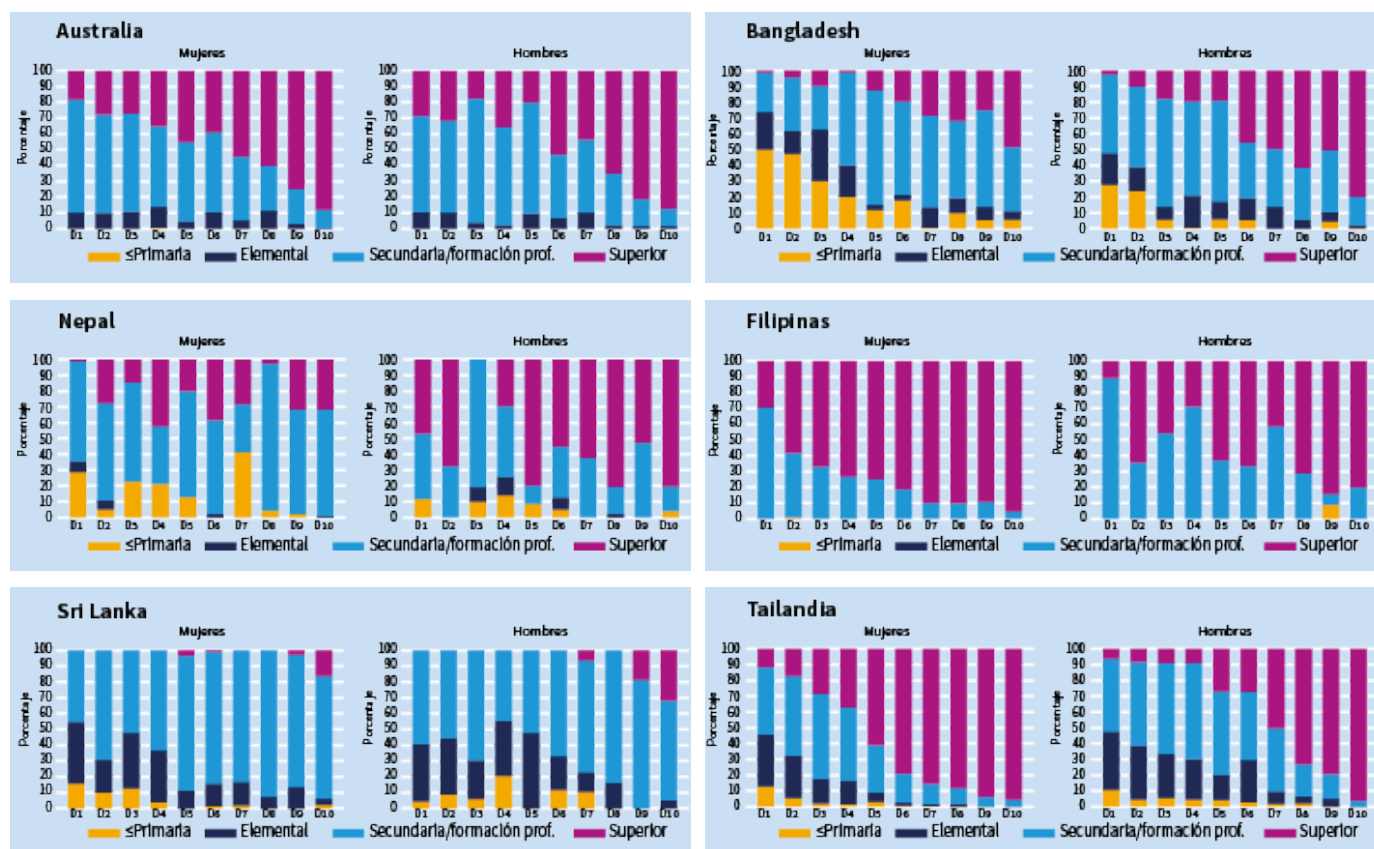


FIGURA 4.4 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental

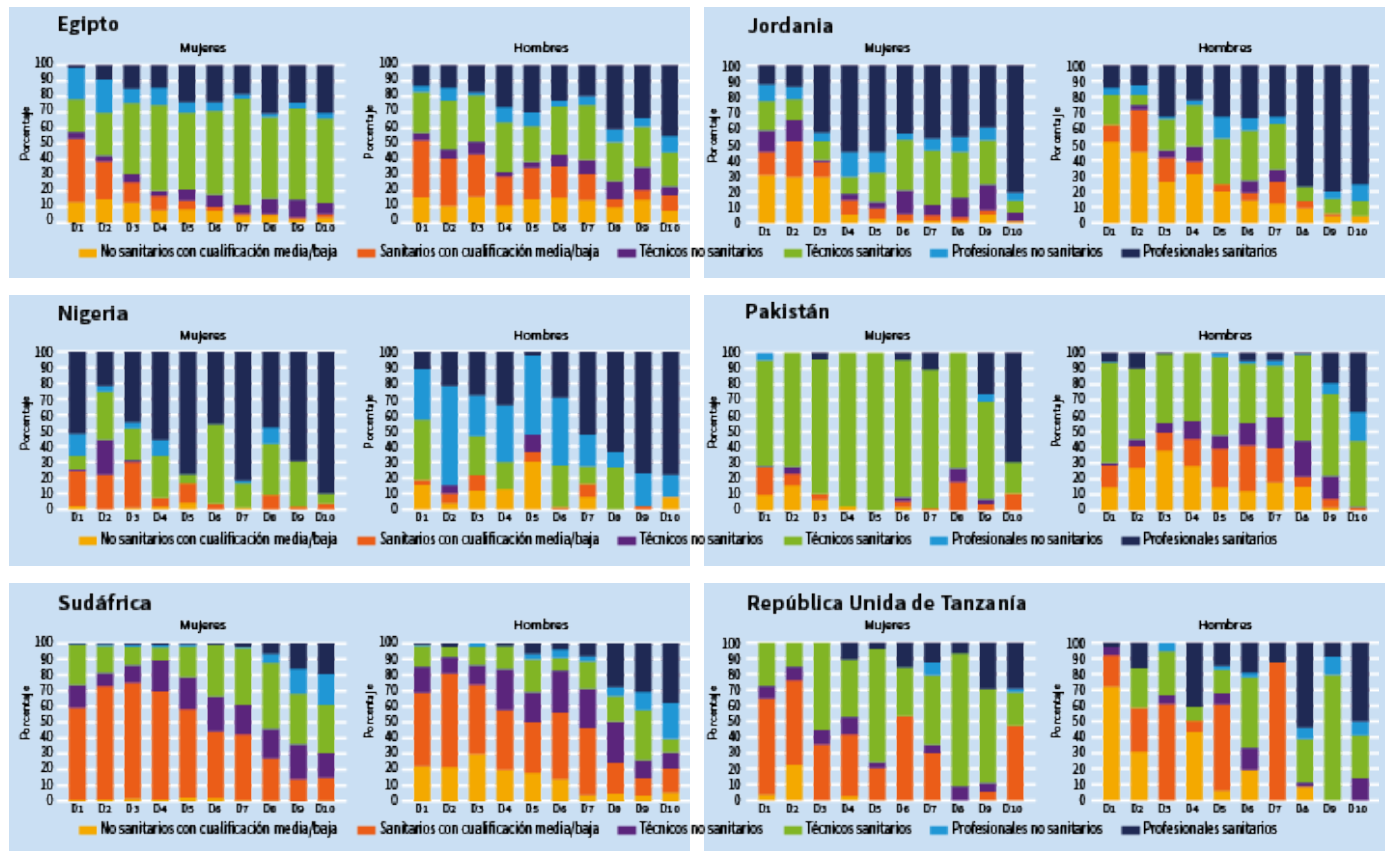


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

FIGURA 4.5

Distribución de las *categorías ocupacionales* de mujeres y hombres en los deciles de la distribución de los salarios por hora para los países seleccionados, últimos años para los que se dispone de datos

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

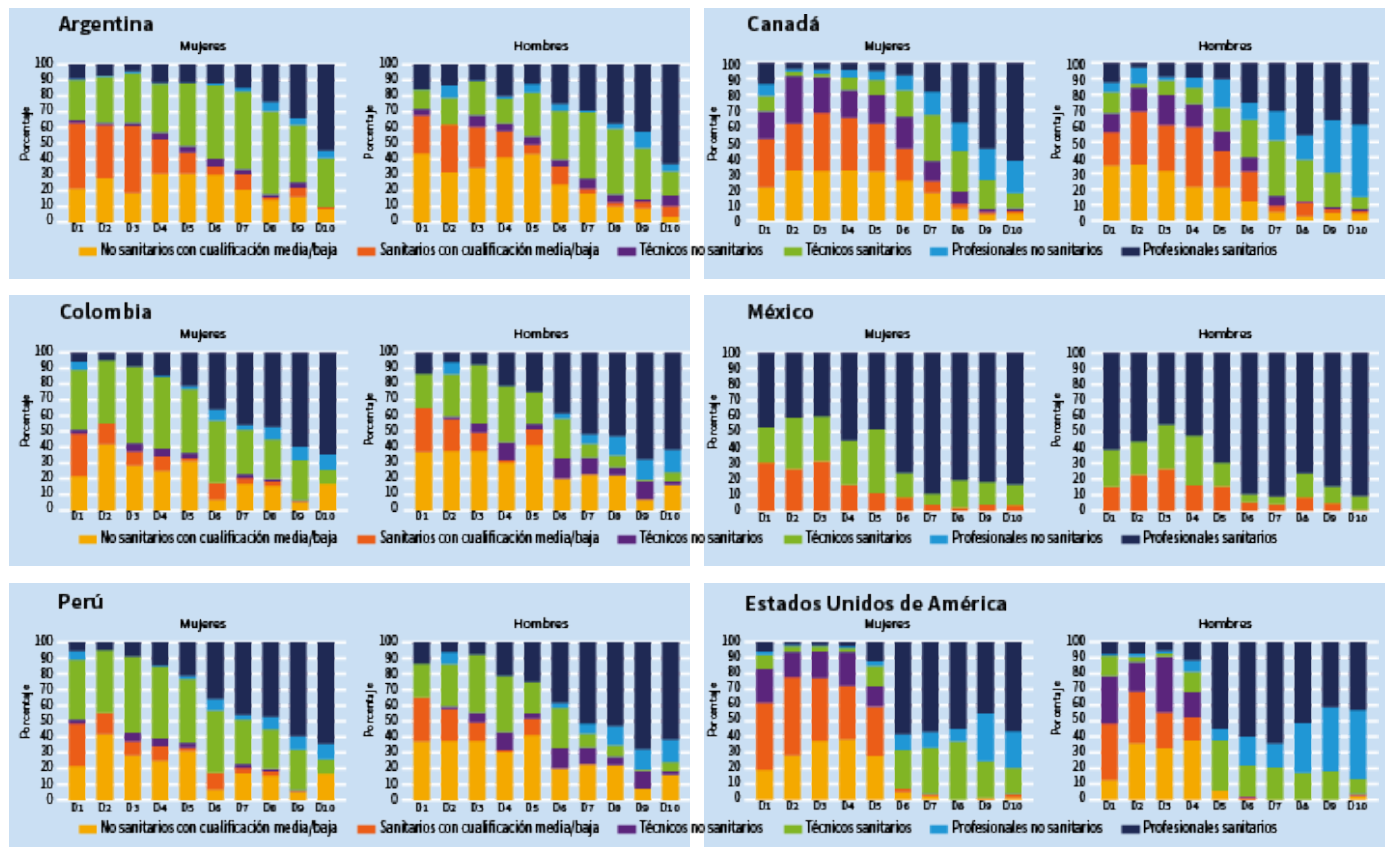
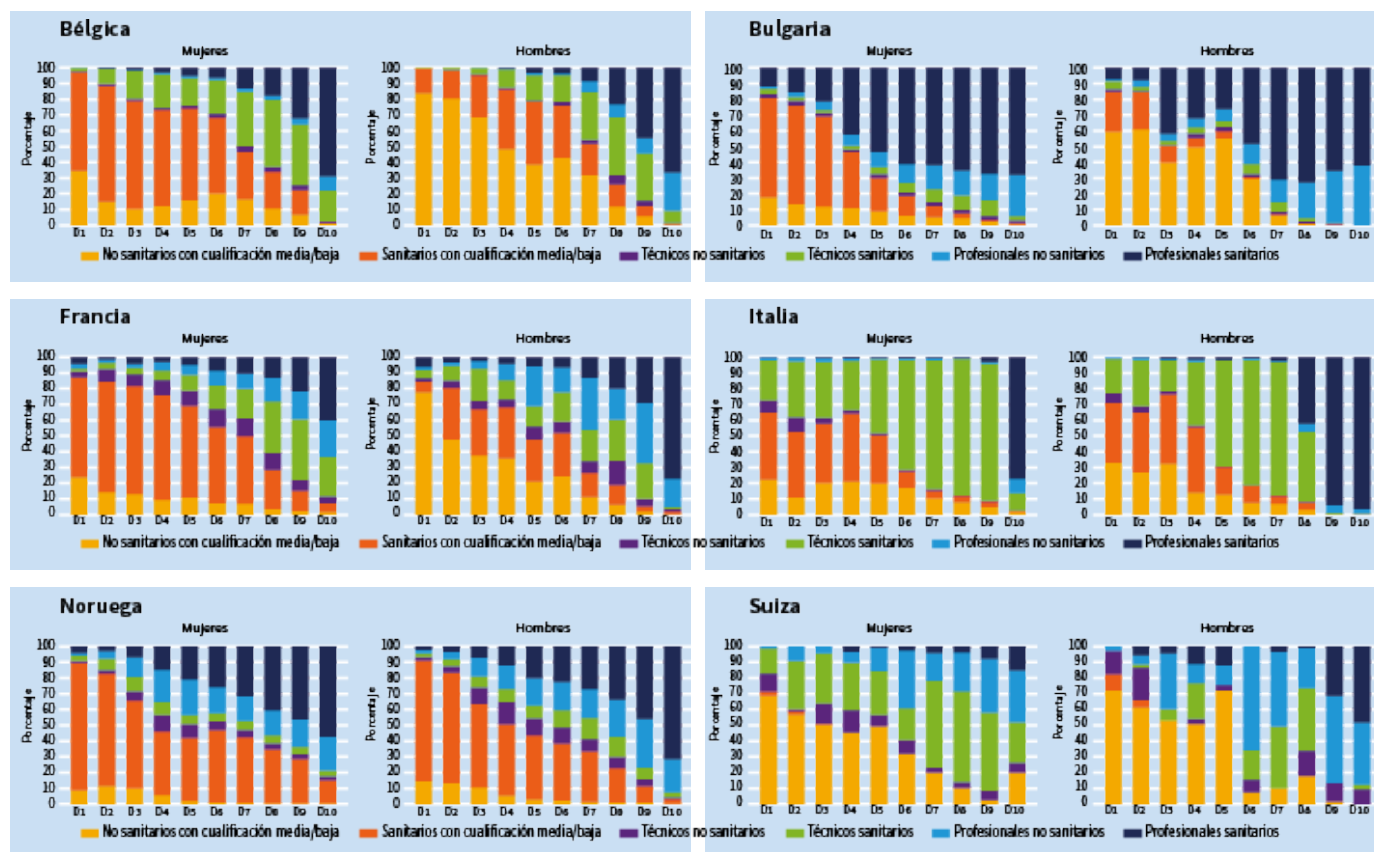
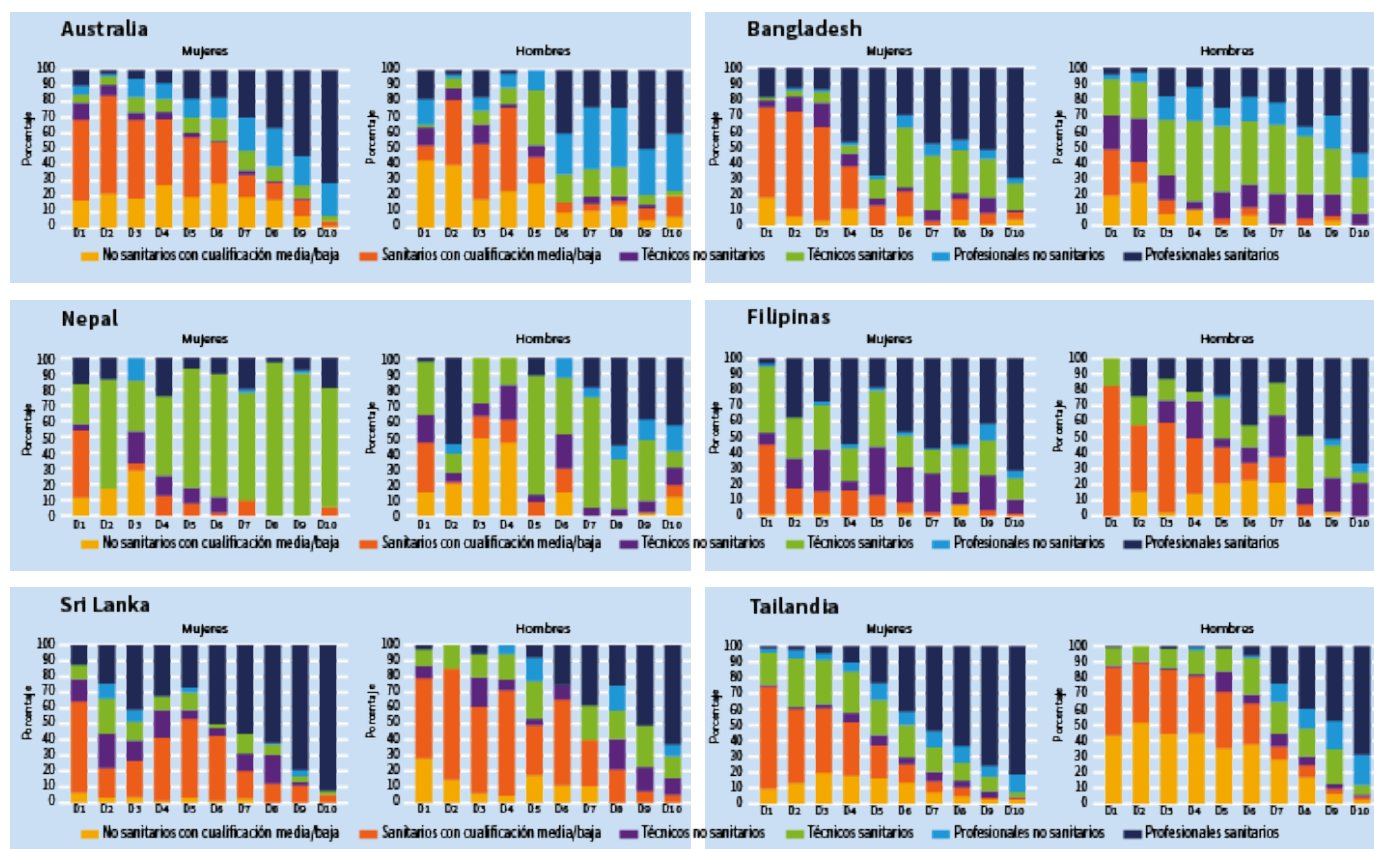


FIGURA 4.5 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental

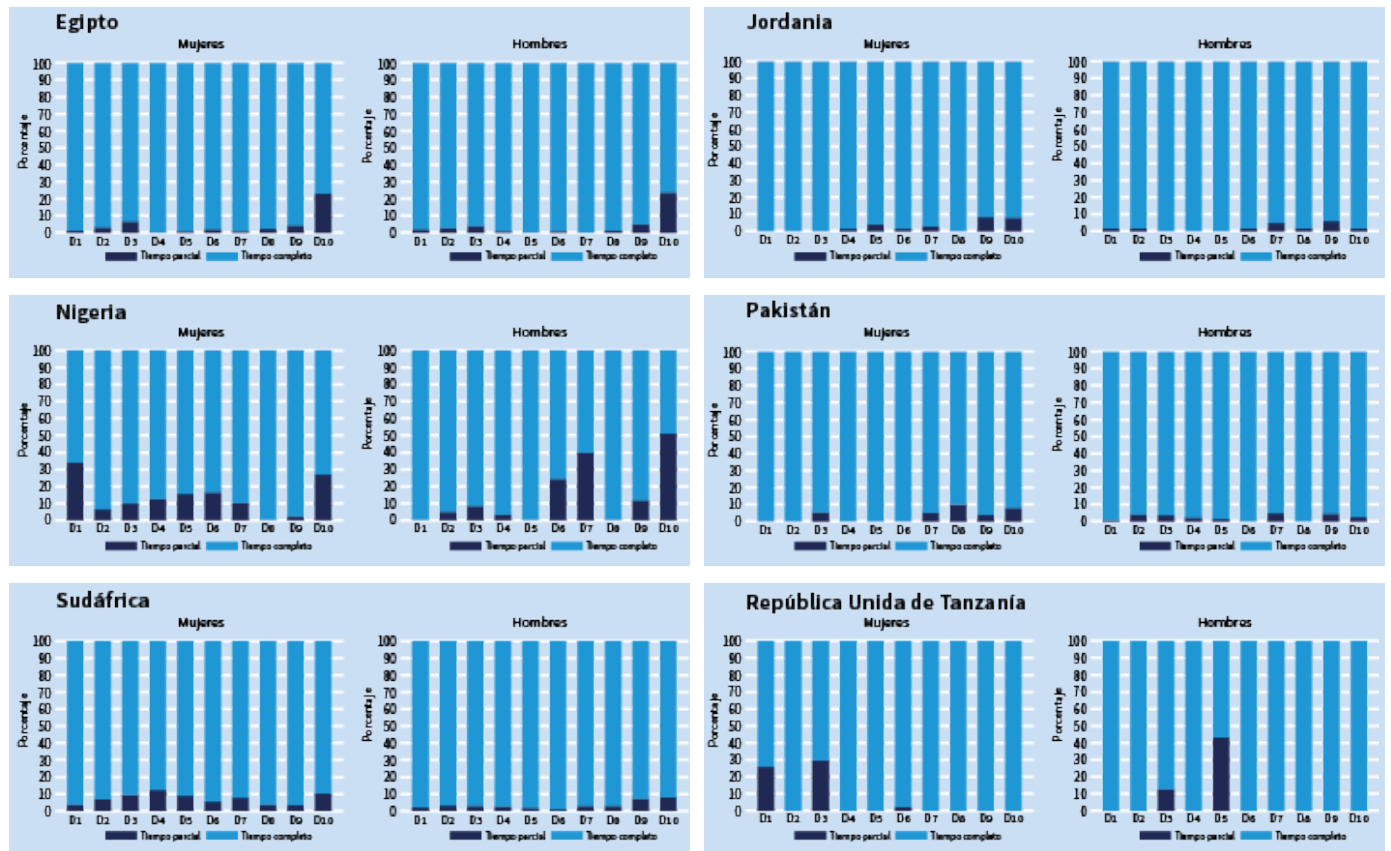


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

FIGURA 4.6

Distribución de la modalidad de empleo a tiempo completo frente a la de tiempo parcial de las mujeres y los hombres en los deciles de la distribución salarial por hora para los países seleccionados, últimos años para los que se dispone de datos

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

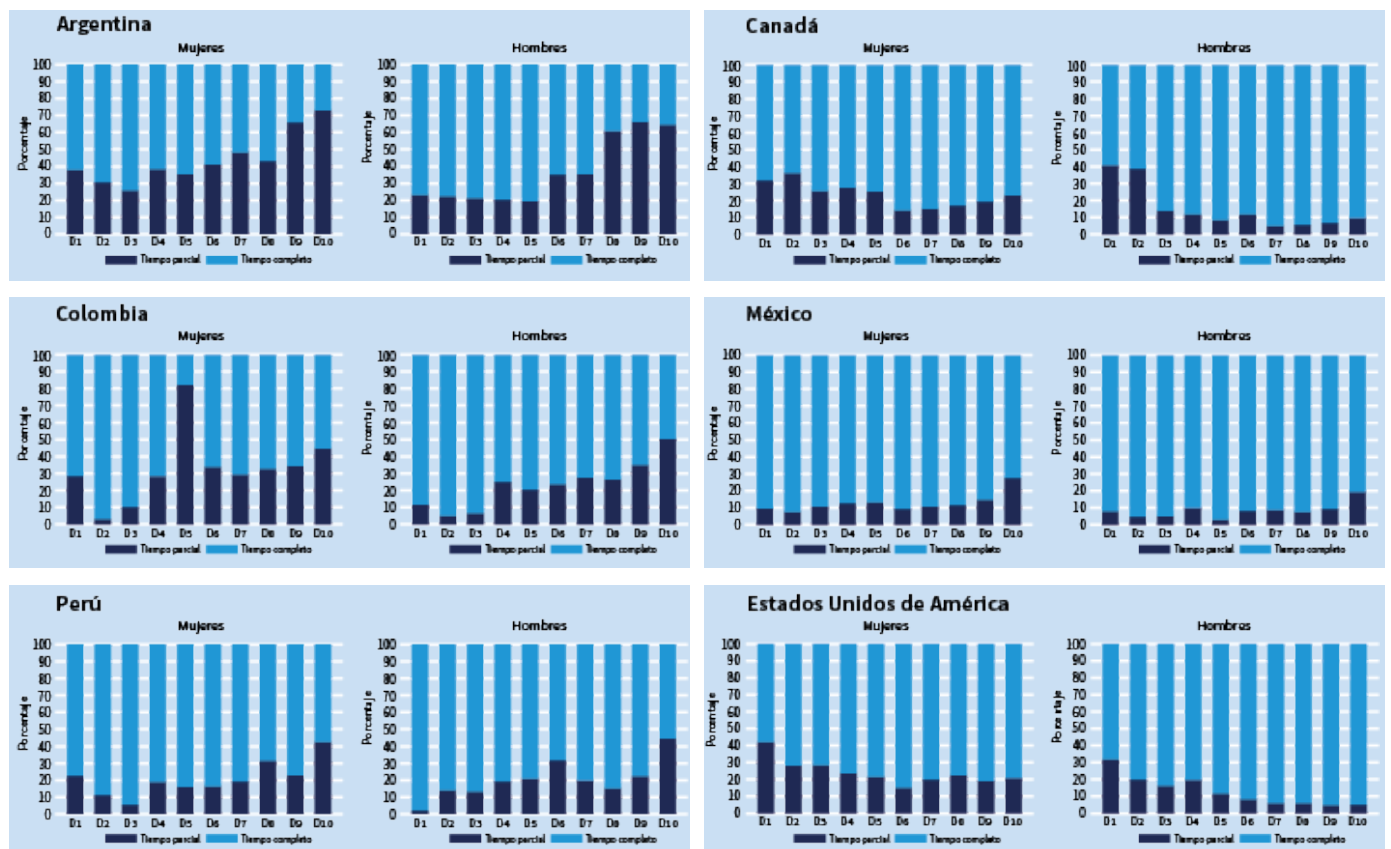
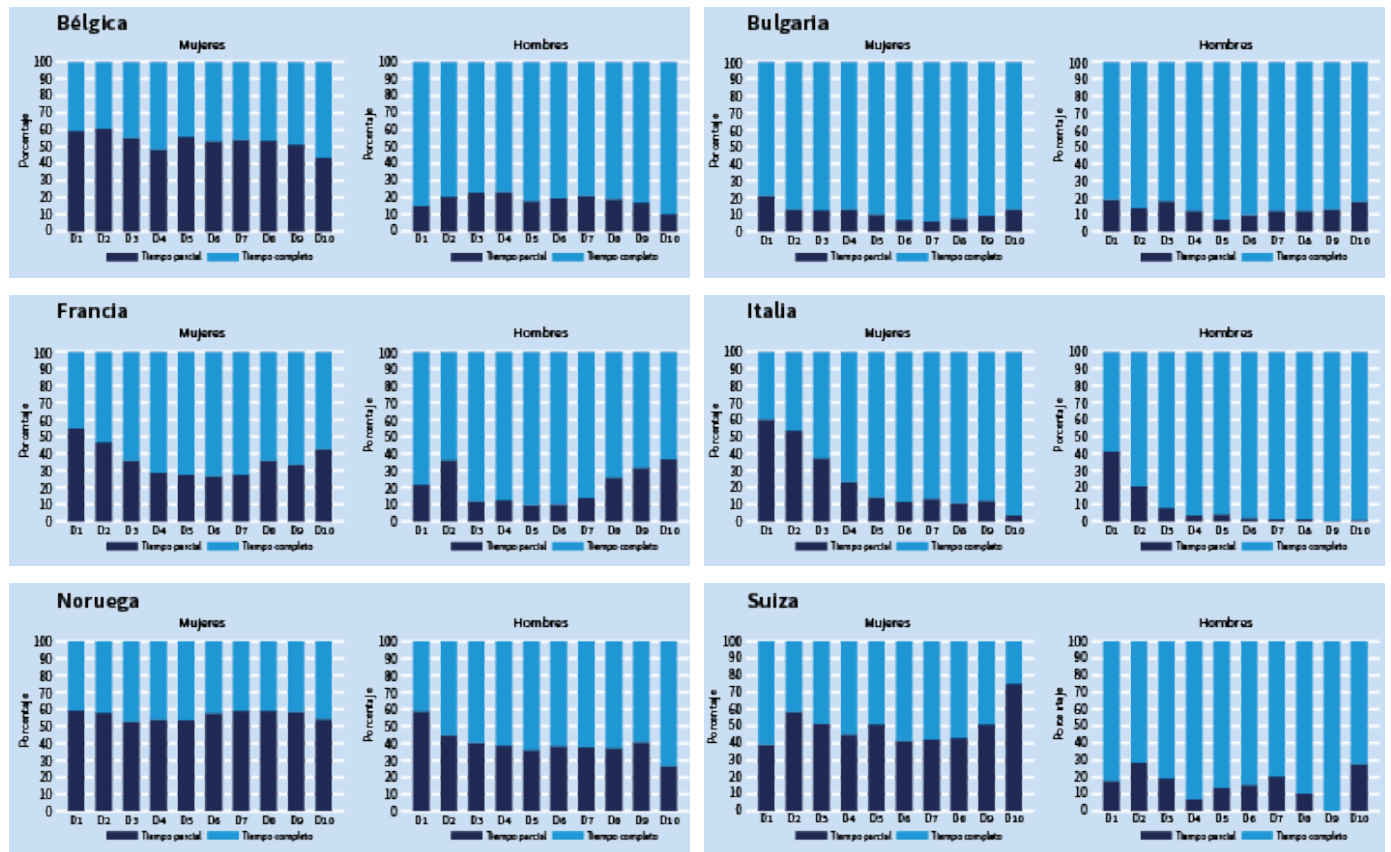
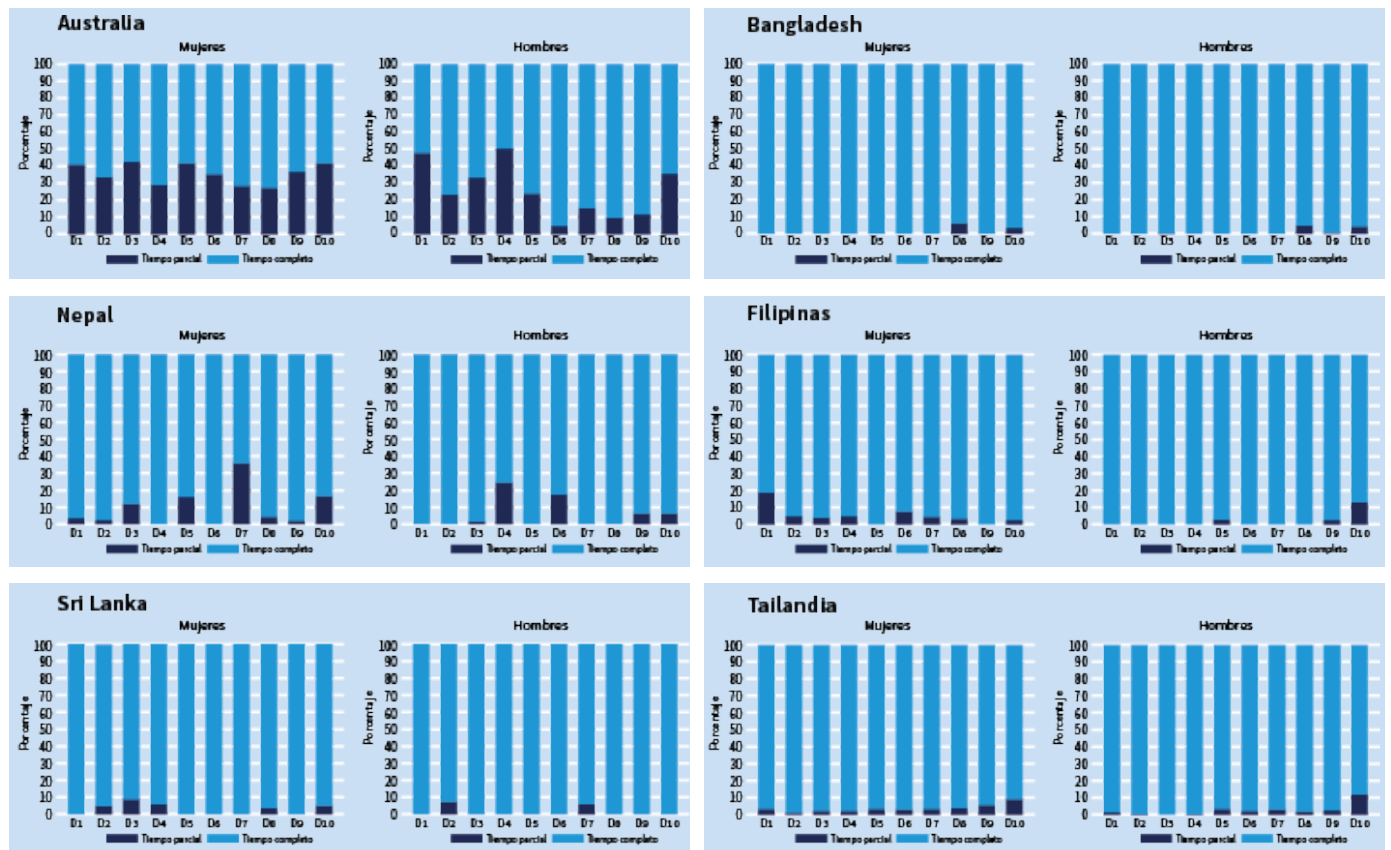


FIGURA 4.6 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental

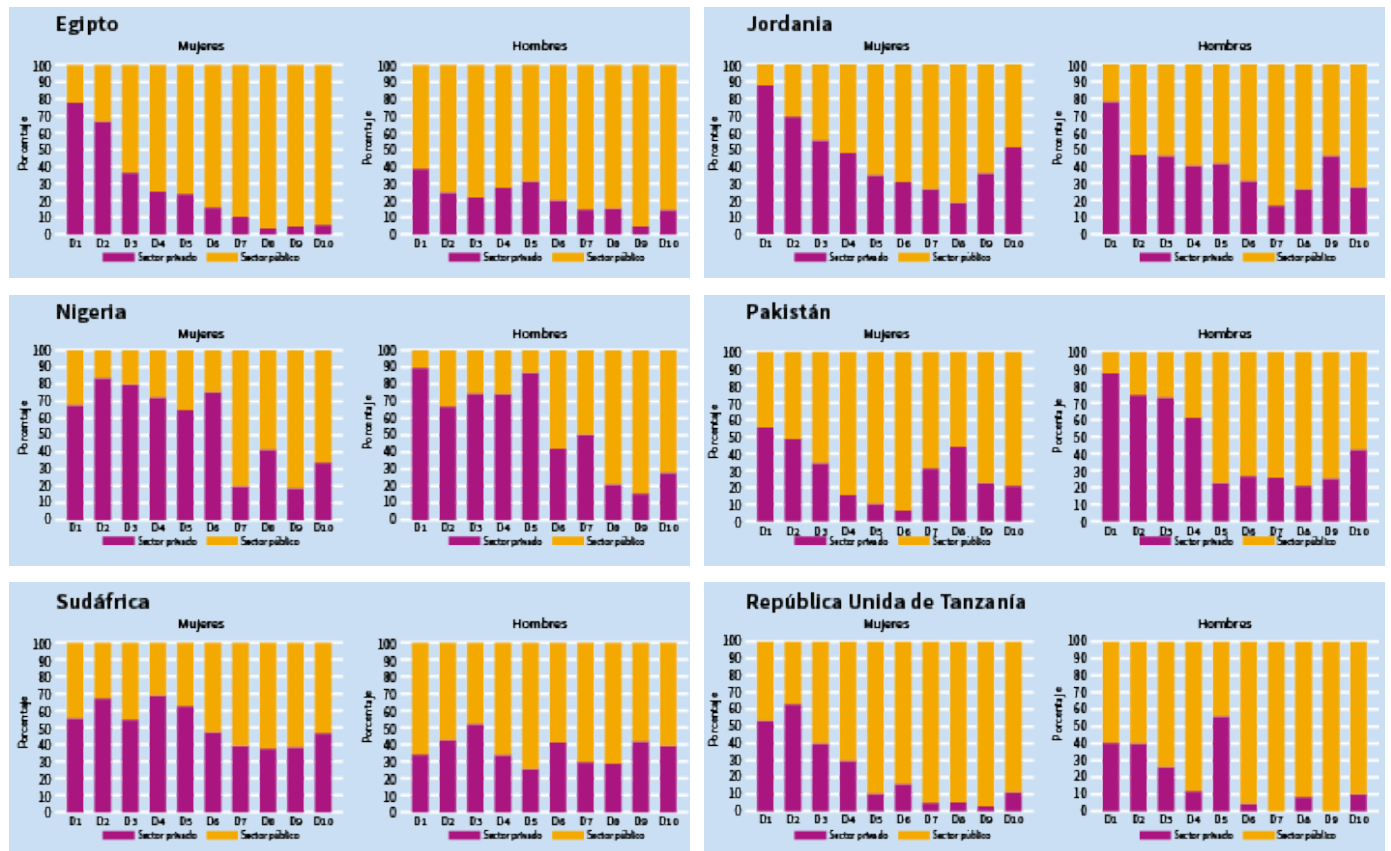


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

FIGURA 4.7

Distribución del empleo de mujeres y hombres en el *sector público frente al sector privado* en los deciles de la distribución salarial por hora para los países seleccionados, últimos años para los que se dispone de datos

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

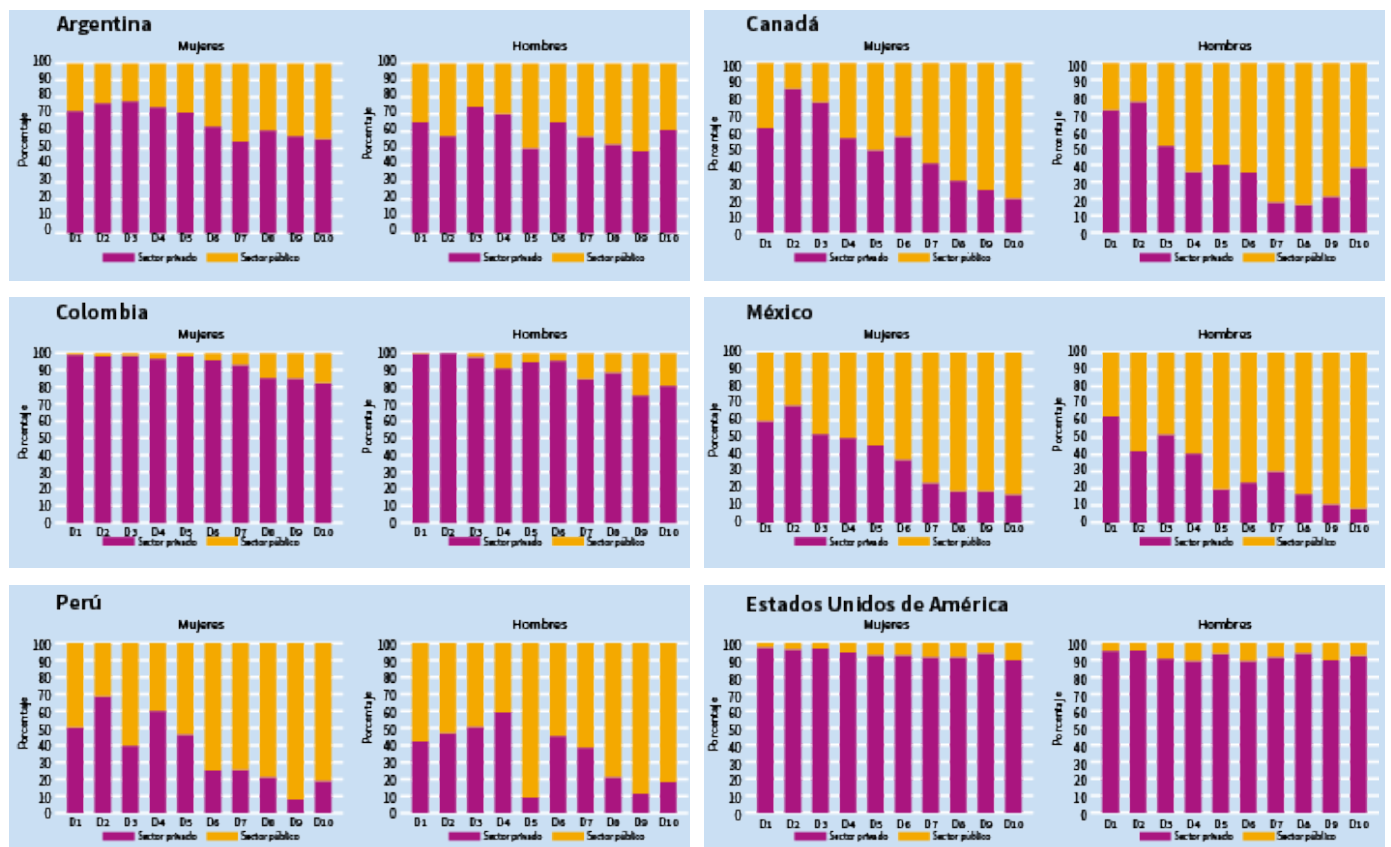
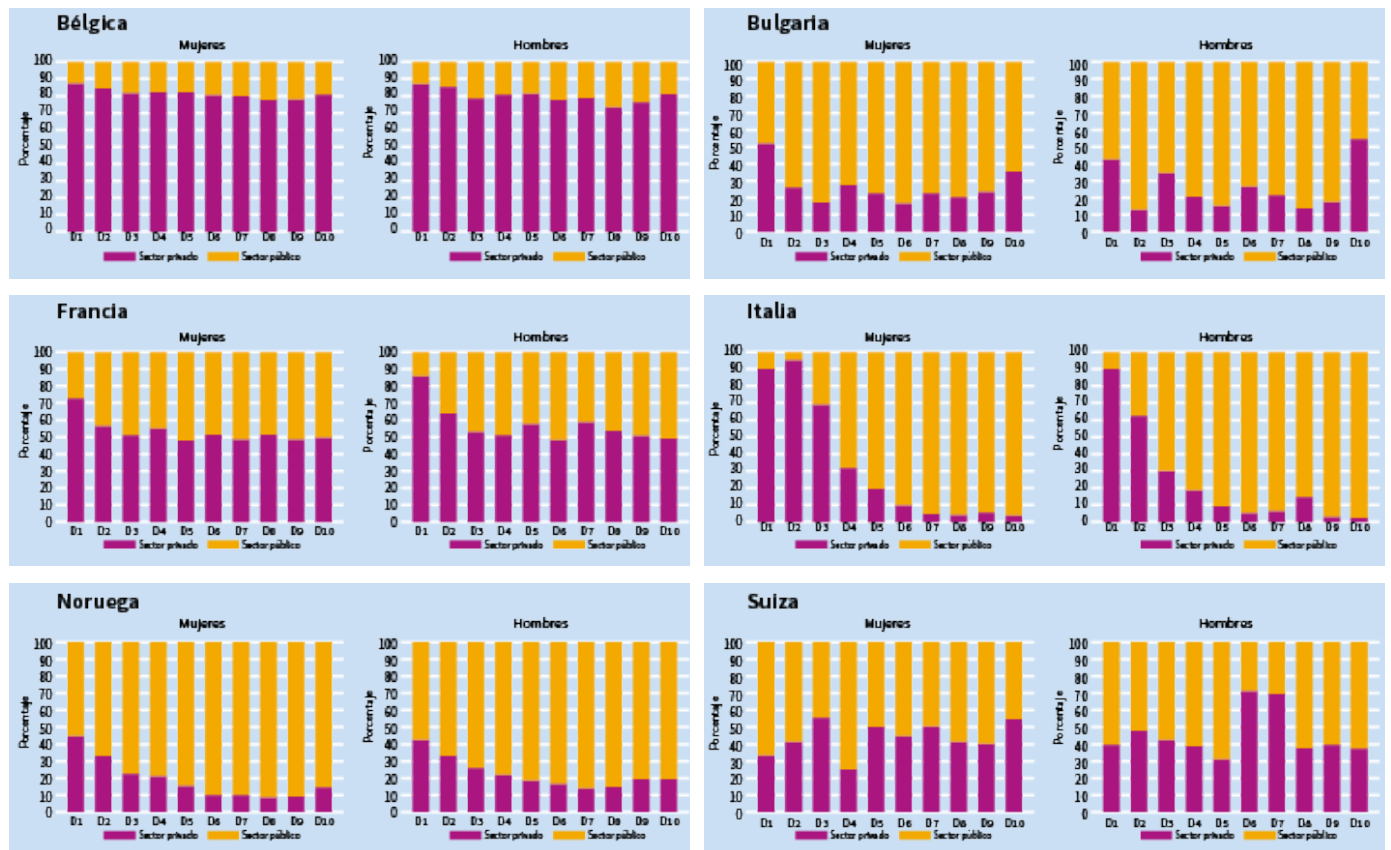
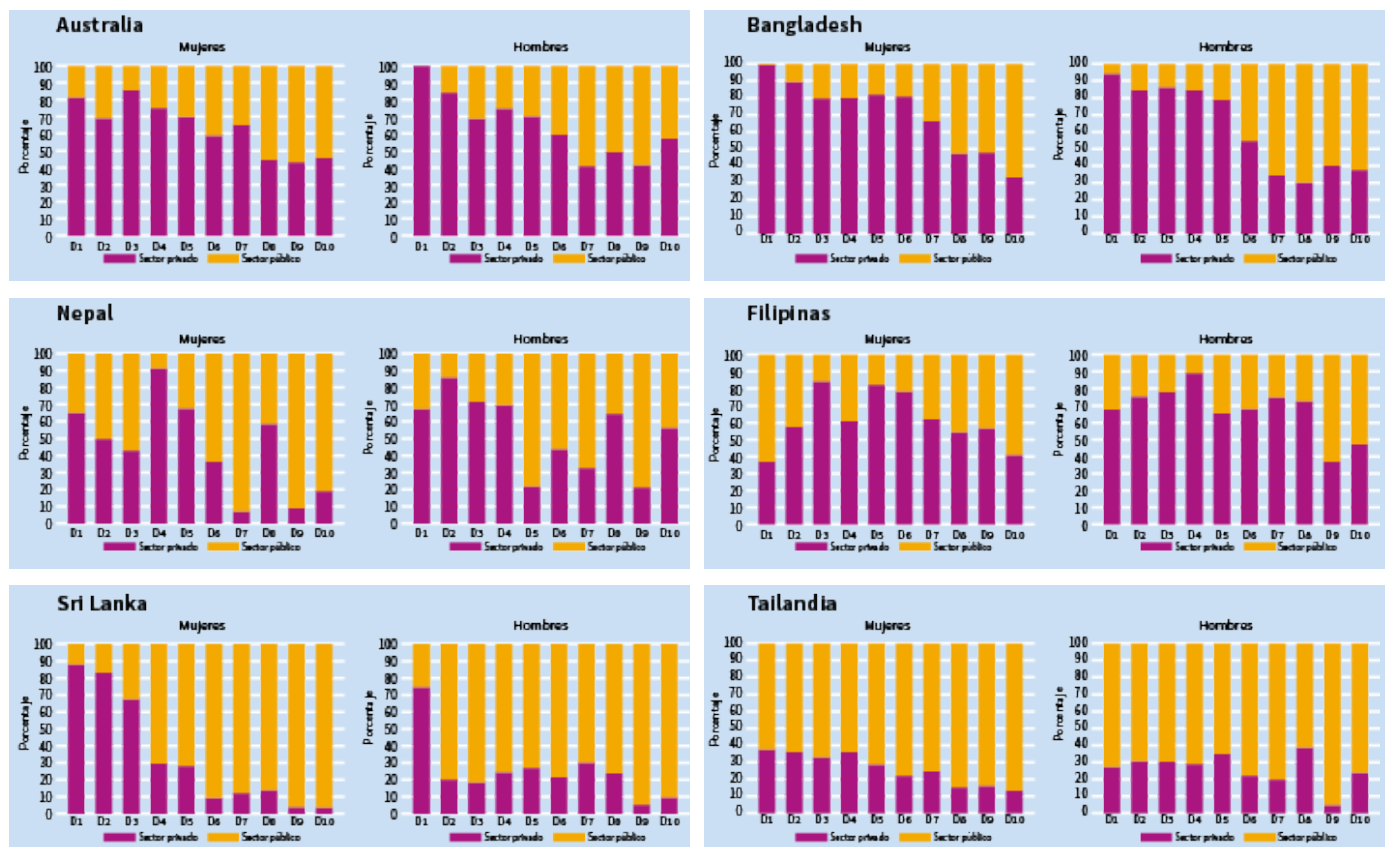


FIGURA 4.7 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

Descomposición de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

La sección 5 se basa en el análisis de la sección 4 de los factores que ayudan a explicar parte de la diferencia salarial entre hombres y mujeres, empleando dichos factores para reconocer y estimar las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial. Mientras que el análisis de la sección 4 tiene en cuenta los diferentes factores por separado, la sección 5 utiliza técnicas de descomposición para permitir que las interacciones de estos factores del mercado laboral indiquen la parte explicada de la brecha salarial de género y así aislarla de la parte no explicada. El análisis refleja que, en casi todos los países y en casi todos los cuantiles de la distribución salarial, la parte no explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial domina y es positiva, lo que implica que las mujeres del sector de la salud y asistencial están mal pagadas por sus atributos en el mercado laboral en relación con sus homólogos masculinos con perfiles similares en el mercado laboral. Además, en la mayoría de las regiones, la parte explicada de la brecha salarial de género es negativa. Esto significa que, aunque en general las mujeres ganan menos que los hombres por sus atributos en el mercado laboral (el componente no explicado), las mujeres tienden a tener mejores atributos en el mercado laboral que los hombres dentro del mismo cuantil de la distribución salarial. A nivel mundial, el componente explicado se estima en -3,5%, mientras que el componente no explicado es de +22%. Parte de la brecha salarial de género no explicada puede atribuirse a la llamada «brecha de la maternidad». Otra parte puede obedecer al hecho de que el sector de la salud y asistencial está muy feminizado; en general, los trabajadores de los sectores altamente feminizados reciben unos ingresos más bajos, por término medio, en comparación con los trabajadores de los sectores económicos no feminizados.

5.1 Descomposición simple: la parte explicada y no explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

Las técnicas de descomposición salarial fueron desarrolladas por primera vez por Alan Blinder y Ronald Oaxaca a principios del decenio de 1970. Los autores propusieron calcular ecuaciones de ingresos lineales por separado para mujeres y hombres y comparar estas estimaciones para medir la contribución de cada factor (o variable) a la explicación de las diferencias salariales entre hombres y mujeres; sus métodos se conocen comúnmente como la técnica de descomposición Oaxaca-Blinder (OBD). El enfoque OBD sigue siendo popular porque es sencillo y fácil de aplicar. Sin embargo, hay varios problemas asociados a esta técnica que pueden afectar gravemente a las estimaciones e inducir a error en las interpretaciones políticas de los resultados.³¹ Por lo tanto, este informe evita el uso de OBD.

En su lugar, adoptamos novedades que combinan los métodos de emparejamiento de puntuación de propensión con la estimación de la regresión cuantil incondicional (véase Fortin et al., 2011) para descomponer la brecha salarial de género en cada cuantil de la distribución salarial por hora. La descomposición se realiza de forma independiente para cada uno de los 54 países de nuestra base de datos. En su forma más sencilla, la técnica de descomposición señala las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género en cada cuantil de la distribución del salario por hora (véase OIT, 2014). Una versión más detallada de la descomposición nos permite medir cuánto contribuye cada factor a la parte explicada; esta descomposición detallada se aplicó a los datos de 65 países en el *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* de la OIT (OIT, 2018a). Sin embargo, al igual que sucede con la metodología de la brecha salarial de género ponderada por factores, la versión más detallada de la descomposición depende de que la muestra sea de gran tamaño. Para muchos

³¹ Véase Rubin (1977) y Manski (1995) para una descripción detallada de cómo el análisis de regresión puede fracasar en la determinación del tratamiento (o de las políticas) en las ciencias sociales. Desde la propuesta original de Blinder (1973) y Oaxaca (1973), se han realizado varias propuestas alternativas que pretenden superar los problemas asociados a OBD. Entre estos planteamientos se encuentran los propuestos por Machado y Mata (2005), la alternativa de emparejamiento presentada por Nopo (2008) y los trabajos más recientes de Fortin et al. (2011).

de los 54 países de los que disponemos de datos, la selección de los trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial da lugar a un tamaño de muestra demasiado pequeño para aplicar la versión más detallada de la descomposición, sobre todo porque tenemos que subdividir aún más la muestra en cuantiles. Los resultados, en estos casos, podrían ser engañosos si están condicionados por las escasas, y posiblemente no representativas, observaciones dentro de los cuantiles. Para otros de los 54 países de nuestro conjunto de datos, la selección de los trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial deja tamaños de muestra lo suficientemente grandes como para permitir tanto las descomposiciones más simples como las más detalladas. Lo que sigue en esta sección, y las estimaciones empíricas resultantes, están sujetos a tales restricciones.

En esencia, la técnica de descomposición que utilizamos implica tres pasos. El primero consiste en seleccionar un conjunto de atributos y características que estén asociados al proceso de determinación de los salarios y que expliquen las diferencias observadas en los salarios entre mujeres y hombres. El cuadro 5.1 muestra las variables que recogen estos atributos y características. El segundo paso es utilizar dichas variables con el fin de construir una distribución alternativa de comparación para las mujeres que represente los salarios que habrían ganado las mujeres si hubieran recibido el mismo pago por sus atributos y características en el mercado laboral que los hombres.³² El tercer paso implica combinar las tres distribuciones (la de los hombres, la de las mujeres y la distribución alternativa de comparación para las mujeres) para descomponer la brecha salarial de género en cada cuantil (descomposición simple). El recuadro 4 ilustra el funcionamiento de estos tres pasos en la práctica, mientras que el anexo 2 expone la metodología con más detalle.

³² Llegados a este punto, cabe destacar que las técnicas que hemos aplicado para este informe difieren ligeramente de las empleadas en el *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* (OIT, 2018a). En ese informe anterior, la construcción de escenarios alternativos de comparación seguía una técnica conocida como «función de reponderación». Esta consiste en establecer una ponderación para cada individuo de la muestra que refleje la probabilidad de ser mujer (en el caso de los hombres) o de ser hombre (en el caso de las mujeres). Cuando la ponderación se aplica a la distribución de los hombres, da lugar a un escenario alternativo en que los hombres que se parecen más a las mujeres reciben una mayor ponderación; cuando las ponderaciones se aplican a la distribución de las mujeres, se produce un escenario alternativo en que las mujeres que se parecen más a los hombres reciben una mayor ponderación. En los mercados laborales en los que una proporción sustancial de mujeres no tiene una alternativa masculina, por ejemplo, en los países de ingresos bajos y medios donde algunos sectores, como los trabajadores domésticos, son mayoritariamente femeninos, el uso de funciones de reponderación en las distribuciones de los hombres conduce a una distribución salarial alternativa que refleja un resultado sesgado para una fracción considerable de mujeres, que no están bien representadas en la distribución salarial de los hombres (un problema de apoyo común, como señala Ñopo (2008)). En el caso del sector de la salud, este problema se vería magnificado debido a la segregación ocupacional observada entre los géneros: el uso de funciones de reponderación en la distribución de los hombres podría reducir sustancialmente la parte no explicada, dando lugar a valores negativos que simplemente reflejan un débil apoyo común. Una alternativa al uso de funciones de reponderación es aplicar técnicas de emparejamiento para encontrar un hombre «de síntesis» o «gemelo» para cada mujer de la muestra. Por lo tanto, en nuestra única divergencia con respecto al método empleado en el *Informe mundial sobre salarios 2018-2019*, aplicamos técnicas de emparejamiento de puntuación de propensión, en particular, el «vecino más cercano», para construir la distribución alternativa para las mujeres. Además de este cambio, todos los demás pasos siguen siendo idénticos a los aplicados en el *Informe mundial sobre salarios 2018-2019* (OIT, 2018a) (véase el anexo 2 para obtener más detalles sobre el procedimiento completo).

CUADRO 5.1**Atributos y características del mercado laboral (es decir, factores) para la descomposición de la brecha salarial de género**

Grupo de factores	VARIABLES	Notas
Dotaciones	<ul style="list-style-type: none">• Edad• Categorías de educación• Tenencia	<ul style="list-style-type: none">• La tenencia está disponible solo para países de Europa.
Atributos (o características) del trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo de trabajo• Tipo de contrato• Categorías ocupacionales dentro del sector de la salud y asistencial	<ul style="list-style-type: none">• El tiempo de trabajo puede entrar en el análisis utilizando las horas trabajadas por semana (horas contractuales o habituales).• Las condiciones contractuales distinguen entre contrato «permanente» o «temporal». En algunos casos la respuesta es «otro» o «aprendiz». Se incluyen en la categoría «temporal» porque son demasiado pocos para crear un grupo significativo por separado.• Las categorías ocupacionales siguen las seis opciones mostradas en la figura 4.5, agrupadas en tres: profesionales, técnicos y de cualificación media/baja.
Características del lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Tamaño de la empresa• Sector institucional (público frente a privado)• Ubicación regional (área urbana frente a entorno rural)• Tipo de convenio colectivo	<ul style="list-style-type: none">• El tamaño de la empresa se incluye utilizando tres categorías: menos o igual a 10 empleados; de 11 a 49 empleados; y 50 o más empleados.• El «tipo de convenio colectivo» solo está disponible para los países europeos. Las respuestas se agrupan en cuatro categorías: a nivel nacional; por sector económico; a nivel empresarial; y ningún convenio colectivo en la empresa.
Características personales	<ul style="list-style-type: none">• Afiliación sindical• Trabajador migratorio• Empleo informal frente a empleo formal• Etnicidad	<ul style="list-style-type: none">• Se dispone de datos sobre la «afiliación sindical» en algunos países de América Latina, Sudáfrica y Tailandia.• La situación migratoria está disponible para algunos países de América Latina y Namibia.• El empleo informal frente al formal solo está disponible para los países de América Latina.• La etnicidad («blanco» frente a todas las demás razas) solo está disponible para los datos de los Estados Unidos.

Notas: Véase el anexo 1 para obtener más detalles sobre las fuentes de datos. Para los 54 países se han determinado los factores siguientes: edad, categorías educativas, tiempo de trabajo (horas semanales), categorías ocupacionales dentro del sector de la salud y asistencial, sector público frente al privado, tipo de contrato y tamaño de la empresa.

Descomposición de la brecha salarial de género: una explicación ilustrativa

La descomposición de la brecha salarial de género consta de tres pasos. En primer lugar, se selecciona un conjunto de atributos o características (como los indicadores observados en los datos de nuestra encuesta) en función de su relevancia en el proceso de determinación de los salarios; el cuadro 5.1 muestra los que hemos seleccionado. En el segundo paso, se aplican técnicas de emparejamiento de puntuación de propensión, utilizando los atributos o características observados, para generar una distribución salarial alternativa. Así, para las mujeres de nuestra muestra, identificamos a los hombres de la muestra con atributos idénticos (o los más parecidos como edad, experiencia, categoría ocupacional, nivel de instrucción, tamaño de la empresa, tiempo de trabajo, etc.). Cuantas más características estén disponibles en los datos, y cuantas más interacciones utilizemos entre estas características, más estrecha será la coincidencia entre cada mujer y su hombre «gemelo» en la muestra. Dado que las mujeres y sus «gemelos» son objetivamente idénticos con respecto a las características del mercado laboral, los ingresos percibidos por un hombre que es gemelo de una mujer determinada son una aproximación de lo que esa mujer habría recibido si hubiera sido un hombre en el mercado laboral. Por ejemplo, en Tailandia (véase la sección 4, figuras 4.1–4.7) observamos que las mujeres de la categoría de profesionales de la salud se sitúan en los cuantiles más bajos de la distribución salarial. En este caso, es probable que los ingresos de los hombres «gemelos» de estas mujeres estén en los cuantiles superiores; por lo tanto, en este ejemplo, es probable que los salarios hipotéticos de las mujeres sean superiores a los que realmente recibieron. Sin embargo, la selección de un solo hombre como base de un salario hipotético para cada mujer puede reducir la variación, pero lo hace a costa de introducir potencialmente un sesgo, ya que cualquier observación individual podría ser un valor atípico. Una técnica alternativa, que se utiliza en este informe, consiste en seleccionar un número n de hombres (el grupo de referencia) que sean objetivamente equivalentes a cada mujer (el grupo ajustado), y emplear los ingresos medios entre el número n de hombres seleccionados para construir el salario hipotético para cada mujer de la muestra.

Una vez calculada econométricamente la distribución hipotética mediante técnicas de emparejamiento de puntuación de propensión, obtenemos tres distribuciones salariales: la distribución salarial de los hombres, la distribución salarial de las mujeres y la distribución salarial hipotética de las mujeres. Las tres distribuciones pueden entonces compararse en cualquier cuantil. Por ejemplo, podemos mirar la mediana (q_v). Digamos que en la mediana el salario por hora es de 10 monedas para los hombres ($q_v^m = 10$) y 6 monedas para las mujeres ($q_v^w = 6$). Esto significa que en la mediana la brecha salarial de género es del 40%. Supongamos también que, en la mediana, el salario por hora hipotético (para la mujer en el medio) es igual a 9 monedas ($q_v^c = 9$): esto representa el salario que ganarían las mujeres en el medio de la distribución salarial si, por sus dotaciones y atributos reales (o «promedio»), se les pagara lo mismo que se paga a los hombres por sus atributos en el medio. Así, la distancia en el medio de la distribución salarial entre lo que ganan los hombres (10 monedas) y lo que habrían ganado las mujeres dadas sus características en el mercado laboral si hubieran sido hombres (9 monedas) se explica por la diferencia de atributos de hombres y mujeres. Es decir, ($q_v^m - q_v^c = 1$) o el 10% es la parte explicada de la brecha salarial de género.

El resto de la brecha salarial de género, es decir, la diferencia entre lo que las mujeres habrían obtenido dadas sus características en el mercado laboral si hubieran sido hombres (9 monedas ($q_v^c = 9$)) y lo que realmente reciben (6 monedas ($q_v^w = 6$)) no se puede explicar por atributos o dotaciones. Por consiguiente, dicha diferencia ($q_v^c - q_v^w = 3$) es atribuible al hecho de que las mujeres obtienen un menor rendimiento de sus dotaciones y características del mercado laboral en la mediana. Esta diferencia es la parte no explicada o «estructural» de la brecha salarial entre hombres y mujeres. En este caso hipotético, la diferencia es del 30%. La construcción del escenario alternativo ayuda a demostrar que las mujeres pueden tener una estructura salarial diferente a la de los hombres, no porque posean diferentes dotaciones, sino porque obtienen diferentes rendimientos de dichas dotaciones. Por eso a veces se utiliza la palabra «estructural» para designar la parte no explicada de la diferencia salarial por razón de género.

Hasta ahora, esta ilustración refleja el enfoque más sencillo de descomponer la brecha salarial entre hombres y mujeres mediante un escenario alternativo. En este método, en cada cuantil de la distribución salarial, determinamos la parte explicada y la no explicada de la disparidad salarial por razón de género simplemente estimando:

$$GPG = (q_v^m - q_v^w) = (q_v^m - q_v^c) + (q_v^c - q_v^w) \quad (1)$$

En la expresión (1), la brecha salarial de género muestra la suma de los componentes explicado y no explicado. Basándonos en este hecho, observamos lo siguiente: cualquiera de las dos partes del lado derecho de (1) puede ser positiva, negativa o cero. Cuando $(q_v^m - q_v^c) > 0$ significa que los hombres tienen más atributos y dotaciones que las mujeres en el mismo cuantil, y tal diferencia de atributos y dotaciones explica la brecha positiva. Por ejemplo, pongámonos que q_v^c es el cuantil medio (Q5), y supongamos que las mujeres de la mediana son más cercanas en atributos a los hombres de los cuantiles inferiores (por ejemplo, Q3), por tanto, los ingresos de su escenario alternativo en la población se extraen de Q3, donde los hombres son, digamos, más jóvenes que los de Q5. Cuando $(q_v^m - q_v^c) < 0$ es lo contrario: podría ser que las mujeres en el medio tienen atributos que se asemejan a los de los hombres en cuantiles más altos, y por lo tanto, los ingresos de su escenario alternativo en la población se extraen de cuantiles más altos que Q5, como Q7, donde los hombres son tal vez mayores o más calificados. Esto significa que cuando observamos una brecha salarial de género «explicada» negativa, en realidad estamos estimando «la diferencia por la cual los ingresos de las mujeres deberían ser aumentados si se les pagara por sus dotaciones lo mismo que se paga a los hombres por las suyas» en el sector de la salud y asistencial.

