

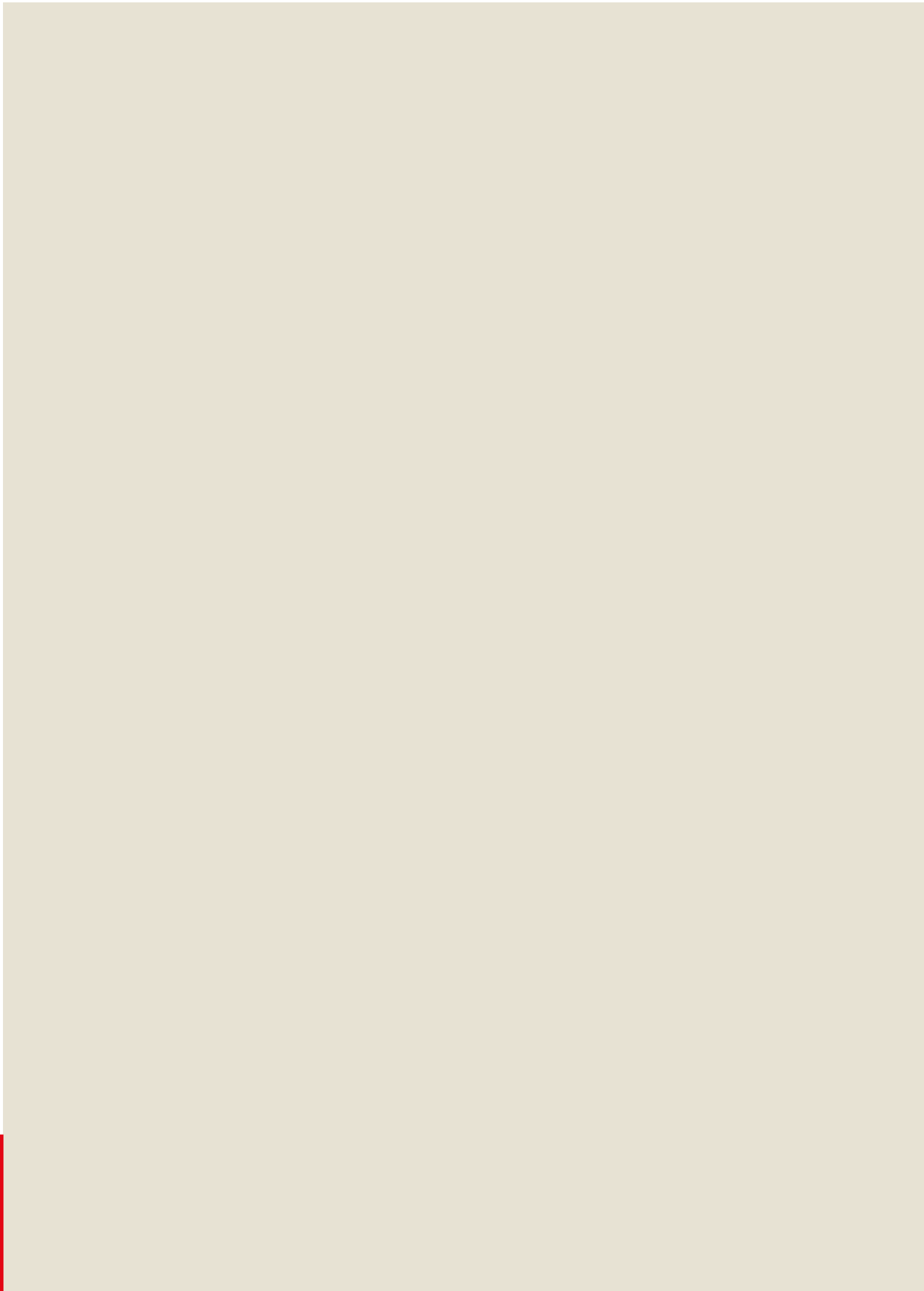
EL FUTURO DONDE QUEREMOS CRECER



Save the Children
100 AÑOS



Las políticas públicas esenciales
para el bienestar de la infancia





Esta publicación ha sido elaborada en base a cuatro estudios previos realizados por KSNET, Knowledge Sharing Network S.L. y que fueron realizados por María Sánchez, Teresa Kersting, Pere Taberner, Manuel Hidalgo, Lucas Gortázar, Octavio Medina, Ariane Aumaitre, David Cantarero y Marta Pascual.

Agradecimientos:

A los niños, niñas, padres y madres que dedicaron su tiempo y sus sueños para este informe. A las compañeras de Save the Children que ayudaron a que estas entrevistas fueran posibles.

A Álvaro Ferrer, Paloma García, Lucía Martínez, Carmela del Moral, Catalina Perazzo, Cristina Sanjuán y Ana Sastre por acompañar el proceso, dar ánimos, ideas y comentarios para este informe. Y por ser tan majos.

A KSNET, Knowledge Sharing Network S.L., en especial a María Sánchez Vidal por su enorme implicación en este proyecto. A todos los investigadores por compartir sus conocimientos y aportar al informe el peso de las evidencias.

Directora de Políticas de Infancia y Sensibilización:

Ana Sastre Campo

Autora:

Gabriela Jorquera Rojas

Foto portada:

Alba Lajarín / Save the Children

Fotos:

Pedro Armestre / Save the Children

Alba Lajarín / Save the Children (p. 34)

Valentina Barreto / Westend (p. 54)

Ilustraciones y gráficos:

Germán Gullón (Valbhy Design)

Arte y maquetación:

Alba Lajarín

Óscar Naranjo

Edita:

Save the Children España

Febrero_2019



PRÓLOGO

La pobreza infantil es un reto de primera magnitud en España. Como apuntan los estudios internacionales, nuestro país presenta una de las tasas más altas de los países industrializados, con uno de cada tres menores de 16 años en riesgo de pobreza. Este hecho tiene importantes implicaciones. Es cosa conocida que la pobreza en edades tempranas no solo es una lacra social, sino que también genera unas cicatrices que marcan a lo largo de todo el desarrollo vital. Es decir, que la no intervención genera un enorme coste de oportunidad y la inacción hace que cada día que pase haya nuevos niños y niñas abocados a una vida sin futuro.

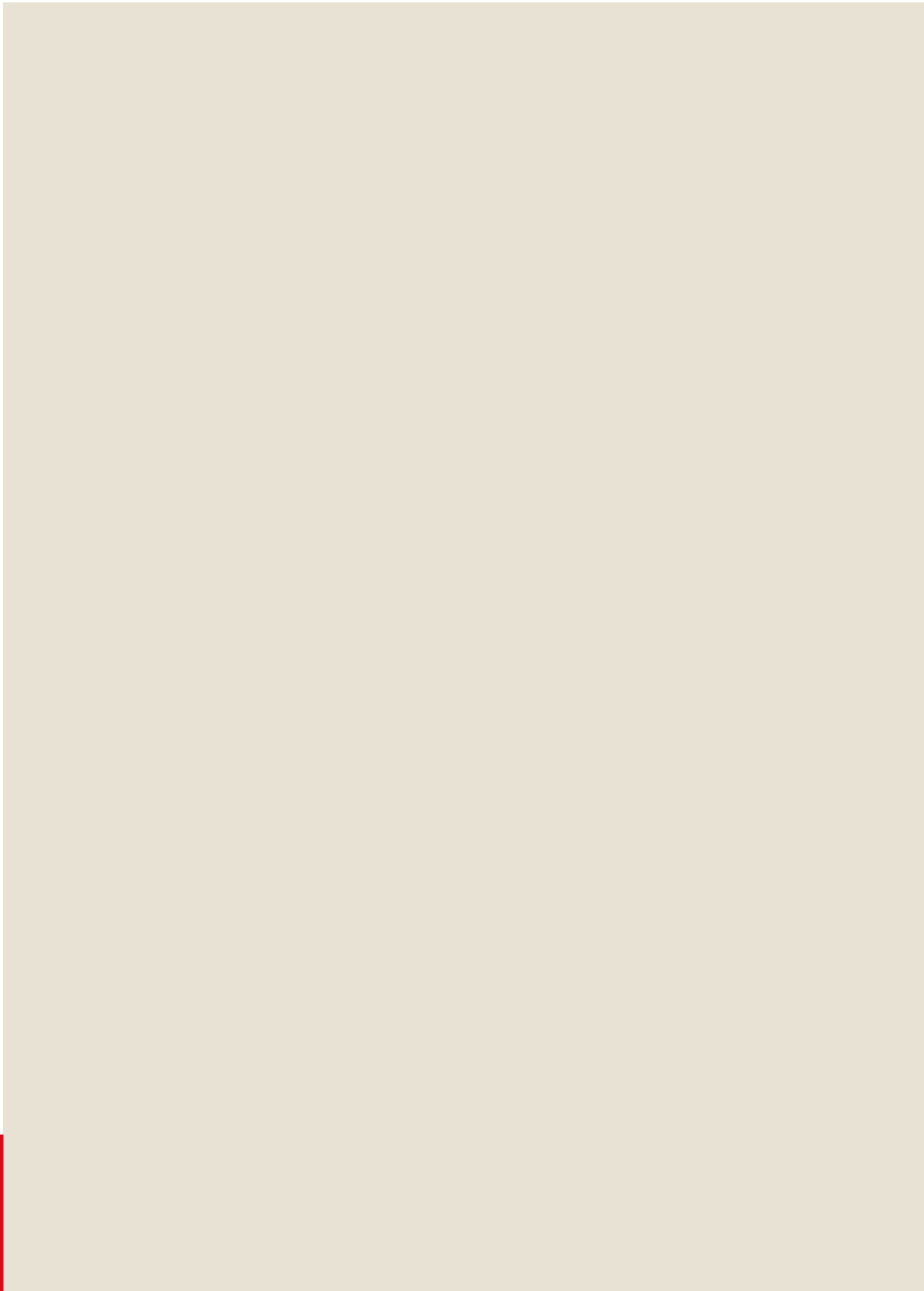
Con el paso de la crisis económica cada vez se ha ido tomando más conciencia pública de este problema. Entre las voces que se ha preocupado de colocar este tema en el frontispicio de las prioridades sociales de España está Save the Children, promotores de este informe sobre la pobreza infantil. Este documento, prolijo, se caracteriza por tener dos patas fundamentales. De un lado, la identificación de las tendencias y perfiles de la pobreza infantil en España. Del otro, el menú de políticas públicas que tenemos que poner en marcha sin demora para tratar de atajarla.

Elaborado por reconocidos especialistas en la materia, este trabajo es una guía fundamental para informar buenas directrices políticas si se quiere evitar que la pobreza infantil no esté en tasas del 25% la próxima década. Dado que este fenómeno es multidimensional, el informe incide en cuatro aristas clave: las medidas específicas contra la pobreza infantil, la educación, la salud y la conciliación de la vida laboral y familiar. Este documento, con medidas identificadas y

presupuestadas, no hace sino plantear los cimientos de un nuevo pacto intergeneracional en España.

¿Qué medidas se plantean en el informe y tienen amplio consenso entre los expertos? Es urgente incrementar las prestaciones por hijo a cargo para proteger mejor a las familias con menores vulnerables. Es clave buscar mecanismos para reducir las tasas de abandono escolar temprano con clases a apoyo y refuerzo, además de mejorar la ratio docente-estudiante. Es preciso reducir la desigualdad en el acceso y en el disfrute de la salud visual, la salud nutricional, la salud bucodental y la salud mental infantil, mejorando el acceso y las condiciones de bienestar de los niños y niñas en pobreza en éstos ámbitos. Es necesario facilitar los permisos de paternidad y maternidad y la inversión educativa de 0 a 3 años. Es decir, aplicar una serie de políticas con continuidad en el tiempo que se conviertan en las vigas maestras de un Estado de bienestar que no orille a niños y niñas. Sin duda, el informe de Save the Children es una buena contribución en ese sentido.

Pablo Simón



CONTENIDO

1. Regreso al futuro	9
1.1. De dónde venimos: las tendencias de la pobreza	11
1.2. Determinantes pasados, presentes y futuros de la pobreza	13
1.3. ¿Cómo se cambia una tendencia?	18
2. Pobreza infantil	23
2.1. Kindergeld de Alemania y la Estrategia Nacional contra la Pobreza Infantil de Reino Unido	27
2.2. Aprendizajes para la mejora en la protección social de niños y niñas en España	29
2.3. ¿Un problema de costes?	30
El reto y las propuestas	32
3. Educación	35
3.1. Clases de apoyo y refuerzo	41
3.2. Ratios de estudiantes por docente en los centros educativos	44
3.3. Financiación del sistema y regla o mecanismo de distribución de fondos	46
3.4. ¿Un problema de costes?	50
El reto y las propuestas	51
4. Salud	55
4.1. Salud visual	60
4.2. Salud nutricional	63
4.3. Salud bucodental	70
4.4. Salud mental	74
4.5. ¿Un problema de costes?	78
El reto y las propuestas	79
5. Conciliación	85
5.1. La conciliación es una cuestión de género y renta	89
5.2. Bajas de maternidad-paternidad	90
5.3. Horarios de trabajo	94
5.4. Políticas de primera infancia	100
5.5. ¿Un problema de costes?	105
El reto y las propuestas	107
Anexo metodológico	110
Bibliografía	114



1. REGRESO AL FUTURO

En este capítulo¹ se analizan las principales tendencias que impulsan las altas tasas de pobreza infantil en España. Además, se proyectan distintos escenarios a futuro. Todos ellos, incluso los más optimistas, presentan una imagen desalentadora: la pobreza infantil seguirá siendo alta en la década siguiente, con tasas de riesgo de pobreza y exclusión (AROPE) en torno a un 26,5%. A futuro, la mejoría del empleo no será suficiente para reducir de forma contundente la pobreza infantil. La precariedad del mercado laboral irá en aumento, afectando con especial crudeza a los hogares con hijos.

La distancia que separa lo que muestran los datos con los sueños de futuro de niños y niñas, padres y madres, es abismal. Pero podemos cambiar el rumbo de nuestra historia, construir un futuro en el que niños y niñas crezcan con todas las oportunidades a su alcance. Un futuro en el que apetezca crecer y en el que apetezca criar.

*«...si el futuro es incierto, significa que lo peor tampoco es seguro y que dependerá también, al menos en parte, de lo que hagamos o no hagamos en el presente para orientar su trayectoria».*²

Robert Castel

En la pobreza, como en tantos otros fenómenos sociales, **interpretamos el presente a partir de lo que conocemos del pasado**. Cuando valoramos un nuevo dato, lo hacemos desde su comportamiento anterior. Con el conjunto de las observaciones que tenemos del pasado, interpretamos nuestro presente e imaginamos nuestro futuro, estimamos –o desestimamos– nuestras posibilidades.

Lo que esperamos del futuro configura nuestra forma de actuar en el presente. Si escuchamos que mañana lloverá, dejaremos el paraguas a mano para no olvidarlo antes de salir. Pero si no hemos mirado el pronóstico del tiempo, ni nos hemos asomado a la ventana antes de salir, puede que la lluvia nos pille desprevenidos. De la misma manera, si creemos que es posible, justo y urgente reducir la pobreza en la que están creciendo un tercio de niños y niñas en España, ten-

1 Este capítulo ha sido elaborado en base al estudio “Diagnóstico actual y proyecciones a futuro sobre la pobreza infantil en España” de KSNET (María Sánchez Vidal, Manuel Hidalgo, Teresa Kersting y Pere Taberner).

2 Castel R., 2014.

dríamos que poner en marcha políticas que hagan posible este cambio. Estimar costes y beneficios, identificar las mejores vías para llegar a ser el lugar donde niños y niñas crezcan protegidos, seguros y en un entorno saludable. Coger el paraguas, las botas y salir a la calle dispuestos a saltar todos los charcos.

Pero si pensamos que, llueva o no llueva, nos vamos a mojar igual, coger o no el paraguas no será una decisión importante. Si creemos que siempre habrá pobreza, independientemente de lo que hagamos, entonces acabaremos no haciendo nada. Corremos el riesgo de desestimar acciones urgentes y necesarias que podrían mejorar no solo nuestro presente, sino también nuestro futuro. Como advierte J. R. Alonso, «**la mejor manera de construir el futuro es crearlo**».³

No queremos que nos pille la lluvia. Por eso, no solo vamos a mirar el pronóstico del tiempo, las tendencias del clima. Vamos a mirar nuestro pasado con la lupa de lo que vendrá, y nuestro presente con ojos de futuro, para elucubrar sobre lo que nos espera, no solo para evitar disgustos, sino para hacer todo lo que sea necesario para que **el porvenir que nos encontremos sea uno en el que queramos habitar**.

Vamos a hacer una expedición al futuro para explorar y elegir aquel que queremos tener, el que aspiramos construir, escogiendo las herramientas (las políticas públicas) que vamos a necesitar. No haremos este viaje en solitario. Hemos preguntado a niños y niñas, padres y madres –de muy distintos orígenes sociales– cómo se imaginan el futuro, qué esperan de él, qué les preocupa, qué les ilusiona. Con sus palabras, iremos dibujando el futuro en el que queremos habitar.

El primer paso es elegir los ámbitos claves a observar, **las políticas del Estado de Bienestar que están más desajustadas con las necesidades de la infancia**: pobreza, educación, salud y conciliación. Se analizarán estas cuatro dimensiones claves para el bienestar en la infancia. Cada capítulo incluye los siguientes apartados:

1. Principales retos que enfrentamos
2. Políticas exitosas que se han implementado en otros lugares de las cuales podemos aprender
3. Aprendizajes para España
4. ¿Un problema de costes?

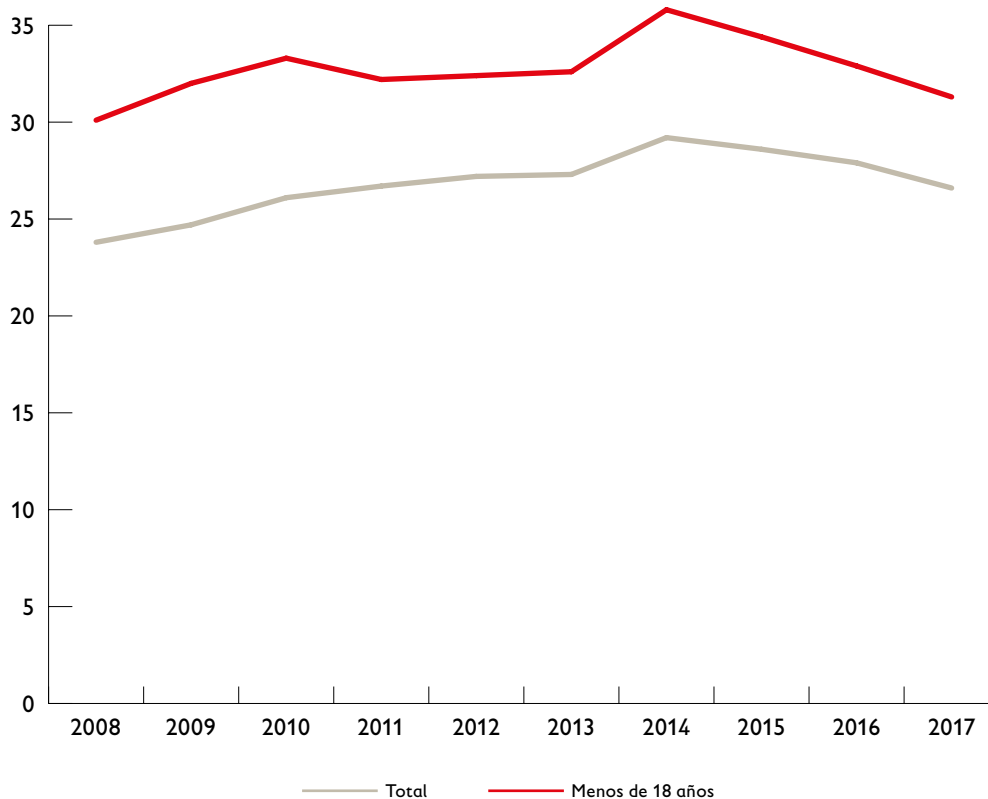
³ José Ramón Alonso, charla “La neurociencia del futuro” Naukas Valladolid, 2017.

1.1. De dónde venimos: las tendencias de la pobreza

Si miramos la magnitud de la pobreza en España en las últimas décadas no veremos cambios abruptos, en especial en pobreza infantil. **España ha mantenido altos niveles de pobreza infantil, aun en los años de boyante crecimiento económico.** La

crisis ha sido un catalizador que ha contribuido a un aumento importante del riesgo de pobreza y exclusión en los últimos años, pero el punto de partida desde el que se inicia era ya bastante alto.

Gráfico 1.
Riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) por edad



Fuente INE. Encuesta de Condiciones de vida, 2017.

El pasado nos enseña que el crecimiento económico no ha sido capaz de reducir, por sí mismo, la pobreza infantil. Y esto tiene consecuencias muy concretas para la vida

de las personas: **es más fácil entrar en la pobreza que salir de ella.** Cuanto más tiempo se pase en esa situación, más profundos serán los efectos de vivir en ella.

«Mi marido trabajaba en la construcción. Teníamos una hipoteca y las cosas iban bien. En ese tiempo teníamos dos bebés, con once meses de diferencia, y mi marido quedó sin trabajo. Es difícil, porque los bebés son mucho gasto, te faltan pañales, te falta leche... Nos quitaron la casa porque no podíamos pagar la hipoteca. Como tenía dos bebés, el abogado me consiguió dos años más para vivir en la casa y bueno, nos hemos apañado así. Porque luego, él cobraba 426 euros, el subsidio después del paro. Con 426, lo primero que tienes que hacer es pagar la luz y el agua, porque muchas veces nos cortaron la luz. Y después cobran para volver a tenerla. Ya no te preocupas por ti ni por tu comida, pero empiezas solo a pensar en los bebés, porque son bebés. Cuando llega la hora del biberón, hay que tener leche. Cuando lo tienes que cambiar, porque ya tiene el pañal lleno, él no va a entender que no hay dinero. Eso... uf, es difícil. Es muy agotador, mentalmente ya te quitan las ganas de todo...».

Fátima, madre de tres niños

«Ahora sí que se me ha fastidiado horriblemente la economía. Yo trabajo cuatro mañanas a la semana por mi cuenta limpiando. Había estado ocho meses sin cobrar nada de subsidio ni nada, lo último que me quedaba por pedir era la ayuda de mayor de 45 años. Pero claro, eso son 11 meses. A los 11 meses no cobras nada de nada, estás un año sin cobrar nada y si no te ha salido ningún trabajo, optas a esa ayuda durante tres veces. Pero entre ayuda y ayuda hay un año que no cobras, que te tienes que meter en una cueva con tus hijos ahí y no vivir, no respirar. Que dices: “Yo no quiero ayudas, yo quiero un trabajo”. Pero ni una entrevista ni media; o sea, nada. Y yo estoy en tres portales de empleo, casi todas las semanas echo dos, tres, me apunto a dos o tres solicitudes... O sea, que me muevo un montón y no hay manera».

Ana, madre de dos niños

La tendencia en pobreza infantil no infunde esperanza, está claro. Pero **a pesar de que las tendencias cargan con una gran inercia, no son imposibles de cambiar.** De hecho, algunos países lo han logrado. ¿Cómo lo han hecho? Poniendo en marcha políticas contundentes. Evaluando, haciendo cambios y ajustes, sin abandonar. Hemos

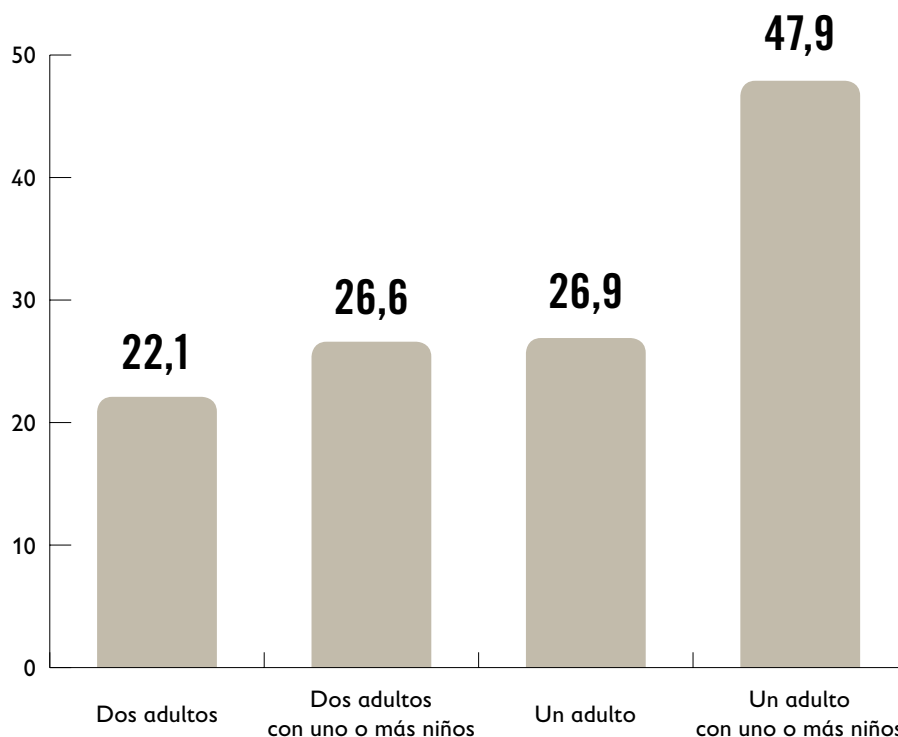
sacudido el mapa para buscar cuáles de los países de nuestro entorno han logrado los mayores avances en cada área, cómo lo han hecho y qué lecciones podemos aprender de su experiencia. Con esa información, vamos a observar cuál podría ser nuestro futuro si pusiéramos en marcha políticas similares.

1.2. Determinantes pasados, presentes y futuros de la pobreza

La pobreza no afecta por igual a todas las personas de una sociedad. Algunas están más expuestas al riesgo de vivir en pobreza que otras. **Los hogares con niños y niñas**

a cargo están dentro de esos grupos de riesgo, pues padecen en mayor medida la pobreza que otros tipos de hogar.

Gráfico 2.
Riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE) por tipo de hogar



Fuente INE. Encuesta de Condiciones de vida, 2017.

A los niños y niñas les afecta en mayor medida la pobreza y exclusión porque viven en hogares más vulnerables.

Tener hijos e hijas a cargo implica afrontar más y mayores costes,⁴ que aumentan con la edad, siendo el crecimiento más agudo en las

⁴ El coste de la crianza, Save the Children 2018.

zonas con un coste de vida alto y oscilando el coste medio aproximadamente entre los 500 y los 600 euros mensuales.⁵ Estos gastos se asumen con toda la ayuda que familiares y amistades puedan ofrecer –a veces mucha, a veces poca, y a veces ninguna–, y el apoyo más bien escaso del Estado.

Como señala Teresa Martín García, «Necesitamos políticas públicas que redistribuyan de forma más equitativa los costes asociados a la crianza de los hijos/as –sobre todo en los primeros años– entre las familias y la sociedad».⁶ No debemos olvidar que el bienestar de niños y niñas sobrepasa el ámbito de la familia. Así lo señala la Convención sobre los derechos del Niño: **Los niños son responsabilidad de todos, no asumirla es un riesgo social, y una pérdida injustificable de talento y riqueza.**⁷

La pobreza y la desigualdad que afectan a nuestros niños y niñas limitan la igualdad de oportunidades y la movilidad social de la infancia ahora, y condicionan a la sociedad del futuro a ser más desigual e injusta.⁸ Esta es la tendencia que va a dar forma al futuro que nos espera. En el presente, tener hijos en España se ha convertido en un factor de riesgo de pobreza.⁹ En el futuro, **niños y niñas**

seguirán estando mucho más expuestos al riesgo de pobreza y de exclusión que otros grupos de edad.

Ahora... el salto hacia el futuro ¿cuán lejos? No demasiado, porque ya sabemos que cuanto más adelante miremos, más borrosa será la imagen. Se ha proyectado el futuro de la pobreza en España a 2022 y 2030.¹⁰ Para ello, hemos usado la metodología del Institute for Fiscal Studies en el Reino Unido.¹¹ Se han tomado los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2016, y ajustado a los cambios más relevantes conocidos y pronosticados: la evolución demográfica, el mercado laboral y la inflación.

Primero, se eligen las variables más importantes a utilizar, y con ellas se estiman distintos escenarios, usando las proyecciones de Eurostat,¹² de la Organización Internacional del Trabajo,¹³ y del Banco de España hasta 2020.¹⁴ Con estos datos, se proyectan una constelación de escenarios:

- Los escenarios de menor fertilidad de Eurostat proyectan una caída en la proporción de los niños sobre la población total en los años 2022 y 2030.

5 Ibídem.

6 Martín García, T., 2017.

7 Vicente Giménez, T. y Hernández Pedreño, M., 2007.

8 Save the Children, 2015.

9 Llano, J.C., 2017.

10 Ver Anexo 1.

11 Ver Browne y Hood, 2016.

12 Eurostat, 2018.

13 OIT, 2018.

14 Banco de España, 2018.

- En los escenarios base y de menor mortalidad, la población infantil crece en el 2022, pero se reduce en el 2030.
- En todos los escenarios, el porcentaje de personas ocupadas sobre la población total aumenta en el 2022, pero cae en 2030. El porcentaje de parados baja, y el porcentaje de no activos aumenta en todos los escenarios de 2022 y 2030, según las proyecciones de la OIT adaptadas a las proyecciones demográficas de Eurostat.
- El porcentaje de mujeres no activas supera la fracción correspondiente de hombres. Esta relación se revierte en el caso de las personas ocupadas

Estas son las **características que aumentarán la probabilidad de estar en riesgo de pobreza para un hogar con hijos e hijas:**

- Que la persona con el salario principal esté subempleada, es decir, trabajando a jornada parcial o mezclando periodos de trabajo con otros de paro.
- Que sea una familia monomarental.
- Que el segundo adulto del hogar esté subempleado.
- El número de miembros en el hogar: a mayor número de hijos, mayor riesgo de pobreza.
- Que el o la primera responsable del hogar no esté trabajando.
- Aparece, además, un factor que disminuye el riesgo de pobreza: que exista más de un ingreso en el hogar, ya sea porque uno de los adultos del hogar esté jubilado o trabajando.

¿Qué hemos encontrado?