El análisis de la parte no explicada es algo diferente: cuando $(q_v^c - q_v^w) > 0$, significa que los hombres obtienen mayores rendimientos que las mujeres por sus atributos y dotaciones en ese cuantil. Por ejemplo, si las mujeres en la mediana obtienen q_v^w , pero tienen dotaciones y atributos que se asemejan a los hombres en el cuantil superior, Q9, entonces el escenario alternativo de las mujeres en la mediana (q_v^c) se construirá con los ingresos de los hombres en Q9, en general, calculado utilizando la estructura de los ingresos de los hombres en la población. Considerando que los hombres en el Q9 que sirvieron para construir q_v^c son objetivamente equivalentes (por cuestiones de productividad) a las mujeres en la mediana (Q5), no hay razón para que estas mujeres no se ubiquen también en el Q9, en otras palabras, los mayores rendimientos de los hombres en el cuantil se deben a una diferencia en las estructuras salariales por dotaciones determinadas, por lo tanto, no explicadas. Cuando $(q_v^c - q_v^w) < 0$ ocurre lo contrario: las mujeres que se encuentran, por ejemplo, en el Q5 son como los hombres situados en los cuantiles inferiores, de modo que las mujeres de ese cuantil obtienen rendimientos superiores a los de sus alternativas masculinas en la población.

Finalmente, si existe una diferencia salarial entre hombres y mujeres que no es nula, también puede ser que la parte explicada $(q_v^m - q_v^c)$ o la parte no explicada $(q_v^c - q_v^w)$ sea cero. Si tal es el caso, el resultado mostraría que la brecha salarial entre hombres y mujeres no se explica en absoluto o se explica en su totalidad, respectivamente.

En la figura 5.1 se aprecia, en cada cuantil de la distribución salarial por hora, la descomposición de la brecha salarial de género entre la parte explicada y la no explicada, tal y como se determinen según el procedimiento descrito en el recuadro 4. La selección de países es la misma que aparece en las figuras 4.1 a 4.7.³³ Para cada país y en cada cuantil, la suma de las dos partes de la figura 5.1 representa la brecha salarial de género en ese cuantil. Cabe señalar aquí

que, para cada país y en cada cuantil, la suma de las dos partes equivale a la altura de las barras de la figura 4.1. Con el fin de comprender mejor cómo interpretar los resultados detallados de la figura 5.1, el recuadro 5 ofrece ejemplos detallados, utilizando el primer cuantil en el caso de los Estados Unidos, el cuantil superior para Suiza y un cuantil medio para Bélgica.

³³ Al igual que la figura 4.1, la figura 5.1 presenta la brecha salarial entre hombres y mujeres en cada uno de los nueve umbrales que dividen la distribución en diez regiones equidistantes. En cada región, los cuantiles corresponden al valor umbral (el valor más alto de cada región). En la práctica, sería posible estimar la brecha salarial de género en el valor máximo de la distribución salarial; esto sería análogo a calcular la brecha salarial entre hombres y mujeres en D10. Sin embargo, la cola del extremo superior de la distribución salarial incluye muy pocas observaciones y esto puede dar lugar a estimaciones muy anómalas al descomponer la brecha salarial de género en cada cuantil. Por consiguiente, como se suele hacer en el análisis de cuantiles, evitamos analizar la diferencia salarial por razón de género en el valor máximo, tanto en la figura 5.1 como en la 5.2.

RECUADRO 5

Ejemplos que ilustran la interpretación de las partes explicada y no explicada de la brecha salarial entre hombres y mujeres, como se describe en las figuras 5.1 y 5.2

Esta ilustración contempla dos ejemplos en los que el signo de la parte explicada difiere: en el caso de los Estados Unidos examinamos un cuantil donde la parte explicada es negativa, mientras que el caso de Suiza muestra la interpretación de la parte explicada cuando es positiva.

En la figura 4.1, el gráfico correspondiente a los Estados Unidos muestra que la diferencia salarial por razón de género en el primer cuantil (Q1) equivale al 22%, es decir, que en comparación con los hombres cuyo salario por hora cae en el Q1 en este país, las mujeres en el mismo Q1 ganan un 22% menos por hora. Una vez descompuesta la brecha salarial en el Q1 (como se muestra en la figura 5.1), vemos que la parte explicada es negativa (-20%) y la parte no explicada es positiva (+42%). La parte explicada negativa significa que en el primer cuantil de la distribución salarial por hora en el sector de la salud de los Estados Unidos, los atributos y características del mercado laboral de las mujeres se asemejan a los de los hombres en los cuantiles superiores. Es decir, la parte explicada negativa indica que los hombres de la población que son hipotéticos con respecto a sus atributos en el mercado laboral en relación con las mujeres en el Q1, están, en promedio, mejor pagados que los hombres realmente situados en el Q1. En consecuencia, el resultado es que: $(q_v^m - q_v^c) < 0$.

En general, cuando la parte explicada de la brecha en un cuantil es negativa, indica que las mujeres de ese cuantil están mal situadas en la distribución salarial con respecto a sus atributos en el mercado de trabajo, en comparación con el lugar que ocupan los hombres con atributos similares en la distribución salarial. En el ejemplo de Q1 en los Estados Unidos, si a *todas* las mujeres del Q1 se les pagara por los atributos que utilizan en su trabajo diario lo mismo que a los hombres, el salario *promedio* de las mujeres en el Q1 aumentaría en un 20% por hora. Además, es probable que muchas (si no todas) de estas mujeres aparezcan, de hecho, situadas en cuantiles superiores de la distribución salarial.

La parte no explicada *positiva* significa que, independientemente de los atributos que tengan los hombres del Q1, los rendimientos que obtienen las mujeres del Q1 por la combinación de atributos que emplean en sus trabajos diarios son, por término medio, un 42% inferiores a los que obtienen los hombres con la misma combinación de atributos en la población (en cualquier cuantil). Así, si las mujeres del primer cuantil de la distribución salarial en el sector de la salud de los Estados Unidos fueran remuneradas por sus atributos en el mercado laboral como se paga a los hombres en general por esos mismos atributos —es decir, si las mujeres y los hombres mostraran la misma estructura salarial—, los ingresos de las mujeres del primer cuantil aumentarían un 42% por hora trabajada, en comparación con los hombres de ese cuantil.

Juntando las dos partes, ¿cuál es la implicación en dólares? Los datos muestran que el salario medio por hora que reciben los hombres y las mujeres del primer cuantil del sector de la salud en los Estados Unidos es de US\$ 14,9 y US\$ 12,9, respectivamente.³⁴ Pero cuando consideramos a los hombres (en cualquier punto de la distribución salarial) con una combinación similar de atributos del mercado laboral (es decir, similares en edad, educación formal, categoría ocupacional, región geográfica, modalidad de tiempo de trabajo, acuerdo contractual, sector institucional, raza y situación migratoria) que las mujeres del Q1, encontramos que dichos hombres reciben, en promedio, US\$ 17,6 por hora. Por lo tanto, las mujeres del primer cuantil están menos pagadas en US\$ 2,7 dólares por hora ($14,9 - 17,6 = -2,7$) si comparamos sus atributos con los de los hombres del primer cuantil —esta es la parte de la brecha que se puede explicar por una comparación de atributos entre hombres y mujeres del mismo cuantil—.

El ejemplo indica además que la combinación de atributos de las mujeres en el primer cuantil reporta, por término medio, un rendimiento en el mercado laboral de US\$ 17,6 para los hombres con una combinación similar de atributos «de la población». La diferencia de US\$ 4,7 por hora ($17,6 - 12,9 = 4,7$) para las mujeres en el Q1 es la parte de la brecha que no puede ser explicada por una diferencia en los atributos observados entre las mujeres y los hombres de la población. Esta parte no explicada, estructural, suele considerarse

³⁴ Los datos para los Estados Unidos provienen de la Encuesta de Población del Censo, octubre de 2019. Véase el anexo 1 para obtener más detalles sobre las fuentes de datos. Las estimaciones de la brecha salarial de género y la descomposición en cada cuantil se basan en la transformación de la distribución salarial en logaritmo natural. Puede haber una ligera diferencia en el valor de la brecha utilizando niveles en comparación con la transformación logarítmica.

una medida de la discriminación de género. En definitiva, para una mujer en el Q1 que trabaja una media de 40 horas a la semana, no recibir una remuneración (en promedio) por sus atributos de la misma manera que se paga a los hombres se traduce en una pérdida de ingresos de aproximadamente US\$ 9976 al año.

Suiza ofrece un ejemplo contrapuesto. La figura 4.1 muestra que en el caso de Suiza la diferencia salarial por razón de género en el cuantil superior (Q9) es del 19,1%, es decir, en ese cuantil las mujeres que trabajan en el sector de la salud en Suiza cobran aproximadamente un 19% menos que los hombres por hora. La descomposición del cuantil (en la figura 5.1) muestra que la parte explicada de esta brecha salarial entre hombres y mujeres es del 8,7% y la parte no explicada representa el 10,4% de la brecha. La parte explicada positiva significa que en el Q9 del sector de la salud suizo los atributos y características del mercado laboral femenino se parecen por término medio a los de los hombres en los cuantiles inferiores; por lo tanto, los hombres (en la población) que son hipotéticos con respecto a sus atributos en el mercado laboral en relación con las mujeres en el Q9, están, en promedio, peor pagados que los hombres realmente situados en el Q9. En consecuencia, el resultado es $(q_v^m - q_v^c) > 0$. En este caso, el uso de la descomposición nos ayuda a aislar el hecho de que el 8,7% de la brecha total del 19,1% se explica por el hecho de que los hombres en el Q9 son probablemente mayores, tienen más experiencia y ocupan categorías profesionales más altas, entre otros, en comparación con las mujeres en ese cuantil. En el ejemplo del Q9 en Suiza, si todas estas mujeres recibieran el mismo salario que los hombres por los atributos que utilizan en su trabajo diario, el salario promedio de las mujeres en el Q9 seguiría siendo un 8,7% inferior al de los hombres en el cuantil.

Esto sigue dejando un 10,4% de la brecha sin explicar; es decir, independientemente de los atributos que tengan los hombres del Q9, el rendimiento que obtienen las mujeres del Q9 por la combinación de atributos que emplean en sus trabajos diarios es, por término medio, un 10,4% inferior al que obtienen los hombres con la misma combinación de atributos en la población (en cualquier cuantil). En cierto modo, las dos partes juntas parecen indicar que, en comparación con los hombres, las mujeres del Q9 en Suiza pueden ser (por ejemplo) ligeramente más jóvenes, o quizás sean enfermeras altamente calificadas en lugar de médicas, lo que corresponde a la parte explicada. No obstante, los hombres que son enfermeros igual de jóvenes y altamente calificados, y que pueden estar en deciles distintos al Q9, están recibiendo un salario mayor que el de las mujeres del Q9 con los mismos atributos. Así pues, si las mujeres del Q9 en el sector de la salud en Suiza fueran remuneradas por sus atributos en el mercado laboral como se paga a los hombres (en general) por la misma combinación de atributos, los ingresos de las mujeres en el Q9 aumentarían un 10,4% por hora en comparación con los de los hombres, lo que seguiría dejando una brecha salarial de género por cuantiles del 8,7%.

Juntando las dos partes, ¿cuál es la implicación en francos suizos? En el cuantil Q9 más alto, el salario hipotético de las mujeres en el sector de la salud suizo es de CHF 57 por hora; de hecho, las mujeres cobran CHF 51,4 por hora en el decil, mientras que los hombres perciben CHF 62,2 por hora. La infravaloración de los atributos del mercado laboral de las mujeres en el sector de la salud suizo que se aprecia en el Q9, en comparación con la remuneración que obtienen los hombres por los mismos atributos, equivale a una pérdida anual de CHF 11 648 (aproximadamente US\$ 10 600) para una mujer que trabaja a tiempo completo y que se sitúa en ese cuantil.

Finalmente, la figura 5.1 indica que la parte no explicada de la diferencia salarial entre hombres y mujeres es negativa en unos pocos países (Argentina, Bangladesh, Bélgica, Canadá, Egipto y Jordania) en los cuantiles superiores extremos. Siguiendo la misma lógica de los dos ejemplos anteriores, la interpretación de estos valores negativos es, de media en estos cuantiles, que las mujeres cobran más por sus atributos en comparación con los hombres que tienen atributos similares en la población. En el caso de Bélgica, la figura 4.1 revela que la brecha salarial de género en el Q8 es de alrededor del 5%; la descomposición en la figura 5.1 muestra que el +8,9% de la brecha se explica por las diferencias observadas entre mujeres y hombres. Es decir, en el Q8 los hombres parecen estar mejor equipados en los atributos del mercado laboral en comparación con las mujeres. La parte no explicada de la brecha es negativa (-4,1%). En este caso, la descomposición revela que la parte explicada en este cuantil es superior al 5% simple observado. Las mujeres del sistema de salud belga en el Q8 parecen estar mejor pagadas por sus atributos (en un 4,1%) en comparación con los hombres con atributos similares de la población.

El patrón que se desprende de la figura 5.1 indica que **para casi todos los países y en casi todos los cuantiles de la distribución salarial, la parte no explicada de la brecha salarial de género domina y es positiva**. Las únicas excepciones a esta afirmación son cinco de los 54 países, y tres de ellos (Bélgica, Bulgaria y Bangladesh) se muestran en la figura 5.1.³⁵ El hecho de que, en todos los países, la parte no explicada de la brecha salarial sea positiva y sea la parte que predomina ofrece pruebas convincentes de que, en todo el mundo, las mujeres en el sector de la salud están mal pagadas por sus atributos en el mercado de trabajo en comparación con los hombres con perfiles similares en el mercado de trabajo (es decir, sus alternativas en la población, véase el recuadro 4). Asimismo, la figura 5.1 pone de manifiesto que, **en casi todos los países, la parte «explicada» de la brecha salarial de género es negativa, sobre todo en el extremo inferior y hasta la mitad de la distribución salarial**. En la figura 5.1, esta afirmación es cierta para todos los países excepto Bangladesh, Bulgaria e Italia. Esto indica que, aunque en general las mujeres cobran menos que los hombres por sus atributos en el mercado laboral (el componente no explicado), dentro de los deciles las mujeres tienen mejores atributos en el mercado laboral que los hombres. Si las mujeres recibieran la misma remuneración por sus atributos laborales que los hombres, muchas mujeres aparecerían en los cuantiles más altos de la distribución salarial y la diferencia salarial «negativa» observada en dichos cuantiles desaparecería.

Esta corrección tendría un efecto sustancial en la forma de la brecha salarial de género entre cuantiles si se compara con lo que se muestra en la figura 4.1. Tomemos, por ejemplo, el caso de Francia en el primer cuantil. La figura 4.1 hace pensar que la brecha salarial simple de género es de menos 10%, mientras que la descomposición en la figura 5.1 muestra que en el Q1 en Francia, la parte explicada de la brecha salarial de género no solo es negativa sino que equivale a menos 21%. Es decir, los hombres que son casos hipotéticos para las mujeres en el Q1 se sitúan en cuantiles más altos, y si las mujeres en el Q1 tuvieran el mismo salario que sus casos hipotéticos, es probable que muchos de ellos se desplazarán a cuantiles más altos, dejando una

brecha salarial de género en el Q1 igual a la parte no explicada. Por lo tanto, en la figura 4.1 para Francia en el Q1 la diferencia salarial sería positiva e igual a la parte no explicada atribuible a ese cuantil.³⁶

Esta ilustración podría aplicarse a cualquier cuantil que muestre una estimación negativa del componente explicado en la figura 5.1; en realidad, si este ejercicio se lleva a cabo en cada cuantil con una brecha salarial negativa en la figura 4.1, el resultado sería que en todos los países las brechas salariales negativas a nivel de cuantil desaparecerían, lo que llevaría a desigualdades salariales positivas en todos los países y cuantiles. Esto se aplica a los 54 países en el conjunto de datos, excepto Luxemburgo y la República Dominicana.

Como se ha señalado, los únicos países de los 54 que difieren de los patrones mencionados son Bulgaria, Bangladesh, la República Dominicana, Italia y Luxemburgo. Concretamente para Bulgaria e Italia, y en todos los cuantiles, la brecha salarial de género parece explicarse principalmente por el hecho de que los hombres tienen mejores atributos en el mercado laboral que las mujeres dentro de los cuantiles (el componente explicado) y el componente no explicado parece ser relativamente bajo, excepto en el cuantil superior, donde el valor relativo del componente no explicado aumenta significativamente. Los casos de Bangladesh, la República Dominicana y Luxemburgo (no mostrados en la figura 5.1) son mezclas de los componentes explicado y no explicado en los cuantiles sin ningún patrón reconocido.

Una observación interesante de la figura 5.1 es que en el sector de la salud **el patrón de los componentes explicado y no explicado en los cuantiles no parece diferir entre regiones o entre grupos de ingresos**. Por ejemplo, la forma y la composición de la brecha salarial en los cuantiles de los Estados Unidos es similar a la de Francia, Nigeria, el Pakistán, el Perú, Sudáfrica, Sri Lanka y Tailandia. Lo que puede resultar más informativo es comparar los tamaños de los componentes explicado y no explicado en todas las regiones geográficas y económicas. La figura 5.2 así lo muestra, después de haber calculado el promedio ponderado entre los cuantiles de cada uno de los dos componentes de la figura 5.1 para cada país, cada

³⁵ Los otros dos son la República Dominicana y Luxemburgo. Se pueden solicitar a los autores las estimaciones para cualquiera de los 54 países que no aparecen en el informe.

³⁶ Señalamos que, con la reubicación de las mujeres a cuantiles más altos, el componente «no explicado» probablemente bajaría en comparación con el valor original, pero puede no desaparecer dentro del cuantil. De hecho, el componente restante no explicado en el cuantil correspondería a la diferencia en los rendimientos de los atributos del mercado laboral entre hombres y mujeres que comparten propiamente los mismos atributos en el mismo cuantil.

región y el mundo, considerando los 54 países.³⁷ La figura 5.2 indica que en todas las regiones, excepto en Europa (es decir, África, el Mediterráneo Oriental, las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental), el promedio del componente explicado es negativo. Así, **en todas las regiones, excepto en Europa, la corrección de la asignación de las mujeres a los cuantiles de la distribución salarial en función de sus atributos en el mercado laboral reduciría la brecha salarial de género a un único componente no explicado.** Una comparación entre regiones revela que el componente no explicado de la diferencia salarial entre hombres y mujeres es más elevado en la Región de África (46%), seguida de las Américas (28%) y el Mediterráneo Oriental (27%). Estas regiones están compuestas en su mayoría por países de ingresos bajos y medios. En el resto de las regiones, los componentes no explicados de la brecha salarial de género son el 12% en Asia Sudoriental, el 15% en el Pacífico Occidental y el 14% en Europa; estas dos últimas regiones, en particular Europa, están dominadas por países de ingresos altos.

Europa es la única región en la que el tamaño promedio del componente explicado es positivo: alrededor del 8% de la diferencia salarial entre hombres y mujeres en Europa se explica por el hecho de que los hombres, dentro de los cuantiles, tienen más atributos que son mejor recompensados en el sector de la salud, en comparación con los atributos de las mujeres que comparten los mismos cuantiles. Sin embargo, en el caso de Europa, 14 puntos porcentuales de la brecha salarial de género global (es decir, el 22%, que se mide en el promedio ponderado en cada cuantil) sigue sin explicarse y solo puede atribuirse al hecho de que las mujeres cobran menos que los hombres con combinaciones similares de atributos del mercado laboral, donde este último determina la productividad de la fuerza laboral en el sector de la salud.

Por último, la figura 5.2 presenta una estimación de la brecha salarial de género explicada y no explicada para el mundo, pero conviene tener en cuenta que nuestro conjunto de datos incluye 54 países que, en conjunto, representan alrededor del 40% de los empleados asalariados de todo el mundo. Nuestras estimaciones mundiales pueden compararse con otras similares, como las obtenidas al utilizar todos los sectores económicos de 65 países de todo el mundo que, en conjunto, representan alrededor del 80% de los empleados asalariados de todo el mundo

(OIT, 2018a). La comparación muestra que, en el sector de la salud, tanto el componente mundial explicado (-3,5%) como el componente mundial no explicado (+22%) son menores en magnitud comparados con las estimaciones mundiales (-16% y +33%, respectivamente) teniendo en cuenta todos los sectores económicos de la economía (OIT, 2018a: Fig. 30).

³⁷ El promedio ponderado de los cuantiles es el mismo que el promedio simple porque cada cuantil se compone de un número igual de individuos en la población. La consideración de los cuantiles ofrece una forma alternativa de corregir los grupos. Por lo tanto, en la figura 5.2, las brechas salariales de género totales ponderadas por país (para cada país, la suma de los dos componentes) deberían ser similares, pero no necesariamente idénticas, a las brechas salariales de género ponderadas por factores que se muestran en la sección 3. Ambas pueden considerarse como una mejor aproximación a la verdadera brecha salarial de género subyacente, en comparación con la clásica brecha salarial de género bruta.

FIGURA 5.1

Parte explicada y no explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial para países seleccionados, últimos años de datos disponibles

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

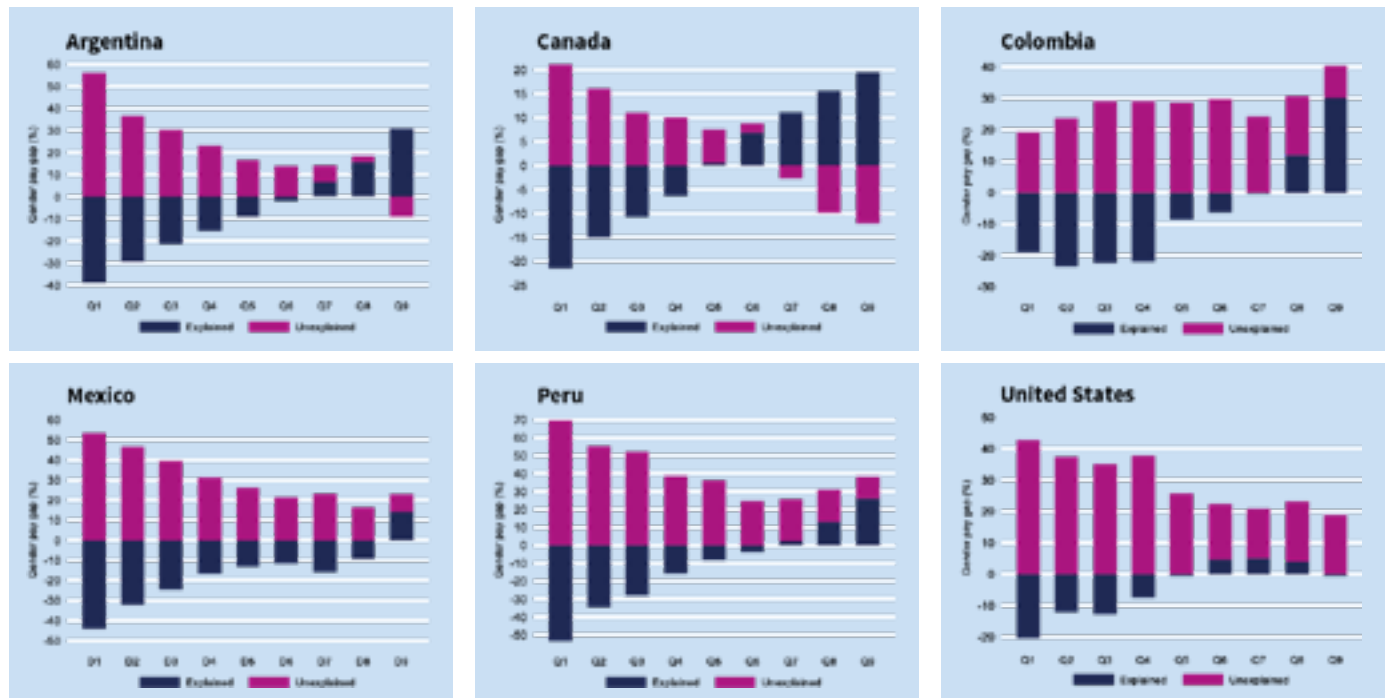
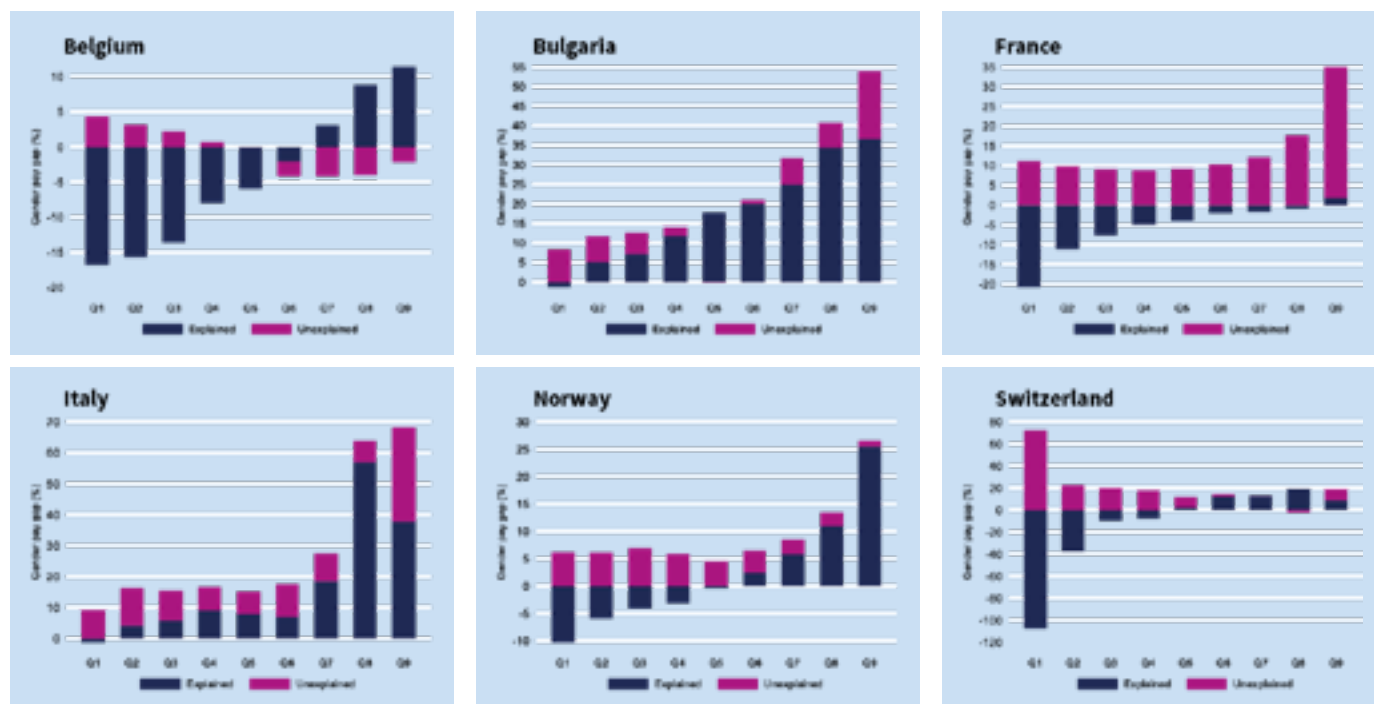
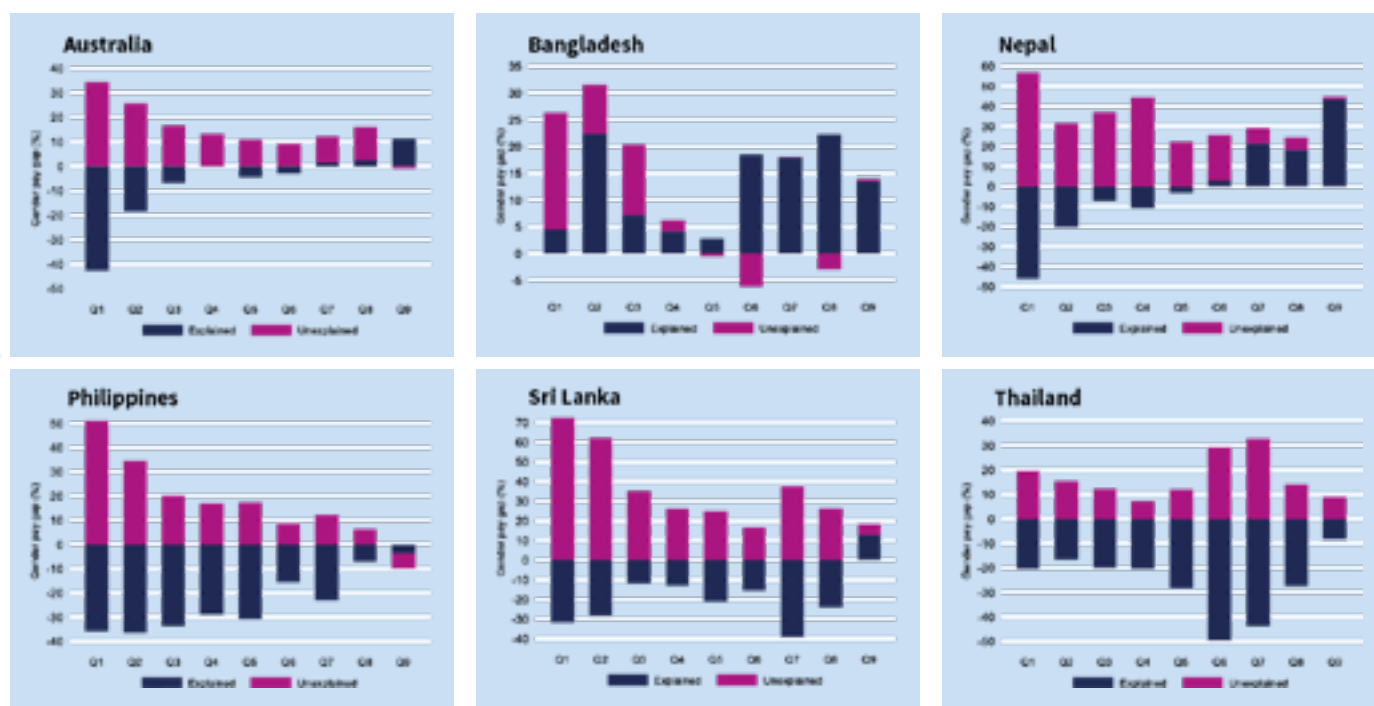


FIGURA 5.1 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental

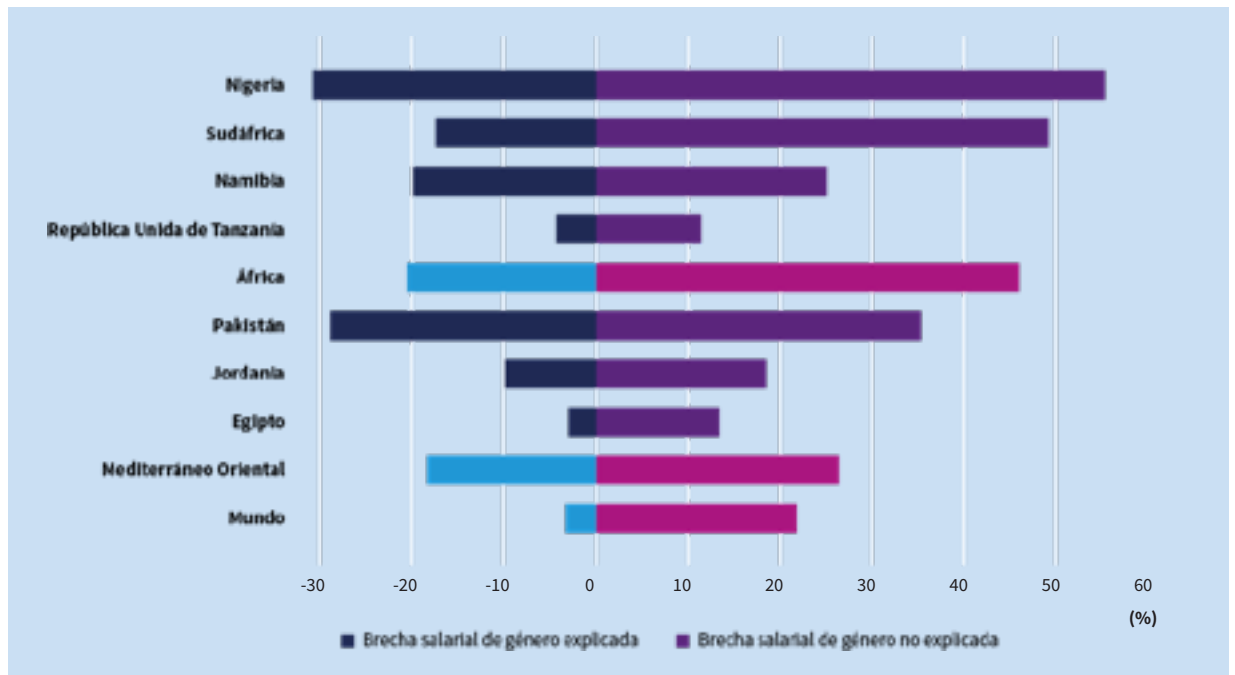


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1). Véase el anexo 2 para obtener más detalles sobre el método utilizado para descomponer la brecha salarial de género entre los componentes explicado y no explicado.

FIGURA 5.2

Promedio ponderado de las partes explicada y no explicada de las brechas salariales de género mostradas en la figura 5.1, por región, últimos años de datos disponibles

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

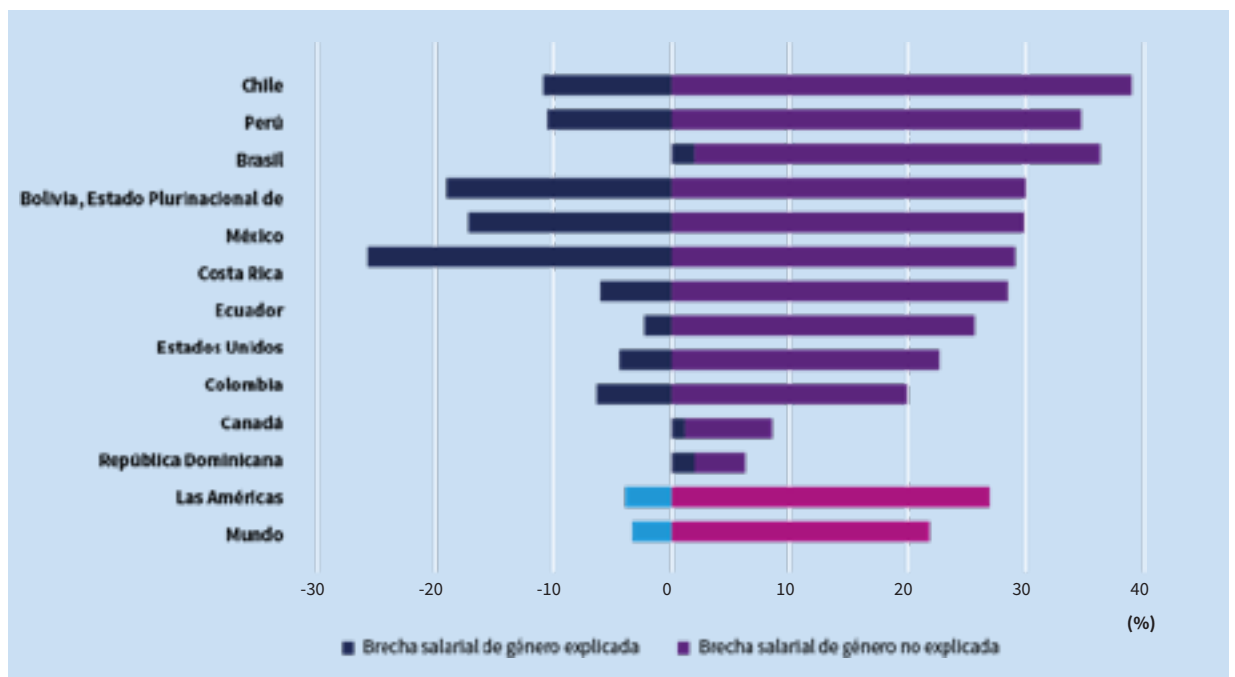
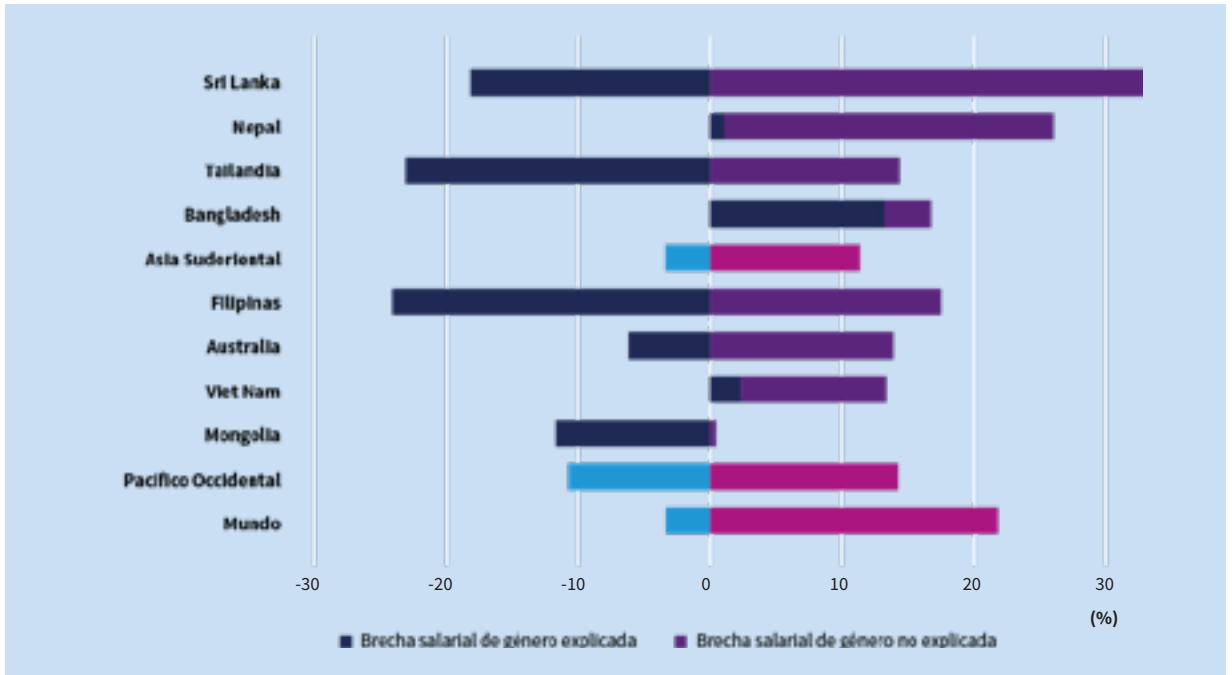
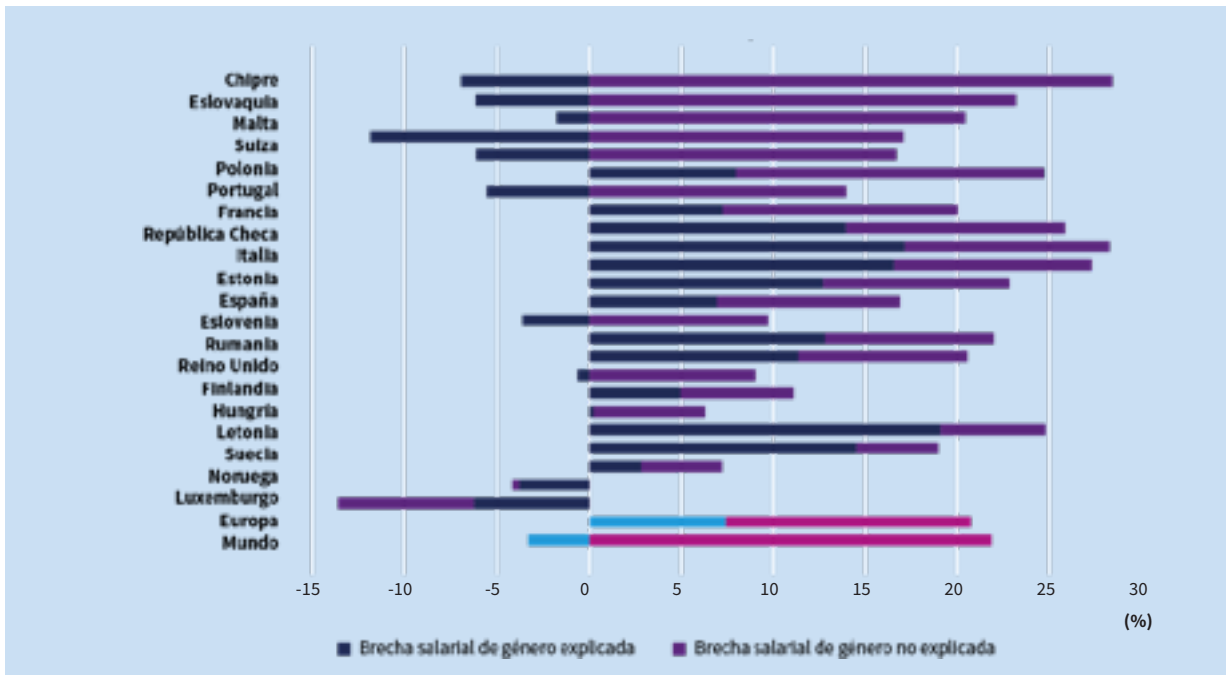


FIGURA 5.2 CONT.

Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental



Europa



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1). Véase el anexo 2 para obtener más detalles sobre el método utilizado para descomponer la brecha salarial de género entre los componentes explicado y no explicado.

5.2 Descomposición completa: aislar la contribución de la edad y la categoría ocupacional en la parte explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial

Esta sección va un paso más allá de las técnicas econométricas utilizadas en la sección 5.1, que descomponen la brecha salarial de género en dos partes (explicada y no explicada), aplicando además el análisis de regresión. En ella, añadimos una regresión cuantil incondicional para calcular en qué medida cada uno de los factores del cuadro 5.1 — cuando están disponibles a nivel de país— contribuye a la parte explicada de la diferencia salarial entre hombres y mujeres en cada cuantil y para cada país. Por consiguiente, el recuadro 6 complementa el recuadro 5 describiendo más detalles sobre este cuarto paso, y el anexo 2 explica cómo funciona en la práctica el método de regresión cuantil incondicional.

A la hora de especificar la regresión que fija la determinación de los salarios se incluyen diversos factores que pueden variar entre países. Sin embargo, el análisis de esta sección se centra en dos factores que destacaron al describir las diferencias en las características entre mujeres y hombres a lo largo de la distribución salarial (véanse las figuras 4.2 a 4.7). Estos dos factores son: «categorías ocupacionales»; y «edad», utilizada como indicador de la experiencia en el mercado laboral. Cada figura de esta sección mostrará las contribuciones a la parte explicada de la brecha salarial de género como resultado de las diferencias entre mujeres y hombres en las «categorías ocupacionales», en la «edad» y en «otros factores», una categoría que reúne las contribuciones a la parte explicada de la brecha salarial de género procedentes de todos los demás factores que se introdujeron en la especificación de la regresión a nivel nacional. Por ejemplo, en el caso de los países europeos (excepto Turquía y Suiza) los «otros factores» incluyen la modalidad del tiempo de trabajo, las condiciones contractuales, el sector institucional, el tipo de convenio colectivo aplicado en la empresa, el tamaño de la empresa y la ubicación geográfica de la misma. Aunque en cada uno de los 54 países la configuración de los factores difiere según la disponibilidad de datos, todos los países incluyen los siguientes factores comunes: edad, educación, categoría ocupacional, modalidad de tiempo de trabajo y sector institucional (véase el cuadro 5.1).

La figura 5.3 muestra la descomposición detallada para 20 de los 43 países para los que es posible esta descomposición.³⁸ En cada caso, y en cada cuantil, la parte no explicada es idéntica a la que se muestra en la figura 5.1. Asimismo, por cuantiles y países, la parte explicada de la figura 5.1 es idéntica a la suma de los tres componentes que hay detrás de la parte explicada (edad, educación y otros factores) que se indica en la figura 5.3. Para demostrarlo, tomemos un ejemplo: el cuarto cuantil en el Canadá (Q4/CAN). La figura 5.1 indica que, en conjunto, la parte explicada de la brecha salarial de género en el Q4/CAN es negativa (de hecho, es de menos 6%), lo que indica que gran parte de la brecha salarial de género en los salarios por hora en ese cuantil (alrededor del 4%) no se explica por factores del mercado laboral. La descomposición adicional de Q4/CAN que se muestra en la figura 5.3 revela que, lejos de no desempeñar un papel, los factores explicativos interactúan para determinar la diferencia salarial entre hombres y mujeres en Q4/CAN.

La descomposición muestra que la parte explicada (igual a -6%) está determinada por un impacto positivo de la diferencia de edad entre mujeres y hombres en ese cuantil (+29%), un impacto negativo de la diferencia de categorías ocupacionales entre mujeres y hombres en ese cuantil (-21%), y un impacto negativo de la diferencia de «todos los demás factores» entre mujeres y hombres en ese cuantil (-14%). De este modo, la descomposición nos ayuda a entender que, en el cuarto cuantil del sector de la salud del Canadá, parte de la diferencia salarial podría explicarse porque los hombres son mayores que las mujeres (y, por tanto, es probable que tengan más experiencia); las mujeres tienen puestos de trabajo en categorías ocupacionales más altas (lo que implicaría que deberían cobrar en cuantiles más altos), y las mujeres parecen estar dotadas de «otros factores» por los que los hombres también son mejor recompensados en cuantiles más altos: en el caso del Canadá, los «otros factores» incluyen la educación, el tiempo de trabajo, el sector institucional, la raza, la ubicación geográfica y la situación migratoria.

Aunque los tres factores se eliminan entre sí para dejar un efecto negativo de la parte explicativa en el Q4/CAN, la descomposición aporta algunas lecciones para la evaluación de las políticas: en este cuantil, las estimaciones muestran que los hombres pueden haber acumulado más experiencia que las mujeres (quizás porque las mujeres con una cualificación

³⁸ Como se ha señalado anteriormente, una vez seleccionados los trabajadores asalariados del sector de la salud (dejando de lado otros sectores económicos), solo 43 de los 54 países tienen un tamaño de muestra lo suficientemente grande como para llevar a cabo una descomposición más detallada. En la medida de lo posible, seguimos presentando los países ilustrados en las figuras anteriores. Se pueden solicitar a los autores las estimaciones para los restantes países que no aparecen en el informe.

similar tuvieron que abandonar el mercado laboral de forma intermitente, por ejemplo, para cuidar a niños pequeños), pero las mujeres parecen estar mejor cualificadas que los hombres en ese cuantil aunque sean más jóvenes; esto explicaría las categorías ocupacionales más altas que ocupan. Por lo tanto, mientras estas mujeres más jóvenes puedan mantener su posición en el mercado laboral y acumular experiencia —si, por ejemplo, se les proporcionaran servicios de atención cuando los necesitaran para ayudarles a alcanzar una conciliación de la vida laboral y personal igual a la de los hombres con una cualificación similar—, parte de la diferencia salarial explicada que se observa como resultado de la diferencia de edad con respecto a los hombres del mismo cuantil se desvanecerá con el tiempo.³⁹

Evidentemente, un solo informe como este no tiene espacio para ofrecer tal análisis de cada cuantil para cada país en la figura 5.3. Sin embargo, de los gráficos surgen modelos claros. En primer lugar, para todos los países, y especialmente en el extremo inferior de la distribución salarial (Q1 a Q5), el componente de «categoría ocupacional» es negativo. Es decir, desde la base hasta la mitad de la distribución salarial, parece que las mujeres están mejor cualificadas que los hombres que comparten el mismo cuantil. Si a estas mujeres se les pagara por su categoría ocupacional lo mismo que a los hombres, pasarían a cuantiles superiores y la brecha salarial de género disminuiría; algunos ejemplos de esta pauta son la Argentina, Bangladesh, Bélgica, el Canadá, Egipto, Jordania y Sudáfrica. En varios países también está claro que en los cuantiles superiores las mujeres cobran menos por sus categorías ocupacionales que los hombres; simplemente se les paga menos por la misma categoría ocupacional en comparación con los hombres del mismo cuantil en, por ejemplo, la Argentina, Bangladesh, Bélgica, el Canadá, Colombia, Jordania, Filipinas y Tailandia. Francia, Italia y los Estados Unidos son los únicos tres países en los que una categoría ocupacional superior explica un salario más alto para los hombres frente a las mujeres en los cuantiles superiores.

La variable «edad» aparece como un factor de peso que parece explicar objetivamente por qué las

mujeres cobran menos que los hombres dentro de un determinado cuantil. En general, y manteniendo constantes otros factores, los trabajadores asalariados de mayor edad de cualquier sexo cobran más que los trabajadores más jóvenes en el sector de la salud, y dentro de los cuantiles parece haber una tendencia a que los hombres sean mayores que las mujeres en casi todos los países. Así, comparando mujeres y hombres con una combinación similar de factores del mercado laboral, los hombres son mayores (es decir, han acumulado más experiencia) y esto explica parte de la brecha salarial observada. Sin embargo, esta pauta no se cumple en algunos países de la parte inferior de la distribución salarial: en los casos de la Argentina, Bangladesh, Bélgica, el Canadá, Noruega y Sudáfrica, las mujeres del cuantil inferior parecen tener más edad (han acumulado más experiencia) que los hombres del mismo cuantil. En estos países, el hecho de que las mujeres en el mercado laboral no reciban una remuneración por esos atributos como la que reciben los hombres contribuye a la brecha salarial en los cuantiles más bajos.

Resumiendo, en todo el mundo, los hombres parecen tener más experiencia (es decir, son mayores que las mujeres) en el sector de la salud, pero las mujeres más jóvenes de este sector asumen cada vez más puestos de trabajo con categorías ocupacionales superiores en comparación con los que ocupan los hombres en cuantiles similares. En el sector de la salud, los puestos de trabajo mejor pagados están claramente vinculados a las carreras de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (CTIM), donde es menos probable que las mujeres estén representadas (OCDE, 2019; Stoet y Geary, 2018). Sin embargo, los datos de la figura 5.3 parecen apuntar a una reducción de la brecha generacional entre mujeres y hombres en las carreras CTIM en el sector de la salud, lo que debería contribuir a reducir la brecha salarial de género en los próximos años.

Otra característica destacable de la figura 5.3 es que, una vez aislados los factores «edad» y «ocupación», hay varios países (por ejemplo, la Argentina, Bélgica y Sudáfrica) en los que el impacto de «otros factores» en el componente explicado se vuelve positivo, sobre todo en los cuantiles superiores. Este hecho parece indicar que los hombres tienen más dotaciones

³⁹ El análisis puede ser más detallado según se desee, y para cada cuantil podemos revisar el «peso» que tiene cada factor en contribuir a la parte explicada de la brecha salarial de género. Por ejemplo, en el caso de los Estados Unidos, la raza es un factor identificado en la encuesta y la composición de «otros factores» incluye la contribución a la brecha salarial de género de la prima que recibieron los hombres y mujeres blancos en relación con «otros trabajadores no blancos» en el sector de la salud en los Estados Unidos. El análisis revela que en el Q4/US los hombres blancos obtienen una prima salarial en relación con los hombres no blancos del 5,5%, en igualdad de condiciones. En el caso de las mujeres blancas, la prima en Q4/US es del 1,2%. Sin embargo, los hombres que son hipotéticos para las mujeres en el Q4 obtendrían una prima del 5,1%. Al mismo tiempo, hay más mujeres blancas que hombres blancos en el Q4/US (58% y 44%, respectivamente), y en conjunto esto contribuye al -11,5% observado, lo que reduce el componente explicativo de la brecha salarial de género en el Q4/US. En otras palabras, el hecho de que las mujeres no blancas cobren menos que las mujeres blancas por dotaciones similares en el mercado laboral, es decir, la existencia de una brecha salarial racial no explicada que beneficia a los trabajadores blancos contribuye a reducir la brecha explicada entre mujeres y hombres en el cuarto cuantil de la distribución salarial por hora de los Estados Unidos en el sector de la salud, porque hay más mujeres que hombres en ese cuantil.

que son mejor recompensadas por el mercado laboral en el sector de la salud, dentro de un cuantil determinado, en comparación con las mujeres. Se incluyen factores como: trabajar a tiempo completo en lugar de a tiempo parcial; tener un contrato indefinido en lugar de uno temporal; ser nacional y no inmigrante (para América Latina, Suiza y los Estados Unidos); ser blanco en lugar de no blanco (en los Estados Unidos); trabajar en una empresa con algún tipo de convenio colectivo en lugar de sin ningún tipo de convenio colectivo (para los países de Europa, excepto Suiza y Turquía, donde el convenio colectivo está en los datos); o tener un empleo formal en comparación con un empleo asalariado en la economía informal (para los países de África, América Latina, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, excepto Australia, donde no se distingue el indicador «formal»). A excepción de los factores relacionados con la situación migratoria y la raza, todos estos otros factores reflejan las condiciones de trabajo en el mercado laboral, y podrían verse influidos por las medidas de política. El hecho de que estos «otros factores» creen una prima salarial para los hombres demuestra que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de ocupar puestos de trabajo con mayores déficits en lo que respecta a las condiciones laborales, y que una consecuencia clara es que los salarios y las remuneraciones son más bajos.

La figura 5.4 ofrece resúmenes (por país, región y a nivel mundial) de la magnitud de cada uno de los componentes, habiendo estimado promedios ponderados entre cuantiles de forma similar a la figura 5.2, que resumía la información de los componentes explicado y no explicado. Esta figura refuerza aún más las conclusiones extraídas

de la figura 5.3. Así, en las regiones de África, el Mediterráneo Oriental, las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, por término medio, los hombres son mayores que las mujeres asalariadas en el sector de la salud, lo que explica parte de una diferencia que, sin embargo, sigue sin explicarse en la mayoría de los casos. Al mismo tiempo, en estas cinco regiones geográficas, por término medio, las mujeres están clasificadas en categorías ocupacionales superiores a las categorías ocupacionales que ocupan los hombres que comparten el mismo cuantil: por lo tanto, en promedio, las mujeres están mal pagadas por las ocupaciones que desempeñan, lo que también explica parte de la diferencia salarial entre hombres y mujeres. En la región de Europa esta pauta varía ligeramente; en todos los países, salvo algunas excepciones (Suiza, Luxemburgo), las mujeres están mal pagadas para su edad y su ocupación en comparación con los hombres de edad y perfil profesional similares. Lo que también es diferente en el caso de Europa es que los hombres superan a las mujeres en aquellas características de empleo por las que el mercado laboral paga mejor en el sector de la salud, así como en otros sectores en general. Esto incluye una mayor probabilidad de que los hombres tengan un empleo a tiempo completo, trabajos con contratos permanentes o empleo en empresas con convenios colectivos. La suma de estos «otros factores» explica el 13,3% de la brecha salarial de género en los países europeos, aunque, al igual que ocurre en las demás regiones, una vez sumadas todas las partes de la brecha, la parte no explicada de la brecha salarial de género en Europa (13,4%) sigue dominando a la hora de explicar la diferencia de salarios por hora entre mujeres y hombres en la región.

Descomposición de la brecha salarial de género: una explicación ilustrativa

La versión completa de la descomposición entre los componentes explicado y no explicado requiere la aplicación de un tipo de análisis de regresión conocido como regresión cuantil incondicional. La aplicación de este método de regresión produce coeficientes (o ponderaciones) que cuantifican cuánto contribuye cada atributo (factor) a cada una de las dos partes (explicada y no explicada) de la brecha (para más detalles, véase el anexo 2). En este informe nos centramos en la descomposición completa de la parte explicada de la brecha salarial de género en cada cuantil. Siguiendo la lógica expuesta en el recuadro 5, una contribución positiva de un factor determinado a la parte explicada implica que, en comparación con las mujeres, los hombres tienen más de una dotación concreta en ese cuantil. Por ejemplo, en promedio, los hombres pueden tener más experiencia (recogida por la edad) que las mujeres en ese cuantil, por lo que la contribución de la edad a la parte explicada es positiva. Asimismo, una contribución negativa de una determinada dotación a la parte explicada implica que las mujeres tienen más de ese atributo en comparación con los hombres en ese cuantil. En esta versión completa de la descomposición, las partes no explicadas permanecen como en la descomposición simple que se muestra en los gráficos de la figura 5.1.

La aplicación del análisis de regresión deja atrás, en cada cuantil, otros dos componentes de la diferencia salarial entre hombres y mujeres que es necesario considerar. Uno de ellos es el llamado sobrante «residual» o estadístico, que debería ser bastante pequeño si la especificación del modelo capta bien el proceso de determinación salarial. El otro componente reúne todo lo que no puede ser explicado por las dotaciones o características de las mujeres o de los hombres o por los rendimientos de las mismas, al menos en la medida en que estas características se observan en los datos. En econometría esto se conoce como el término «constante». Puede abarcar, por ejemplo, los efectos en los salarios de las tendencias macroeconómicas generales, los factores estacionales, como el clima, y cualquier otra cosa que pueda afectar al proceso de determinación de los salarios pero que no sea específica de los individuos en el proceso de producción.

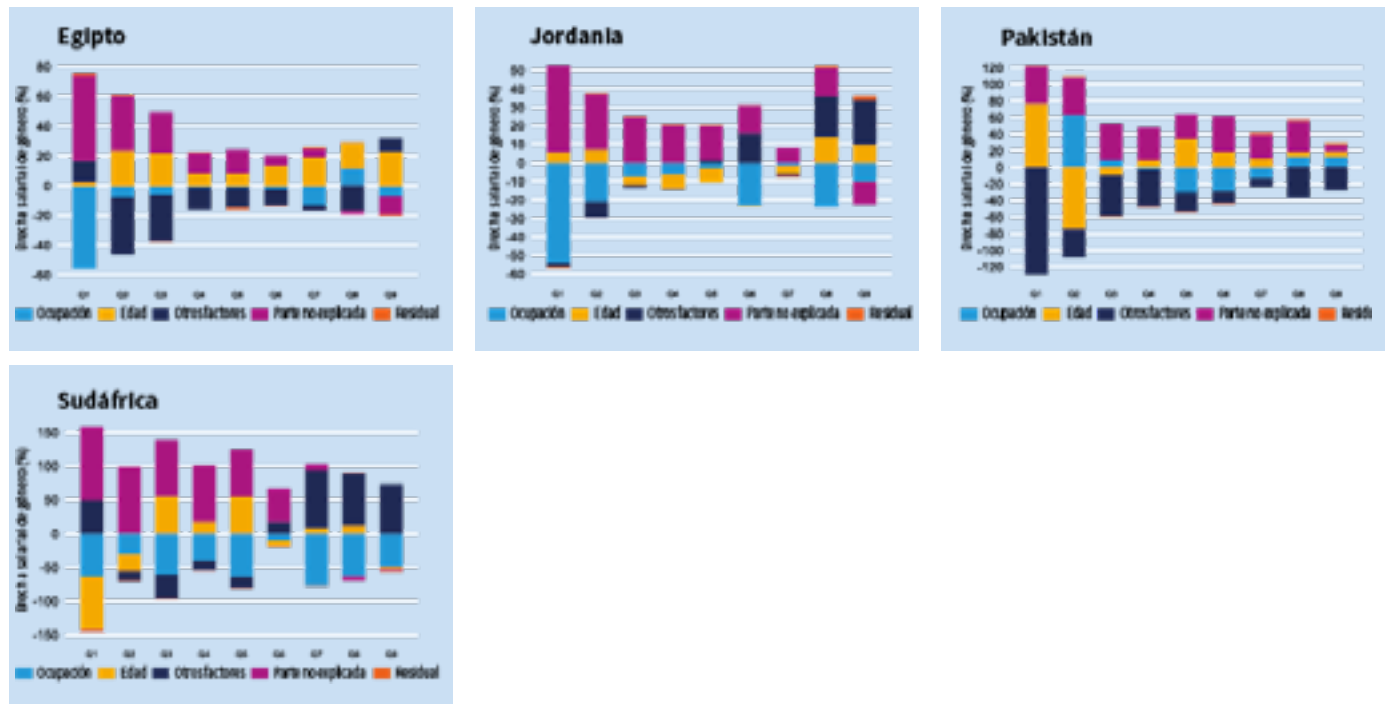
En teoría, la estimación de esta parte «desconocida», que recoge la diferencia entre mujeres y hombres con respecto a las tendencias del mercado laboral comunes a todos, debería ser pequeña. Por ejemplo, no hay ninguna razón para que, por término medio, los resultados macroeconómicos, las previsiones meteorológicas, etc., tengan efectos diferentes sobre los salarios de las mujeres y los hombres en el sector de la salud y asistencial o en cualquier otro sector. Sin embargo, el término «constante» puede recoger las diferencias que están profundamente arraigadas en la sociedad y que afectan a las mujeres y a los hombres de manera diferente, como los estereotipos de género, el valor que la sociedad otorga a determinados sectores económicos y categorías ocupacionales, y otros. Hemos optado por interpretar la constante como un elemento que se suma, positiva o negativamente, a la parte no explicada.⁴⁰

⁴⁰ Aunque los efectos potenciales de las variables omitidas no son despreciables, los indicadores del cuadro 5.1 y los términos de interacción relacionados deberían, en la práctica, proporcionar una especificación bastante completa del proceso de generación de datos. Lo que es más preocupante es el hecho de que muchas de las variables incluidas en el conjunto son categorías que entran como indicadores independientes en la regresión. Las técnicas econométricas requieren que al menos una categoría de cada variable categórica se excluya de una regresión, cumpliendo así con el requisito habitual de las restricciones de exclusión para la identificación. Seleccionar qué categoría excluir es una elección arbitraria y, dependiendo de esta elección, el coeficiente asociado al término constante puede tener un valor u otro. Esta limitación de la interpretación del término constante en la descomposición ha sido destacada (véase Fortin et al., 2011:41-44). Una solución a este problema es convertir cada categoría en dos. Por ejemplo, en lugar de tener cuatro categorías de educación y excluir una arbitrariamente, creamos un resultado binario que contrapone «menos de secundaria» a «secundaria y superior», y luego utilizamos una de las dos como referencia. Así se controlan algunos de los efectos de la exclusión arbitraria de una categoría, pero se debilita el poder explicativo de los indicadores incluidos con el fin de estimar las ponderaciones. Una forma de controlar los posibles efectos sobre la constante es excluir siempre aquellas categorías que se aplican más a un género. Por tanto, para todos los países y todas las descomposiciones hemos utilizado las siguientes exclusiones: grupo de mayor edad; categoría de cualificación media/baja; trabajar en el sector privado; trabajar a tiempo completo en lugar de a tiempo parcial; trabajar en empresas más grandes; y trabajar con un contrato indefinido. Dado que todas estas exclusiones están potencialmente más cerca de definir a un hombre que a una mujer en el mercado laboral del sector de la salud y asistencial, las restricciones de exclusión no se seleccionan arbitrariamente, sino que están relacionadas con la condición de ser mujer u hombre en el mercado laboral.

FIGURA 5.3

Descomposición de la brecha salarial de género, aislando el efecto explicativo de las categorías ocupacionales y la edad, países seleccionados, últimos años

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

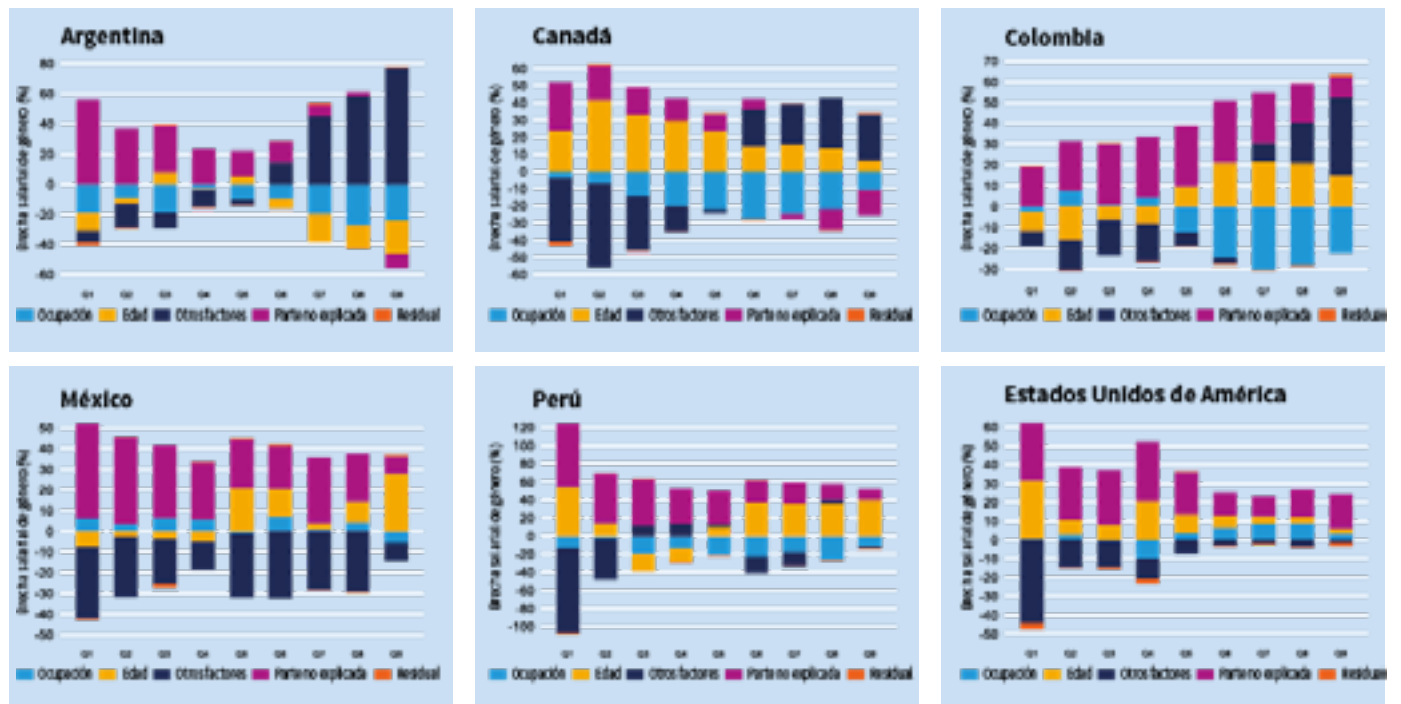
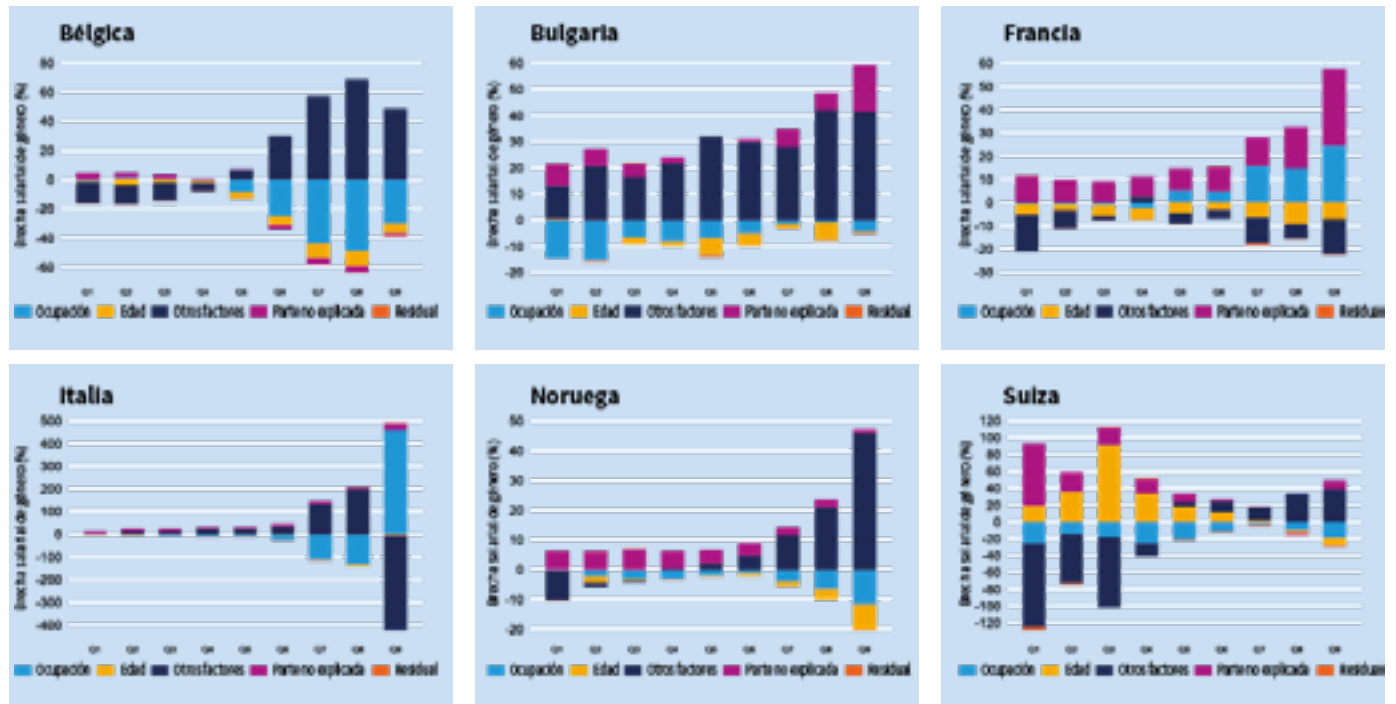
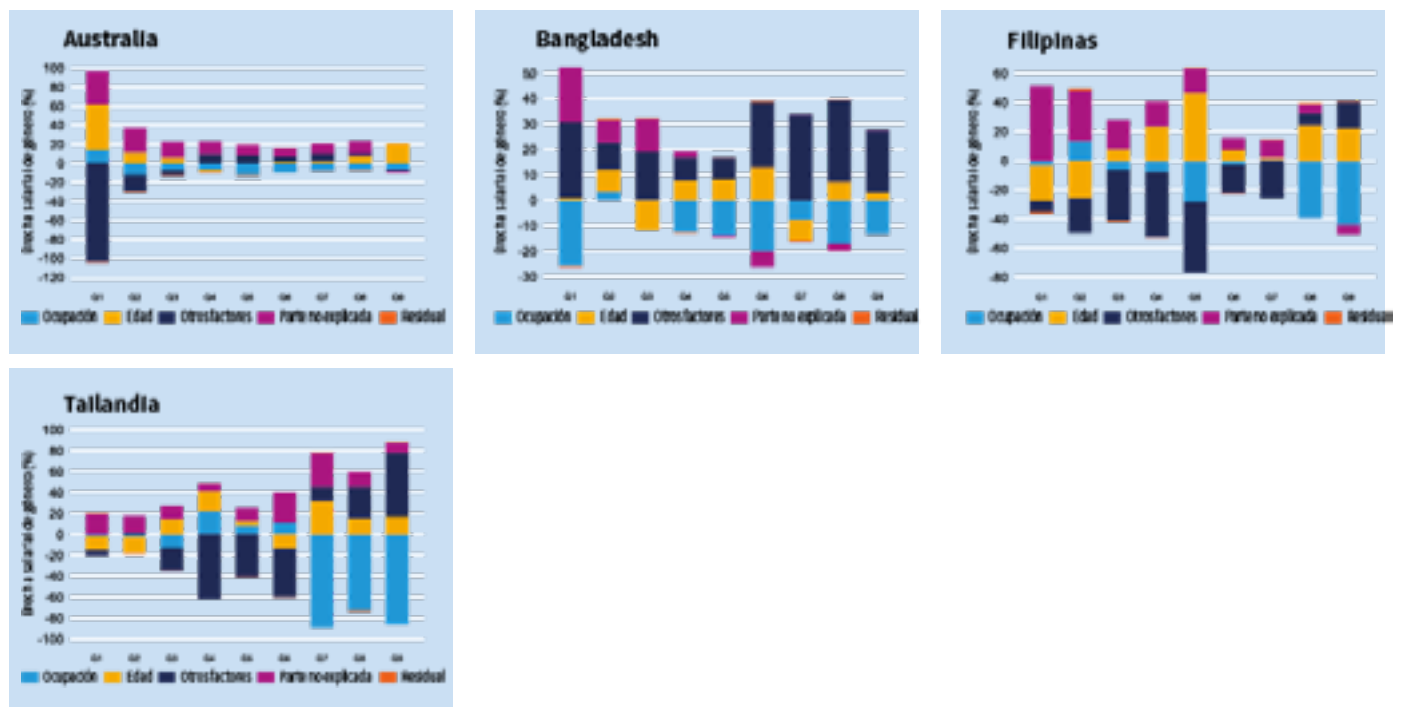


FIGURA 5.3 CONT.

Europa



Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental

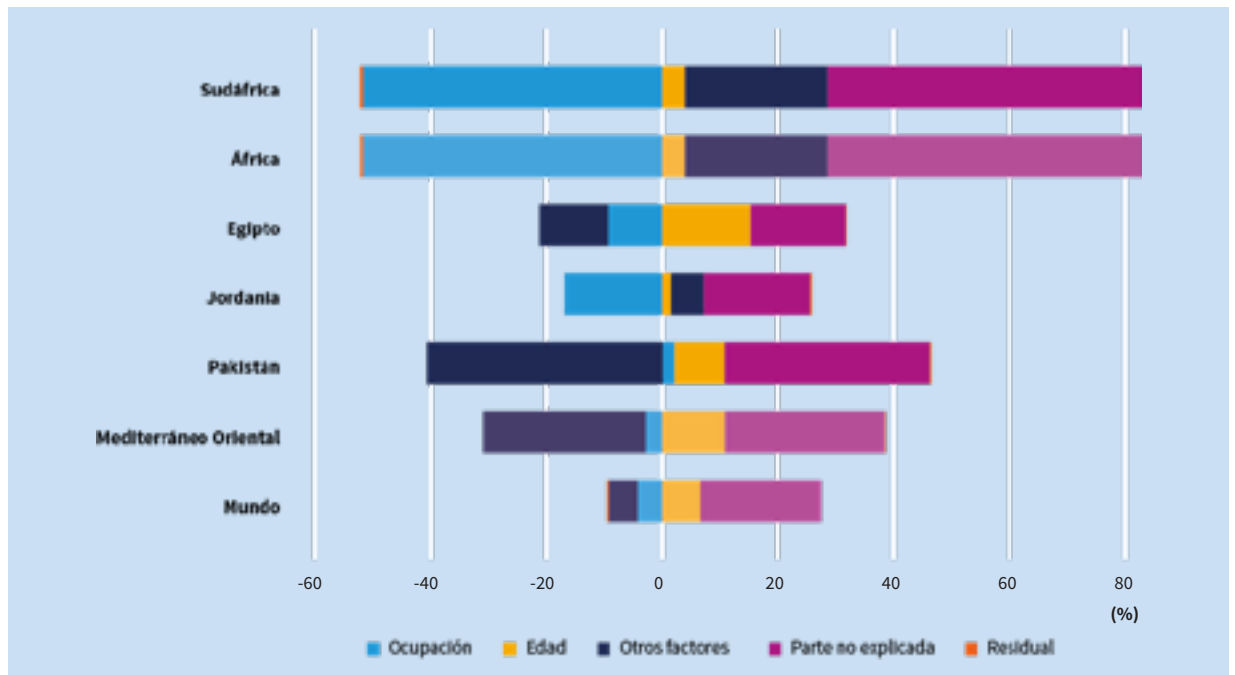


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1). Véase el anexo 2 para obtener más detalles sobre el método utilizado para descomponer la brecha salarial de género entre los diferentes componentes explicados y la parte no explicada.

FIGURA 5.4

Promedio ponderado de las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género mostrada en la figura 5.1, por región, últimos años

África y el Mediterráneo Oriental



Las Américas

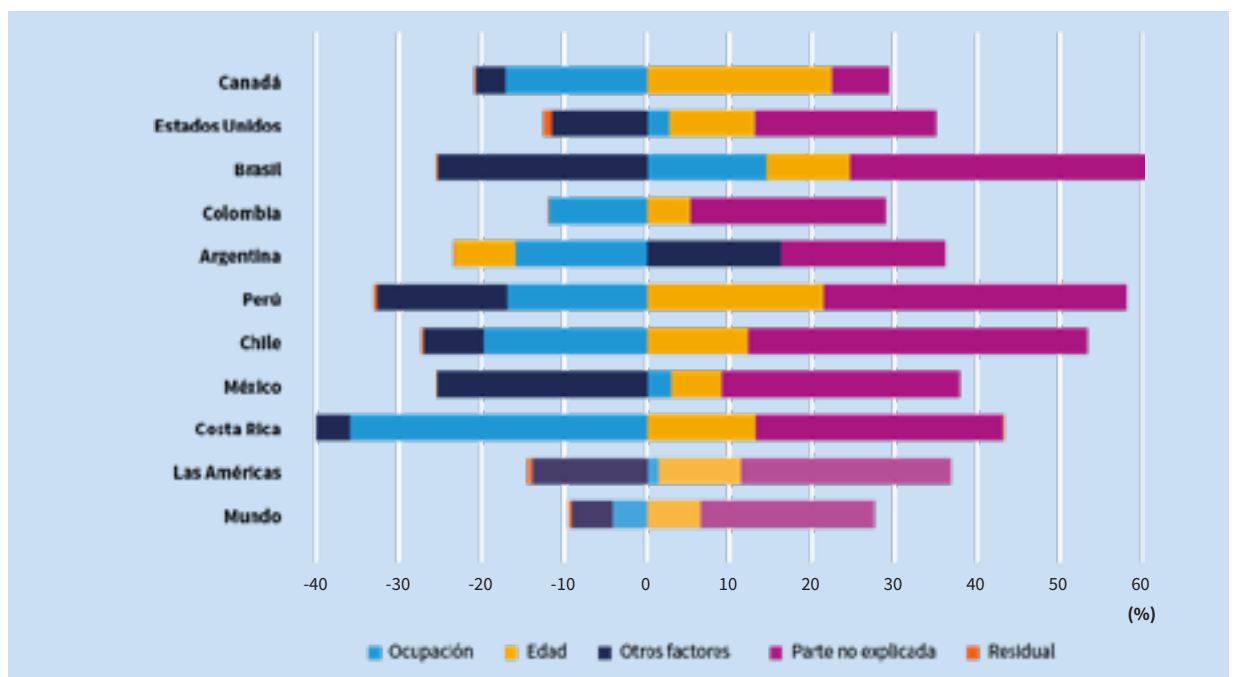
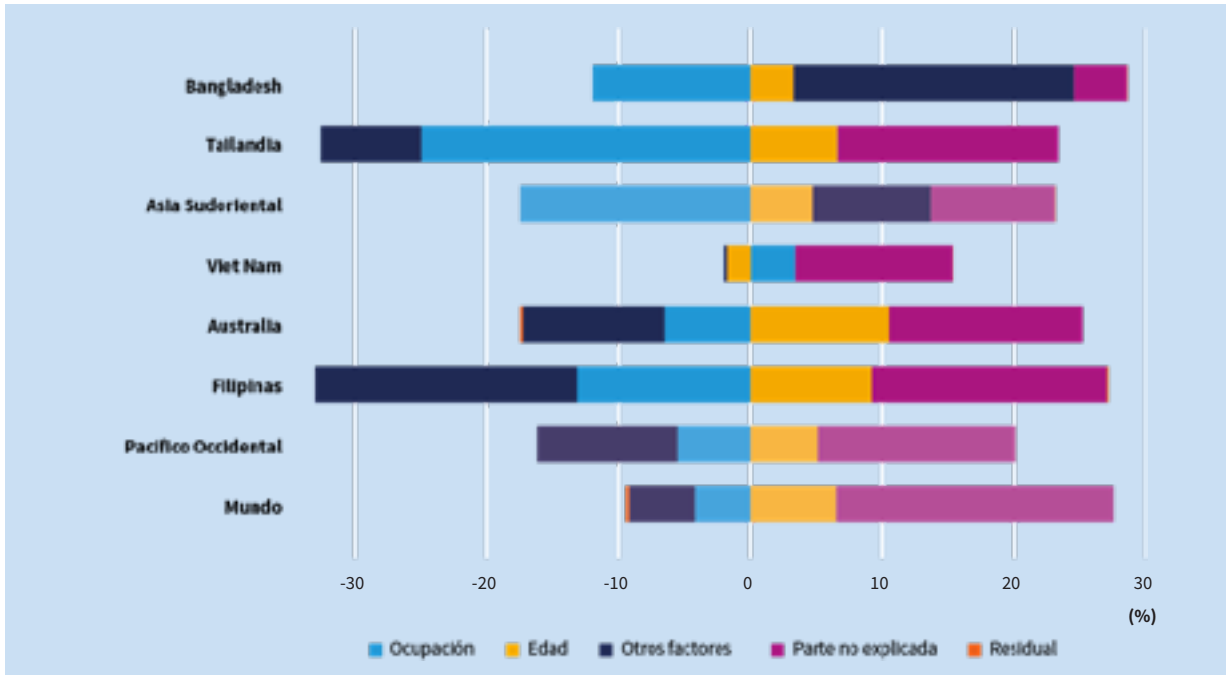
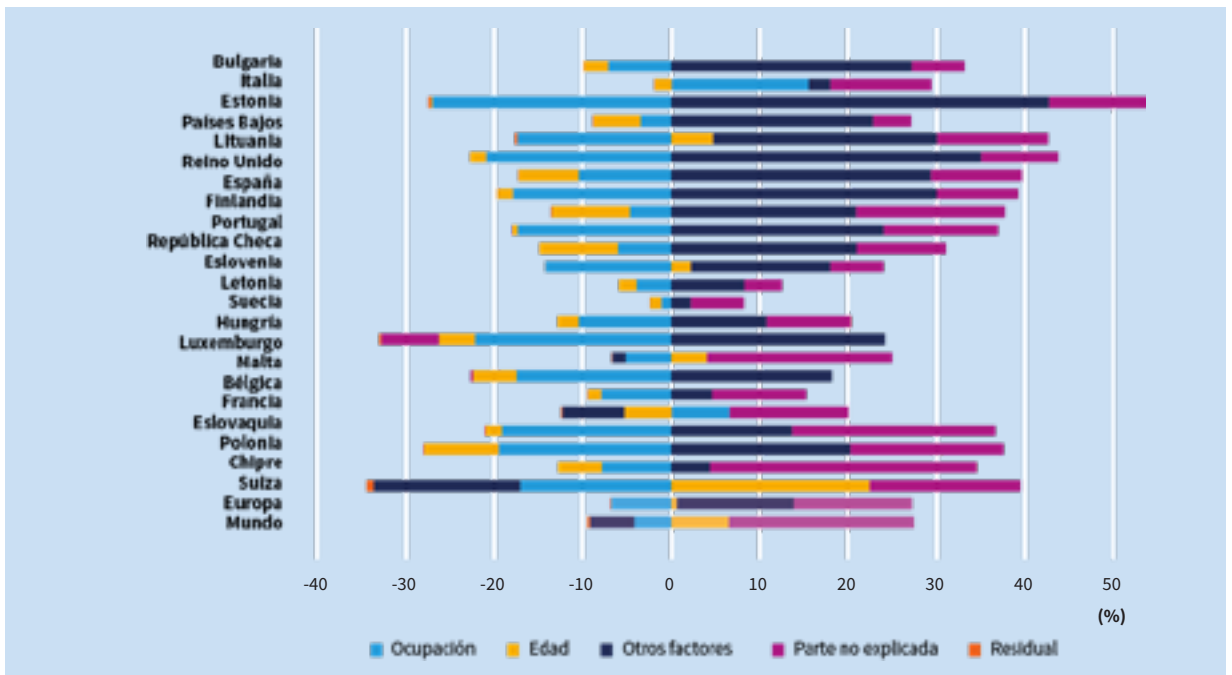


FIGURA 5.4 CONT.

Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental



Europa



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1). Véase el anexo 2 para obtener más detalles sobre el método utilizado para descomponer la brecha salarial de género entre los diferentes componentes explicados y la parte no explicada.

5.3 ¿Qué hay detrás de la parte no explicada de la brecha salarial de género?

El análisis de las secciones 5.1 y 5.2 da a entender que **gran parte de las diferencias salariales entre hombres y mujeres en los distintos cuantiles y países sigue sin explicarse**. De hecho, teniendo en cuenta los 54 países de nuestros datos, las estimaciones parecen indicar que, a nivel mundial, la parte no explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial es del +22% y la parte explicada es del -3,5%.

La documentación que analiza por qué las mujeres cobran menos que los hombres sin razón aparente (véase Grimshaw y Rubery, 2015; o OIT, 2018a: Parte II) destaca el importante papel que desempeña la discriminación consciente o inconsciente en la remuneración de las mujeres en relación con los hombres por el mismo trabajo o un trabajo de igual valor. Sin embargo, hay dos factores importantes que contribuyen a la brecha salarial de género y que pueden ser señalados y aislados utilizando datos de encuestas que también pueden considerarse parte de la discriminación que sufren las mujeres en el mercado laboral. Uno es la llamada «brecha de la maternidad» y el segundo es el de los salarios más bajos que se pagan de media en los sectores altamente feminizados. A continuación, aportamos pruebas empíricas de estos dos fenómenos en el sector de la salud y asistencial. Tanto la brecha de la maternidad como la menor remuneración asociada a sectores y ocupaciones muy feminizados contribuyen a la discriminación salarial entre mujeres y hombres en el conjunto de la economía y, por tanto, a la parte no explicada de la brecha salarial de género que no puede justificarse objetivamente por las diferencias en las capacidades de hombres y mujeres para contribuir productivamente en el trabajo remunerado.

5.3.1 La brecha de la maternidad en el sector de la salud

La «brecha de la maternidad» se define como la diferencia salarial entre las madres y las no madres, manteniendo todos los demás factores constantes. A pesar de las dificultades para captar este fenómeno utilizando datos de encuestas (véase OIT, 2018a: Recuadro 7), muchos estudios revelan que las madres parecen sufrir una penalización salarial, mientras que los padres se ven recompensados con una prima salarial (Blau y Kahn, 2003; Meurs et al., 2010). Los salarios más bajos de las madres pueden estar relacionados con una serie de factores, como

las limitaciones de tiempo a las que se enfrentan las madres en comparación con las no madres, lo que quizá explique por qué, en general, muchas más mujeres que hombres tienen trabajos a tiempo parcial.

¿En qué medida incide la brecha de la maternidad en la determinación de la brecha salarial de género en el sector de la salud? Aunque la mayoría de los conjuntos de datos proporcionan información ambigua con respecto a la situación de maternidad o paternidad de las personas, una forma de ver cómo influye la paternidad en los resultados del mercado laboral de mujeres y hombres es observar los efectos de la conciliación de la vida laboral y personal en general en todas las cohortes de edad.

La figura 5.5 muestra la brecha salarial de género por hora en todas las cohortes de edad del sector de la salud. La misma figura refleja, para cada grupo de edad, la proporción de trabajadores a tiempo completo, distinguiendo entre mujeres y hombres. Esta figura presenta los 54 países. Lo primero que se observa en la figura 5.5 es que el empleo a tiempo parcial no es una práctica habitual en el sector de la salud y asistencial (véase también la figura 4.6). Así, en casi todos los países (excepto algunos de Europa, como Bélgica, los Países Bajos y Suiza) la proporción de trabajadores a tiempo completo en todas las cohortes de edad es de aproximadamente el 70% o más, tanto para las mujeres como para los hombres.⁴¹ En particular, observamos que en los países de África y el Mediterráneo Oriental y en varios ejemplos de Asia (Sri Lanka, Tailandia, Filipinas y Viet Nam), la proporción de trabajadores a tiempo parcial, ya sean mujeres u hombres, es casi nula. Por otra parte, en muchos países o regiones geográficas donde el empleo a tiempo parcial es una modalidad de trabajo generalmente bien establecida —en Europa, Australia y el Canadá, y en algunos países de América Latina— la incidencia del empleo a tiempo parcial entre las mujeres del sector de la salud es mayor que la de los hombres en todas las cohortes de edad. Así, teniendo en cuenta las Américas, Europa y Asia, y excluyendo las regiones de África y el Mediterráneo Oriental, donde el empleo a tiempo parcial es casi inexistente, observamos que este tipo de empleo en todas las cohortes de edad es sistemáticamente superior para las mujeres en comparación con los hombres en 29 de 47 países, similar entre mujeres y hombres en todas las cohortes en 16 países, y solo superior de manera constante entre los hombres en dos países (Lituania y Polonia). En muchos de los 29 países

⁴¹ La única excepción a esta regla se encuentra en los extremos de la distribución por edades, donde las cohortes más jóvenes podrían estar combinando el trabajo con la formación continua, mostrando así una posible incidencia menor del empleo a tiempo completo, y en las cohortes de mayor edad, donde el descenso del empleo a tiempo completo es el resultado de una disminución gradual del tiempo de trabajo en las cohortes que se jubilan.

analizados donde predomina el trabajo a tiempo parcial de las mujeres en todas las cohortes de edad, hay un claro aumento de la incidencia del empleo a tiempo parcial en las cohortes más asociadas a los años de crianza de los hijos (es decir, a partir de los 30 años aproximadamente). Por ejemplo, en el caso del Reino Unido, la proporción de mujeres que trabajan a tiempo completo en el sector de la salud en la cohorte más joven está en torno al 70% (y del 80% para los hombres), pero disminuye hasta cerca del 57% en las mujeres de 25 a 34 años (mientras que aumenta ligeramente por encima del 80% para los mismos grupos de edad en los hombres). En Suiza, las mujeres que trabajan a tiempo completo en el sector de la salud pasan de alrededor del 70% entre las que tienen 29 años o menos a cerca del 40% entre las que tienen 35-39 años; por su parte, la proporción de hombres de 35 a 39 años que trabajan a tiempo completo como trabajadores de la salud en Suiza se acerca al 100%. El aumento del empleo a tiempo parcial en el sector de la salud y asistencial para las mujeres en edad de criar a sus hijos puede observarse en varios países que presenta la figura 5.5: Australia, Bélgica, Bolivia, (Estado Plurinacional de), Canadá, Chequia, Colombia, Costa Rica, Eslovenia, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Namibia, Nepal, Nigeria, Noruega, Países Bajos, Pakistán, Reino Unido, República Dominicana, Suiza y Uruguay.

Está claro que los hechos de que a) el trabajo a tiempo parcial es más frecuente en las mujeres; y b) en muchos países, la proporción de trabajadoras a tiempo parcial en el sector de la salud salta en las cohortes de edad asociadas a la edad de crianza de los hijos, algo indicativo de que es probable que la maternidad tenga un efecto adverso en las carreras de las mujeres en el sector de la salud. Este efecto se refleja en el tamaño del componente «no explicado», ya que este componente capta que los hombres con una combinación similar de atributos del mercado laboral (p. ej., la misma ocupación, edad y región geográfica) obtienen mayores ingresos que las mujeres. En parte, puede ser que los hombres de la misma edad que las mujeres hayan acumulado más experiencia y, por tanto, obtengan mayores rendimientos, porque las mujeres tienen que abandonar el mercado laboral o reducir sus horas de trabajo a fin de compaginar el trabajo con el cuidado no remunerado de los hijos.

Otra característica llamativa de la figura 5.5 es que, en casi todos los países (51 de 54), la diferencia salarial entre hombres y mujeres aumenta gradualmente a medida que pasamos de las cohortes más jóvenes a las más mayores (algunas variaciones en los extremos pueden deberse a los efectos del tamaño de la muestra). El hecho es que, en muchos de estos países, la brecha salarial de

género aumenta significativamente a las edades en que las mujeres y los hombres comienzan a tener hijos. Por ejemplo, en México, la brecha salarial de género en el sector de la salud entre las personas de 24 años o menos es de alrededor del 2,5%; esta cifra se eleva a cerca del 6% en las personas de 25 a 29 años y alcanza el 15% para las de 30 a 34 años. En el Canadá, la brecha salarial de género es negativa para los trabajadores de la salud menores de 25 años, pero salta a cerca del 5% en los de 25 a 29 años y alcanza casi el 28% en los de 30 a 34 años. Se dan pautas similares en casi todos los países de Europa (excepto Bélgica y Malta) y en países de otras regiones del mundo, como Jordania, Pakistán, Sudáfrica, Nepal, Viet Nam, y en casi todos los países de los que tenemos datos en América Latina (excepto el Ecuador y el Uruguay).

¿Por qué esta subida tiene lugar exactamente en la edad de crianza de los hijos? Lamentablemente, los datos no permiten identificar si las mujeres que están fuera del mercado laboral en el momento de la encuesta habían trabajado antes en el sector de la salud. Sin embargo, si la incidencia del trabajo a tiempo parcial crece para las mujeres en torno a los años de crianza de los hijos, también es probable que muchas mujeres abandonen el mercado laboral en lugar de reducir su tiempo de trabajo. Si consideramos que las mujeres situadas en el extremo inferior de la distribución salarial son las que tienen menos posibilidades de permitirse servicios de cuidado para sus hijos y familias, es más probable que las mujeres con salarios más bajos dejen el mercado laboral en el momento de tener hijos. Hemos visto que la brecha salarial de género en el sector de la salud se hace más pronunciada en el extremo superior de la distribución salarial, es decir, entre las trabajadoras asalariadas mejor pagadas del sector de la salud y asistencial. Así pues, si las mujeres peor pagadas salen del mercado laboral cuando tienen hijos y las que se quedan se enfrentan, por término medio, a una mayor diferencia salarial entre hombres y mujeres, el efecto ponderado resultante es un salto en la brecha salarial de género alrededor de los 30-39 años, como se observa en la figura 5.5 para varios países.

La brecha de la maternidad parece manifestarse de manera similar en el sector de la salud, como se ha observado en la economía en su conjunto (OIT, 2016). El efecto de la maternidad repercute en la carrera profesional, los ingresos y la participación laboral de las mujeres. Y los efectos no son solo a corto plazo, sino que pueden tener consecuencias relativamente a largo plazo para una proporción importante de mujeres.

FIGURA 5.5

Edad, trabajo a tiempo parcial y brecha salarial de género, países seleccionados, últimos años
 África y el Mediterráneo Oriental

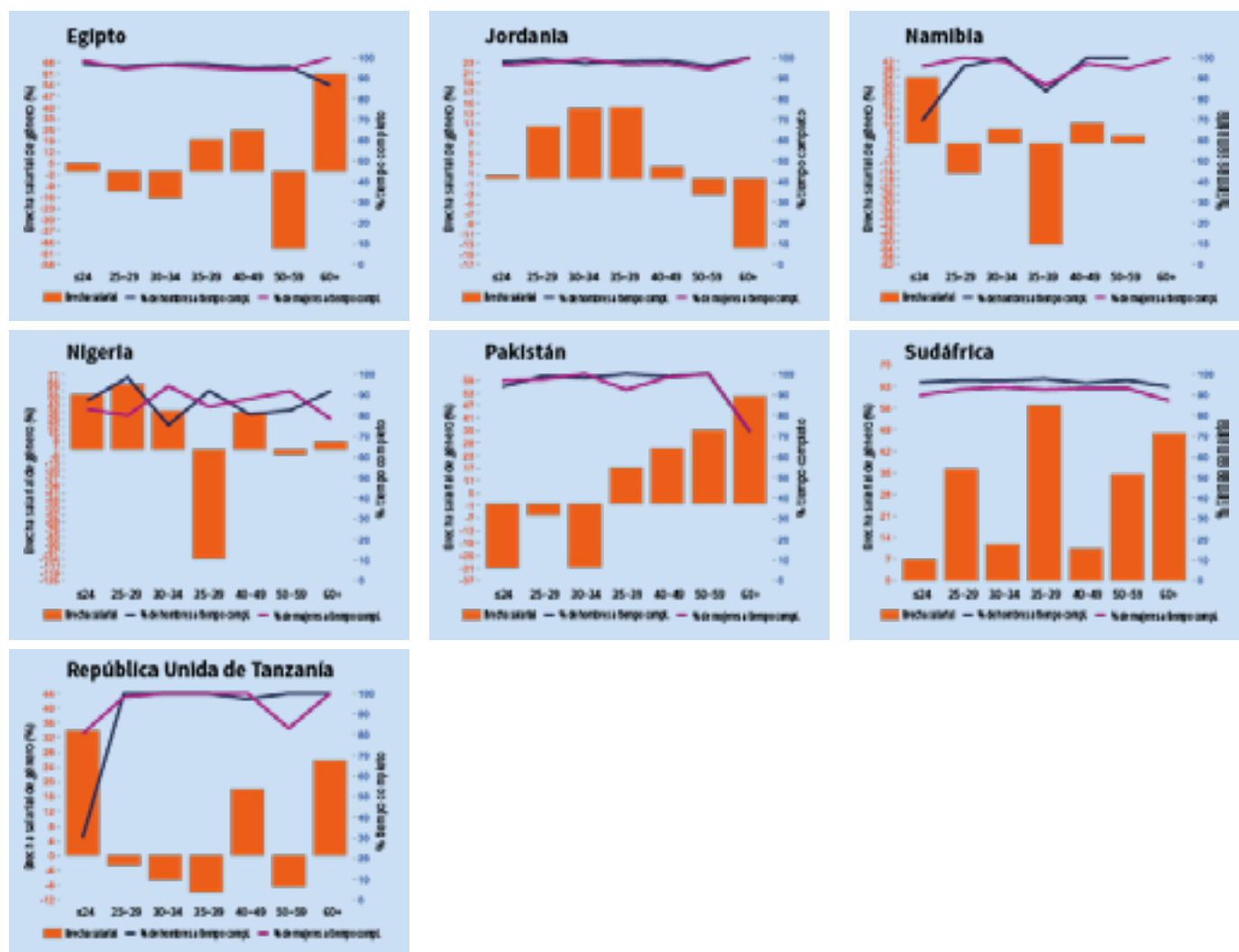


FIGURA 5.5 CONT.

Las Américas

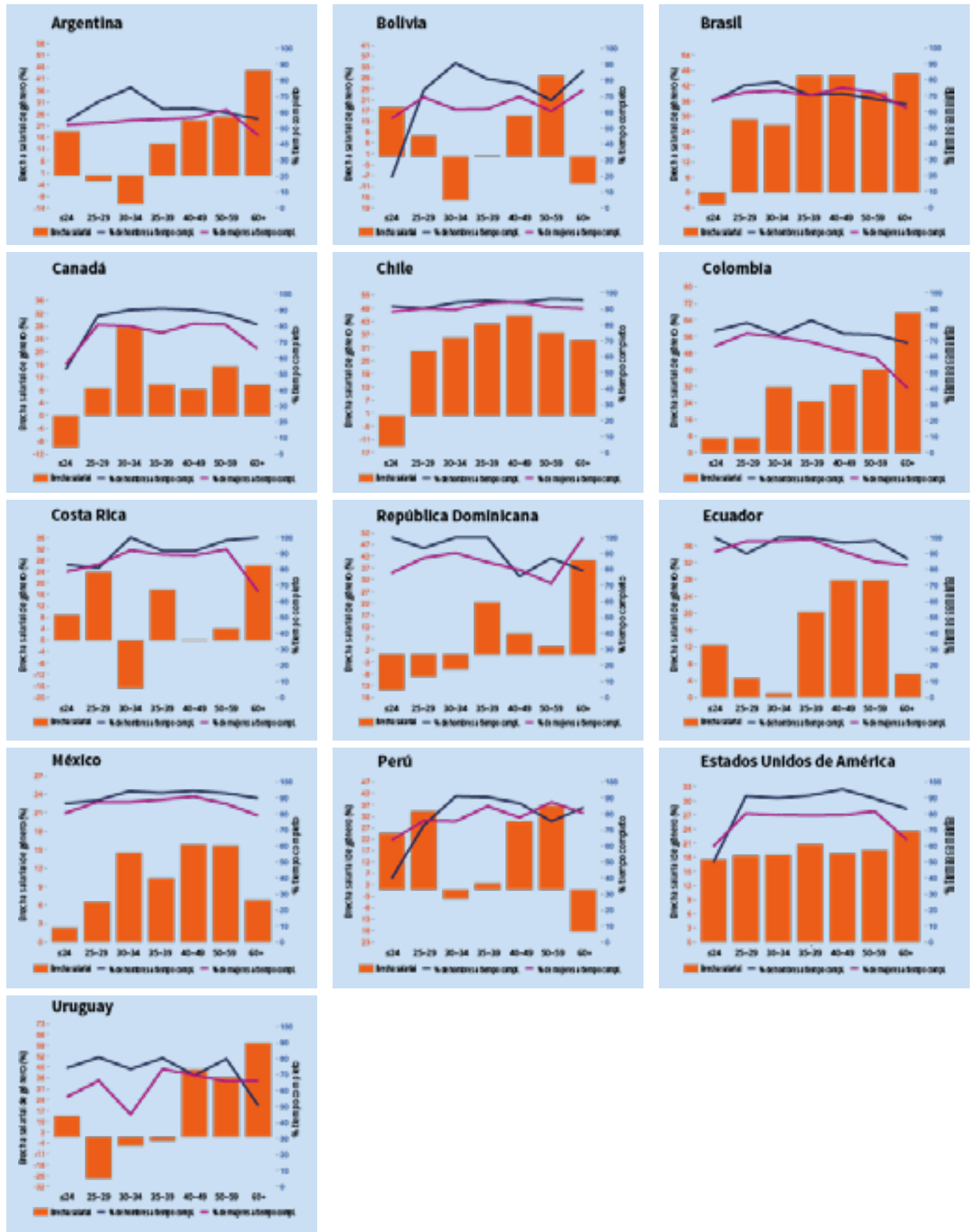


FIGURA 5.5 CONT.

Europa



FIGURA 5.5 CONT.

Europa

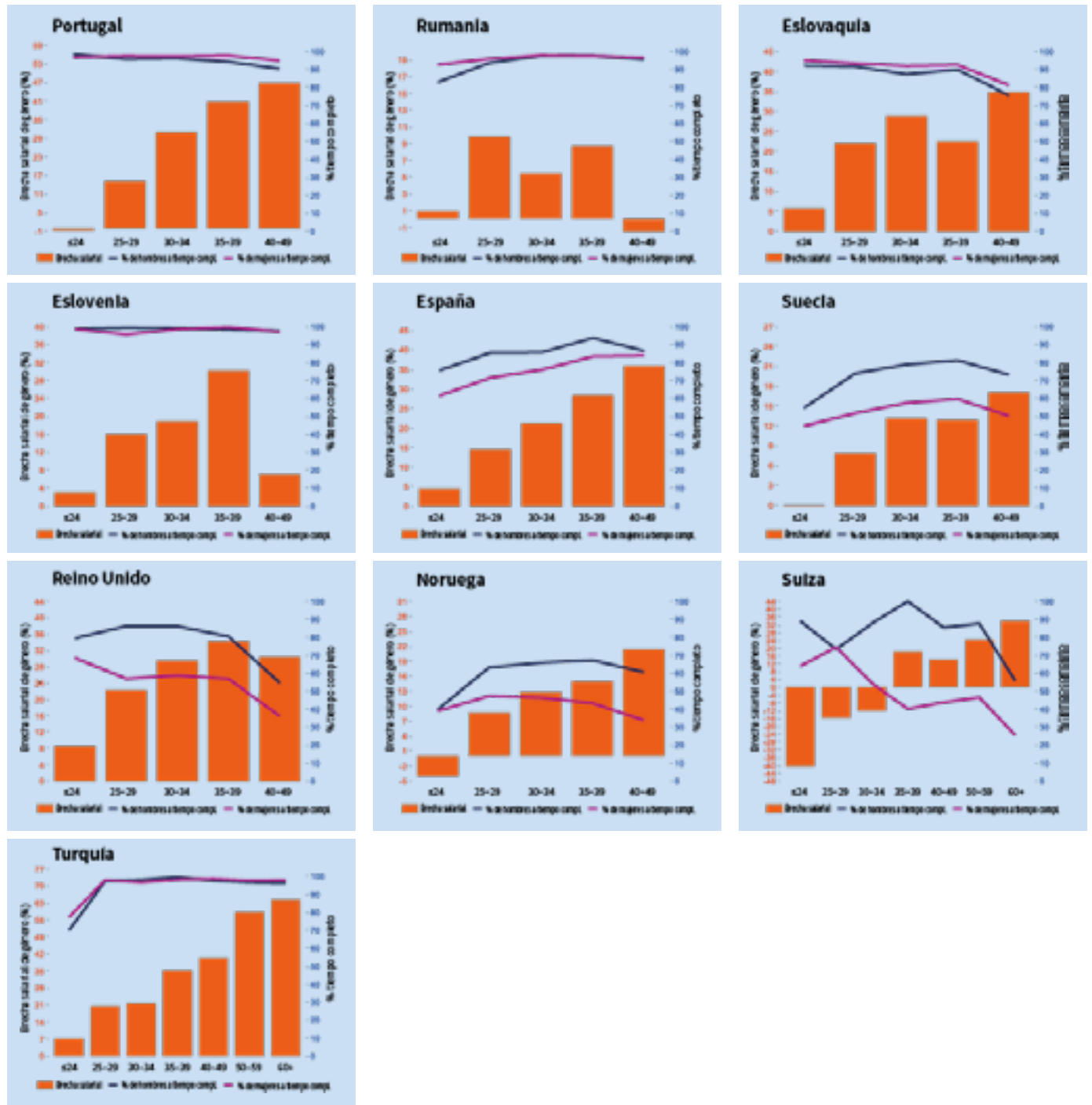
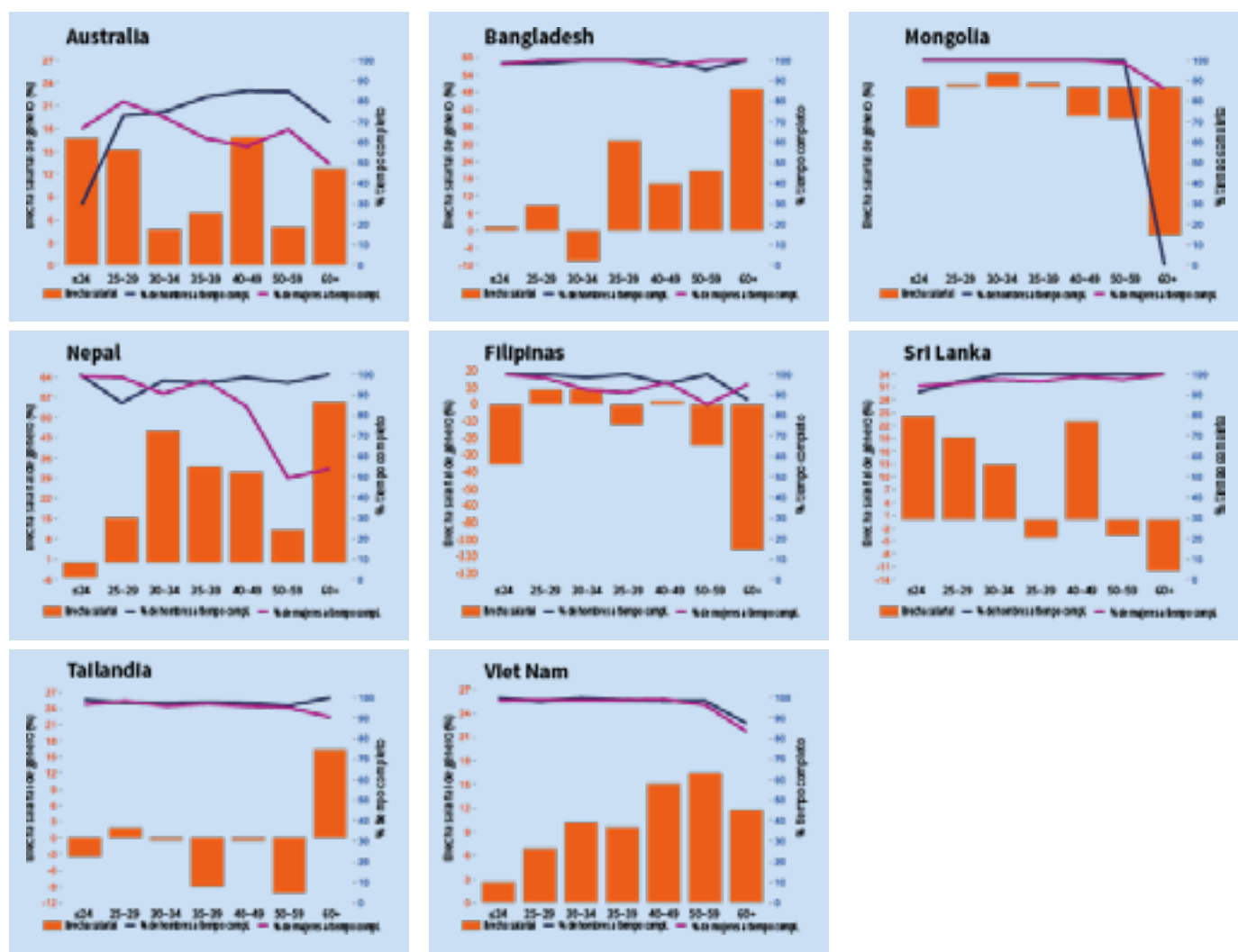


FIGURA 5.5 CONT.

Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

5.3.2 El grado de feminización y los salarios de los trabajadores del sector de la salud y asistencial

No cabe duda de que el sector de la salud y asistencial es un sector muy feminizado, hecho que ha quedado bien patente en las secciones 2 a 5. Al mismo tiempo, está claramente documentado que cuantas más mujeres hay en una determinada categoría laboral o sector, más bajos son los salarios de todos los trabajadores, mujeres y hombres, en ese tipo de trabajo o sector (Olez et al., 2013). Por lo tanto, es razonable analizar los datos para determinar en qué medida el grado de feminización afecta a los salarios medios de los trabajadores del sector de la salud y asistencial.

En la figura 5.6 se comparan los salarios por hora de cada categoría ocupacional en el sector de la salud y asistencial con las mismas categorías ocupacionales en otros sectores, organizados por grado de feminización. Los diagramas de dispersión de la figura 5.6 muestran la proporción de hombres por ocupación y sector económico en relación con el salario promedio por hora por ocupación y sector económico. El sector de la salud y asistencial se distingue por un color diferente (rojo). Las categorías ocupacionales (en cualquier sector) se distinguen mediante símbolos: la categoría de «director ejecutivo/gerente» es un círculo; la categoría «profesional» es un diamante; la categoría «técnico» es un triángulo; la categoría «media cualificación» es un cuadrado y la categoría «baja cualificación» es una cruz.⁴² Las categorías ocupacionales del sector

⁴² Véase en el recuadro 1 las definiciones de las categorías ocupacionales utilizadas en todo el informe, incluida la figura 5.6.

de la salud y asistencial se subdividen a su vez para diferenciar lo siguiente: los clasificados como profesionales de la salud (p. ej., médicos, personal de enfermería avanzada) frente a los clasificados como trabajadores profesionales no sanitarios (p. ej., profesionales jurídicos o de finanzas en los hospitales); ocupaciones técnicas de la atención de salud (p. ej., personal de enfermería y partería) frente a las clasificadas como ocupaciones técnicas no relacionadas con la salud (p. ej., análisis de laboratorio, contables); atención de la salud de cualificación media (p. ej., auxiliares de enfermería, asistentes de atención de la salud) frente a las clasificadas como de atención no relacionada con la salud de cualificación media (p. ej., vendedores en las tiendas de los hospitales, cocineros). Dentro del sector de la salud, la categoría definida como «de cualificación baja» incluye una distinción entre trabajadores sanitarios y no sanitarios. Cada diagrama de la figura 5.6 muestra dos líneas discontinuas: la línea horizontal corresponde al salario promedio de la economía y la línea vertical al número promedio de hombres asalariados en la economía. Estas dos líneas discontinuas dividen cada gráfico en cuatro cuadrantes, de forma que, por ejemplo, en el cuadrante suroeste encontramos categorías ocupacionales muy feminizadas que reciben salarios por hora inferiores a la media.

Nuestra conclusión general de la figura 5.6 es que, independientemente de la categoría ocupacional, el sector de la salud y asistencial paga por lo general salarios más bajos en comparación con otros sectores económicos. Para casi todos los países, los símbolos de color rojo aparecen en el cuadrante suroeste, donde la fracción de mujeres es mayor y el salario promedio es menor. Al mismo tiempo, cuando se ve un símbolo rojo en los lugares con mayores ingresos (el cuadrante noroeste), las categorías ocupacionales comparables de otros sectores económicos aparecen en lugares incluso mucho más remunerados (p. ej., hacia el extremo superior del cuadrante noreste).

Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, los directores ejecutivos/gerentes del sector de la

salud cobran, en promedio, unos US\$ 30 por hora, y los círculos azules que resaltan ocupaciones similares en otros sectores se sitúan más arriba en la escala salarial y más a la derecha (lo que indica que la proporción de hombres es mayor en otros sectores económicos). Asimismo, los profesionales de la salud en Estados Unidos cobran unos US\$ 28 por hora; en otros sectores económicos (excepto los de la educación y la administración pública, que también están muy feminizados) las categorías profesionales reciben, por término medio, salarios por hora de US\$ 29 o más, y algunas alcanzan un promedio de US\$ 38 por hora. Del mismo modo, en Italia, los trabajadores profesionales de la salud (de los cuales el 70% son mujeres) cobran unos 25 euros por hora, mientras que en los sectores (de nuevo, aparte de la educación y la administración pública) donde las mujeres representan menos del 50% de los trabajadores en ocupaciones profesionales, el salario promedio por hora supera los 27 euros por hora. En algunos sectores de Italia, el salario medio por hora de los profesionales puede alcanzar los 38 euros por hora (lo que implica una brecha salarial ocupacional del 34% entre los profesionales de la atención de la salud y otros sectores). Cabe destacar también que parece haber muy poca diferencia entre sectores económicos en lo que respecta a los salarios por hora de los trabajadores poco cualificados; por lo tanto, la feminización no parece afectar a los salarios de los trabajadores situados en el extremo inferior de la escala salarial.

Lo que muestra la figura 5.6 es que cuanto mayor es la proporción de hombres en un sector económico y una ocupación, mayor es el salario medio percibido. El hecho de que el sector de la salud y asistencial sea un sector muy feminizado implica que, por término medio, los trabajadores obtienen unos ingresos inferiores a los de sus homólogos (en términos de categorías ocupacionales) en otros sectores de la economía. Esto refleja la discriminación a la que se enfrentan las mujeres en el mercado de trabajo y es posiblemente una parte de la explicación de las grandes brechas salariales de género no explicadas que se observan en el sector de la salud, ilustradas en las figuras 5.3 y 5.4.

FIGURA 5.6

Salarios por hora según el grado de feminización, sectores y ocupaciones, países seleccionados, últimos años

África y el Mediterráneo Oriental

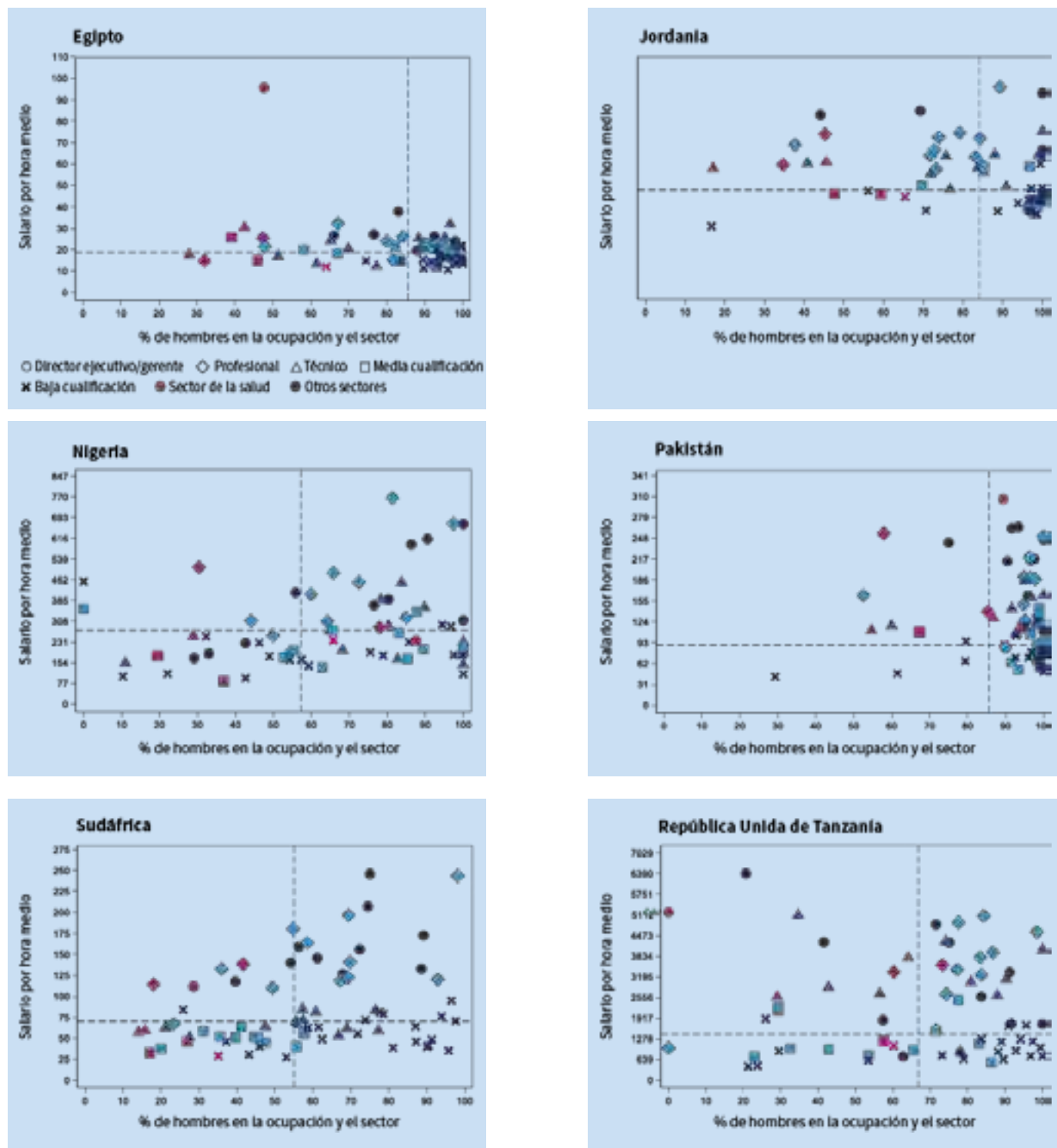


FIGURA 5.6 CONT.

Las Américas

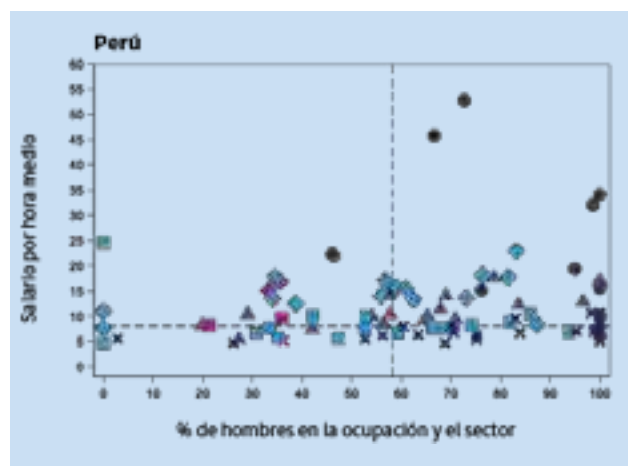
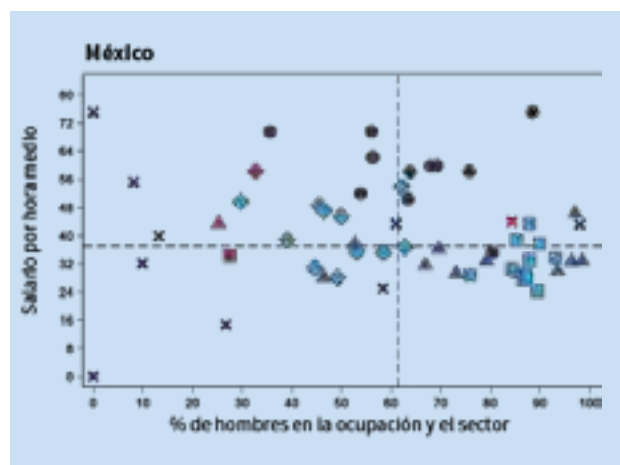
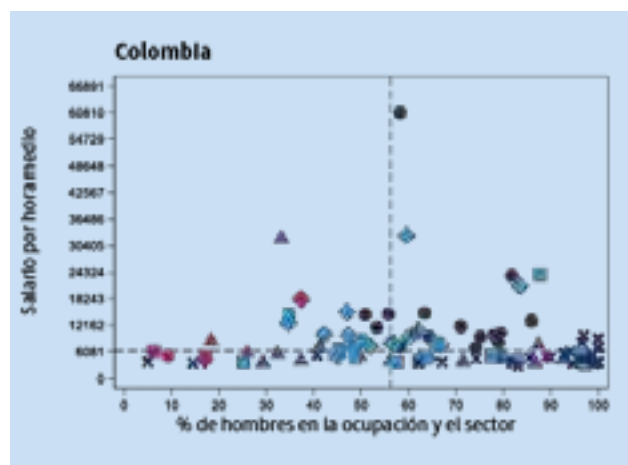
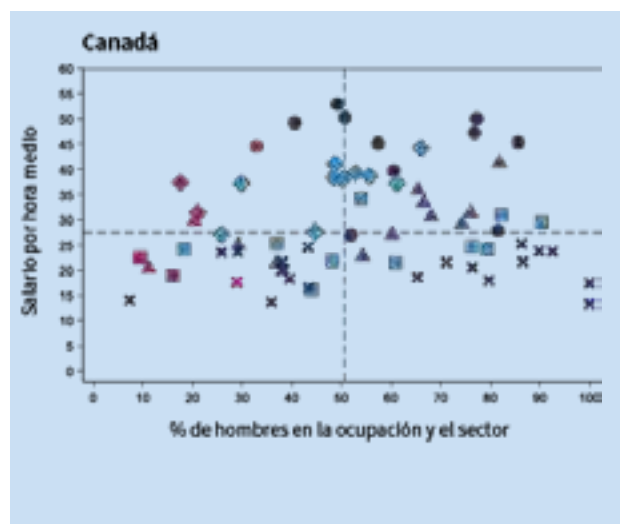
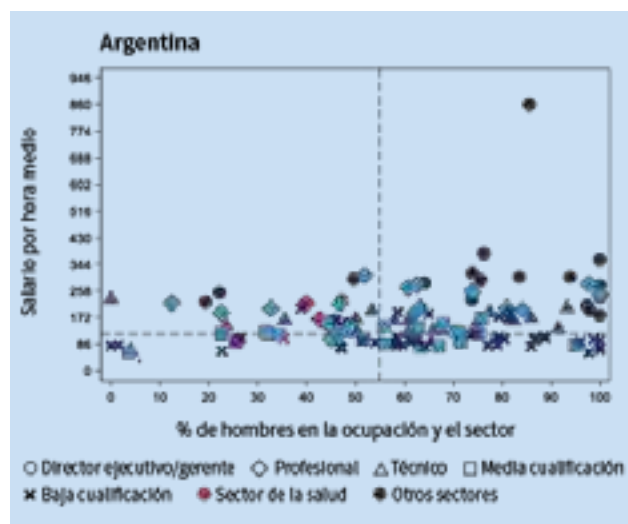


FIGURA 5.6 CONT.

Europa

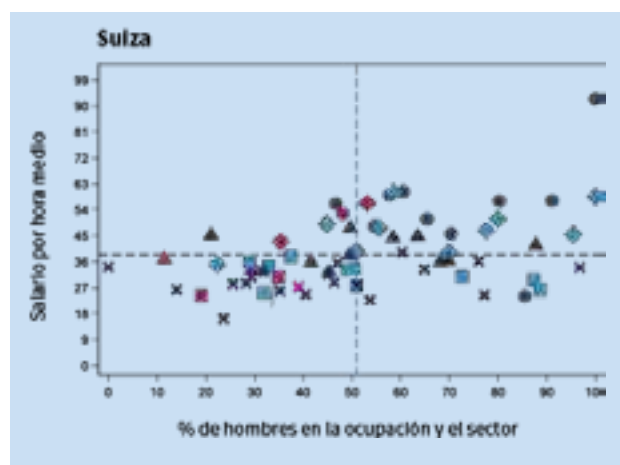
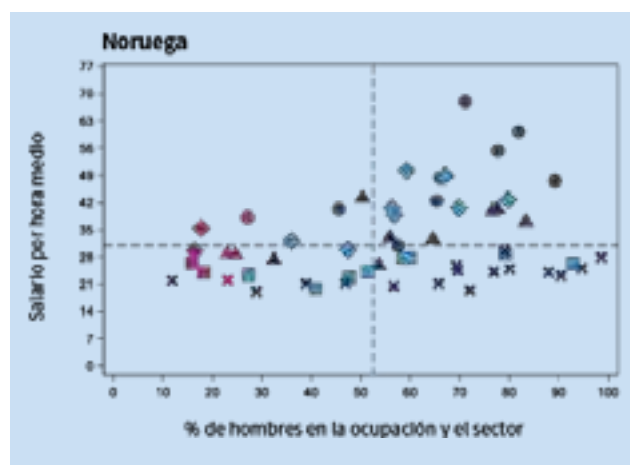
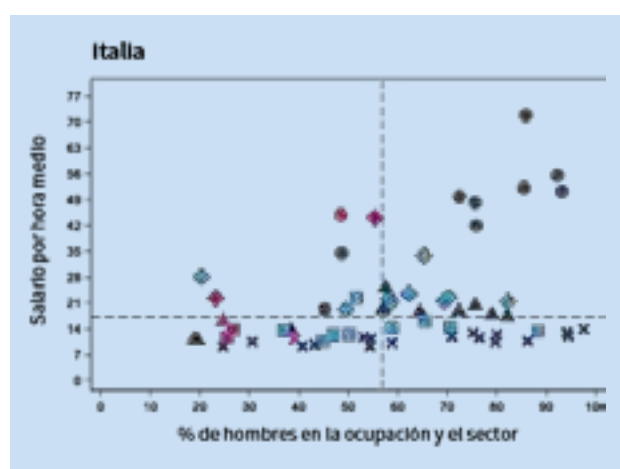
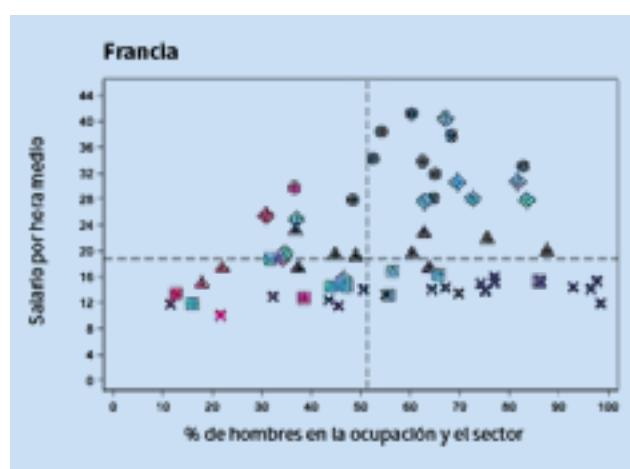
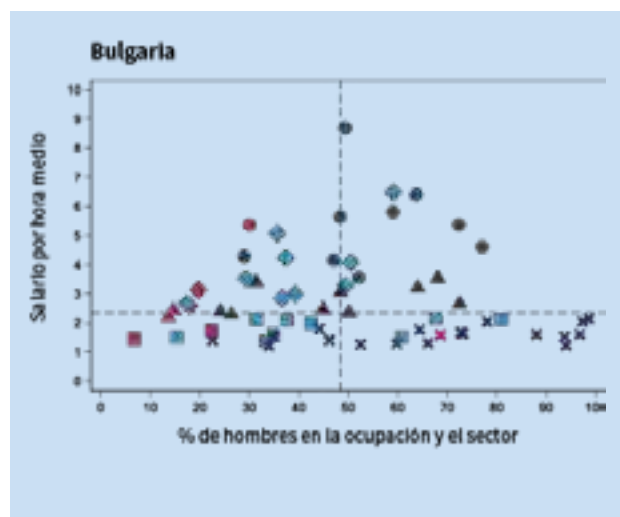
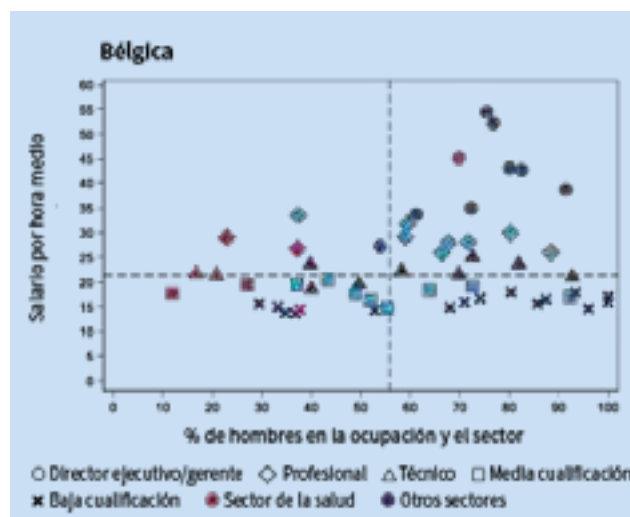
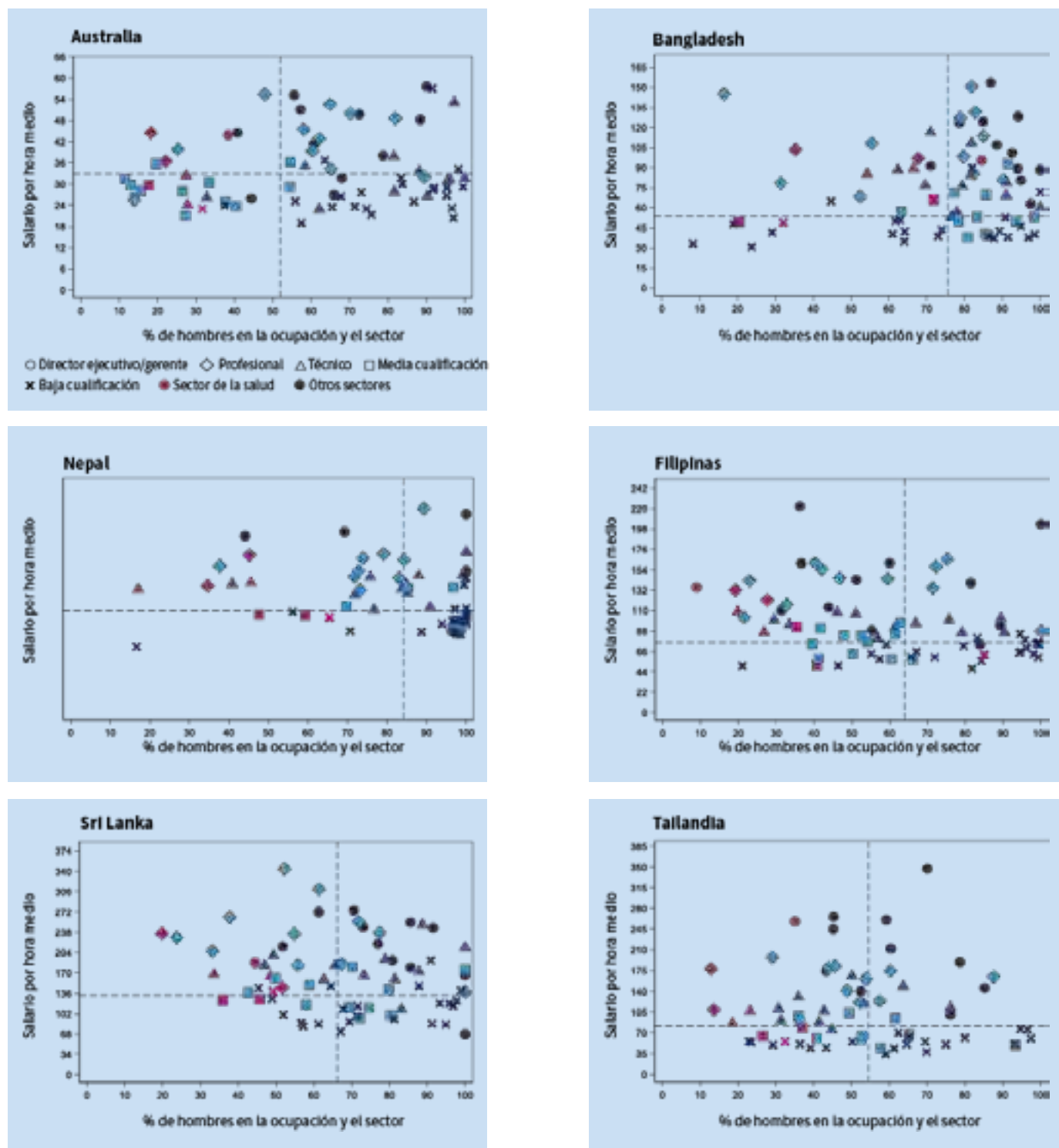


FIGURA 5.6 CONT.

Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1). Véase el recuadro 1 para conocer las definiciones de los sectores económicos y las categorías ocupacionales.

Características del empleo y brecha salarial de género a lo largo del tiempo en el sector de la salud y asistencial

En la sección 6 se examina la evolución de la brecha salarial de género y la medida en que se relaciona con los cambios en las características del empleo de las mujeres y los hombres en el sector de la salud y asistencial. Para ello, analizamos los datos disponibles desde (aproximadamente) 2000 hasta 2019. Este periodo abarca un lapso de tiempo que debería haber traído cambios visibles en materia de igualdad de género en el mundo, teniendo en cuenta los compromisos asumidos y las medidas adoptadas a nivel nacional y multilateral a partir de finales del siglo XX. Entre ellas se encuentra la Declaración de Beijing de 1995 aprobada en la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer; la creciente concienciación sobre la necesidad de la igualdad de género que surgió durante el decenio de 1990 en el sector humanitario —y, en particular, en la familia de organismos de las Naciones Unidas—, cuando varias instituciones comenzaron a «incorporar» la perspectiva de género (Holloway et al., 2019); y la fundación de ONU-Mujeres en 2010. Las estimaciones muestran que la proporción de hombres en la fuerza de trabajo del sector de la salud y asistencial ha crecido durante los dos últimos decenios, pero a un ritmo que no es suficiente para reducir la importante feminización que caracteriza al sector. Las estimaciones proporcionan alguna evidencia de que ha habido un cambio gradual en las mujeres hacia las categorías ocupacionales más altas del sector, aunque en todos los países las mujeres siguen estando sobrerrepresentadas en las categorías ocupacionales asociadas a la enfermería y a otras funciones menos cualificadas relacionadas con la salud y los cuidados. En total, la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial ha aumentado con el tiempo en algunos países, mientras que en otros ha disminuido o se ha mantenido relativamente estable.

6.1 Tamaño y características del personal de la salud y asistencial a lo largo del tiempo en países seleccionados

En esta sección se estudia la evolución de la brecha salarial de género a lo largo del tiempo, empezando por las tendencias del empleo y las características de las mujeres y los hombres en el sector de la salud y asistencial; estos hallazgos sientan las bases para el análisis de los cambios observados en la brecha salarial de género del sector en la sección 6.2. La brecha salarial entre hombres y mujeres es un fenómeno que cambia lentamente, así que para investigar los cambios significativos es necesario tener en cuenta un largo lapso de tiempo, por lo que las estimaciones de esta sección analizan las tendencias desde principios del siglo XXI hasta 2019.⁴³ El periodo de dos decenios nos permite detectar los cambios habidos en las brechas

salariales de género; sin embargo, esto se consigue a expensas de limitar el número de países incluidos en el análisis, ya que muchos países no han recopilado con regularidad datos de encuestas disponibles públicamente durante un periodo tan largo. Por lo tanto, en esta sección la evidencia empírica proviene de un conjunto restringido de países: Canadá, Chile, Estados Unidos, Filipinas, México, países de Europa,⁴⁴ Tailandia y Uruguay. Así pues, en esta sección, el análisis empírico y la narrativa no pueden presentar una perspectiva regional (como en secciones anteriores) ya que (salvo en el caso de Europa) solo hay unos pocos países en cada región. En cambio, los países incluidos se analizan individualmente para ofrecer ejemplos de tendencias en una variedad de países con diferentes contextos y niveles de desarrollo económico. Las estimaciones muestran cómo cambian los resultados entre dos puntos en el tiempo: a principios del decenio de 2000 y alrededor

⁴³ El periodo de tiempo cubierto en esta sección termina en 2019 para evitar recoger 2020, que fue un año atípico debido a la pandemia de COVID-19. En la sección 7 se analiza el modo en que la crisis de COVID-19 puede haber repercutido en los salarios de las mujeres y los hombres del sector sanitario y asistencial.

⁴⁴ Los datos para Europa se han recopilado cada cuatro años desde 2006. Países incluidos en la muestra: Bélgica, Bulgaria, Chequia, Chipre, Eslovaquia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Hungría, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumania y Suecia. Véase el anexo 1 para obtener más detalles.

de 2019. El anexo 3 complementa estas conclusiones ilustrando las tendencias anuales de una selección de países. Pone de relieve un hallazgo interesante: en comparación con otros sectores de la economía, el empleo en el sector de la salud y asistencial parece haber respondido con más resiliencia a la crisis financiera mundial de 2008-2010. Esta resiliencia parece estar ausente al inicio de la crisis de COVID-19 en 2020, como se verá en la sección 7.

La figura 6.1 muestra que, en los dos primeros decenios del siglo XXI, en países de ingresos medios como México, Filipinas y Tailandia, el empleo en el sector de la salud y asistencial creció a un ritmo más lento que el empleo en otros sectores económicos. En cambio, durante el mismo periodo, ocurre lo contrario en los países de ingresos altos (especialmente en el Canadá, Europa y los Estados Unidos), ya que el empleo aumenta a un ritmo mayor en el sector de la salud y asistencial en comparación con otros sectores.⁴⁵ Esto puede deberse al hecho de que el empleo en todos los sectores (incluidos los sectores industriales y la industria manufacturera) está cobrando fuerza en los países de ingresos bajos y medios. En los países de ingresos altos, la tasa de crecimiento en los sectores industrial y manufacturero es más plana, mientras que la expansión del empleo se produce sobre todo en los sectores de servicios, incluido el sector de la salud y asistencial, que necesita aumentar para atender al creciente envejecimiento de la población (véase Colombo et al., 2011). La figura 6.1 señala que, excepto en Filipinas, la subida del empleo en otros sectores ha sido igual o mayor para las mujeres en comparación con los hombres. En seis de los ocho países (es decir, excepto en Filipinas y Tailandia) el ascenso del empleo femenino es mayor en el sector de la salud y asistencial con respecto a otros sectores. En el caso de los hombres, el crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial es también mayor comparado con el de otros sectores, excepto en Tailandia y marginalmente en México. En los casos del Canadá, México, Filipinas y los Estados Unidos, el aumento del empleo entre los hombres es igual o superior al de las mujeres. En conjunto, estos resultados indican que, en las economías analizadas en la figura 6.1, la proporción de hombres en la fuerza de trabajo del sector de la salud y asistencial se está incrementando, pero a un ritmo que no es

suficiente para contrarrestar el importante grado de feminización que ha caracterizado al sector durante años.

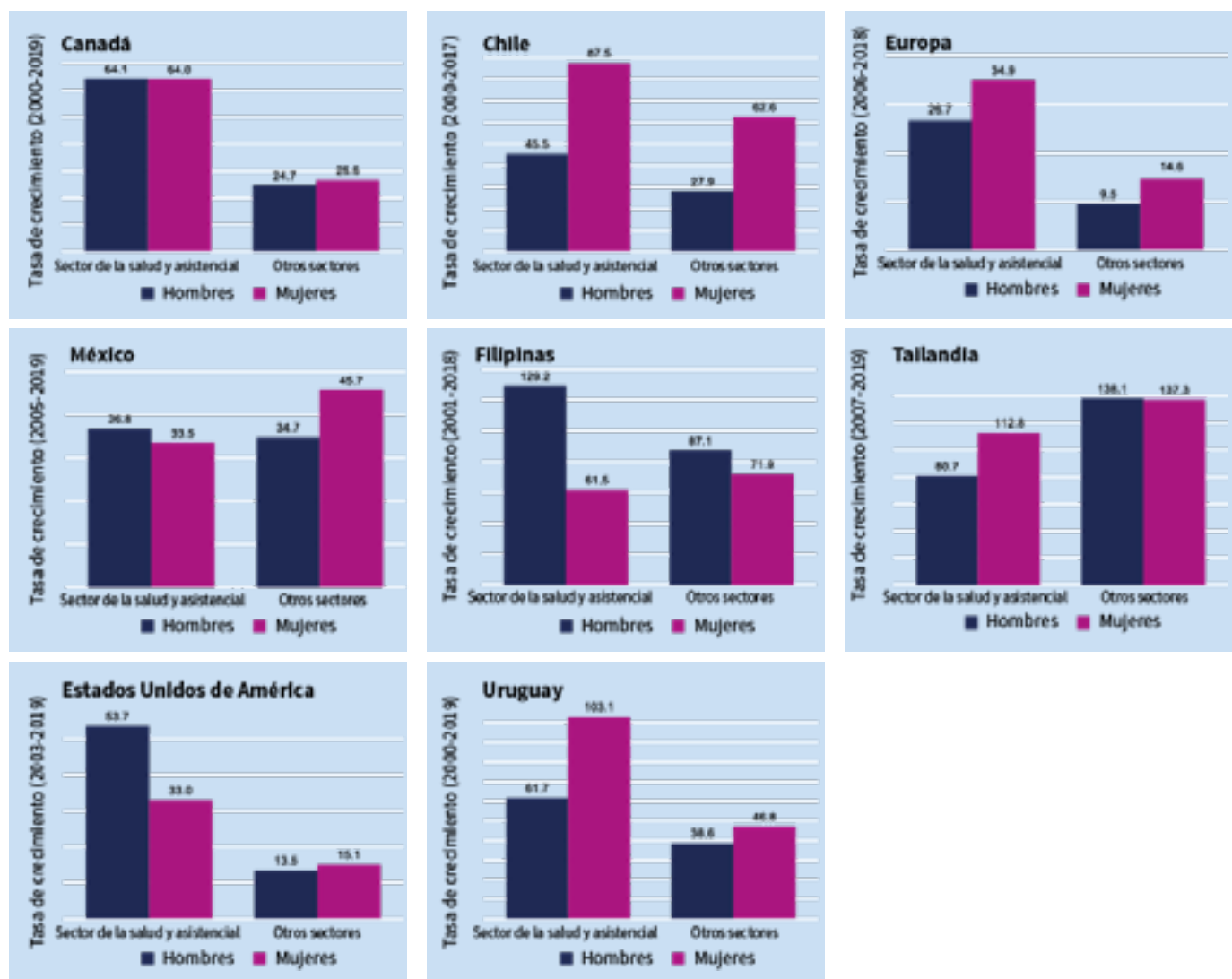
Habida cuenta de que la segregación ocupacional es un factor importante que explica la brecha salarial de género, la figura 6.2 examina los cambios que se han producido en las categorías ocupacionales a lo largo del tiempo. Cabría esperar que la distribución de las mujeres en las categorías ocupacionales en los últimos años (como se analiza en las secciones 3 a 5) se haya desplazado hacia las categorías ocupacionales más altas en comparación con el comienzo del siglo XXI. Esto se deduce del hecho de que en los últimos veinte años se han conseguido mejoras notables en los logros educativos de las niñas y las mujeres en todos los países.⁴⁶ **La figura 6.2 proporciona algunas pruebas de un cambio entre las mujeres hacia categorías ocupacionales más altas, aunque en todos los países las mujeres siguen estando sobrerrepresentadas en las categorías ocupacionales asociadas a la enfermería (funciones sanitarias técnicas) o a las funciones sanitarias de cualificación media/baja (auxiliares de enfermería y cuidadores de cualificación baja).** Por ejemplo, en Europa la proporción de mujeres en ocupaciones profesionales con funciones sanitarias (como la de médico) aumentó del 10% en 2006 al 23% en 2018. La parte de mujeres en la categoría de funciones sanitarias técnicas (p. ej., enfermeras, trabajo de laboratorio) disminuyó durante el periodo pasando de aproximadamente 27% a 12%. En Chile ha habido aumentos de 3 y 15 puntos porcentuales en las ocupaciones profesionales y técnicas, respectivamente, en las mujeres, mientras que la cantidad de mujeres (entre las mujeres) que desempeñan ocupaciones de cualificación media/baja (con funciones sanitarias y no sanitarias) se redujo en 18 puntos porcentuales. En los Estados Unidos también aumentó la parte de mujeres en las ocupaciones profesionales, de alrededor del 28% en 2003 al 40% en 2019 (hasta alcanzar el 28% en las funciones sanitarias y el 12% en las no sanitarias). La proporción de mujeres en todas las ocupaciones de cualificación media, por su parte, se redujo en unos 7 puntos porcentuales hasta alcanzar el 25% en funciones de salud y el 13% en funciones no sanitarias de cualificación media/baja. En Filipinas

⁴⁵ En Europa, el crecimiento estimado del sector de la salud y asistencial no puede cotejarse directamente con las cifras oficiales. Eurostat ofrece estimaciones que suman tres sectores (administración pública, educación y sanidad), mostrando que entre 2006 y 2018 crecieron un 16%. Los datos para Europa utilizados en este informe, procedentes de la Encuesta sobre la Estructura de los Ingresos (EEI), fueron facilitados por Eurostat y deberían arrojar resultados similares. Las diferencias entre los resultados de Eurostat y las estimaciones de este informe pueden deberse a la exclusión de algunos países del informe, como Alemania, Dinamarca o Grecia.

⁴⁶ Según un reciente informe de la UNESCO, desde 1995 la tasa mundial de escolarización de las niñas en todo el mundo ha aumentado del 73% al 89%, y las mayores mejoras se han producido en el África Subsahariana y el sur de Asia, especialmente en la India. Se han logrado avances significativos en la matriculación para la educación primaria en 23 países donde, en 1995, menos de 80 niñas asistían a la escuela por cada 100 niños. Asimismo, en todo el mundo el número de mujeres matriculadas en las universidades es tres veces mayor que en 1995, con un progreso especial en el norte de África y Asia Occidental (UNESCO, 2020).

FIGURA 6.1

Crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial, 2000-2018/19, por género y en comparación con otros sectores económicos



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

también se observa un ligero desplazamiento de las mujeres hacia categorías ocupacionales más altas, sobre todo entre las ocupaciones profesionales con funciones de atención de la salud (3 puntos porcentuales más), las ocupaciones técnicas con funciones de salud (5 puntos porcentuales más) y las ocupaciones técnicas sin función de salud (5 puntos porcentuales más), mientras que el número de mujeres en funciones de cualificación media/baja ha disminuido (7 puntos porcentuales menos). En Tailandia se observa un notable aumento del 3% al 8% entre las mujeres de las categorías profesionales con funciones no sanitarias, aunque también se ha producido un notable descenso en las mujeres con ocupaciones profesionales en funciones sanitarias (del 42% al 35%). En el Uruguay, la cantidad de mujeres en ocupaciones

profesionales aumentó marginalmente, del 19% en 2000 al 22% en 2019, mientras que la parte de mujeres en ocupaciones de cualificación media/baja disminuyó en 3 puntos porcentuales, del 59% al 56%. En el Canadá, aunque el número de mujeres en ocupaciones profesionales con funciones de salud se redujo en 2 puntos porcentuales, del 23% al 21%, la proporción de mujeres en ocupaciones técnicas con funciones de salud aumentó del 10% al 13%; y la parte de mujeres en ocupaciones de cualificación media/baja bajó del 44% al 40%. En conjunto, estos resultados parecen indicar que las mujeres se están incorporando gradualmente a las ocupaciones profesionales, al tiempo que se reduce su participación en otros grupos ocupacionales, en particular en las funciones sanitarias de cualificación media/baja.

En cuanto a los hombres, la figura 6.2 muestra que, en torno a 2019, su representación (entre los hombres) en las categorías profesionales, particularmente las que tienen funciones sanitarias, sigue siendo superior a la de las mujeres (entre las mujeres) en todos los países incluidos en la figura, excepto Filipinas y Tailandia. Y salvo en Chile, Tailandia y el Uruguay, la proporción de hombres que ocupan funciones profesionales de salud ha aumentado en los últimos 20 años, especialmente en el Canadá (del 15% al 22%) y México (del 58% al 72%). En el Canadá, Chile, Filipinas y Tailandia también ha aumentado el número de hombres en la categoría ocupacional técnica con funciones sanitarias, mientras que en la mayoría de los casos (exceptuando Filipinas, Tailandia y Uruguay) ha disminuido la proporción de hombres en empleos de cualificación media/baja sin funciones sanitarias, significativamente en los casos del Canadá (del 30% al 16%) y Chile (del 24% al 19%), y en menor medida en Europa (del 22% al 19%) y los Estados Unidos (del 17% al 13%). Por lo tanto, en general, parece que los hombres, al igual que las mujeres, también se han desplazado hacia categorías ocupacionales más altas en el sector de la salud y asistencial.

Las secciones anteriores pusieron de manifiesto que las brechas salariales entre hombres y mujeres también se deben, en parte, a las diferencias de edad, educación, modalidad de tiempo de trabajo y sectores institucionales. La figura 6.3 muestra cómo han cambiado estas características en los últimos 20 años aproximadamente entre el mismo conjunto de países incluidos en las figuras 6.1 y 6.2. **La figura 6.3 revela que se ha producido un ligero desplazamiento hacia las cohortes de mayor edad y un descenso entre los grupos de edad más jóvenes. Este es particularmente el caso de las mujeres, cuya incidencia aumentó en los dos grupos de mayor edad.** Por ejemplo, en 2005 en México las mujeres de los grupos de edad 50-59 y 60+ eran, respectivamente, el 8% y el 2%; en 2019 estos porcentajes habían aumentado al 15% y al 5%, respectivamente. En general, el movimiento hacia una mayor incidencia en las cohortes de mayor edad entre las mujeres (acercándolas a la incidencia de los hombres en cada cohorte de edad) indica que las mujeres están alcanzando a los hombres en la prevalencia al permanecer más tiempo en el mercado laboral. Aunque no disponemos de datos específicos sobre esta prevalencia, es probable que esta situación aumente si seguimos observando el movimiento de las mujeres a lo largo del tiempo hacia cohortes de mayor edad.

En la figura 6.3 también se aprecia que, para todos los países incluidos, la modalidad de trabajo

a tiempo completo sigue siendo la categoría dominante, en comparación con el tiempo parcial, y las mujeres muestran una mayor representación, respecto de los hombres, en la categoría de tiempo parcial en todos los países y a lo largo del tiempo. La única región en la que se ha producido un ligero aumento de la incidencia del trabajo a tiempo parcial es Europa, y esto ha sido tanto para las mujeres (del 35% al 37%) como para los hombres (del 17% al 20%).

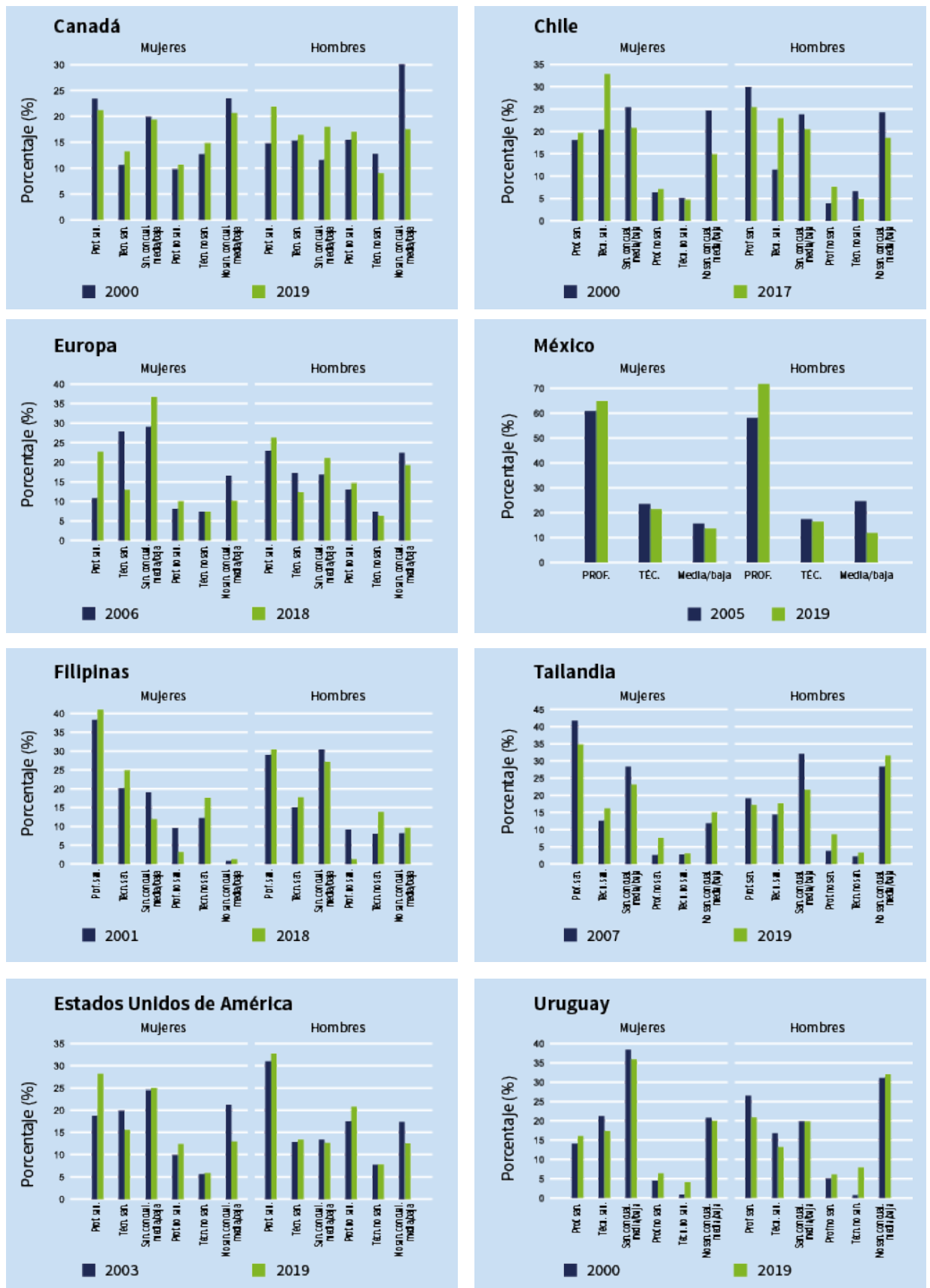
La figura 6.3 indica que parece haber una mayor proporción de hombres, en comparación con las mujeres, que trabajan en el sector público en el Canadá, Europa y México; por otra parte, en todos los demás países la cantidad de mujeres frente a los hombres en el sector privado y en el público es similar. En el Canadá y Chile la distribución de los trabajadores asalariados entre el sector privado y el público es análoga; en Filipinas, los Estados Unidos y el Uruguay predomina el sector privado, mientras que en Europa, México y Tailandia el sector público emplea a más trabajadores asalariados (mujeres y hombres). Los cambios más notables que se han producido en el transcurso del tiempo han sido los aumentos en el sector privado de México (10% más de mujeres y hombres), Filipinas (20% más de mujeres, 15% más de hombres) y el Uruguay (12% más de mujeres y 5% más de hombres).

Finalmente, la figura 6.3 muestra que, para todos los países, excepto el Uruguay, ha habido un aumento gradual en el logro educativo entre hombres y mujeres que trabajan en el sector de la salud y asistencial, con más de cada género en las categorías de escuela secundaria o formación profesional y universidad o superior a medida que avanzamos desde alrededor de 2000 hacia 2019. Llama la atención que, en todos los países, excepto el Uruguay, el aumento de la proporción de trabajadores con educación universitaria ha correspondido tanto a hombres como a mujeres. En los casos de Europa y Filipinas, el ascenso de las mujeres supera sustancialmente al de los hombres: 8 puntos porcentuales para las mujeres en Europa (frente a 4 puntos porcentuales para los hombres) y 21 puntos porcentuales entre las mujeres en Filipinas (frente a 12 puntos porcentuales en el caso de los hombres).

En general, los gráficos de la figura 6.3 dan a entender que, con el paso del tiempo, las mujeres asalariadas del sector de la salud y asistencial han adquirido unas dotaciones del mercado de trabajo muy próximas a las de los hombres del sector, sobre todo en lo que respecta a la permanencia en el empleo, la educación y su representación en las categorías ocupacionales superiores.

FIGURA 6.2

Participación en el empleo por categoría profesional en el sector de la salud y asistencial, 2000-2007 y 2017-2019, por género

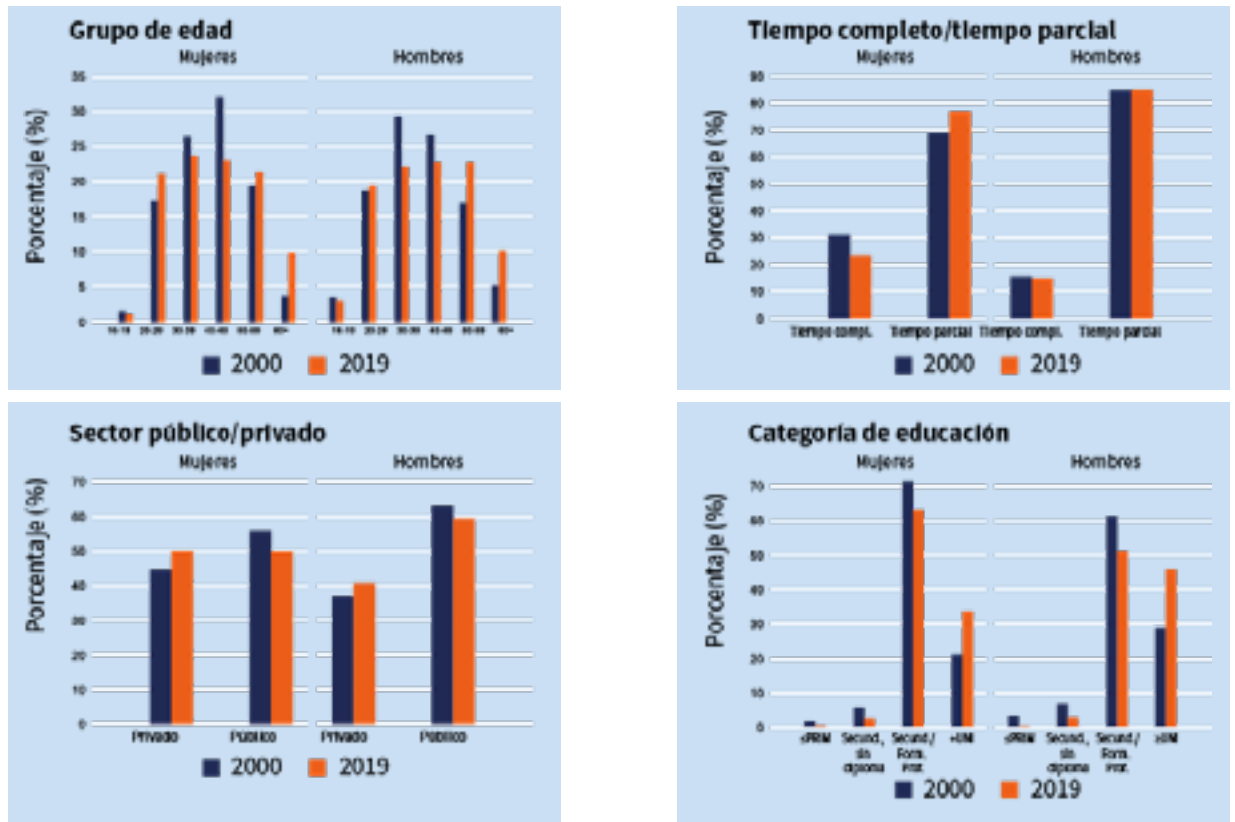


Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

FIGURA 6.3

Proporción de trabajadores por género, por edad y otras características, en el sector de la salud y asistencial, países seleccionados, 2000-2007 y 2017-2019

Canadá



Chile

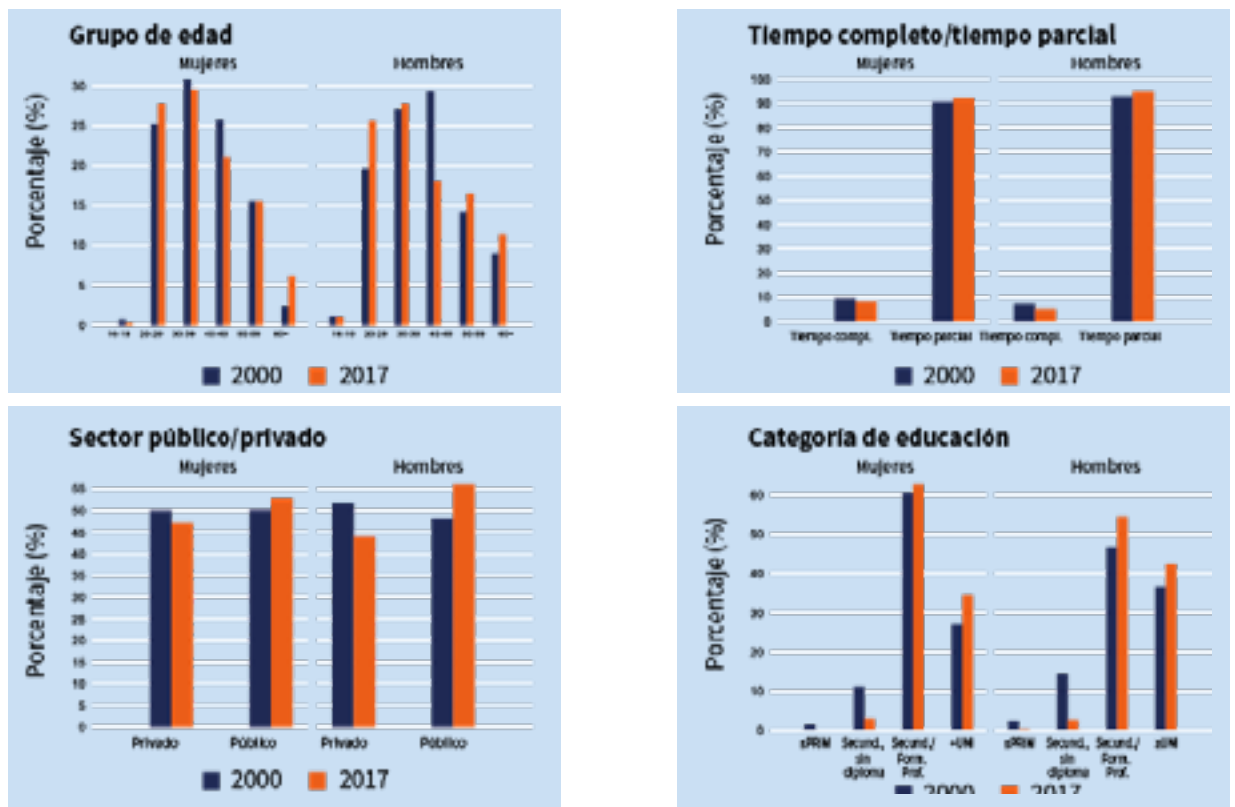
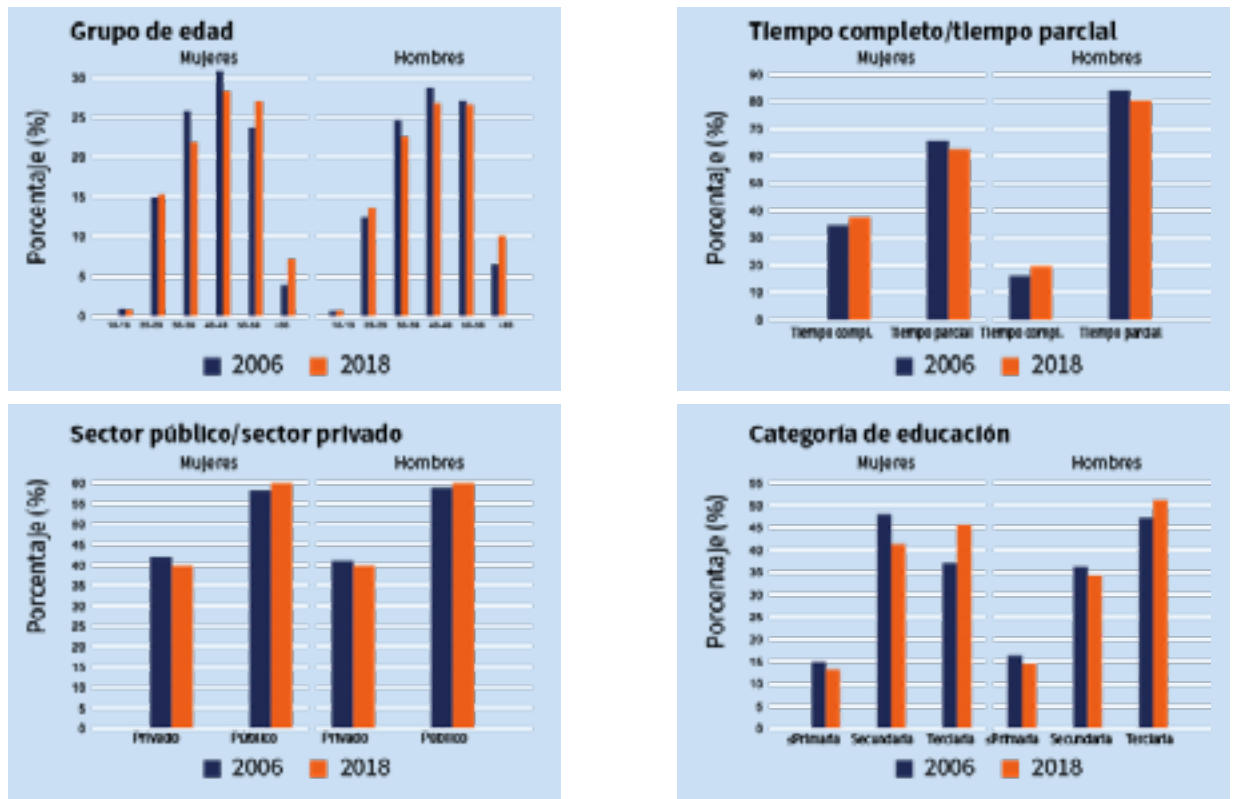


FIGURA 6.3 CONT.

Europa



México

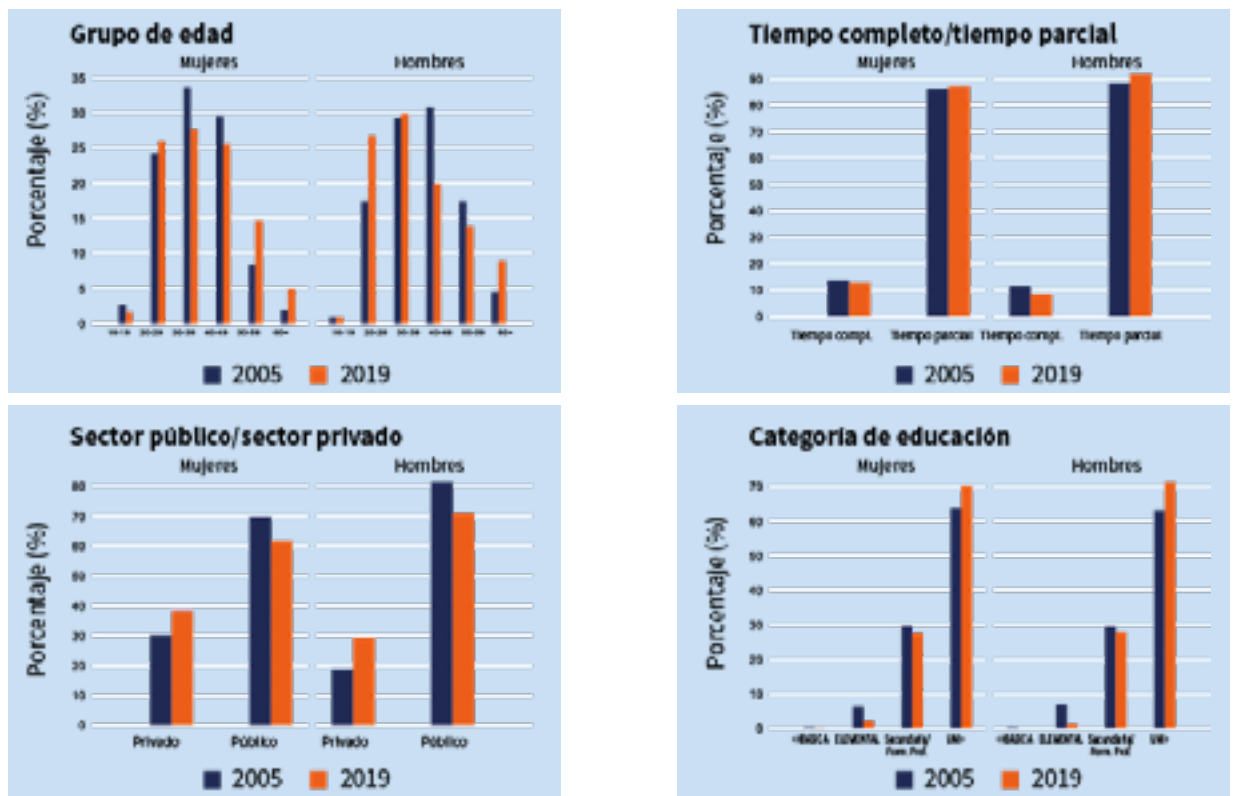
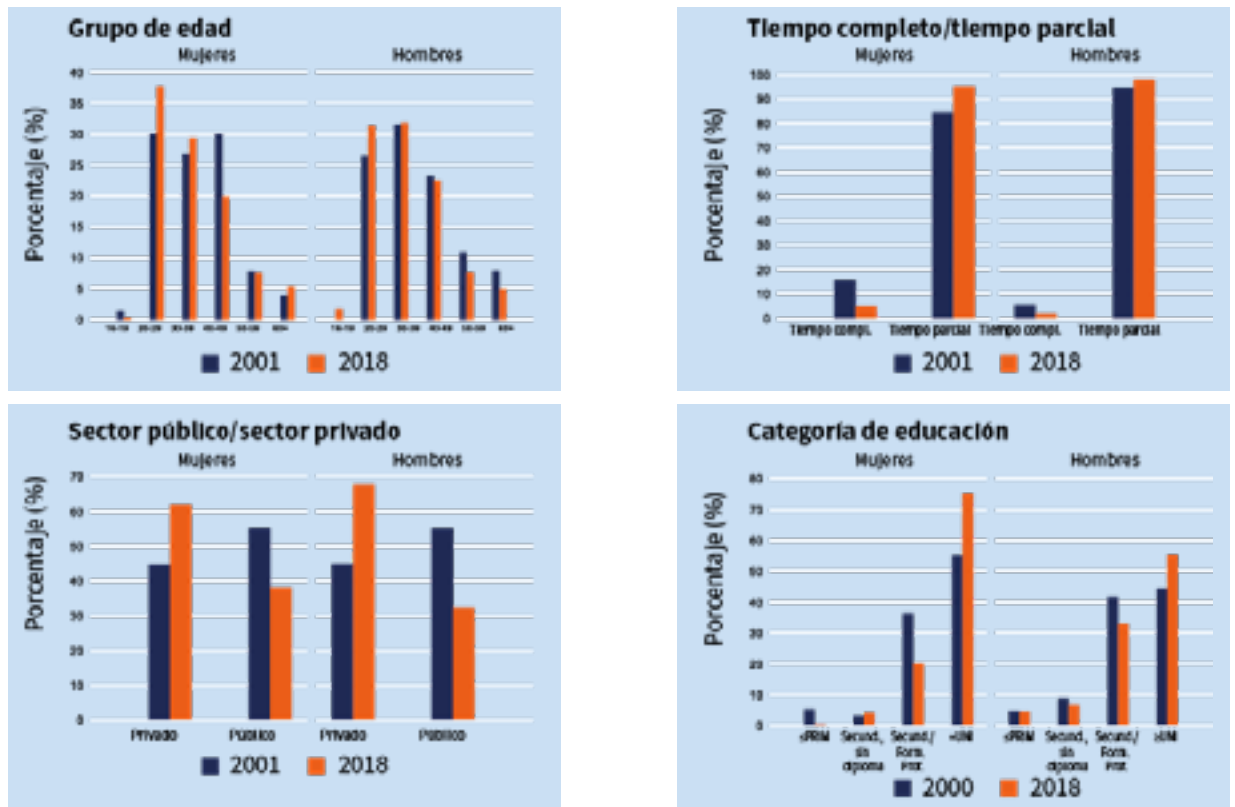


FIGURA 6.3 CONT.

Filipinas



Tailandia

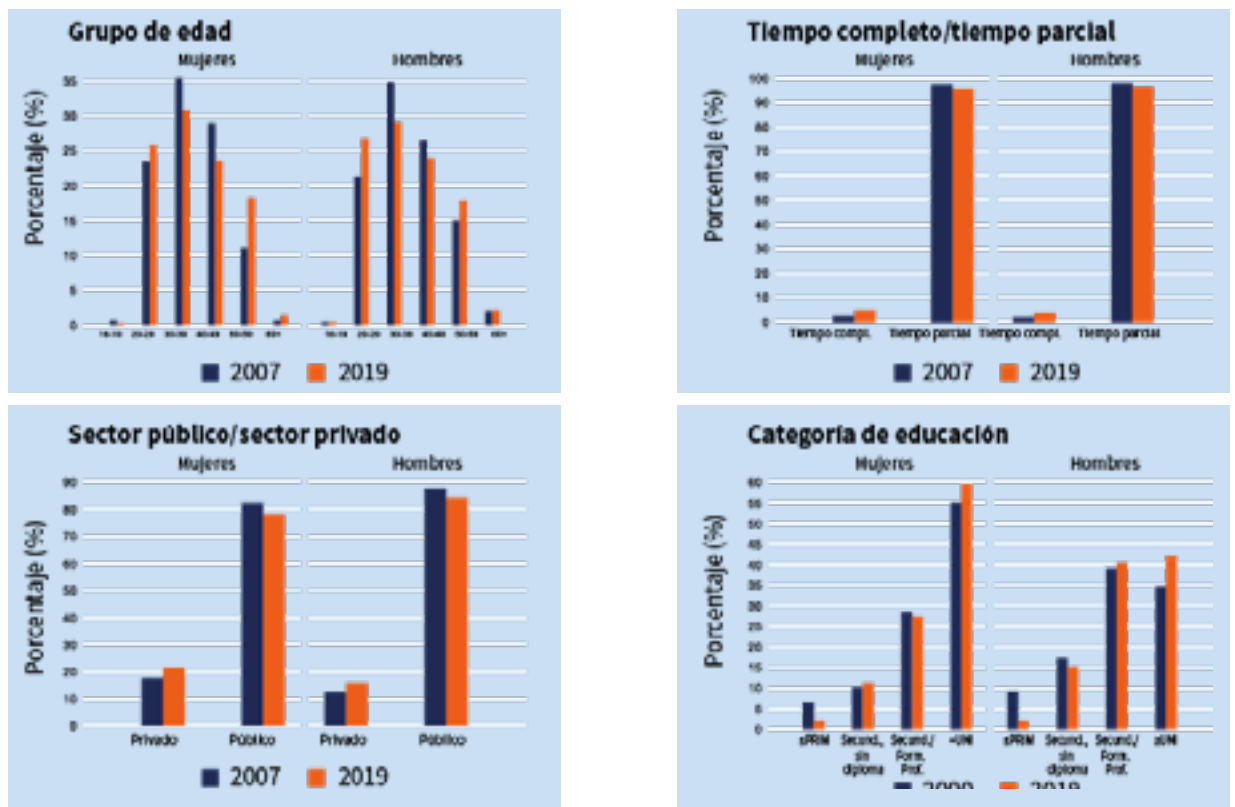
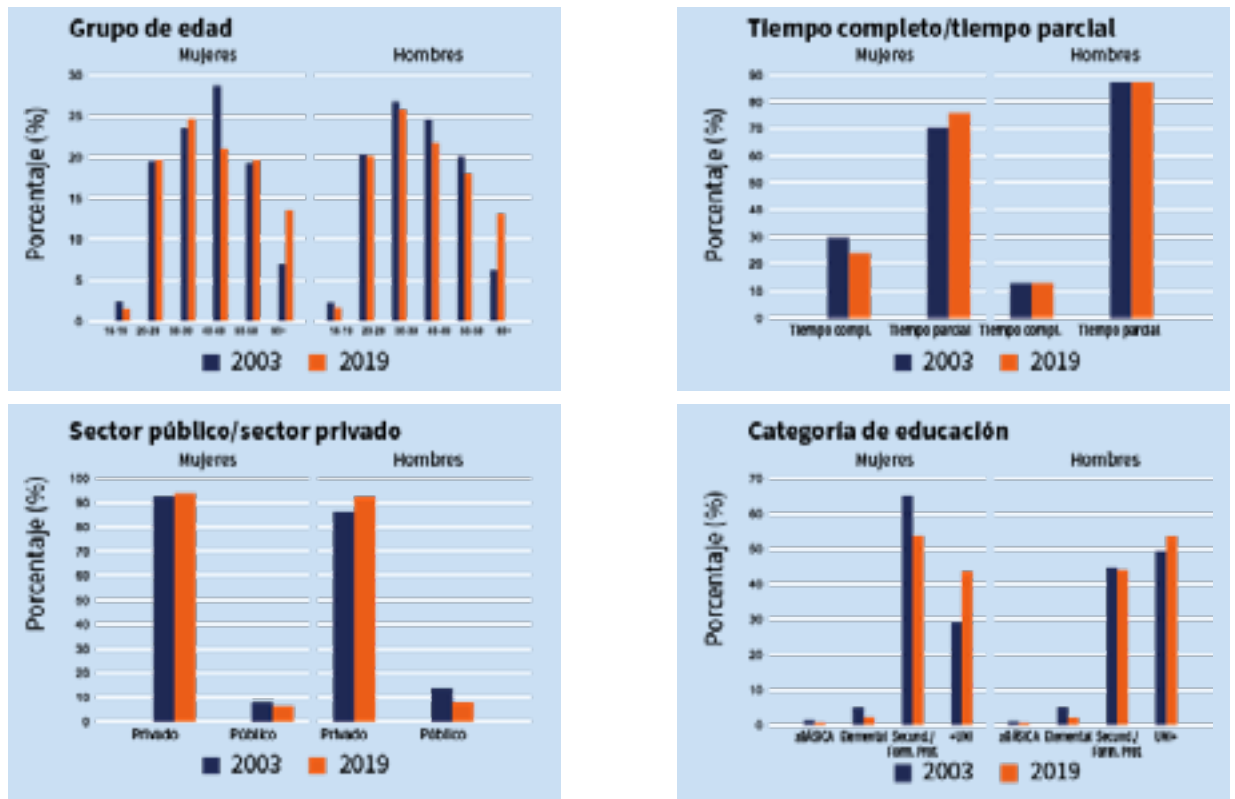
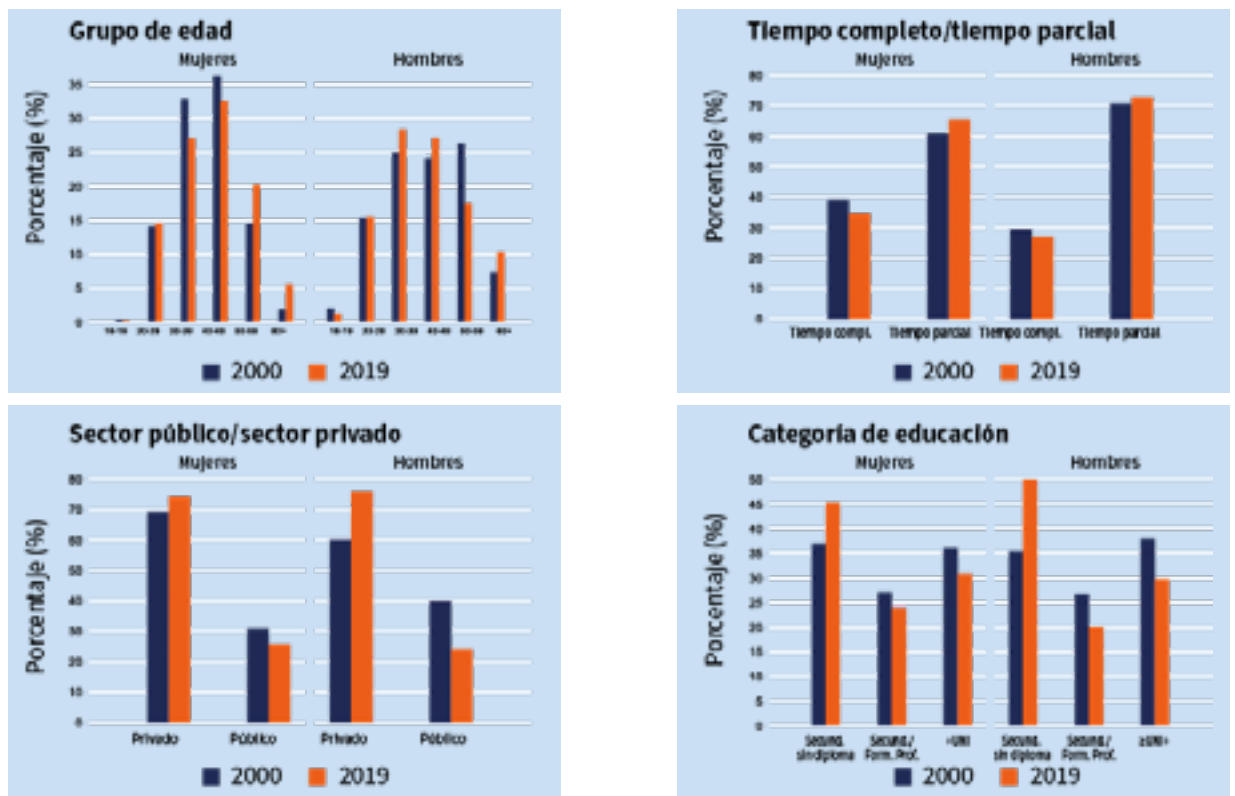


FIGURA 6.3 CONT.

Estados Unidos de América



Uruguay



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

6.2 Evolución de la brecha salarial de género en el siglo XXI

En esta sección continuamos analizando la evolución de la brecha salarial de género durante el mismo periodo y en los mismos países que en la sección 6.1. En las secciones 3 a 5 se presentaron diferentes formas de enfocar la estimación de la brecha salarial entre hombres y mujeres, desde las estimaciones ponderadas por factores que controlan los efectos de la composición en los indicadores sintéticos, hasta las estimaciones que permiten una descomposición completa de toda la distribución de los salarios por hora. Una vez más, examinamos la brecha salarial de género descomponiéndola entre las partes explicada y no explicada, y luego estudiamos cómo ha cambiado cada una de estas partes a lo largo de los dos primeros decenios del siglo XXI. Es importante distinguir entre los cambios de los dos componentes porque la eliminación de la brecha salarial entre hombres y mujeres requeriría diferentes medidas de política en función de cómo haya evolucionado cada parte y de cuál de ellas predomine en la composición global de la brecha.

Así, en el siguiente análisis, la brecha salarial de género se calcula de la misma manera que en la figura 5.2. Sin embargo, esta vez tomamos en consideración, para cada país por separado, cada uno de los dos puntos temporales introducidos en la sección 6.1. Para ello, se aplica el siguiente procedimiento en cada periodo de tiempo: en primer lugar, estimamos la diferencia salarial en cada uno de los nueve cuantiles de la distribución salarial por hora (véase la figura 4.1); en segundo lugar, descomponemos cada una de las nueve estimaciones de la brecha salarial de género en las partes explicada y no explicada (véase la figura 5.1); y finalmente, para cada punto en el tiempo y cada país, tomamos promedios ponderados en los nueve cuantiles para la brecha general, la parte explicada y las partes no explicadas. El resultado es una descomposición de la brecha salarial por hora similar a la presentada en la figura 5.2 para cada país y en cada punto en el tiempo. Como se indica en la sección 5, generar estimaciones de la brecha salarial en diferentes lugares de la distribución salarial y ponderarlas en un único valor es también una forma de controlar las heterogeneidades de las mujeres y los hombres en el mercado de trabajo, ya que dentro de un cuantil las mujeres y los hombres están obligados a compartir dotaciones y características similares del mercado laboral (véanse los recuadros 4 y 5).

La figura 6.4 presenta tres barras para cada país y periodo de tiempo. En conjunto, las seis barras ilustran el cambio ocurrido en la brecha salarial de género entre principios del decenio de 2000 y alrededor de 2019, y desglosan este cambio en las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género. Recordamos de la sección 5 que cuando la *parte explicada es positiva* esto implica que, en promedio, dentro de los cuantiles, los hombres tienen más atributos y dotaciones que las mujeres que comparten cuantiles similares (dicha diferencia en atributos y dotaciones explica una brecha positiva a favor de los hombres). Por el contrario, cuando la *parte explicada es negativa*, significa que, en promedio, dentro de los cuantiles, las mujeres tienen mejores atributos y dotaciones, pero están mal pagadas por estos (es decir, una brecha explicada negativa puede atribuirse a mejores atributos y dotaciones en las mujeres comparado con los hombres). Cuando la *parte no explicada es positiva*, implica que, por término medio entre los cuantiles, las mujeres obtienen rendimientos por sus atributos que son inferiores a los que reciben los hombres por una combinación similar de atributos en toda la población. En otras palabras, cuando los hombres y las mujeres tienen atributos similares pero las mujeres cobran menos, la diferencia no puede explicarse por la diferencia de atributos y características del mercado laboral. Por último, cuando la *parte no explicada es negativa*, se entiende que, en promedio, en todos los cuantiles, las mujeres obtienen mayores rendimientos por sus atributos en comparación con los hombres con atributos similares. La figura 6.4 incluye los mismos países que aparecen en las figuras 6.2 y 6.3, pero también muestra por separado cada uno de los países incluidos en la media ponderada de Europa.⁴⁷

Nuestro análisis comienza observando cuatro grupos entre los 28 países expuestos: el primero incluye siete países en los que la brecha salarial de género por hora ha aumentado a lo largo del tiempo, a saber, Chequia, Chile, Eslovaquia, Estonia, Hungría, Letonia y Lituania. Un segundo grupo incluye dos países, Italia y Estados Unidos, donde casi no ha habido ningún cambio en la brecha salarial de género entre periodos. El tercer grupo incluye 15 países en los que la diferencia salarial ha disminuido durante los dos primeros decenios del siglo XXI. El último grupo comprende cuatro países (Filipinas, Tailandia, Bélgica y Luxemburgo) donde la media ponderada de la brecha salarial sigue siendo una estimación negativa.

Dentro de cada uno de los cuatro grupos, los países muestran cambios muy diferentes (dentro

⁴⁷ En la sección 6.1 no se ha presentado el análisis detallado por países de Europa por razones de espacio. No obstante, las estimaciones de la evolución del empleo en cada uno de los 21 países incluidos en el grupo «Europa» están disponibles previa solicitud a los autores.

del país, entre periodos) entre las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género. En el grupo de siete países con un aumento de la diferencia salarial entre hombres y mujeres a lo largo del tiempo, solo en dos países (Letonia y Lituania) aumentaron tanto la parte explicada como la no explicada. Así, en estos dos países, por término medio, la diferencia entre la dotación de las mujeres y la de los hombres aumentó dentro de los cuantiles, lo que explica parte del aumento de la diferencia salarial por razón de género; ahora bien, en parte la brecha aumentó porque, a través de los cuantiles, el rendimiento que las mujeres recibieron por sus dotaciones no se ha incrementado tanto como el de los hombres con dotaciones similares, es decir, parte de la subida de la brecha no se explica. Para los otros cinco países del grupo, la ampliación de la brecha salarial de género comprende una mezcla de cambios entre los componentes explicado y no explicado. En el caso de Chile, por ejemplo, el componente explicado se ha vuelto negativo en el segundo punto temporal; esto significa que, en promedio, dentro de los cuantiles, las mujeres tienen mejores atributos y dotaciones, pero están mal pagadas por ellos. Los gráficos 6.2 y 6.3 indican que las mujeres del sector de la salud y asistencial en Chile se han preparado mejor a lo largo del tiempo en lo que respecta a educación, experiencia y una mayor prevalencia en las ocupaciones técnicas, mientras que han reducido su prevalencia en las categorías ocupacionales menos cualificadas. Sin embargo, el hecho de que cuenten con mejores dotaciones no se tradujo en menores brechas salariales de género en Chile, ni en la eliminación de la parte explicada.

Los otros dos países con mayores brechas salariales entre hombres y mujeres son Hungría y Estonia. En Hungría, el aumento de la diferencia salarial por razón de género se debe en su totalidad a un mayor componente no explicado, mientras que en el caso de Estonia la parte no explicada disminuyó mientras que el componente explicado aumentó. Así, en el caso de Estonia, es importante reconocer que ha habido avances para las mujeres entre 2006 y 2018 ya que, en promedio, los rendimientos de las mujeres están ahora más cerca de los obtenidos por los hombres que comparten dotaciones similares, aunque la brecha salarial global de género aumentó en general en 3 puntos porcentuales. El problema en Estonia es que, en comparación con 2006, la combinación de dotaciones que los hombres lograron en 2018 (dentro de los cuantiles) fue mejor que la combinación de dotaciones que lograron las mujeres; esto es lo que explica el aumento de la brecha salarial de género en Estonia entre 2006 y 2018. En esta situación, las políticas dirigidas a las dotaciones de las mujeres en el sector de la salud

y asistencial (como, por ejemplo, las políticas que reducen la segregación ocupacional y conducen a una mayor permanencia de las mujeres en el empleo) ayudarían a reducir el componente explicado de la brecha salarial de género en el futuro.

En el grupo de 15 países donde la brecha salarial entre hombres y mujeres ha disminuido claramente, siete países muestran descensos tanto en la parte explicada como en la no explicada. Es decir, las mujeres y los hombres son cada vez más parecidos dentro de los cuantiles en lo que se refiere a las dotaciones (p. ej., educación, categorías ocupacionales, permanencia en el empleo, etc.), y la diferencia en los rendimientos para dotaciones iguales entre mujeres y hombres también se ha reducido entre los cuantiles. Tomemos, por ejemplo, el caso de España: la brecha salarial de género por hora en el sector de la salud y asistencial se redujo en 13,2 puntos porcentuales entre 2006 y 2018, lo que supone un ritmo de descenso de un punto porcentual por año. De este cambio, solo el 3,4% se debió a una disminución de la parte explicada (las mujeres han alcanzado a los hombres en sus dotaciones del mercado laboral), mientras que el 9,8% se debió a una caída de la parte no explicada (el rendimiento de las mujeres por sus dotaciones se ha acercado al de los hombres con una mezcla similar de dotaciones, en todos los cuantiles). Se pueden hacer observaciones similares en los casos del Canadá, Finlandia, México, el Reino Unido, Noruega y el Uruguay. Las figuras 6.2 y 6.3 son coherentes con estas estimaciones porque en todos estos países (y por término medio en Europa) las mujeres han mejorado en dotaciones que les harían estar mejor capacitadas para la productividad, lo que es una posible causa de la disminución del componente explicado de la brecha salarial de género.

La brecha salarial entre hombres y mujeres también se redujo en otros ocho países, pero de forma diferente. En Bulgaria, Chipre y Francia, la diferencia salarial por razón de género cambió debido a una disminución de la parte explicada (sin cambios en el componente no explicado). Los Países Bajos son los únicos de los 15 países donde el descenso se debe totalmente a la disminución del componente no explicado. En los cuatro países restantes (Polonia, Portugal, Rumania y Suecia) se produjo una bajada de la brecha salarial general entre hombres y mujeres, pero el componente no explicado aumentó. En estos cuatro países, un paquete de políticas que podría ayudar a reducir la brecha salarial entre hombres y mujeres debería considerar la posibilidad de dar prioridad a factores como los estereotipos, la menor valoración de las ocupaciones feminizadas o la repercusión que tiene la conciliación de la vida laboral y personal en los resultados de las mujeres en el mercado de trabajo, entre otros.

El cuarto grupo de países de la figura 6.4 presenta diferencias salariales por razón de género negativas durante todo el periodo. En Filipinas, Tailandia, Bélgica y Luxemburgo, el componente explicado se mantiene negativo a lo largo del tiempo: esto significa que, por término medio dentro de los cuantiles, las mujeres tienen mejores atributos y dotaciones en comparación con los hombres (véase el recuadro 4), pero están mal pagadas por ello. De nuevo, estos resultados son coherentes con las mejoras en las dotaciones de las mujeres observadas en las figuras 6.2 y 6.3. Por tanto, en los cuatro países, si las mujeres recibieran la misma remuneración por sus dotaciones que los hombres

(dentro de los cuantiles), la parte explicada negativa desaparecería, dejando solo el componente no explicado. En Filipinas y Tailandia, el componente no explicado fue positivo en 2019: ambos países experimentaron descensos en la parte no explicada desde principios del decenio de 2000, pero solo en unos pocos puntos porcentuales. Bélgica es el único de los cuatro países donde el componente no explicado parece haber desaparecido por completo en 2018. La estimación para Luxemburgo apunta a que este es el único país de la figura 6.4 donde la brecha salarial en el sector de la salud y asistencial ha pasado a ser negativa durante la primera parte del siglo XXI.