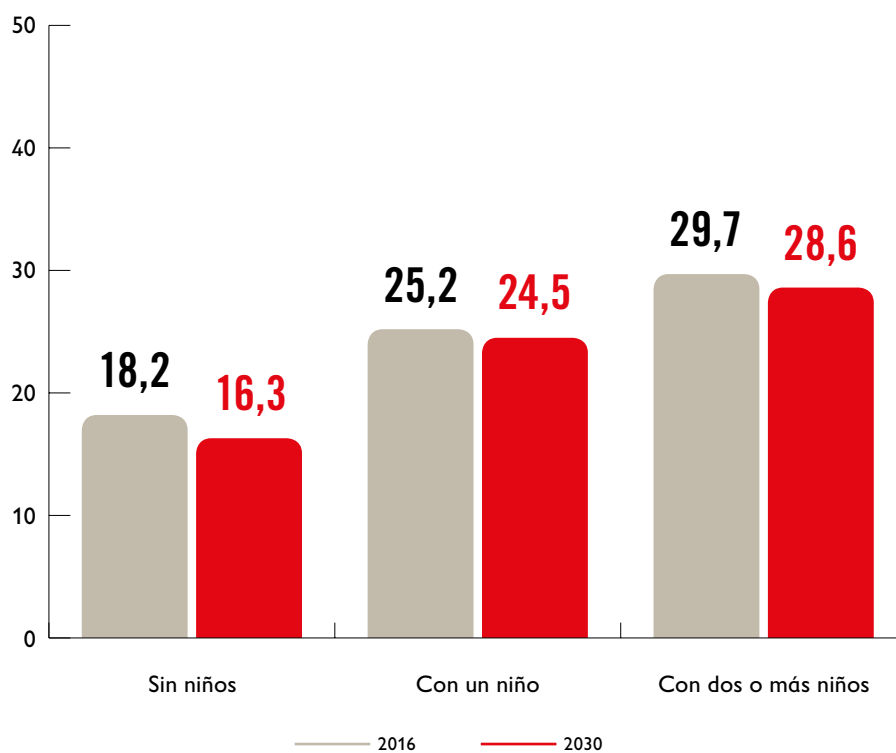
En 2030, sea cual sea el escenario que proyectemos, el riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE) va a seguir siendo alto.

Pero, ¿es igual para todos?

No. **La tasa de pobreza de hogares con niños seguirá siendo más alta que la de hogares sin niños.** Y será más alta cuantos más niños haya en el hogar.

Nuestro futuro en un gráfico:

Gráfico 3.
Promedio de tasa AROPE por tipo de hogar en distintos escenarios proyectados hasta 2030¹⁵



Fuente: Elaboración propia.

Si no actuamos ya, la pobreza seguirá siendo parte de nuestra realidad la experiencia cotidiana de millones de familias, de padres, madres e hijos.

15 Ver Anexo metodológico.

«Un día le dije yo a mi esposo: “No tenemos para el piso ¿Ahora qué hacemos?”, y dice: “Pues...” Y la pequeñita se mete y dice: “¿Por qué no sacan de mi hucha? De mi hucha nos va a alcanzar para pagar”, dice. Y desde ese entonces no hablamos cerca de ella del tema económico. Para que no se dé cuenta. Hasta aquí, hasta en el cole mismo... No sé por qué ha sido que la he mandado con una camiseta que estaba un poco... Tenía una figurita, una figurita así, y se le estaba pelando la figurita. Claro, son niños, que no lo hacen con mala intención, y le dicen: “mira que tienes la camiseta muy vieja”, y dice, y llega triste, y dice: “Mamá”, dice. “¿Qué ha pasado?”, le digo. “Que me han dicho que tengo la camiseta súper usada”, me dice. Y no sabía qué hacer. Y desde ese entonces hacemos todo para que no lo note. Claro, no me lo dice, tal vez se dé cuenta...».

Patricia, madre de dos niñas

¿El empleo no va a acabar con la pobreza?

Aunque se confirma una tendencia a la baja de la pobreza gracias a las mejoras en el empleo, **la disminución resulta ser muy pequeña e insuficiente para cambiar su trayectoria.**

Además, habrá un peso creciente de la precariedad laboral, que afectará en gran medida a las tasas de pobreza y exclusión. En el futuro hay más empleo, pero será empleo precario, del tipo que no protege de la pobreza. La pobreza infantil, por tanto, seguirá siendo alta.

¿Pero por qué sucede esto?

El futuro, tal como podemos preverlo dadas las condiciones actuales, mantiene algunas de las tendencias actuales: entre las personas ocupadas hay menos pobreza, mientras que el paro aumenta considerablemente el riesgo de ser pobre. Las proyecciones señalan que la pobreza será mayor cuantos más

niños y niñas haya en el hogar. El futuro nos da una imagen-espejo: **tener hijos seguirá siendo un factor de riesgo de pobreza.**

Lo más destacable es **la creciente importancia que tendrá el empleo precario** y el repunte en el futuro de estar jubilado como grandes determinantes del riesgo de pobreza infantil.

Si no hacemos algo en serio, en el futuro seguiremos teniendo las mismas vergonzantes tasas de pobreza infantil que tenemos ahora. La pobreza se transmite de padres a hijos, y todo indica que **en el futuro no seremos capaces de cambiar esa deriva de injusticia e inequidad.**

¿Esto es una condena? ¿Acaso no podremos superar las altas tasas de pobreza infantil? ¿Es este el futuro que queremos para nuestros niños y niñas?

En Save the Children **creemos que podemos ganarle el pulso al futuro.** Empezar a hacer hoy lo que nos queremos encontrar mañana. Construir el futuro que queremos

habitar haciendo cambios en los temas cruciales para el bienestar de la infancia. Para eso **necesitamos implementar políticas públicas que ayuden a rebajar estas**

tasas de pobreza y a mejorar la natalidad, la conciliación, la educación, la salud y el bienestar de nuestras niñas y niños en el futuro.

1.3. ¿Cómo se cambia una tendencia?

«Locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando obtener resultados diferentes».

Rita Mae Brown

«En el futuro tal vez la gente colabore para reformar las cosas. Porque si la gente ayuda a construir algo, si por lo menos da ideas, pues, entonces se puede conseguir».

Martina, 12 años

Para revertir una tendencia con tanta inercia como la pobreza necesitamos acciones potentes que nos empujen a una dirección radicalmente distinta. Por eso, hemos elegido cuatro dimensiones críticas: si hacemos un cambio contundente en ellas, cambiará el curso de nuestra historia. Es en estos temas fundamentales donde los cambios adecuados pueden generar un futuro, una sociedad, en la que valga la pena vivir, crecer y criar:

- Pobreza
- Educación
- Salud
- Conciliación

Tenemos como reto crear las condiciones para una sociedad distinta, para que los sueños de nuestros niños y niñas, y de sus padres y madres, se acerquen a la realidad. Y esto es una cuestión de justicia social: **el presente que algunos niños viven es el futuro que otros niños sueñan.**

«En mi colegio, el año pasado trabajábamos con tablets en vez de con libros. No teníamos libros de texto en muchas asignaturas y el temario lo hacíamos en presentaciones de la tablet y, además, teníamos una pizarra digital. Entonces, podías tocar y hacer cosas. Mola mucho».

Martina, 12 años

«En el futuro yo creo que van a cambiar muchas cosas. (...) Que en la escuela pudiésemos trabajar con una tablet sería mucho mejor (...) Si fuera presidenta de España yo cambiaría muchas cosas, una de ellas, la crisis. Otra que cambiaría sería mi pueblo, que tuviera más tiendas y restaurantes. Y luego pondría las tablets en el colegio».

Mariama, 12 años

Muchos países se enfrentaron antes a retos similares a los que enfrenta España hoy, hicieron reformas con niveles de éxito aceptables, que se han evaluado y modificado en función de esos resultados. **Contamos con esa evidencia para aprender de ella.** En este informe queremos subirnos a los hombros de esos gigantes y pensar cuáles son las reformas que necesitaríamos desde la experiencia de otros que han recorrido estos caminos antes.

En políticas públicas no suele funcionar el «copia y pega» y no es nuestra intención sugerir esta estrategia. Pero podemos beneficiarnos de los aprendizajes de otros para no repetir errores. Hemos seleccionado políticas efectivas para cada una de las políticas, analizando los casos relevantes de España (por su marco regulatorio, características de estado del bienestar, coste y contexto político), y elegido aquellas políticas que nos pueden mostrar caminos posibles para aplicar.

«Yo me lo imagino más verde; con más gente universitaria, con más gente con estudios, con más gente más feliz, no sé. Supongo que no hay tanta gente con estudios como me imagino yo. Me lo imagino con más gente que tenga trabajo, porque ahora hay gente que no tiene trabajo o que no tiene casa o cosas de esas, y me imagino o me gustaría que en el futuro eso no pasara tanto y que pudiera haber más trabajo, más gente con estudios que pudieran contribuir al avance humano».

Melody, 12 años

«En el futuro vamos a vivir mejor de lo que vivimos ahora. Mejor, porque como el aire se ensuciaría mucho no tendrían que usar gasolina. Tendrían que usar energía solar. Y en el futuro yo quiero que nunca se contamine el aire, porque si no, morirían todas las cosas que queremos, todo el mundo».

Sara, 7 años

«Dicen muchos que en el futuro puede haber más tecnología o robots, o sea, que fuéramos ahí en plan como en los estos, de las películas, así, o dibujos que salen en el futuro con robots y eso. Supongo que sería así, pero no acabo de verlo, la verdad. Me lo imagino con gente que aprenda más, que no cometa errores y que no deje de estudiar».

Paula, 16 años

«Yo la verdad es que no sueño nada específico. Les digo muchas veces que es mucho mejor, desde mi punto de vista, ser una persona normal a triunfar en el tenis, por decirte algo. Que la felicidad pienso que está mucho más cerca de las personas normales... Creo que tienes muchas más garantías de ser feliz si tienes una casa normal, un trabajo normal, un coche normal y una vida normal ¿Qué me gustaría? Que tuviesen una vida normal. Estoy convencido de ello».

Javier, padre de dos niñas

«Si pudiera pedir un deseo, no sé, que puedan tener de todo, que tengan salud. Eso es lo primero, lo importante, y que tengan muchas cosas que no les puedo dar ahora; que puedan vivir como niños normales; que puedan salir, puedan disfrutar, que tengan, al menos, un fin de semana que puedan, como dicen mis hijos, salir de vez en cuando. Cosas que son pequeñitas, pero para ellos son importantes. Que pueda comprarles lo que quieren... Por ejemplo, si están en el supermercado y quieren una cosa, no decirles: “Es que no tengo dinero”. Que pueda darles ropa nueva, cosas así. Ojalá».

Fátima, madre de tres niños

«Que tengan unos estudios, que saquen buenas notas, y que tengan un buen trabajo y fijo. Mis hijos ahora son pequeñitos, pero imagino que faltará dinero para que estudien después. Yo no estudié, pero dicen que luego, si quieres que estudien bien, tienes que tener dinero. Porque mientras más grandes, más gastos, sí. Ojalá pueda darles de todo».

Paloma, madre de dos niños

«En su mundo micro, yo lo que espero es que sean mujeres independientes, que sean económicamente independientes para poder tomar sus propias decisiones, las que sean. Y que contribuyan al mundo. En mi mundo pequeño, yo intento hacer el bien, y eso es lo que espero que ellas hagan y que contribuyan a avanzar, no sé, la vida de las mujeres, micro y macro. Ahora sí, ahora ellas quieren ser ingenieras y cosas de estas... que tengan una vida feliz y plena, tanto en lo personal como profesional. Que sí, a mí lo que me pasa es que, si yo intento hacer el bien, hacer las cosas bien y mejorar las cosas, eso me devuelve triplicado, y espero que ellas puedan tener esa experiencia también de mejorar las cosas y, a través de eso, ser ellas también más felices».

Julia, madre de dos niñas



2. POBREZA INFANTIL

En este capítulo¹⁶ se revisa la dificultad de nuestro país para reducir la pobreza infantil. España se caracteriza por los bajos niveles de protección social a los hogares con niños y niñas, está en el grupo de los países con mayores tasas de riesgo de pobreza y exclusión infantil en Europa,¹⁷ y es uno de los pocos países de la región que no cuenta con una prestación universal dirigida a los niños. La prestación existente es de las que tiene las cuantías más bajas en Europa.

Se describen dos ejemplos de políticas exitosas en la reducción de la pobreza infantil: Alemania y Reino Unido. Se examinan sus características y resultados, y el coste que significaría implementarlas en España. Se revisan también el alto impacto que supone la pobreza infantil en países desarrollados, que alcanza hasta 5 puntos del PIB.

«Yo por las noches lloraba, Dios mío, dos niños y yo somos tres. Vestuario, comida, los niños, las facturas, esto, lo otro. Yo recibía la ayuda de 500 euros. Pagaba 350 de alquiler y su papá le iba dando algo a los niños, que no era mucho, para la comida».

María Fernanda, madre de 2 niños

«Ahora sí, estoy trabajando 4 horas. Mi esposo, como trabaja en construcción, el dinero alcanza justo. Lo que más nos cuesta es pagar es el piso. El piso y, claro, la... y hay veces, los bonos de transporte, que para los dos son 100 euros, y el cheque que me dan de La Caixa nos alcanza para una compra, y esa compra se nos acaba a la semana, porque las niñas toman todos los días leche. Y, claro, a la semana siguiente tenemos que hacer otra vez una compra, y a la próxima semana; y a la próxima semana...».

Patricia, madre de dos niñas

¹⁶ Este capítulo ha sido elaborado en base al estudio “¿Qué queremos ser de mayores? Conciliación y bienestar de la infancia” de KSNET (Ariane Aumaitre, Octavio Medina y María Sánchez Vidal).

¹⁷ Según los últimos datos disponibles para toda la región. Eurostat, 2018.

Nacer en la pobreza es una experiencia profundamente injusta¹⁸ que condiciona de forma muy importante la vida y las oportunidades de los niños y niñas, antes de que puedan hacer nada por evitarlo. Esta situación la comparten más de dos millones de niños y niñas en España. Los efectos de la pobreza en la infancia dejan hondas huellas en ellos, no solo condicionan sus oportunidades de desarrollo presentes, sino que condicionan también su futuro, e incluso el de sus descendientes. El 80% de los niños y niñas que viven en la pobreza serán adultos pobres.¹⁹ **La pobreza tiene una sombra tan alargada que alcanza generaciones.**

Sin embargo, no ha habido hasta ahora políticas ambiciosas enfocadas a reducir la pobreza infantil, aunque hay suficiente evidencia acumulada que nos dice cuáles son las más eficaces para reducir la pobreza en la infancia. Una serie de estudios²⁰ han demostrado que **transferir recursos económicos a hogares con bajos ingresos reduce la pobreza y las carencias materiales**, el estrés familiar, mejoran los resultados educativos de los niños y niñas y favorece su bienestar emocional.

La pobreza, al fin y al cabo, es la falta de recursos suficientes para el bienestar. La solución más razonable es aumentar esos recursos para promover el bienestar de los niños y niñas.

La lógica detrás de las transferencias directas y las deducciones fiscales por hijos –de las que en España se beneficia en gran medida la clase media– es fomentar el bienestar, respondiendo a cuatro razones:

- La renta de los padres es uno de los factores que más impactan a la movilidad social de los hijos.²¹ Si la renta de los progenitores mejora, si el nivel de pobreza en la que viven se reducen, las posibilidades de sus hijos de salir de la pobreza serán mayores.
- Tener hijos representa un coste económico alto para la familia. Se calcula que el coste de la crianza oscila entre los 500 y los 600 euros mensuales,²² que aumenta con la edad y que es significativamente más alto en regiones con costes de vida alto (entre 550 y 710 euros).
- Es necesario reducir el efecto de tener hijos sobre el riesgo de pobreza si queremos mantener una tasa de natalidad relativamente elevada, que es, a priori, beneficioso para la sostenibilidad de la sociedad.
- Los efectos de la pobreza infantil son especialmente importantes cuando los niños son muy pequeños, puede aumentar la dependencia cuando los niños son adultos, aumentar la incidencia de la pobreza adulta y reducir las horas de trabajo.²³

18 Klose, P. M. (2017).

19 Flores, R., (2016).

20 Duncan y otros, Dahl y Lochner, en Klose (2017).

21 Erola et al 2016.

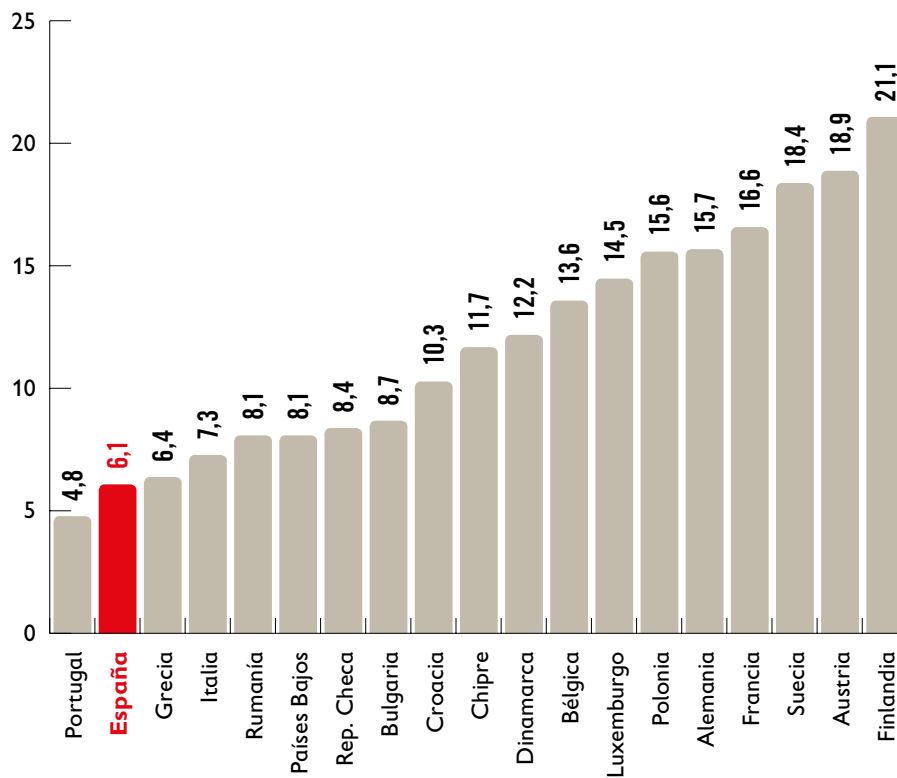
22 Save the Children (2018) El coste de la crianza.

23 Estos efectos están documentados en estudios como el citado anteriormente (Berger et al. 2010), así como en Kieran y Huerta (2008), Duncan et al (2010) o Heckman et al (2010), todos ellos descritos en OCDE (2011).

España se caracteriza por los bajos niveles de protección social a los hogares con niños y niñas a cargo. Es el séptimo país con las tasas más altas de riesgo de pobreza y exclusión infantil,²⁴ y es uno de los pocos países

en Europa que no cuenta con una prestación universal dirigida a los niños. Es, además, el segundo país de Europa con la menor capacidad de reducir pobreza en la infancia.

Gráfico 4.
Capacidad de reducción de tasa de pobreza (puntos porcentuales) en menores de 18 años antes de transferencias sociales, excluidas pensiones. 2016



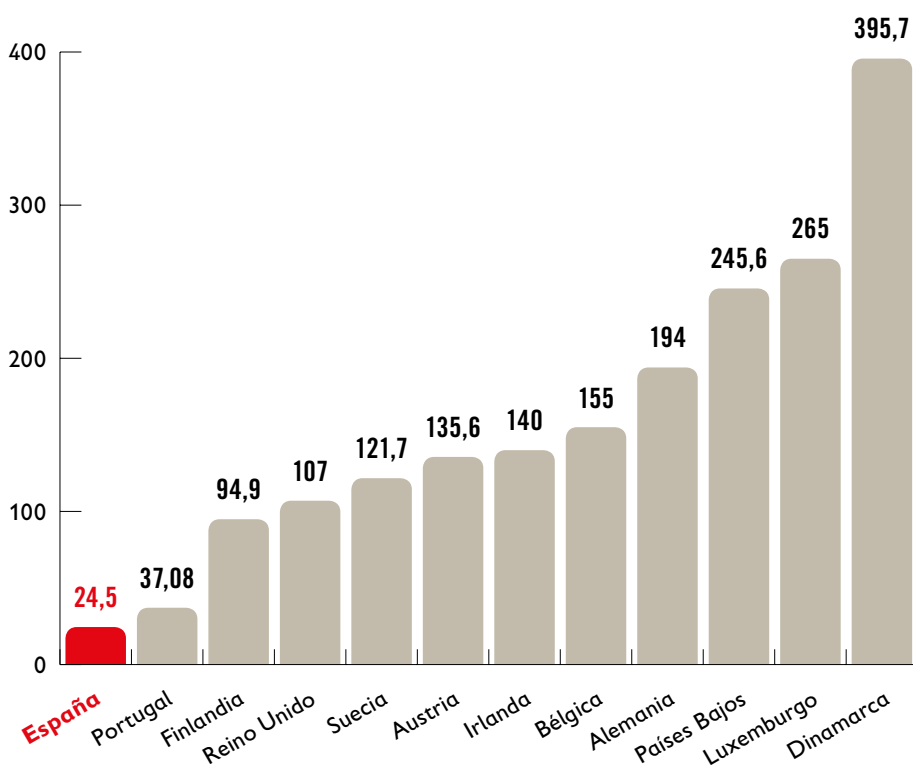
Fuente: Eurostat

24 Eurostat, 2017.

España es una *rara avis*: la prestación por hijo a cargo –una prestación económica por cada hijo que depende de la Seguridad Social– está condicionada por renta, con un

límite bastante bajo, tiene una baja cobertura, baja cuantía, y como resultado, una llamativa baja capacidad de reducir la pobreza.

Gráfico 5.
Cuantía de prestación por hijo a cargo en países de Europa



Fuente: Unión Europea²⁵

25 https://europa.eu/youreurope/citizens/family/children/benefits/index_en.htm

Tenemos entonces una política de protección social débil dirigida a la infancia, con un número de beneficiarios reducido y muy poco generosa. **La política correcta implementada de forma insuficiente.**

Los beneficios de una buena política de transferencia de rentas son importantes:

- Reducen el riesgo de pobreza para las familias con hijos,
- Mitigan el impacto de nacer en una familia con pocos recursos con respecto a las futuras oportunidades de los niños y niñas y

- Mejoran los resultados académicos y el bienestar general.

Se han encontrado efectos positivos en el bienestar derivados de las transferencias directas en Canadá²⁶ y Estados Unidos:²⁷ se encuentran mejoras sustanciales en la salud emocional y mental de niños y niñas, en el desarrollo de rasgos de personalidad, así como mejoras en relaciones con y entre padres.²⁸ El diseño de este tipo de políticas de transferencias e incentivos fiscales debe ser cauto, ya que pueden tener efectos adversos en la tasa de empleo femenina, generando incentivos para que las mujeres abandonen el mercado laboral.²⁹

2.1. *Kindergeld* de Alemania y la Estrategia Nacional contra la Pobreza Infantil de Reino Unido

El programa alemán de prestaciones a familias por hijo (*Kindergeld*) es un buen ejemplo para España por varios motivos. Alemania tiene un Estado de Bienestar desarrollado y con varios niveles administrativos y competencias similares a los españoles. El programa además lleva dos décadas en funcionamiento y se han llevado a cabo un número de estudios evaluando su impacto y resultados.

La **prestación universal por hijo** alemana consiste en una suma de dinero que se paga mensualmente a cada familia por cada hijo

o hija que tenga. Desde enero de 2018, la cuantía por el primer y segundo hijo es de 194 euros al mes. Por el tercer hijo las familias reciben 200 euros, y por el cuarto 225 euros. Una familia con dos hijos recibiría 388 euros, si tiene tres, 588 euros.

Es **incondicional**, no depende de factores como los ingresos familiares ni el estatus laboral de los progenitores. La única condicionante es el número de hijos. Las familias son elegibles para recibir la prestación hasta que el hijo en cuestión cumple 18 años.³⁰

26 Milligan y Stabile, 2011.

27 Akee et al., 2018.

28 Medido por Big 5, un cuestionario que evalúa y analiza la composición de cinco dimensiones de personalidad en su sentido más amplio.

29 Mandel y Semyonov 2006, Comisión Europea, 2016.

30 También existe la opción de ampliar la prestación hasta que cumple los 25, pero en este caso hay varios condicio-

Una evaluación reciente concluyó que el programa contribuye, entre otras cosas, a **mejorar las condiciones de la vivienda** de la familia que lo recibe, así como a un **aumento del gasto per cápita en comida**.³¹ Estos efectos son especialmente importantes para niños y niñas ya que la evidencia sugiere que tanto las condiciones de la vivienda como el gasto en comida están estrechamente ligados al bienestar infantil, sobre todo en hogares de bajos ingresos.³²

El *Kindergeld* alemán existe en su forma actual desde 1996. Antes existía tanto una prestación como una deducción por hijo o hija que se daban en paralelo. Además, la cuantía de la prestación era muy inferior a la actual. El origen de este cambio reside en las negociaciones de armonización de políticas sociales posteriores a la reunificación alemana. Una decisión del Tribunal Constitucional alemán en 1992 estableció que **la prestación por hijo era baja, no debería estar gravada y constituía un derecho más ligado al propio hijo que al trabajo de los padres**. Esto llevó a un debate en el Bundestag y a la aprobación de la nueva reforma en 1995.³³

Otro buen ejemplo lo constituye el Reino Unido, que durante la década pasada llevó a cabo una de las políticas más ambiciosas para luchar contra la pobreza infantil, y que, al igual que España, antes de emprender la reforma tenía tasas muy altas de pobreza

infantil. Este aumento fue mayor en el Reino Unido que en la mayor parte de países industrializados, tanto que llegó a ser el país con la mayor tasa de pobreza infantil de la Unión Europea.³⁴

El Gobierno laborista lanzó en 1998 la primera Estrategia Nacional contra la Pobreza Infantil, que tuvo como objetivo reducir a la mitad los indicadores de pobreza infantil,³⁵ un objetivo sin duda muy ambicioso. En la ley de Pobreza Infantil que se aprobó en 2010, se subió aún más la apuesta: alcanzar una tasa de pobreza infantil del 10%. El posterior cambio de Gobierno y el abandono de la lucha contra la pobreza infantil como prioridad frustraron estas expectativas.

Pero durante este período, Reino Unido dejó lecciones importantes. La estrategia incluía tres líneas de acción o pilares en términos de política familiar: bajas parentales, la provisión de servicios de cuidado, y lo que nos ocupa en este capítulo, transferencias de rentas a hogares a través de créditos y transferencias fiscales. Se aunaron diferentes créditos fiscales existentes hasta el momento bajo un único «*Child Tax Credit*», dando lugar a **una red de apoyo cada vez más simplificada e integrada**.³⁶ Las transferencias registradas entre 1997 y 2010 supusieron un incremento anual de 18.000 millones de libras (el 1,2 por ciento del PIB de 2010) en prestaciones para familias con hijos.³⁷

antes de ingresos y de trabajo.

31 Raschke, 2012.

32 *Ibidem*.

33 Maetzke & Ostner 2010, Boling 2015, Fagnani & Math 2010.

34 Bradshaw, 2007.

35 Joyce, R. 2014.

36 Daly, 2010.

37 Browne y Phillips, 2010.

El lanzamiento de la estrategia vino acompañado de una inversión creciente en infancia, en coherencia con el objetivo histórico que Tony Blair declaraba: ser la generación que acabaría con la pobreza infantil en Reino Unido para siempre.³⁸ La realidad no estuvo a la altura del objetivo, aunque durante esa

década, **Reino Unido mostró reducciones históricas en las tasas de pobreza infantil**, más que ningún otro país de la OECD,³⁹ resultado de las reformas adoptadas, en especial, el notable incremento de las transferencias monetarias a las familias de renta baja con hijos.⁴⁰

2.2. Aprendizajes para la mejora en la protección social de niños y niñas en España

- **Mejorar la prestación por hijo a cargo**, bien sea a la manera alemana, vía transferencia directa de una prestación universal por hijo a cargo, que sea asumida como un derecho de niños y niñas, y que tenga una cuantía generosa, o bien a la manera inglesa, vía créditos fiscales, y focalizada en familias en situación de pobreza.
- **Generar un acuerdo amplio para que las medidas sean perdurables**: la experiencia alemana muestra que consensos amplios permiten medidas sólidas y permanentes en el tiempo (que en Reino Unido no ocurrió).
- En términos de costes, se puede hacer una sencilla estimación utilizando una población similar a la cubierta por el *Kindergeld*. En el caso de España, la población de 0 a 17 años es de 8,3 millones. Dado que no podemos observar el orden de nacimiento de la población, podemos asumir una prestación que no varíe dependiendo de si se trata de un primer, segundo o tercer hijo. Estableciendo una cuantía de 200 euros al mes por hijo, el coste total de las prestaciones sería de 19,5 mil millones de euros anuales, un 1,67% del PIB.
- Otra opción es estimar un programa focalizado en las familias más vulnerables, a la manera de Reino Unido. En concreto se adoptaría el umbral de riesgo de pobreza del INE/Eurostat (ingresos iguales o inferiores a 60% de la mediana). La cuantía de la ayuda se reduciría a 100 euros en vez de 200, aunque supondría un incremento sustancial con respecto a la situación actual (24,5 euros por hijo). Según los datos del informe de Save the Children, esto supondrían unos 1,4 millones de hogares. El coste

38 Bradshaw, 2007.

39 OECD, 2011.

40 Joyce, 2014.

de aumentar la cobertura y cuantía de las ayudas existentes sería de unos 2.400 millones de euros.⁴¹

2.3. ¿Un problema de costes?

¿Cuánto cuesta la pobreza infantil ahora? Dependiendo de esa respuesta, el coste de estas medidas podría ser, o no, un problema. En ocasiones **mantener el problema es más caro que resolverlo.**

Para responder, utilizaremos como referencia una estimación hecha en Estados Unidos, que cifra este coste en 5,4 puntos del PIB, de los cuales 1,5 puntos corresponderían a la reducción de ingresos que dejarían de percibir de adultos los niños y niñas que han crecido en pobreza, 1,03 puntos al incremento en costes de salud, el impacto económico de la falta de vivienda (0,49) y el maltrato cuando están asociados a la pobreza (0,22) y el impacto económico en las tasas de criminalidad y encarcelamiento, que alcanza un 2,11 puntos del PIB.

Estos datos no son directamente trasladables a España. Pero nos permiten establecer el orden de magnitud del problema: no es igual el impacto económico de 8 millones de euros a uno de 8 mil millones de euros. Las estimaciones del impacto de la pobreza infantil dan una idea aproximada de la envergadura del problema, que equivale a varios puntos del PIB, mientras que la solución más barata de las presentadas equivale 0,22 puntos del PIB. Una prestación universal, con cuantías

generosas como la alemana, alcanzaría 1,67 puntos del PIB, para un problema que cuesta cerca de los 5 puntos de PIB.

Desde el corto plazo, parece una decisión costosa, pero sólo si se ignora el gasto que el problema representa y lo que se puede obtener como sociedad si se invierte hoy en los niños que están creciendo en la pobreza y la exclusión. Ellos y ellas serán los primeros en recibir los beneficios, podrán crecer sanos, podrán aprender más y mejor, podrán tener todas las oportunidades que ahora les están siendo negadas. Podrán tener el tipo de futuro que los padres y madres sueñan para sus hijos, el futuro que ellos sueñan para sí mismos. Pero esa inversión va a generar, también, bienestar y crecimiento a toda la sociedad.

Esto es lo que se puede lograr si se levanta la vista del corto plazo, sopesando la enorme pérdida de talento y bienestar que significa mantener estas altas tasas de pobreza infantil enquistadas en nuestro país, y se toman decisiones que nos ayuden a construir el futuro que soñamos. Y la inversión que se requiere para conseguirlo no es tan voluminosa como los beneficios que se pueden obtener, no solo económicos, sino también en términos de justicia y equidad.

⁴¹ Save the Children 2017.

Podemos cambiar el rumbo de nuestra historia: construir un futuro en el que los niños y niñas crezcan con todas las oportunidades a su alcance, en el que les apetezca crecer,

en el que apetezca criar. Hacer lo necesario para que el futuro que nos espera sea uno en el que queramos habitar.



EL RETO

Reducir la pobreza en niños y niñas, mejorando la protección social a la infancia, a través de la prestación por hijo a cargo

LAS PROPUESTAS

1. **Mejorar la prestación por hijo a cargo de forma contundente y con cuantías generosas, bien sea a la manera alemana, vía transferencia directa de una prestación universal por hijo a cargo, que sea asumida como un derecho subjetivo de niños y niñas, y que tenga una cuantía generosa, o bien a la manera inglesa, vía créditos fiscales, y focalizada en familias en situación de pobreza.**
2. **Generar un acuerdo amplio para que las medidas sean duraderas.**

«Porque tener hijos es caro. La parte económica sí me genera una incertidumbre, porque yo vengo de una familia que, afortunadamente, cualquier cosa que yo pidiera, siempre la tuve. Obviamente, mil años después me enteré de la cantidad de deuda que tuvo siempre mi familia, porque nunca hemos tenido dinero, éramos clase media. Entonces, pues es algo que me gustaría tener para mi hijo. Si necesita algo, poderlo proveer con eso. Entonces, la parte de estabilidad económica siempre para mí ha sido como un freno. Después lo piensas y nunca es un buen momento para tener hijos. Nunca. Nunca vas a tener una estabilidad económica, o sea, nadie te lo va a asegurar, a no ser que seas el hijo o las hijas del rey. Nunca sabes qué va a pasar. Si en eso se va a basar el momento de tener hijos, pues, nunca es un buen momento».

Carolina, madre de un niño de 2 años

«Cuando estaba embarazada; todos me preguntaban: “¿estás embarazada?” “Sí, sí”. ¡Qué felices éramos! yo pensaba que... pensaba que me iba a alcanzar. Yo hacía cuentas: me pagaban 650 euros, de los 650 euros, voy a pagar... vivíamos en una habitación, no vivíamos en piso. De los 650 euros, vamos a pagar 300 euros en alquiler. Nos sobran 350 euros. De los 350 euros, 100 euros los reservamos para la compra de la niña, y de los 200 van a ser... 100 los vamos a guardar y 200 van a ser para nuestros gastos. Pero no ha sido así. La leche se la tomaba ella, una leche, otra leche, otra... Es que ya no había. O sea, nos aguantaba la leche una semana, y los pañales, ¡cómo gastaba! Y digo: “y ahora, ¿qué hago?” Pero, una vez que ya ha nacido, pues, ya ha nacido. O sea, todo era gasto, gasto. No me arrepiento. No me arrepiento de nada. O sea, son lo mejor que he tenido. Pero, sí se gasta dinero».

Patricia, madre de dos niñas

«Ahora estamos mejor, mejor que otros años. Mi marido trabaja. Antes empezó con pocas horas, pero no siguió todo continuo porque a veces, cuando ya no tienen faena, paran, porque es una empresa pequeña. Estamos mejor, pero no igual que antes, la situación aún no se recupera. No sé, la verdad que antes ganaba más que ahora y no había niños. Aún no está todo bien. Gracias a Dios, mejor que antes, mejor que nada».

Fátima, madre de tres niños

VOCABULARY

cycling



snowboarding

kayaking



cricket

sailing



bowling



3. EDUCACIÓN

En este capítulo⁴² se revisan los principales retos de España en educación. Nuestro país arrastra una serie de problemas que afectan a la igualdad de oportunidades y la inclusión educativa: altas tasas de repetición, una gran cantidad de estudiantes que no se titulan de la etapa secundaria obligatoria y abandono escolar temprano (AET). Esta carencia en la equidad educativa tiene efectos para toda la sociedad: coarta la posibilidad de progreso al desperdiciar el talento de una parte de su población, que no podrá desarrollar plenamente sus capacidades. Este es el riesgo que queremos evitar. Un sistema educativo avanzado tiene, como condiciones necesarias, la equidad y la calidad; de lo contrario dificultará las oportunidades de los más vulnerables perpetuando la desigualdad en ingresos y resultados desde la infancia.

Pero ante cada problema hay una solución. Se revisan políticas educativas pioneras que otros países han puesto en marcha, obteniendo buenos resultados en aquellos temas donde España tiene los mayores desafíos: políticas anti-repetición y abandono, como clases de apoyo y refuerzo y reducción de las ratios, y políticas de financiamiento. Se analiza también el impacto social y económico del abandono escolar, que afecta especialmente a la participación a futuro en el mercado de trabajo, la calidad del empleo al que se acceda, los salarios y la productividad del país, que podría llegar a 1,5 puntos del PIB.

«Cuando sean grandes, a mis niñas las veo que van a estudiar... al menos la mayor dice: “yo voy a ser profesora”, dice. Su sueño es ser profesora. “¿Por qué?”, le digo, “¿por qué? Voy a enseñar a los pequeñitos”, dice, como a ella le enseñan (...) Mi sueño es que tengan una vida mejor que la mía. Con un trabajo. Que estén sanas, que puedan trabajar. Que estudien (...) O sea, claro, soñar no cuesta nada, pero yo quisiera que sea, como ella dice, que sea profesora...».

Patricia, madre de dos niñas

⁴² Este capítulo ha sido elaborado en base al estudio “¿Qué queremos ser de mayores? Políticas en el ámbito educativo” de KSNET (Lucas Gortazar y Octavio Medina).

«Yo siempre lo que he pensado cuando fuese presidenta (...) lo que haría es, a lo mejor, construir más colegios, sobre todo colegios públicos, porque si hay gente que no tiene mucho dinero, pues, si son colegios privados, tienes que pagar bastante dinero. Entonces, para la gente que tenga así menos dinero, pues, que puedan permitirse ir a un colegio».

Natalia, 10 años

«Yo creo que si hay alguna cosa que cambiaría, no sé, sería como el desnivel entre alumnos. Porque hay alumnos que se motivan mucho, y entonces sacan muy buenas notas; y alumnos que no se motivan tanto y sacan malas notas y me gustaría que fuera como más... más balanceado».

Melody, 12 años

La educación es nuestro mayor y mejor ascensor social. En él han subido varias generaciones para escalar desde las clases más bajas hasta las amplias clases medias actuales que caracterizan hoy nuestro paisaje social. La extensión de la educación, junto con la salud, ha sido el principal factor de éxito de nuestras sociedades modernas: han transformado la estructura de nuestro ADN, modificando el gen de la equidad.

Mucho hemos avanzado, y mucho nos queda por avanzar. La educación es un derecho humano, así reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que señala que «debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades funda-

mentales»⁴³ y en la Convención sobre los derechos del Niño, que apunta a que **el derecho a la educación debe disfrutarse en igualdad de oportunidades**. No es poca cosa. La educación debe ofrecer oportunidades de desarrollo personal e intelectual y, como señala el Pilar Social Europeo, de forma asequible y de buena calidad. Nuestras expectativas frente al sistema educativo son, sin duda, muy altas.

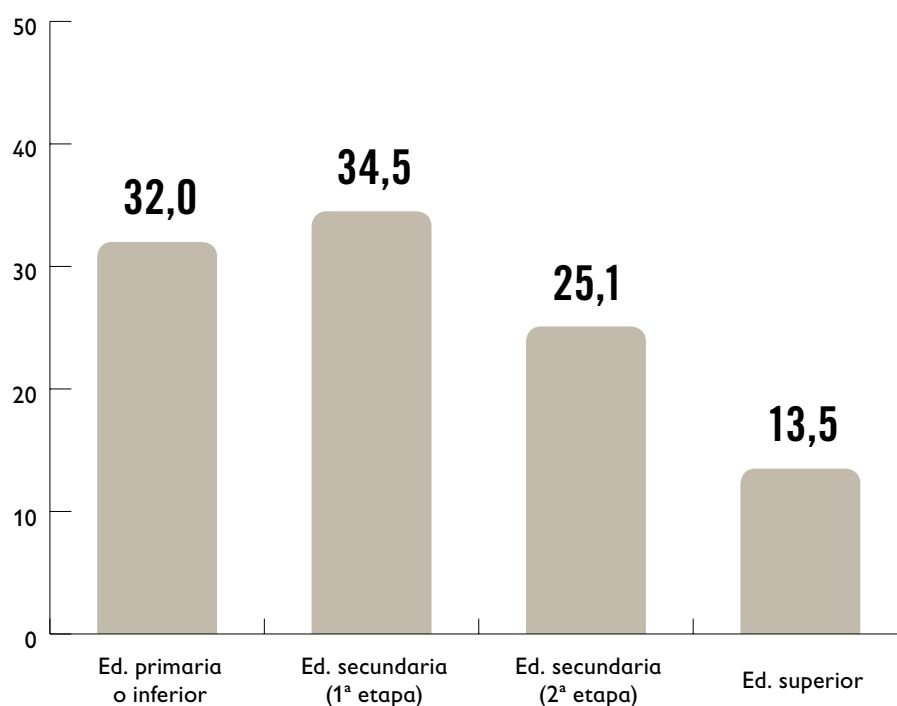
La educación se ha probado como un buen sistema de movilidad social; tiene un efecto incomparable para sacar a las personas de la pobreza. Pero el efecto igualador que ha mostrado en el pasado se enfrenta a nuevos retos. El principal: la equidad, mantener su capacidad de incluir a aquellos con mayores dificultades para que siga contribuyendo a la igualdad de oportunidades y la

43 PIDESC, art. 13.1.

movilidad social,⁴⁴ asegurar que no existan brechas significativas en competencias, abandono escolar temprano (AET), segregación o rendimiento por nivel socioeconómico. Así,

vemos en los dos gráficos siguientes el efecto de la educación: mayores niveles educativos se asocian con menor riesgo de pobreza y exclusión⁴⁵ y menores tasas de paro.

Gráfico 6. Riesgo de pobreza o exclusión (indicador AROPE) por nivel de formación alcanzado

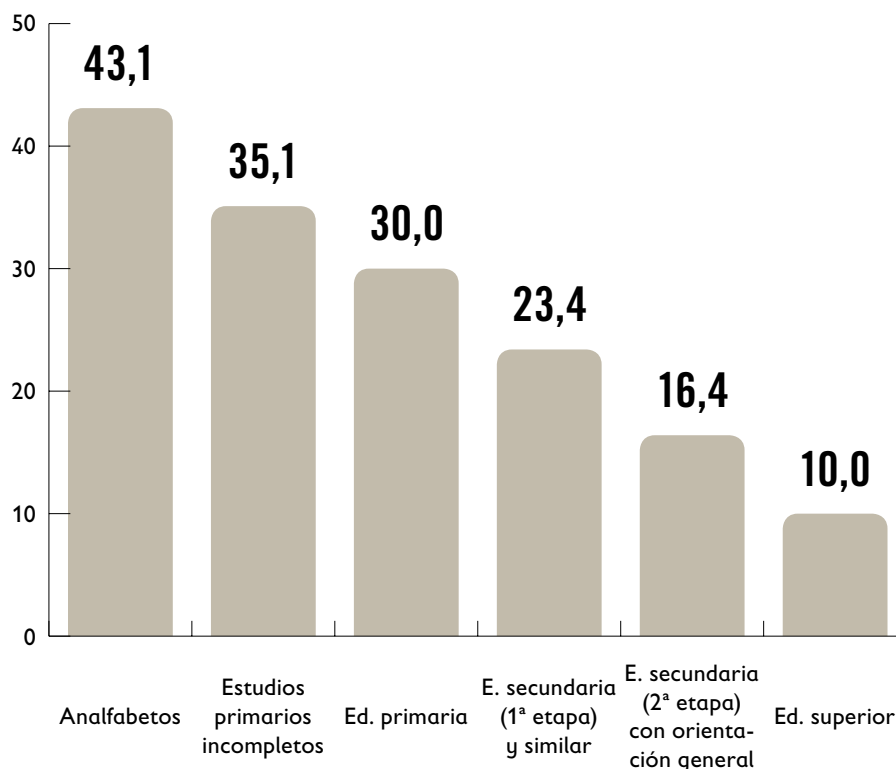


Fuente: Encuesta de condiciones de vida, 2017.

44 OCDE, 2012.

45 La tasa AROPE de quienes tienen educación primaria como máximo nivel de estudios alcanzados es menor que la de quienes tienen estudios secundarios de primera etapa. Esto se debe a un efecto edad: las personas que mayoritariamente tienen solo estudios privados están ya jubilados, y protegidos por los ingresos más estables de las pensiones.

Gráfico 7.
Tasas de paro por nivel de formación alcanzado. España, 2017



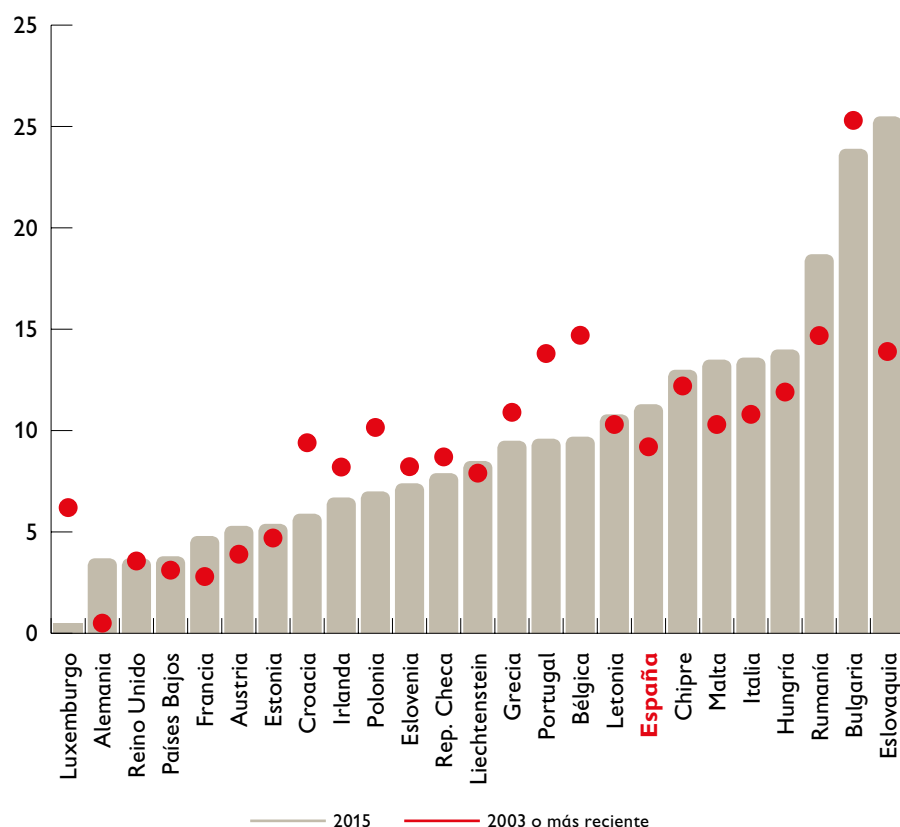
Fuente: Encuesta de Población Activa, 2017.

España, por desgracia, arrastra una serie de problemas que ponen en riesgo la igualdad de oportunidades y la inclusión educativa. Los principales son las elevadas tasas de repetición, la gran cantidad de estudiantes que no se titulan de la etapa secundaria obligatoria y el abandono escolar temprano. Es de los países de la Unión Europea donde **el origen socioeconómico tiene más influencia sobre el abandono escolar temprano.**

El peso que tiene la educación de los padres en la probabilidad de AET no solo es alto en relación con los países de nuestro entorno. Esta relación se ha acentuado en los últimos años: mientras que en 2015 **los estudiantes del quintil más alto de ingresos tenían una tasa de AET inferior al 2%, la del quintil más bajo estaba en torno al 29%.⁴⁶**

46 Ver Salido O. y Martínez J. S., 2018.

Gráfico 8.
Probabilidad de Abandono Escolar Temprano debida al origen social, 2003 y 2015



Fuente: Gortazar (2018) basado en Banco Mundial (2018).

La influencia del nivel socioeconómico sobre el aprendizaje de competencias aumentó un 24% de 2003 a 2012,⁴⁷ y también **sobre la probabilidad de repetir curso**, que se ha disparado entre 2009 y 2015, colocando a España en primer lugar de la OCDE en este indicador.⁴⁸

Esto se suma a un **problema creciente de segregación escolar**, que puede tener efectos negativos sobre el funcionamiento del sistema.⁴⁹ El estudio de Save the Children «Mézclate conmigo» muestra que casi la mitad del alumnado en España está escolarizada en centros que sufren concentración de alumnado vulnerable. El índice de segregación escolar se encuentra en un 0,31. **España es el sexto de los países europeos más**

47 Ver Save the Children, 2016b.

48 Ver OCDE, 2016.

49 Ver Fundació Bofill 2017; Save the Children 2018.

segregados (por encima del promedio de la Unión Europea). En los últimos diez años, el índice de segregación en España ha aumentado en un 13,4%.

A mayor segregación, menor inclusión. Según datos de la OCDE,⁵⁰ en los tres años que van de 2012 a 2015, el índice de inclusión social, que mide la diversidad socioeconómica de los centros escolares, descendió significativamente en España en su conjunto y en varias comunidades autónomas en particular. Mientras que en 2012 España tenía una puntuación de 74 sobre 100, en 2015 había bajado hasta los 69. Entre los países de la OCDE, solo Hungría y Eslovaquia superan estas cifras.⁵¹

Además, **estas desigualdades se acentúan para otros colectivos vulnerables por otras razones más allá del nivel socioeconómico.** Por ejemplo, la tasa de AET para la población inmigrante es muy superior que para la población autóctona. Estas diferencias también se dan entre minorías étnicas. En estudiantes de etnia gitana el abandono temprano es del 63,7%,⁵² más de 40 puntos superior al de la media española.

En resumen, el sistema educativo español presenta resultados desfavorables en inclusión educativa y, además, ha empeorado notablemente durante la crisis económica. Esta situación es injusta para quienes están, sin haberlo elegido, en situación de desventaja. Pero además es nocivo para toda la sociedad: coarta la posibilidad de progreso,

al desperdiciar el talento de una parte de su población, que no podrá desarrollar plenamente sus capacidades.⁵³ Este es el riesgo que queremos evitar.

Mayores niveles educativos se relacionan con una menor probabilidad de vivir en la pobreza, con una mayor probabilidad de permanecer económicamente activo y acceder a empleos de mayor cualificación.⁵⁴ Por esto es necesario **repensar las políticas educativas para afrontar los retos que actualmente tiene la educación en España**, porque en esos retos se juega, también, nuestro futuro como sociedad. Mejorar nuestro sistema educativo aumentará nuestra capacidad de crear riqueza y bienestar. Urge garantizar la igualdad de oportunidades y la protección de los más vulnerables.

Pero, ante cada problema hay una solución –o más de una–. A continuación, revisaremos políticas pioneras en el ámbito de la educación, que se han puesto en marcha en otros países y con las que han obtenido buenos resultados en aquellos temas donde España tiene sus mayores desafíos.

Nos centraremos en políticas de muy distinto nivel, todas ellas muy necesarias:

- Clases de apoyo y refuerzo
- Reducción de las ratios.
- Políticas de financiamiento. *Pupil Premium*.

50 Ver OCDE, 2015.

51 *Ibidem*.

52 Ver Fundación Secretariado Gitano (2013) El alumnado gitano en secundaria. Un estudio comparado. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; Fundación Secretariado Gitano.

53 Ver Sen, 2000.

54 Ver Ivie, 2013.

3.1. Clases de apoyo y refuerzo

«Y después vengo aquí, a Save the Children. Y aquí hay más juegos y más deberes, me ayudan a repasar lo que tengo, si algo se me da mal, ahí ya me ayudan. Lo que más me cuesta es Sociales. Lo entiendo, pero luego me cuesta explicarlo. Lo que me cuesta es que Sociales se da en valenciano, y el valenciano lo entiendo muy bien, la verdad, pero me da problemas... más problemas para expresarlo en valenciano. En castellano nunca me pasa eso, solo en valenciano».

Mariama, 12 años

«...por la tarde hago desde las tres hasta las cuatro y media. Y después está Save the Children. Estoy desde el año pasado. Hacemos actividades, leemos libros y quien tenga deberes pues los hace. El año pasado hacíamos lunes, miércoles y viernes y como el viernes nos daban deberes pues los hacíamos allá entre todos. Es como una actividad que es muy divertida y que me gusta mucho y que también... pues también hacemos los deberes allá y que, si no sabes algo, pues te puede ayudar la monitora. Me lo paso bien y me ayuda».

Omar, 11 años

Según la evidencia empírica disponible, una de las políticas más prometedoras para apoyar a estudiantes vulnerables (y reducir el abandono escolar y el repetir curso) son las **clases de refuerzo individuales o en grupos muy reducidos**. No es casualidad que Save the Children España haya elegido este como su eje central de acción social.

¿En qué consisten las clases de refuerzo individual? Un tutor o tutora trabaja con un estudiante (o un grupo pequeño de estudiantes) en las áreas donde tienen dificultades. Este tipo de programas se pueden organizar de formas muy distintas: algunos se hacen en horario lectivo y en el mismo centro, otros después de clase, bien en el mismo centro,

bien en un lugar distinto. La ventaja de este tipo de programas es que consiguen una **atención mucho más individualizada**, asegurándose de que el material y la instrucción están ajustados al nivel de cada alumno.

En España, en 2005 se lanzó el Programa de Acompañamiento Escolar (PAE), que financiaba clases compensatorias para grupos de estudiantes rezagados y de familias de bajos ingresos. La evaluación de este programa fue positiva. Concretamente, las puntuaciones de lectura de los estudiantes que recibieron el programa subieron.⁵⁵ El programa fue eliminado en 2012, aunque se continuó en algunas comunidades autónomas como Andalucía.

55 García-Pérez e Hidalgo-Hidalgo, 2016.

3.1.1. El caso de Chicago

EE.UU. tiene una larga tradición de colaboración entre universidades, ONG y distritos escolares. Chicago, por ser uno de los distritos más problemáticos del país, ha estado muy abierto a pilotar nuevas intervenciones. Un equipo de académicos de prestigio, que ya habían probado intervenciones similares en otras zonas de EE.UU. (en concreto en el distrito escolar de Houston) contrató a una ONG, Match Tutoring, para co-diseñar e implementar un programa de refuerzo educativo con el permiso del distrito escolar.

Se puso en marcha un programa de refuerzo educativo en escuelas públicas, con bajo coste y buenos resultados. **La solución fue focalizar el programa sobre los grupos con más riesgo de abandono escolar** (varones, familias de bajos ingresos, minorías étnicas) y reducir el coste contratando a graduados universitarios que acababan de

finalizar sus estudios. El modelo de Chicago asume que las habilidades y formación necesarias para ser maestro son muy diferentes de las que necesitaba un tutor de refuerzo.

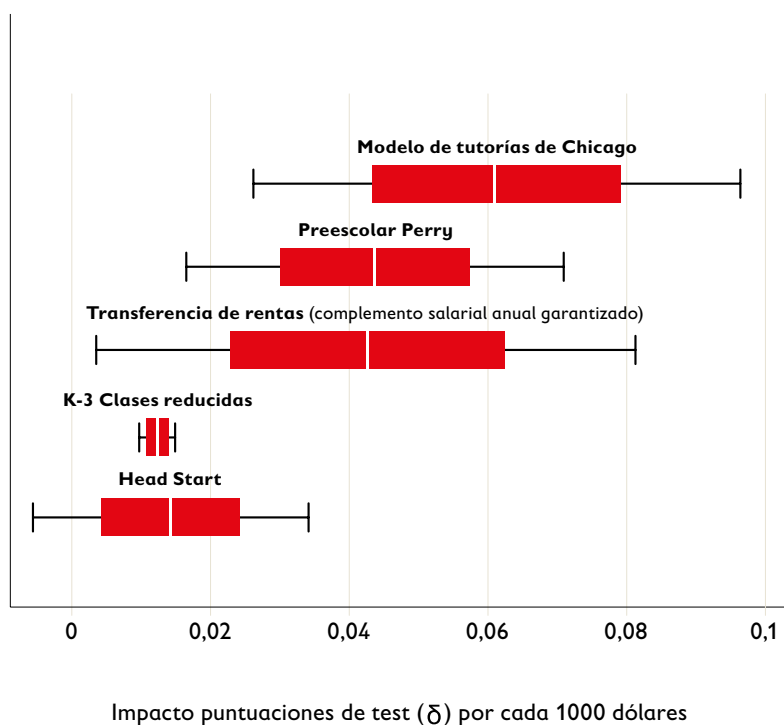
La articulación de esta política fue a nivel local. El programa incluía sesiones diarias de casi una hora con chicos y chicas. Cada tutor tenía asignados dos estudiantes, lo que garantizaba una atención individualizada, la posibilidad de dar retroalimentación constante y controlar la actividad de cada estudiante de forma sencilla. Los tutores frecuentemente usaban trabajos formativos para dar a los estudiantes atención individualizada y evaluar en qué estaban progresando y en qué necesitaban refuerzo. La intervención tuvo muy buenos resultados, **haciendo que las notas mejoraran y los suspensos cayeran un 50%**.

3.1.2. Aprendizajes para España

La objeción que normalmente se suele hacer a este tipo de políticas es su coste. Pero si se implementa un programa a gran escala con tutores –no profesores especializados– a grupos pequeños de estudiantes, la inversión en recursos humanos que se requiere será menor. Durante los últimos años, diversos estudios han mostrado que los programas de

refuerzo educativo que usan personal no docente podrían mejorar significativamente los resultados de aprendizaje en los estudiantes que asisten a escuelas de bajo rendimiento. El programa de Chicago es uno de estos programas: **altamente efectivo en términos de rendimiento escolar y con un bajo coste económico.**

Gráfico 9.
Comparación del impacto en puntuaciones de test
por cada 1.000 dólares de gasto por niño



Fuente: Cook et al, 2015.

3.1.3. ¿Cuál sería el coste si lo trasladáramos a España?

El número total de estudiantes que atendió el programa fue de 2.700, alrededor del 5% del total. El coste por alumno entra en un rango de entre 3.000 y 3.600 euros. Asumiremos una población objetivo similar a la de Chicago (adolescentes en riesgo de abandono escolar), pero ampliaremos el cálculo a las chicas. En el curso 2016/2017 había un total de 1,9 millones de estudiantes de la ESO en España. Si asumimos que alrededor de un tercio de esa población (como rango

superior) estaría en riesgo de abandono escolar temprano, se trataría de unos 630 mil estudiantes. A un coste de 3.000 euros anuales, eso supondría un total de 1.890 millones de euros anuales para financiar **un modelo de intervención muy intensivo y efectivo**: una hora de clases de apoyo cada día, todos los días lectivos, lo cual supone unas 165 horas anuales.

3.2. Ratios de estudiantes por docente en los centros educativos

La ratio de estudiantes por docente es, probablemente, una de las políticas educativas más debatidas de las últimas décadas.^{56 57} Los experimentos aleatorizados llevados a cabo en los últimos años muestran que **la reducción de ratios puede aumentar sustancialmente el aprendizaje de los alumnos y otros indicadores** del ciclo vital, por ejemplo, la probabilidad de tomar la prueba de acceso a la universidad.⁵⁸

Otro resultado relevante de las últimas investigaciones es que los efectos de la reducción de ratios no son homogéneos. **Los estudiantes desfavorecidos** (estudiantes

de familias de bajo nivel socioeconómico o que pertenecen a minorías étnicas) **se benefician mucho más de estas reducciones**, favoreciendo la igualdad de oportunidades.⁵⁹

Los mecanismos que pueden explicar los mejores resultados con clases reducidas son el incremento en tiempo instruccional, la mayor interacción de cada alumno con el profesor (y las actividades del aula) y la posibilidad de ajustar el material al nivel de cada alumno.⁶⁰ Cabe mencionar que las conclusiones de los estudios sobre ratios se refieren sobre todo a primaria. La evidencia para los efectos en secundaria es más limitada.

3.2.1. El caso de Tennessee

A pesar de que hay casos abundantes de experimentos cuasi-naturales de reducción de ratios, muchos de ellos dependen de reglas arbitrarias de reducción. En cambio, el experimento de STAR en Tennessee fue una política diseñada expresamente para medir el efecto de reducir ratios.

La intervención consistió en dividir a 11.600 estudiantes en tres grupos distintos durante sus primeros cuatro años de colegio: clases pequeñas (de 13 a 17 alumnos), clases estándar (de 22 a 25) y clases estándar con

profesor asistente. El proyecto comenzó en los años 80, con lo que los últimos alumnos se graduaron en 1998. Esto nos da casi 20 años de seguimiento posterior y una riqueza de datos notable. Los estudiantes asignados a clases pequeñas **obtuvieron resultados académicos superiores al grupo de clases estándar**,⁶¹ y el efecto fue mayor para el alumnado afroamericano y de nivel socioeconómico vulnerable. El experimento STAR de Tennessee contribuyó a reducir la brecha de resultados entre estudiantes blancos y afroamericanos un 54%.⁶²

56 Ver por ejemplo Hanushek, 1997.

57 Ver Krueger 2003, Schanzenbach 2014, Zyngier 2014.

58 Ver Krueger y Whitmore, 2001.

59 Ibidem.

60 Schanzenbach, 2014.

61 Entre 0,15-0,2 desviaciones estándar. Ver Schanzenbach 2014.

62 Krueger y Whitmore, 2001.

El coste total del programa STAR fue de unos \$12 millones para cuatro años, financiado por la asamblea legislativa de Tennessee. Hoy en día sigue siendo uno de las experiencias más significativas de intervención aleatorizada a

gran escala en el mundo educativo. El proceso de diseño del programa está enmarcado en el movimiento por la excelencia educativa en Estados Unidos durante los años 80.⁶³

3.2.2. ¿Cuál sería el coste si lo trasladáramos a España?