FIGURA 6.4

Variación de la brecha salarial de género, incluidos los componentes explicado y no explicado, en el sector de la salud y asistencial, 2000-2007 y 2017-2019

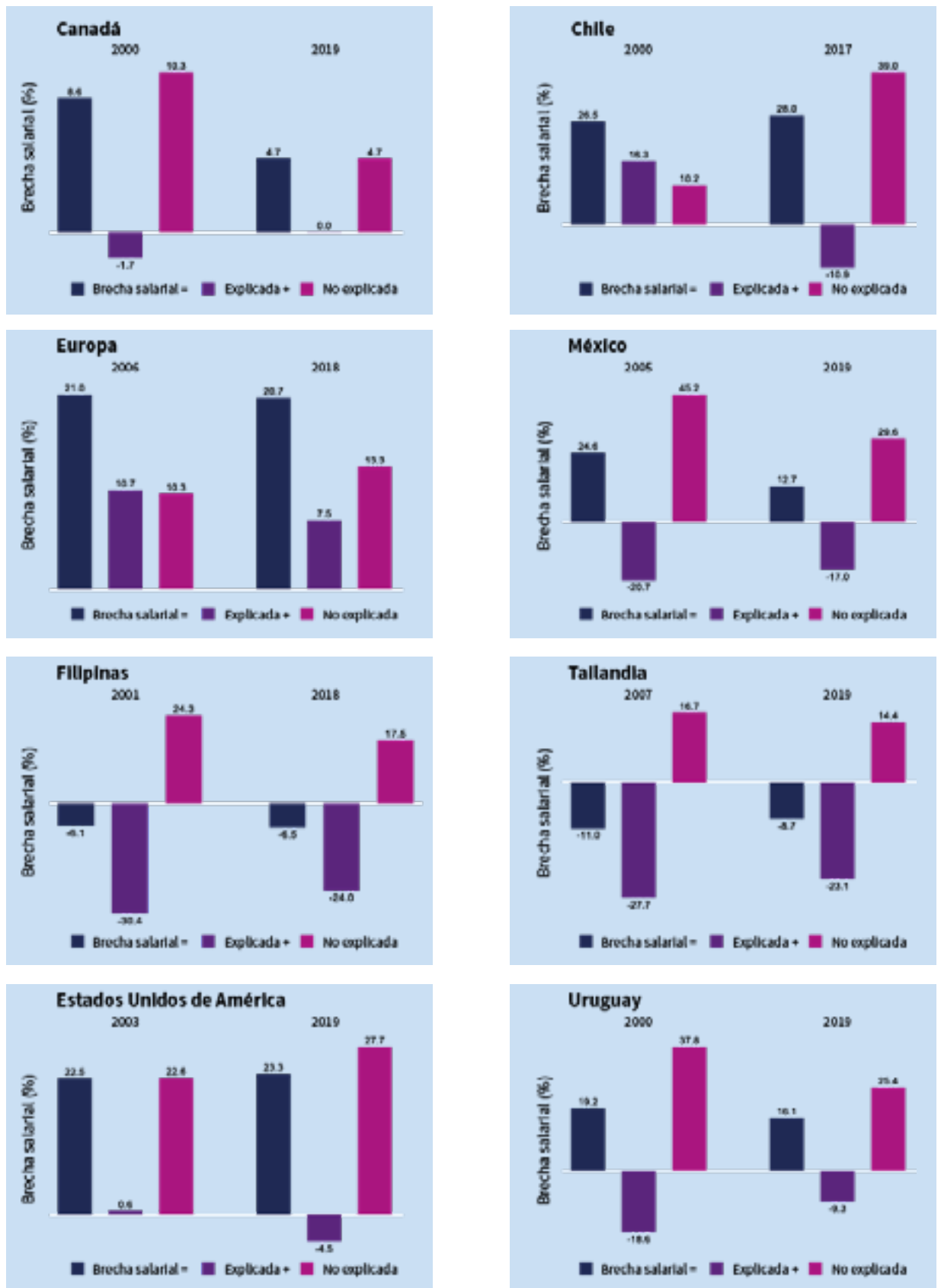
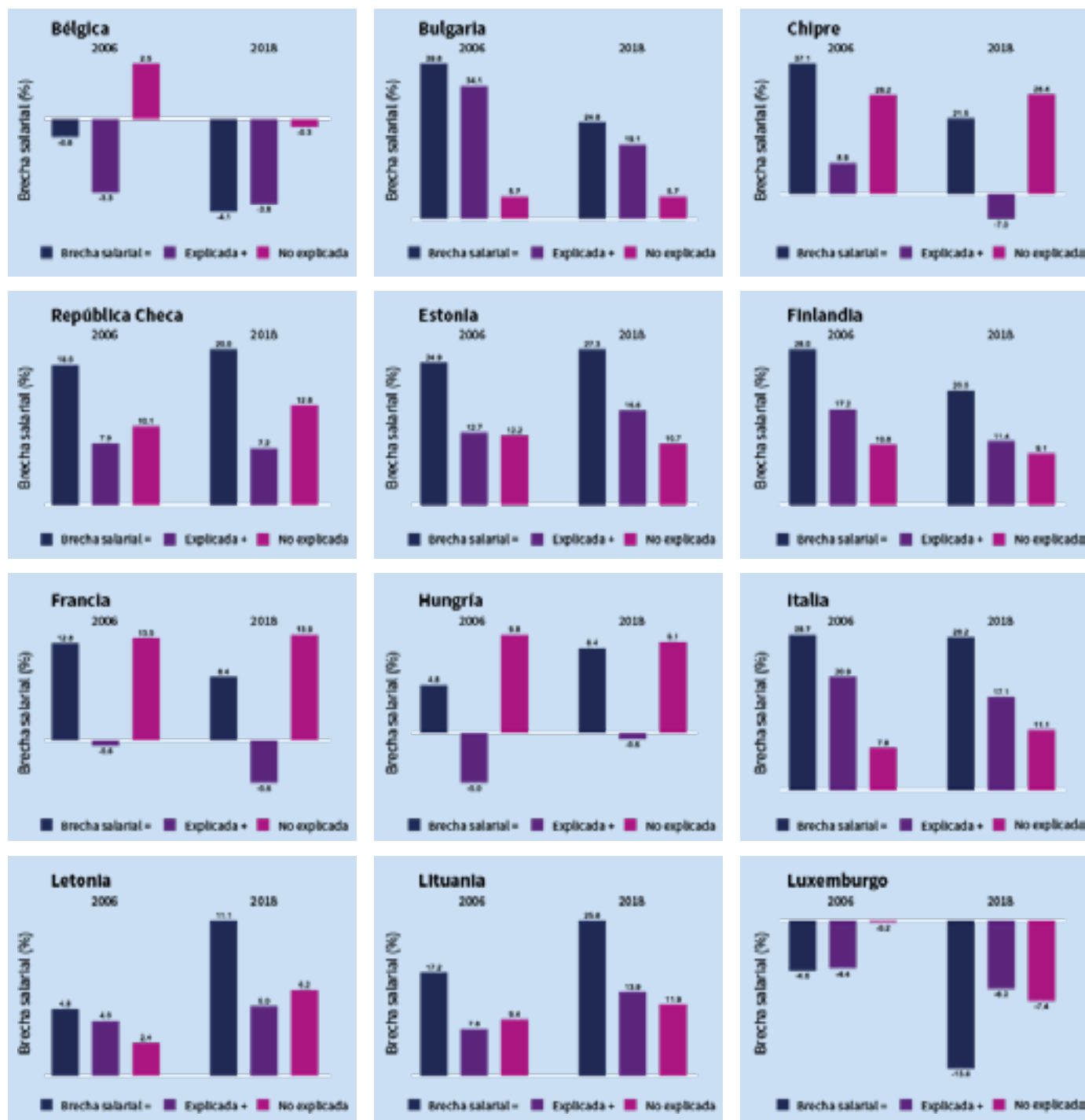
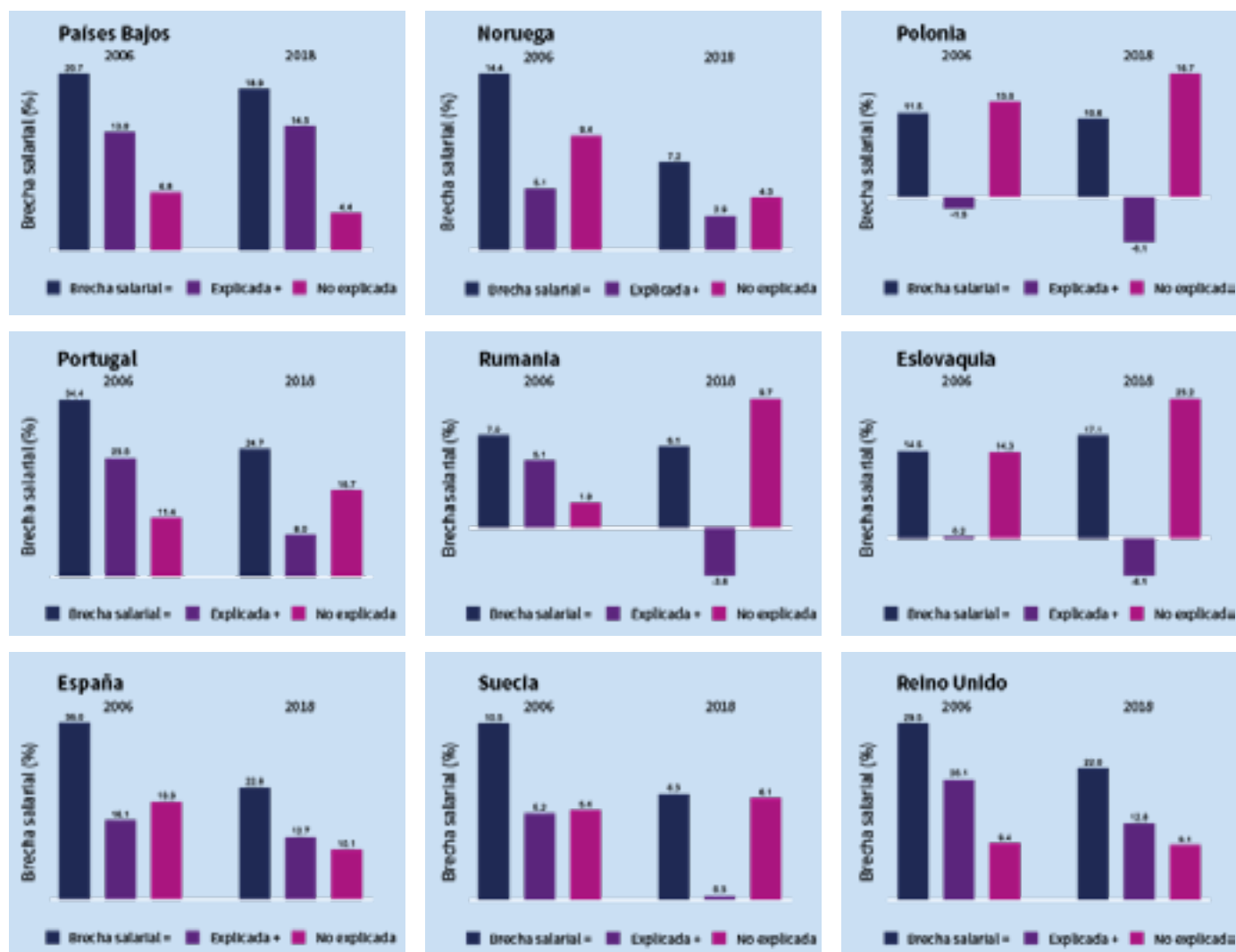


FIGURA 6.4 CONT.

Países europeos



Países europeos



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1). Véase el anexo 2 para obtener más detalles sobre el método utilizado para descomponer la brecha salarial de género entre los componentes explicado y no explicado.

El efecto de la COVID-19 en el empleo y los ingresos en el sector de la salud y asistencial

El sector de la salud y asistencial ha experimentado menos pérdidas de empleo que los sectores económicos no sanitarios debido a la recesión económica asociada a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, las condiciones laborales de los trabajadores del sector, en particular los que están en primera línea de la lucha contra la pandemia, la mayoría de los cuales son mujeres, se han deteriorado de modo drástico; también se enfrentan a un riesgo de infección desproporcionadamente alto. Aunque la recuperación del empleo en el sector de la salud y asistencial ha sido casi total por término medio, la recuperación se ha retrasado en el caso de algunos tipos de trabajadores, en particular las trabajadoras con menos formación y las mujeres con empleos informales. Dado que la crisis de COVID-19 ha afectado de forma desproporcionada a los trabajadores de la parte baja de la escala salarial, la mayoría de los cuales son mujeres, el salario medio por hora o los ingresos mensuales de los trabajadores que permanecen en el sector parecen haber aumentado artificialmente, aunque el gasto en sueldos total real del sector ha disminuido. Si se controlan los efectos de composición en cuanto a las características de los trabajadores de la salud y asistenciales antes y después del inicio de la pandemia, la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el sector parece haber disminuido solo ligeramente entre enero de 2019 y diciembre de 2020.

En enero de 2022, cuando se cumplieron 22 meses desde que la OMS declarara la COVID-19 como pandemia, se habían producido más de 360 millones de casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo, y más de 5,6 millones de personas habían muerto directamente a causa de la enfermedad (WHO COVID-19 Dashboard, 2022).⁴⁸ Desde el inicio de la pandemia, casi todos los países del mundo reaccionaron poniendo en marcha medidas drásticas destinadas a reducir el efecto del virus en la salud humana, entre ellas el cese total o parcial de sus economías y el cierre total o parcial de las fronteras nacionales. El resultado inevitable ha sido una crisis económica mundial de escala sin precedentes con un impacto masivo en los mercados laborales de todo el mundo.

Según las estimaciones de la OIT, las pérdidas totales de horas de trabajo en el segundo trimestre de 2020 (en relación con el cuarto trimestre de 2019) fueron del 17,3%, o 495 millones de empleos equivalentes a tiempo completo (Observatorio de la OIT, 2020b). Las estimaciones revisadas para el cuarto trimestre de 2020 indican que hubo una recuperación gradual de las horas perdidas y del empleo desaparecido en el mercado laboral. En total, en 2020 se perdió el 8,8% de las horas de trabajo mundiales en relación con el cuarto trimestre de 2019, lo que equivale a 255 millones de empleos

a tiempo completo. Las pérdidas de horas de trabajo fueron especialmente elevadas en América Latina y el Caribe, el sur de Europa y el sur de Asia. A modo de comparación, las pérdidas de horas de trabajo en 2020 fueron aproximadamente cuatro veces mayores que durante la crisis financiera mundial de 2009 (Observatorio de la OIT, 2021).

Algunos sectores económicos y grupos de personas se vieron más afectados que otros por la crisis económica, social y de salud causada por la COVID-19. La documentación y los análisis cuantitativos han demostrado que las mujeres, los trabajadores poco cualificados y los trabajadores de la economía informal —estos últimos representan el 60% de la población empleada en todo el mundo (OIT, 2018d)— han sido los más afectados. En el caso de las mujeres, el 40% en todo el mundo están empleadas en los sectores más golpeados por la crisis (a saber: comercio, industria manufacturera, atenciones sociales, transporte, comunicaciones y el sector de servicios), frente al 37% de los hombres (Observatorio de la OIT, 2020a).

El sector de la salud y asistencial es quizás un sector de menor riesgo en cuanto a la pérdida de empleo prevista ante la crisis. Sin embargo, el sector ha estado a la vanguardia en la lucha contra la enfermedad. De hecho, desde que se

⁴⁸ WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (<https://covid19.who.int/>).

declaró la pandemia, las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, en particular de los que se ocupan de pacientes con COVID-19, se han deteriorado enormemente, la mayoría de los cuales son mujeres. Las larguísimas jornadas de trabajo en las unidades de cuidados intensivos, la insuficiencia de equipo de protección personal y la escasez de personal y recursos agravan el intenso estrés emocional y psicológico al que se han enfrentado los trabajadores de la salud (véase, p. ej., Pappa et al., 2020). El personal de salud también está expuesto a un mayor riesgo de infección y transmisión de COVID-19. Si bien muchos trabajadores de sectores distintos del de la salud adoptaron la modalidad de teletrabajo en el momento álgido de la pandemia, esto no fue posible para muchos trabajadores de la salud y asistenciales debido a la naturaleza intrínsecamente presencial de su trabajo.

Además, la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve las fisuras de los sistemas de salud y del sector asistencial en países caracterizados por la falta de inversión en políticas sociales y el sector público en su conjunto, la escasez de personal de la salud, las malas condiciones de trabajo y la necesidad urgente de reforzar los servicios públicos (OIT, 2020a). Como se indica en la sección 5.3, los empleos del sector de la salud y asistencial suelen caracterizarse por unos salarios medios más bajos que los de ocupaciones similares en otros sectores, así como por la sobrecarga de trabajo y las largas jornadas laborales. Y aunque la economía del cuidado abarca otros sectores además del sector de la salud y asistencial, es importante destacar que la penalización salarial del cuidado es más pronunciada para las mujeres, especialmente en las ocupaciones en las que predominan, como la enfermería (OIT, 2018c).⁴⁹ Una remuneración inferior para las trabajadoras de la salud puede socavar su capacidad para procurar la atención necesaria a los miembros de su familia, lo que puede aumentar sus responsabilidades generales de atención. Esto podría contribuir fácilmente a reducir la participación de las mujeres en el empleo remunerado en el sector de la salud y asistencial al inicio de la pandemia, sobre todo si necesitaban cuidar a las personas dependientes durante el confinamiento.

En resumen, cuando se compara con otros sectores, el hecho de que el sector de la salud y asistencial comporte un menor riesgo con respecto a la pandemia de COVID-19, puede percibirse en un primer momento como uno en el que los trabajadores pueden correr un menor riesgo en

cuanto a perder el empleo y los ingresos. Pero es posible que este supuesto no se cumpla en todas las categorías de trabajadores del sector. Las secciones anteriores de este informe mostraron que, antes de la pandemia, el sector de la salud y asistencial de todo el mundo contaba con una parte importante de trabajadores mal pagados, con menor cualificación o contratos precarios; en los países de ingresos bajos y medios, un número considerable de trabajadores del sector de la salud y asistencial tiene empleos en la economía informal (véase la sección 4). Por lo tanto, es importante investigar en qué medida el sector de la salud y asistencial ha sufrido pérdidas de empleo e ingresos como consecuencia de la pandemia, incluido el grado en que las mujeres y los hombres se han visto afectados de manera diferente por dichas pérdidas.

Para realizar este análisis necesitamos datos de encuestas (a nivel micro) que recojan información con una periodicidad mensual o trimestral. Estos datos nos permitirían conocer la dinámica a corto plazo del empleo y los ingresos de los trabajadores de la salud y asistenciales, y en concreto examinar cómo estos resultados podrían haberse visto afectados por las perturbaciones de la economía debidas a la COVID-19. El análisis propuesto debe basarse en datos mensuales o trimestrales que cubran dos periodos: uno anterior a la pandemia de COVID-19 (el periodo de control) y un segundo que cubra meses (o trimestres) durante la pandemia de COVID-19 (el periodo de tratamiento). Otro requisito importante es que los datos obtengan información sobre las personas que siguen teniendo un empleo remunerado pero que están temporalmente fuera de la actividad laboral diaria (en suspensión de empleo). Al comienzo de la pandemia, muchos países adoptaron paquetes fiscales a gran escala para apoyar los ingresos de los trabajadores y contrarrestar el colapso de las empresas; por ejemplo, en los países europeos, el 50% de los trabajadores peor pagados perdieron alrededor del 6,5% de sus salarios, pero los subsidios salariales temporales evitaron que perdieran hasta el 17,3% (OIT, 2020b). Así pues, también necesitamos datos que reconozcan a los «trabajadores temporalmente ausentes» (incluidos los motivos de su situación temporal) para no exagerar el impacto de la pandemia en las pérdidas de empleo e ingresos.

Estos requisitos de datos, sumados a las restricciones señaladas en la sección 2, limitan aún más la disponibilidad de encuestas para el análisis propuesto. No obstante, algunos países sí proporcionan datos que cumplen los criterios, lo

⁴⁹ La penalización salarial de los cuidados es la diferencia en los salarios por hora entre los trabajadores de los sectores no relacionados con la asistencia y los trabajadores de los sectores vinculados a la asistencia que no puede atribuirse a las diferencias en competencias, experiencia o credenciales (OIT, 2018c).

que nos permite evaluar el impacto de la COVID-19 en el sector de la salud y asistencial, y en particular la repercusión de esta enfermedad en los ingresos de mujeres y hombres durante los meses más duros de la pandemia. Nuestro análisis abarca tres países: el Canadá, México y los Estados Unidos. Por tanto, esta sección ofrece un análisis de cómo la COVID-19 ha hecho mella en el empleo y los ingresos en el sector de la salud y asistencial de los tres países en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020. El análisis se realiza mensualmente para el Canadá y los Estados Unidos, con una combinación de datos mensuales y trimestrales en el caso de México.⁵⁰ Aunque las estimaciones de la sección no pueden extrapolarse a otros países, regiones y, desde luego, no a nivel mundial, sí que ofrecen resultados importantes para enmarcar las consideraciones de política que siguen en la sección 8.

7.1 El efecto de la pandemia de COVID-19 sobre el empleo de trabajadores asalariados en el sector de la salud y la atención: los casos del Canadá, México y los Estados Unidos

En la figura 7.1 se presenta la evolución del empleo asalariado en el sector de la salud y asistencial desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020 en el Canadá, los Estados Unidos y México, separando a mujeres y hombres y comparando cada uno de estos grupos con los mismos en otros sectores de la economía (es decir, con todos los demás sectores económicos en conjunto sin contar el sector de la salud y asistencial, como se hizo en las secciones anteriores). Para cada país, las líneas de los gráficos muestran el crecimiento del empleo indexado ya sea al mes de enero de 2019 (el Canadá y los Estados Unidos) o

al primer trimestre de 2019 (2019T1) en el caso de México. Todas las cifras de esta sección se basan en los trabajadores que declaran tener un empleo asalariado. La muestra incluye a los asalariados que afirman estar temporalmente ausentes del trabajo pero que siguen cobrando como asalariados, por lo que conservan su condición de trabajadores (como asalariados) y se espera que vuelvan a trabajar en el mismo empleo en un futuro próximo. Los empleados temporalmente ausentes incluyen a los trabajadores en suspensión de empleo, a los trabajadores que estaban de vacaciones en el momento de la encuesta y a cualquier otro trabajador que no estuviera trabajando activamente cuando fue encuestado, pero que cuenta como empleado asalariado activo. Las estimaciones no incluyen a las personas que están «temporalmente ausentes del trabajo pero que no reciben un salario» durante su ausencia.⁵¹ En el caso de México, los datos revelan que ausentarse temporalmente del trabajo y no cobrar es casi sinónimo de ser un trabajador asalariado en la economía informal. Tomando como referencia el mes de octubre de 2019, en México, el 15% del total de los trabajadores que se ausentaron temporalmente del trabajo no estaban cobrando durante su ausencia; de ellos, el 87% corresponde a trabajadores con empleo informal. Resulta interesante observar que los datos del Canadá y los Estados Unidos (donde la informalidad no se señala directamente en la encuesta) ponen de manifiesto que un número bastante elevado de asalariados se ausentaron temporalmente de un lugar de trabajo al que se espera que vuelvan a trabajar (p. ej., tras unas vacaciones o una enfermedad temporal), pero no percibieron ingresos ni salarios durante el periodo de ausencia.⁵²

La figura 7.1 muestra que, en los tres países, al inicio de la crisis sanitaria (indicada con una línea vertical

⁵⁰ Los datos para México (ENOE) se han suministrado trimestralmente desde el primer trimestre de 2005, con encuestas a nivel de hogares realizadas cara a cara. Al inicio de la pandemia de COVID-19, el proceso de recogida cambió temporalmente y se convirtió en una encuesta mensual para los meses de abril a septiembre de 2020. La recogida de datos durante el periodo de confinamiento se realizó mediante una combinación de entrevistas telefónicas y presenciales. La estructura de los datos es tal que las encuestas mensuales son igualmente representativas de la población que las trimestrales (mediante el uso de ponderaciones adecuadas). Para facilitar la demostración de nuestros resultados, las cifras para México muestran estimaciones puntuales para cada mes basadas en cálculos trimestrales para el primer trimestre de 2019 al primer trimestre de 2020, estimaciones mensuales según los datos del mes 4 de 2020 al mes 7 de 2020, y luego estimaciones puntuales basadas en medidas trimestrales para el cuarto trimestre de 2020. En el caso del Canadá (EPA) y los Estados Unidos (Encuesta Continua de Población) la recopilación de datos mensuales a través de sus encuestas continuó sin interrupción durante la pandemia.

⁵¹ En los tres países, los datos permiten distinguir cada mes a los trabajadores en suspensión de empleo y a los que no trabajan temporalmente (pero siguen teniendo un empleo remunerado). Esta información estaba disponible en las encuestas incluso antes del estallido de la pandemia. En el caso del Canadá, las personas empleadas, pero temporalmente no activas, se reconocen combinando los códigos YBSENT y PAYAWAY. Para los Estados Unidos se distinguen combinando las variables PABSRN y PEMLR. Con respecto a México, tanto para la ENOE como para la ETOE (encuesta mensual temporal del mes 4 de 2020 al mes 7 de 2020), estas se identifican combinando las variables CLASE3 y P1C.

⁵² Por ejemplo, en el Canadá, durante mayo de 2020, cuando los efectos de la pandemia en la economía eran más fuertes, el 15% de los trabajadores asalariados del sector sanitario y asistencial se encontraban «temporalmente ausentes del trabajo». De ellos, el 30% estaba en suspensión de empleo, el 27% ausente por enfermedad temporal, el 39% cuidando temporalmente a personas dependientes en el hogar, y el 4% restante de vacaciones. Los datos señalan que la proporción de «no cobrar durante su ausencia temporal» fue del 83% entre los trabajadores en suspensión de empleo, del 56% entre los «ausentes por enfermedad temporal», del 79% entre los «ausentes por cuidado temporal de personas dependientes» y del 17% entre los que estaban de vacaciones. La proporción de «trabajadores asalariados temporalmente ausentes que no cobran» en el sector de la salud y asistencial en el Canadá es también significativa en los periodos anteriores a la pandemia. Por lo tanto, el débil sistema de protección salarial entre los trabajadores asalariados del sector no es un hecho relacionado con la COVID-19, aunque esta parece haberlo magnificado. Las estimaciones fueron similares en los Estados Unidos y mayores en el caso de México, donde, como se apunta en el texto principal, la ausencia temporal no remunerada está casi totalmente asociada al empleo en la economía informal.

roja), el empleo asalariado en el sector de la salud y asistencial se redujo drásticamente, de forma similar al resto de la economía (mostrado como líneas discontinuas). Los modelos de los tres países indican que la pérdida de empleo afectó tanto a mujeres como a hombres. En el Canadá y los Estados Unidos el fuerte descenso del empleo (como porcentaje del propio grupo) afectó más a las mujeres que a los hombres, mientras que en México ocurrió lo contrario. De hecho, en el Canadá y los Estados Unidos las estimaciones reflejan un crecimiento considerable del volumen de hombres asalariados durante 2019 y casi hasta el inicio de la pandemia, con un 6% más de hombres asalariados en el Canadá y un 2% más de hombres asalariados en los Estados Unidos en febrero de 2020, comparado con enero de 2019.⁵³ A partir de entonces, el descenso en el crecimiento del empleo es visible para los hombres en el Canadá y aún más sorprendente para los hombres en los Estados Unidos.

El empleo masculino también se contrajo notablemente en México, donde el volumen cayó un 47% en comparación con enero de 2019. Como se puede apreciar en la figura 7.2, la caída de los hombres en el caso de México se explica por la fuerte pérdida de empleo entre quienes tienen trabajos de cualificación media, hecho que afecta en especial a las personas que trabajan en la economía informal (analizado en la figura 7.8). El volumen de hombres asalariados también se contrajo significativamente en Estados Unidos, con un 8% menos de hombres asalariados en el sector de la salud y asistencial en abril/mayo de 2020 en comparación con enero de 2019. En el Canadá, el número de hombres asalariados en el sector de la salud y asistencial en enero de 2020 era aproximadamente un 12% superior con respecto a enero de 2019, pero en abril/mayo de 2020 el volumen de hombres asalariados en el sector de la salud y asistencial había vuelto a las cifras observadas en enero de 2019, es decir, entre enero de 2020 y abril/mayo de 2020 el número de hombres asalariados en el sector disminuyó un 12%.

Con respecto a las mujeres que trabajan en el sector de la salud y asistencial, la serie cronológica de datos muestra que no hubo un gran crecimiento del empleo durante 2019 en ninguno de los tres países. Poco después, el crecimiento del empleo comenzó a descender bruscamente, exactamente al inicio de la pandemia, entre marzo y mayo de 2020. En ese momento, el número de mujeres asalariadas en los sectores de la salud y asistencial en el Canadá, México y los Estados Unidos desciende un 19%, un 17% y un 14%, respectivamente, en abril/mayo de 2020, en comparación con el número de mujeres asalariadas en el sector en enero de 2019.⁵⁴

La figura 7.1 también presenta una comparación con el resto de la economía. El crecimiento del empleo disminuyó más en otros sectores (en conjunto) que en el sector de la salud y asistencial por sí solo. No obstante, en contraste con la caída del empleo entre los hombres, la contracción del empleo de las mujeres en el sector de la salud y asistencial se aproxima en puntos porcentuales a la observada en el resto de la economía. Por ejemplo, en el Canadá, entre enero de 2019 y abril/mayo de 2020, el empleo de mujeres y hombres en la economía (excluido el sector de la salud y asistencial) se redujo un 27% y un 22%, respectivamente. Estas cifras se acercan a la pérdida de empleo de las mujeres en el sector de la salud y asistencial (19%) y están lejos del aumento del 2% del volumen de hombres en el sector de la salud y asistencial entre enero de 2019 y abril/mayo de 2020. En Estados Unidos y México se observan resultados similares. En Estados Unidos, el empleo asalariado en el resto de la economía descendió un 22% entre las mujeres y un 16% entre los hombres; también en este caso las dos estimaciones se acercan al 14% de pérdida de empleo entre las mujeres en el sector de la salud y asistencial, pero son muy superiores al 8% de pérdida de empleo correspondiente a los hombres en dicho sector. En México, la proporción de pérdida de empleo para las mujeres asalariadas en el sector de la salud y asistencial (17%) fue similar a la pérdida de empleo para los hombres en el resto de la economía (21%).

⁵³ Al igual que en la sección 6, los números estimados y los valores porcentuales de los hombres a lo largo del tiempo pueden estar sujetos a variaciones debido al tamaño de la muestra; las muestras son representativas a nivel poblacional, y las estimaciones de dichas muestras pueden utilizarse para sacar conclusiones sobre la población. Sin embargo, la proporción de hombres es una fracción menor en comparación con la de las mujeres, lo que significa que, a lo largo de los meses, el muestreo de empleados asalariados puede variar más entre los hombres que entre las mujeres. Al mismo tiempo, los picos y los descensos —tanto para las mujeres como para los hombres— pueden ser el resultado de la estacionalidad. Por ejemplo, en el caso del Canadá se observan dos picos en el crecimiento del empleo durante 2019 para los hombres (agosto de 2019 y diciembre de 2019/enero de 2020), que coinciden con periodos vacacionales. El análisis de esta sección se basa en la serie sin eliminar la estacionalidad. A decir verdad, la estacionalidad no es una cuestión a tener en cuenta en este contexto, ya que estamos describiendo los datos en lugar de utilizarlos para un análisis de series temporales basado en la regresión (en el que la estacionalidad sería un problema a la hora de interpretar las relaciones causales que implican una correlación en serie). Mostrar las tendencias, incluida la estacionalidad, es también una forma de analizar cómo los picos y los descensos varían entre mujeres y hombres, como por ejemplo durante las vacaciones, cuando tomarse un tiempo libre para cuidar de los hijos puede ser una elección de género.

⁵⁴ Insistimos en que estamos hablando del sector de la salud y asistencial; esto excluye a los cuidadores de otros sectores de la economía. Cabe destacar el sector del hogar (trabajadores domésticos), donde la pérdida de empleo habrá sido mucho mayor que la estimada en este informe. Utilizando la NACE Rev. 4 (o SCIAN), esto implica trabajadores cubiertos por los códigos 86 (actividades de salud humana), 87 (asistencia residencial) y 88 (otros trabajos de atención social sin alojamiento). De hecho, la economía del cuidado se extiende hasta abarcar el sector de la educación (85) y las actividades del hogar como empleadores de personal doméstico (97).

Parece que a la fuerte pérdida de empleo al inicio de la pandemia le siguió una recuperación gradual pero constante a partir de mayo/junio de 2020, lo que llevó a niveles de empleo similares o superiores en el sector de la salud y asistencial al final del periodo observado. Así, en diciembre de 2020, los niveles de empleo en el sector de la salud y asistencial en el Canadá eran iguales al volumen de empleo en enero de 2019 entre las mujeres y un 15% más entre los hombres; en los Estados Unidos era igual entre las mujeres y un 3% más alto entre los hombres; y en México era un 12% más alto entre las mujeres y un 8% más alto entre los hombres. Es posible que los aumentos se deban a la creciente demanda de servicios de salud y asistenciales (en el sector de la salud y asistencial) para hacer frente al mayor número de personas que acuden a los establecimientos de salud como consecuencia de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, el resto de las economías de los tres países también se han recuperado a un ritmo similar al del sector de la salud y asistencial (observando que, dentro de los países, las tendencias en los tres gráficos de la figura 7.1 muestran gradientes similares a partir de mayo/junio de 2020). En diciembre de 2020 los tres países registraron niveles de empleo en el resto de la economía ligeramente inferiores a los observados en enero de 2019 (98% para las mujeres en el Canadá; 95% y 97% para las mujeres y los hombres en Estados Unidos, respectivamente; y 94% y 96% para mujeres y hombres en México, respectivamente).

Llegados a este punto, es interesante volver a los resultados de la sección 6 para comparar el impacto de la crisis financiera mundial sobre el empleo asalariado en el sector de la salud y asistencial con el efecto de la pandemia de COVID-19 en el empleo del sector de la salud y asistencial. Dado que la sección 6 muestra los cambios anuales, las estimaciones de la figura 6.2 no pueden compararse directamente con las estimaciones mes a mes de la figura 7.1. Sin embargo, la dinámica mensual del sector de la salud y asistencial para el Canadá, México o los Estados Unidos⁵⁵ durante el periodo 2007-2010/2011 mostraría que este sector crece de forma constante y sin baches significativos (mientras que todos los demás sectores presentan tasas de empleo gradualmente decrecientes, lo que acabó por traducirse en la profundización de las curvas mostradas en la figura 6.2 para el periodo comprendido entre 2000-2007 y 2017-2019). Por lo tanto, en lo que respecta al efecto sobre el empleo, la crisis de COVID-19 ha sido de una naturaleza completamente diferente en comparación con las crisis económicas del pasado, como la crisis

financiera mundial (que fue alimentada por la agitación financiera para empezar, seguida de una disminución sostenida de la demanda agregada) (The Economist, 2020).

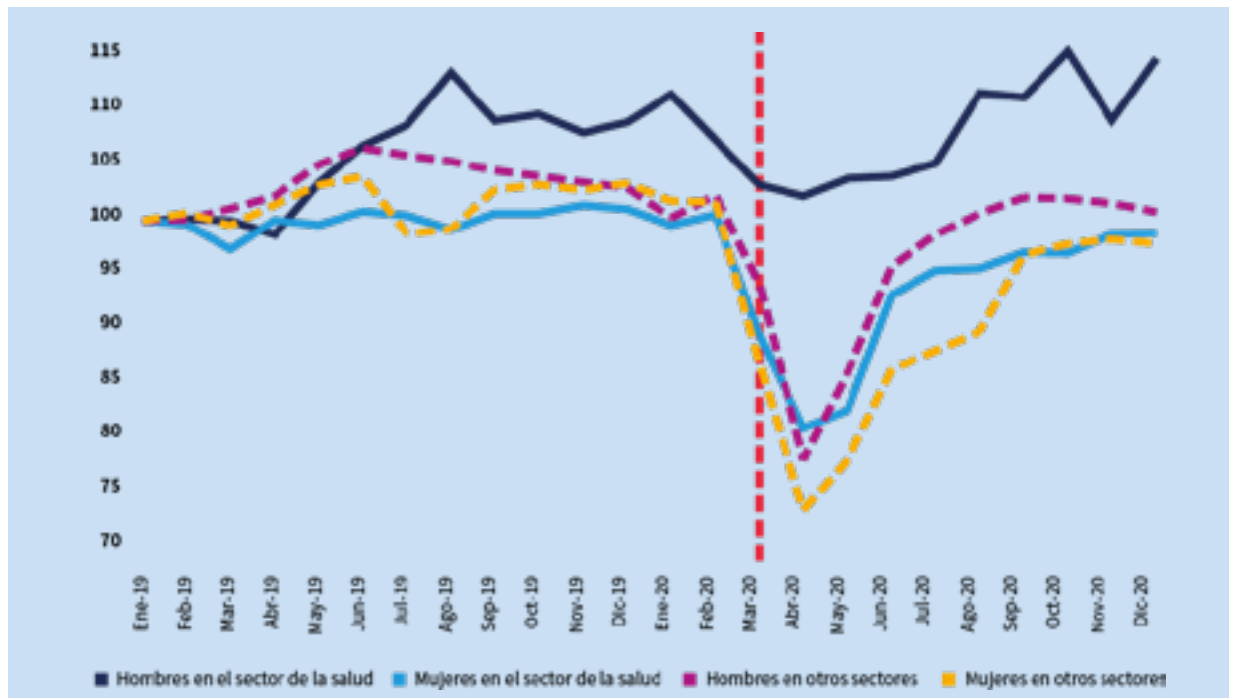
El hecho es que, debido a que las mujeres son más propensas a trabajar en servicios que requieren interactuar con las personas, incluso en el sector de la salud y asistencial, estas han soportado la peor parte de las interrupciones económicas causadas por la pandemia de COVID-19. En crisis económicas anteriores, los hombres se vieron más afectados porque los sectores dominados por ellos (p. ej., la construcción o la industria manufacturera) sufrieron descensos graduales de la demanda agregada; mientras tanto, un número importante de servicios prestados por mujeres mostraron resiliencia a las recesiones económicas (p. ej., los servicios de atención personal, los servicios de salud y asistenciales, la administración pública o la educación). Y aunque las crisis económicas del pasado pueden haber servido para reducir las desigualdades de género en el mercado laboral (Alon et al., 2020), la pandemia actual podría, a largo plazo, hacer retroceder los avances conseguidos en la igualdad de género. Esto se puede apreciar en la figura 7.1, donde se observa que, si bien el empleo en el sector de la salud y asistencial se había recuperado en diciembre de 2020, la reactivación fue mayor para los hombres que para las mujeres. Y, como se verá en las figuras 7.2 a 7.7 de la sección 7.2, la crisis del empleo en el sector de la salud y asistencial no fue experimentada por todas las mujeres de la misma manera. Aquellas personas cuyos trabajos presentan ciertas características (en concreto, baja cualificación, tiempo parcial, empleo temporal, sector privado o empleo informal) tienen más probabilidades de haber permanecido sin empleo tras el inicio de la pandemia. A continuación, la sección 7.3 analiza los ingresos de las mujeres y los hombres antes y durante la pandemia en el sector de la salud y asistencial, aportando pruebas empíricas que demuestran que las características de los trabajadores durante el periodo comprendido entre abril y diciembre de 2020 no son necesariamente las mismas que antes del estallido de la pandemia.

⁵⁵ Esto puede hacerse utilizando los mismos conjuntos de datos empleados en este informe, pero para los meses o trimestres que abarcan de 2008 a 2010, para los cuales están disponibles los conjuntos de datos de la EPA (Canadá), la CPS (Estados Unidos) y la ENOE (México).

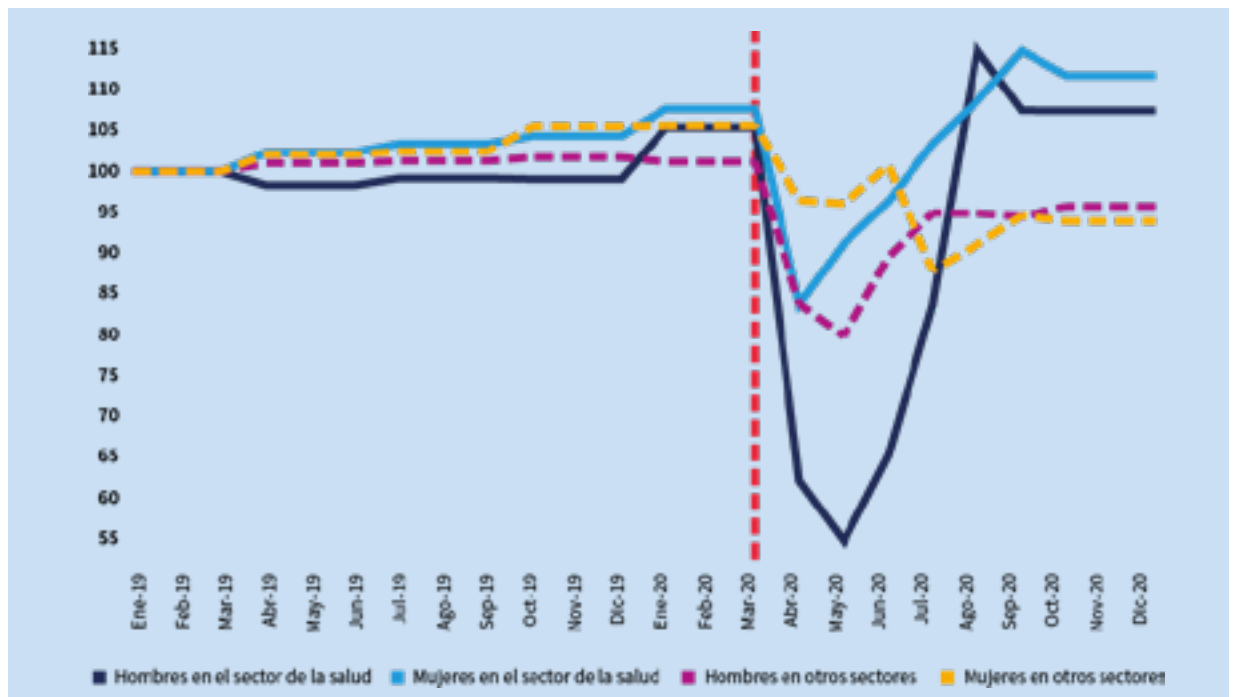
FIGURA 7.1

Crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial, en comparación con otros sectores económicos, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

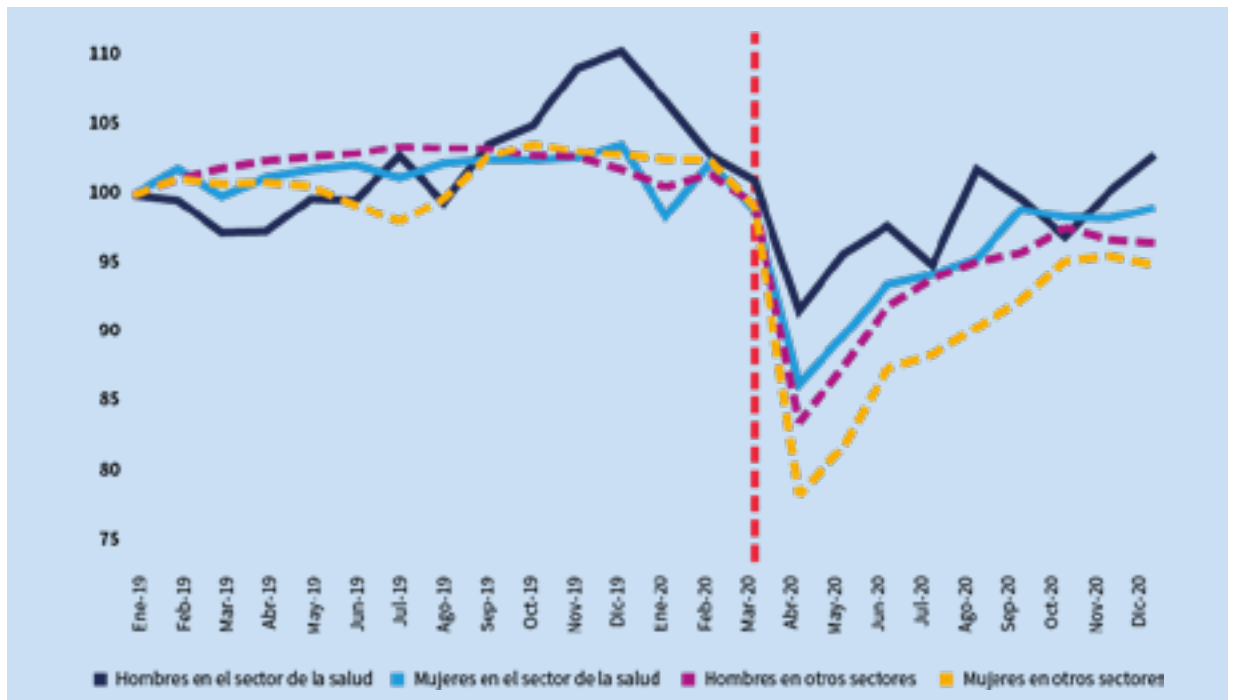
Canadá



México



Estados Unidos de América



Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS. Nota: Los datos de México se refieren a las estimaciones trimestrales desde enero de 2019 a marzo de 2020, a las estimaciones mensuales entre abril de 2020 y septiembre de 2020, y vuelven a las estimaciones trimestrales en el cuarto trimestre de 2020. La línea roja discontinua muestra el mes de marzo de 2020, cuando la OMS declaró la pandemia (el 15 de marzo de 2020).

7.2 Las características cambiantes de los trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial como consecuencia de la pandemia de COVID-19: los casos del Canadá, México y los Estados Unidos

Esta sección presenta varios análisis. Las figuras 7.2 a 7.6 ofrecen cifras de empleo desglosadas por categoría ocupacional, educación, edad, tiempo parcial frente a tiempo completo y sector privado frente a sector público.⁵⁶ Aportan tendencias similares a las de la figura 7.1, pero estas cifras ilustran que, **si bien se produjo una recuperación casi total del empleo en el sector de la salud y asistencial en diciembre de 2020, esta no fue igual para todos los trabajadores, ya que algunos asalariados perdieron más que otros.** La figura 7.7 complementa seguidamente el conjunto de estimaciones indicando el cambio en la proporción de trabajadores que declararon «ausencia temporal» del empleo durante el mismo periodo de tiempo (enero de 2019 a diciembre de 2020), y comparando entre los que cobraron durante sus ausencias y los que no. Por último, en la figura 7.8 se puede ver cómo la crisis ha tenido un impacto diferente en los trabajadores con empleo formal e informal; en esta ocasión solo podemos considerar el caso de México, ya que es el único de los tres países que hace un seguimiento de la informalidad.

En la figura 7.2 se puede constatar el crecimiento del empleo por categorías ocupacionales, teniendo en cuenta las seis categorías estudiadas a lo largo del informe: profesionales de la salud (p. ej., médicos y personal de enfermería altamente cualificado); técnicos de la salud (p. ej., servicios de enfermería o partería, análisis de laboratorio); sanitarios con cualificación media/baja (p. ej., auxiliares sanitarios y asistenciales, limpiadores de hospitales, etc.); profesionales no sanitarios (p. ej., directores generales/directores de hospitales, abogados, funcionarios financieros); técnicos no sanitarios (p. ej., contables, asistencia jurídica, cultura y deportes, etc.); y no sanitarios con cualificación media/baja (p. ej., cocineros, oficinistas, etc.). En México observamos un descenso notable del empleo en todas las categorías y luego todas ellas se recuperan, en gran medida, para diciembre de 2020. El Canadá y los Estados Unidos son diferentes.

En el Canadá, para diciembre de 2020, todas las categorías masculinas habían recuperado o superado los niveles de empleo de enero de 2019. Sin embargo, las mujeres en ocupaciones no sanitarias de cualificación media/baja y las mujeres en ocupaciones técnicas no sanitarias habían perdido alrededor del 10% del volumen de empleadas asalariadas en diciembre de 2020, sin signos de recuperación. En los Estados Unidos, la categoría de ocupaciones de cualificación media/baja entre los hombres había perdido un 10% de volumen en diciembre de 2020, en comparación con enero de 2019, mientras que las mujeres en el mismo periodo experimentaron una pérdida de volumen del 12% entre las ocupaciones técnicas sanitarias y del 8% entre las ocupaciones de cualificación media/baja.

Las tendencias en el Canadá evidencian un detalle sorprendente: la categoría «técnico no sanitario» sufrió importantes pérdidas de empleo durante los periodos más duros de la crisis, tanto en las mujeres como en los hombres; aunque el volumen correspondiente a los hombres parece haberse recuperado, ya que en diciembre de 2020 había alrededor de un 10% menos de mujeres asalariadas en ocupaciones técnicas no sanitarias en comparación con enero de 2019. La encuesta no proporciona información sobre el mercado laboral de las personas que ya no están empleadas, pero sí incluye a las personas que están temporalmente ausentes del trabajo y que declaran sus categorías ocupacionales. Los datos de junio de 2020 indican que el 15% de los empleados asalariados del Canadá se ausentaron temporalmente del trabajo; en la categoría «técnico no sanitario» la fracción de ausentes temporales aumentó al 21%, mientras que la fracción de técnicos no sanitarios que afirman estar «temporalmente ausentes y no cobrar durante su ausencia» fue del 87% (con mucho, la mayor proporción de las seis categorías), seguida de cerca por los trabajadores temporalmente ausentes no remunerados en las ocupaciones sanitarias de cualificación media (78%) y de cualificación media en las ocupaciones no sanitarias (67%). Estas estimaciones muestran que, a pesar de que el sector de la salud y asistencial fue un sector esencial durante el estallido de la pandemia, una parte importante de los trabajadores de este sector sufrió los efectos de la crisis en el empleo de forma similar

⁵⁶ Conviene señalar que la variabilidad de los datos a lo largo del tiempo es mayor en el caso de los hombres. Esto, de nuevo, evidencia que los hombres son una parte relativamente menor de los trabajadores en el sector de la salud y asistencial, y aunque en cada uno de los tres países los datos son representativos de los hombres en el sector, las características de estos pueden variar a veces significativamente entre periodos de tiempo (p. ej., véase la figura 7.4, hombres de 16 a 24 años en el Canadá, o la figura 7.5, empleo a tiempo parcial entre los hombres en México; ambos son ejemplos en los que es probable que los movimientos en los datos se deban al escaso número de hombres en esa edad y modalidad de trabajo, respectivamente).

a los trabajadores de otros sectores de la economía (véase Gabler et al., 2020).⁵⁷

La figura 7.3 presenta las tendencias por categoría educativa. Al igual que ocurría con las categorías ocupacionales, México muestra una pérdida de empleo tanto para las mujeres como para los hombres en todas las categorías educativas al inicio de la crisis, y todas se recuperan en diciembre de 2020; se incluyen aumentos significativos en las asalariadas con estudios inferiores a la secundaria (un 35% más que en enero de 2019) y en las mujeres con educación hasta la universidad (un 10% más que en enero de 2019). Tendencias similares se aplican también a los hombres del Canadá y los Estados Unidos: en ambos casos, los hombres de todas las categorías educativas recuperaron su volumen de empleo en diciembre de 2020, tras la pérdida inicial de empleo en abril de 2020. Sin embargo, no se puede decir lo mismo de las mujeres en el Canadá o los Estados Unidos. En el Canadá, en diciembre de 2020, el sector de la salud y asistencial empleó a un 10% menos de mujeres con educación secundaria o formación profesional, a un 38% menos entre las que tenían educación secundaria inferior y a un 52% menos entre las que tenían educación primaria o inferior a la primaria, en comparación con enero de 2019. Las cifras parecen mostrar una caída continua del empleo para cada una de estas tres categorías a diciembre de 2020. En los Estados Unidos, son evidentes pérdidas similares entre las mujeres, con un 9% menos de empleadas asalariadas entre aquellas con educación secundaria inferior, bachillerato o formación profesional, y un 25% menos de empleadas asalariadas para aquellas con educación primaria o inferior a la primaria.

En la figura 7.4 se observa que también hay diferencias entre las categorías de edad que afectan más a las mujeres que a los hombres, sobre todo en Estados Unidos. En ese caso, para diciembre de 2020 se produjo un aumento del 7% entre los grupos de edad más jóvenes (25-34 años) y una disminución cercana al 10% del volumen de empleados asalariados en las cohortes de mayor edad (55 años y más). Por otro lado, hay un aumento llamativo entre los trabajadores asalariados de más edad en el Canadá, ya que la categoría de 55 años o más ha aumentado un 33% entre los hombres. Es probable que este sea el efecto de los trabajadores de la salud y asistenciales jubilados y prejubilados de mayor edad que se reincorporaron temporalmente al trabajo para cubrir la necesidad de más personal de salud durante la crisis de COVID-19.

Las figuras 7.5 y 7.6 desglosan los datos por modalidad de trabajo y sector institucional. Presentan los cambios más destacados relacionados con las características de los trabajadores. Con respecto a los hombres en México, las tendencias del empleo a tiempo parcial parecen sorprendentes: hay pocos hombres asalariados a tiempo parcial en el sector de la salud; y las fluctuaciones podrían ser un efecto de los datos. Sin embargo, al hablar de mujeres en México, el aumento del empleo a tiempo parcial es el resultado del creciente volumen de mujeres en ocupaciones de cualificación media/baja (figura 7.2), que además se encuentran mayoritariamente en la categoría con educación de nivel secundario inferior o igual (figura 7.4). Los datos hacen suponer que México hizo frente a la urgente necesidad de cubrir los servicios de salud y asistenciales como consecuencia de la crisis aumentando el número de empleados asalariados en las categorías ocupacionales más bajas como trabajadores a tiempo parcial, sobre todo en el sector público (figura 7.6).

En el Canadá y los Estados Unidos, el descenso del volumen entre los trabajadores a tiempo parcial (hombres y mujeres) durante los meses más afectados al inicio de la pandemia fue significativamente mayor que la caída entre los trabajadores a tiempo completo. Esto podría indicar que, antes del inicio de la crisis de COVID-19, el empleo a tiempo parcial era el resultado de la necesidad de los trabajadores de disponer de tiempo para hacer frente a las responsabilidades familiares y de cuidado; una vez iniciada la crisis, los trabajadores a tiempo parcial eran más propensos que los trabajadores a tiempo completo a dejar el empleo debido a su necesidad de cuidar a las personas dependientes, que ya estaba presente antes del periodo de confinamiento. En el Canadá, el empleo asalariado a tiempo parcial entre los hombres se había recuperado en diciembre de 2020, y de hecho aumentó hasta un 25% más con respecto a enero de 2020. No obstante, en las mujeres el volumen de trabajadoras a tiempo parcial en diciembre de 2020 fue un 5% menor que en enero de 2019. En los Estados Unidos el empleo a tiempo parcial del sector de la salud y asistencial, tanto para mujeres como para hombres, se mantuvo en un 8% menos que en enero de 2019.

En cuanto a los sectores institucionales, la figura 7.6 muestra que el empleo público en el sector de la salud y asistencial ha resistido mejor los efectos de la crisis en comparación con el sector privado, y la

⁵⁷ El artículo ofrecía algunas explicaciones al respecto en el caso de los Estados Unidos: muchos trabajadores de la salud, incluido el personal médico especializado, no tenían las habilidades inmediatamente transferibles necesarias para atender las necesidades directas de los pacientes de COVID-19. Estos trabajadores de la salud, sobre todo en el sector privado, se habrían visto obligados a ser suspendidos sin sueldo o a aceptar recortes salariales temporales.

fracción de mujeres es mayor en el sector privado que en el público, particularmente tratándose de las mujeres del extremo inferior de la distribución salarial (véase la sección 5). Así, en comparación con enero de 2019, el sector público ha experimentado un crecimiento del empleo en los tres países: en el Canadá (20% para los hombres, 4% para las mujeres), en México (10% para los hombres, 15% para las mujeres) y en los Estados Unidos en los hombres (2%). Por el contrario, los volúmenes de empleo en el sector privado disminuyeron notablemente al inicio de la crisis (abril/mayo de 2020) en el Canadá (en hombres y mujeres), en México (particularmente en mujeres) y en los Estados Unidos (sobre todo en mujeres). Cabe destacar que, en lo que respecta al Canadá, los volúmenes de empleo en diciembre de 2020 seguían siendo un 10% inferiores a los observados durante enero de 2019. También llama la atención que en los Estados Unidos, donde el empleo público supone menos del 10% del total del empleo en el sector de la salud y asistencial, el volumen de mujeres asalariadas de este sector haya disminuido un 18% respecto a enero de 2019.

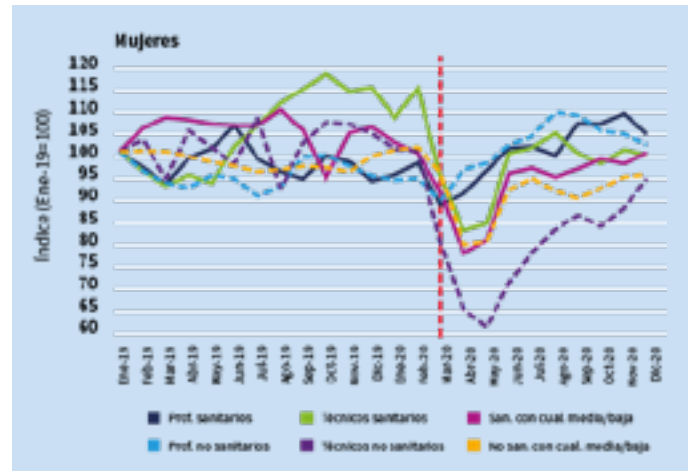
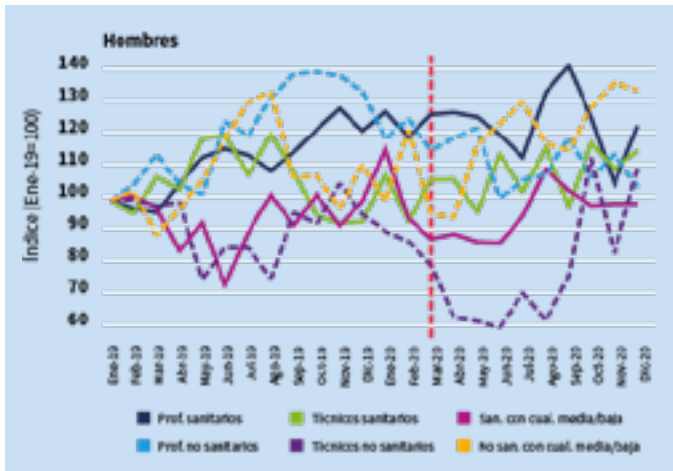
Para complementar las figuras 7.2 a 7.6, la figura 7.7 indica la distribución de los trabajadores que se ausentan temporalmente del trabajo a lo largo del tiempo. La figura distingue entre aquellos que causan baja temporal pero cobran durante su ausencia (como en el caso de los permisos, debido a las responsabilidades familiares o de cuidado, y otras circunstancias como vacaciones y formación) y aquellos que no cobran durante su ausencia. Como era de esperar, la proporción de asalariados en suspensión de empleo para el sector de la salud y asistencial aumentó al inicio de la pandemia tanto para las mujeres como para los hombres. En México, aumentó más en las mujeres (hasta el 14% en abril de 2020) que en los hombres (hasta el 7% en abril de 2020), mientras que en el Canadá y los Estados Unidos las proporciones de trabajadores asalariados en suspensión de empleo con paga son similares: aproximadamente el 1,0% en el Canadá y el 2,2% en los Estados Unidos.

Aunque el sector de la salud y asistencial habría seguido funcionando durante la crisis, estas estimaciones difieren de las de los países donde la fracción de trabajadores asalariados en regímenes de protección del empleo era mucho mayor. Por ejemplo, en Alemania, Francia y el Reino Unido, las fracciones de trabajadores asalariados en suspensión de empleo eran del 8%, 6% y 9%, respectivamente, en abril de 2020 (Comisión Europea, 2020). Lo que llama la atención en la figura 7.7 es el aumento de la proporción de trabajadores del sector de la salud y asistencial que, al inicio de la crisis, se «ausentaron temporalmente del trabajo» sin remuneración, pero con la intención de volver a trabajar en el mismo puesto en un futuro próximo. En el Canadá, esta situación se dio en el 7% de los hombres y en el 13% de las mujeres asalariadas; en los Estados Unidos, el 3% de los hombres y el 4% de las mujeres asalariadas estaban en esta categoría. Solo en México el porcentaje de este grupo es cercano a cero. Como se ha señalado anteriormente, los trabajadores asalariados que se ausentaron de forma temporal sin remuneración no son necesariamente trabajadores poco cualificados, ya que una parte importante de ellos ejercen ocupaciones técnicas o superiores dentro del sector de la salud y asistencial. Por ejemplo, en el Canadá, durante abril de 2020, el 53% de los empleados asalariados que se ausentaron temporalmente sin remuneración, ocupaban ocupaciones técnicas y profesionales; en los Estados Unidos, la proporción para el mismo periodo fue del 63%. En total, los datos de uno de los peores meses de la pandemia por lo que respecta a la pérdida de empleo (abril de 2020) en el Canadá y los Estados Unidos revelaron que aproximadamente el 68% de los empleados asalariados ausentes temporalmente del trabajo en el sector de la salud y asistencial no cobraban durante su ausencia del trabajo. Aunque es necesario realizar una investigación más exhaustiva, la estimación parece indicar que una parte de los trabajadores del sector de la salud y asistencial de estos dos países probablemente no estén cubiertos de igual manera por arreglos formales que permitan la protección social en el mercado laboral.