España tiene ratios que no se desvían mucho de los niveles de la OCDE. Por ejemplo, en 2015 la ratio para primaria era de 22 alumnos por profesor y de 25 para secundaria obligatoria (los números para la OCDE son 21 y 26 respectivamente).⁶⁴ Sin embargo, desde que empezó la crisis ha habido diferencias notables en la evolución de estas ratios. Por ejemplo, de 2008 a 2015 la ratio de alumno a profesor aumentó en apenas 0,2 alumnos en la escuela privada, y en uno, **cinco veces más en la escuela pública, que concentra la mayor parte del alumnado vulnerable en España.**⁶⁵

Por lo tanto, y dado el coste de reducir las ratios, se podría considerar la focalización de estas reducciones de acuerdo con varios factores.

1. En zonas o escuelas con alumnado particularmente vulnerable, dado que la evidencia sugiere que se beneficia más de esta clase de intervenciones.
2. En educación primaria, donde la evidencia es más robusta al mostrar la utilidad de este tipo de políticas.
3. En comunidades y distritos donde las ratios se han deteriorado más desde que empezó la crisis (o donde las ratios son especialmente altas).

Según los datos del Ministerio de Educación, en el curso 2016/2017 el gasto público por alumno en primaria en España era de 5.336 euros.⁶⁶ Según el cálculo de Kruger, una reducción de un tercio en la ratio (por ejemplo, de 24 a 16 alumnos) aumentaría el coste por alumno alrededor de un tercio,⁶⁷ alrededor de 1.766 euros por alumno más al año (si bien es una estimación alta, porque asume que todos los costes son variables).⁶⁸

63 Ritter y Boruch 1999.

64 OECD, 2017.

65 Medina y Gortázar 2017.

66 MECD 2016.

67 Chingos 2013.

68 Ibídem.

3.3. Financiación del sistema y regla o mecanismo de distribución de fondos

La evidencia más reciente sugiere que los niveles de financiación en el sistema educativo afectan a la calidad:⁶⁹ los aumentos y recortes de financiación están ligados a mejoras y retrocesos en los resultados académicos, entre otras cosas.

El nivel de financiación es especialmente importante para colegios y alumnados de perfil socioeconómico vulnerable. Por ejemplo, la reforma en los años 90 en Estados Unidos, que aumentó los recursos disponibles para las escuelas a las que les faltaba financiación, llevó a la mejora de los resultados de los alumnos.⁷⁰

En España, los niveles de financiación (tanto por estudiante como por PIB) no estaban demasiado alejados de la media europea, aunque la financiación de la educación presenta

históricamente una relación fuertemente asociada a las dinámicas del ciclo económico. Durante la primera década del 2000, los recursos aumentaron sustancialmente. El problema vino al estallar la crisis económica, ante la necesidad de restricción presupuestaria hubo caídas de gasto público muy grandes, y muy heterogéneas. Concretamente, **el gasto público en educación cayó casi un 17% entre 2009 y 2014, mientras que el número de estudiantes aumentaba.**

La magnitud de estas caídas varió mucho por comunidad autónoma, mostrando que cada Gobierno reaccionó de forma distinta a la restricción de financiación del Gobierno central.⁷¹ La caída en la financiación afectó negativamente a la equidad, porque algunas familias pudieron aumentar el gasto privado para compensar y otras no.⁷²

«...en ese tiempo recibí ayuda de Servicios Sociales. En aquel tiempo, imagínate, tenía que pagar materiales del mayor, tenía que pagar los libros, el menor entraba ya a P3, y yo sin trabajar y el papá trabajando en negro. Y claro, ya mi mamá... cuando el pequeño entró al colegio dijo, “otro gasto no, mamá no puede ser. Ya basta con el mayor, ¿no?” Pero, imagínate, son otros gastos más, a pesar de que mi mamá nunca da la espalda».

María Fernanda, madre de dos niños

69 Jackson al. 2015; Jackson et al., 2018.

70 Ver Lafortune et al. (2018).

71 La que más restricciones presupuestarias hizo fue Castilla La Mancha, que redujo un 30% su gasto en educación. Otras, como Cantabria y Andalucía, apenas lo redujeron un 10%. Ver en Medina y Gortázar 2017.

72 Pérez y Uriel 2016, Medina y Gortázar 2017.

La pregunta entonces es qué mecanismos de políticas existen para evitar los vaivenes y para garantizar una financiación suficiente y equitativa del sistema. No obstante, la lite-

ratura empírica tiene pocas respuestas sobre qué tipos de mecanismos de financiación funcionan mejor. Se trata, pues, de una agenda incipiente.

3.3.1. *Pupil Premium* de Inglaterra

Es un sistema paralelo al sistema común de distribución de recursos. Mientras que la fórmula general de asignación utiliza factores como el número de estudiantes o profesores, este fondo transfiere una cantidad de financiación adicional (el *Pupil Premium* o bono por estudiante) por cada estudiante de grupo vulnerable, de forma que separa la financiación habitual de la financiación asociada a la equidad.

El *Pupil Premium* se introdujo en 2011. **El objetivo explícito de este mecanismo fue mejorar los resultados de estudiantes de entornos vulnerables** a través de actividades dirigidas directamente a estos grupos. Aunque los colegios tienen autonomía en términos de cómo eligen gastar el dinero extra, todos deben publicar cuentas donde detallan las actividades llevadas a cabo y los bienes y servicios adquiridos.⁷³

En 2018-2019 la bonificación por estudiante es de 1.300 libras anuales hasta 6° de primaria y alrededor de 900 libras de ahí en adelante: una cantidad sustancial. En total, Reino Unido gastó alrededor de 2.400 millones de libras en 2017-2018 (unos 2.720 millones de euros). Aunque no hay estudios recientes sobre los resultados académicos, las evaluaciones que se han hecho hasta la fecha sugieren que la bonificación ha tenido resultados positivos, con **mejoras notables en centros de primaria con mayor proporción de alumnos desaventajados⁷⁴ y una reducción de las brechas de secundaria.⁷⁵** Dicho esto, es importante resaltar que las mejoras están especialmente ligadas a la forma en la que los centros gastan los recursos adicionales que reciben.⁷⁶

3.3.2. Aprendizajes para España

Para el caso de España lo que se busca es la existencia de mecanismos para estabilizar el gasto público en educación en tiempos de crisis (algo que la OCDE ya apunta que pue-

de poner en peligro la equidad del sistema)⁷⁷ y para garantizar la progresividad en la distribución de fondos entre escuelas.

73 OECD, 2018.

74 Hutchinson et al, 2016.

75 Andrews et al, 2017.

76 Ofsted 2014, OECD 2018.

77 OECD, 2018.

Desde una perspectiva comparada hay tres modelos principales según quién gestiona el sistema educativo.⁷⁸ El primero es centralizado: el Gobierno central administra la mayoría de la financiación.⁷⁹ El segundo es federal o regional: los Estados gestionan los fondos y mantienen relación directa con los centros.⁸⁰ El tercer modelo es municipalista, donde la relación clave es entre entes locales y centros.⁸¹ España se sitúa en el segundo modelo, con un 80% de los fondos gestionados a nivel autonómico.⁸² Sin embargo, al contrario que otros países, en España las transferencias entre el Gobierno central y las comunidades autónomas son bastante opacas. La forma en que se calculan entra dentro de lo que la OCDE suele llamar «proceso negociado».⁸³ Uno de los efectos negativos que tiene esta forma de asignar recursos es que está más sujeta a vaivenes cuando las necesidades o prioridades del Gobierno central cambian.

Para garantizar el nivel de financiación sería oportuno **crear mecanismos para blindar el gasto** a un nivel por determinar (*ear-marking* en inglés), o alinear las capacidades de gasto y recaudación de las entidades encargadas de la gestión del sector educativo en España: las comunidades autónomas. La experiencia de la crisis pone de manifiesto que, si bien hay espacio para respuestas diferenciadas mediante los tramos fiscales auto-

nómicos, las comunidades autónomas están fundamentalmente a merced de una reducción de financiación por parte del Gobierno central. Una forma de hacer más transparente el proceso es recurrir a una fórmula de asignación pública y conocida. Una de las virtudes de los sistemas basados en fórmulas es que hacen más predecible el gasto, al estar basado en una serie de variables conocidas y, por tanto, **evitan los vaivenes en la financiación**.⁸⁴ Esta fórmula no blindada completamente el gasto, pero contribuye a su estabilidad.

En cuanto al segundo objetivo –garantizar la progresividad de la distribución de fondos– se podría ampliar el baremo o fórmula de asignación a las escuelas para incluir mecanismos de compensación que tengan más en cuenta el perfil socioeconómico del alumnado. En esto, **el Pupil Premium podría ser un ejemplo a seguir**. El incremento de la diversidad del alumnado y el aumento de la inmigración han creado retos nuevos para centros y equipos docentes, que a menudo enfrentan esta situación sin los recursos suficientes. Esta financiación adicional podría destinarse a programas de nivelación y refuerzo o a programas de desarrollo profesional docente con apoyo empírico.

78 *Ibidem*.

79 Dos ejemplos son Nueva Zelanda (donde el 100% de la financiación educativa la gestiona el gobierno central) y Países Bajos (89%), donde el Estado se relaciona directamente con los centros, transfiriéndoles directamente la financiación.

80 Ejemplos de este modelo serían Australia (95% de los fondos son administrados por las provincias) o Alemania (72%).

81 Los ejemplos de este último modelo son países como Estados Unidos (98% de fondos gestionados a nivel local) o Finlandia (90%).

82 OECD, 2018.

83 *Ibidem*.

84 *Ibidem*.

Estos mecanismos no tienen por qué operar al mismo nivel administrativo. Por ejemplo, la primera propuesta –utilizar una fórmula transparente de asignación en las transferencias para estabilizar el gasto– estaría pensada para las transferencias desde el Gobierno central a las autonomías. Sería, en esencia, un acuerdo para la creación de una transferencia *earmarked* que esté fuera de la discrecionalidad y negociación de los presupuestos anuales.

En cambio, la segunda propuesta –una fórmula de asignación que tenga en cuenta variables como el perfil socioeconómico– podría articularse con transferencias directas. Por ejemplo, bajo la creación de un fondo de solidaridad educativa que distribuya recursos a las escuelas (o unidades geográficas) más vulnerables, como parte de un nuevo modelo de financiación autonómica. Este sistema también sirve a nivel autonómico. Por ejemplo, una comunidad podría dedicar parte de su presupuesto educativo a un sistema de transferencias *earmarked* a las escuelas más necesitadas. En España ya existen experiencias interesantes como los contratos-programa que se han implementado en comunidades como Asturias y Galicia.

Es muy importante el relato con el que estas medidas se ponen en marcha. Un programa que solo financie a escuelas más desfavorecidas puede crear estigmas, reducir el apoyo político y el interés por parte

de las escuelas en recibir este tipo de financiación. Ocurrió en Francia; en 1989 se puso en marcha un programa para la financiación de zonas vulnerables. El ser designado como zona de educación prioritaria pudo tener efectos negativos: disminución de alumnado y reclutamiento de profesores con menos experiencia.⁸⁵ Sin embargo, este efecto estigma no se observa en 1990. Para paliar esta clase de efectos se podrían optar por una escala continua de vulnerabilidad sin saltos arbitrarios, disminuyendo así el estigma de caer en uno u otro lado de la barrera para acceder al programa y evitar la publicidad de los centros que están dentro del programa.

Existe también la posibilidad teórica de que los centros elijan escolarizar alumnado más vulnerable para así mejorar sus niveles de financiación -un incentivo perverso-. Sin embargo, la literatura empírica evidencia lo opuesto: escuelas que evitan que los alumnos más vulnerables participen en las evaluaciones para mejorar los resultados en pruebas estandarizadas, o donde se tiende a evitar matricular alumnado de entorno vulnerable para así mejorar las tasas de graduación y otras métricas.⁸⁶

Por supuesto, se necesitarán más medidas para contener y revertir la desigualdad y la inequidad en el sistema educativo español. Pero estos pueden ser los primeros pasos, imprescindibles, para lograr el sistema educativo que queremos para el futuro.

85 Bénabou et al 2003.

86 Ver, por ejemplo, Lacireno-Paquet et al 2002.

3.4. ¿Un problema de costes?

En períodos de restricción presupuestaria, plantear aumentos en la inversión educativa puede atemorizar. Pero hay otra manera de verlo. **Las consecuencias de no invertir tienen un coste bastante más alto que las soluciones propuestas.** Según datos del Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie),⁸⁷ el abandono escolar temprano supone una menor probabilidad de participar en el mercado laboral de entre 3 puntos (si se completa algún tipo de secundaria postobligatoria) y los 11 puntos (si se alcanza la formación superior).

No solo afecta a la probabilidad de trabajar, sino también a la calidad de los contratos. El efecto del AET es una mayor probabilidad de contratos temporales: 3,6 puntos para quien no haya completado secundaria postobligatoria y 4,9 puntos para aquellos que no hayan completado estudios superiores.

Además, el Ivie muestra una gradiente positiva con respecto a los salarios: **a mayor nivel educativo, mayores ingresos.**

Tener estudios primarios supone un 7,1% más de salario que no tener estudios. Haber completado la secundaria obligatoria significa 6,8% más de salario. Tener estudios de bachillerato un 31%, los ciclos formativos de grado medio, un 27,1% más, los ciclos formativos de grado superior un 39,9%, y estudios universitarios entre un 70,1% y un 87,2% más. **El AET podría estar costando en torno a 17.000 millones de euros al año, un 1,5 puntos del PIB.**

La apuesta por una política que prevenga las altas tasas de repetición y abandono escolar temprano, basadas en clases de apoyo y refuerzo tiene un coste de 1.890 millones de euros. La disminución de las ratios en primaria podría alcanzar los 5.224 millones de euros, el *Pupil Premium* para la ESO podría alcanzar los 800 millones de euros. La implementación de las medidas propuestas en este apartado alcanza los 7.900 millones de euros. **Nos cuesta más mantener el problema que invertir en resolverlo.**

⁸⁷ Ver Ivie, 2013.



EL RETO

Garantizar la igualdad de oportunidades, la calidad educativa y la equidad, y reducir el abandono escolar temprano

LAS PROPUESTAS

1. Clases de apoyo y refuerzo.

- Implementar un programa a gran escala con tutores a grupos pequeños de estudiantes, como el modelo de Chicago.

2. Ratios de estudiantes por docente en los centros educativos.

- Disminuir los ratios de estudiantes por profesores, como el programa de Tennessee.

3. Financiación del sistema y regla o mecanismo de distribución de fondos.

- Reforzar los resultados de los estudiantes de entornos vulnerables mejorando la financiación de actividades dirigidas directamente a estos grupos, siguiendo el modelo *Pupil Premium* de Inglaterra.
- Garantizar el nivel de financiación del sistema educativo a través de mecanismos para blindar el gasto a un nivel por determinar (*earmarking*), y alinear las capacidades de gasto y recaudación de las entidades encargadas de la gestión del sector educativo en España: las comunidades autónomas.

«Mi escuela es acogedora, grande y divertida».

Natalia, 10 años

«Me gusta mi escuela. Nos dan unas clases súper maravillosas que a mí me encantan, aunque sean difíciles. Nos gustan. No le cambiaría nada. Me gusta todo».

Elisabeth, 7 años.

«A mi instituto le cambiaría los colores, sobre todo. Porque es todo gris y parece que estamos en una cárcel».

Aicha, 15 años

«Bueno, que si los alumnos, por ejemplo, en el comedor hablan mucho y hacen como ruido, que los profesores tampoco nos riñan, porque es mucha gente y todos queremos hablar porque no hemos podido hablar durante las clases. Nos dicen: “Tenéis todo el patio para hablar”. Pero no es suficiente tiempo. Hablar es más para estar sentados. Cuando estamos en el patio, estamos saltando, corriendo. Claro que hacemos mucho ruido si hablamos todos, pero a ver, que entiendan que todos queremos hablar, ¿sabes?».

Natalia, 10 años

«Al instituto le cambiaría... no sé, que hubiera menos deberes y que pusieran como también no sé, que nos ayudaran más, que hubiera más comunicación alumno-profesor en general. Más apoyo en los deberes, en técnicas de estudio, en técnicas de organización también y no sé... a lo mejor, no sé, en la escuela era más fácil sacar mejores notas».

Melody, 12 años

«El instituto me gusta mucho. Estoy muy contento, muy feliz, porque todos son muy majos. Solo le cambiaría la decoración. Por ejemplo, si hacemos trabajos o un trabajo, por ejemplo, de la paz, se queda la cartulina el profesor y la guarda debajo de su mesa. Y no lo cuelgan por el pasillo y está todo ahí con la pared gris y no me gusta mucho el color».

Álvaro, 12 años



4. SALUD

Este capítulo⁸⁸ aborda el principal reto que tiene España en materia de salud: la desigualdad en el acceso a aquellas áreas menos protegidas del sistema -la salud visual, la salud bucodental, la salud mental y la nutricional- que niños y niñas en situación de pobreza padecen, y que se ha visto exacerbada durante la crisis económica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pobreza es un determinante social de la salud de enorme relevancia. Esto quiere decir que la prevalencia de algunas patologías es mayor entre quienes sufren de pobreza, situación que se agrava si el acceso a los tratamientos o a la información para la prevención no está garantizada. Las personas con rentas altas pueden resolver estas cuestiones con sus propios recursos. Las personas más vulnerables no tienen esta opción.

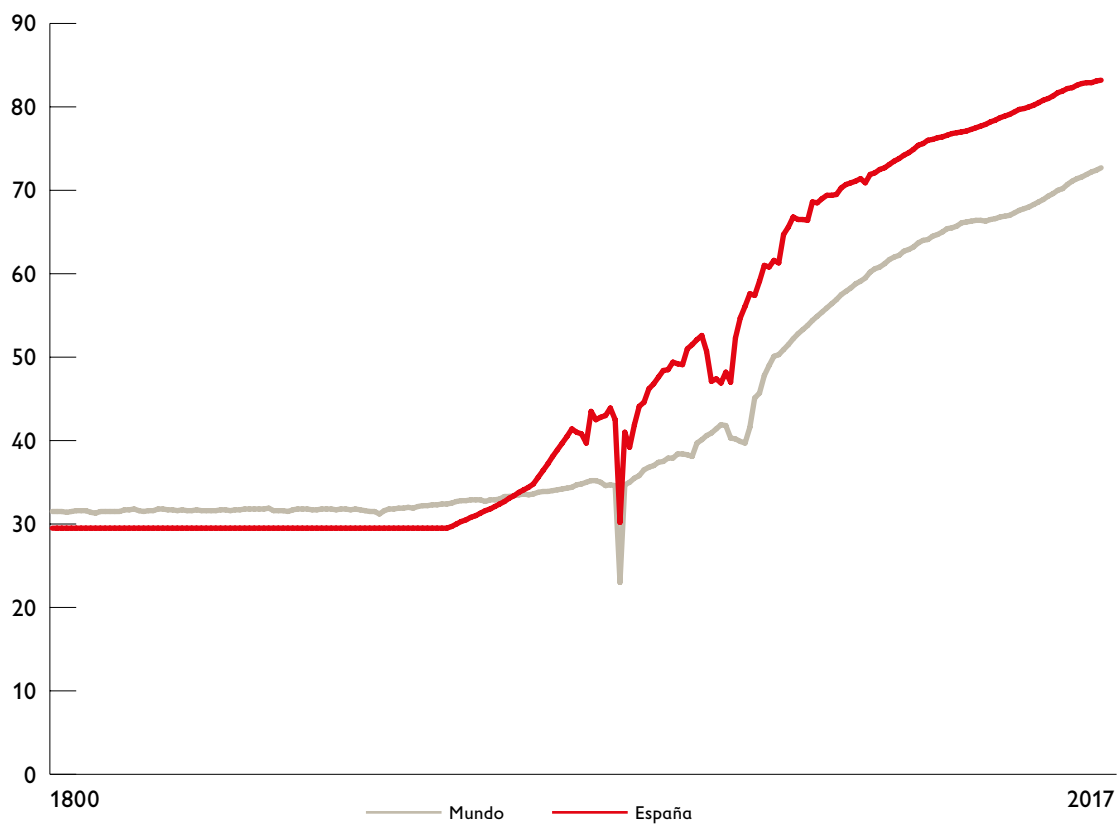
Se describe el escenario de partida en cada ámbito de salud, algunas políticas exitosas que han puesto en marcha otros países, la evidencia que sustenta sus resultados, y los aprendizajes que España puede sacar de estas experiencias. Además, se presentan algunas estimaciones del coste social y económico que las brechas en salud tienen, por ejemplo, para la salud mental, puede alcanzar el 4% del PIB

El estado de salud de una población es, quizás, el mejor indicador de su nivel de desarrollo. En esta dimensión hemos avanzado, a nivel mundial, de forma muy alentadora en los últimos siglos, como po-

demostramos en los dos siguientes gráficos, que muestran dos indicadores críticos para evaluar el estado de salud de una sociedad: la esperanza de vida y la mortalidad infantil (de 0 a 5 años) desde 1800 hasta nuestros días.

⁸⁸ Este capítulo ha sido elaborado en base al estudio “Garantizar la salud de todos los niños y las niñas” de KSNET (David Cantarero Prieto, Marta Pascual y María González-Diego).

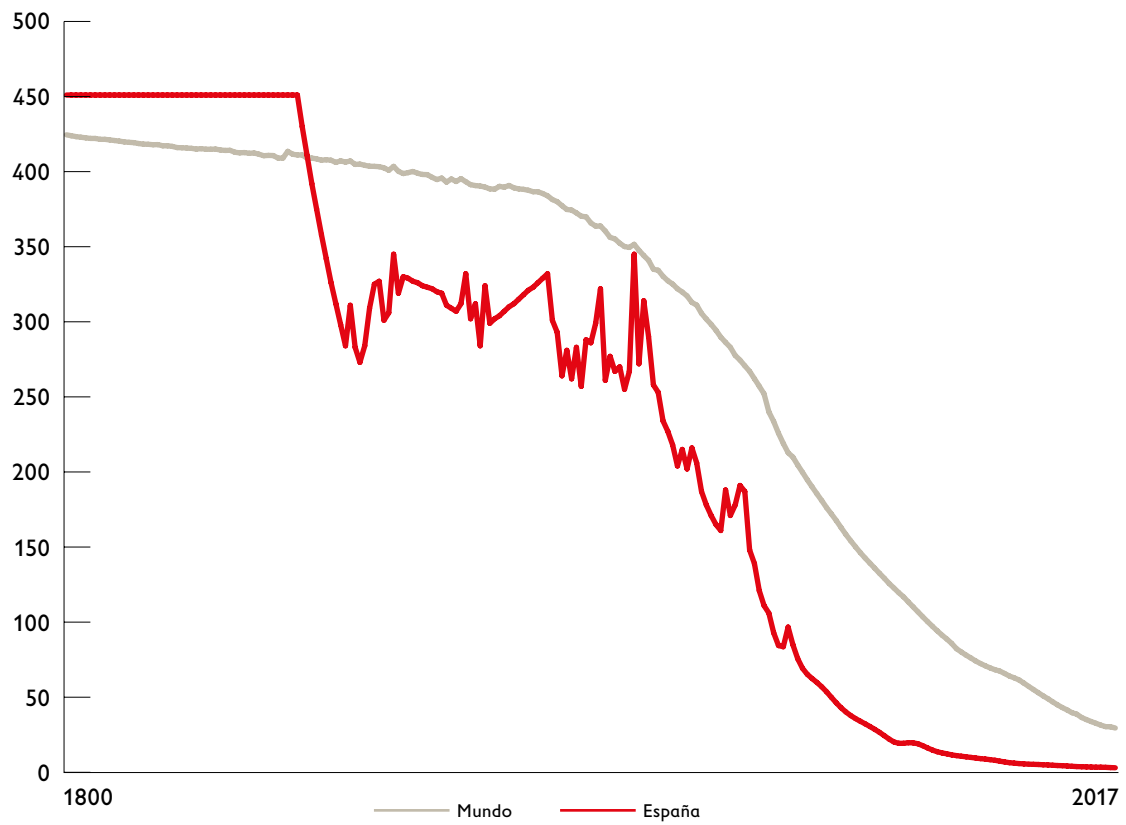
Gráfico 10.
Evolución de la esperanza de vida.
España y resto de países de 1800 a 2017



Fuente: GapMinder⁸⁹

89 <https://www.gapminder.org/data/>

Gráfico 11.
Evolución de la mortalidad infantil (de 0 a 5 años por cada mil nacidos).
España y resto de países de 1800 a 2017



Fuente: GapMinder⁹⁰

90 <https://www.gapminder.org/data/>

España muestra una evolución especialmente positiva en los indicadores de salud. No en vano su sistema sanitario ha estado, en los diversos rankings, dentro de los primeros lugares. Lamentablemente, la crisis económica ha empujado el retroceso en los indicadores sanitarios, según el estudio que cada año realiza The Lancet. España ha retrocedido quince posiciones, del puesto 8 al 23 entre 2015⁹¹ al 2016.⁹² Nuestro sistema de salud, y el estado de salud de nuestra población, en comparación con otros países de nuestro entorno, es bueno.⁹³ Hemos progresado, sin lugar a dudas, pero tenemos aún un amplio margen de mejora. Todo progreso requiere de un esfuerzo constante para seguir mejorando y, por supuesto, para no degradarse.⁹⁴

El crecimiento y desarrollo saludable de niños y niñas debe ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades, puesto que representan el futuro de estas.⁹⁵ La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a los servicios necesarios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. La pregunta entonces es **¿estamos ofreciendo a nuestros niños y niñas el más alto nivel posible de salud?**

Desde Save the Children creemos que no. **Podemos ofrecer mucho más, en especial a aquellos niños, niñas y adolescentes que viven en la pobreza**, porque sabemos, con décadas de evidencias acumuladas, que la pobreza es una de las principales causas de mala salud, y la mala salud es, a su vez, causa de pobreza.⁹⁶ Este círculo vicioso puede y debe ser roto.

Los datos muestran que lejos de mejorar, la relación entre salud y exclusión social en España empeora. En el adelanto de datos del VIII informe FOESSA⁹⁷ se señala que **la salud es una de las dimensiones que ha empeorado para quienes están en situación de pobreza y exclusión**. La exclusión en salud en la población total alcanza al 14% en 2018, al 50,1% de la población en exclusión, y al 63,9% de la población en exclusión severa. Esta relación entre salud y pobreza también se refleja en la diferencia en la esperanza de vida entre barrios con distintas rentas que, en una ciudad como Madrid, puede alcanzar hasta los 10 años.⁹⁸

91 <https://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736%2817%2930818-8#seccetitle160> abierto el 1 de septiembre de 2018.

92 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32336-X/fulltext?elsca1=tlpr#fig1](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32336-X/fulltext?elsca1=tlpr#fig1) abierto el 1 de septiembre de 2018.

93 Díaz Martínez, Elisa (2016) Desigualdad social, crisis económica y salud en España. Observatorio social de la Caixa, Laboratorio de Ideas de la Fundación Alternativas. <https://bit.ly/2CGG3HM>

94 “Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre”. William Thomson Kelvin, físico y matemático británico.

95 Save the Children, 2017.

96 Ver Organización Mundial de la salud, 2003.

97 Ver FOESSA, 2018.

98 https://elpais.com/elpais/2018/01/31/ciencia/1517399361_207948.html

El gran reto que afronta el sistema sanitario es, a nuestro juicio, **reducir la desigualdad en el acceso y en el disfrute de la salud**. Y esto pasa por mejorar las condiciones de bienestar de los niños y niñas en pobreza, mejorar la inversión, asegurar un acceso equitativo a servicios de calidad en ámbitos hasta ahora descuidados -como por ejemplo la salud visual, la salud bucodental y la salud mental- y afrontar nuevos retos como los que plantea al aumento del sobrepeso y la obesidad.

El efecto de la desigualdad en la salud afecta a la infancia y sus efectos perduran hasta la edad adulta, generando interferencias en el grado de movilidad intergeneracional de la salud.⁹⁹ **La crisis económica y los recortes han tenido un peso considerable en el empeoramiento de la salud de los niños y niñas que han nacido en familias con pocos recursos**. Estos hogares han visto disminuir sus posibilidades de acceder a tratamientos bucodentales y visuales, cuyo

acceso es muy desigual en función del nivel de renta, así como también lo es el acceso a los alimentos necesarios para una dieta equilibrada debido a su precio. El estrés económico tiene, además, un efecto importante en la salud mental, y el acceso a una atención adecuada en salud mental también se ve afectada por el nivel de renta.

Las políticas de salud infantil en España no han podido paliar los efectos de la crisis económica. Hay pocas políticas especializadas y la mayoría recaen en los pediatras del Sistema Nacional de Salud. La consecuencia es que la salud visual esté desatendida, que la obesidad y el sobrepeso –que necesitan medidas más allá de las consultas médicas– estén aumentando cada año, que la salud mental, que todavía mantiene un gran estigma, esté pendiente de mejoras en prevención y detección y, por último, que la salud bucodental mantenga una reducida cartera de servicios pública y una lista de espera excesivamente amplia.

99 Pascual y Cantarero, 2009.

4.1. Salud visual

La importancia de la salud visual se encuentra subestimada, en términos cuantitativos y cualitativos, por las Administraciones Públicas y por la población en general, tanto en España como a nivel internacional. El principal problema cuando hablamos de salud visual infantil es que en muchas ocasiones los **niños y niñas no son capaces de expresar o darse cuenta de que tienen un problema visual.**

Además, en el caso de las familias en situación de pobreza y/o exclusión social, el problema se amplifica puesto que, como las condiciones familiares son precarias, se priorizan otras necesidades (alimentación, pago de facturas, alquiler, gastos escolares, etc.) y **los problemas visuales no se detectan o, aunque se lleguen a detectar, no se pueden resolver,** a pesar del impacto de los mismos a corto, medio y largo plazo. Esta situación, además, termina generando problemas académicos relacionados con el rendimiento y el fracaso escolar en muchos niños y niñas. Los problemas visuales generan dificultades en las capacidades lectoras de las niñas y niños, **repercutiendo negativamente en su aprendizaje en general.**¹⁰⁰

La mayor parte de las comunidades autónomas tienen convenios con las ópticas para realizar revisiones o pruebas

relativas a la salud visual para todas las edades. Esto significa que la responsabilidad del cuidado de la salud visual recae en los pacientes, en el caso de niños y niñas, en los adultos que estén a su cargo, que utilizarán este recurso siempre y cuando lo conozcan. Sin embargo, gran parte de la sociedad no sabe que tiene la posibilidad de realizar esta visita de forma gratuita. El resultado es una **subutilización del sistema y un inadecuado diagnóstico y tratamiento de la salud visual infantil.**¹⁰¹

El programa de Voluntariado «Veo Veo: Salud visual infantil en la Comunidad» de la Comunidad Valenciana está dirigido a la infancia en situación económica desfavorable y/o en riesgo de exclusión social. Sus objetivos son detectar casos de problemas visuales en el centro escolar y asegurar la provisión de los tratamientos adecuados, implicando a las familias y al profesorado. Realizan campañas anuales de cribado visual en centros educativos, colaboran con clínicas optométricas para realizar revisiones, y con empresas a través de Planes de Responsabilidad Social para la adquisición de gafas, y diversas campañas de sensibilización y formación sobre la importancia de cuidar la salud visual en la infancia.

¹⁰⁰ Goldstand, Koslowe y Parush (2005) comparan el rendimiento académico y procesamiento de la información visual entre niños y niñas con y sin déficits visuales concluyendo que los déficits de visión entre los escolares son una de las causas de su bajo rendimiento académico. Otros estudios hablan sobre la relación entre el fracaso escolar y la salud visual. Por ejemplo, Taylor Kulp y Schmidt (1996), para una muestra de niñas y niños en Ohio (Estados Unidos), muestran como los problemas visuales generan dificultades en las capacidades lectoras de las niñas y niños, repercutiendo negativamente en su aprendizaje en general. Maples (2003) muestra cómo, en base a un estudio en Iowa, los factores visuales predicen bien el rendimiento académico cuando se controla por la raza o el estatus socioeconómico de los escolares.

¹⁰¹ Ver estudio Visión y Vida, 2016.

Otro ejemplo reciente de programa privado que aborda la salud visual es el del Colegio Oficial de Ópticos-Optometristas de Andalucía (COOOA) que ha lanzado una campaña de prevención y comunicación para promover una buena salud visual infantil, haciendo especial hincapié en la idea de que **gran parte del fracaso escolar se debe a**

problemas de visión. La campaña pretende educar a los alumnos para que adquieran buenos hábitos de estudio y entretenimiento con el fin de lograr una buena salud visual y posicionar al óptico-optometrista andaluz como garante de la salud visual de los más pequeños y aumentar así sus revisiones visuales.

4.1.1. El caso de Reino Unido

En el entorno europeo **solo el Reino Unido ha desarrollado un Plan Nacional de Cuidado de la Salud Visual**, *Public Health England*, con una vertiente específica para la salud visual infantil, siguiendo las recomendaciones del programa Visión 2020 de la OMS.¹⁰² Se hace un cribado para todos los niños y niñas entre los 4 y 5 años de edad.

Es responsabilidad de las autoridades locales desarrollar este tipo de política como parte del «programa para niños saludables». El Sistema Nacional de Salud británico ha desarrollado un conjunto de recursos informativos que respaldan la puesta en marcha de este servicio dedicado especialmente a padres, madres y profesores. Los objetivos principales del programa británico de detección de problemas de vista infantiles son:

- Ofrecer a los adultos a cargo de niños y niñas la oportunidad de someter a sus hijos a pruebas de visión.
- Garantizar la igualdad de acceso para todos los niños y niñas.
- Proporcionar información para que los adultos a cargo de niños y niñas puedan tomar una decisión informada sobre si aceptan la oferta de evaluación.

Este programa se ha introducido en octubre de 2017 y, por tanto, cuenta con pocos datos para su evaluación. Los más recientes muestran como el número de exámenes visuales incrementa desde la aprobación del plan: un 20% desde su entrada en vigor.¹⁰³

102 Ver Unite for Sight, 2018c.

103 Department of Health and Social Care, UK, 2017.

4.1.2. Aprendizajes para la salud visual infantil en España

Elaboración de un **Plan Nacional de Cuidado Preventivo de la Salud Visual** enmarcado dentro del Sistema Nacional de Salud, que incorpore las siguientes medidas:

- 1. Realización periódica de revisiones oculares** (al menos una al año). Aunque no existen datos sobre el coste de este programa en Reino Unido, según datos del Gobierno británico, políticas similares de cribado auditivo realizadas entre 2015 y 2016 tuvieron un coste de aproximadamente £3,5 millones al año, con una población objetivo de 1,4 millones de niños y niñas entre 4 y 5 años. Si en España se aplicara a todos los niños y niñas en edad escolar, la población objetivo sería de 6,1 millones y esta medida podría tener un coste de 18,5 millones de euros. Si se focaliza en educación primaria o en los niños y niñas en riesgo de pobreza, los costes aproximados serían de 8,8 millones y 7 millones de euros respectivamente. En cualquier caso, cabe recalcar que estos serían los costes de mantenimiento del sistema, su puesta en marcha conllevaría costes añadidos.
- 2. Ofrecer a padres, madres y profesores información accesible y de calidad**, para que puedan detectar posibles problemas visuales en niños y niñas. Además de información, también se podrían facilitar pruebas sencillas, simples

«trucos» o «consejos», que sirvan para reconocer los problemas más graves de salud visual.

- 3. Realizar campañas de información y concienciación** para que los adultos a cargo de niños y niñas limiten las horas en las que estos se encuentran expuestos a los esfuerzos visuales y controlen la distancia entre las pantallas digitales y los ojos. El coste de las campañas de concienciación y publicidad, dirigidas sobre todo a colegios y progenitores, podría tener un coste de unos 4 millones de euros en línea con las campañas de sensibilización del consumo de alcohol en menores (Plan 2017 de Publicidad y Comunicación Institucional).
- 4. Mejorar la recopilación de datos en las estadísticas oficiales sobre la salud**, como la Encuesta Nacional de Salud, para que incorporen datos de menores de 15 años e indicadores de salud visual. Es importante que las encuestas incluyan datos socioeconómicos, además de los propios relativos a la salud, que permitan analizar las desigualdades en el estado de salud de la infancia.
- 5. Realizar la evaluación y seguimiento** de las medidas que se implementen para conocer de manera precisa el impacto que ha tenido sobre la salud infantil.

4.2. Salud nutricional

«[Soy diabética] Tengo una dieta y tengo que comer lo que pone, pero no lo hago, porque no puedo comprar todos los días. Por ejemplo, todos los días son 150 de pescado o 100 gramos de carne o de pollo, por ejemplo, a la plancha. Yo no puedo hacer eso todos los días. No hago la dieta, porque si la hago tendría que cocinar para mí sola, y yo cocino para todos. Si no hay dinero, no puedes hacerlo. Ahora mi hijo también tiene que llevar una dieta, porque tiene sobrepeso. Ocho años y tiene que llevar una dieta. Y yo lo comenté a la enfermera y me dijo: “Pues igual que haces la dieta de tu hijo, haz la tuya”. Pero no puedo. Yo cocino para él, porque tampoco para sus hermanos puedo llevar esta dieta; porque la dieta te cuesta mucho, tiene que ser todo justo: carne, luego la ensalada, la fruta... y todo caro. Por ejemplo, ayer saqué carne picada, pero justo para mis hijos, porque no puedo cocinar para todos los que están en casa. Tiene que ser primero para ellos. Comen ellos sano y yo me quedo tranquila. Y mi marido, mi cuñada, y yo comemos lo que hay».

Fátima, madre de tres niños

En las últimas décadas, muchos países, entre ellos España, han experimentado la denominada «transición nutricional». Las dietas tradicionales han sido reemplazadas por otras con una mayor densidad energética, asociadas a más grasas principalmente de origen animal (exceso de carnes, embutidos, lácteos, etc.), y más azúcar añadido en los alimentos, especialmente los de tipo hipercalórico (bollería industrial, bebidas carbonatadas, etc.), unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos como fibra, frutas, verduras y cereales.

Además, hemos experimentado una «transición conductual». Se ha reducido la actividad física tanto en el trabajo como en el tiempo de ocio. En la infancia y la juventud estos fe-

nómenos se han agudizado: ha aumentado el número de horas dedicadas a las nuevas tecnologías -ordenadores, videojuegos, televisión, tabletas o móviles-. **El ocio en la infancia es cada vez más sedentario.**¹⁰⁴ España es de los países con menos actividad física, lo que tiene importantes implicaciones en términos de obesidad y sobrepeso.¹⁰⁵

El sobrepeso infantil es un problema que afecta a toda Europa con tasas superiores al 25% en casi todos los países. Pero existen amplias diferencias en el nivel de sedentarismo, obesidad y sobrepeso. Lo más preocupante es la obesidad infantil en los países mediterráneos, que se sitúa sobre el 10%.¹⁰⁶ Además, la probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad es mayor en las áreas rura-

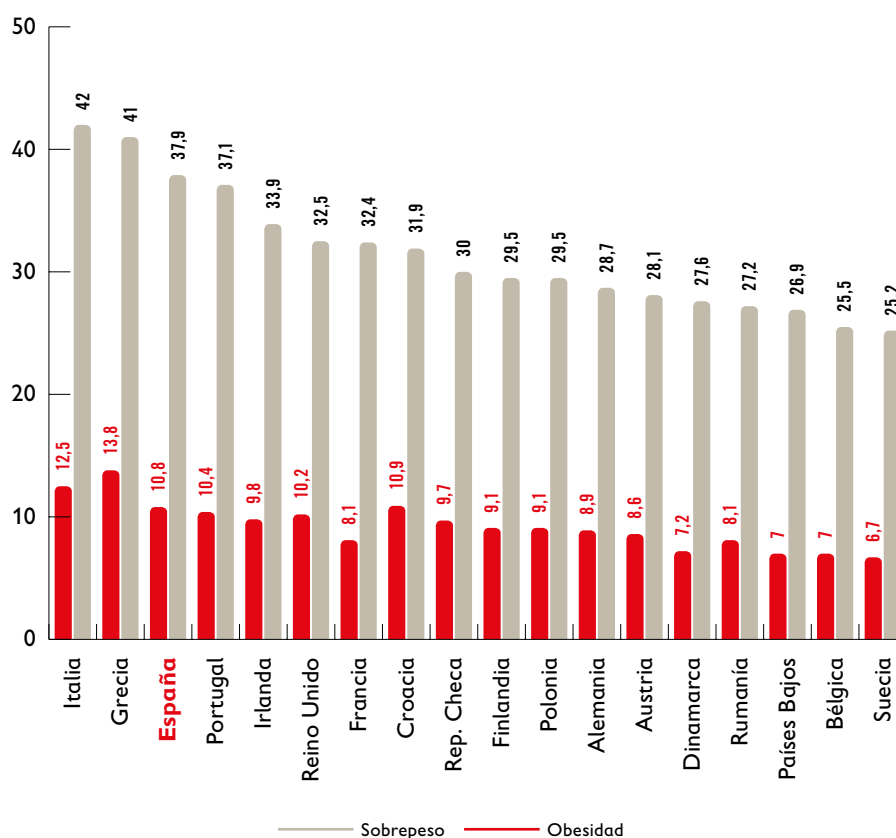
104 Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

105 Comisión Europea, 2017; Encuesta Europea de Salud, 2014.

106 OMS, 2016.

les que en las urbanas, y es más frecuente entre la población con un menor nivel socioeconómico y educativo.¹⁰⁷

Gráfico 12.
Prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil (5-9 años) en Europa



Fuente: Elaboración propia con datos de la OMS 2016

Los efectos adversos de este tipo de conductas que fomentan el sobrepeso y la obesidad incluyen problemas físicos y psicosociales al distorsionar la imagen física para el niño/a

con sobrepeso y causarle aislamiento social, discriminación, falta de autoestima o patrones anormales de conducta.¹⁰⁸

107 Eurostat, 2014.

108 Aranceta Bartrina et al., 2005.

Las situaciones de pobreza y exclusión social están intrínsecamente relacionadas con el sobrepeso y la obesidad infantil. Las diferencias de hábitos alimenticios entre familias con más y menos recursos, la formación de padres y madres, las conductas sedentarias y el acceso a comedores escolares condicionan enormemente la incidencia y repercusión de estas.

Los comedores escolares pueden desempeñar una función fundamental desde el punto de vista nutricional fomentando la adquisición de hábitos alimentarios saludables entre los estudiantes. No obstante, el porcentaje de centros que ofertan servicio de comedor varía según el tipo de centro (público, concertado o privado) y nivel educativo (educación infantil,

primaria, secundaria y bachillerato). Según los últimos datos publicados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2017) el 58,1% de los centros públicos incluyeron comedor escolar en el curso 2015/16, frente al 85,7% de los centros concertados y el 66% de los centros no concertados. La oferta es sustancialmente menor en los centros públicos, que son los que concentran a la población más vulnerable, que son precisamente quienes más se beneficiarían de ellos.

Los niños y niñas que utilizan el comedor escolar pertenecen, en mayor proporción, al grupo de normopeso, es decir, aquellos que tienen el peso adecuado para su estatura. En cambio, los que comen en casa forman en mayor proporción parte del grupo de sobrepeso y obesidad.

Tabla 1.
Hábitos alimenticios de los menores en ALADINO (2015)

¿Dónde come su niño/a en días de colegio?	En casa	En el colegio
	53,7%	44,6%
Prevalencia		
Normopeso	51,7%	46,7%
Sobrepeso	54,2%	44,1%
Obesidad	60,1%	37,8%

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio ALADINO del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016).

Un factor de riesgo en los centros educativos es la presencia de máquinas expendedoras. Jácome González (2016) evaluó la calidad

y adecuación de los alimentos contenidos en estas máquinas en los institutos de la Comunidad de Madrid. **Un 94,5% de los**

productos incumplía al menos con un criterio nutricional del Documento de Consenso sobre alimentación en centros educativos. El criterio más incumplido fue la cantidad de azúcares con un 52,7% (que se eleva hasta el 69,1% al usar las recomendaciones nutricionales de la OMS).

Desde 2005, España dispone de una Estrategia nacional de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), que permite sentar las bases de protocolos de prevención eficaz de la obesidad y el sobrepeso, fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para reducir sustancialmente la obesidad y la morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades crónicas.¹⁰⁹ La estrategia NAOS contempla actuaciones de todos los sectores de la sociedad en la prevención de la obesidad.

En el año 2011, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizó el «Estudio de Prevalencia de la Obesidad Infantil: ALADINO (Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad)» dentro de la Estrategia NAOS del Ministerio y donde se analizó el peso de 7.923 niños y niñas de 6 a 9 años según los estándares de crecimiento establecidos por la OMS. El estudio se ha repetido en los años 2013 y 2015.

En la Tabla 2 se observa que, entre 2011 y 2015 y después de casi 10 años desde la implementación de la Estrategia NAOS, el normopeso ha aumentado para ambos sexos, pero dicho aumento viene determinado por una caída del sobrepeso, manteniéndose los niveles de obesidad en ambos sexos en una situación estable. Esta situación es bastante preocupante porque, **aunque hay niños y niñas que salen del sobrepeso, no están disminuyendo los niveles de obesidad.**

Tabla 2.
Evolución de prevalencia en niños/as de 6 a 9 años

	2011			2015		
	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Normopeso	54,8%	51,7%	58,1%	58,0%	56,4%	59,7%
Sobrepeso	26,2%	26,7%	25,7%	23,2%	22,4%	23,9%
Obesidad	18,3%	20,9%	15,5%	18,1%	20,4%	15,8%
Muestra	7.659	3.931	3.727	10.900	5.489	5.411

Fuente: Estudio ALADINO del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011 y 2015).

109 Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

El estudio ALADINO también recoge datos del nivel formativo de los progenitores: niños y niñas que viven con adultos con estudios universitarios tienen una menor prevalencia de obesidad y sobrepeso. Los resultados

son similares si nos fijamos en los ingresos mensuales brutos del hogar. En la Tabla 3 observamos que, **a medida que la renta de los hogares aumenta, disminuye el sobrepeso y la obesidad.**¹¹⁰

Tabla 3. Prevalencia del normopeso, la obesidad y el sobrepeso en función del nivel de ingresos mensuales brutos del hogar - ALADINO 2015

Prevalencia	1.500 € o menos	1.501 € a 2.500 €	Más de 2.500 €
Normopeso	40,4%	24,1%	35,5%
Sobrepeso	43,6%	24,2%	32,2%
Obesidad	54,8%	22,7%	22,6%

Fuente: Estudio ALADINO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016).

En este mismo estudio se analizan los hábitos de actividades sedentarias de la infancia y se constata que quienes no tienen ordenador, televisión o consola en su cuarto están, en mayor medida, en el grupo de normopeso. Por el contrario, quienes tienen acceso

a estas nuevas tecnologías en su cuarto se encuentran en mayor medida en el grupo de sobrepeso u obesidad. Además, más de la mitad de los niños y niñas que dedican tres o más horas a este tipo de actividades presentan sobrepeso u obesidad.

4.2.1. Impuestos a los alimentos grasos y/o con azúcares añadidos

Una de las principales medidas tomadas en la última década para la lucha contra la obesidad ha sido la adopción de políticas de tipo impositivo para los alimentos grasos o

los alimentos con azúcares añadidos. Estas políticas se conocen como «fat tax» y «sugar tax» respectivamente.

En 2011, Dinamarca se convirtió en el primer país del mundo en introducir un impuesto de 2,15 euros por kg. de grasa saturada para

¹¹⁰ Solamente se muestran datos para 2015, puesto que la recogida de los datos en 2011 y 2015 respecto a estos factores no los hace comparables y, por lo tanto, se ha decidido mostrar la fotografía más actual para entender la situación actual de la obesidad y sobrepeso en España y su todavía capacidad de mejora.

todos los alimentos que las contienen.¹¹¹ Le siguieron Finlandia – en 2011 –, Hungría – en 2011 – y Francia – en 2012 –, entre otros. El impuesto implementado en Finlandia se dirigió a gravar dulces, helados y bebidas azucaradas. Desde su implementación en 2011 se ha ido incrementando¹¹² hasta alcanzar una recaudación en 2013 de 165 millones de euros. El impuesto ha logrado reducir la demanda de este tipo de productos en un 3%.¹¹³ También se ha reducido la demanda de helados y dulces mostrando, además, un **importante efecto sustitución de productos gravados por otros no gravados con menor contenido en azúcares.**

4.2.2. Regulación de las máquinas de *vending*

Varios países en el ámbito europeo han prohibido recientemente la existencia de máquinas expendedoras en los colegios para reducir al máximo la ingesta de alimentos no saludables en los menores en edad escolar. Francia es el único caso para el que se ha encontrado una evaluación de impacto. La prohibición de las máquinas de *vending* en

En Hungría también se introdujo un impuesto a los alimentos altos en azúcares, grasas y/o sal cuya recaudación se destina a políticas de salud. Se comprobó que el 40% de productores **cambiaron sus fórmulas con el fin de eliminar los ingredientes más altos en azúcares, grasas o sal.** Además, tres años después de su aprobación y de la reinversión de los cerca de 50 millones de euros recaudados anualmente en políticas para el fomento de la alimentación saludable, los consumidores **cambiaron sus patrones de consumo,** aumentando las alternativas saludables a los productos gravados.¹¹⁴

secundaria se introdujo en 2005 con el objetivo de disminuir la disponibilidad de alimentos altamente calóricos que los estudiantes consumían en la hora del desayuno/almuerzo en la escuela. **Se redujo en 10 gramos la ingesta de alimentos altos en azúcares y también disminuyó la frecuencia de consumo de este tipo de alimentos.**

4.2.3. Otras políticas

Alemania en 2009 y Noruega en 2013 han **restringido la publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a los niños y niñas** menores de 16 años. Por último, tal como se ha destacado con anterioridad, otro de los elementos fundamentales para la prevención de la obesidad y el sobrepeso es

el **ejercicio físico.** Bélgica ha aumentado las horas obligatorias de educación física en la escuela -al menos 5 horas semanales-. Austria ha desarrollado programas que promueven «viajes activos» a la escuela, promoviendo el uso de la bicicleta.

111 Caraher y Cowburn, 2015.

112 Hasta 0,20€/litro y 0,85€/kg.

113 Ver Cornelsen y Carriedo (2015).

114 WHO, 2014.

4.2.4. Aprendizajes para la mejora del sobrepeso y la obesidad infantil en España

- 1. Desincentivar el consumo de productos poco saludables e incentivar el de productos saludables.** Gravar bebidas y alimentos altamente calóricos («*sugar tax*» y «*fat tax*»), y alimentos con alto contenido en grasas poliinsaturadas, destinando su recaudación a usos finalistas para sanidad como sucede en Finlandia, Hungría, Francia, Reino Unido o Irlanda. La implantación de este tipo de medidas, cada más extendida, favorece que España pueda usufructuar los acuerdos que varias empresas multinacionales ya han hecho con otros Estados. Este tipo de medidas son efectivas en la reducción de la demanda de determinados productos poco saludables, pero deben ser parte de una estrategia más completa como la inclusión de desgravaciones a alimentos saludables, y subsidios a familias de bajos recursos, para paliar los efectos potencialmente regresivos del impuesto.
- 2. Una mejor regulación en el etiquetado de los alimentos y su publicidad,** que indiquen los efectos negativos en la salud en caso de consumo prolongado y regular. Además, debe ser accesibles y fácilmente comprensibles para la población en general, pero en especial para aquellas personas que tienen mayores dificultades de comprensión lectora, sea por discapacidad, edad, poco conocimiento del idioma, o simplemente por tener limitadas las habilidades de leer o comprender información. Si las personas más expuestas al riesgo de obesidad son quienes tienen menores niveles educativos, el etiquetado tiene que ser diseñado para ser comprensible por esta población.
- 3. Realizar campañas de concienciación y educación en los colegios e institutos** en materias de actividad física y de alimentación saludable: volver a poner en marcha la campaña de divulgación establecida en la estrategia NAOS.
- 4. Promocionar la venta de alimentos saludables en las máquinas de vending en colegios e institutos.** Estas estrategias podrían integrarse dentro del nuevo presupuesto de 16 millones de euros para la ACOSAN, encargada de la estrategia NAOS, aprobado en 2017.
- 5. Mejorar las políticas de salud en educación física y vial** como las realizadas en Austria, tratando de facilitar el transporte en bicicleta hasta los centros escolares o de trabajo.
- 6. Establecer un sistema de evaluación de su impacto** en resultados sobre el estado de salud y bienestar social con el fin de monitorizar los resultados y adaptar las políticas a los resultados.

4.3. Salud bucodental

«También está lo del dentista de mi hijo. Gasté mucho para su boca, porque tuvo muchas caries y le dolía mucho; no podía masticar ni nada. Y eso no entra. El dentista para los niños, no. Lo llevé aquí al ambulatorio porque hay un dentista ahí para los niños. Pues me dijo: “Búscate una clínica, porque eso no pueden hacerlo aquí, tiene que ir a una clínica privada”. Él solo hace revisión, nada más. Solo abre la boca y lo mira y a veces te da un cepillo. Eso sí. El cepillo lo regalan».

Fátima, madre de tres niños.

«Y ahora, una muela también... casi 600 euros y yo digo: “¿De dónde?”. Porque claro, yo gano limpiando en las casas 500 euros».

Ana, madre de dos niños

«Le han puesto los brackets en septiembre, para su cumpleaños. Pues lo mismo, lo estamos pagando a medias [con el padre]; lo hemos financiado. Nos cobran 400 y pico de euros de intereses, porque lo hemos puesto en cinco años para pagarlo cómodamente, porque pagamos 18 euros cada uno al mes; o sea, salía una cuota de 36; a medias, 18 euros. Pero claro, el niño necesita los brackets, porque tenía sobremordida y con las palas se estaba rompiendo los de abajo. Son gastos que no puedes evitar. Mi hija también los ha llevado, que se los ha quitado hace unos meses los brackets también. O sea, que también nos costó un huevo. Yo creo que más no hemos podido estirar el hilo, que digo yo».

Amparo, madre de dos hijos

La infancia es especialmente vulnerable en relación a la salud bucodental: los daños que sufren los dientes permanentes a edades tempranas se mantendrán durante la edad adulta. La salud oral, además, tiene relación con otras enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes. La obesidad es un

importante predictor de la enfermedad periodontal y la resistencia a la insulina parece mediar en esta relación.¹¹⁵

Según la Encuesta de Salud Oral en España (2015), uno de cada tres niños y niñas entre los 5 y los 6 años tienen o han tenido caries en los dientes «de leche». En los jóvenes de

115 Genco et. al, 2005.

12 y 15 años, la presencia de caries ya en dientes permanentes se encuentra en el 33% y 43%, respectivamente. Así, el 53% de los jóvenes declaran cepillarse los dientes más de una vez al día, el 30% una sola vez y uno de cada seis con menor frecuencia.¹¹⁶ Además, existen diferencias en la frecuencia del cepillado según el sexo -las chicas se cepillan con mayor frecuencia- y según el nivel económico -quienes tienen menos posibilidades económicas presentan una menor frecuencia de cepillado-.

La prevalencia de caries en niños y niñas en edad preescolar es un problema de salud pública. Los niños y niñas que sufren con más gravedad este problema pertenecen a **comunidades de bajo nivel socioeconómico**, donde las caries no tratadas tienen un gran impacto en la salud general y la calidad de vida de los bebés y niños pequeños.¹¹⁷

4.3.1. Euskadi, Navarra y Finlandia

El «Programa de Asistencia Dental Infantil» (PADI) se implementó en 1990 en Euskadi y en 1991 en la Comunidad Foral de Navarra, garantizando la revisión y cuidado de la salud bucodental de los niños y niñas desde los 7 años hasta los 15 años. El Departamento de Salud Osakidetza, con la colaboración de dentistas concertados, aseguran gratuitamente la atención dental a todos los niños y niñas. Se realiza una revisión anual en la que se realizan los cuidados preventivos y repa-

Es importante destacar que los Servicios de Salud Bucodental en España forman parte del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, tienen una cobertura universal y subsidiada, gestionados por las comunidades autónomas. No obstante, la cartera de servicios es reducida. Existen grandes diferencias en esos programas, produciendo desigualdades e inequidades entre regiones.¹¹⁸ Se han desarrollado tres tipos de modelos organizativos: un sistema de capitación con pago al dentista privado, uno mixto de actividades básicas en el sector público y de mayor especialización en el sector privado con pago por acto odontológico y un sistema basado en el dentista público para ofrecer las prestaciones. Otro de los problemas en España es que pocas regiones disponen de una Unidad de Gestión de Servicios de Salud Bucodental y de un responsable de referencia con conocimientos en salud pública oral.

radores necesarios (especialmente en caries) y se fomenta el hábito de cepillado dental en los hogares.¹¹⁹

Los servicios incluidos son:

- Revisión anual o con mayor frecuencia si fuera necesario.
- Orientación con consejos clínicos y preventivos.

116 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018.

117 WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries, 2016.

118 Cortés et al., 2015.

119 Osakidetza, 2018.

- Realización de procedimientos preventivos y de sellado de fisuras que fueran necesarios en la dentición permanente.
- Tratamiento de caries y traumatismos en la dentición permanente.
- Extracción de piezas dentales en dentición temporal (en todos los casos) y definitiva (salvo por indicación ortodóncica).
- Atención de urgencias dentales en el horario habitual de consulta.

A 10 años de andadura del programa, ambas comunidades han obtenido resultados excepcionales en salud bucodental infantil. En Euskadi el porcentaje de niños libres de caries pasó del 31,2%, al 57,2%, y también disminuyó el índice CAOD,¹²⁰ de un 2,3% en 1988, a un 1,05% en 1998.¹²¹ Otros estudios¹²² observan como la probabilidad de que niños y niñas hayan visitado al dentista en los últimos 3 meses se incrementa un 30% gracias a la implementación del programa. Más recientemente, Simón y Aguirre (2015) analizan el impacto del programa PADI 25 años después de su implementación. El índice CAOD ha seguido bajando hasta llegar a un 0,52. Un 74% de los niños a los 12 años están libres de caries, mostrando **efectos cada vez más positivos del sistema a largo plazo**.

Otras comunidades autónomas como Aragón, Andalucía, Extremadura o Murcia, entre otras, han implementado este sistema. Sin embargo, desde el estallido de la crisis,

gran parte de los programas PADI han sido recortados, reduciendo las edades de los niños y niñas incluidos en el programa entre 3 y 6 años.

Otra medida que ayuda a reducir el número de caries y mitigar las desigualdades sociales en la prevención de las mismas es la fluoración del agua de consumo, realizada en Euskadi desde 1988. Esta medida redujo el 35% de los dientes cariados, perdidos u obturados y el porcentaje de niños sin caries también aumentó en un 15%.

En Finlandia los Servicios de Salud Bucodental se ofertan en la Sanidad Pública o en dentistas privados. Antes de la reforma (2001) niños y niñas, jóvenes y personas con discapacidad, eran los únicos que podían acudir a la Sanidad Pública por problemas relacionados con la salud bucodental. La reforma permitió el acceso a los adultos sin discapacidad y aumentó los subsidios a los dentistas privados para eliminar barreras de entrada a los tratamientos de salud oral para las personas más desfavorecidas, generando una mayor igualdad y equidad. Los resultados de la reforma han sido claramente beneficiosos. Más personas acudieron al Servicio Público de Salud Bucodental, los dentistas privados no vieron reducido su número de pacientes, y el número total de visitas al dentista (público y privado) aumentaron tras la reforma.¹²³ Además, una gran parte de las personas que acudieron al dentista privado recibieron el subsidio estatal para cubrir parte de los gastos generados de la visita al dentista.