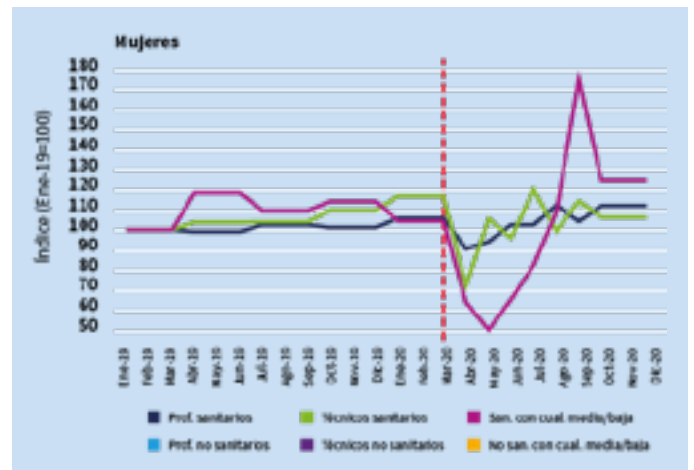
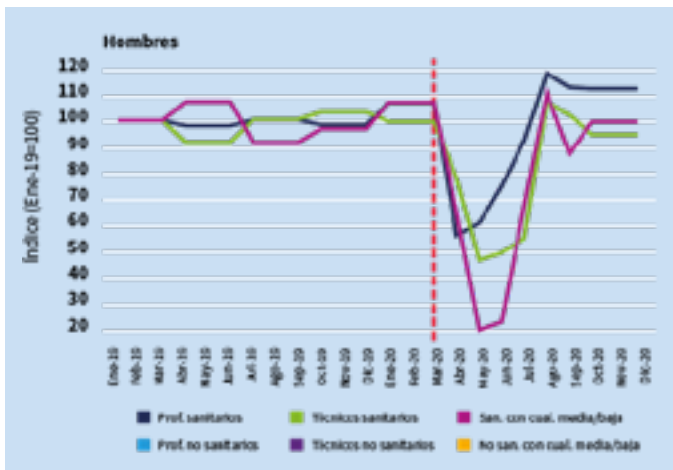
FIGURA 7.2

Crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial, por categorías ocupacionales, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

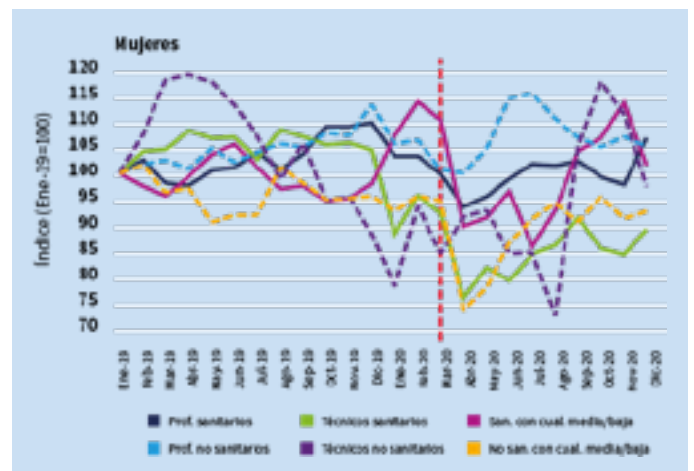
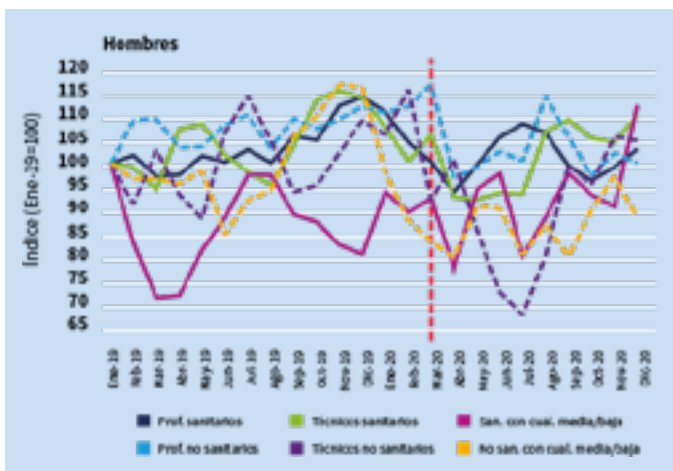
Canadá



México



Estados Unidos de América

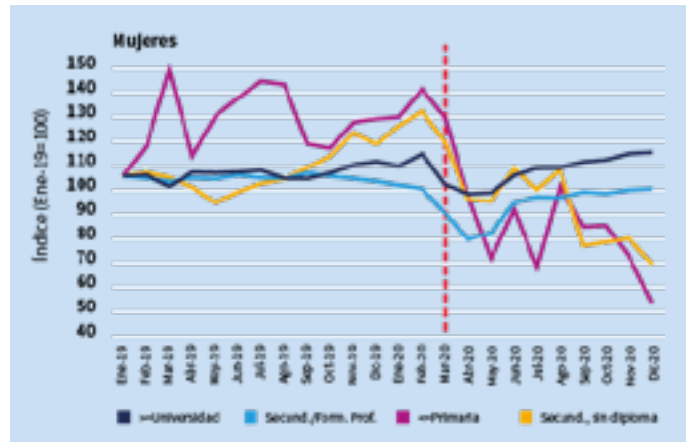
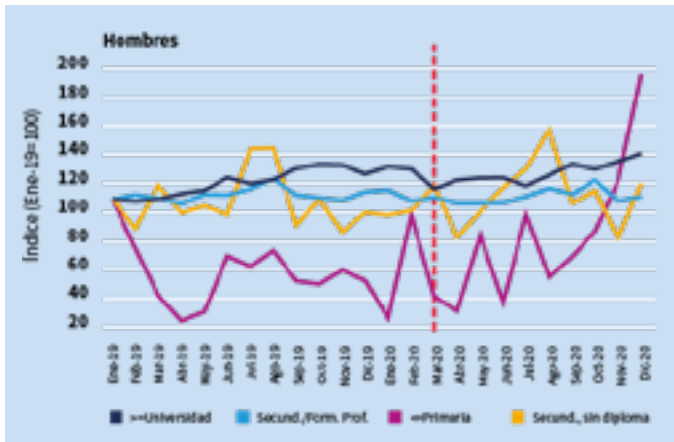


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

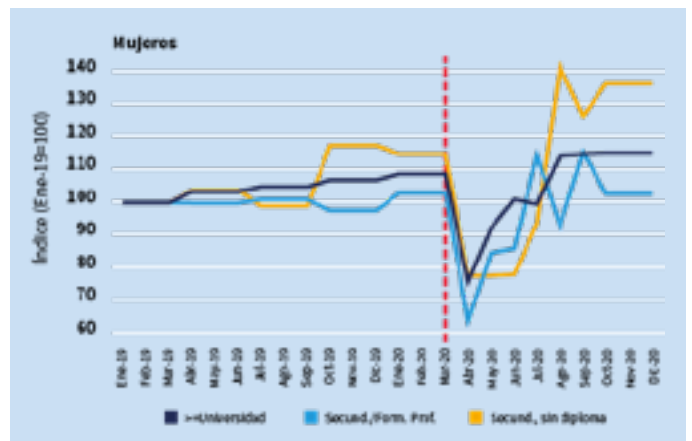
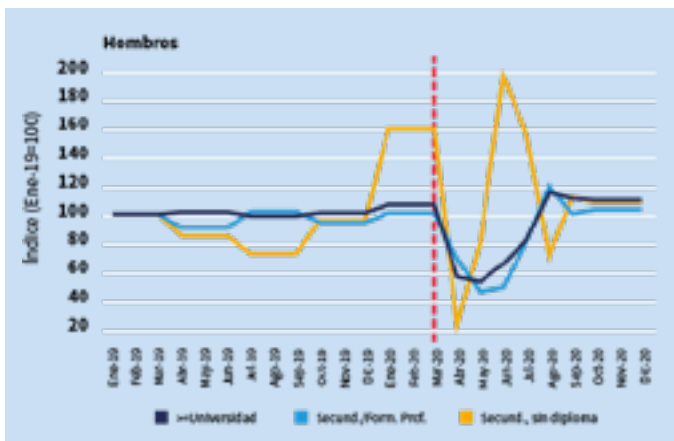
FIGURA 7.3

Crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial, por categorías educativas, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

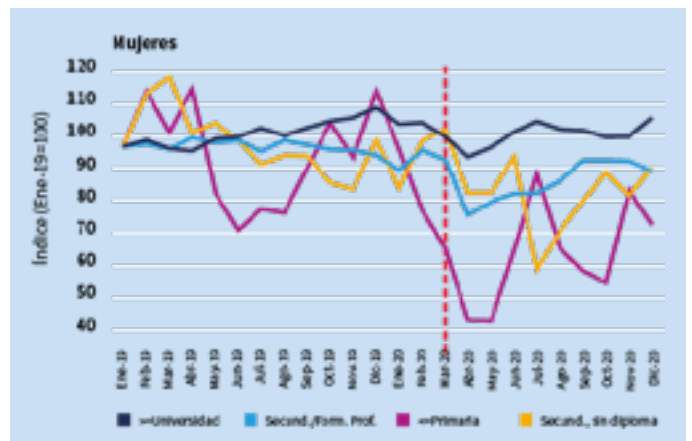
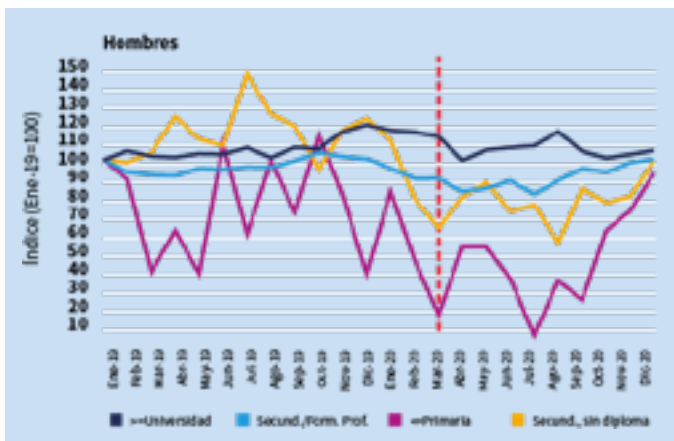
Canadá



México



Estados Unidos de América

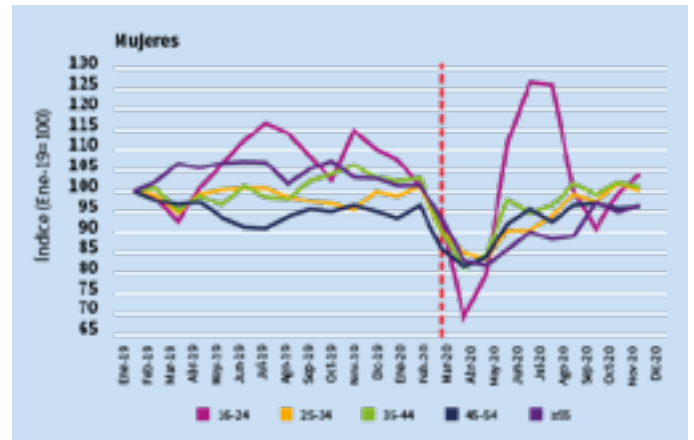
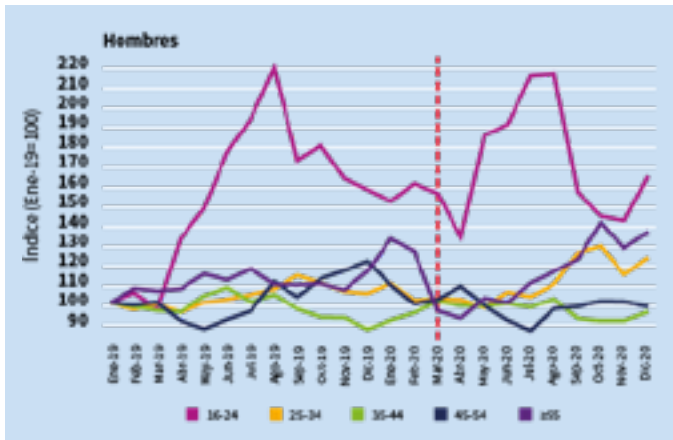


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

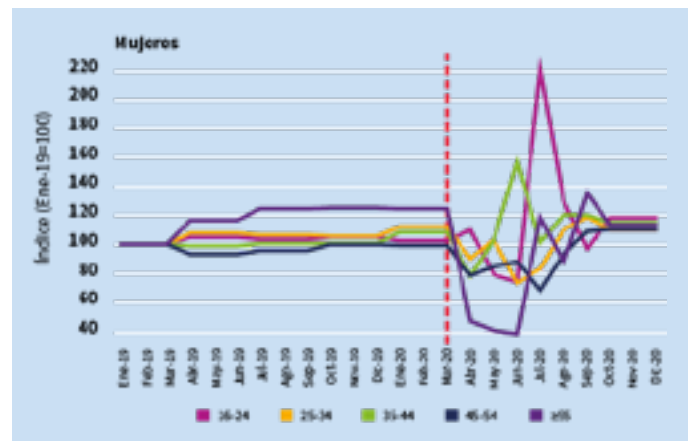
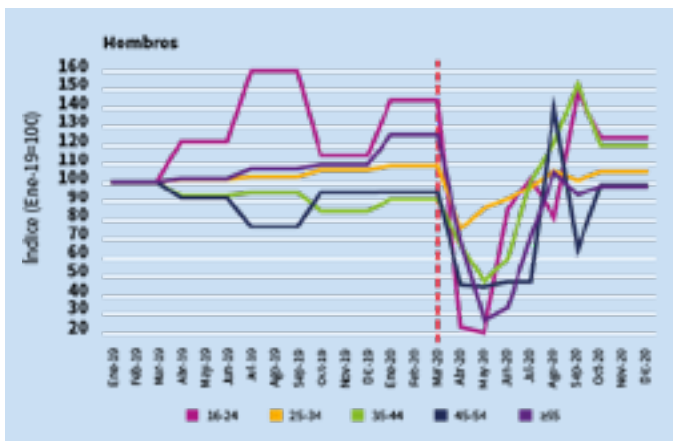
FIGURA 7.4

Crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial, por grupos de edad, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

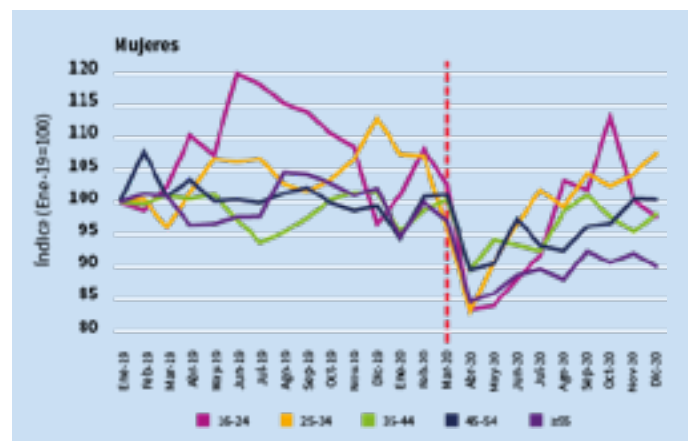
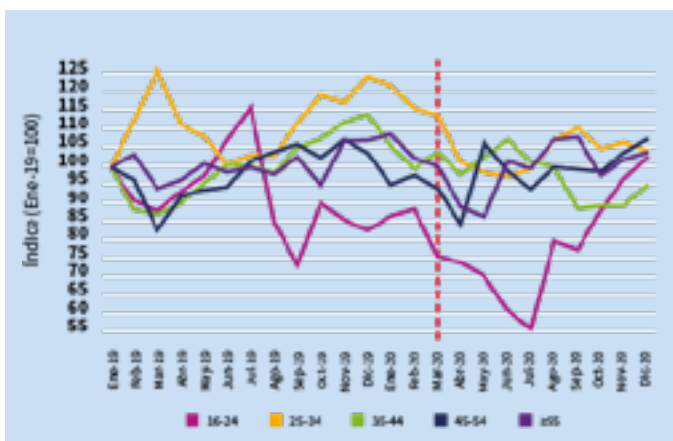
Canadá



México



Estados Unidos de América

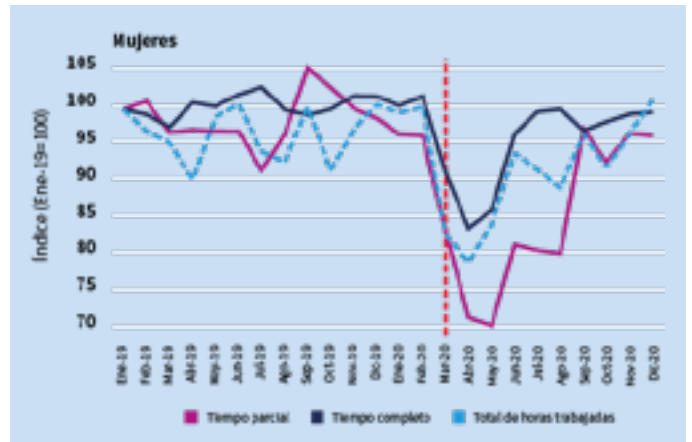
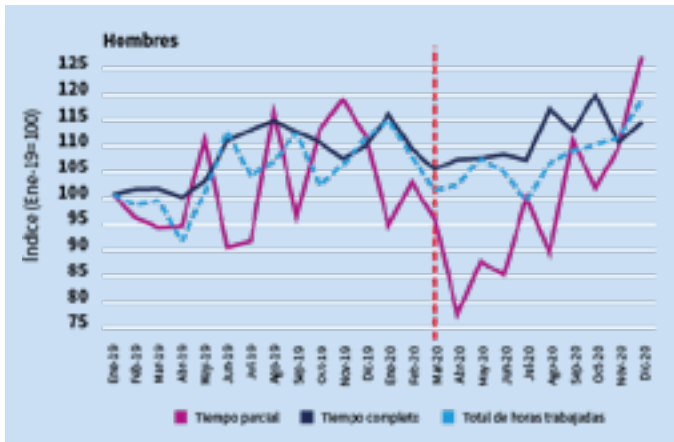


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

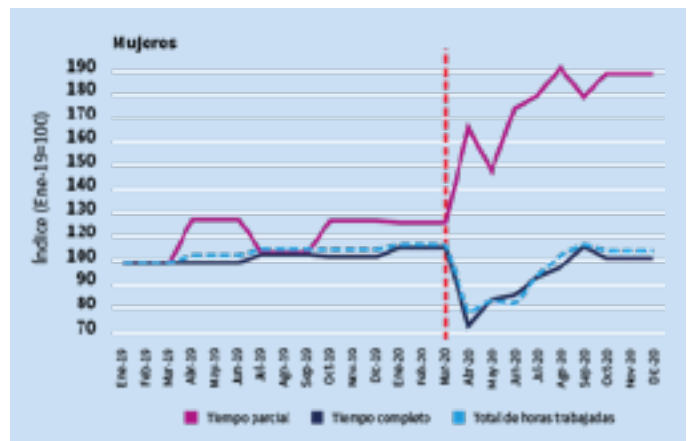
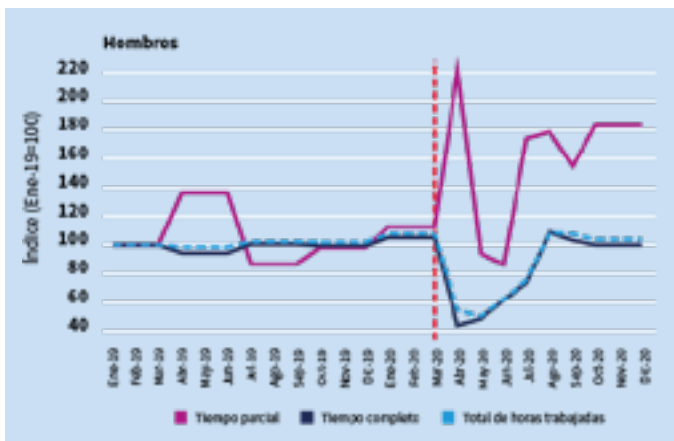
FIGURA 7.5

Crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial, por modalidad de trabajo (tiempo completo o tiempo parcial), de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

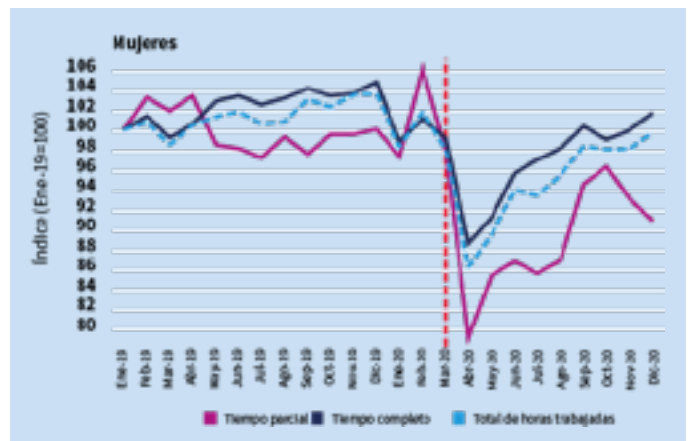
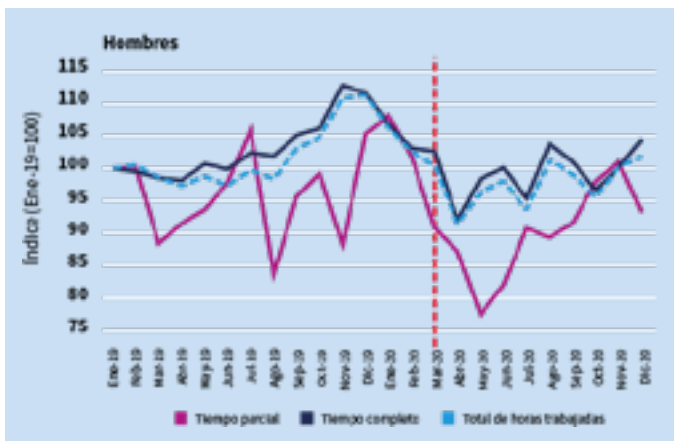
Canadá



México



Estados Unidos de América

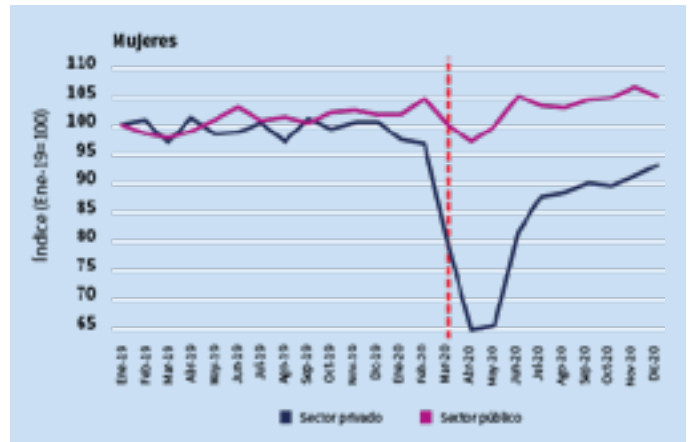
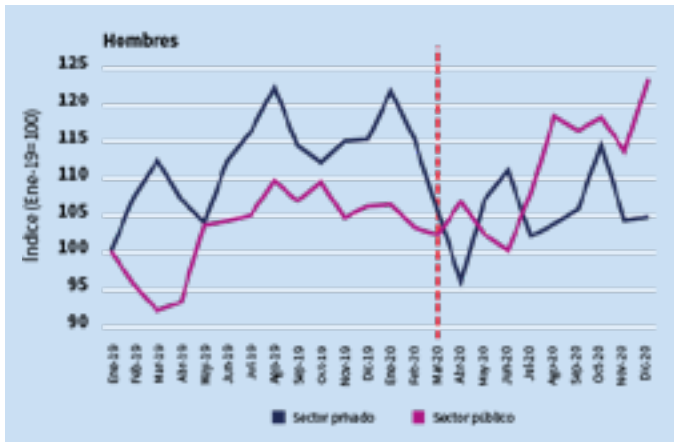


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

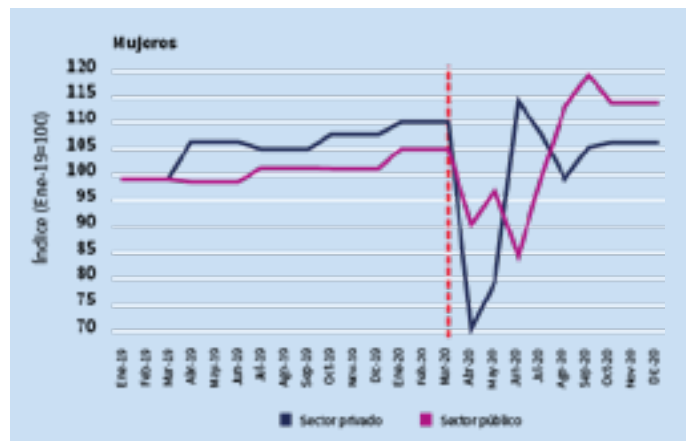
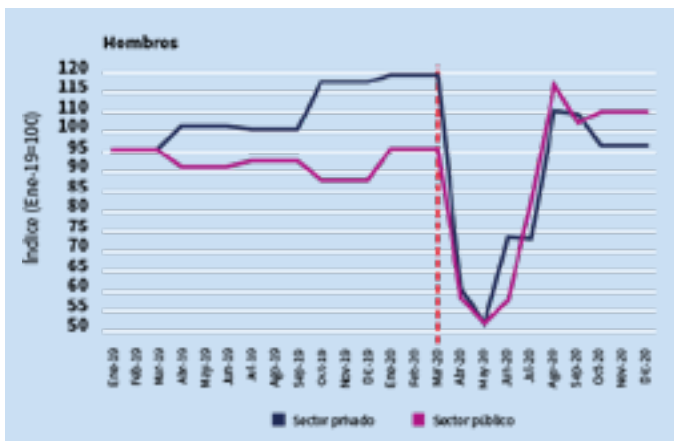
FIGURA 7.6

Crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial, por sector institucional, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

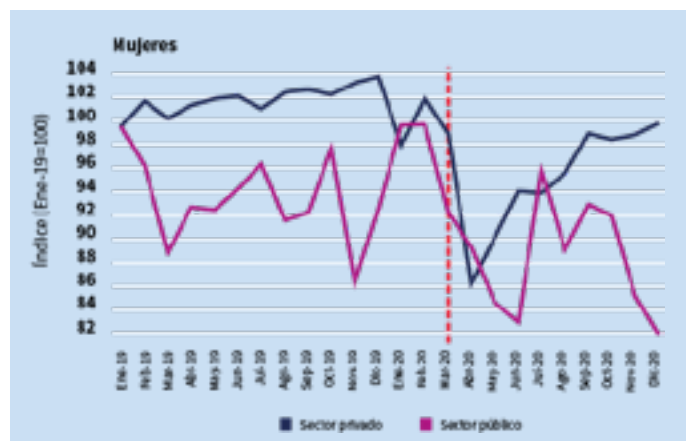
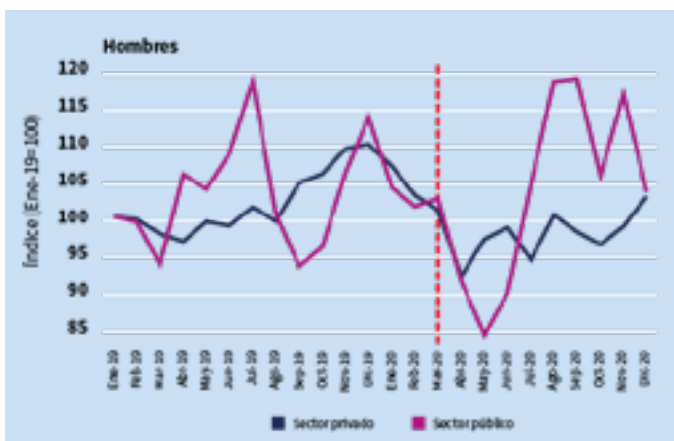
Canadá



México



Estados Unidos de América

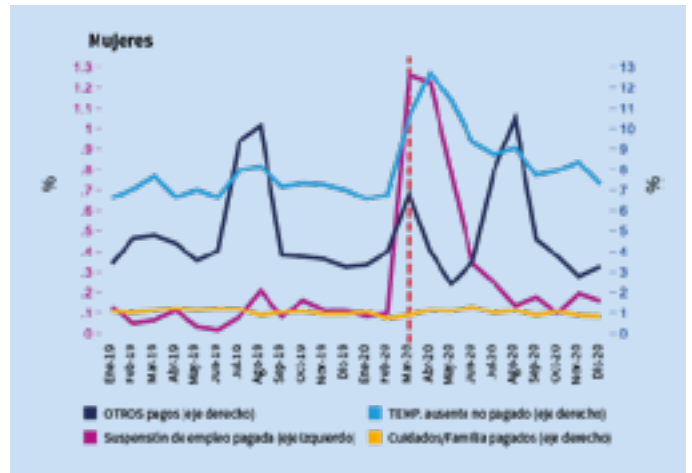
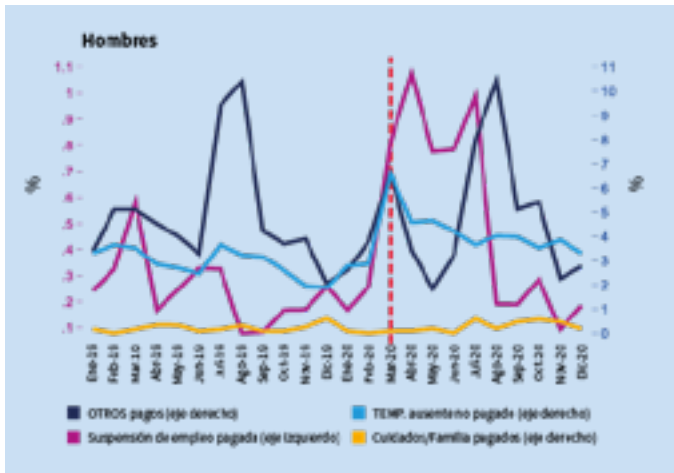


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

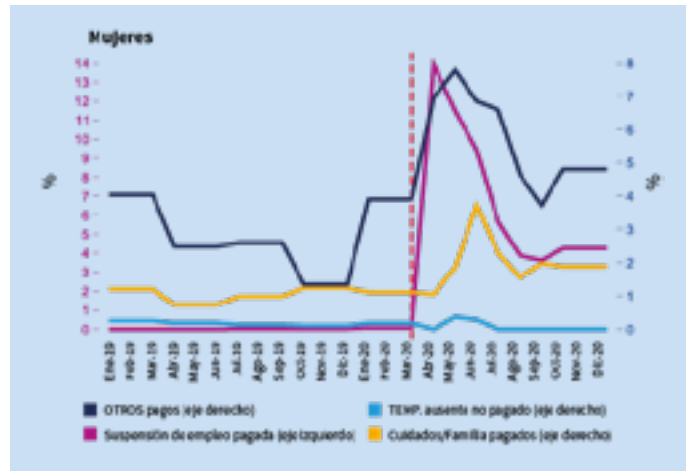
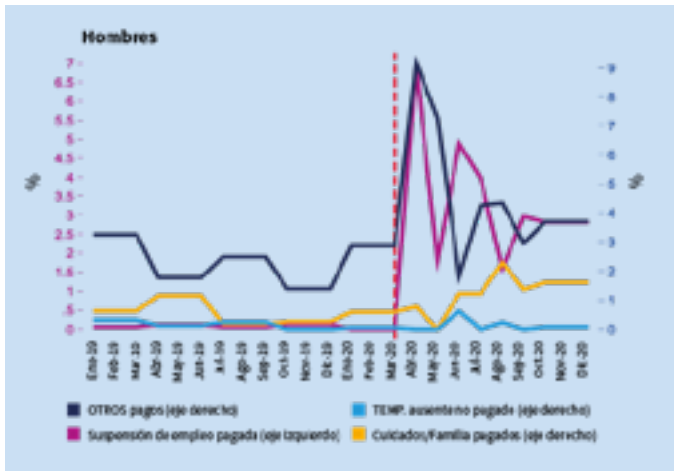
FIGURA 7.7

Crecimiento de la ausencia temporal del trabajo en los empleados asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

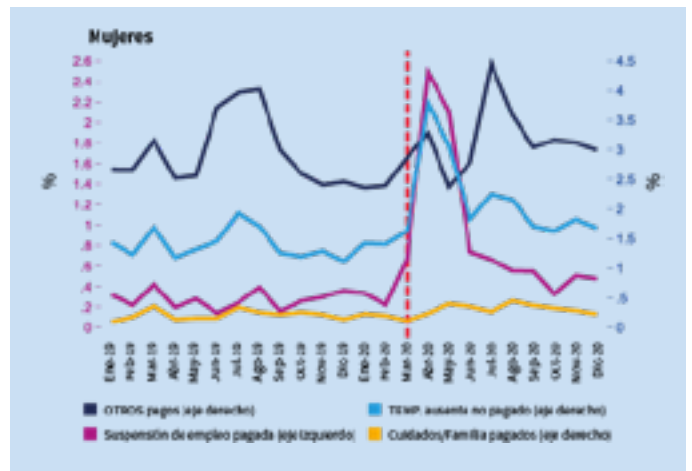
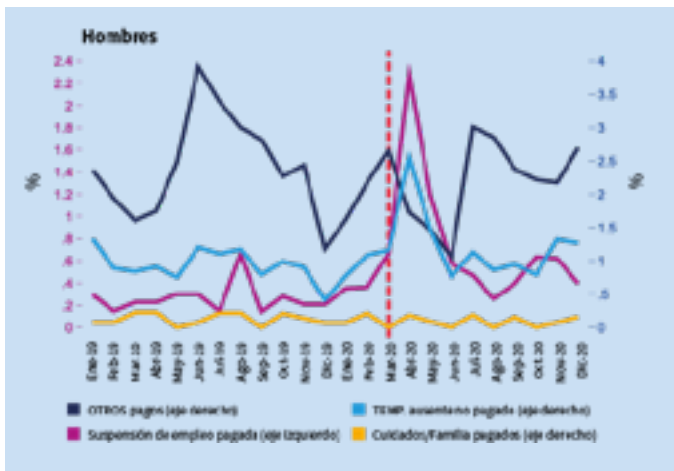
Canadá



México



Estados Unidos de América



Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS, el eje de la derecha corresponde a «cuidados/responsabilidades familiares» y el de la izquierda a «otros motivos».

La última figura de esta sección, la figura 7.8, se refiere únicamente a México, para el que disponemos de datos anteriores y posteriores a COVID-19 en los que se puede distinguir la situación formal de la informal en el empleo asalariado. Para los hombres, la caída del empleo durante los meses más afectados de la pandemia fue similar para los hombres con empleo formal e informal, con una caída del 50% en cada uno de ellos en relación con el número de hombres empleados en el sector de la salud y asistencial en enero de 2019. El volumen de hombres con empleos formales e informales se recuperó en diciembre de 2020, especialmente en el caso de los hombres con empleos formales, que aumentó un 5% al final del periodo. Las mujeres, en cambio, muestran una tendencia completamente diferente. Aquellas con empleos asalariados, tanto formales como informales, en el sector de la salud y asistencial, sufrieron los efectos de la crisis. El volumen de mujeres asalariadas con empleos formales cayó un 22%, pero luego se recuperó para alcanzar un 22% más de mujeres asalariadas con empleos formales en diciembre de 2020. Sin embargo, las mujeres asalariadas con trabajos informales en el sector de la salud y asistencial experimentaron una asombrosa caída, del 61%, en junio de 2020. Las mujeres asalariadas con empleos informales en el sector también tuvieron una recuperación en diciembre de 2020, pero al final del periodo seguían siendo apenas el 22% del volumen de empleo observado en enero de 2019.

Los dos gráficos de la segunda fila de la figura 7.8 exponen los efectos en el empleo de la COVID-19 para los sectores formal e informal por separado. Antes de la COVID-19, el sector formal en México representaba alrededor del 46% de todos los empleados asalariados con empleo informal.⁵⁸ Los datos indican que los trabajadores asalariados con un empleo asalariado informal en el sector de la salud y asistencial están casi exclusivamente empleados en el sector formal. La escasa incidencia de lugares de trabajo o empresas informales en el sector de la salud y asistencial es la causa de las enormes variaciones en el «sector informal» de la segunda fila de la figura 7.8. Lo que reflejan los gráficos de la figura 7.8 es que el sector formal pudo capear el impacto económico de la crisis de COVID-19 al reducir el empleo de las asalariadas con empleo informal.

Los hombres también sufrieron pérdidas de empleo, que se produjeron por igual entre los que tenían un empleo formal e informal. Al final del periodo, en diciembre de 2020, el sector formal había regresado a niveles de empleo similares a los de enero de 2019, tanto para las mujeres como para los hombres; esto se logró mediante la recontractación de un número ligeramente mayor de hombres con empleos informales, el aumento de la fracción de mujeres con empleos formales y la reducción de la fracción de mujeres con empleos informales. El efecto general ha sido reducir la proporción de empleados asalariados en el empleo informal en comparación con enero de 2019. Así, mientras que en enero de 2019 el 25% de los asalariados tenían un empleo informal en el sector de la salud y asistencial (19% hombres y 28% mujeres), en diciembre de 2020 esta proporción se había reducido al 20% (19% hombres y 20% mujeres). Esto significa que la crisis dejó menos mujeres con empleo informal en el sector de la salud y asistencial, probablemente como resultado del aumento de mujeres asalariadas en el sector público y una reducción paralela de mujeres asalariadas en el sector privado.

Los cuatro últimos gráficos de la figura 7.8 muestran que los asalariados del sector de la salud y asistencial que se benefician de la baja temporal remunerada son, en su mayoría, asalariados con situación laboral formal. Sin embargo, la fracción de personas con condición informal que cobraban mientras estaban temporalmente ausentes en el momento álgido de la pandemia no era del todo despreciable: en torno al 4% de hombres y al 10% de mujeres. Los datos señalan que esto se debió ante todo a la ampliación de los subsidios salariales a los empleados asalariados con empleo asalariado informal en el sector formal. Pero los datos también indican que una mayor proporción de mujeres asalariadas con empleo informal (2%) se ausentaron temporalmente y no cobraron, en comparación con las que tenían un empleo formal (menos del 0,2%).

⁵⁸ Los demás asalariados informales se habrían repartido entre el sector informal (28%), los trabajadores domésticos (14%) y el sector agrícola y pesquero (12%).

FIGURA 7.8

Crecimiento del empleo formal e informal en los asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, México

Crecimiento del empleo formal frente al informal, por situación laboral y sector formal/informal

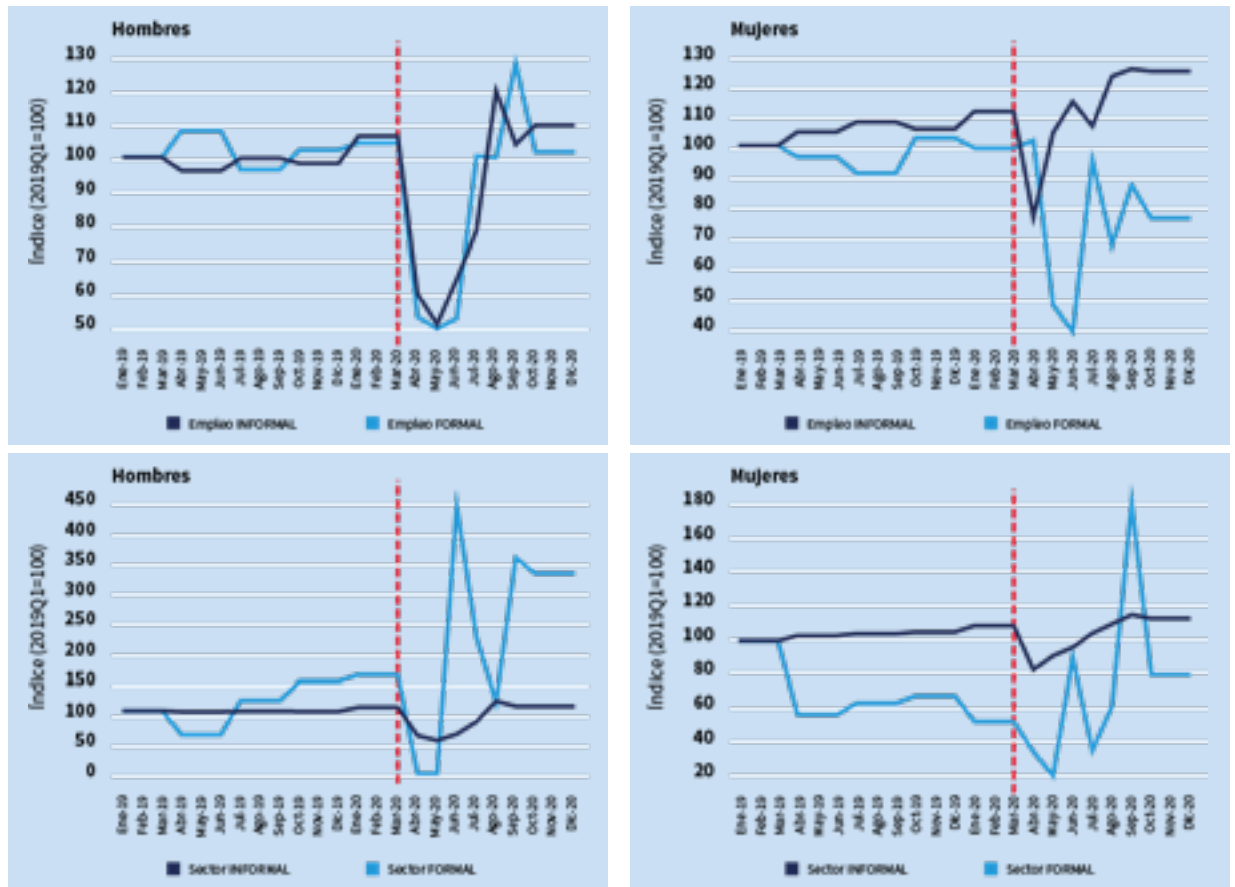
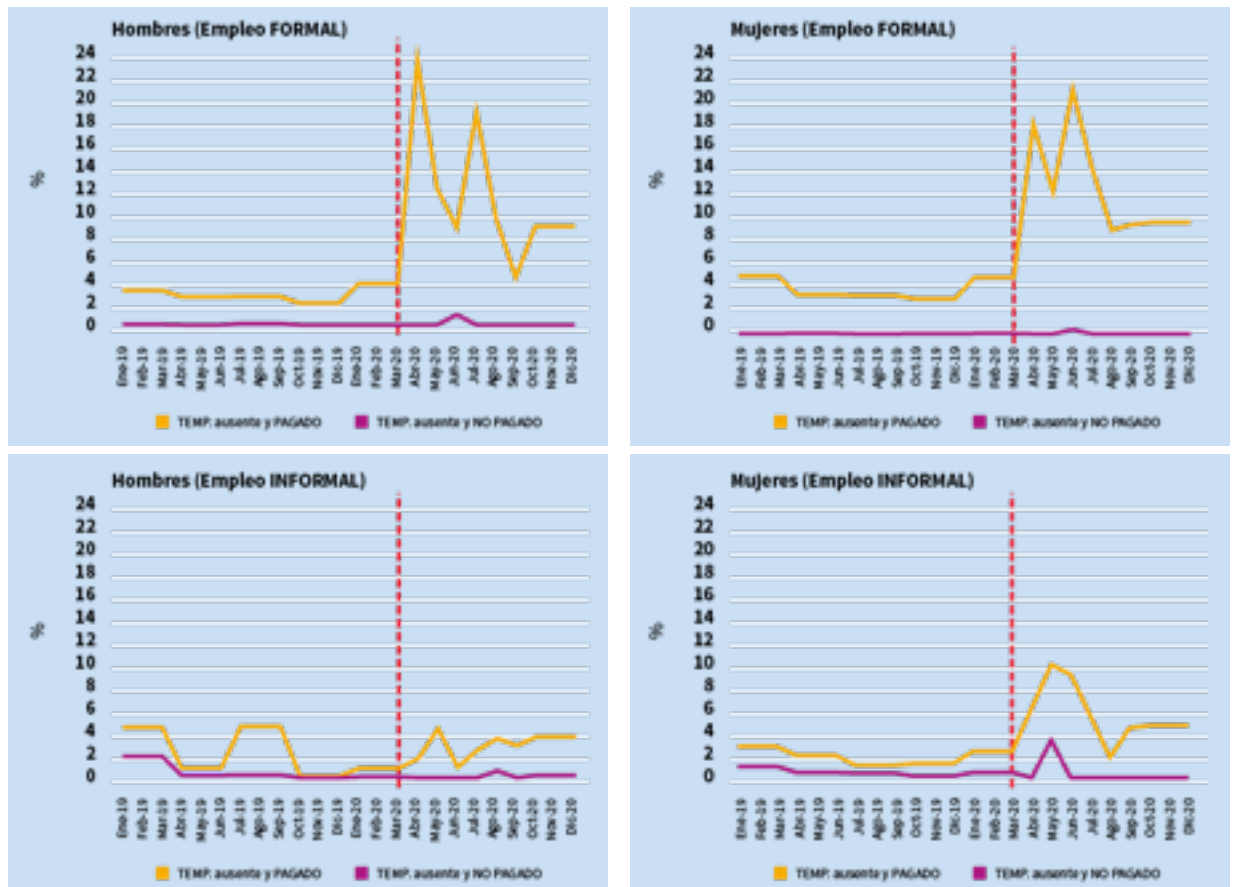


FIGURA 7.8 CONT.

Por tipos de empleo temporal



Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

7.3 El efecto de la pandemia de COVID-19 sobre los ingresos de los trabajadores asalariados en el sector de la salud y la atención: los casos del Canadá, México y los Estados Unidos

En la figura 7.9 se presenta la evolución de los ingresos para los asalariados del sector de la salud y asistencial en el Canadá, los Estados Unidos y México. La figura incluye tres series diferentes: salarios por hora, ingresos mensuales y gasto en sueldos total. Todas las estimaciones reflejan valores reales después de haber deflactado las series correspondientes por el índice de precios al consumidor mensual (y la serie trimestral en el caso de México).⁵⁹

La primera característica llamativa de la figura 7.9 es el aumento de los salarios medios reales por hora y de los ingresos mensuales reales en los tres países en torno al inicio de la pandemia de COVID-19; este hecho es evidente en los hombres y las mujeres, pero es más notable para estas últimas (la línea es inicialmente más pronunciada tratándose de las mujeres del Canadá y los Estados Unidos, pero luego asciende de forma similar tanto para las mujeres como para los hombres de México). Al mismo tiempo, el gasto en sueldos total real disminuye en los tres países.

Las tres figuras combinadas muestran el efecto de composición clásica; es decir, **el efecto de la crisis COVID-19 sobre el empleo ha afectado más negativamente a las personas del extremo inferior de la escala salarial**. Tal y como se

⁵⁹ Los datos de ingresos del Canadá y los Estados Unidos vienen en un formato semanal. Sin embargo, la encuesta pregunta a las personas si han trabajado en el último mes y durante cuántas semanas. Para tener en cuenta que aquellos que declararon estar empleados podrían haber trabajado menos de cuatro semanas, algo que puede haber sido más agudo durante los meses más afectados al inicio de la pandemia, elaboramos el equivalente mensual considerando los ingresos semanales multiplicados por el número de semanas trabajadas durante el mes de la encuesta. Los datos de los Estados Unidos tienen una complicación añadida, y es que solo una parte de las personas son elegibles para responder a las preguntas sobre ingresos en la encuesta. Permitimos que todos los empleados asalariados entren en el análisis imputando cuidadosamente los ingresos de aquellos que no podían responder a las preguntas sobre salarios e ingresos, pero que formaban parte de la población empleada en el momento de la encuesta.

describe en las figuras 7.2 a 7.7, los trabajadores afectados son de menor cualificación, más jóvenes, con menos formación, con empleos a tiempo parcial y con trabajos en la economía informal; estas características son en conjunto mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres en lo que respecta al sector de la salud y asistencial (véase la descripción por deciles en la sección 4). Dado que las mujeres y los hombres con esta combinación de características (más vulnerables a la crisis del mercado laboral) perdieron su empleo como consecuencia de la COVID-19, los que quedaron con empleo en el mercado laboral son los mejor pagados, es decir, aquellos con funciones de atención de salud profesionales, altamente cualificados o con mayor permanencia en otras categorías ocupacionales. Este efecto de composición es el que aumenta artificialmente el promedio del salario por hora o los ingresos mensuales.

La subida en torno a abril/mayo de 2020 es más pronunciada para las mujeres (en comparación con los hombres) en el Canadá y los Estados Unidos porque un mayor número de mujeres (entre las mujeres) con características que las hacen más vulnerables a la pérdida de empleo en la economía, incluido el sector de la salud y asistencial, se habían quedado sin ocupación, comparado con la fracción de hombres (entre los hombres) que perdieron su trabajo y que tienen la combinación de características que conducen a un empleo con salarios más bajos en el sector de la salud. Los gráficos que recogen la evolución del gasto en sueldos total (es decir, la suma de todos los ingresos mensuales ponderados por sus respectivos factores de población) ilustran que estos agregados comienzan a caer al inicio de la pandemia de COVID-19, con un descenso mucho más pronunciado entre las mujeres en comparación con los hombres. Esto se debe a que un mayor número de mujeres perdieron sus puestos de trabajo, con respecto a los hombres (porque hay más mujeres en general que hombres en el sector de la salud y asistencial), pero también porque hay más mujeres en comparación con los hombres con la combinación de características del mercado laboral que las hace más vulnerables a la pérdida de empleo como resultado de la crisis de COVID-19.

La caída del gasto en sueldos total, y los movimientos relativos de los salarios con los consiguientes efectos de composición, pueden verse

mejor en la figura 7.10, donde los movimientos a través del tiempo están indexados a enero de 2019. En el caso de México, la caída del gasto en sueldos total al inicio de la COVID-19 es más acusada entre los hombres en comparación con la caída de este gasto salarial total para las mujeres, lo que demuestra que la prevalencia de los empleos poco cualificados en los hombres es significativa para los hombres del sector de la salud y asistencial en México. Además, estos asalariados perdieron más volumen de empleo en el sector al inicio de la crisis sanitaria (véanse las figuras 7.2 y 7.3).

El efecto de composición plantea una dificultad cuando se trata de comparar el movimiento relativo de los salarios entre mujeres y hombres a lo largo del tiempo. Por ejemplo, sería posible calcular la diferencia salarial entre hombres y mujeres en un momento dado, pero en presencia de efectos de composición no sería válido hacer afirmaciones sobre la evolución de la brecha salarial de género porque, como hemos demostrado en esta sección, la composición de los asalariados del sector de la salud y asistencial ha cambiado de un periodo a otro para las mujeres y los hombres. Además, los resultados de cada grupo también pueden verse afectados por estos cambios, incluidos los ingresos. Así pues, procederemos a eliminar el efecto de composición de las series antes de evaluar el movimiento de la brecha salarial de género en el tiempo.

Este proceso puede hacerse aplicando los siguientes pasos. En primer lugar, se compara la población de trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial en un mes de 2020 con la población del mismo mes de 2019, y la comparación se realiza por separado para mujeres y hombres. Para cada trabajador asalariado en cada uno de los meses de 2020 buscamos empleados asalariados idénticos en el sector de la salud y asistencial en el mes correspondiente de 2019. Por ejemplo, para cada mujer asalariada en enero de 2020, buscamos una mujer asalariada análoga en enero de 2019, entendiendo por idéntica la edad, la educación, la categoría ocupacional, la modalidad de trabajo, el sector institucional y otras características pertinentes para la determinación del salario de las mujeres y los hombres ocupados en el sector de la salud.⁶⁰ El emparejamiento realizado para nuestro análisis sigue el proceso de emparejamiento uno a uno de Ñopo (2008). Proporciona a cada trabajador asalariado emparejado en 2020, en un mes determinado, un conjunto de individuos

⁶⁰ Estos ingresos varían según el país pero, por ejemplo, tanto en el Canadá como en México incluimos, además de las categorías mencionadas anteriormente, el arreglo contractual. Para México también añadimos el tamaño de la empresa y la situación de informalidad. En el caso de los Estados Unidos, agregamos la afiliación sindical, la raza y el estado. Con respecto al Canadá, añadimos la provincia. Por último, para los tres casos tenemos en cuenta la zona rural frente a la urbana. El conjunto de variables posibles se describe en el cuadro 5.1.

idénticos en el mismo mes de 2019.⁶¹ El segundo paso en el proceso de emparejamiento consiste en eliminar a aquellos trabajadores asalariados en 2019 que no fueron emparejados con empleados asalariados en 2020. Se trata de los trabajadores asalariados que perdieron su empleo y dejaron de ser observados en 2020, muy probablemente debido a las interrupciones causadas por la pandemia de COVID-19. Dado que la muestra restante de asalariados en 2019 tiene características similares a las observadas en 2020, sus ingresos reales pueden compararse para determinar los cambios en mujeres y hombres antes y después del brote de COVID-19, limpios de efectos de composición con respecto a la muestra en 2019. El último paso consiste en calcular y comparar los ingresos medios de las mujeres y los hombres en el sector de la salud y asistencial a lo largo del tiempo, utilizando únicamente las muestras emparejadas, mes a mes.

En la figura 7.11 se indica la evolución del promedio de los salarios medios por hora y los ingresos mensuales por separado para mujeres y hombres, comparando los resultados reales (líneas sólidas, de enero de 2019 a diciembre de 2020) con el resultado de la muestra emparejada en 2019 (línea discontinua, de enero de 2019 a diciembre de 2019). Advertimos que las estimaciones que utilizan la muestra emparejada se detienen en diciembre de 2019 porque este es el último mes para el que es posible el emparejamiento en la serie (el último mes en los datos es diciembre de 2020). Los resultados son sorprendentes tanto para México (hombres y mujeres) como para los hombres de los Estados Unidos. La muestra emparejada de 2019 capta claramente la tendencia de los ingresos (más altos) observada por los datos reales en 2020. En cambio, para el Canadá (mujeres y hombres) y para las mujeres de los Estados Unidos, la muestra emparejada expone que los trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial en 2019 para los que hay una coincidencia en 2020 son, de hecho, los que más ganan en términos reales, en comparación con la combinación de trabajadores en 2020. Volveremos a examinar esta cuestión.

En la figura 7.12 se presentan las estimaciones de la brecha salarial de género durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020, con dichas estimaciones limpias de efectos de composición respecto a las características de los trabajadores en 2019. En tal caso, la brecha salarial de género se basa en la estimación de la disparidad salarial (en salarios por hora, así como en ingresos mensuales) en diferentes cuantiles de la distribución de salarios por hora y tomando el promedio ponderado entre cuantiles; se sigue el mismo procedimiento utilizado para la figura 5.1.⁶² En la figura 7.12 se observa que, en el caso de México, la brecha salarial de género varía mucho a lo largo de los 24 meses de la serie. Antes de la pandemia de COVID-19, las fluctuaciones eran menos intensas y es probable que sean el resultado de la estacionalidad; en el periodo posterior a la COVID-19 las fluctuaciones muestran un ligero descenso de la brecha salarial entre mujeres y hombres en los salarios por hora (la brecha salarial del 12% para diciembre de 2020 es un 4% menos que en enero de 2019), pero una diferencia salarial similar en los ingresos mensuales durante todo el periodo.

En el Canadá se ha producido un descenso de la brecha salarial de género por hora durante el periodo posterior a la COVID-19 (de aproximadamente el 8% al 6%), pero la caída parece mucho mayor cuando se comparan las brechas salariales de género por hora entre los periodos anteriores y posteriores a la COVID-19. Así, en el Canadá, los salarios por hora de los hombres en el sector de la salud y asistencial antes de marzo de 2019 eran alrededor de un 10%-12% más altos que los de las mujeres, en promedio, en todos los deciles; con la COVID-19 el salario medio por hora de las mujeres crece más rápidamente y la diferencia en el salario medio por hora entre hombres y mujeres se reduce al 6%. En cuanto a los ingresos mensuales, se pasa de una brecha salarial del 19% en enero de 2019 a una del 14% en diciembre de 2020.

En los Estados Unidos, ya existía una brecha decreciente antes del inicio de la pandemia de COVID-19, y el promedio de los salarios por hora y

⁶¹ Estamos muy agradecidos a Hugo Ñopo por proporcionar la sintaxis de programación para realizar el emparejamiento uno a uno como se describe en el documento de Ñopo (2008). En ese documento, la idea es separar en un momento dado el componente de la brecha salarial de género entre los que comparten un soporte común (características comunes) del componente de la brecha que resulta de las mujeres y los hombres que no pueden ser comparados en la población (fuera del control de la muestra y los tratados). En nuestra aplicación del enfoque de Ñopo (2008), aplicamos el método para señalar a los hombres y mujeres cuyas características siguen siendo idénticas entre los ocupados en el sector de la salud y asistencial después de la crisis de COVID-19, a los hombres y mujeres en 2019 cuyas características ya no están presentes en el mercado de trabajo después del inicio de la pandemia de COVID-19 (fuera de los controles de la muestra en 2019), y a los hombres y mujeres cuya combinación de características no se observó en 2019 pero se advierte de nuevo en 2020 (fuera de la muestra tratados en 2020).

⁶² En la sección 3 se analizan diferentes formas de mejorar la estimación bruta de la desigualdad salarial por razón de género. El uso de brechas salariales de género ponderadas por factores es eficaz para controlar las irregularidades en la distribución salarial (efectos de composición con los periodos) cuando las estimaciones son de toda la población, y no de un solo sector, como es el caso del análisis de las brechas salariales en el sector de la salud y asistencial. En la sección 4, mostramos que una forma igualmente eficaz de estimar las diferencias salariales comparando mujeres y hombres que son relativamente similares en la población es calcular las diferencias salariales en cada decil de la distribución del salario por hora. Este es el método que hemos seleccionado para utilizarlo en la figura 5.1 y para determinar la diferencia salarial por razón de género global en cada uno de los periodos que aparecen en la sección 7.

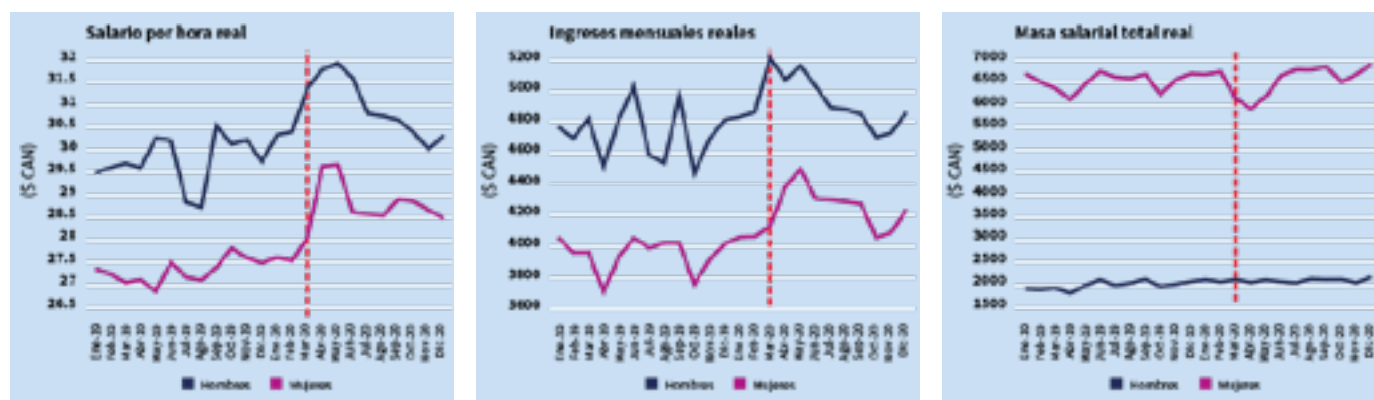
los ingresos mensuales de los hombres disminuyó constantemente hasta 2019 cuando se utilizó la muestra de coincidencia (véase la figura 7.11). De hecho, gran parte del cambio en las diferencias salariales por razón de género en el sector de la salud y asistencial entre enero de 2019 y diciembre de 2020 ya se había producido durante 2019, que se cerró

con unas brechas salariales por hora del 28% y unas brechas salariales de ingresos mensuales del 36%. A lo largo de 2020, la diferencia salarial entre hombres y mujeres por hora y por mes en el sector de la salud y asistencial en los Estados Unidos fluctúa de forma constante, pero con una tendencia a la baja, entre el 22% y el 26% y el 28% y el 32%, respectivamente.