120 Este índice muestra el número de dientes cariados, ausentes y obturados: cuánto más bajo, mejor salud bucodental.

121 Freire, 2003.

122 Por ejemplo, García Gómez (2005).

123 Ver Niiraren et al., (2008).

4.3.2. Aprendizajes para la mejora de la salud bucodental infantil en España

- 1. Extender un sistema similar al «Programa de Atención Dental Infantil (PADI)»** a todo el territorio nacional. Debería incluir servicios bucodentales como procedimientos preventivos, sellado de fisuras, tratamiento de caries y traumatismos, extracción de piezas dentales y atención de urgencias dentales. El coste acumulado estimado de este sistema en Euskadi en los últimos 25 años¹²⁴ ha sido de 105 millones de euros en inversión puramente pública (de los cuales 10,5 se consideran dedicados a gestionar el sistema) y 67,5 millones en la parte concertada del sistema. En el año 2014, la inversión fue de 5 millones de euros anuales para una población diana de 182 mil niñas y niños de entre 7 y 15 años. De extenderse al total de niñas y niños de esas edades en el territorio nacional -4 millones- el coste sería de unos 110 millones de euros anuales, aunque habría que tener en cuenta que hay comunidades autónomas en las que ya está en marcha el sistema.
- 2. Promover la fluoración de las aguas de consumo.** Esta medida preventiva reducirá el coste de los servicios de salud bucodental porque favorecerá un mejor estado de salud oral en toda la población, afectando proporcionalmente más a las personas más desfavorecidas.
- 3. Realizar programas, charlas informativas, lavado de boca con fluoruros y talleres de cepillado dental en los colegios** a edades tempranas, de 5 a 7 años de edad, con el objetivo de crear una base de conocimientos de higiene y alimentación que favorezcan la mejora de la salud bucodental presente y futura en los niños y niñas.
- 4. Instaurar una Unidad de Gestión de Servicios de Salud Bucodental en cada región** y responsables de referencia con conocimientos en salud pública oral que se utilice para suavizar y armonizar las diferencias en las prestaciones en materia de salud oral.

124 Según el estudio de Simón y Aguirre (2015).

4.4. Salud mental

«Mi hijo tiene Asperger. Tener una mejor situación en casa podría ayudarle, porque yo no dependería de la beca para poder llevarlo a la psicóloga. Y ahora dependemos de la beca, absolutamente. Yo no puedo, porque claro, cada sesión eran 25 euros, y entiendo que es muy barato. Si el tema económico me fuese bien, vamos, es que yo no tendría que optar a esa beca, o ahora estar pendiente si me la van a volver a dar o no. Si pudiese, diría: “Vale, yo te pago, aunque sea una sesión a la semana”. Pero, ¿de dónde? O sea, es que me es imposible».

Ana, madres de dos niños

La salud mental es parte fundamental de la salud y del bienestar. Si bien problemas como la depresión o los trastornos de ansiedad han ido en aumento en los últimos años para toda la población, el riesgo es especialmente acusado para quienes viven en situación de pobreza y exclusión. Según la OMS, **los problemas socioeconómicos persistentes son un riesgo para la salud mental de las personas y las comunidades**. La mala salud mental se asocia a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social.¹²⁵ Los ingresos bajos afectan negativamente el ambiente en el hogar y la situación emocional, pudiendo llevar a estrés materno o depresión¹²⁶. La crisis económica ha sido un catalizador para distintos problemas de salud mental, y los niños y niñas se han visto especialmente afectados por el deterioro de la salud mental de los hogares.

Más del 10% de los niños y adolescentes en Europa tienen algún tipo de problema de salud mental. Los trastornos depresivos mayores son las afecciones más frecuentes en niños, niñas y adolescentes, y son la principal causa de enfermedad y discapacidad en el tramo de 10 a 19 años. Le siguen los trastornos de ansiedad, trastornos emocionales o de conducta o por consumo de sustancias.¹²⁷ Durante los últimos años se han añadido problemas derivados del mal uso de nuevas tecnologías y redes sociales como el acoso cibernético, que pueden generar, en los casos más extremos, autolesiones o suicidios.

La baja asistencia a clases se relaciona con trastornos como la ansiedad y la depresión, y puede ser un buen instrumento para detectar niños, niñas y adolescentes en riesgo de este tipo de desórdenes emocionales. Es imprescindible analizar y tener en cuenta la asistencia o inasistencia a clases para desarrollar estrategias de identificación

125 OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

126 Berger et al., 2010.

127 European Public Health Alliance (EPHA), 2014.

de estudiantes en riesgo y la implementación de intervenciones adecuadas.¹²⁸ Aunque para esto es necesario mejorar el nivel de coordinación entre los centros educativos y los centros de salud.

En España, según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2015, el número de altas hospitalarias por trastornos de salud mental se sitúa alrededor de los 3 mil al año entre los menores de 15 años. En los últimos años se ha registrado un aumento del uso de fármacos ansiolíticos entre los niños y niñas.

La crisis económica ha causado un incremento de patologías relacionadas con la salud mental. El desempleo o la ansiedad generada por la posibilidad de quedar sin empleo han sido los factores que más influyeron en el aumento de los trastornos mentales en los años de la crisis económica,¹²⁹ afectando gravemente a un número importante de niños y niñas de manera indirecta.

4.4.1. El caso de Catalunya y Reino Unido

En la provincia de Girona se ha desarrollado un sistema de atención especializada en salud mental llamado «Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'IAS» que da respuesta a este tipo de problemas desde el ámbito comarcal y con servicios de atención comunitaria. Este sistema ha sido recientemente evaluado por el programa REFINEMENT (Research on Financing systems' Effect on the quality of Mental health care) que analiza cómo los sis-

En España la prevalencia de un estado de mala salud mental es mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y en individuos con menores niveles de estudios. El 32% de las mujeres con estudios primarios presentan mala salud mental. Este dato es fundamental: la salud mental materna influye en el estado de la salud mental de sus hijos e hijas. **Las actuaciones para la mejora de la salud mental de las madres suponen, de manera indirecta, una mejora en la salud mental de los niños y niñas.**¹³⁰

En enero de 2018 se aprobó a nivel estatal la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente que, según expertos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), permitirá avanzar en el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, muchas de las cuales empiezan a desarrollarse durante la infancia, así como tratar los problemas mentales infantiles y adolescentes que, en muchos casos, son completamente distintos a los de los adultos.

temas de financiación afectan a la calidad de la atención en salud mental y compara modelos de diferentes países en Europa como Italia, Austria, España, Reino Unido, Francia, Finlandia, Suecia, Estonia y Rumanía.

El sistema se compone de distintos centros de salud mental para adultos e infantojuveniles, centros de día, pisos residenciales y equipos especializados en detección precoz de problemas mentales. Se caracteriza por

128 Finning et. al, 2017.

129 Gili et al., 2014.

130 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011b.

una atención personalizada y provista desde el plano local, aunque con financiación autonómica. Cuenta con programas como el PREALT: un grupo especializado en salud mental mantiene contacto con el paciente una vez que es dado de alta en el centro de salud primario. Se fomenta la coordinación entre los distintos niveles sanitarios y el seguimiento del paciente.

La evaluación llevada a cabo por el programa REFINEMENT muestra como Girona tiene, en los casos de trastorno mental severo, **una tasa de reingreso hospitalario del 18%, una de las más bajas de Europa** (la mediana se sitúa sobre el 40%). Se realiza un seguimiento asistencial del 90%, muy por encima de la mediana europea del 57%. Esta es una de las principales razones de la baja tasa de reingreso hospitalario.

En Reino Unido, los servicios de salud mental para niños y adolescentes se blindan, desde los años 80, a través de una red de servicios que incluye servicios universales, específicos y especializados, organizados en cuatro niveles. Sus objetivos son abordar el estigma y mejorar las actitudes frente a las enfermedades mentales, introducir más estándares de acceso y disminuir el tiempo de espera para el acceso a los servicios, establecer servicios de apoyo de «ventanilla única» en la comunidad y **mejorar el acceso de niños y jóvenes particularmente vulnerables.**

Como parte de esta estrategia, en 2015 se implementó un programa piloto para evaluar si la formación y el trabajo profesional conjunto entre las escuelas y los profesionales del sistema sociosanitario pueden mejorar la intervención en salud mental, hacer que la comunicación entre centros de salud y la escuela sea lo más fluida posible, detectar y hacer un buen seguimiento de cualquier trastorno mental de los estudiantes.

En 2016 se evaluó el impacto de este programa mediante encuestas a las escuelas participantes. El 80% de ellas estaban de acuerdo en que la participación en el programa había incrementado sus conocimientos acerca de los problemas de la salud mental que afectan a las niñas y niños y adolescentes.¹³¹ El incremento de los conocimientos sobre salud mental en la escuela en general (y no solamente en los participantes en la formación) mostrando efectos cascada de la formación en no participantes. La ayuda y contacto con los profesionales sociosanitarios aliviaron la ansiedad del claustro de profesores que se veían forzados a realizar tareas que estaban fuera de su campo de especialización. Por último, la evaluación muestra un impacto positivo en el incremento de la frecuencia de contacto entre las escuelas y los centros sanitarios.

131 Department for Education UK, 2017.

4.4.2. Aprendizajes para la mejora de la salud mental infantil en España

1. Garantizar atención en salud mental de calidad, especializada en niños, niñas y adolescentes, en especial aquellos en situación de pobreza, que no están accediendo a estos servicios por falta de recursos económicos.

Si asumimos que el porcentaje de niños y niñas con problemas de salud mental en España está en la media europea (10%) tenemos una población objetivo de 830 mil personas, lo que alcanzaría un coste total de 58 millones de euros.

2. Impulsar un sistema de no hospitalización, un sistema de salud comunitario en el que los agentes locales estén involucrados en el tratamiento de la salud mental de los habitantes de la zona. En Catalunya, en 2017 se incrementó el presupuesto del Departamento de Salud en 70 millones de euros para hacer frente a la contratación de nuevo personal especializado en salud mental, tanto en atención primaria como secundaria con el fin de implementar el nuevo modelo comunitario de tratamiento de los problemas de salud mental. Si asumimos que el incremento del presupuesto en 2017 ha sido destinado para atender a una población de casi 1.000.000 de personas con problemas de salud mental,¹³² ello significaría una inversión de 70 euros por cada persona con problemas de salud mental.

3. Involucrar a pacientes, familias y profesionales en la toma de decisiones y promover la no estigmatización de las enfermedades mentales, especialmente en la población infantil. Este es un objetivo común en todos los planes o estrategias de salud mental analizadas tanto para países como por regiones. Para ello, es necesario ofrecer servicios de formación en salud mental en las escuelas que difundan la importancia de la prevención y ayuda en la detección de problemas de salud mental.

4. Mejorar la coordinación entre el sistema educativo y el sanitario para la detección de trastornos mentales frecuentes en la infancia. Es de vital importancia el trabajo conjunto entre las escuelas y centros sociosanitarios.

132 Encuesta Nacional de Salud, 2017.

4.5. ¿Un problema de costes?

Los problemas de salud aumentan el riesgo de pobreza. A su vez, la pobreza favorece los problemas de salud. Este círculo vicioso tiene un coste para la sociedad, no solo gastos sanitarios directos, sino también en el aporte que dejan de hacer las personas que no pueden participar plenamente en el mercado laboral y en la vida social.

Por ejemplo, el impacto social y económico de la mala salud nutricional se evidencia en el peor acceso al mercado de trabajo que tienen las personas obesas en comparación a las personas de peso normal, la menor probabilidad de estar trabajando y mayores dificultades para volver al mercado laboral cuando han salido.¹³³ Según la OCDE, las personas con obesidad son menos productivas en el trabajo, porque presentan un mayor absentismo y menos horas trabajadas debido a enfermedad. Perciben, además, un 10% menos de salario que las personas no obesas.¹³⁴

El coste de los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes en España ha sido calculado en 1,6 mil millones de euros (para el año 2010).¹³⁵ Como se ha señalado, una parte importante de los problemas de salud mental comienzan precisamente en esta etapa, de ahí su importancia en prevenirlos y tratarlos adecuadamente. Los costes totales de los trastornos de salud mental alcanzan los 46 mil millones de euros. De estos, los costes sanitarios representaron el 37%, los costes directos no médicos un 29% y los costes indirectos el 33%. Por otra parte, la OCDE calcula que el impacto de los problemas de salud mental en la Unión Europea alcanza el 4% del PIB.

Las medidas propuestas en este capítulo, todas ellas con evidencia que las respalda, alcanzan los 232 millones de euros. No parece una inversión desproporcionada si tomamos en cuenta lo que nos está costando, ahora mismo, la existencia de estos problemas.

133 OCDE / UE, 2016.

134 Ver OECD/EU, 2016.

135 Ver Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J (2014).



EL RETO

Reducir la desigualdad en el acceso y disfrute de la salud y mejorar el acceso y las condiciones de bienestar de los niños y niñas en pobreza

LAS PROPUESTAS

Salud visual

1. **Elaboración de un Plan Nacional de Cuidado Preventivo de la Salud Visual enmarcado dentro del Sistema Nacional de Salud.**
2. **Ofrecer a padres, madres y profesores información accesible y de calidad, para que puedan detectar posibles problemas visuales en niños y niñas.**
3. **Realizar campañas de información y concienciación para que quienes tengan a cargo niños y niñas limiten las horas en las que estos se encuentran expuestos a los esfuerzos visuales y controlen la distancia entre las pantallas digitales y los ojos.**
4. **Mejorar la recopilación de datos en las estadísticas oficiales sobre la salud, como la Encuesta Nacional de Salud, para que incorporen datos de menores de 15 años y sean más detalladas respecto a la salud visual.**
5. **Realizar la evaluación y seguimiento de las medidas que se implementen para conocer de manera precisa el impacto que ha tenido sobre la salud infantil.**

Salud nutricional

1. Gravar bebidas y alimentos grasos y/o con azúcares añadidos.
2. Mejorar la regulación en el etiquetado de los alimentos y su publicidad, accesible, que indique claramente los efectos negativos en salud en caso de consumo prolongado y regular.
3. Realizar campañas de concienciación y educación en los colegios e institutos en materias de actividad física y de alimentación saludable.
4. Promocionar la venta de alimentos saludables en las máquinas de vending en colegios e institutos.
5. Mejorar las políticas de salud en educación física y vial.
6. Establecer un sistema de evaluación de su impacto en resultados sobre el estado de salud y bienestar social con el fin de monitorizar los resultados y adaptar las políticas a los resultados.

Salud bucodental

1. Extender un sistema similar al «Programa de Atención Dental Infantil (PADI)».
2. Promover la fluoración de las aguas de consumo.
3. Realizar programas, charlas informativas, lavado de boca con fluoruros y talleres de cepillado dental en los colegios.
4. Instaurar una Unidad de Gestión de Servicios de Salud Bucodental en cada región.

Salud mental

- 1. Garantizar atención en salud mental de calidad, especializada en niños, niñas y adolescentes.**
- 2. Impulsar un sistema de no hospitalización, un sistema de salud comunitario en el que los agentes locales estén involucrados en el tratamiento de la salud mental de los habitantes de la zona.**
- 3. Involucrar a pacientes, familias y profesionales en la toma de decisiones y promover la no estigmatización de las enfermedades mentales especialmente en la población infantil.**
- 4. La detección de muchos trastornos mentales sucede en la etapa infantojuvenil: es de vital importancia el trabajo conjunto entre las escuelas y los centros sociosanitarios.**

«Si pudiera cambiarle algo al centro de salud diría que hubiera más médicos, por ejemplo, un día fui y tenía una cita a la una y no nos atendieron hasta las dos o así. Entonces más médicos y que pusieran como alguna zona para jugar allá y eso».

Omar, 11 años

«Me gusta mi centro de salud, pero hay que esperar mucho. Y eso le cambiaría, que no haya que esperar tanto, y que no te den las citas tan tarde, tarde que pides hoy y te la dan a la siguiente semana».

Alba, 9 años

«Los centros de salud que hay aquí o a los que he ido son muy majos. Les mejoraría que haya más vacunas, que traigan más paquetes de vacunas, porque hay veces que vas allí y te dicen: “No, aquí no hay, te tienes que ir a no sé dónde”. Y eso está súper lejos. Luego, llegas allí y te dicen que se han acabado. O sea, que traigan más cosas, más medicinas y que las repartan bien. Porque hay veces que unos tienen un montón y otros tienen tres».

Álvaro, 12 años

«Me gusta mi centro de salud, la gente es muy maja. Y también el piso para los niños es el último piso, y los otros pisos sí que no son tan agradables, pero el último piso hay como juegos y es como muy acogedor para los niños. Le cambiaría que no solo hubiera juegos para niños pequeños. Y que hubiera libros».

Natalia y Melody, 10 y 12 años

«Nunca he ido al dentista».

Omar, 11 años

«Mi centro de salud me encanta porque tiene una mesita chiquita y sillitas adornadas, una con corazón, otra con flor. Me encanta. Ahí me puedo sentar y dibujar. Los doctores son buenos. Eso. Le cambiaría... Más asientos, más grande la silla donde pueda dibujar, otro médico en el centro de salud... No, cinco médicos más en el centro de salud. Porque a veces hay que esperar, porque solo hay dos médicos».

Elisabeth, 7 años



5. CONCILIACIÓN

La dificultad para conciliar la vida laboral y familiar está entre las principales preocupaciones de quienes tienen hijos e hijas. Pero las opciones para conciliar de los hogares más pobres son escasas y les enfrentan a encrucijadas difíciles de resolver. En este capítulo¹³⁶ revisamos por qué la conciliación se ha convertido en un reto tan importante para padres, madres, y para las políticas públicas, qué falla en su cometido de asegurar que niños y niñas puedan compartir tiempo suficiente con sus progenitores, sin que signifique, especialmente para las madres, una pérdida de ingresos y oportunidades laborales.

Revisamos también el impacto de género, en especial para las madres de hogares con ingresos bajos, y para aquellas que crían solas. Se analizan modelos europeos de tres políticas que se han mostrado efectivas para mejorar la conciliación: bajas de maternidad y paternidad, educación infantil, y flexibilización de los horarios de trabajo. Se analizan los efectos que eventuales cambios en estas políticas podrían tener en España y su impacto social y económico en términos de mejora en las tasas de empleo, en especial de las mujeres, y para los niños y niñas, que se traduce en mejores resultados académicos, por ejemplo, menor abandono escolar, mayor tasa de educación post secundaria, mejores ingresos asociados a mayor salario en la vida adulta y un impacto positivo en el Producto Interior Bruto (PIB).

«Esa es la famosa conciliación laboral y familiar, que yo siempre digo que es una mentira, que no existe, y que la única cosa que puede hacer cada uno es encontrar su manera de, más o menos sobrevivir y, más o menos, pasarlo como se pueda».

Julia, madre de dos niñas

136 Este capítulo ha sido elaborado en base al estudio “¿Qué queremos ser de mayores? Conciliación y bienestar de la infancia” de KSNET (Ariane Aumaitre y Octavio Medina).

Un aspecto fundamental del bienestar de los hogares con hijos e hijas es la conciliación: el reto de compatibilizar la vida laboral con el tiempo que requiere su cuidado. Las políticas que buscan conciliar la vida laboral y familiar no han conseguido, hasta ahora, responder ni a las necesidades de padres y madres, ni a la necesidad de niños y niñas de pasar tiempo con sus progenitores, que es una perspectiva

que se suele olvidar en este debate. Las familias con ingresos altos pueden resolver este problema con recursos económicos, pero **los hogares más pobres se ven enfrentados a decisiones muy difíciles que tienen consecuencias bien para el bienestar de los niños, bien para el bienestar económico del hogar.**

«Hemos podido conciliar (...) Pero entiendo que en muchas familias no pueden hacerlo, porque sus empresas no les permiten esa flexibilidad y la verdad es que me parece que ese es uno de los problemas más terribles de esta sociedad ahora mismo, con respecto a los niños: las jornadas maratónicas. O sea, hay niños que entran a las siete de la mañana en un centro y no salen hasta las seis y media o las siete de la tarde. Es que hacen más jornada que un adulto (...) Y a mí eso me parece horrible».

Isabel, madre de dos niñas

¿Por qué se ha convertido en un problema la conciliación?
Por la conjunción de **cuatro factores**:

1



La masiva incorporación
de las mujeres
al mundo laboral

2

La escasa incorporación
de los hombres
al mundo de los cuidados



3



La falta de adecuación
del mercado laboral

La ausencia de políticas
públicas que aborden
esta cuestión

4



Esta desconexión entre las necesidades de las familias y las escasas posibilidades para conciliar que ofrece el mercado laboral – poco flexible y muy presencial–, evidencian el enorme margen de mejora que las políticas públicas tienen en esta área, que deberían asegurar que los niños y niñas puedan compartir tiempo con sus padres sin que suponga, en especial para las madres, una pérdida

importante en los ingresos que perciben o en sus posibilidades de progreso profesional.

Desde la experiencia de padres y madres, la conciliación es un problema de difícil solución, que **se agrava si no se cuenta con suficientes recursos económicos, con suficientes redes sociales, o si el tipo de trabajo no ofrece flexibilidad:**

«...cuando tuve a la niña, en el trabajo ya no querían que trabajase más, porque me dijeron que era una carga para mí y para ellos. Me fui a otros trabajos. En esos otros trabajos sí me han tratado bien (...) hasta que me he quedado embarazada nuevamente. Antes yo tenía a la mayor, trabajaba y, claro, ellos entendían que yo estaba con la niña. Luego, me he quedado embarazada de la segunda, y ya... ya no lo comprendían tanto. La señora también tenía que trabajar, y por eso buscaba una persona que le cuidase a sus niños (...) Yo no podía fallar nunca. Y, claro, luego, pues, yo les rogaba a muchas personas, a amigas. Porque no tengo familia aquí. Les pagaba. Porque, claro, si tú vas a cuidar estás esperando que te dé algo, ¿no? Porque estás trabajando. Y ahora, si, digamos, no le das, a la próxima te dice “es que no tengo tiempo”. Vale. Pues, o sea, desde entonces, o sea, cuando me lo cuidan, yo sí les pago. Tengo que pagar a alguien para poder trabajar».

Patricia, madre de dos niñas

«...como fueron bastante seguidas, estuve prácticamente cinco años sin ir a congresos. Fui a unos dos congresos embarazada de la segunda, porque di el pecho y todo eso. Y claro, eso te ralentiza mucho profesionalmente. Eso está claro, es evidente, ¿no? Lo sabes teóricamente, pero hasta que no te encuentras ahí, no ves la dimensión del problema (...) Es una época, al menos en mi caso en una etapa profesionalmente y vitalmente muy de expansión, y esto me ha causado bastante desgarró».

Julia, madre de dos niñas

5.1. La conciliación es una cuestión de género y renta

Uno de los indicadores más claros de la situación de la conciliación en un país es su mercado laboral. En España, la tasa de ocupación de las mujeres sigue siendo inferior a la de los hombres, especialmente en personas con hijos.

La brecha de género del empleo pasa de 10 puntos sin hijos a 22 puntos entre hombres y mujeres con hijos menores de 12 años.¹³⁷ El impacto de la maternidad se refleja también en la tasa de desempleo. Mientras que **entre los hombres el paro es más elevado en-**

tre aquellos que no tienen hijos (un 21,8% frente a un 13,6%), **la relación es inversa para las mujeres** (20,2% sin hijos y 23,5% con hijos).¹³⁸ Otro indicador que muestra las dificultades para conciliar es la **incidencia de los contratos a tiempo parcial entre las mujeres con hijos**: mientras que solo un 6% de hombres con hijos trabaja a tiempo parcial, el porcentaje aumenta hasta un 29% para las mujeres. Dentro de este grupo, trabajan a tiempo parcial por motivos de cuidado de los hijos un 47% mujeres frente a un 7,7% hombres.¹³⁹

«Ahora sí, estoy trabajando 4 horas. Quisiera trabajar más, pero es que no puedo con las niñas. Claro, me ofrecen trabajos por una hora, dos horas, pero no me pagan la Seguridad Social. Yo me arriesgaría porque necesito, pero de lo que voy a cobrar, pues, tengo que pagar a la persona que me vaya a recoger a las niñas y, claro, ya no puedo, quisiera, pero no, no puedo. No puedo».

Patricia, madre de dos niñas

La situación es especialmente dura para **hogares con bajos ingresos, para los que el coste de conciliar no siempre compensa el coste de trabajar, y para las familias monomarentales** que no pueden distribuir con un segundo adulto las labores de cuidado. Los hogares monomarentales, además, se enfrentan a un mayor riesgo de pobreza y exclusión, que en 2017 alcanzó al 47,9%,¹⁴⁰ más de 20 puntos por encima de la media española.

Los datos muestran que **es necesario invertir en políticas familiares y de infancia si queremos avanzar**. Si bien hay consenso en que hay que invertir más y mejor, el catálogo de políticas es amplio y sus efectos diversos. Algunos estudios advierten que ciertas políticas de conciliación podrían generar círculos viciosos, dificultando o retrasando la incorporación de las mujeres al mercado laboral, promocionando la segregación o el trabajo a tiempo parcial y, por

137 Encuesta de población Activa, del Instituto Nacional de Estadística, 2017.

138 Encuesta de población activa, (EPA) 2015.

139 Ibidem.

140 Tasa de riesgo de pobreza y exclusión (AROPE). Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2017.

lo tanto, aumentando el efecto negativo de la maternidad.¹⁴¹ En este contexto resulta de vital importancia conocer cuáles son los efectos e impactos de las diferentes políticas y reformas posibles.

Nos centraremos en tres áreas políticas concretas que han sido identificadas como especialmente relevantes en materia de conciliación:

1. Bajas de maternidad-paternidad
2. Políticas de primera infancia
3. Políticas de conciliación de horarios de trabajo

5.2. Bajas de maternidad-paternidad

«Yo creo que tendría que haber unas políticas que ayudasen a las personas que quieren tener niños desde que nacen. Tienes que, al menos, facilitarles que, durante los dos años de los niños, puedan tener unas jornadas más reducidas o quedarse con los niños, si deciden eso, y luego, volver al trabajo y que no les hayan quitado su puesto de trabajo».

Isabel, madre de dos niñas

«...aunque nos dividiéramos el trabajo a la mitad, hay cosas... Por ejemplo, los padres y madres de los otros hijos, siempre te preguntan a ti si puede ir a una fiesta de cumpleaños ¡Pero si está el otro también! Hay cosas que te caen a ti, quieras o no. En la baja te quedas en casa y empiezas a obsesionarte por las lavadoras y esas cosas. Como estás en casa y “no haces nada”, pues, si hay que buscar escuela o lo que sea... O sea, durante la baja, te cae todo lo doméstico».

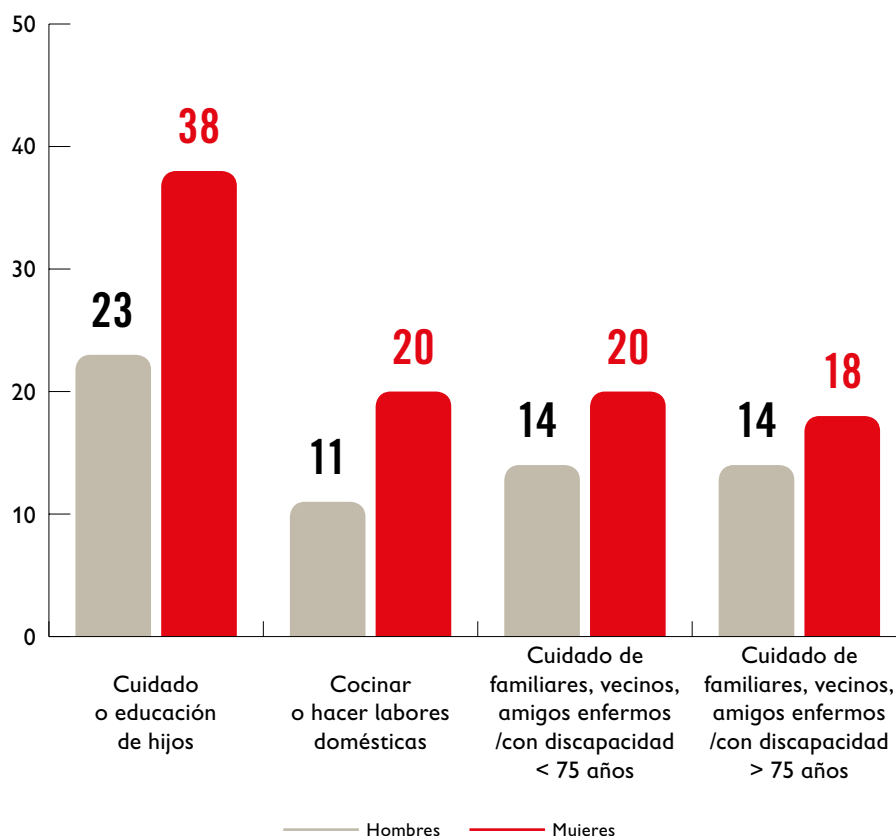
Julia, madre de dos niñas

Como ya señalábamos, aunque las mujeres se han incorporado al mundo laboral, los hombres no se han incorporado en la misma medida en el mundo de los cuidados, como bien reflejan los resultados de la Encuesta

de Calidad de Vida 2016 de Eurofound. La mayor diferencia entre unos y otros está en el cuidado de los hijos e hijas: las mujeres destinan 15 horas más a la semana que sus compañeros varones.

141 Ver Mandel and Semyonov 2006, Gupta et al 2008.

Gráfico 13.
Horas semanales dedicadas a actividades de cuidados
y tareas del hogar. España, 2016



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 2016. Eurofound.

En la mayor parte de los países de la Unión Europea las bajas disponibles para madres son superiores que las disponibles para los padres, en tiempo y en muchos casos en el nivel de la prestación. A lo largo de los últimos años, hemos asistido a reformas en varios países hacia una situación en la que los permisos parentales son, cada vez más, iguales e intransferibles. Diferentes estudios han constatado que un reparto más igualitario de las bajas parentales, al reducir el tiempo relativo que las mujeres pasan cuidando a

sus hijos con respecto a los hombres, **puede reducir la desigualdad en el mercado laboral, la brecha de género, la brecha de pensiones, así como mejora de la calidad de vida de la infancia.**¹⁴² Los efectos positivos de este tipo de permisos repercuten en el conjunto de la sociedad.

La literatura sobre permisos parentales sugiere que, para ser efectivos, estos deben ser **iguales, intransferibles y ofrecer un nivel de compensación cercano al**

142 Ver van Belle, 2016.

salario original del beneficiario. Un estudio realizado en 2009 en la UE muestra que los padres toman en mayor proporción los permisos disponibles, cuando el nivel de compensación de las prestaciones es alto y cuando son derechos individuales, es decir, intransferibles.¹⁴³ Si no lo son, las mujeres los acaban tomando, aunque teóricamente ambos miembros de la pareja pueden hacer uso de ellos.¹⁴⁴

El hecho de que los permisos sean iguales tiene varios efectos positivos. Por una parte, al implicar a los padres en el cuidado de los hijos, se reduce la carga relativa de las madres en materia de cuidado. Además, diversos estudios muestran que **si los padres se involucran desde el nacimiento en las tareas de cuidado, seguirán estándolo durante toda la crianza.**¹⁴⁵ Esto puede tener consecuencias directas para reducir la discriminación estadística en el mercado

laboral y la igualdad de género en un sentido más amplio,¹⁴⁶ ya que equipara la probabilidad de ausencias por necesidades de cuidado entre hombres y mujeres. Además, tendría efectos sobre el bienestar de niños y niñas, en la medida en que refuerza el vínculo con sus padres.

Por último, el nivel de la generosidad de la prestación es un elemento con un fuerte impacto sobre la decisión de tomar o no una pausa en el trabajo para atender a los hijos, y se recomienda que sea lo más cercana al 100% posible.¹⁴⁷

Debemos cambiar de políticas para favorecer de forma efectiva la conciliación y el bienestar de niños, niñas, sus padres, ¡y en especial de sus madres! Pero **el principal reto es resolver las barreras de acceso a estas medidas de los hogares más pobres.**

5.2.1. El caso alemán

Alemania es uno de los países de la UE con un reparto más igualitario de los permisos parentales y además uno en el que el Gobierno lleva impulsando desde 2007 una estrategia para promover una mayor igualdad en el reparto del cuidado de los hijos y aumentar la participación laboral de las madres.¹⁴⁸

La baja de maternidad es de 8 semanas obligatorias, con un nivel de compensación del 100%. Si bien no existe baja de paternidad bajo esta denominación, existen ocho semanas de permiso parental intransferible para cada progenitor, que se pierden en caso de no ser tomadas. Además, disponen de 10 meses transferibles remunerados al 67% del sueldo (con variaciones según niveles de ingreso). Desde la reforma de julio de 2015, se puede

143 Ver O'Brien 2009.

144 Ver Castro y Pazos, 2012.

145 Ver Meil 2011, Arnalds et al, 2013.

146 Ver Pazos, 2012.

147 Ver van Belle, 2016.

148 Ver Eurofund, 2015.

extender los permisos parentales hasta 24 meses, aunque en este caso la compensación se ve reducida a la mitad (manteniéndose el coste total).

Alemania es especialmente relevante para el caso español porque ambos modelos de bienestar tienen características similares,

5.2.2. Aprendizajes para España

En España, el permiso de maternidad es de 6 semanas, intransferibles y obligatorias. Desde 2018 existe un permiso de paternidad de cinco semanas voluntario e intransferible. A esto se suman diez semanas voluntarias que forman parte del permiso de maternidad, pero que son transferibles entre progenitores. Todos los permisos tienen un nivel de compensación del 100%.

¿Cómo se podría trasladar el modelo alemán? El primer paso sería repartir de manera distinta los permisos ya existentes. Aumentar el número de semanas reservadas exclusivamente a la madre de las seis a ocho, compensadas a un 100%. Mantener las cinco semanas de baja de paternidad y complementarlas por otras tres semanas que serían deducidas de la actual parte del permiso de maternidad transferible. Hasta aquí, el coste aún estaría cubierto bajo el modelo actual y la medida se limitaría a reajustar el diseño del permiso parental actual, quedando aún cuatro semanas restantes que podrían

especialmente en lo que se refiere al alto peso que dan a las familias frente al cuidado de personas dependientes.¹⁴⁹ La reforma alemana se planteó como una estrategia para enfrentar los retos demográficos y la sostenibilidad de las pensiones, que España también está enfrentando.

dividirse, de manera intransferible, entre progenitores (llegando a un resultado de dos permisos iguales e intransferibles de diez semanas compensados al 100%).

Al igualar los permisos de esta forma, se reduciría la desventaja en la que se sitúan las mujeres en el mercado laboral por ser quienes más tiempo dedican al cuidado de los hijos. Asimismo, podría contribuir a reducir el efecto del aumento de la temporalidad entre mujeres que se ha asociado a otras políticas de conciliación en España, como la reducción de jornada laboral,¹⁵⁰ **mejorando la posición de las mujeres con respecto a la precariedad del mercado laboral.**

El modelo alemán incluye la opción de **otros diez meses de baja parental transferible**, combinable con empleo a tiempo parcial por parte de los progenitores y con un nivel de compensación del 67%, que varía entre 300 y 1.800 euros en función del nivel de renta.

149 Ver Esping-Andersen, 1990.

150 Ver de la Rica y Gorjón 2016.

Permisos de paternidad y maternidad actualmente en España		Permisos de paternidad y maternidad asumiendo el modelo alemán	
Madres	Padres	Madres	Padres
6 semanas compensadas al 100%	5 semanas intransferibles compensadas al 100%	10 semanas intransferibles compensadas al 100%	10 semanas intransferibles compensadas al 100%
10 semanas transferibles		40 semanas transferibles compensadas al 67%, combinable con trabajo parcial	
Resultado posible			
16 semanas u 11 paritarias	5 semanas u 11 paritarias	10 semanas o 30 semanas	10 semanas o 30 semanas

Tomando los datos sobre coste de permisos voluntarios del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2015), una medida de este tipo por 40 semanas tendría un coste total

de alrededor de 2.7 mil millones de euros, una inversión que tendría un alto retorno para nuestra economía, en especial por el impacto en las tasas de empleo femeninas.

5.3. Horarios de trabajo

Una de las principales raíces de los problemas de padres y madres para conciliar se encuentra en la dificultad de encajar sus horarios de trabajo con el cuidado de sus

hijos. Además, esto representa una gran desventaja en términos de igualdad para las personas que cuidan, que, en el caso español, son generalmente las madres.

5.3.1. Trabajo a tiempo parcial

La principal política de la que hacen uso los países de la OCDE en términos de horarios flexibles es el trabajo a tiempo parcial.¹⁵¹ Promover el trabajo a tiempo parcial tiene, sin embargo, luces y sombras. Por un lado, conlleva una penalización de salario y acceso a prestaciones sociales, además de estar asociado a tasas superiores de pobreza. Por

otro, supone un aumento de la satisfacción del trabajador por factores como la capacidad de conciliar y la flexibilidad horaria.

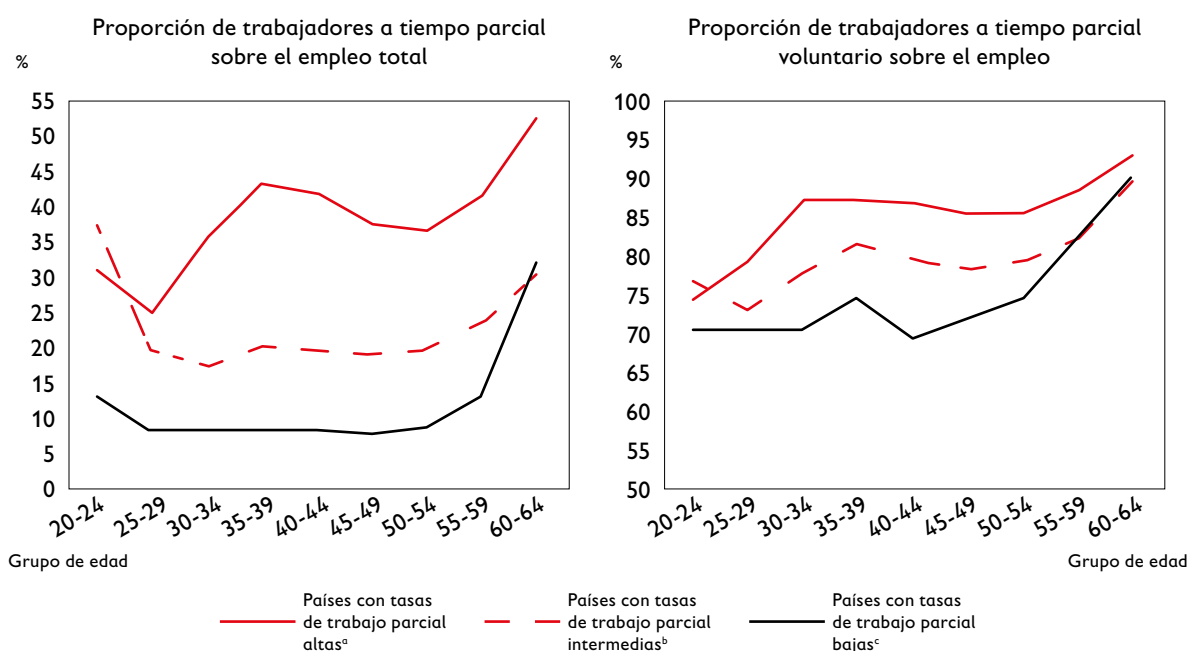
Los motivos para el trabajo a tiempo parcial cambian dependiendo de la etapa vital. Entre jóvenes de 20 a 24 años, los estudios son el motivo principal. En el caso de las mujeres de 25 a 39 años, sin

¹⁵¹ Ver OCDE, 2011.

embargo, el motivo principal para trabajar a tiempo parcial son las responsabilidades de cuidado, que casi siempre van asociadas a la maternidad.¹⁵² Los cuidados familiares son el principal motivo para la inactividad de este grupo de edad, lo cual sugiere que el trabajo a tiempo parcial puede contribuir a mejorar la conciliación entre familia y trabajo. De hecho, **el trabajo a tiempo parcial está asociado con tasas mayores de actividad en mujeres.**

En países con tasas altas de empleo parcial se observa un aumento sustancial de este tipo de jornada entre las mujeres en edad de tener hijos, que no ocurre en países con bajas tasas de empleo a jornada parcial. Esto sugiere que **la regulación y las políticas nacionales son importantes para permitir que las mujeres puedan acceder a estas modalidades laborales**, como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 14.
Trabajo a jornada parcial femenino a lo largo del ciclo de vida



a) Media de países con más de un 30% de mujeres de 20 a 64 años trabajando a jornada parcial: Australia, Austria, Alemania, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda y Reino Unido.

b) Media de países que tienen entre un 15% y un 30% de mujeres de 20 a 64 años trabajando a jornada parcial: Dinamarca, Francia, Noruega, España y Suecia.

c) Media de países con menos de un 15% de mujeres de 20 a 64 años trabajando a jornada parcial: República Checa, Finlandia, Grecia, Hungría, Polonia, Portugal y Eslovaquia.

Fuente: OECD Labour Force Statics Database
Statlink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932293334>

Sin embargo, **lo vital es que el trabajo a tiempo parcial sea fruto de una decisión voluntaria**, y en esto hay muchas diferencias por países. España, por ejemplo, tiene una de las tasas más altas de trabajo parcial involuntario. En el caso de las mujeres en edad de tener hijos, **esto está asociado a la no disponibilidad de políticas de primera infancia accesibles**. Hay una amplia evidencia que sugiere que la accesibi-

lidad de políticas de horario laboral afecta a la oferta laboral de las mujeres en edad de tener hijos.¹⁵³

En el caso de los hombres, desafortunadamente existe poca evidencia de que los padres utilicen el trabajo a tiempo parcial para compatibilizar su trabajo con los cuidados familiares, al menos no en la misma magnitud que las mujeres. En línea con esto, sobre todo entre los países nórdicos, se han dado iniciativas para incentivar un mayor uso de este tipo de recursos.

5.3.2. Otras políticas de horarios

El resto de las políticas de horarios se agrupan en torno a los horarios flexibles de entrada y salida y otros esquemas más sofisticados que contemplan, además, la reducción del número de horas trabajadas.¹⁵⁴

Existe bastante heterogeneidad en las políticas de **horarios flexibles** en la Unión Europea y en muchos casos queda a discreción de la empresa en cuestión. Algunos países garantizan el derecho del trabajador o trabajadora a pedir un cambio en los horarios de entrada y salida por motivos como la conciliación, aunque en muchos de estos casos la empresa puede negarse por una serie de motivos previamente definidos.¹⁵⁵

En la Unión Europea, algo más de la mitad (56%) de los empleadores ofrecen algún tipo de programa de acumulación de horas trabajadas para su uso en otro momento (el llamado flexitime). En cambio, la posibilidad de

pedir cambios en los horarios de entrada y salida es mucho menos popular (a excepción de los países anglosajones como Inglaterra o Irlanda).

España es uno de los países de la Unión Europea donde los trabajadores tienen menos control sobre el número de horas trabajadas. Mientras que en Holanda o Suecia más de un 30% de los trabajadores dicen tener cierto control sobre las horas trabajadas, en España este porcentaje es inferior al 10%. En el caso de Australia y Nueva Zelanda el porcentaje de trabajadores con control sobre horarios es superior al 40%.

153 Por ejemplo, trabajos como los de Breunig and Gong (2010), Del Boca and Vuri (2007), Wrohlich (2009) recalcan dichas tesis.

154 Ver OCDE, 2011.

155 Ibídem.

La evidencia sugiere que hombres y mujeres utilizan esta clase de esquemas de forma muy distinta. Como decíamos anteriormente, muy pocos hombres en la UE hacen uso

de los esquemas de trabajo a tiempo parcial cuando son padres. Sin embargo, sí hacen uso de otros esquemas como los horarios flexibles.¹⁵⁶

5.3.3. El caso holandés

«Si cuentas el tiempo que te lleva llegar al trabajo, es totalmente incompatible con la vida familiar. Y yo, en ese sentido, pues, haces lo que puedes, porque igual trabajo el fin de semana, pero si un día están enfermos, te puedes quedar. Muchas veces se han quedado con mis padres, pero también muchas veces conmigo o con mi marido. Y en ese sentido, la flexibilidad laboral es buena. (...) Indudablemente, es una ventaja. Son las cosas que valoro de mi trabajo».

Julia, madre de dos niñas

«Cuando estoy enferma se suele quedar mi padre. No va a su oficina. Él trabaja arriba, en el ordenador. Y entonces está trabajando y si necesito alguna cosa, pues, le llamo y baja y me lo da».

Martina, 12 años

«Esa es una de las cosas que dijimos antes de tener niños. No podíamos estar trabajando hasta las nueve de la noche, por las tardes hay que estar con ellos. Si se puede (...) una de las cosas que tú priorizas es estar más tiempo en casa y ganar un poquito menos. Eso sí que nosotros lo teníamos claro».

Isabel, madre de dos niñas

Para el caso de los horarios flexibles de trabajo y empleo a tiempo parcial se ha elegido el caso de Holanda. En las encuestas europeas que se han hecho al respecto, los trabajadores holandeses están entre los que

más facilidades tienen para compatibilizar sus horas de trabajo con su vida personal. Por ejemplo, alrededor del 40% declara haber trabajado desde casa por lo menos una vez en el último año (en España

¹⁵⁶ Hijzen y Venn (2011) analizan los beneficios de los horarios de trabajo flexibles en el contexto de 19 países de la OCDE.

un 15%).¹⁵⁷ En términos de trabajo a tiempo parcial, Holanda es el país con la tasa más alta a nivel europeo.

Hay dos formas de legislar sobre horarios flexibles: o bien se regula el derecho a pedir flexibilidad de horarios para un grupo específico (por ejemplo, los trabajadores que acaban de tener hijos), o se regula para toda la población. Suecia o Austria han hecho lo primero, asumiendo el riesgo de reducir la capacidad de negociación de los trabajadores. Cuando solo es accesible al grupo de trabajadores con hijos, estos pueden ser estigmatizados. El resultado es que los trabajadores son reticentes a pedir horarios flexibles por miedo a ser castigados de una forma u otra. En cambio, **ampliar el derecho a todos los trabajadores facilita que la práctica se extienda.**¹⁵⁸

En el caso de Holanda, el derecho a pedir trabajo a tiempo parcial se legisló formalmente a través de la Ley de Ajuste de Horas de Trabajo de 2000 (Wet Aanpassing Arbeidsduur o WAA). **Esta ley le da a todo trabajador el derecho a pedir una jornada a tiempo parcial.** La empresa

debe evaluar esa petición y decidir si acepta, aunque en principio solo puede negarse bajo ciertas circunstancias, que son relativamente restrictivas, como las dificultades económicas. **La reducción de jornada no altera el salario por hora** ni las prestaciones sociales de la persona, que son prorrateadas de acuerdo a las horas trabajadas. La ley se amplió en 2016 para incluir también el derecho a pedir horarios flexibles para todo trabajador en empresas con más de 10 trabajadores,¹⁵⁹ e incluyó aspectos como los horarios de entrada y salida, el lugar de trabajo, o el teletrabajo, por ejemplo.

Dicha ley sentó un precedente al establecer que el trabajador podía alterar de forma unilateral los términos del contrato. Tanto en el caso de la WAA de 2000 como de su ampliación en 2016, las condiciones bajo las cuales la empresa puede negarse a aceptar la petición están articuladas en el texto de la ley y son relativamente restrictivas. Después de la ampliación de 2016, es habitual que se permita a las empresas rechazar el teletrabajo, pero es mucho menos común que se rechacen peticiones de cambio de horarios de trabajo.¹⁶⁰

157 Ver OECD, 2016.

158 Ibídem.

159 Ver en OECD, 2016.

160 Ibídem.

5.3.4. Aprendizajes para España

Es difícil calcular el coste económico de facilitar el trabajo a tiempo parcial o los horarios flexibles, dado que el Estado no está ni suministrando un servicio ni transfiriendo recursos de forma directa. La legislación laboral en España depende del Gobierno central, por lo que el encaje y articulación legal sería a nivel estatal. La legislación española ya contempla que los trabajadores puedan pedir reducciones de jornada y trabajo a tiempo parcial.¹⁶¹ Pero es relativamente sencillo para el empleador rechazar estas peticiones. Al contrario que en Holanda, **no es un derecho estatutario.**¹⁶²

Más allá de los requerimientos legales, mucho depende de la empresa o establecimiento en el que trabaje el empleado, de los convenios colectivos y del perfil mismo del empleado. La evidencia sugiere que los trabajadores de mayor nivel educativo tienen más acceso a horarios flexibles, lo cual crea **una brecha en flexibilidad por nivel educativo e ingresos.**¹⁶³ En el caso holandés resulta interesante que fueran los sindicatos los pioneros a la hora de promover la flexibilidad de horarios y el tiempo parcial. Esto sugiere que hay espacio para que se articulen iniciativas a nivel social en paralelo (o previas) a la activación del tema en la arena política.

161 Ver en OECD 2016.

162 Ver Plantenga y Remery, 2010.

163 Un 15 de los trabajadores con primera etapa de secundaria como máximo nivel de estudios alcanzados se quedan trabajando desde casa al menos ocasionalmente. En el caso de trabajadores con estudios universitarios, es un 24%. Ver en OECD, 2016.

5.4. Políticas de primera infancia

«Para mí hay una etapa muy clara, que es de los cero a los tres, en el que es un infierno este aspecto. A partir de los tres, hay un cambio muy grande. O sea, desde que empiezan a ser niños, ya no bebés, hay un cambio muy grande. Y luego, cuanto mayor es, mejor...».

Julia, madre de dos niñas

Las políticas de primera infancia son aquellas que proveen estructuras de calidad para el cuidado de los niños, programas de apoyo a las familias, provisión de servicios, educación de 0 a 3 años, etc. Estos servicios de cuidado, **si son accesibles, de calidad y adaptados a las necesidades** de madres, padres, niños y niñas, cumplen un papel fundamental, no solo al asegurar una conciliación efectiva, sino también por los efectos positivos que tiene en los niños y niñas, en especial en aquellos más vulnerables.

España es de los pocos países de la Unión Europea que cumple los objetivos de Barcelona,¹⁶⁴ que aspiran a alcanzar la provisión servicios de atención a la infancia para el 90% de los niños y niñas entre los 3 años y la edad de escolarización obligatoria y para el 33% de los menores de 3 años. Sin embargo, el margen para mejorar es elevado, especialmente entre 0 y 2 años, más si

tenemos en cuenta los múltiples beneficios de este tipo de políticas. La educación de 0 a 3 años ha mostrado tener un alto impacto en el desarrollo cognitivo de los niños,¹⁶⁵ así como en el aumento de la movilidad social y en la reducción de la desigualdad de oportunidades.¹⁶⁶

La primera infancia es la etapa de la vida con un retorno en capital humano más elevado, con una gran cantidad de evidencias que la respalda.¹⁶⁷ Por ejemplo, Dumas y Lefranc evalúan la política de educación infantil temprana en Francia. El estudio muestra que, en promedio, **un año adicional de asistencia a educación infantil temprana eleva las ganancias en la vida adulta un 3% promedio y redujo la tasa de deserción en un 2%**. El alto retorno económico y social en educación 0-3 es especialmente alto en niños y niñas que están en situación de pobreza.

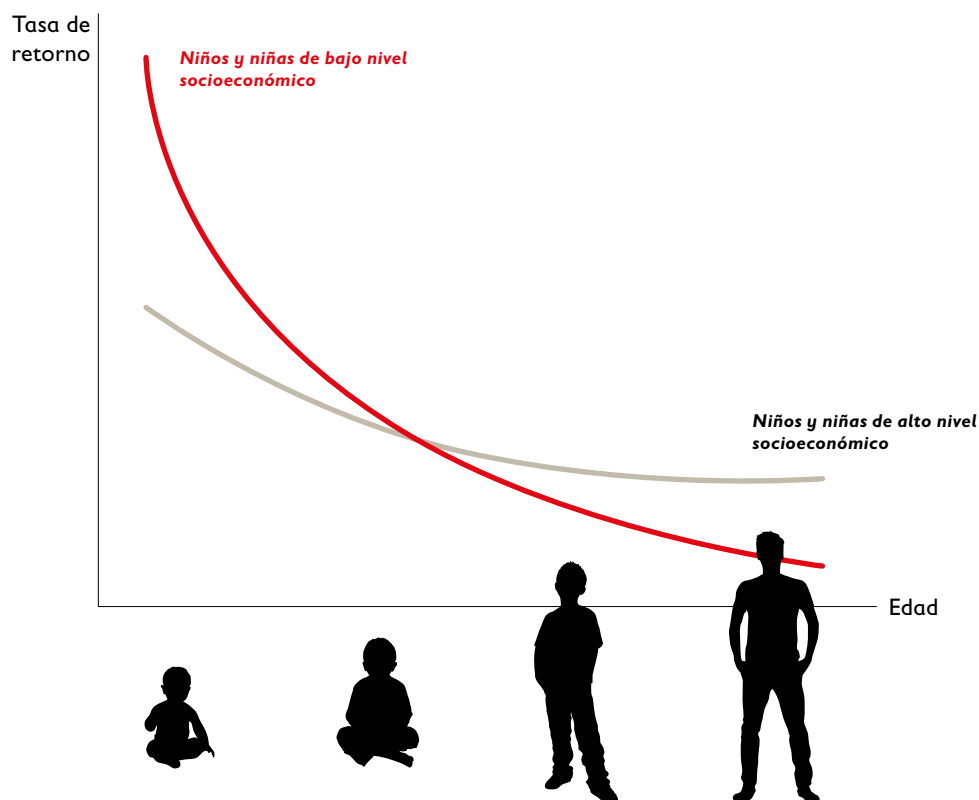
164 Ver Informe de la Comisión Europea (2012) Objetivos de Barcelona. El desarrollo de los servicios de acogida de niños de corta edad en Europa en pro de un crecimiento sostenible e integrador.

165 Ver Heckman, 2011.

166 Ver Howard, 2013.

167 El informe Benefits of Early Childhood Education and Care and the conditions for obtaining them (2018) recopila algunas de estas evidencias.

Gráfico 15.
Retorno de educación infantil en niños con distintos orígenes socioeconómicos



Note: LLL refers to life-long learning.
 Source: Wößmann and Schütz (2006).

Además del efecto sobre los niños, las políticas de primera infancia incentivan la participación laboral de las madres. Un estudio en Estados Unidos de 2013 muestra que el aumento del número de escuelas infantiles viene acompañado de una **mejora en los resultados académicos de los niños, y de un aumento en la oferta laboral de las madres** de hasta un 4.7%.¹⁶⁸ En Canadá,

una evaluación de este tipo de políticas muestra un aumento de hasta 8 puntos de participación de mujeres en mercado laboral.¹⁶⁹ El impacto sobre la oferta de trabajo de las madres **parece ser mayor en el caso de madres solas**, uno de los colectivos que más difícil lo tienen para conciliar.¹⁷⁰ Además, la evidencia muestra que la educación preescolar es la mejor herramienta para reducir la

168 Ver Cascio y Schanzenbach, 2013.

169 Ver Haack et al 2015.

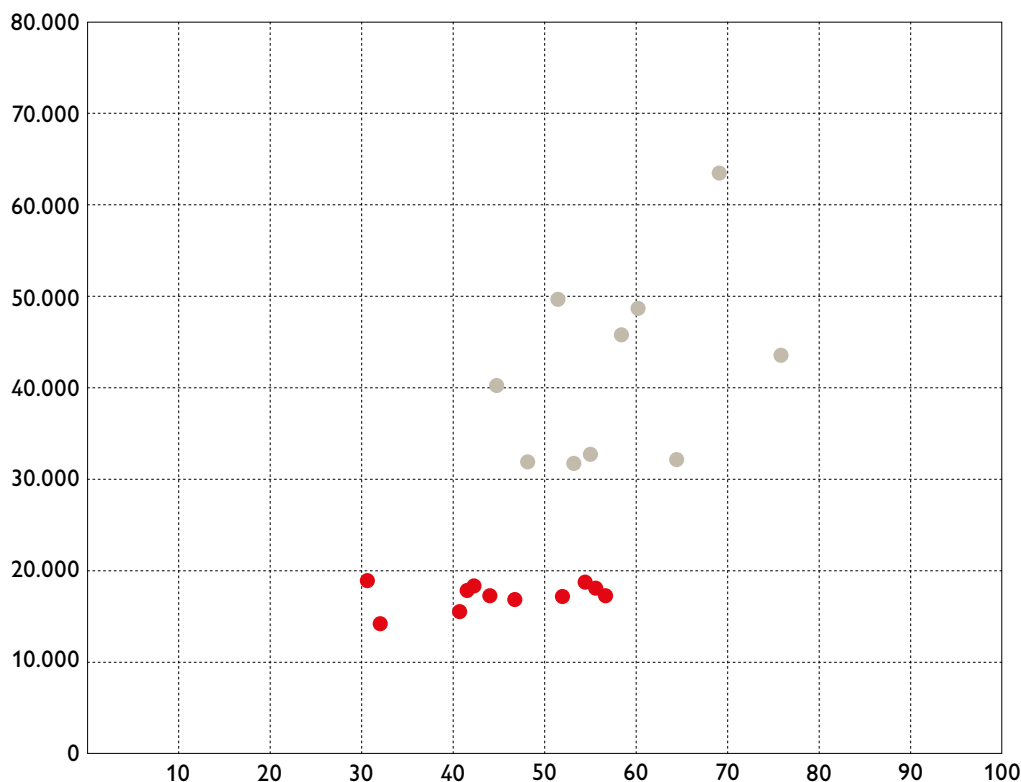
170 Ver Gelbach, 2009.

desventaja temprana de aquellos estudiantes que, por su origen familiar, se enfrentan a un mayor riesgo de fracaso escolar.¹⁷¹

La evidencia apunta a que los servicios de cuidado deben ser asequibles, flexibles y de calidad. **Un 59% de hogares que no utilizan estos servicios en Europa dicen no**

hacerlo por su coste.¹⁷² Esto es evidente cuando observamos quienes hacen un uso más exhaustivo de las escuelas infantiles por renta: en los municipios que concentran las rentas más altas, hay una mayor proporción de niños y niñas en escuelas infantiles si lo comparamos con los municipios de rentas más bajas.

Gráfico 16.
Proporción de niños de 0 a 4 años en escuelas infantiles en los municipios de renta más baja y los de renta más alta en España



Fuente: Indicadores Urban Audit para Ciudades. INE.

171 Cebolla-Boado, H. Radl J., Salzar, L. (2014).

172 Ver Janta, 2014.

En lo que se refiere al diseño de estas políticas, hay tres factores de consenso sobre su diseño: **accesibilidad, alta calidad y exhaustividad** (cantidad de horas que per-

manezca en la escuela infantil).¹⁷³ Las políticas deben ser universales, y estar adaptadas a las diferentes necesidades de diferentes niños.

5.4.1. El caso danés

Dentro de la UE, el país que más ha avanzado en políticas de primera infancia es sin duda Dinamarca, donde hasta un 70% de niños menores de tres años están bajo cuidado formal, la mayoría de ellos en esquemas que superan las 30 horas, según Eurostat.

Los servicios de primera infancia en Dinamarca son de **cobertura universal**. La matriculación de niños y niñas menores de 3 años en escuelas infantiles (especialmente a partir del primer año) es la modalidad más común para el cuidado de los niños. Los servicios de cuidado se consideran un **derecho legal y social desde 2006 para los niños a partir de 6 meses**, algo que parece trasladarse en un nivel de cobertura (así como de demanda) especialmente elevado.¹⁷⁴

Los servicios de cuidado son un pilar fundamental del Estado del Bienestar danés, diseñado con un claro enfoque de promoción de la igualdad tanto social como de género. El objetivo es responder a las necesidades de padres, madres e hijos: compaginar vidas laborales activas de ambos progenitores con el cuidado de sus hijos, a la vez que se asegura que los niños reciban servicios de cuidado y educación de alta calidad desde una edad tan temprana como sea posible.¹⁷⁵

Las familias con niveles de renta más bajos pueden acceder a los servicios de cuidado de manera gratuita, mientras que el coste para el resto varía en función de su nivel de ingresos, con un techo establecido del 25% del coste total. A nivel administrativo, la gestión de los servicios de cuidado

173 Ver Mahon (2018).

174 “Fasih (2008) confirma que la inversión temprana en educación genera altos rendimientos y reduce los costes de la inversión educativa posterior al hacer que el aprendizaje sea más eficiente. Mitchell et al. (2008) muestran que la asistencia al programa HighScope Perry se asocia con menos tiempo dedicado a la educación especial a los 19 años (16% del tiempo para los participantes de educación infantil temprana frente al 28% del tiempo para otros), menos años dedicados a la educación especial a los 27 años (1.1 versus 2.8), tasas más altas de finalización de la escuela secundaria (49% versus 39% a la edad de 21 años), tasas más altas de graduación de la escuela secundaria (66% versus 45% a la edad de 27 años), y más educación post-secundaria (33% versus 28%). La evaluación para el programa de educación infantil de CPC de Chicago, muestra que una menor participación en educación especial a los 9 años para quienes han asistido que para los que no están en educación infantil temprana (8% versus 9%), menos años en educación especial (a los 14 años, 0,6 frente a 0,9; a los 18 años, 0,7 versus 1,5) y mayores tasas de finalización de la escuela secundaria (50% versus 39%). La evaluación del programa Abecedarie obtuvo los siguientes resultados: menos años en el sistema hasta obtener el grado a los 15 años (31% versus 55%), menos participación en educación especial hasta el noveno grado (14 años) (25% versus 48%), mayores tasas de finalización de la escuela secundaria (67% versus 51%) y tasas más altas de inscripción en la universidad a los 21 años (36% versus 13%)”. Ver Comisión Europea, 2009.