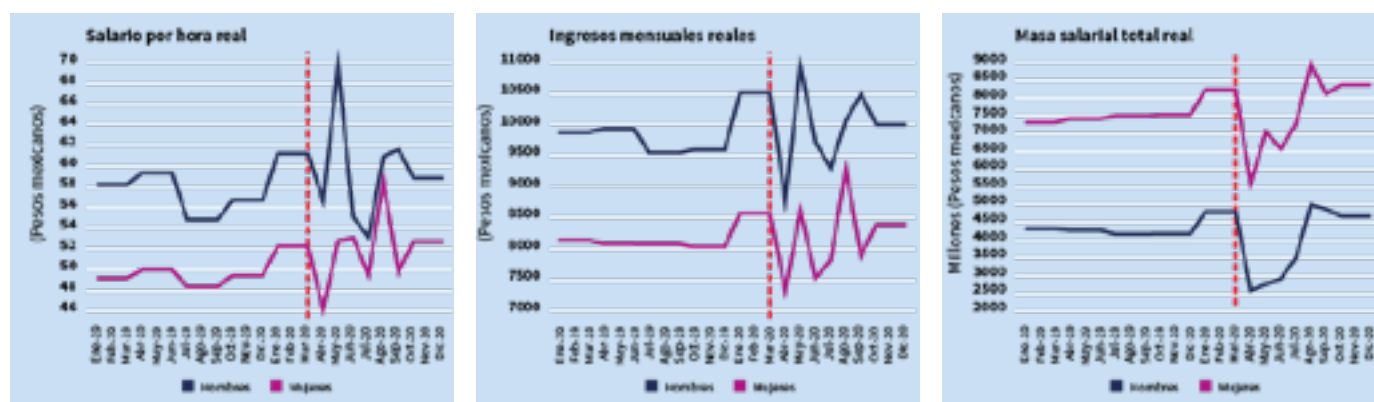
FIGURA 7.9

Tendencias de los ingresos en los empleados asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

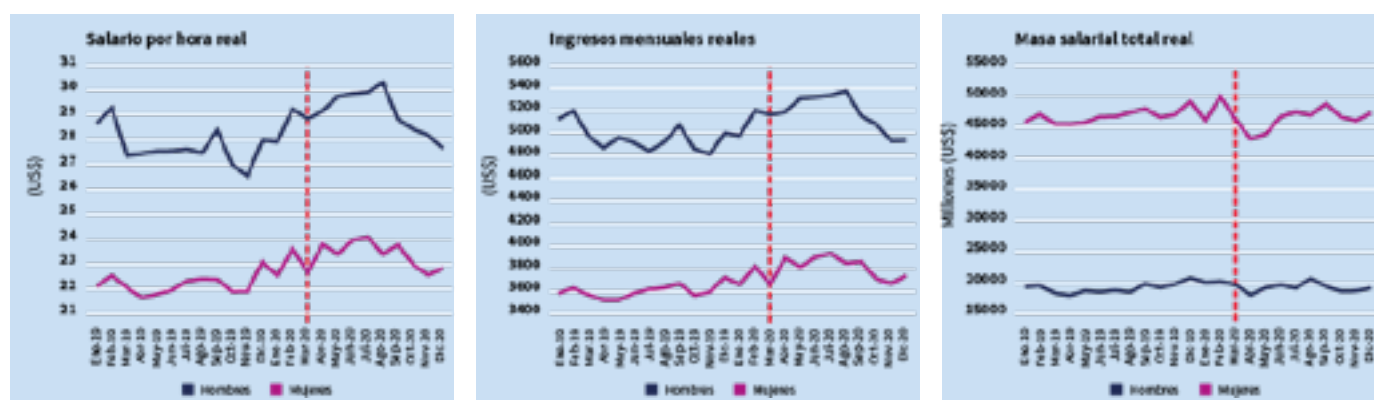
Canadá



México



Estados Unidos de América

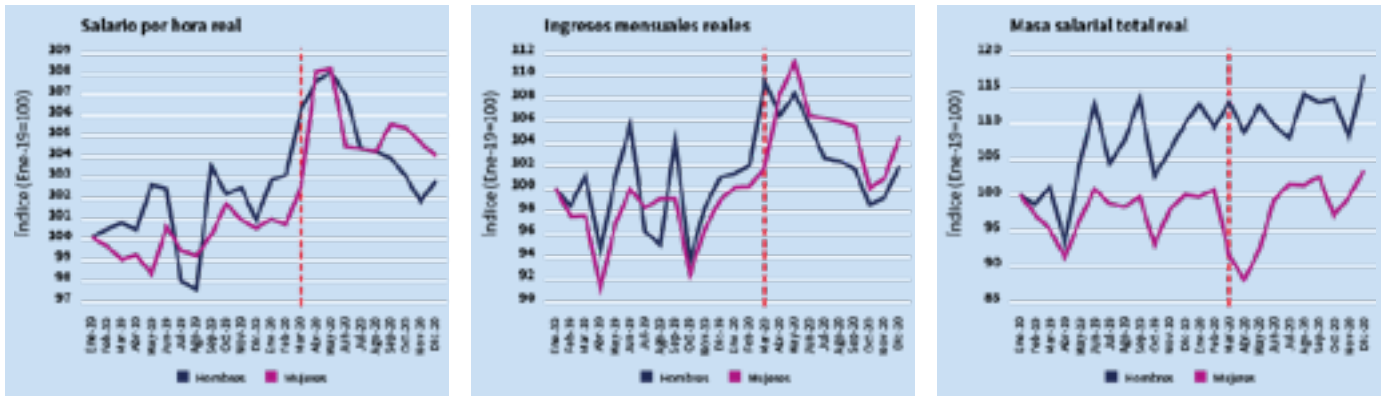


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

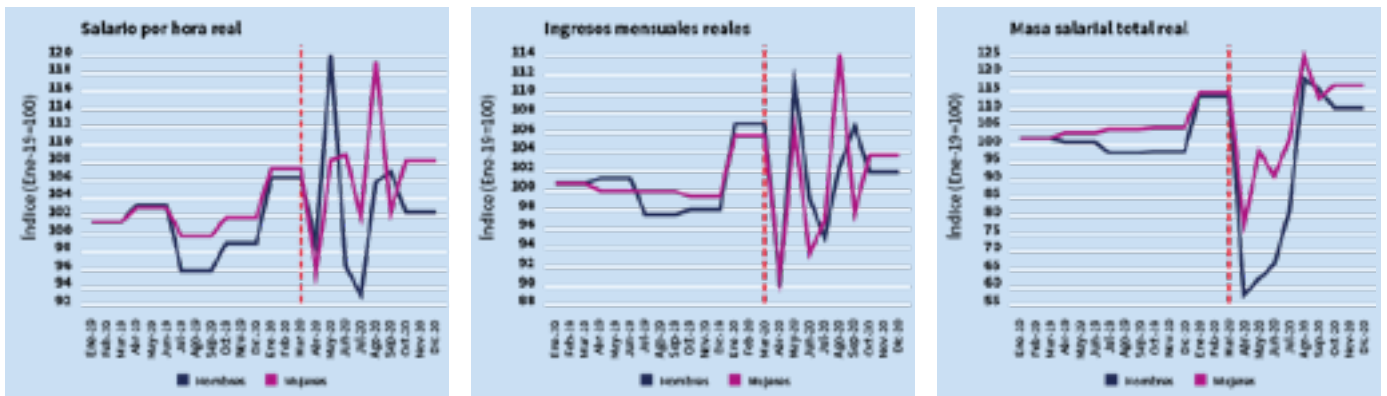
FIGURA 7.10

Índice de las tendencias de los ingresos en los empleados asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

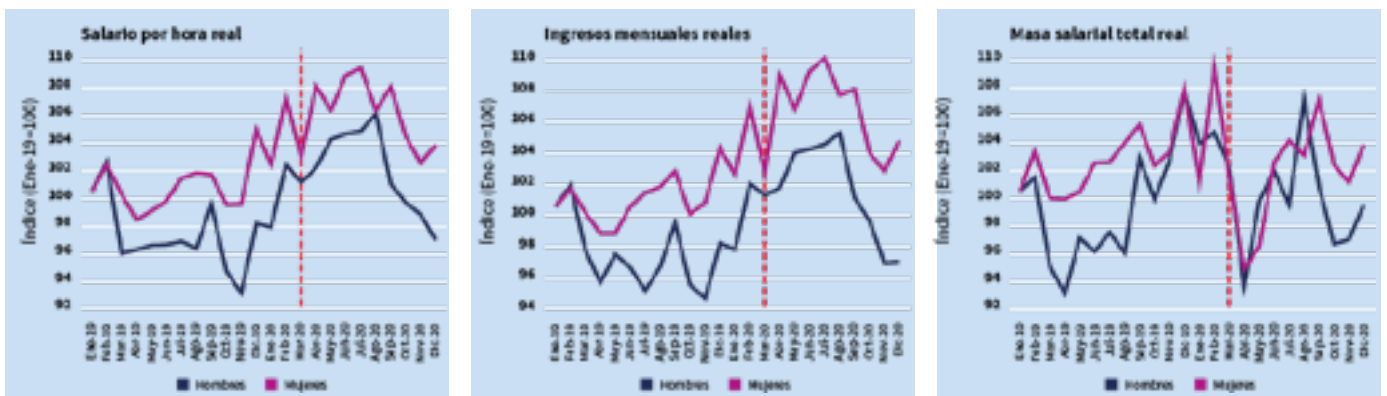
Canadá



México



Estados Unidos de América

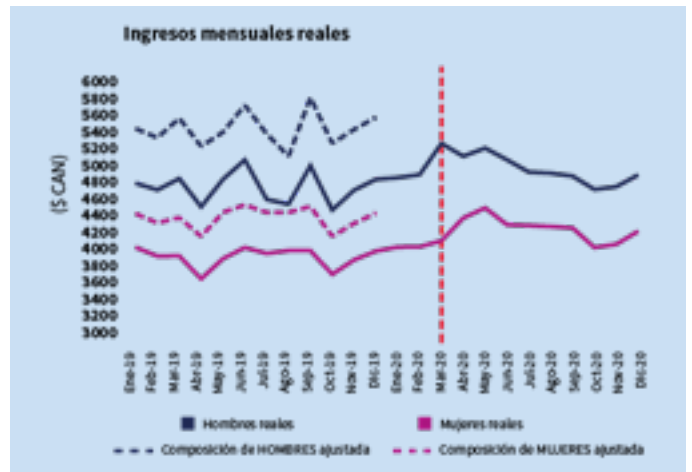
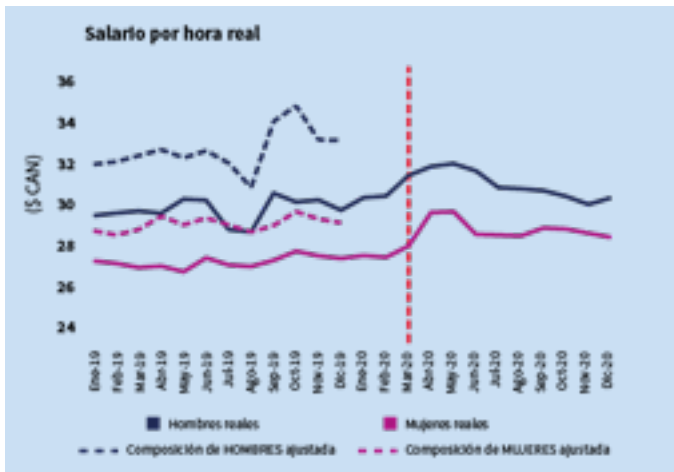


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

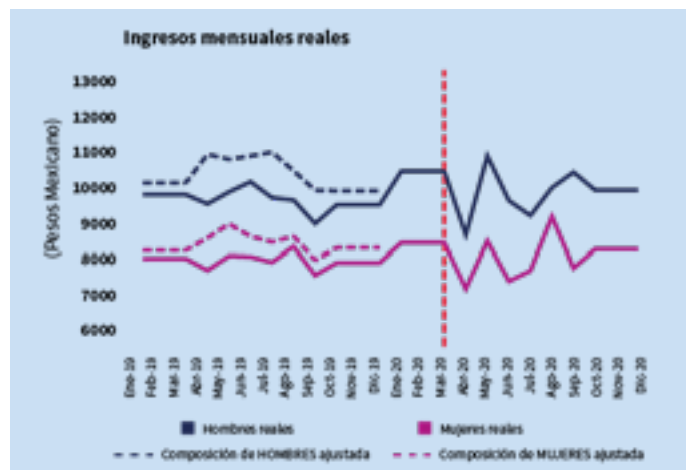
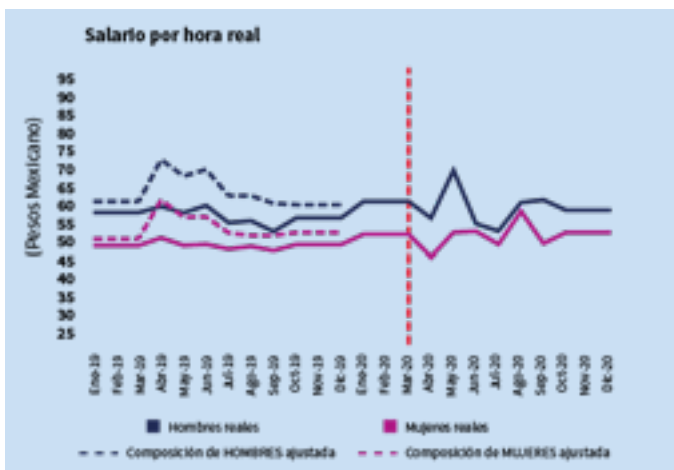
FIGURA 7.11

Tendencias de los ingresos comparadas con las tendencias ajustadas por los efectos de composición debidos a la COVID-19 en los empleados asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

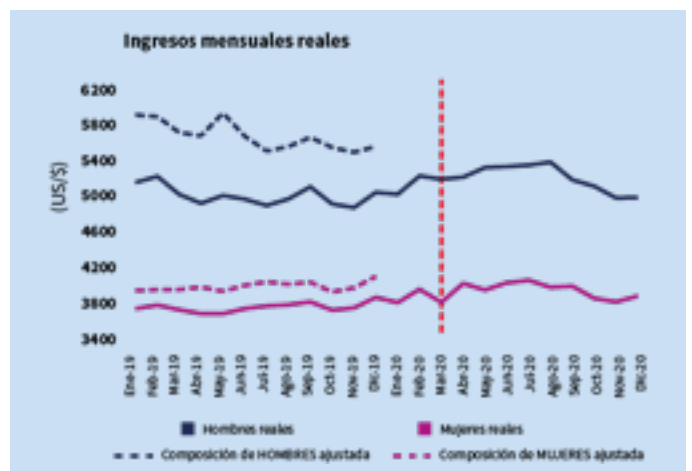
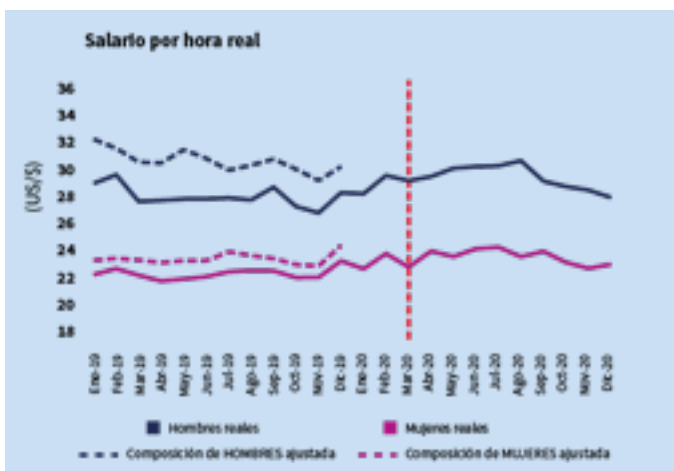
Canadá



México



Estados Unidos de América

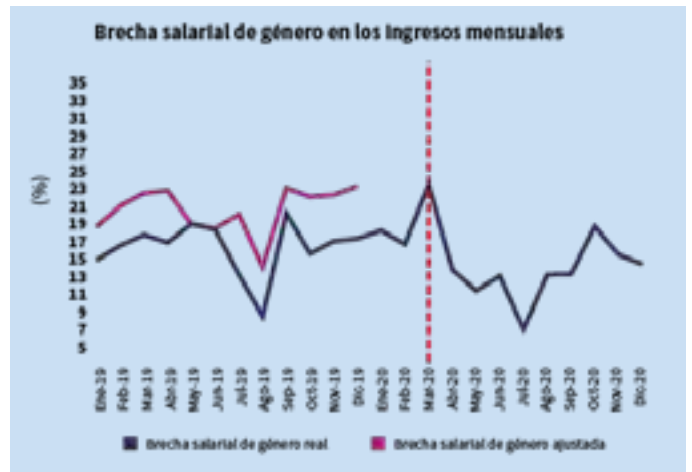
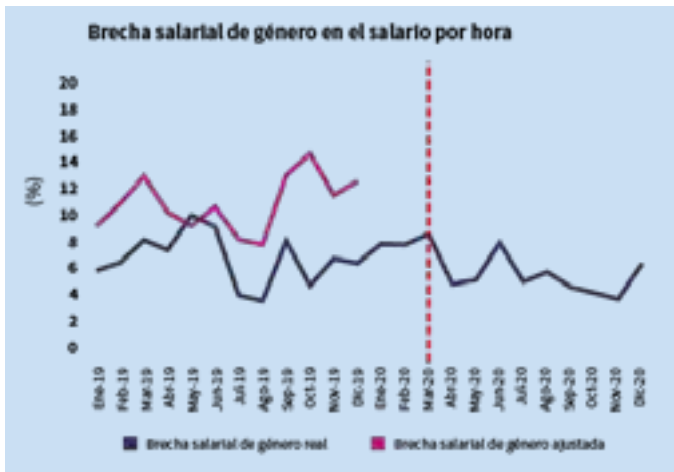


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

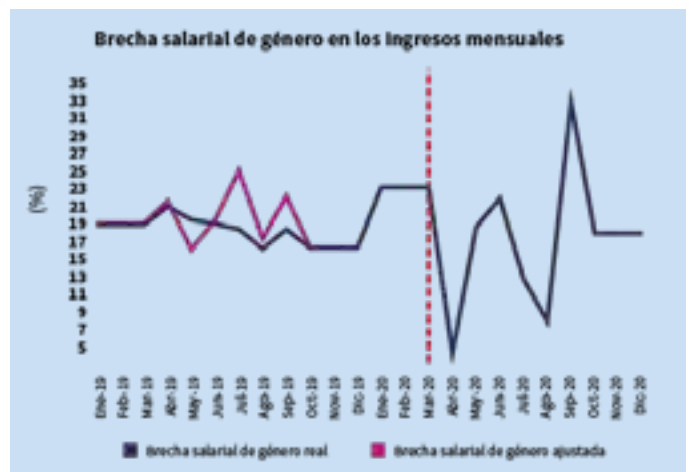
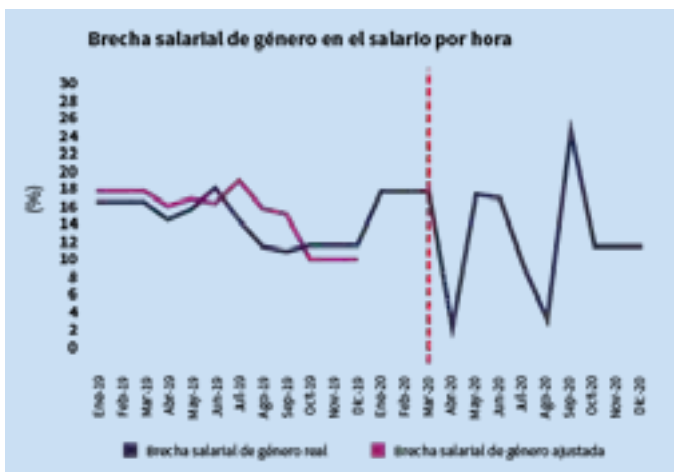
FIGURA 7.12

Tendencias de las brechas salariales de género, reales y ajustadas por los efectos de composición debidos a la COVID-19 en los empleados asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

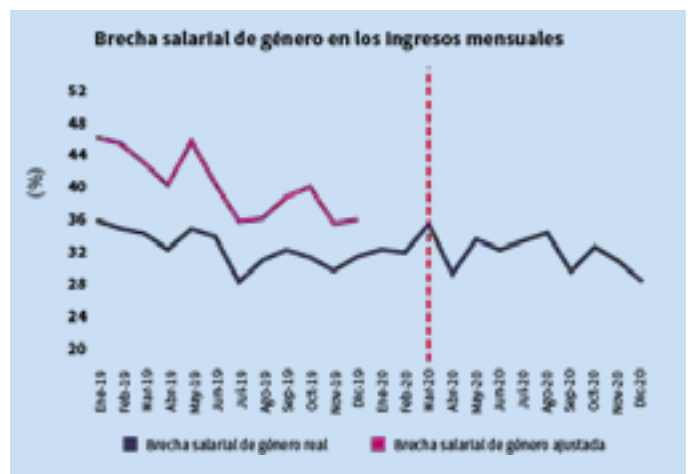
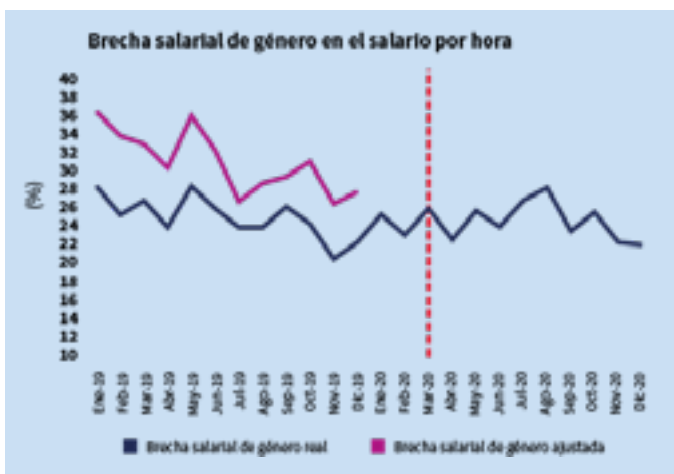
Canadá



México



Estados Unidos de América



Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

Ahora examinamos las diferencias observadas en la figura 7.11 entre la muestra de coincidencia en 2019 (línea discontinua) y el resultado real en 2020 (línea continua). Aunque en cada uno de los tres países los salarios por hora y los ingresos mensuales a marzo de 2020 reflejan un aumento en comparación con los resultados reales en meses similares de 2019 (figuras 7.9 y 7.10), los trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial en 2019 para los que hay una coincidencia en 2020 son, de hecho, los que ganan más en términos reales comparados con los trabajadores de 2020. Hay dos razones posibles. Una es que en 2020 los trabajadores del sector de la salud y asistencial cobren menos realmente con respecto a un tipo de trabajadores similar en 2019. La segunda razón posible es que una fracción de los trabajadores en 2020 tienen una mezcla de características que no se encuentran en 2019, y las características de estos recién llegados al sector de la salud y asistencial los convierten en empleados con salarios más bajos en comparación con los trabajadores en 2020 con una coincidencia en 2019. Por ejemplo, aunque la proporción de trabajadores poco cualificados a tiempo parcial disminuyó en 2020 respecto a 2019, en 2020 podemos encontrar una mayor prevalencia de trabajadores de la salud técnicos más jóvenes (a diferencia de 2019) y que trabajan en zonas rurales. Si se observan las figuras 7.1 a 7.6, parece que hay alguna evidencia de este hecho. En diciembre de 2020, con respecto a enero de 2019, ha habido un incremento del número de profesionales de la salud en los tres países; sin embargo, también hay un mayor volumen de trabajadores asalariados con empleos no sanitarios de cualificación media/baja en el Canadá, México (mujeres) y los Estados Unidos. También parece haber un número creciente de trabajadores más jóvenes, mientras que las cohortes de mayor edad están abandonando el mercado, lo que podría estar relacionado con la elevada amenaza de infección entre las cohortes de mayor edad al principio de la pandemia. En general, la evidencia señala que los trabajadores asalariados en el sector de la salud y asistencial durante 2020 incluyen dos categorías: los trabajadores mejor pagados, cuya presencia conduce a un aumento de los ingresos en comparación con todos los trabajadores en 2019, y un conjunto de recién llegados con una combinación de características que les hace ganar un salario más bajo con respecto a los trabajadores que permanecieron en un empleo remunerado (con un análogo en 2019) después del inicio de la pandemia de COVID-19.

La técnica desarrollada por Ñopo (2008) desglosa de forma útil la diferencia de ingresos entre 2019 y 2020 que puede haber resultado del flujo de recién llegados sin análogo en 2019 al mercado laboral en 2020. Hasta ahora, las figuras 7.10

y 7.11 han utilizado la coincidencia uno a uno para eliminar las observaciones de 2019 que no tienen coincidencia en 2020; ahora, se puede extender la misma técnica para eliminar a los individuos de la muestra de 2020 que no tienen ningún análogo en 2019. El proceso de doble emparejamiento deja una muestra que se compone exclusivamente de aquellos que pueden emparejarse tanto hacia adelante como hacia atrás a lo largo de los periodos. La figura 7.13 presenta el promedio del salario por hora y los ingresos mensuales comparando las muestras de doble coincidencia entre enero de 2019 y diciembre de 2020. Es importante destacar que las estimaciones presentadas en la figura 7.13 solo sirven para comparar la evolución de los salarios entre mujeres y hombres (o, en general, entre dos muestras mutuamente excluyentes) para reconocer las diferencias salariales limpias de efectos de composición. Sin embargo, las verdaderas brechas salariales siguen siendo las que se basan en datos reales y que incluyen tanto la diferencia salarial entre mujeres y hombres como la derivada de los efectos de composición.

En la figura 7.13 se pueden ver las tendencias después de haber eliminado los efectos de composición a lo largo de los periodos. La figura 7.14 expone las brechas salariales medias por hora y por mes que resultan de la figura 7.13. Al igual que en la figura 7.12, las diferencias salariales se basan en calcular las brechas correspondientes a cada cuantil y tomar el promedio ponderado en estos cuantiles. La figura 7.13 demuestra que solo en el Canadá se produjo un aumento real de los salarios por hora y de los ingresos mensuales a lo largo del periodo. En México, después de controlar los efectos de composición, las tendencias muestran que en términos reales casi no hubo cambios ni para los hombres ni para las mujeres; es probable que la mayor parte de la variación sea el resultado de efectos estacionales. En el caso de los Estados Unidos, los salarios por hora y los ingresos mensuales reales se mantuvieron estables para las mujeres entre 2019 y 2020, y de hecho disminuyeron ligeramente para los hombres (de unos US\$ 32 brutos por hora en julio de 2019 a unos US\$ 29 brutos por hora en diciembre de 2020; en los ingresos mensuales el descenso pasó de aproximadamente US\$ 6000 brutos a US\$ 5400 brutos).

Utilizando los salarios basados en el doble ajuste, la figura 7.14 indica que en el Canadá la diferencia salarial por razón de género se mantiene bastante estable entre hombres y mujeres comparables antes de la COVID-19, al inicio de la pandemia y después; las fluctuaciones se deben principalmente a los cambios estacionales de los ingresos. En México, la brecha salarial entre hombres y mujeres también se mantuvo estable a lo largo del tiempo, con un efecto

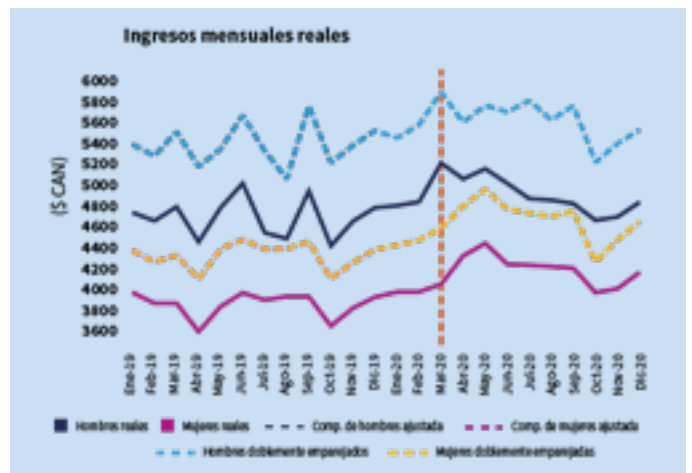
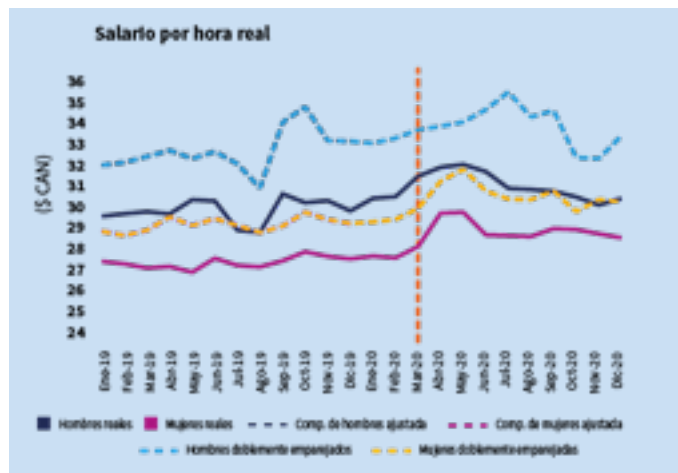
inicial al inicio de la COVID-19 que duró un periodo muy corto y fue impulsado en su totalidad por una caída de los ingresos entre los hombres en el sector de la salud y asistencial en abril/mayo de 2020. Este efecto puede ser fácilmente el resultado del pequeño tamaño de la muestra entre los hombres, mientras que las tendencias señalan que la brecha salarial de género se mantuvo estable a lo largo de 2019 y 2020, en torno al 15% en los salarios por hora y al 20% en los ingresos mensuales. En los Estados Unidos, las estimaciones revelan que, tras controlar los efectos de composición, la brecha salarial entre hombres y mujeres ha disminuido durante el periodo

2019-2020, con un descenso que se debe en su totalidad a la caída de los ingresos brutos medios reales de los hombres en el sector de la salud y asistencial. Sin embargo, observamos que, sin corregir los efectos de composición (figura 7.12), el descenso de la brecha salarial de género media por hora en los Estados Unidos se estimó que pasaría del 36% en 2019 al 21% en 2020. Cuando se corrigen los efectos de composición (figura 7.14), la disminución de la brecha salarial de género media por hora es más moderada, pasando del 36% en 2019 al 26% en 2020.

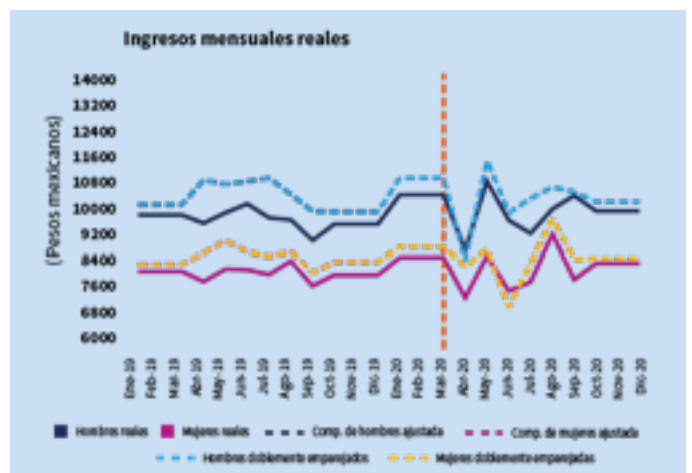
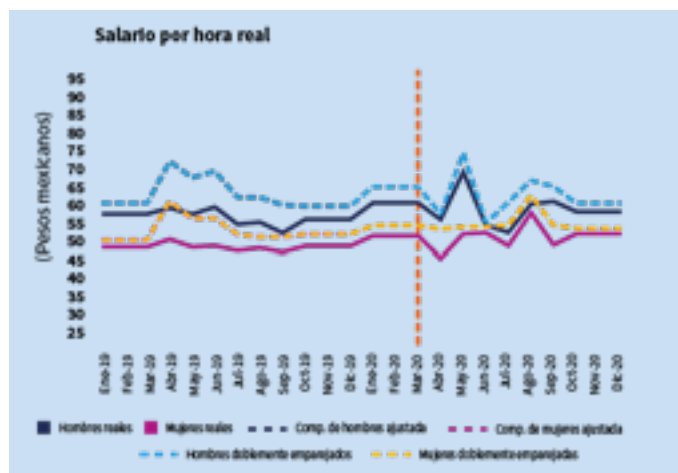
FIGURA 7.13

Tendencias de los ingresos comparadas con las tendencias ajustadas por los efectos de composición a lo largo de 2019 y 2020 en los empleados asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

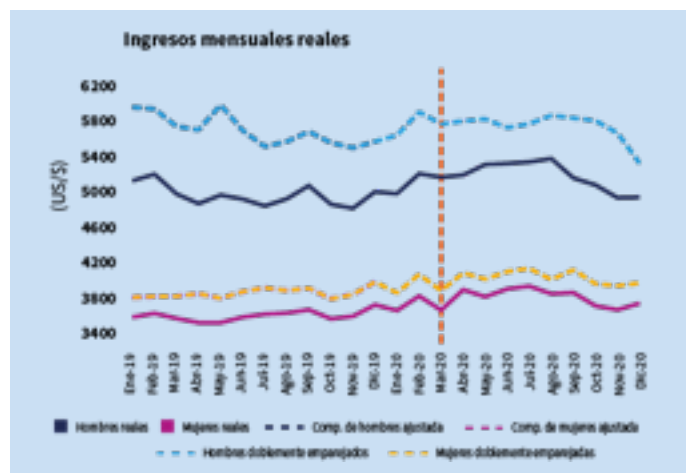
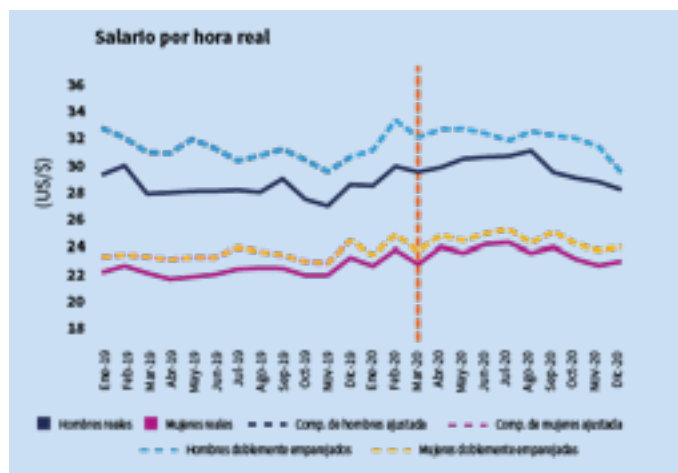
Canadá



México



Estados Unidos de América

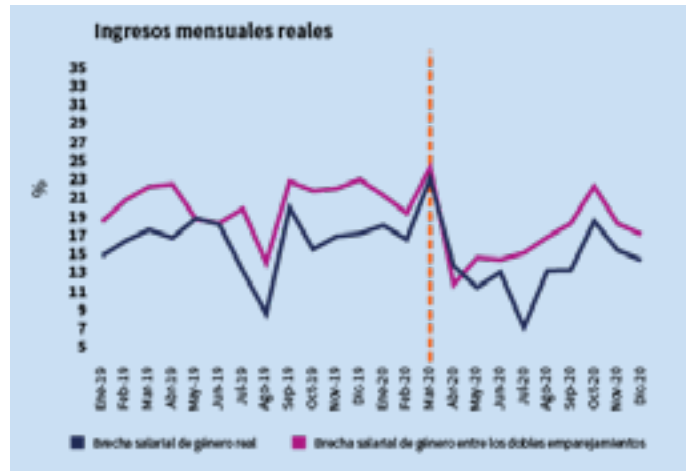


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

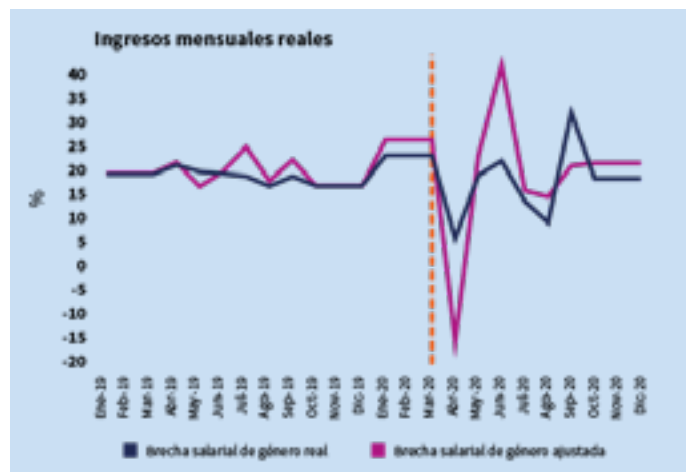
FIGURA 7.14

Tendencias de las brechas salariales de género, reales y ajustadas por los efectos de composición a lo largo de 2019 y 2020, en los empleados asalariados del sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020, países seleccionados

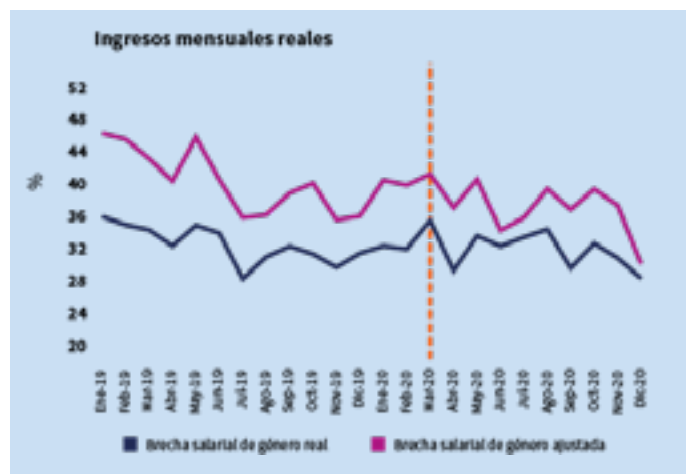
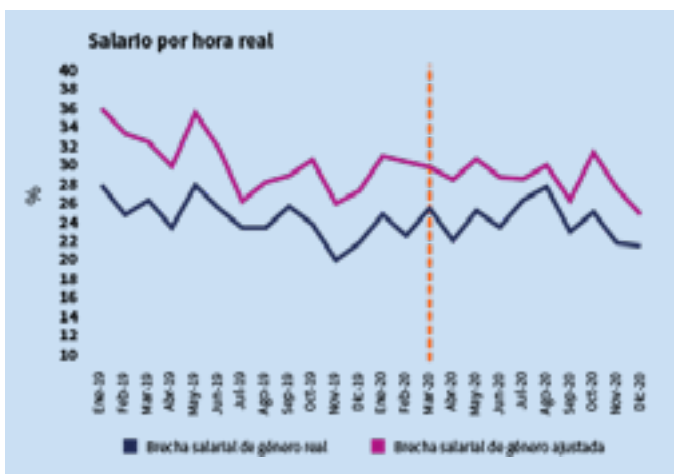
Canadá



México



Estados Unidos de América



Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

7.4 La pandemia de COVID-19 y los ingresos de los trabajadores con empleo formal e informal en el sector de la salud y asistencial: el caso de México

En la figura 7.8 se puede apreciar que en México el efecto de la pandemia de COVID-19 sobre el empleo ha sido diferente entre las mujeres y los hombres con empleos formales e informales, y se mostró particularmente adverso para las mujeres con empleos informales del sector de la salud y asistencial. El estudio del empleo y los ingresos en el mercado laboral de los países de ingresos bajos y medios no puede evitar el hecho de que una fracción importante de estos trabajadores opera en la economía informal. Aunque el sector de la salud y asistencial no parece ser un sector en el que la informalidad desempeñe un papel importante, los datos lo contradicen. En los países de ingresos bajos y medios, el empleo informal es una característica del sector de la salud y asistencial: como se destaca en la sección 5, en el caso de México, alrededor del 20% de los empleados asalariados de este sector tienen empleos informales (22% las mujeres y 17% los hombres).

La OIT calcula que, en todo el mundo, casi 1,6 millones de trabajadores de la economía informal se han visto considerablemente afectados por las medidas de confinamiento y/o trabajan en los sectores más perjudicados. En el primer mes de crisis, a nivel mundial, se estima que los trabajadores informales han sufrido una pérdida de ingresos del 60%, siendo África y América Latina las dos regiones donde las pérdidas habrían sido mayores. La pérdida de ingresos en los trabajadores de la economía informal, una población que depende de la generación de ingresos diarios para llegar a fin de mes, habría aumentado la pobreza relativa (definida como la proporción de trabajadores con ingresos mensuales inferiores al 50% de los ingresos medios) en casi 34 puntos porcentuales (a nivel mundial) en los trabajadores con empleo informal y sus hogares (Observatorio de la OIT, 2020c).

Aunque México es el único país de la muestra estudiada para el que disponemos de datos anteriores y posteriores a la COVID-19 donde se puede detectar la informalidad, sus estimaciones pueden aportar evidencia esclarecedora y políticamente relevante para entender el impacto de la COVID-19 en los ingresos de los empleados asalariados de la salud y asistencial en países con un grado importante de informalidad. En la figura 7.15 se aprecia la evolución de los salarios por hora reales y de los ingresos mensuales reales, comparando a las mujeres que tienen un empleo formal e informal por separado con los hombres que tienen un empleo formal e informal. Las figuras utilizan escalas

comparables para demostrar que las mujeres con empleo informal son el grupo con el salario por hora más bajo y los ingresos mensuales menores. Los cuatro grupos (mujeres, hombres, trabajadores formales y trabajadores informales) muestran un claro impacto de las interrupciones causadas por la COVID-19 al inicio de la pandemia. En cuanto a los salarios por hora, los cuatro grupos presentan efectos de composición; así, aunque parece que los salarios por hora se disparan repentinamente al inicio de la crisis sanitaria (abril/mayo de 2020), la figura 7.16 revela que los cuatro grupos, y en particular los trabajadores asalariados de la salud y asistencial en la economía informal, sufrieron pérdidas significativas en la masa salarial total para abril/mayo de 2020. Los hombres con empleo formal experimentaron un descenso del 48% en la masa salarial total real; el número de mujeres con empleo formal descendió un 29%; el número de hombres con empleo informal se redujo en un 58% en junio de 2020; y las mujeres con empleo informal tuvieron una caída del 62% en mayo de 2020. Y mientras que los hombres y las mujeres con empleo formal parecen haber recuperado todo el volumen de la masa salarial total (real) en diciembre de 2020, no fue así para las mujeres y los hombres con empleo informal en el sector de la salud y asistencial. Su masa salarial total real en diciembre de 2020 era un 10% menos que en enero de 2019 en el caso de los hombres con empleo informal en el sector, y un 15% menos para las mujeres. Estas estimaciones son, por tanto, coherentes con las proyecciones sobre la pérdida total de ingresos en los trabajadores de la economía informal publicadas por la OIT en mayo de 2020. Así pues, se señala un posible aumento de la pobreza relativa entre los hogares con trabajadores asalariados que formaban parte del personal de salud y asistencial en México al producirse el brote y durante el inicio de la pandemia de COVID-19. La comparación de la figura 7.15 con la figura 7.16 muestra posibles efectos de composición al considerar la población pre-COVID-19 con la posterior al inicio de la pandemia y a lo largo de 2020.

La figura 7.17 ofrece las tendencias de cada una de las ocho series con los efectos de composición eliminados mediante el enfoque de doble coincidencia (como se describe en la figura 7.13). Así, en la figura 7.17 se observa que no hay efectos de composición importantes ni en el empleo formal ni en el informal, y que las variaciones observadas en el tiempo se deben muy probablemente a ajustes estacionales del mercado laboral. Según la figura 7.18, al inicio de la pandemia de COVID-19 la diferencia salarial formal e informal varía durante los dos o tres primeros meses (con las diferencias salariales estimadas mediante la misma técnica de

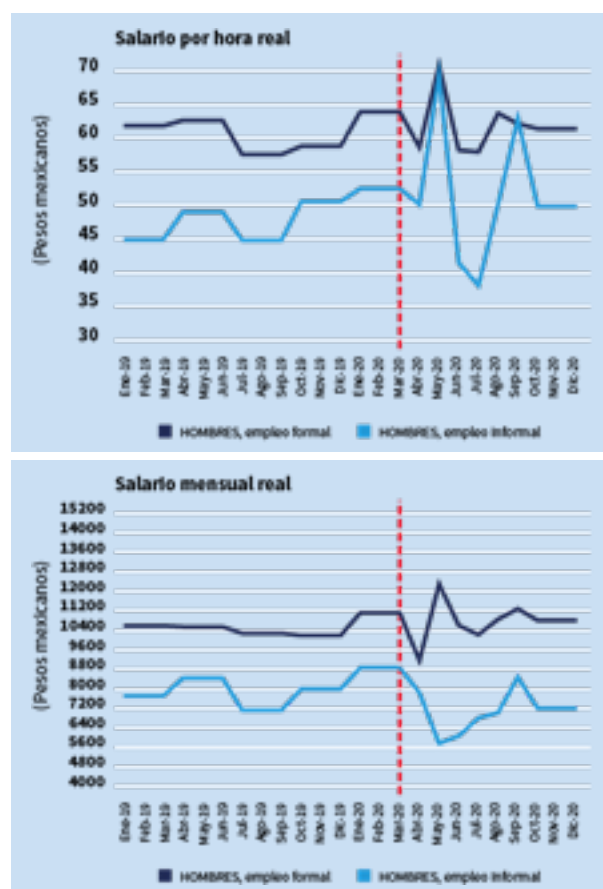
agregación cuantil empleada en la figura 7.13). En general, las tendencias muestran que las diferencias salariales disminuyeron entre los trabajadores asalariados con empleos formales e informales en el sector de la salud y asistencial, aunque esto puede no ser inmediatamente visible en las figuras debido al efecto de escala de la brecha en el momento del brote de COVID-19. Sin embargo, un examen más detallado de estas estimaciones revela que la brecha salarial por hora entre los hombres con empleo formal y los hombres con empleo informal se redujo del 29% en enero de 2019 al 21% en diciembre de 2020; se observan resultados similares en el caso de las mujeres y los salarios por hora (la brecha salarial formal-informal en los salarios por hora disminuyó entre las mujeres del 46% al 33%) y en los ingresos mensuales para las mujeres (la brecha

salarial formal-informal en los ingresos mensuales en el sector de la salud y asistencial bajó del 64% al 60% entre enero de 2019 y diciembre de 2020). Mientras tanto, la diferencia de ingresos mensuales entre los hombres con empleo formal y los hombres con empleo informal aumentó del 39% al 53%. Este análisis pone de relieve la doble penalización a la que se enfrentan las mujeres con empleo informal respecto a otros trabajadores asalariados de la economía: de hecho, un examen más detallado de los datos muestra que, en diciembre de 2020, las mujeres con empleo asalariado informal en el sector de la salud y asistencial ganaban un 53% menos de salario por hora en comparación con todos los hombres (independientemente de su situación de formalidad) en el sector de la salud y asistencial.

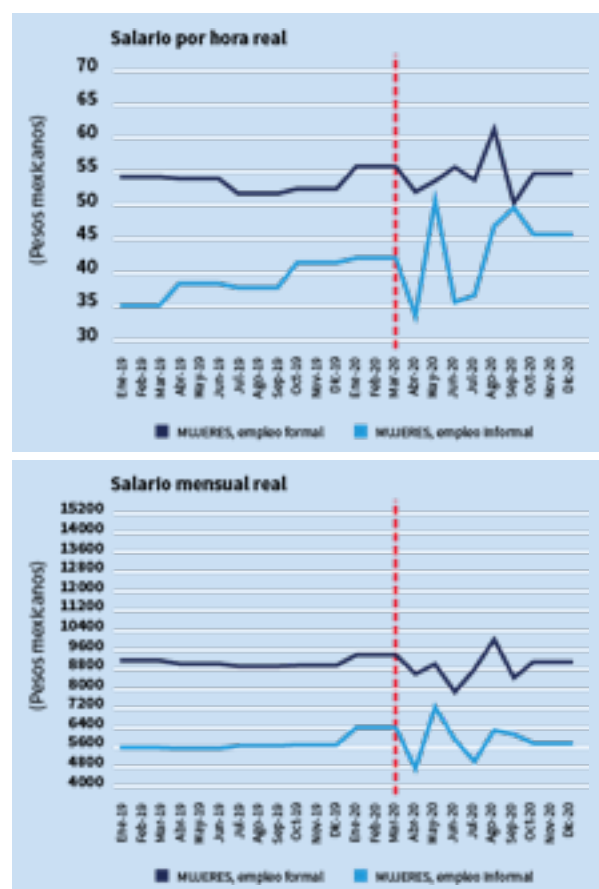
FIGURA 7.15

Tendencias de los ingresos en el sector de la salud y asistencial en México, comparando los trabajadores con empleo formal e informal, por género, de enero de 2019 a diciembre de 2020

HOMBRES



MUJERES

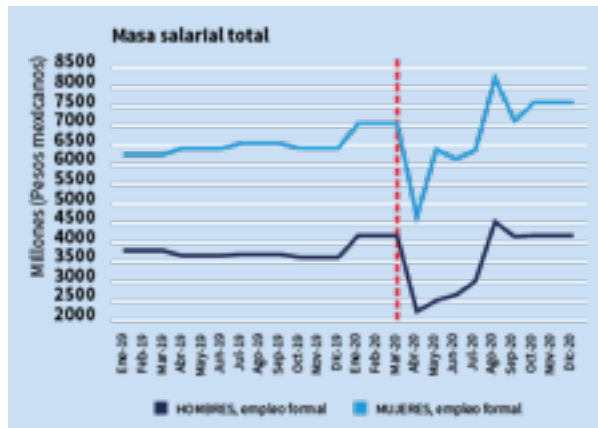


Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

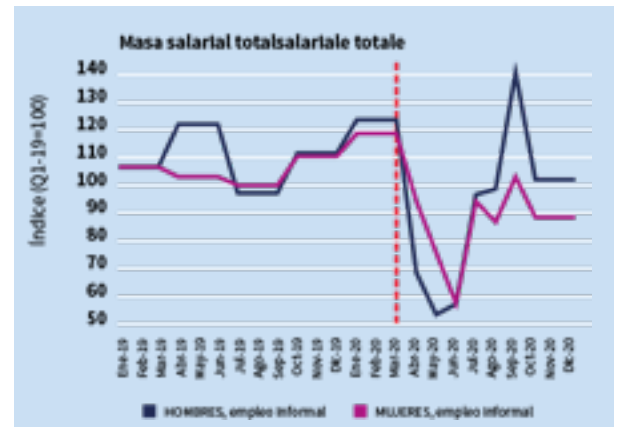
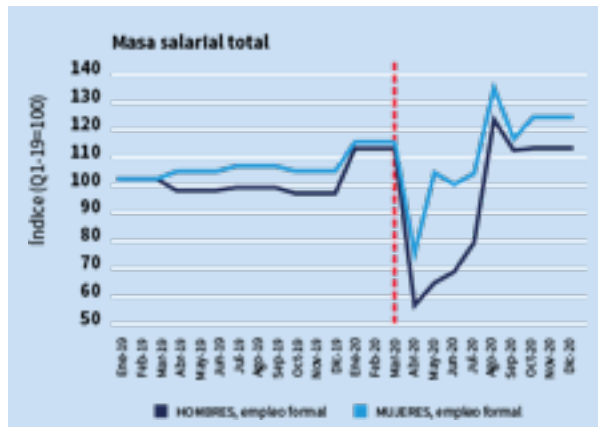
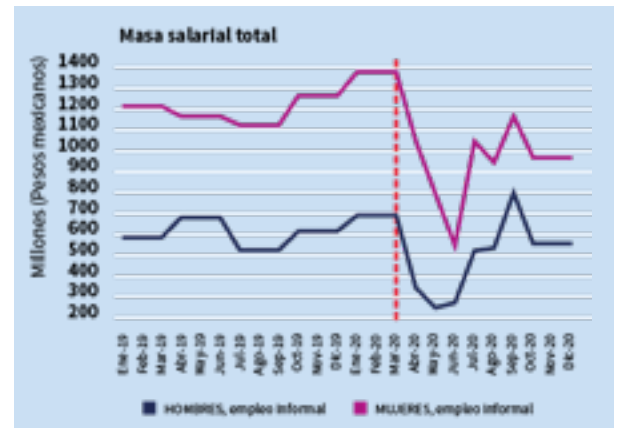
FIGURA 7.16

Gasto en sueldos total en México, comparando el empleo formal e informal, y las mujeres con los hombres, en el sector de la salud y asistencial, de enero de 2019 a diciembre de 2020

EMPLEO FORMAL



EMPLEO INFORMAL



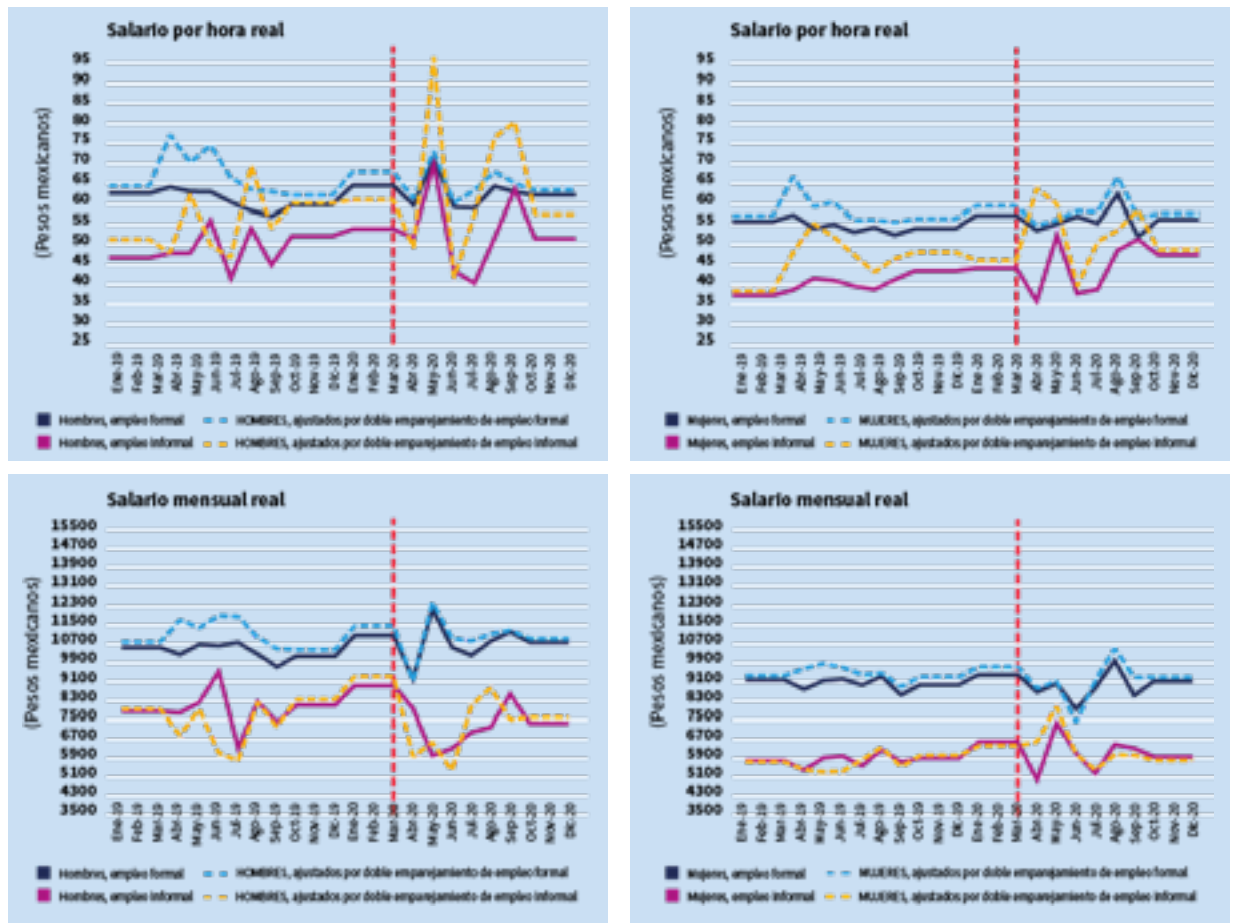
Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

FIGURA 7.17

Tendencias de los ingresos en el sector de la salud y asistencial en México, comparando los trabajadores con empleo formal e informal, por género, controlando los efectos de composición, de enero de 2019 a diciembre de 2020

HOMBRES

MUJERES



Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

FIGURA 7.18

Brechas salariales entre empleados asalariados formales e informales en el sector de la salud y asistencial en México, controlando los efectos de composición (doble coincidencia), de enero de 2019 a diciembre de 2020

HOMBRES FORMAL - INFORMAL

MUJERES FORMAL - INFORMAL



Fuente: Estimaciones de la OIT/OMS.

El camino hacia la reducción de las desigualdades salariales entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial

¿Cuáles son las principales consideraciones políticas que este informe plantea? El informe ha dejado claro que la eliminación de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial beneficiaría al personal de la salud, pero también ha demostrado que reduciría la brecha salarial de género general en la economía mundial. Esta sección final trata las principales consideraciones de política que se desprenden de este informe.

- En primer lugar, la comunidad mundial debe recopilar y analizar los datos salariales específicos del sector con la frecuencia suficiente para poder evaluar oportunamente las condiciones de trabajo del personal de la salud y asistencial, incluido el seguimiento de las diferencias salariales entre hombres y mujeres dentro del sector.
- En segundo lugar, invertir en garantizar la decencia de las condiciones laborales en los empleos de la salud y asistenciales (incluida la formalización de los puestos de trabajo informales del sector) contribuiría a que este sector fuera más resistente y, en particular, capaz de satisfacer la creciente demanda mundial de servicios de la salud y asistenciales propiciada por el envejecimiento de la población.
- En tercer lugar, para tratar la parte explicada de la diferencia salarial por razón de género, tenemos que reducir la segregación entre hombres y mujeres (tanto la segregación horizontal como la vertical) en el empleo del sector de la salud y asistencial. Esto puede lograrse instituyendo políticas capaces de alcanzar los objetivos siguientes: atraer a más hombres a las categorías ocupacionales de nivel medio en el sector de la salud y asistencial; promover la formación y la igualdad de oportunidades para la movilidad ascendente de las trabajadoras de la salud y asistencial; crear conciencia sobre las carreras CTIM para adolescentes y mujeres mediante la organización de ferias de empleo relacionadas; e invertir en programas CTIM dirigidos a mujeres y adolescentes, en particular mediante la promoción de pasantías y asesoramiento profesional. Otras intervenciones políticas que también pueden ayudar a reducir la parte explicada de la brecha salarial en el sector son: normalizar las condiciones laborales entre mujeres y hombres con respecto a los contratos de trabajo (p. ej., hacer que los contratos sean indefinidos); formalizar los empleos informales; y la promoción de convenios colectivos.
- Por último, es necesario promover la transparencia salarial, establecer instrumentos jurídicos contra la discriminación salarial y cambiar las normas y estereotipos culturales de género; todas estas medidas pueden ser herramientas eficaces para reducir la parte no explicada de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial.

El brote de COVID-19 en el primer trimestre de 2020 puso de relieve la importancia de contar con sistemas de la salud y asistenciales nacionales resilientes que sean capaces de responder tanto a la actual pandemia de COVID-19 como a posibles crisis futuras. Los trabajadores de la salud y asistenciales, en su mayoría mujeres, constituyen la columna vertebral del sector de la salud y asistencial; por tanto, para lograr unos sistemas de la salud y asistenciales fuertes y resistentes es necesario garantizar unas condiciones de trabajo dignas para ellos, incluidos unos salarios decentes acordes con

los riesgos que asumen y el valor incomparable que su trabajo aporta a nuestras sociedades. Los riesgos que corren a diario los trabajadores de la salud y asistenciales quedan claramente expuestos al observar sus resultados de COVID-19: las estimaciones indican que alrededor del 12,5% de todas las infecciones por el SARS-CoV-2, en el periodo comprendido entre marzo y julio de 2020, se produjeron entre los trabajadores de la salud y asistenciales, y las estimaciones de las muertes de estos trabajadores en todo el mundo oscilan entre 80 000 y 180 000 (OMS, 2021). Tanto si están

directamente infectados como si no, las presiones y los riesgos sin precedentes que la pandemia actual ha supuesto para los trabajadores de la salud probablemente tengan efectos a largo plazo en su salud física y mental (OIT, 2020e).

Dada la inestimable contribución de los trabajadores de la salud y asistenciales a nuestras sociedades, cabe preguntarse por qué los trabajadores de este sector ganan por lo general salarios inferiores a la media nacional. Según un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound, 2011), en Europa los trabajadores del sector de la salud y asistencial perciben salarios inferiores a la media de los demás trabajadores de la economía como resultado de dos hechos combinados: en primer lugar, los trabajadores no cualificados o poco cualificados del sector de la salud y asistencial suelen ganar el salario mínimo o el nivel básico acordado colectivamente, mientras que los trabajadores altamente cualificados del sector ganan por debajo de la media de su país para un nivel de cualificación equivalente. Este último hecho se ha corroborado con evidencia empírica en la sección 5, no solo para Europa sino en todas las regiones y países de los que se dispone de datos. Además, el informe de Eurofound destaca la elevada incidencia de los contratos precarios, los horarios de trabajo irregulares, las limitadas oportunidades de ascenso y diversas disparidades de género existentes en el sector de la salud y asistencial. Estos diversos factores combinados contribuyen a obstaculizar la contratación, sobre todo de hombres, y la retención (en particular de mujeres cualificadas que tienen dificultades para conciliar las exigencias del sector con la vida familiar) de los trabajadores del sector (Pillinger, 2010). Esto, junto con el importante grado de segregación ocupacional por género en el sector, contribuyen a la persistencia de la brecha salarial de género entre los trabajadores de la salud y asistenciales; además, el alto grado de feminización del sector, con unos ingresos medios inferiores a los de otros sectores, también favorece la persistencia de la diferencia salarial entre hombres y mujeres a nivel nacional.

La compleja interacción de factores que subyacen a la brecha salarial de género, y el hecho de que los países difieren en sus composiciones de género y características del mercado laboral, implican que las políticas y medidas emprendidas para reducir la diferencia salarial por razón de género variarán según el contexto de cada país. No obstante, las conclusiones empíricas de este informe empiezan a arrojar luz sobre lo que podría reducir la diferencia salarial entre hombres y mujeres en el sector de la salud y asistencial.

8.1 Consideraciones de política

1: Datos salariales específicos y desglosados por sexo para el sector de la salud y asistencial

Este informe ofrece evidencia empírica sobre los salarios de las mujeres y los hombres en el sector de la salud y asistencial para 54 países. Aunque estas estimaciones no pueden representar con plena certeza la totalidad de los trabajadores de la salud a nivel mundial, sí aportan pruebas sólidas de que las diferencias salariales entre hombres y mujeres son un problema estructural en el sector de la salud y asistencial, que requiere atención e intervención. Independientemente de que un país se encuentre o no en el grupo de los 54, **la utilidad de los datos examinados en el presente informe debería demostrar a los responsables políticos de cada país la necesidad de recopilar y analizar los datos salariales específicos del sector.** En función del contexto del país, es posible que no sea necesario recoger datos con una frecuencia tan elevada como la de la EPA anual; sin embargo, los datos aplicables deben recopilarse con la frecuencia suficiente para permitir la evaluación oportuna de las condiciones de trabajo de las mujeres y los hombres en el sector de la salud y asistencial, incluido el seguimiento de la brecha salarial de género.

Hay dos razones principales por las que es necesario obtener datos concretos del sector, como los de las Cuentas Nacionales del Personal de Salud, sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y asistenciales. En primer lugar, los datos de las encuestas que abarcan todos los sectores de la economía —como las encuestas utilizadas en este informe— no pueden contemplar las especificidades de las condiciones de trabajo y la dinámica de género en el sector de la salud y asistencial, incluidos los factores que pueden ser cruciales para determinar las diferencias salariales entre mujeres y hombres. Por ejemplo, una encuesta realizada en Austria entre 1000 trabajadores del sector de la salud reveló que los altos niveles de satisfacción intrínseca y las motivaciones altruistas les hacían seguir trabajando en el sector. Esto es así a pesar de que una quinta parte de los encuestados declaró estar extenuado emocional y físicamente y sentirse en riesgo de padecer agotamiento, lo que explica el importante grado de rotación de personal en el sector (Krenn, 2010). Estos resultados de actitud y comportamiento podrían explicar las diferentes representaciones de las mujeres y los hombres en el sector de la salud, y también podrían aportar información sobre la parte no explicada de la diferencia salarial entre hombres y mujeres que se analiza en las secciones 4 y 5. La

segunda razón que explica la importancia de las encuestas sectoriales para el sector de la salud y asistencial es que las encuestas generalizadas de ámbito nacional, aunque son representativas, suelen tener un tamaño reducido. Una vez seleccionado el sector de la salud y asistencial, el tamaño de la muestra restante (en particular el volumen de la muestra de hombres) puede no ser lo suficientemente grande como para obtener estimaciones válidas desde el punto de vista estadístico. De hecho, este fue el caso con algunas de las estimaciones presentadas en este informe, particularmente cuando las estimaciones dividen la población encuestada en deciles.

Otra razón por la que la recopilación periódica de datos sobre el sector de la salud y asistencial sería beneficiosa para el sector y la sociedad es que se trata de uno de los sectores de más rápido crecimiento en todo el mundo. Con el envejecimiento de la población, especialmente en el hemisferio norte, la demanda de trabajadores en todas las categorías ocupacionales del sector aumentará considerablemente en un futuro próximo (Buchan et al., 2017). Abordar las condiciones de trabajo y los déficits de personal mediante evidencia empírica concreta (en particular para evaluar las desigualdades de género, incluidas las brechas salariales de género) podría contribuir a aumentar el atractivo del sector y a reducir el movimiento de personal, aumentando así el rendimiento de las inversiones que el sector realiza en sus trabajadores. No cabe duda de que esto fomentaría el fortalecimiento de los sectores de la salud y asistencial en todos los países.

2: Trabajos decentes en el sector de la salud y asistencial

Como ya se ha señalado, la creciente demanda de servicios de la salud y asistenciales se debe en parte al envejecimiento de la población en los países de ingresos altos. Además, existe un importante potencial para aumentar la oferta de servicios de salud y asistenciales en los países donde las necesidades existentes son mayores. El sector representa un área importante de oportunidades, que puede generar más empleo formal, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la inversión en el sector de la salud y asistencial es relativamente baja en la actualidad (Stenberg et al., 2019).

De hecho, se calcula que hoy en día existe un déficit de 15 millones de trabajadores de la salud y una escasez mundial proyectada de 10 millones en 2030 teniendo en cuenta las tendencias actuales (Boniol et al., 2022). La evidencia empírica en este informe ha demostrado que el sector de la salud y asistencial es un ámbito altamente feminizado,

donde la brecha salarial de género está claramente marcada por la segregación ocupacional. Y aunque las mujeres parecen soportar de forma desproporcionada el resultado de unas peores condiciones de trabajo (de ahí la importancia de la parte explicada de la diferencia salarial entre hombres y mujeres que se analiza en la sección 5), la remuneración inferior a la media del sector y las condiciones de trabajo deficientes y estresantes reducen también el atractivo del sector para los hombres. El informe también indica que las trabajadoras del sector de la salud y asistencial están potencialmente sujetas a la brecha de la maternidad, lo que agrava el problema de la conciliación de la vida laboral y personal de una parte importante de los trabajadores del sector.

Estas carencias, que son muy evidentes en el sector de la salud y asistencial, ponen de manifiesto las importantes contribuciones que podrían hacer diversos tipos de inversiones en el sector y en la economía en general. Entre ellas se encuentran: el fomento y la protección de los derechos y mecanismos de negociación colectiva; subvencionar la educación y la formación, así como los salarios, en el sector; abordar las malas condiciones de trabajo; y generar un diálogo social sobre los derechos laborales y de género. Estas inversiones podrían ayudar a resolver algunos de los retos a los que se enfrenta el sector, haciéndolo así más atractivo para las generaciones actuales y futuras de trabajadores.

3: Diálogo social

Durante la pandemia de COVID-19, se han registrado muchas protestas o huelgas laborales, así como la aparición de otros movimientos sociales. Algunos ejemplos demuestran que la negociación colectiva puede mejorar las condiciones laborales y hacer que el sector de la salud y asistencial sea mucho más atractivo para sus trabajadores. Tomemos, por ejemplo, el caso de Bélgica, donde el Ministerio Federal de Asuntos Sociales y Salud mantuvo consultas con la sociedad civil y otros interlocutores entre 2008 y 2011, que culminaron en un plan con cuatro áreas de acción encaminadas a hacer más atractivo el sector de la enfermería para mujeres y hombres. Entre ellas figuraban: la reducción de la carga de trabajo; ofrecer más oportunidades para mejorar las cualificaciones profesionales y participar en iniciativas de aprendizaje permanente; aumentos de la remuneración, como el aumento de los pagos por horas de trabajo no estándar; y una campaña pública destinada a mejorar el perfil de la enfermería como carrera.

En Europa, los interlocutores sociales del sector de la salud y asistencial, entre ellos la Federación

Europea de Sindicatos de Servicios Públicos (EPSU) y la Asociación Europea de Empleadores de Hospitales y Centros de Salud (HOSPEEM), han dado prioridad a algunas de las cuestiones mencionadas anteriormente, y han establecido programas de trabajo que les comprometen a: promover la aplicación de los principios y la legislación en materia de igualdad; mejorar las prácticas de contratación y retención, en particular para reducir las desigualdades de género en el sector hospitalario; abordar los desajustes de competencias y fomentar la actualización periódica de las mismas; analizar más a fondo cómo la organización de los sistemas de salud influye en las condiciones de trabajo en el sector hospitalario; estudiar cómo ampliar las medidas de conciliación de la vida laboral y personal; e integrar a los trabajadores migratorios en la fuerza de trabajo.⁶³

En general, el diálogo social, la sindicalización y la cobertura de los convenios colectivos han sido algo más intensos en el sector de la salud y asistencial comparado con otros sectores. La causa principal ha sido la alta incidencia del empleo público en el sector. Más recientemente, a medida que el sector privado ha empezado a desempeñar un papel cada vez más importante en la prestación de servicios de la salud y asistenciales (incluida una mayor prevalencia de las prácticas de contratación externa en el sector) el diálogo social para hacer frente a los déficits del sector (en particular las desigualdades de género) ha adquirido una importancia cada vez mayor (Dube y Kaplan, 2010).

Además, al igual que la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto los riesgos inherentes al trabajo en el sector de la salud y asistencial, también ha mostrado el peligro que supone para los trabajadores formar parte de un denominado «sector estratégico». Conforme el sector de la salud y asistencial trataba de responder a la pandemia, los logros alcanzados anteriormente mediante el diálogo social y los convenios colectivos se han visto superados por la aparente urgencia de la situación. Este fue el caso, por ejemplo, de Ontario (Canadá), en marzo de 2020. El gobierno provincial anunció la suspensión de las limitaciones a la redistribución del personal establecidas en los convenios colectivos con el fin de cubrir los puestos esenciales de COVID-19 para garantizar la plena disponibilidad de los recursos y servicios de

salud que trabajan a fin de evitar la propagación de la enfermedad.⁶⁴

4: Abordar la parte explicada de la brecha salarial de género con la ampliación de la educación, el fomento de la experiencia y la reducción de la segregación ocupacional

Nuestra descomposición de la brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial mostró que parte de esta diferencia puede explicarse por las diferencias en los atributos del mercado laboral entre hombres y mujeres, con especial énfasis en la segregación ocupacional, la antigüedad y el hecho de que las mujeres tienen más probabilidades de ocupar empleos con condiciones laborales desfavorables, es decir, son más proclives a trabajar a tiempo parcial, o a trabajar en el sector privado situado en el extremo inferior de la distribución salarial. En particular, la edad parece ser un factor importante. En la sección 5 se ha visto cómo, utilizando los países para los que tenemos datos, podemos atribuir el 7% de la diferencia salarial entre hombres y mujeres a la mayor antigüedad de los hombres (es decir, a la edad) con respecto a las mujeres. Los trabajadores de mayor edad de cualquier sexo cobran más que los más jóvenes en el sector de la salud y asistencial, y dentro de los cuantiles parece haber una tendencia a que los hombres sean mayores que las mujeres en casi todos los países.

Además, en el sector de la salud y asistencial, los puestos de trabajo mejor pagados están directamente vinculados a las carreras CTIM, donde las mujeres tienen menos probabilidades de estar representadas (OCDE, 2019; Stoet y Geary, 2018). Los datos de la sección 5 apuntan a una reducción de la brecha generacional en las carreras CTIM entre las mujeres y los hombres del sector sanitario y asistencial; es decir, en los deciles inferiores de la distribución salarial, las mujeres y los hombres son más jóvenes, pero también parece haber una mayor fracción de mujeres, en comparación con los hombres, en las categorías ocupacionales superiores. Esto significa que los médicos más jóvenes, que se encuentran en deciles inferiores a los médicos más veteranos, tienen más probabilidades de ser mujeres que hombres; se observa que este hallazgo se mantiene en todos los países y regiones, excepto en unos pocos países donde las mujeres están

⁶³ Véanse, por ejemplo, los programas e iniciativas destinados a reforzar el diálogo social en el sector hospitalario que tuvieron lugar en el este, el sur y el centro de Europa durante 2019-2021: [HOSPEEM-EPSU Project 2019-2021 on Strengthening social dialogue in the hospital sector - HOSPEEM](#) (Proyecto HOSPEEM-EPSU 2019-2021 sobre el refuerzo del diálogo social en el sector hospitalario - HOSPEEM).

⁶⁴ [Ontario Takes Extraordinary Steps to Ensure Health Care Resources are Available to Contain COVID-19 | Ontario Newsroom; New Developments in Ontario Health Care due to COVID-19 \(torikinmanes.com\)](#). Ontario toma medidas extraordinarias para garantizar la disponibilidad de recursos de salud destinados a contener la COVID-19 | Sala de prensa de Ontario; Novedades en la atención de la salud de Ontario debido a la COVID-19 ([torikinmanes.com](#)).

infrarrepresentadas en general en el empleo asalariado.

Con el tiempo, las mujeres jóvenes que ahora están en el mercado laboral deberían acumular antigüedad y alcanzar niveles salariales más altos en igualdad con los hombres. Esta evolución puede fomentarse mediante la aplicación de políticas que promuevan la igualdad entre mujeres y hombres en cuanto a la conciliación de la vida laboral y personal. Al igual que en todos los sectores, pero especialmente en el sector de la salud y asistencial, también es importante seguir concienciando a las jóvenes y a las mujeres sobre las carreras CTIM, organizando ferias de empleo relacionadas e invirtiendo en programas dirigidos a las mujeres y a las niñas, especialmente a través del fomento de las prácticas CTIM y la orientación profesional (G20, 2018).

Aparte de la ocupación y la antigüedad, la sección 5 puso de manifiesto que en varios países los hombres tienen más dotaciones que son mejor recompensadas por el mercado laboral en el sector de la salud y asistencial, dentro de los cuantiles, en comparación con las mujeres. Se incluyen factores como: trabajar a tiempo completo en lugar de a tiempo parcial; tener un contrato indefinido en vez de uno temporal; ser nacional y no migrante (para América Latina, Suiza y los Estados Unidos); ser blanco antes que no blanco (Estados Unidos); trabajar en una empresa con algún tipo de convenio colectivo, en lugar de sin ningún tipo de convenio colectivo (países de Europa excepto Suiza y Turquía, donde no se observa la variable); y, mantener un empleo formal en comparación con el empleo asalariado en la economía informal (para los países de África, América Latina, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, excepto Australia, donde no se distingue el indicador «formal»).

A excepción de los factores «migrante» y «raza», todos los demás factores reflejan las condiciones de trabajo en el mercado laboral. El hecho de que estos otros factores actúen como una prima salarial para los ingresos de los hombres muestra que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de ocupar puestos de trabajo con mayores déficits en términos de condiciones laborales, y que son empleos asociados a un salario medio y por hora más bajo. Por ejemplo, en el caso de Europa, las estimaciones de la sección 5 indican que la suma de todos estos factores explica un asombroso 13% de la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial. En gran medida, las condiciones de trabajo desfavorables que se vinculan a una menor remuneración de las mujeres en comparación con los hombres también están

asociadas a la segregación ocupacional. Como se señala en la sección 4, las ocupaciones sanitarias técnicas (que incluyen la enfermería y la partería, donde predominan las mujeres) están mucho más sujetas al empleo a tiempo parcial en el sector privado.

Es evidente que se necesita reducir la segregación ocupacional. Una estrategia para ello es atraer a más hombres a las categorías ocupacionales medias del sector sanitario y asistencial; generar este atractivo empieza claramente por mejorar las condiciones de trabajo (generales) de todos los trabajadores sanitarios y asistenciales, incluidos los ingresos que obtienen las mujeres y los hombres en los empleos clasificados como técnicos y de cualificación media en el sector. Ahora bien, aunque algunas pruebas apuntan al aumento del número de hombres en las profesiones de enfermería, varios artículos publicados en los últimos cinco años exponen que, a medida que los hombres aumentan su incidencia en la enfermería, la brecha salarial entre las mujeres y los hombres enfermeros está empezando a crecer (Punshon et al., 2019).

5: Abordar la parte no explicada de la brecha salarial de género contrarrestando la infravaloración de los sectores altamente feminizados y mejorando la conciliación de la vida laboral y personal para lograr la paridad de género en el lugar de trabajo

A pesar de que parte de la brecha salarial de género puede atribuirse a las diferencias de edad, la segregación ocupacional y las condiciones de trabajo de las mujeres con respecto a los hombres, las estimaciones de las secciones 4 y 5 mostraron que, en el sector de la salud y asistencial, al igual que en el resto de la economía (véase OIT, 2018a), gran parte de la diferencia salarial por razón de género sigue sin explicarse. Esto significa que las mujeres obtienen menores rendimientos en comparación con los hombres que tienen una combinación similar de dotaciones. Al agregar los 54 países de los que tenemos datos para generar nuestra mejor aproximación a una cifra mundial, descubrimos que la brecha salarial de género desaparecería casi por completo si se abordara la parte no explicada. A nivel mundial, la brecha salarial entre hombres y mujeres se reduciría de alrededor del 25% a menos del 5%; la parte no explicada varía según las regiones, desde un 13% en el caso de Europa hasta un 43% en el caso de las Américas.

La parte no explicada de la brecha salarial entre hombres y mujeres observada en el país puede explicarse, en parte, por el hecho de que los sectores altamente feminizados tienden a recibir

salarios medios más bajos, de modo que la concentración de mujeres en sectores mal pagados aumenta el salario medio entre las mujeres y en la población. Este dato comprende la contribución de los sectores altamente feminizados a la brecha salarial de género general (no explicada) (Grimshaw y Rubery, 2015:vi). Este argumento se debilita ligeramente cuando se comparan los ingresos de mujeres y hombres en el marco de un sector: queda claro que las mujeres ocupan categorías ocupacionales inferiores y trabajos menos remunerados en el sector debido a sus características. Pero, ¿cuál sería la causa de la parte no explicada?

Por un lado, la documentación atribuye parte del componente no explicado a la «discriminación» contra las mujeres en relación con los hombres. Esta discriminación se produce cuando las mujeres cobran menos que los hombres por el mismo trabajo o un trabajo de igual valor. La discriminación salarial directa puede darse cuando dos trabajos tienen la misma función, pero reciben títulos diferentes, como «chef» para los hombres frente a «cocinera» en el caso de las mujeres. Por el contrario, la discriminación salarial indirecta ocurre cuando las mujeres reciben una remuneración inferior a la de los hombres por un trabajo de igual valor, es decir, el trabajo puede diferir en cuanto a las tareas y responsabilidades que conlleva, los conocimientos y las habilidades requeridas, el esfuerzo que supone y/o las condiciones en las que se lleva a cabo, y sin embargo tiene el mismo valor. Los principios de igual remuneración, y de igual remuneración por trabajo de idéntico valor, se recogen en el Convenio de Igualdad de Remuneración, 1951 (Convenio 100). Y son ampliamente aceptados: el Convenio 100 es uno de los convenios laborales más ratificados, con 173 países de los 189 Estados Miembros de la OIT firmantes del Convenio a partir de 2021.

La discriminación salarial, ya sea directa o indirecta, puede atajarse eficazmente con instrumentos de política que fomenten la transparencia salarial, en aplicación conjunta con un marco jurídico que establezca sanciones vinculantes contra quienes discriminan en materia de retribución en el lugar de trabajo. Muchos países están aplicando una legislación nacional que prohíbe pagar menos por un trabajo igual o de igual valor. Sin embargo, aunque la mayoría de los países han promulgado leyes para hacer frente a la discriminación de género en la remuneración, solo el 40% de todos los países han incorporado el principio completo de «igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor»,

como se establece en el Convenio 100. Muchos se centran, en cambio, en el principio más restringido de «igual salario por trabajo igual» (Grupo Banco Mundial, 2018; Oelz et al., 2013).

En cualquiera de los dos casos (ya sea aplicando el principio completo de igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor, o solo el de igual remuneración por trabajo igual), la aplicación efectiva del marco jurídico requiere la transparencia salarial entre mujeres y hombres en el lugar de trabajo. Por ejemplo, desde principios de 2018, Alemania obliga a las empresas con 200 o más empleados asalariados a divulgar los ingresos de sus empleados si así lo solicita al menos uno de ellos. Estos instrumentos, que se han aplicado recientemente en Francia, Islandia, Alemania, el Canadá, España y el Reino Unido, por mencionar algunos, permiten la simetría de la información entre trabajadores y empleadores. De este modo, se obtiene la información necesaria para poder aplicar eficazmente el marco jurídico de cada país.

Las auditorías de igualdad de remuneración de las empresas son otro instrumento importante para ayudar a reducir la parte no explicada de la brecha salarial de género, también en el sector sanitario y asistencial. En Suiza, los empleadores con 50 o más trabajadores que deseen participar en licitaciones públicas están obligados a realizar auditorías salariales de género y a demostrar que la brecha salarial entre hombres y mujeres es inferior al 5%. Para animar a los empleadores a cumplir la ley, la Oficina Federal Suiza para la Igualdad de Género desarrolló y puso a disposición de forma gratuita una herramienta de autoevaluación en línea (Logib) (OIT, 2018a:78). Esta oficina también ha diseñado una herramienta alternativa para que los lugares de trabajo de menos de 50 empleados asalariados realicen auditorías salariales internas similares (no obligatorias). En última instancia, estas leyes proactivas, y las herramientas que ayudan a su aplicación, permiten tanto a los empleadores como a los empleados obtener información que puede no haber sido inmediatamente observable.

En resumen, la transparencia y los instrumentos jurídicos contra la discriminación salarial pueden ser herramientas eficaces para reducir la parte no explicada de la disparidad salarial por razón de género. Esto se aplica especialmente al sector sanitario y asistencial, que suele funcionar como empresas medianas y grandes; en la mayoría de los países donde existen herramientas de transparencia o se solicitan auditorías salariales por razón de género, el tamaño de la empresa es un requisito para la aplicación de la ley. Por otra parte, y como se ha destacado en el informe, una

de las principales características de los últimos años en el sector sanitario y asistencial es la creciente incidencia de la contratación externa en el sector, especialmente para las ocupaciones de media y baja cualificación, donde las mujeres son más propensas a dominar. Cuando se produce la contratación externa, el lugar de trabajo real podría dejar de ser responsable de la discriminación salarial entre las mujeres y los hombres que forman parte de la empresa y las mujeres y los hombres que son contratados a través de un tercero. Por lo tanto, la contratación externa puede socavar los esfuerzos por utilizar las leyes de transparencia y los marcos jurídicos conexos para reducir las diferencias salariales en el sector sanitario y asistencial (o en cualquier otro sector donde la contratación externa represente un número importante de empleados asalariados). Dicho esto, también es cierto que, en un número importante de países, el sector público sigue siendo el mayor empleador de trabajadores en el sector sanitario y asistencial, como se indica en la sección 4. El sector público y las alianzas público-privadas, que están cobrando cada vez más importancia en los servicios sanitarios y asistenciales, deberían ser ejemplos destacados en la aplicación de las leyes de transparencia y las auditorías salariales de género en el plano nacional.

Si bien las leyes de transparencia y los instrumentos jurídicos pueden contribuir a reducir la parte no explicada de la diferencia salarial entre hombres y mujeres, la realidad es que el componente no explicado suele ser el resultado directo de normas culturales y estereotipos profundamente arraigados en las sociedades. Además, el equilibrio entre el trabajo remunerado y la vida personal a menudo pone a las mujeres en desventaja con respecto a los hombres. En la sección 5 se observa que, en todos los países de los que disponemos de datos, la brecha salarial de género aumenta en torno a la edad de crianza de los hijos (30-35 años), mientras que la proporción de trabajo a tiempo completo disminuye para las mujeres, pero no para los hombres que están en torno a la misma edad. No es de extrañar que haya más trabajadoras que trabajadores (ambos con responsabilidades familiares) que tengan dificultades para hacer frente a las demandas impuestas por el sector. Por ejemplo, un estudio reciente entre enfermeras de la India descubrió que a las que tenían hijos y responsabilidades familiares les resultaba significativamente más difícil sobrellevar los turnos regulares de mañana, tarde y noche, lo que se tradujo en un importante deterioro de su propia salud (Ghousinnisa y Subba Reddy, 2016).

Evidentemente, la mayor propensión de las mujeres, en comparación con los hombres, a interrumpir su carrera profesional en sectores muy vocacionales, como es el sector de la salud, puede tener un considerable efecto de retroceso en lo que respecta a la promoción profesional de las mujeres. Así pues, ¿qué se puede hacer para eliminar la parte no explicada de la disparidad asociada a las circunstancias de la conciliación de la vida laboral y personal, incluido el posible efecto de la brecha de la maternidad en la desigualdad salarial por razón de género no explicada en el sector sanitario y asistencial? Para empezar, hay que aplicar políticas que ayuden a equilibrar el valor de las mujeres y los hombres en el mercado laboral, como la licencia de paternidad obligatoria. Otras políticas posibles son el funcionamiento de guarderías en los lugares de trabajo y el aumento de los recursos del sector público para el cuidado de personas dependientes en general. Por último, dado que el sector sanitario y asistencial requiere una mejora constante de las competencias, es necesario impartir una formación específica que permita a las mujeres renovar sus capacidades que han caducado o se han quedado obsoletas durante las ausencias (p. ej., tras una licencia de maternidad u otras excedencias para cuidar de los hijos y otras personas dependientes). Se trata de una política y una estrategia de inversión claras.

6: Expansión del empleo formal en países donde la informalidad es una característica importante de la fuerza de trabajo

Otra de las conclusiones de este informe es que, en América Latina y Asia Sudoriental, una proporción significativa de los trabajadores del sector sanitario y asistencial están empleados de manera informal (aunque la fracción es menor que la media de los trabajadores asalariados en sus economías en general). El informe muestra que en los casos de Colombia, México y Perú la proporción de trabajadores asalariados con empleo informal en el conjunto de la economía se estima en un 36%, 45% y 44%, respectivamente, mientras que en el sector de la salud y asistencial de cada uno de estos países la fracción de trabajadores en la economía informal es del 9%, 20% y 18%, respectivamente. No obstante, también es inevitable que la esperada expansión mundial del empleo en el sector sanitario y asistencial se produzca igualmente en los países de ingresos bajos y medios; así pues, es probable que en los próximos años el sector sanitario y asistencial aumente en los países donde el empleo informal es elevado en la actualidad y el empleo asalariado formal sigue siendo relativamente bajo.

Teniendo esto en cuenta, los responsables políticos y las instituciones, incluido el sector público, de estos países deberían aprovechar la expansión prevista del sector para poner en marcha medidas que promuevan la formalización de la economía informal. De este modo, tanto las mujeres como los hombres, y en particular los jóvenes, dispondrían de una vía para conseguir un empleo asalariado formal sostenible y duradero. En junio de 2015, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó una nueva Recomendación (R204) sobre la «Transición de la economía informal a la economía formal» (OIT, 2015). Adoptada en el mismo año que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, la Recomendación 204 es una herramienta central para lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 8, que tiene el propósito de promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos (ONU, 2015: Objetivo 8.1). La Recomendación 204 pide coherencia y coordinación en una amplia gama de ámbitos políticos y un enfoque equilibrado que combine los incentivos con el cumplimiento. Uno de los ámbitos políticos centrados en facilitar la transición de los trabajadores de la economía informal a la economía formal se refiere a las competencias tecnológicas, que son una parte esencial del crecimiento del sector sanitario y asistencial. Recomendamos empezar a tratar estas cuestiones realizando evaluaciones detalladas sobre las necesidades tecnológicas y de otro tipo del sector en un futuro próximo. Así se obtendrá una base empírica sobre la que elaborar planes nacionales para ampliar la formalización de la economía informal.

8.2 Hacia un empleo que responda a las cuestiones de género en el sector sanitario y asistencial

La pandemia de COVID-19 ha puesto al mundo en estado de alerta: todos los países deben contar con un sistema sanitario y asistencial sólido. A medida que el mundo vaya saliendo de la pandemia en los próximos meses y años, la labor sanitaria y asistencial habrá ganado protagonismo en la agenda política de la mayoría de los países. De hecho, la OMS designó 2021 como el Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales precisamente en reconocimiento y gratitud por su inquebrantable dedicación en la lucha contra la pandemia de COVID-19.⁶⁵ Esta campaña de la OMS pone de relieve la urgente necesidad de que el mundo invierta en los trabajadores de la salud y asistenciales

para obtener «dividendos compartidos en salud, empleo, oportunidades económicas y equidad». Uno de los pilares de la campaña es «implicar a los Estados Miembros y a todas las partes interesadas competentes en el diálogo sobre un pacto asistencial para proteger los derechos de los trabajadores de la salud y asistenciales, el trabajo decente y los entornos de práctica».

Esta iniciativa es más crucial que nunca, ya que también se sabe que la inversión en salud es uno de los pilares fundamentales en los esfuerzos por reducir la pobreza mundial (OCDE, 2003). Se calcula que la COVID-19 hará que entre 88 y 115 millones de personas más caigan en la pobreza extrema (Grupo Banco Mundial, 2020), lo que minará las perspectivas de alcanzar la Agenda 2030 de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Mientras prosigue el diálogo sobre el pacto de atención en los países y sobre las iniciativas mundiales de alivio de la pobreza y desarrollo sostenible, recomendamos que los responsables políticos sitúen las consideraciones de equidad de género en el centro de sus intervenciones en el sector de la salud y asistencial. Como ha dejado patente este informe, el fomento de la igualdad salarial entre hombres y mujeres puede desempeñar un papel esencial en la mejora de los resultados generales logrados por el sector de la salud y asistencial.

⁶⁵ Véase [2021: Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales](#).

Fuentes nacionales de datos

País	Región de la OIT	Región de la OMS	Año más reciente	Tipo de datos	Fuente de datos
Albania	Europa y Asia Central	Europa	2013	Encuesta de población activa	Instituti i Statistikave Albania (INSTAT)
Argentina	Las Américas	Las Américas	2018	Encuesta permanente de hogares	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Australia	Asia y el Pacífico	Pacífico Occidental	2017	Dinámica de los hogares, los ingresos y el trabajo en Australia (HILDA)	Instituto de Estadística de Melbourne, Universidad de Melbourne
Bangladesh	Asia y el Pacífico	Asia Sudoriental	2017	Encuesta de población activa	Oficina de Estadística de Bangladesh
Bélgica	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Las Américas	Las Américas	2018	Encuesta de hogares	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Brasil	Las Américas	Las Américas	2018	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Bulgaria	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Canadá	Las Américas	Las Américas	2020	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo	ONE – datos del repositorio de la OIT o SIALC
Chequia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Chile	Las Américas	Las Américas	2017	Encuesta Nacional de Empleo	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Chipre	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Colombia	Las Américas	Las Américas	2018	Gran Encuesta Integrada Hogares (GEIH)	
Costa Rica	Las Américas	Las Américas	2018	Encuesta Continua de Empleo	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Ecuador	Las Américas	Las Américas	2018	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Egipto	África	Mediterráneo Oriental	2018	Encuesta sobre el mercado laboral de Egipto	Foro de Investigación Económica; Agencia Central de Movilización Pública y Estadística, Egipto
Eslovaquia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Eslovenia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
España	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat

País	Región de la OIT	Región de la OMS	Año más reciente	Tipo de datos	Fuente de datos
Estados Unidos	Las Américas	Las Américas	2020	Encuesta Continua de Población	Oficina de Estadística Laboral
Estonia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Filipinas	Asia y el Pacífico	Pacífico Occidental	2018	Encuesta de población activa	Autoridad Estadística de Filipinas
Finlandia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Francia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Hungría	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Italia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Jordania	Estados árabes	Mediterráneo Oriental	2014	Encuesta de población activa	ONE – última disponible en el repositorio de la OIT
Letonia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Lituania	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Luxemburgo	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Malawi	África	África	2017	Encuesta de población activa	Oficina Nacional de Estadística de Malawi Ministerio del Trabajo
Malta	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
México	Las Américas	Las Américas	2020	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
Mongolia	Asia y el Pacífico	Pacífico Occidental	2016	Encuesta de población activa	Oficina Nacional de Estadística de Mongolia
Nepal	Asia y el Pacífico	Asia Sudoriental	2017	Encuesta de población activa	Oficina Central de Estadística
Níger	África	África	2019	Encuesta nacional sobre las condiciones de vida de los hogares y la agricultura	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT
Noruega	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Países Bajos	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Pakistán	Asia y el Pacífico	Mediterráneo Oriental	2018	Encuesta de población activa	Oficina de Estadística de Pakistán
Perú	Las Américas	Las Américas	2018	Encuesta Permanente de Empleo	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Polonia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat

País	Región de la OIT	Región de la OMS	Año más reciente	Tipo de datos	Fuente de datos
Portugal	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Reino Unido	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
República Dominicana	Las Américas	Las Américas	2018	Encuesta Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT)	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
República Unida de Tanzania	África	África	2014	Encuesta Integrada de Fuerza de Trabajo	Oficina Nacional de Estadística
Rumania	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Sri Lanka	Asia y el Pacífico	Asia Sudoriental	2016	Encuesta de población activa	Departamento de Censos y Estadísticas, Sri Lanka
Sudáfrica	África	África	2015	Encuesta de población activa	ONE – Estadísticas de Sudáfrica
Suecia	Europa y Asia Central	Europa	2018	Estructura de la encuesta sobre los ingresos	Eurostat
Suiza	Europa y Asia Central	Europa	2018	Encuesta de Hogares de Suiza	Oficina Federal de Estadística de Suiza
Tailandia	Asia y el Pacífico	Asia Sudoriental	2018	Encuesta de población activa	Oficina Nacional de Estadística de Tailandia, Gobierno de Tailandia
Turquía	Europa y Asia Central	Europa	2017	Encuesta de población activa de Turquía	Instituto de Estadística de Turquía
Uruguay	Las Américas	Las Américas	2019	Encuesta Continua de Hogares	ONE – últimos datos del repositorio de la OIT o SIALC
Viet Nam	Asia y el Pacífico	Pacífico Occidental	2018	Encuesta laboral y de empleo	Oficina General de Estadística de Viet Nam; Ministerio de Planificación e Inversiones de Viet Nam

Notas: ONE (oficina nacional de estadística); SIALC (Sistema de Información y Análisis Laboral de América Latina y el Caribe).

Metodología de desglose de la brecha salarial de género en el sector sanitario y asistencial

En este informe aplicamos métodos de emparejamiento de puntuación de propensión junto con el método de regresión cuantil incondicional (Fortin et al., 2011) para determinar, medir y descomponer las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género. En cada país, la descomposición consta de tres pasos:

- El primer paso sirve para calcular una distribución salarial hipotética para las mujeres, es decir, la distribución salarial que tendrían las mujeres si hubieran recibido la misma remuneración por sus características en el mercado laboral que los hombres.
- El segundo paso consiste en utilizar la distribución salarial hipotética para separar las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género en cada cuantil de la distribución salarial (en nuestro caso, la distribución salarial por hora para cada país del que tenemos datos).
- El tercer paso consiste en aplicar la regresión cuantil incondicional para estimar la contribución que tiene cada variable en determinar la brecha salarial de género de los deciles.

Lo que sigue tiene como objetivo proporcionar una comprensión heurística de nuestro procedimiento, de forma gradual, y con referencia a la brecha salarial de género. Puede leerse como información de especial utilidad para los profesionales que se encuentran con la regresión cuantil incondicional por primera vez. Sin embargo, esto no debe considerarse como un sustituto para aquellos que buscan una comprensión más detallada de las propiedades y la utilidad relativa del procedimiento. Por esta razón, recomendamos al lector que se remita a Fortin et al. (2011) y a las referencias indicadas. Si desea más información sobre las puntuaciones de propensión y los procedimientos de emparejamiento, consulte la bibliografía sobre evaluación, por ejemplo, Rosenbaum y Rubin (1983) o Hirano et al. (2003).

Paso 1: Determinación de la distribución hipotética

La distribución salarial hipotética para las mujeres es la estructura salarial que habría existido en las mujeres si hubieran recibido los mismos rendimientos que los hombres en relación con sus dotaciones y atributos (de las mujeres) en el mercado laboral. Hay varios métodos que se pueden aplicar para obtener la distribución hipotética; en el presente informe seleccionamos el método de emparejamiento mediante puntuaciones de propensión (en particular, el análogo más cercano) a fin de definir un resultado hipotético en los hombres para cada mujer observada en la muestra. El emparejamiento de puntuación de propensión consiste en los siguientes pasos:

- Para cada trabajador asalariado i de la muestra, observamos un conjunto (X) que describe las características de los hombres ($T_1 = 1$) y de las mujeres ($T_1 = 0$) entre los empleados asalariados del sector sanitario y asistencial; por ejemplo, X puede incluir la edad, la educación, los arreglos contractuales, las categorías ocupacionales, etc.
- La información puede utilizarse para calcular la probabilidad de ser un hombre, condicionada al conjunto de atributos, es decir, $P(T_1 = 1 | X)$. El cálculo de esta probabilidad proporciona un conjunto de coeficientes para ponderar cada una de las variables del conjunto (X) y elaborar la puntuación de propensión. Los hombres y las mujeres con (X) similar terminarán con una estimación semejante de la puntuación de propensión. Para cada mujer de la muestra, el hombre más cercano a ella según los factores ponderados (es decir, según la puntuación de propensión calculada) se considera su hipotético en la población, y los ingresos observados para este hombre, los ingresos análogos para esa mujer; en este informe, los ingresos se miden en términos de salarios por hora. Una alternativa a la consideración de un solo hombre como factor hipotético para cada una de las mujeres de la muestra es considerar a los n hombres más cercanos a cada mujer (en cuanto a la puntuación de propensión) y tomar el promedio de estos

n ingresos observados para representar el salario hipotético que habría recibido una mujer determinada de haber sido un hombre con esos atributos en la población.

- Una vez que se ha realizado el proceso de emparejamiento y se ha asociado a cada mujer un salario por hora hipotético, el resultado es un vector de valores hipotéticos de tamaño idéntico al número de mujeres asalariadas estudiadas en la muestra. Llegados a este punto, es posible extraer cuantiles de cada una de las tres distribuciones salariales empíricas: los hombres (q_v^m), las mujeres (q_v^f), y la distribución salarial hipotética de las mujeres (q_v^c). El sufijo « v » indica cada uno de los nueve cuantiles (valores umbrales de los deciles) de una distribución salarial, es decir, $v = \{1, 2, 3, \dots, 8, 9\}$. Por ejemplo, en $v = 5$ los valores de los cuantiles q_5^m , q_5^f y q_5^c indican la mediana de la distribución salarial de los hombres, de las mujeres y la hipotética de las mujeres, respectivamente.

Paso 2: Utilizar la distribución salarial hipotética para determinar las partes explicada y no explicada de la brecha salarial de género

Supongamos que y_i^g es el logaritmo natural de los salarios observados para el grupo g de la población (salarios por hora, por ejemplo), donde $g = m, f, c$ sigue la anotación anterior. En tal caso, si se extraen cuantiles de cada una de las tres distribuciones de la transformación logarítmica natural, la brecha salarial de género en el cuantil $v - th$ (Δ^v) se puede expresar de la manera siguiente:

$$\Delta^v = q_v^m - q_v^f \quad (1)$$

Básicamente, la expresión (1) muestra la distancia entre dos cuantiles que se han extraído de dos distribuciones salariales de (logaritmos naturales de) los salarios; la de los hombres (q_v^m) y la de las mujeres (q_v^f). También podemos extraer el cuantil $v - th$ de la distribución hipotética, es decir q_v^c , que representaría el salario por hora en ese cuantil que las mujeres habrían ganado si se les hubiera pagado lo mismo que a los hombres por dotaciones y atributos similares. A partir de este cuantil comparativo, se puede establecer lo siguiente:

$$\Delta^v = \underbrace{q_v^m - q_v^c}_{\substack{\text{Parte explicada} \\ = \text{efecto de} \\ \text{composición}}} + \underbrace{q_v^c - q_v^f}_{\substack{\text{Parte no explicada} = \\ \text{efecto estructural}}} = \Delta_x^v = \Delta_u^v \quad (2)$$

Dado que el escenario hipotético reproduce lo que las mujeres deberían obtener por compartir las mismas dotaciones y atributos que los hombres, la distancia entre lo que los hombres obtienen y lo que

las mujeres deberían haber recibido si tuvieran las mismas dotaciones y atributos que los hombres se explica, pues, por la diferencia en las características del mercado laboral. Por eso Δ_x^v se denomina la parte explicada de la brecha salarial de género, también conocida como la brecha salarial de género debida a los «efectos de composición». Por otro lado, la distancia entre el salario que las mujeres deberían percibir (por sus dotaciones y atributos y según lo que simula el escenario hipotético) y lo que realmente obtienen (por estas dotaciones y atributos) no se puede explicar: es la parte Δ_u^v que queda «no explicada», es decir, la que se debe a una diferencia en las estructuras salariales de hombres y mujeres una vez que controlamos la diferencia en las características del mercado laboral. Dado que la parte no explicada se debe a la diferencia en las estructuras salariales, Δ_u^v también se denomina «efecto estructural».

En términos prácticos, la descomposición de la diferencia salarial entre hombres y mujeres expresada en (2) requiere:

- En primer lugar, la transformación de los salarios de la muestra en escalas logarítmicas.
- En segundo lugar, la elaboración de la distribución salarial hipotética descrita en el paso 1.
- En tercer lugar, extraer los cuantiles que interesen de cada una de las tres distribuciones.
- Por último, aplicar la distancia simple expresada en (1) y (2) para calcular la brecha salarial de género, y su descomposición, en cada cuantil seleccionado de la distribución salarial.

Paso 3: Utilizar la regresión cuantil incondicional para descomponer la brecha salarial de género

Calcular la brecha salarial de género es un paso importante porque proporciona una medida de las diferencias salariales entre mujeres y hombres. Sin embargo, este cálculo puede analizarse más a fondo para averiguar cómo las dotaciones de los individuos, sus características laborales y los atributos del lugar de trabajo (en suma, las características del mercado laboral) contribuyen a la formación de la brecha salarial de género. Partimos del supuesto de que todos estos atributos del mercado laboral, plasmados en el conjunto de indicadores X , subrayan el proceso de determinación de los salarios en el mercado laboral. Es decir, indicadores como la edad, la educación, pero también el tiempo de trabajo, las condiciones contractuales, las categorías ocupacionales, la región geográfica del lugar de trabajo y el sector industrial, son factores que ayudan a explicar los salarios que

obtienen las personas en un determinado país. En esencia, el método de descomposición propuesto (regresión cuantil incondicional) calcula coeficientes para cada una de las covariables del conjunto X . Cada uno de estos coeficientes actúa como factores de ponderación para calcular la parte de la brecha salarial de género atribuible a cada covariable de X . Lo que queda de la brecha salarial de género que no puede atribuirse a las covariables se denomina la parte no explicada de dicha brecha.

El método de «regresión cuantil incondicional» calcula los coeficientes de cada X en toda la distribución salarial, es decir, en cada cuantil, preservando al mismo tiempo la propiedad de medir los efectos incondicionales de las covariables (p. ej., un cambio en la educación) en toda la población (Koenker y Bassett, 1978).⁶⁶ Este método mide los efectos parciales que tienen las covariables de X no sobre el cuantil, sino sobre una transformación del cuantil; la transformación produce un pequeño cambio en el cuantil, el cual refleja la influencia que tiene cada individuo (salario) en la ubicación del cuantil. Si se añade este pequeño cambio (o «función de influencia») al cuantil, se obtiene una variable aleatoria, dependiente del individuo, que puede entenderse como una aproximación lineal del cuantil. La transformación del cuantil recibe el nombre de «función de influencia recentrada» (RIF). Se puede demostrar que el cuantil transformado tiene la estructura siguiente:

$$RIF_i = q_v^g + IF_i, \quad i \in n(g) \quad (3)$$

donde

$$IF_i = \frac{v - I\{Y_i \leq q_v^g\}}{f_y(q_v^g)}$$

En la expresión (3), $v - I\{Y_i \leq q_v^g\}$ es una función de identidad que es igual a 1 para los valores salariales menores que el cuantil o en él, y cero en caso contrario. El término $f_y(q_v^g)$ es el valor de la función de densidad de probabilidad en ese cuantil. Una vez calculada la variable RIF, se trata de una variable aleatoria específica del cuantil que refleja los cambios en el cuantil (cualquier cuantil) como resultado de los cambios en la distribución subyacente, que, en última instancia, depende de las covariables X .

Así, la aplicación del análisis de regresión a la expresión en (3) —regresión FIR— proporciona una herramienta para estimar los efectos parciales de cada covariable en X sobre la (transformación del) cuantil. Fortin et al. (2011) muestran que los efectos parciales de las variables k en X , a saber, $\hat{\beta}_k$, pueden obtenerse utilizando mínimos cuadrados ordinarios de RIF en X , es decir, $RIF_{ieg}^v = \sum_k X_k \beta_k^g + e_{ieg}$, para $g = m, f, c$. Una vez calculados estos efectos parciales, pueden utilizarse para proyectar los cuantiles de los hombres, las mujeres y el escenario hipotético expresado en (2), de modo que se aplica lo siguiente:

$$\begin{aligned} \Delta^v &= \Delta_x^v = \Delta_u^v \\ &= \bar{X}_m \hat{\beta}^{m,v} - \bar{X}_f \hat{\beta}^{c,v} + \bar{X}_f \hat{\beta}^{c,v} - \bar{X}_f \hat{\beta}^{f,v} \quad (4) \\ &= \underbrace{(\bar{X}_m \hat{\beta}^{m,v} - \bar{X}_f \hat{\beta}^{c,v})}_{\Delta_x^v} + \underbrace{\bar{X}_f (\hat{\beta}^{c,v} - \hat{\beta}^{f,v})}_{\Delta_u^v} \end{aligned}$$

En la expresión (4) el término \bar{X}_g explica el valor medio de las covariables para cada una de las poblaciones (mujeres y hombres, donde $g = c$ implica el valor medio de las covariables para las mujeres). La expresión (4) muestra la descomposición de la brecha salarial de género en relación con las covariables en cada cuantil de la distribución salarial. El efecto de composición (Δ_x^v) se observa claramente como la diferencia en las covariables, teniendo en cuenta que los coeficientes $\hat{\beta}^{m,v}$ y $\hat{\beta}^{c,v}$ serán muy cercanos en valor (por elaboración). Por lo tanto, esta es la contribución a la brecha salarial de género debida a la diferencia de covariables entre individuos. Por otro lado, el efecto estructural (Δ_u^v) es la contribución a la brecha salarial de género debida a la diferencia de rendimientos (es decir, la diferencia entre $\hat{\beta}^{f,v}$ y $\hat{\beta}^{c,v}$) en ese cuantil y para una cantidad determinada (valor medio) de las covariables entre las mujeres de la población. Esta diferencia en los rendimientos describe una diferencia en la estructura de los salarios entre mujeres y hombres que no puede ser explicada por sus covariables y, por lo tanto, es la parte no explicada de la brecha salarial de género.

⁶⁶ El informe indica que la brecha salarial entre hombres y mujeres varía significativamente en función de los cuantiles, por lo que la regresión media no sería una herramienta adecuada para determinar el peso que tiene cada covariable en la brecha salarial de género. Una alternativa sería utilizar la clásica regresión cuantil condicional (Koenker y Bassett, 1978), pero este método calcula ponderaciones que miden efectos condicionales (es decir, en función de un subgrupo de covariables) y, por tanto, los coeficientes no miden efectos parciales incondicionales. En cambio, la regresión cuantil condicional produce coeficientes que son condicionales y varían en relación con subconjuntos específicos de las covariables en el conjunto condicional: esto puede verse si se toman efectos parciales de la forma funcional de una especificación cuantil condicional. Por el contrario, la regresión cuantil incondicional devuelve ponderaciones que son, de hecho, efectos parciales, es decir, devuelve ponderaciones que miden el efecto que tiene una covariable sobre la estructura salarial en la población y no con respecto a (condicionado por) un subgrupo determinado por otras covariables en el conjunto condicional. Para una explicación más detallada, véase Fortin et al. (2011).

Crisis financiera mundial y evolución del empleo en el sector sanitario y asistencial en determinados países

La figura A3 presenta la evolución del número de empleados asalariados en el sector sanitario y asistencial, comparando el número de mujeres y hombres, entre (aproximadamente) 2000 y 2019. Para cada país o grupo de países (en el caso de Europa), el gráfico de la izquierda muestra el número total de mujeres y hombres empleados en el sector de la salud y asistencial para cada uno de los años disponibles. El gráfico de la derecha muestra la tasa de crecimiento del empleo en función del género, indexada al primer año de cada país, comparando el crecimiento del sector sanitario y asistencial con el de todos los demás sectores económicos. Las encuestas del Canadá y los Estados Unidos se realizan mensualmente, mientras que en México los datos se recopilan cada trimestre. En el Canadá y los Estados Unidos, se selecciona el mes de octubre de cada uno de los años disponibles para calcular los cambios que se producen en el tiempo, y cada uno de los meses de los datos representativos de la población total de cada país. En el caso de México, seleccionamos el tercer trimestre de cada año. Los datos para Europa son anuales y se recopilan para todos los países en el mes de octubre. El mes de octubre (el tercer trimestre del año) suele seleccionarse como un periodo de tiempo menos afectado por la estacionalidad. En todos los países y a lo largo del tiempo, la proporción de hombres se ha mantenido relativamente pequeña en comparación con la de las mujeres; en todos los países, el crecimiento del empleo en el sector de la salud y asistencial también ha sido sustancial, tanto para las mujeres como para los hombres.

Lo que llama la atención en la figura A3 es cómo las tendencias del empleo en el sector sanitario y asistencial reaccionaron de forma diferente a la crisis financiera mundial comparado con todos los demás sectores económicos (en conjunto). En la figura A3 se observa que en los tres países y en Europa, como consecuencia de la crisis financiera mundial, el crecimiento del empleo en los sectores distintos al de la salud y asistencial se desplomó en 2009-2010, registrando una caída similar tanto en las mujeres como en los hombres (excepto en México, donde el descenso del empleo en el resto de la economía

afectó principalmente a los hombres). En Europa el impacto de la crisis financiera mundial se hizo notar entre 2008-2009, de forma similar a la habida en el Canadá o los Estados Unidos. Los datos de Europa, que se facilitan cada cuatro años, no pueden captar esos detalles. Sin embargo, de 2000 a 2008 el empleo en Europa creció aproximadamente un 6% para los hombres y un 16% para las mujeres. Entre 2008 y 2009, el empleo disminuyó en torno a un 3% para los hombres y un 1% para las mujeres, hundiéndose así al nivel de 2005-2006. A partir de entonces, el empleo en Europa comenzó a recuperarse de forma constante, pero con un crecimiento anual mucho más lento, como se aprecia en el gradiente más plano desde 2010 (BCE, 2012; 2014). Por el contrario, la crisis financiera mundial no parece haber afectado al empleo de los trabajadores asalariados del sector sanitario y asistencial en el Canadá, México o los Estados Unidos. Esto también ocurre en Europa, pero con ciertos matices que hacen que su caso sea ligeramente diferente.

En los Estados Unidos, las tendencias muestran que el empleo de los hombres en el sector siguió en auge incluso durante los años más problemáticos de la crisis financiera mundial (2009-2010); para las mujeres, el crecimiento del empleo se estancó entre 2007 y 2011. Después, el crecimiento del empleo de las mujeres contratadas en el sector de la salud y asistencial parece alcanzar al de los hombres hasta aproximadamente 2017, cuando el crecimiento del empleo de los hombres vuelve a ser muy superior al observado en las mujeres de los Estados Unidos. Asimismo, en el Canadá, la crisis financiera mundial redujo el empleo en todos los demás sectores de la economía (5% para los hombres y 3,5% para las mujeres), pero no afectó al crecimiento en el sector de la salud y asistencial, donde el empleo asalariado siguió subiendo entre 2000 y 2019 a un ritmo similar, de media, en mujeres y hombres. En el caso de los hombres, la variación de los datos es mayor, pero esto se debe a que los hombres representan una parte menor de los trabajadores del sector y, por tanto, se observa una mayor variación en la tendencia de los datos a lo largo del tiempo. En el Canadá, los hombres constituyen alrededor del 18%

de todos los trabajadores asalariados del sector de la salud y asistencial. Con una encuesta que muestrea aleatoriamente a mujeres y hombres de la población, la probabilidad de atraer a un hombre hacia el sector sanitario y asistencial es menor que la de seleccionar a una mujer. Esto significa que, aunque la muestra sigue siendo representativa para ambos sexos (se aplican ponderaciones para asegurarse de que así sea), la varianza entre periodos es mayor para la muestra más pequeña (los hombres), como se aprecia claramente en las tendencias de la figura A3. El Canadá sufrió otra crisis económica en 2015, cuando los incendios forestales en la región de Alberta redujeron el PIB en un 1,6% (con un costo de US\$ 4500 millones en daños). La economía se recuperó completamente de este choque en el segundo trimestre de 2016. En ese caso, el crecimiento del empleo en los hombres de otros sectores económicos disminuyó en torno a un 2,7%, y parece que se produjo un descenso repentino del crecimiento del empleo de los hombres en el sector de la salud y asistencial. Sin embargo, los datos no dejan totalmente claro si este repentino descenso está directamente relacionado con la crisis económica de Alberta.

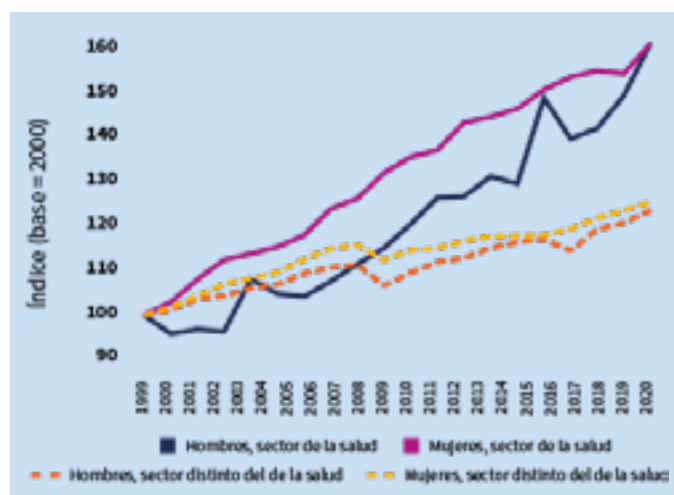
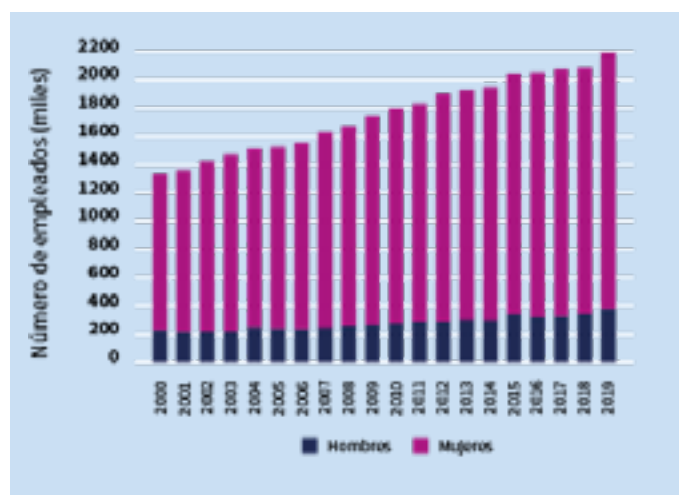
En cualquier caso, está claro que si tenemos en cuenta solo a las mujeres (el 80% de los trabajadores asalariados del sector), el Canadá vuelve a ser un ejemplo donde el sector sanitario y asistencial da muestras de una importante resiliencia frente a la crisis financiera mundial. En los países europeos, la historia es ligeramente diferente: el empleo en el sector sanitario y asistencial creció más rápido que en el resto de la economía —como en la mayoría

de los países de ingresos altos— hasta el año 2009. Mientras que otros sectores perdieron empleo como consecuencia de la crisis financiera mundial, el sector sanitario y asistencial siguió creciendo después de 2010, lo que demuestra que en Europa el sector fue resistente a la crisis. Sin embargo, en Europa, el aplanamiento de la curva de los trabajadores asalariados sanitarios y asistenciales a partir de 2010 implica una desaceleración del crecimiento del empleo en el sector a partir de 2010, si se compara con los años anteriores a la crisis, tanto para las mujeres como para los hombres. Esto podría estar relacionado con las medidas de austeridad puestas en marcha en países con un importante peso demográfico en Europa: estos países también tienen instituciones sanitarias y asistenciales mayoritariamente en el sector público, donde las medidas de austeridad fueron las protagonistas (p. ej., España, Portugal e Italia). También es interesante observar que, en Europa, el «hundimiento» registrado en 2014, que solo aparece para el resto de la economía, implica un mayor crecimiento del empleo entre 2014 y 2018 para todos los demás sectores económicos en comparación con el periodo posterior a la crisis de 2010-2014, tanto para las mujeres como para los hombres. En el caso del sector de la salud y asistencial, este «hundimiento» no existe en absoluto. De hecho, en comparación con la tasa de crecimiento observada durante 2010-2014 en el sector de la salud y asistencial (alrededor del 2% anual en mujeres y hombres), la tasa de crecimiento registrada entre 2014 y 2018 fue cercana al 1,5% para mujeres y hombres.

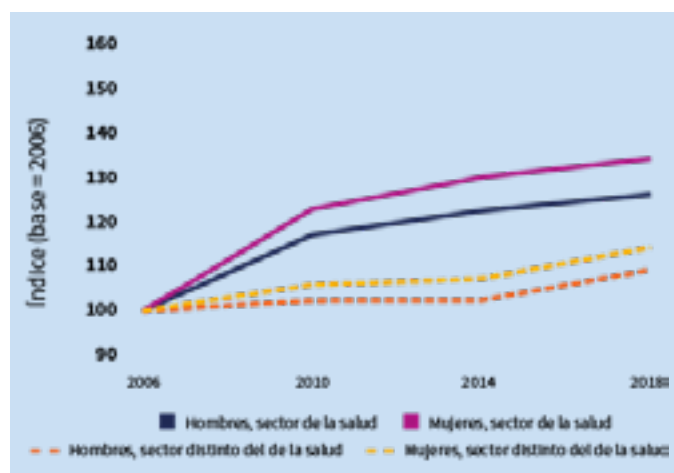
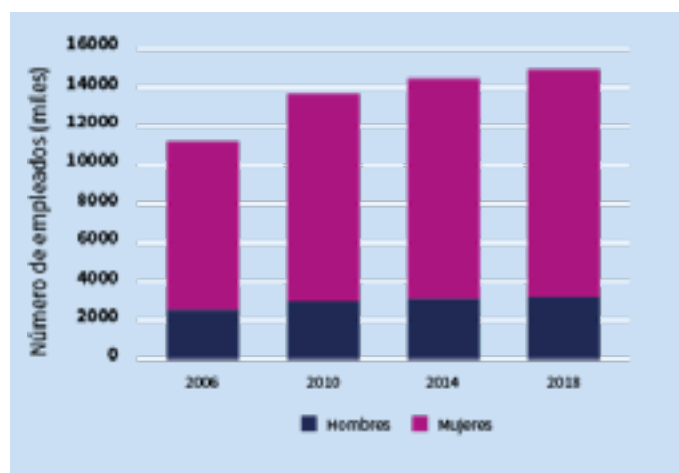
FIGURA A3

Análisis detallado de la evolución de los trabajadores por género en el sector de la salud y asistencial, países seleccionados, 2000-2018/19

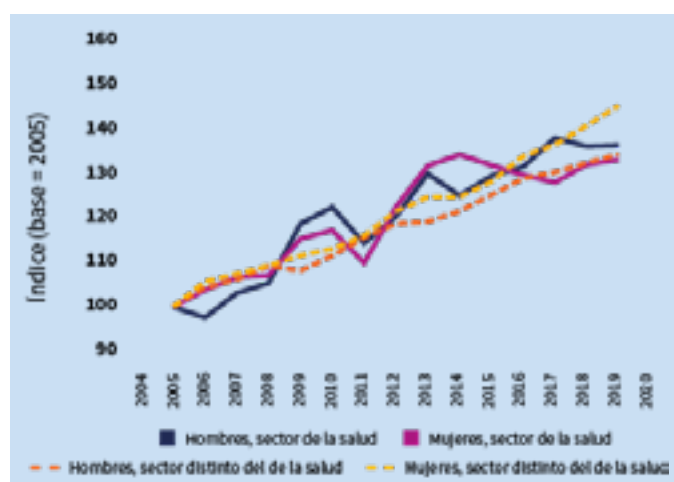
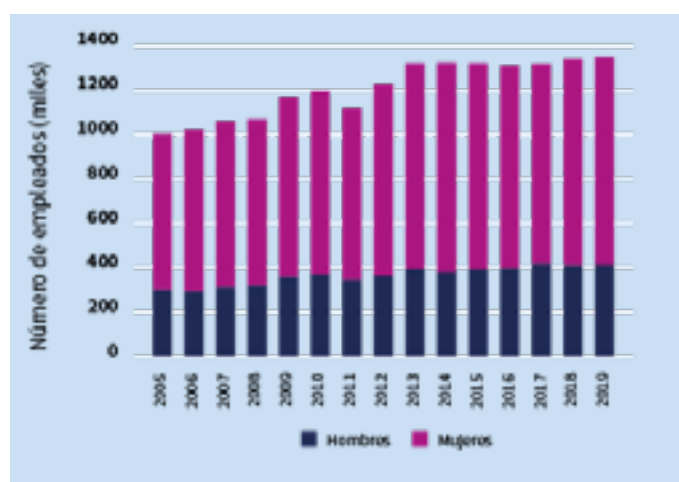
Canadá



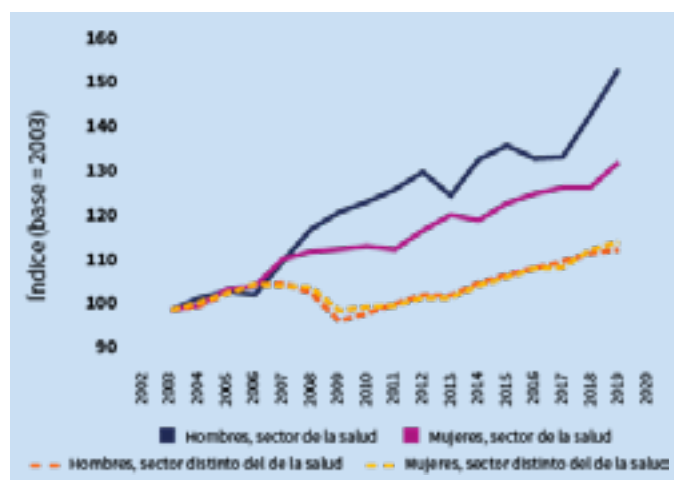
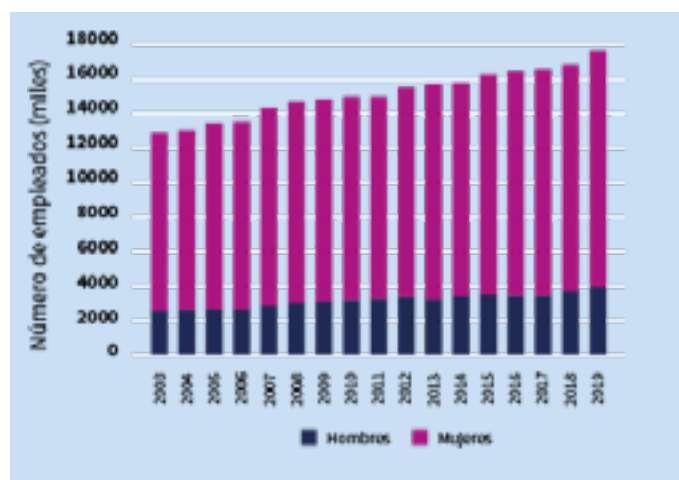
Europa



México



Estados Unidos



Fuente: Estimaciones de la OIT y la OMS basadas en datos de encuestas facilitados por fuentes nacionales (véase el anexo 1).

Referencias

- Alon T, Doepke M, Olmstead-Rumsey J, Tertilt M (2020). The impact of COVID-19 on gender equality. NBER working paper no. 26947. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research (<https://doi.org/10.3386/w26947>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- Anker R (1997). Theories of occupational segregation by sex: an overview. *Int Labour Rev.* 136(3):315-40 (<https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/intlr136&i=325>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- Ballarin P, Euler C, Le Feuvre N, Raevaara E (1997). Women in the European Union.
- BCE (2012). Euro area labour markets and the crisis. Occasional Paper Series No. 138. Frankfurt, Banco Central Europeo (<https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpops/ecbocp138.pdf>, consultado el 2 de febrero de 2022).
- BCE (2014). The impact of the economic crisis on euro area labour markets. Monthly Bulletin. October 2014. Frankfurt, Banco Central Europeo (art1_mb201410_pp49-68.en.pdf (europa.eu), consultado el 2 de febrero de 2022).
- Berg J (2015). Labour market, institutions and inequality: building a just society in the 21st century. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- Bettio F (2008). Chapter 9. Occupational segregation and gender wage disparities in developed economies: should we still worry? In: Bettio F, Verashchagina A, eds. *Frontiers in the economics of gender*. London: Routledge.
- Blau FD, Ferber MA, Winkler AE (2014). *The economics of women, men and work*. 7th ed. Pearson.
- Blau FD, Kahn LM (2003). Understanding international differences in the gender pay gap. *J Labour Econ.* 21(1):106-44 (<https://ideas.repec.org/a/ucp/jlabec/v21y2003i1p106-144.html>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- Blinder AS (1973). Wage discrimination: reduced form and structural estimates. *J Hum Resour.* 8(4):436-55 (<https://doi.org/10.2307/144855>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- BMA (2020). BMA commentary on mend the gap: the independent review into gender pay gaps in medicine in England. London: British Medical Association (<https://www.bma.org.uk/media/3617/bma-commentary-on-medicine-gender-pay-gap-dec-2020.pdf>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Health Workforce working paper 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314?show=full>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- Boniol M, Kunjumen K, Sadasivan Nair T, Siyam A, Campbell J, Diallo K (Forthcoming, 2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *Bull World Health Organ*.
- Brynin M, Perales F (2016). Gender wage inequality: the de-gendering of the occupational structure. *Eur Sociol Rev.* 32(1):162-74 (<https://doi.org/10.1093/esr/jcv092>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- Buchan J, Dhillon IS, Campbell J (eds) (2017). *Health employment and economic growth: an evidence base*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Cohen M, Kiran T (2020). Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *CMAJ.* 192(35):E1011-17 (<https://doi.org/10.1503/cmaj.200375>, consultado el 3 de febrero de 2022).
- Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing.
- Dube A, Kaplan E (2010). Does outsourcing reduce wages in the low-wage service occupations? Evidence from janitors and guards. *ILR Rev.* 63(2):287-306 (https://econpapers.repec.org/article/saeilrev/v_3a63_3ay_3a2010_3ai_3a2_3ap_3a287-306.htm, consultado el 3 de febrero de 2022).

-
- The Economist (2020). This time is different: downturns tend to reduce gender inequality. Not under COVID-19. 4th June 2020.
- EGGE (2009). Gender segregation in the labour market: root causes, implications and policy responses in the EU. European Commission's Expert Group on Gender and Employment Issues. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Eurofound (2011). Employment and industrial relations in the health care sector. Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
- European Commission (2020). Flash reports on labour law April 2020: summary and country reports. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Fagan C, Norman H, Smith M, and González Menéndez MC (2014). In search of good quality part-time employment. Working paper. Conditions of Work and Employment Series No. 43. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_237781.pdf, consultado el 4 de febrero de 2022).
- Fortin N, Lemieux T, Firpo S (2011). Chapter 1 - Decomposition Methods in Economics. In: Ashenfelter O, Card D (eds). Handbook of Labor Economics. Elsevier: 4:1-102 ([https://doi.org/10.1016/S0169-7218\(11\)00407-2](https://doi.org/10.1016/S0169-7218(11)00407-2), consultado el 4 de febrero de 2022).
- Gabler E, Montague Z, Ashford G (2020). During an epidemic, an unanticipated problem: out-of-work health workers. New York Times, 15 de abril de 2020.
- Ganguli I, Sheridan B, Gray J, Chernew M, Rosenthal MB, Neprash H (2020). Physician work hours and the gender pay gap – evidence from primary care. N Engl J Med. 383(14):1349-57 (<https://doi.org/10.1056/NEJMsa2013804>, consultado el 4 de febrero de 2022).
- Ghousinnisa S, Subba Reddy S (2016). Work life balance of female nurses: a study with reference to RIMS, Kadapa, Andhra Pradesh. Int J Curr Res. 8(05):32138-41.
- Grimshaw D, Rubery J (2015). The motherhood pay gap: a review of the issues, theory and international evidence. ILO working paper. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (<https://econpapers.repec.org/paper/iloilowps/994873763402676.htm>, consultado el 4 de febrero de 2022).
- Grupo del Banco Mundial (2018). Mujer, empresa y el derecho 2018. Washington, D. C., Banco Mundial. (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29498/211252ovSP.pdf?sequence=14&isAllowed=y>).
- Grupo del Banco Mundial (2020). Debido a la pandemia de COVID-19, el número de personas que viven en la pobreza extrema habrá aumentado en 150 millones para 2021. Comunicado de prensa. Washington, D. C., Banco Mundial. (<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/10/07/covid-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021>).
- G20 (2018). G20 Leaders' Declaration: Building Consensus for Fair and Sustainable Development. Buenos Aires: G20 Leaders' Summit.
- Hirano K, Imbens G, Ridder G (2003). Efficient estimation of average treatment effects using the estimated propensity score. Econometrica. 71:1161-1189.
- Holloway K, Stavropoulou M, Daigle M (2019). Gender in displacement: the state of play. HPG Working Paper. London: ODI (<https://odi.org/en/publications/gender-in-displacement-the-state-of-play/>, consultado el 4 de febrero de 2022).
- Howat C, Lawrie M (2015). Sector insights: skills and performance challenges in the health and social care sector. London: UK Commission for Employment and Skills.
- Karamessini M, Rubery J (2014). Economic crisis and austerity: challenges to gender equality. In: Karamessini M, Rubery J (eds). Women and austerity: the economic crisis and the future for gender equality (1st edition). London: Routledge.
- Koenker R, Bassett G (1978). Regression quantiles. Econometrica. 46:33-50.
- Krenn M (2010). Working conditions in healthcare professionals. Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

-
- Laufer J (2002). L'approche différenciée selon les sexes: comparaison internationale. *Management International*. 7(1).
- Leuze K, Strauss S (2016). Why do occupations dominated by women pay less? How 'female-typical' work tasks and working-time arrangements affect the gender wage gap among higher education graduates. *Work, Employ Soc*. 30(5) (<https://doi.org/10.1177/0950017015624402>, consultado el 4 de febrero de 2022).
- Machado JAF, Mata J (2005). Counterfactual decomposition of changes in wage distributions using quantile regression. *J Appl Econ*. 20(4):445-65 (<https://doi.org/10.1002/jae.788>, consultado el 4 de febrero de 2022).
- Machado Guimarães C, Crespo de Carvalho J (2011). Outsourcing in the health and care sector: a state-of-the-art review. *Supply Chain Forum*. 12(2):140-148.
- Manski CF (1995). *Identification problems in the social sciences*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maron L, Meulders D (2008). Les effets de la parenté sur la segregation. [Report of project: Public policies towards employment of parents and social inclusion]. Brussels: Département d'Economie Appliquée de l'Université Libre de Bruxelles.
- Meurs D, Pailhé A, Ponthieux S (2010). Child-related career interruptions and the gender wage gap in France. *Annals of Economics and Statistics*. 99/100:15-46 (<https://doi.org/10.2307/41219158>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Mincer J (1974). *Schooling, experience, and earning*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research (<https://econpapers.repec.org/bookchap/nbrnberbk/minc74-1.htm>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Ñopo H (2008). Matching as a tool to decompose wage gaps. *Rev Econ Stat*. 90(2):290-99 (<http://www.jstor.org/stable/40043147>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Oaxaca R (1973). Male-female wage differentials in urban labor markets. *Int Econ Rev*. 14(3):693-709 (<https://doi.org/10.2307/2525981>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Observatorio de la OIT (2020a). La COVID-19 y el mundo del trabajo (5ª edición). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_749470.pdf).
- Observatorio de la OIT (2020b). La COVID-19 y el mundo del trabajo (6ª edición). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_755917.pdf).
- Observatorio de la OIT (2020c). La COVID-19 y el mundo del trabajo (3ª edición). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_743154.pdf).
- Observatorio de la OIT (2021). La COVID-19 y el mundo del trabajo (7ª edición). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767045.pdf).
- Ochsenfeld F (2014). Why do women's fields of study pay less? A test of devaluation, human capital, and gender role theory. *Eur Sociol Rev*. 30(4):536-48 (<https://doi.org/10.1093/esr/jcu060>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- OECD (2003). *Investing in health to reduce poverty*. Development Co-operation Report 2002. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing (<https://doi.org/10.1787/dcr-2002-11-en>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- OECD (2019). Why don't more girls choose to pursue a science career? PISA in Focus. No. 93. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing (<https://doi.org/10.1787/02bd2b68-en>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Oelz M, Olney S, Tomei M (2013). *Equal pay: an introductory guide*. Geneva: International Labour Organization.
- OIT (2014). Informe Mundial sobre Salarios 2014/15. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (<https://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-wage-report/2014/lang-es/index.htm>).

-
- OIT (2015). Recomendación Núm. 204 sobre la transición de la economía informal a la economía formal. Conferencia Internacional del Trabajo. 104º. periodo de sesiones (Asamblea General, ECOSOC y otros órganos de las Naciones Unidas). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/previous-sessions/104/texts-adopted/WCMS_379098/lang-es/index.htm).
- OIT (2016). Las mujeres en el trabajo: tendencias de 2016. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_483214.pdf).
- OIT (2017). Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_548292/lang-es/index.htm).
- OIT (2018a). Informe Mundial sobre Salarios 2018/19: ¿Qué hay detrás de la brecha salarial de género? Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_712957/lang-es/index.htm).
- OIT (2018b). Acabar con la violencia y el acoso contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo. Conferencia Internacional del Trabajo. 107º. periodo de sesiones (Asamblea General, ECOSOC y otros órganos de las Naciones Unidas). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/previous-sessions/107/reports/reports-to-the-conference/WCMS_554100/lang-es/index.htm).
- OIT (2018c). 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).
- OIT (2018d). Mujeres y hombres en la economía informal: un panorama estadístico (3ª edición). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_635149/lang-es/index.htm).
- OIT (2019a). Trabajar para un futuro más prometedor - Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_662442/lang-es/index.htm).
- OIT (2019b). Declaración del centenario de la OIT para el futuro del trabajo, 2019. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (<https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/centenary-declaration/lang-es/index.htm>, consultado el 29 de enero de 2022).
- OIT (2020a). The COVID-19 response: getting gender equality right for a better future for women at work. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/WCMS_744685/lang-en/index.htm).
- OIT (2020b). Informe Mundial sobre Salarios 2020-21: Los salarios y el salario mínimo en tiempos de la COVID-19. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_789973/lang-es/index.htm).
- OIT (2020c). Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: Tendencias 2020. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (<https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2020/lang-es/index.htm>).
- OIT (2020d). Impacto de las medidas de confinamiento en la economía informal. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/publications/WCMS_764106/lang-es/index.htm).
- OIT (2020e). La COVID-19 y el sector de la salud. Informe sectorial de la OIT (abril). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo. (https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_745391/lang-es/index.htm).
- OMS (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- OMS (2018). Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272941>, consultado el 6 de febrero de 2022).

-
- OMS (2019). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322?show=full>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- OMS (2020a). OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- OMS (2020b). Global spending on health: weathering the storm. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337859>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- OMS (2021). The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department Working Paper 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- OMS (2022). Working for Health 2022-2030 action plan. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/publications/m/item/w4h-action-plan-2022_2030, consultado el 15 de junio de 2022).
- ONU (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York, Naciones Unidas. (<https://sdgs.un.org/es/2030agenda>).
- ONU (2017) Objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Nueva York, Naciones Unidas. (<https://sdgs.un.org/es>).
- Palmer R (2017). Jobs and skills mismatch in the informal economy. Geneva: International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_629018.pdf, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 88:901-7 (<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Pillinger J (2010). Pay and the gender wage gap in health and social care. Brussels: European Public Service Union.
- Pillinger J (2017). Violence and harassment against women and men in the world of work – trade union perspectives and action. Geneva: International Labour Organization.
- Punshon G, Maclaine K, Trevatt P, Radford M, Shanley O, Leary A (2019). Nursing pay by gender distribution in the UK – does the glass escalator still exist? *Int J Nurs Stud*. 93:21-29 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.008>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Reskin BF, Bielby DD (2005). A sociological perspective on gender and career outcomes. *J Econ Perspect*. 19(1):71-86 (<https://doi.org/10.1257/0895330053148010>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Rosenbaum P, Rubin D (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*. 70:41-55.
- Rubin DB (1977). Assignment to treatment group on the basis of a covariate. *J Educ Stat*. 2(1):1-26 (<https://doi.org/10.2307/1164933>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S et al. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 7(11):e1500-1510 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4), consultado el 6 de febrero de 2022).
- Stoet G, Geary DC (2018). The gender-equality paradox in science, technology, engineering, and mathematics education. *Psychol Sci*. 29(4):581-93 (<https://doi.org/10.1177/0956797617741719>, consultado el 6 de febrero de 2022).
- UNESCO (2020). Una nueva generación: 25 años de esfuerzos en favor de la igualdad de género en la educación. Equipo del Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo 2020. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (<https://es.unesco.org/gem-report/2020genderreport>).

Vaughan-Whitehead D (2010). Fair wages: strengthening corporate social responsibility. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

WEF (2020). Global gender gap report 2020. Geneva: World Economic Forum.