175 Ver Neyer, Thévenon & Monfardini, 2018.

se lleva a cabo por las autoridades locales, que deben asegurar también la existencia de plazas suficientes para cubrir la demanda.¹⁷⁶

Puede parecer que las diferencias en el modelo de bienestar de ambos países dificulten la aplicación del modelo danés en España. Sin embargo, la transición hacia un modelo

que tenga la igualdad social y de género entre sus principales objetivos es clave a la hora de impulsar los objetivos en términos de conciliación, igualdad de género y bienestar infantil, lo que justifica la selección de este modelo, que requerirá de adaptaciones para encajar adecuadamente con el modelo español.

5.4.2. Aprendizajes para España

La provisión de servicios de primera infancia hoy en día en España no es gratuita ni homogénea, dependiendo en gran medida de la política de las diferentes comunidades autónomas, y con un número de plazas que no cubre la demanda.¹⁷⁷ Esta propuesta sugiere ir hacia un **modelo progresivamente universal en el que el coste a las familias varíe en función de la renta**, como en el caso danés. Esto crea dos retos principales: la creación de suficientes plazas y la financiación del coste de dicha política.

A nivel administrativo, los servicios de primera infancia en España son parte de la política de educación y sus competencias pertenecen a las comunidades autónomas. La gestión de estos, sin embargo, se encuentra principalmente en manos de ayuntamientos y autoridades locales, de modo similar al caso danés. El panorama de la provisión de servicios sea altamente heterogéneo hoy en día, con gran variación tanto en costes como en cobertura. En este sentido, introducir **los servicios de cuidado como derecho social**, como

es el caso en Dinamarca y en otros países como Islandia, podría ayudar a crear un marco común en esta materia.

Dada la falta de suficientes plazas para cubrir la demanda hoy en día, se propone un sistema que aumente progresivamente y de forma anual el número de plazas a lo largo de los próximos cinco años; avanzando en tramos de un 15% de la demanda por comunidad autónoma y año, y que favorezca a las familias de rentas bajas, que son las que más se benefician del sistema. El primer año se debería empezar por las familias con menos ingresos y familias monomarentales con mayores dificultades de conciliar.

En lo que se refiere al coste, cabe destacar que la amplia variación según comunidades dificulta la estimación de un coste total nacional: no existen datos públicos al respecto. Utilizando la estimación de van Huize, Dumhs y Plantenga (2018), basada en los costes anuales de creación de plazas, profesorado y otros gastos asociados, podemos estimar el coste por plaza –incluyendo gas-

176 Ver Eurydice, 2018.

177 Ver Comisión Europea, 2009.

tos educativos y costes medios por niño— de 5.451 euros en precios de 2017. Estos costes van en línea con otras estimaciones.¹⁷⁸

Según datos del INE, existen alrededor de 1,2 millones de niños entre 0 y 2 años en España, de los cuales 468.652 están escolarizados. Si asumimos una demanda similar a la danesa, de un 70% (tiene sentido pensar que la demanda no será total durante los primeros meses de vida), nos hallaríamos ante una necesidad de alrededor de 372.000 plazas. Esto implicaría que cada tramo del 20% de la demanda (75 mil plazas) supondría un coste de alrededor de 400 millones de euros, del

que hasta un 25% podría ser financiado por las familias.

Una inversión de este tipo podría tener **retornos de hasta cuatro veces en términos de empleo y aumento de ingresos de las madres.**¹⁷⁹ El empleo entre madres podría aumentar en un 0,2 por cada niño inscrito en educación infantil, mejores resultados académicos y económicos de los niños en el futuro; **la educación infantil temprana podría aumentar las ganancias de los niños y niñas en el futuro hasta en un 12%**, lo que implica un aumento en la recaudación de impuestos a largo plazo.

5.5. ¿Un problema de costes?

La implementación de las medidas propuestas en este apartado alcanza los 4,7 mil millones de euros. La pregunta ahora es cuánto cuesta social y económicamente la ausencia de buenas políticas de conciliación, no apoyar a las familias en la crianza, no garantizar el cuidado y la atención educativa de los más pequeños.

El primer coste es la baja participación de las mujeres en el mercado laboral. Las políticas propuestas de flexibilización laboral que impulsan, entre otras medidas, el trabajo a tiempo parcial, que está ligado a menores ingresos,¹⁸⁰ pero algunos estudios sugieren que este tipo de políticas **puede aumentar la tasa de participación de las mujeres**

en el mercado laboral en su conjunto: permite que mujeres que no trabajaban empuen a trabajar a jornada parcial, y que algunas que trabajaban a jornada completa pasen a trabajar menos horas. Así, la tasa de participación laboral femenina aumenta, aunque las horas trabajadas totales disminuyan.

Este efecto es mayor si se trata de **trabajos a tiempo parcial de calidad:** un aumento del 10% en empleos a tiempo parcial de calidad implica un aumento en la probabilidad de trabajar de 5 puntos porcentuales para mujeres con alto nivel educativo (de 79 a 84%) y de 10 puntos porcentuales para mujeres con bajo nivel de estudios (de 53 a 63%).¹⁸¹ Este

178 Comisión Europea, 2014.

179 van Huize et al., 2018.

180 OECD 2011, 2016.

181 Boca, Pasqua, and Pronzato (2009).

efecto es especialmente importante, sobre todo si la alternativa es la no participación en el mercado laboral.

Además, lo estamos pagando con una crisis demográfica: la participación laboral femenina y la fecundidad están asociadas a las facilidades disponibles para compatibilizar trabajo y familia,¹⁸² y también la disponibilidad de educación infantil temprana (de 0 a 3 años). En España, el estudio de Baizán muestra **aumentos en el riesgo relativo de fertilidad de al menos 5% por cada incremento porcentual en la proporción de niños en cuidado infantil.**¹⁸³

¿Y qué podemos ganar si implementamos, por ejemplo, una educación infantil de 0 a 3 años universal y de calidad? Reducir los cos-

tes de la inversión educativa en etapas posteriores, menores tasas de abandono escolar, el mayor reto educativo de España, mayores tasas de educación post secundaria, también significa ahorro en impuestos. PwC calcula el impacto en el PIB de Australia para el año 2050: considerando los costes adicionales de la extensión de educación infantil temprana de calidad, mayores ingresos por impuestos y menores gastos en beneficios por desempleo, PwC encuentra que **los beneficios superan los costes por un amplio margen.** Los beneficios en el PIB por incremento de fuerza laboral femenina alcanzarían los 6 billones de dólares acumulados hasta 2050. Los beneficios por incremento en la participación de niños y niñas vulnerables llegarían a 13,3 billones en 2050.¹⁸⁴

182 Informe España, 2018.

183 Baizán, 2009.

184 PwC, 2014.



EL RETO

Conciliar la vida laboral y familiar: compatibilizar la vida laboral con el tiempo que requiere el cuidado de los hijos y la necesidad de esos niños y niñas de pasar tiempo con sus padres y madres

LAS PROPUESTAS

1. Bajas de maternidad-paternidad.

- Mejorar el diseño de las bajas por paternidad y maternidad: 10 semanas obligatorias e intransferibles, remuneradas al 100% más diez meses de baja parental transferible, combinable con empleo a tiempo parcial por parte de los progenitores y con un nivel de compensación del 67% que varíe entre 300 y 1.800 euros en función del nivel de renta, como en el modelo alemán.

2. Políticas de primera infancia.

- Garantizar, progresivamente, el acceso universal a educación infantil temprana (de 0 a 3 años), en el que, como en el caso danés, el coste a las familias varíe en función de la renta.

3. Políticas de conciliación de horarios de trabajo.

- Facilitar el trabajo a tiempo parcial voluntario y la flexibilidad de horarios.



Foto: **Andres Kudacki** / AP Photo



ANEXO METODOLÓGICO

En este apartado¹⁸⁵ se explica cómo se han realizado las proyecciones sobre la situación de la pobreza en España para los años 2022 y 2030. Para ello se han tomado los datos de la ECV (2016) y se han ajustado a los cambios relevantes conocidos y pronosticados para crear poblaciones sintéticas para esos años.

Los principales aspectos con los que ajustamos la ECV son la evolución demográfica, el mercado laboral y la inflación. La metodología que se utiliza es una adaptación para España de la metodología del Institute for Fiscal Studies en el Reino Unido descrita en Browne y Hood (2016).

Para realizar las proyecciones, debemos conocer el valor de las variables auxiliares en los escenarios a estimar. Se han usado las siguientes fuentes:

Proyecciones demográficas: a partir de los datos Eurostat¹⁸⁶ se desarrollan 3 escenarios.

Diagnóstico actual y futuro de la pobreza

Para realizar el diagnóstico se realizan dos pasos:

- Se estiman las probabilidades de que los adultos del hogar estén en cualquiera de las situaciones laborales posibles: ocupados, desempleados,

- Escenario base
- Menor fertilidad
- Menor mortalidad

Proyecciones de mercado laboral: Organización Internacional del Trabajo (OIT). Se utiliza la base de datos “Labour Market projections”¹⁸⁷

Proyecciones de inflación: Proyecciones del Banco de España hasta 2020.¹⁸⁸ A partir de 2021 se asumen distintos supuestos.

- Inflación media: inflación del 2,0% de 2021 en adelante (meta de inflación del BCE)
- Inflación baja: inflación del 1,5% (inflación inferior a la meta de inflación)
- Inflación alta: inflación del 2,5% (inflación superior a la meta de inflación)

subempleados o inactivos en cualquiera de sus posibilidades, independientemente de su edad y género.

- Utilizando dichas probabilidades como “proxies” para estimar el riesgo de pobreza infantil, se estima un modelo de elección discreta de la

185 Extracto de “Diagnóstico actual y proyecciones a futuro sobre la pobreza infantil en España” de KSNET (María Sánchez Vidal y Manuel Hidalgo).

186 http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=proj

187 www.ilo.org/ilostat

188 <https://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/indeco.html>

probabilidad de riesgo de pobreza en un hogar con menores de 18 años, incorporando en dicha estimación otras características de los hogares.

Estos dos pasos se repiten para los años 2009, 2013, 2016, 2022 y 2030:

- Para el 2022 y 2030 necesitamos una ECV sintética puesto que todavía no han ocurrido. Para ello, a partir de la ECV del 2016 (la más reciente), sustituimos los factores de persona

y hogar del 2016 por los factores proyectados en el apartado anterior para el 2022 y el 2030.

- Ante la multiplicidad de escenarios futuros, a partir de ahora se utiliza el escenario base con nivel de inflación medio. Ello implica que para 2018-2021, las proyecciones de inflación serán las realizadas por el Banco de España y para el resto de años suponemos una inflación anual de 2%, según lo marcado por el BCE.

A continuación se presentan los resultados finales del ejercicio:

Tabla.
Resultados de la estimación de pobreza de los menores en España (Modelo Logit)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variables	2009	2013	2016	2022	2030
Urbanización media	0.167 (0.148)	-0.247 (0.158)	-0.0846 (0.149)	-0.0107 (0.151)	-0.00449 (0.153)
Urbanización baja	0.197 (0.138)	0.0948 (0.150)	0.111 (0.145)	0.184 (0.160)	0.173 (0.163)
Nº de miembros en el hogar	0.248* (0.126)	0.308* (0.137)	0.397*** (0.132)	0.412*** (0.149)	0.400*** (0.152)
Sexo del responsable	-0.169 (0.173)	0.264 (0.192)	-0.144 (0.168)	-0.180 (0.174)	-0.207 (0.175)
Edad del responsable	-0.0255** (0.0105)	0.00804 (0.0146)	0.0418*** (0.0108)	0.0323** (0.0131)	0.0317** (0.0134)
Recibe ayudas el hogar	-0.211 (0.145)	0.267* (0.139)	0.241* (0.134)	0.251* (0.145)	0.216* (0.127)
Casa en propiedad	-0.932*** (0.128)	-1.126*** (0.153)	-1.013*** (0.127)	-1.002*** (0.128)	-1.005*** (0.129)

Tabla.
Resultados de la estimación de pobreza de los menores en España (Modelo Logit)
(continuación)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variables	2009	2013	2016	2022	2030
Situación laboral del responsable (referencia=ocupado)					
Subempleo	0.616	0.650	9.155***	7.915***	7.905***
	(2.167)	(2.990)	(2.233)	(2.631)	(2.688)
Parado	3.362**	3.764***	2.357***	2.414***	2.401***
	(1.600)	(0.831)	(0.472)	(0.521)	(0.531)
No activo	2.597***	2.288***	2.486***	2.609***	2.675***
	(0.450)	(0.571)	(0.618)	(0.663)	(0.666)
Estudiante	0.517	1.255	3.600***	3.354***	3.303***
	(1.450)	(1.060)	(0.862)	(0.900)	(0.919)
Jubilado	0.998**	0.738	0.437	0.777*	0.750*
	(0.395)	(0.492)	(0.415)	(0.432)	(0.439)
Situación laboral del segundo responsable					
Sin segundo responsable	0.115	-0.430	1.165**	1.023*	1.065*
	(0.452)	(0.634)	(0.542)	(0.578)	(0.575)
Ocupado	-1.019**	-2.032***	-0.866	-0.914	-0.853
	(0.456)	(0.667)	(0.567)	(0.619)	(0.620)
Subempleo	-1.801	1.343	4.936***	4.943**	4.760**
	(1.723)	(1.906)	(1.758)	(1.939)	(1.978)
Parado	3.646**	0.174	1.104	0.875	0.973
	(1.766)	(0.993)	(0.824)	(0.867)	(0.874)
No activo	0.541	0.763	1.245*	0.915	0.937
	(0.573)	(0.784)	(0.732)	(0.745)	(0.745)
Estudiante	-0.677	-0.236	1.581*	1.323	1.398
	(0.857)	(0.780)	(0.939)	(0.946)	(0.952)
Jubilado	-0.103	1.453*	-0.833	-1.163	-1.022
	(0.643)	(0.846)	(0.844)	(0.878)	(0.861)
Observaciones	4,313	3,757	4,123	4,123	4,123

Efectos fijos para comunidades autónomas. Errores estándar robustos en paréntesis; *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1
Nota: los años 2009, 2013 y 2016 están estimados con el peso muestral de niño/a. Para el 2022 y 2030 con el peso muestral de persona.

Los coeficientes no son interpretables, salvo por su signo y significatividad (como caracteriza los resultados de un LOGIT). Un signo

positivo indica una mayor probabilidad de riesgo de pobreza y un signo negativo indica lo contrario.

Conclusiones

- La tasa de pobreza de los hogares fue aumentando a lo largo del periodo 2008-2014, mientras que en 2015 y 2016 parece iniciar un descenso. Las proyecciones confirman esta tendencia a la baja gracias a las mejoras en el empleo, pero la disminución resulta ser muy pequeña y no suficiente para rebajar la tasa de pobreza infantil.
- La tasa de pobreza infantil sigue la misma trayectoria, es decir, es estable y alta en todos los años.
- Los descriptivos señalan que entre las personas ocupadas hay menos pobreza, mientras que estar en paro la aumenta considerablemente.
- Las proyecciones señalan que la tasa de pobreza será mayor cuantos más niños y niñas haya en el hogar.
- Las características del hogar que determinan un aumento en la probabilidad del riesgo de pobreza en los menores son: número de miembros en el hogar y primer responsable inactivo.
- En todo el periodo proyectado una causa importante de riesgo de pobreza es que el primer responsable esté parado. Sin embargo, lo más destacable es la importancia que tiene y tendrá estar subempleado o estudiando y el repunte en el futuro de estar jubilado como grandes determinantes del riesgo de pobreza infantil.
- Variables como el grado de urbanización, el sexo y edad del responsable no son grandes determinantes de la pobreza.
- A pesar de que la situación del mercado laboral pueda estar mejorando, **la tasa de pobreza y sus determinantes parecen estar muy estables en el tiempo, sin ninguna proyección de mejora.**
- Por ello, se necesita actuar desde los poderes públicos para tratar de implementar políticas públicas viables que ayuden a rebajar estas tasas de pobreza y a mejorar la natalidad, la conciliación, la educación, la salud y el bienestar de nuestros niñas y niños en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Andaluza de Evaluación Educativa (2015), «Evaluación del programa Forma Joven», En Profundidad N.º 9.

Akee, R., Copeland, W., Costello, E. J., & Simeonova, E. (2018). «How does household income affect child personality traits and behaviors?» *American Economic Review*, 108 (3), 775-827.

Alex-Petersen, J., Lundborg, P., & Rooth, D. O. (2017). «Long-Term Effects of Childhood Nutrition: Evidence from a School Lunch Reform». IZA Discussion Paper Series.

Allen, J. P., Pianta, R. C., Gregory, A., Mikami, A. Y., & Lun, J. (2011). «An interaction-based approach to enhancing secondary school instruction and student achievement». *Science*, 333 (6045), 1034-1037.

Álvarez, B., Felgueroso, F., & Jiménez, S. (2012). «El bachiller de tres años: ¿Un buen plan? (II)». <https://bit.ly/2AZNslH>

Andersen, B.J., Nord, E. (2010). «Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager». *Norsk Epide-miologi* 20 (1): 15-22.

Andrews, J., Robinson, D. & Hutchinsinon, J. (2017). «Closing the Gap? Trends in Educational Attainment and Disadvantage». Education Policy Institute.

Aparicio Fenoll, A. (2010). «High-school dropouts and transitory labor market shocks: The case of the Spanish housing boom». IZA Discussion Paper Series.

Aranceta Bartrina J., Pérez Rodrigo C., Ribas Barba L., Serra Majem L. (2005), «Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España». *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, n.º 7 Suplemento 1: S13-20.

Arnalds, Á., Eydal, G., & Gíslason, I. (2013). «Equal rights to paid parental leave and caring fathers- the case of Iceland». *Veftímaritið Stjórnmal Og Stjórnslýsla*, 9(2), 323.
<https://bit.ly/2R95Eyz>

Baizán, P. (2009) «Regional childcare availability and fertility decisions in Spain» *Demographic Research*, 21(27), pp. 803-842.

Banco de España (2018) <https://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/indeco.html>

Barry, U. (2015). «The Policy on Gender Equality in Ireland». Update 2015. Bruselas: Parlamento Europeo.

Barry, U. (2016). «Gender equality and economic crisis: Ireland and the EU». En H. Bargawi, G. Cozzi & S. Himmelweit, *Economics and Austerity in Europe: Gendered impacts and sustainable alternatives* (1st ed.). Londres: Routledge.

Barry, U., & Conroy, P. (2012). «Ireland 2008-2012 Untold Story of the Crisis – Gender, Equality and Inequalities». TASC.

BBC (2010). Balls supports 'pupil premiums'. <https://bbc.in/2FK8AAb>

Benabou, R., Kramarz, F., & Prost, C. (2003). «Zones d'Education Prioritaire: Quels moyens pour quels résultats?» (N.º 2003-38). Center for Research in Economics and Statistics.

Berardi, N., Sevestre, P., Tépat, M., Vigneron, A. (2016). «The impact of a 'soda tax' on prices: evidence from French micro data». *Applied Economics*, 48:41, 3976-3994

Berger, L., C. Paxon and J. Waldfogel (2009). «Income and Child Development, Children and Youth».

Boling, P. (2015). «The Politics of Work–Family Policies». Cambridge University Press.

Bradshaw, J. (2007). «UK policy: A success story?» *Paediatrics & Child Health*, 12(8), 681-685. doi: 10.1093/pch/12.8.681

Bravo Pérez, M., Almerich Silla, JM., Ausina Márquez, V., Avilés Gutiérrez, P., Blanco González, JM., Cano-rea Díaz, E., Casals Peidró E., Gómez Santos G., Hita Iglesias C., Llodra Clavo JC., Monge Tápies M., Montiel Company JM., Palmer Vich PJ., Sainz Ruiz C., (2015), *Encuesta de Salud Oral en España 2015, RCOE 2016*; 21 (Supl. 1): 8 – 48.

Breunig, R. and X. Gong (2010a). «How Responsive is Female Labour Supply to Child Care Costs – New Australian Estimates». Treasury Working Paper N.º 2010-03, Australian Treasury, Canberra.

Brunello, G., & Checchi, D. (2007). «Does school tracking affect equality of opportunity? New international evidence». *Economic policy*, 22(52), 782-861.

- Calsamiglia y Loviglio (2017). «Grading on a Curve: When Having Good Peers Is Not Good». Working Paper.
- Campbell, P. F., & Malkus, N. N. (2011). «The impact of elementary mathematics coaches on student achievement». *The Elementary School Journal*, 111 (3), 430-454.
- Cantarero, D., Pascual, M., Blázquez, C (2018). «What is Happening with Quality of Life among the Oldest People in Southern European Countries? An Empirical Approach Based on the SHARE Data». *Social Indicators Research*, in press
- Capacci, S., Mazzocchi, M., Shankar, B. (2017), «Breaking Habits: The Effect of the French Vending Machine Ban on School Snacking and Sugar Intakes», *Journal of Policy Analysis and Management*.
- Caraher, M., Cowburn, G. (2015), «Guest Commentary: Fat and other taxes, lessons for the implementation of preventive policies», *Preventive Medicine*, 204-206.
- Cascio, E., & Schanzenbach, D. (2013). «The Impacts of Expanding Access to High-Quality Preschool Education». *Brookings Papers On Economic Activity*, 2013(2), 127-192. <http://dx.doi.org/10.1353/eca.2013.0012>
- Castel R. (2014) «Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre» *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol.72, extra 1, junio 2014, pp. 24.
- Castro, C. and Pazos, M. (2012). «Permisos por Nacimiento e Igualdad de Género». *Instituto de Estudios Fiscales*, P.T. n° 9/2012.
- Cebolla-Boado, H. Radl J., Salzar, L. (2014) *Aprendizaje y ciclo vital. La desigualdad de oportunidades desde la educación preescolar hasta la edad adulta*. Colección Estudios Sociales, nro. 39. Obra Social La Caixa.
- Cebolla-Boado, H., Radl, J., & Salazar, L. (2014). «Aprendizaje y ciclo vital. La desigualdad de oportunidades desde la educación preescolar hasta la edad adulta». *Obra Social la Caixa. Colección de Estudios Sociales*, (39), 11-40.
- Chingos, M. M. (2013). «Class size and student outcomes: Research and policy implications». *Journal of Policy Analysis and Management*, 32 (2), 411-438.
- Choi de Mendizábal, Á., & Calero Martínez, J. (2013). «Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España en PISA-2009 y propuestas de reforma». *Revista de educación*, (362), 562-593.
- Clark, N. (2013). «French Plan to Add to Already Lengthy School Days Angers Parents and Teachers». <https://nyti.ms/2FWcyoA>
- Clemens, C. (2009). «Modernisation or Disorientation? Policy Change in Merkel's CDU. *German Politics*», 18(2), 121-139.
- Comisión Europea (2014). «Data on Early Childhood Education and Care in Europe». 2014 Edition. Eurydice and Eurostat Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Comisión Europea. (2009). «The provision of childcare services: A comparative review of 30 European countries». Bélgica: Comisión Europea.
- Congreso de los Diputados (2017). *Diario de Sesiones. Comisión de Educación y Deporte. XII Legislatura. Núm. 174.*
- Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública (2016), «IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana. Salud en todas las edades. Salud en todas las políticas», pp. 170-175, Valencia.
- Consejería de sanidad y servicios sociales de Cantabria (2014), «Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019». Santander.
- Cook, P. J., Dodge, K., Farkas, G., Fryer Jr, R. G., Guryan, J., Ludwig, J., & Steinberg, L. (2015). «Not Too Late: Improving Academic Outcomes for Disadvantaged Youth». *Institute for Policy Research Northwestern University Working Paper WP-15-01.*
- Cornelse, L., Carriedo, A. (2015), «Health-related taxes on foods and beverages», *Food Research Collaboration*.
- Cortés Martinicorena FJ., Cerviño Ferradanes, Blanco González JM., Simón Salazar F., (2015), «Informe sobre los servicios de salud bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas». *RCOE 2014; 19 (Supl.1): 12-42.*
- Cosnefroy, O. y Rocher, T. (2005). «Le redoublement au cours de la scolarité obligatoire: nouvelles analyses, mêmes constants». *Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, France.*
- Daly, M. (2010). «Shifts in family policy in the UK under New Labour. *Journal Of European Social Policy*», 20 (5), 433-443. doi: 10.1177/0958928710380480

- De la Rica, S. y Gorjón, L. (2016). «The impact of family-friendly policies in Spain and their use throughout the business cycle», *Journal of European Labor Studies*, Vol. 5, No. 9
- Defensor del Pueblo (2013). «Estudio sobre gratuidad de los libros de texto: programas, ayudas, préstamos y reutilización».
- Del Boca, D. and D. Vuri (2007), «The Mismatch Between Employment and Child Care in Italy: The Impact of Rationing», *Journal of Population Economics*, Vol. 20, N. ° 4, pp. 805-832.
- Del Boca, D., Pasqua, S., and Pronzato, C. (2009). «Motherhood and market work decisions in institutional context: a European perspective». *Oxford Economic Papers* 61 i147-i171. doi:10.1093/oep/gpn046.
- Denton, C. A., & Hasbrouck, J. A. N. (2009). «A description of instructional coaching and its relationship to consultation». *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 19 (2), 150-175.
- Department for Education (2010). «Evaluation of the Free School Meals Pilot. Impact Report».
- Department for education, UK (2017), «Mental Health Services and Schools Link Pilots: Evaluation report».
- Department of health and social care, UK (2017), «General Ophthalmic Services activity statistics – England, year ending 31st March 2017».
- Duncan, G. et al. (2010), «Early Childhood Poverty and Adult Attainment, Behaviour and Health», *Child Development*, Vol. 81, No. 1, pp. 306-325.
- Early childhood and primary education statistics - Statistics Explained. (2018). <https://bit.ly/2CDRDDH>
- EPA (2015). Encuesta de Población Activa 2T 2015.
- EPA (2017). Encuesta de Población Activa, 3T 2017.
- EPI (2018). «Evaluation of Universal Infant Free School Meals». Education Policy Institute and Cooper Gibson Research.
- Erola, J., Jalonen, S., & Lehti, H. (2016). «Parental education, class and income over early life course and children's achievement». *Research in Social Stratification and Mobility*, 44, 33-43.
- Esping-Andersen, G. (1999). «The Three Worlds of Welfare Capitalism». Princeton: Princeton University press.
- Eurofund (2015) «Germany: Family benefit rule changes encourage parents to share childcare duties». (2015). Retrieved 1 May 2018, from <https://bit.ly/2WgwwMD>
- European Commission (2013). «Reducing early school leaving. Key messages and policy support».
- European Commission (2018). EURYDICE National Policies. United Kingdom, England.
- European Public Health Alliance (2014), «EPA Report Growing up in the unhappy shadow of the economic crisis: Mental health and well-being of the European child and adolescent population». Bruselas, Bélgica.
- Eurostat (2015). «Formal childcare by duration and age group».
- Eurostat (2018) Data base: «Population and projection at national level» <https://bit.ly/2RJcAat>
- Eurostat. (2018). «People at risk of poverty or social exclusion by age and sex». (2018) Retrieved from <https://bit.ly/2xFTQdT>
- Fagnani, J., & Math, A. (2010). «Recent reforms in French and German family policies. Similar challenges, different responses». *Sociologia, problemas e práticas*, (64), 11-35.
- Fehrler, S., Michaelowa, K., & Wechtler, A. (2009). «The effectiveness of inputs in primary education: insights from recent student surveys for Sub-Saharan Africa». *The Journal of Development Studies*, 45 (9), 1545-1578.
- Felgueroso, F., Gutiérrez-Domènech, M., & Jiménez-Martí, S. (2011). «Why school dropout remained so high in Spain in the last two decades? The role of the educational law (LOGSE)». Mimeo.
- Fernández Enguita, M., Mena Martínez, L., & Riviere Gómez, J. (2010). «Fracaso y abandono escolar en España». La Caixa.
- Finning K., Moore D., Ukoumunne O.C., Danielsson-Waters E., y Ford T. (2017), «The association between child and adolescent emotional disorder and poor attendance at school: a systematic review protocol». *Systematic Reviews* (2017) 6:121. DOI 10.1186/s13643-017-0523-6.
- FOESSA, (2018) «Análisis y perspectivas. Exclusión estructural e integración social». FOESSA.

Freire, J.M. (2003), «El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y el País Vasco: logros y nuevas metas». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 26, N°3, septiembre-diciembre.

Fundació Bofill (2017). «Políticas de elección y asignación de colegio: ¿qué efectos tienen sobre la segregación escolar?»

Ganimian, A. J., Ho, A. D., & Alfonso, M. (2015). «The Predictive Power of Demonstration Lessons to Identify Effective Teachers: Experimental Evidence from Argentina».

García Gómez (2005), «Evaluación de un programa de atención dental público: PADI en el País Vasco», *Economías*, 60(II): 63-89.

García-Pérez & Hidalgo-Hidalgo (2016) «No student left behind? Evidence from the Programme for School Guidance in Spain». *Fedea Policy Papers*.

Gelbach, J. (2002). «Public Schooling for Young Children and Maternal Labor Supply». *American Economic Review*, 92(1), 307-322.

Genco R.J., Grossi S.G., Nishimura H.A., y Murayama Y (2005), «A proposed model linking inflammation to obesity, diabetes, and periodontal infections». *Journal of periodontology*, 76(11-s), 2075-2084.

Georgetown University Law Center (2010), «Flexible Work Arrangements: Selected Case Studies», Washington, DC.

GILI m., García Campayo J. y Roca M. (2014), «Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014». *La Gaceta Sanitaria*.

Goldstand S., Koslowe KC. Y Parush S. (2005), «Vision, Visual-Information Processing, and Academic Performance Among Seventh-Grade Schoolchildren: A More Significant Relationship Than We Thought?»

Gortázar, L. (2016). «Vuelta al cole, horarios y calendario escolar». *Politikon*. <https://politikon.es/2016/09/06/vuelta-al-cole-horarios-y-calendario-escolar/>

Grisay, A. (2000). «Redoublement out aménagement du curriculum?» Publicado en «El Fracaso Escolar: Una perspectiva internacional».

Gromada, A., & Shewbridge, C. (2016). «Student learning time: A literature review». OECD.

Grupo Cochrane de salud oral (2015), «Fluoración del agua para la prevención de caries dentales».

Gupta, D., N., Smith, N., & Verner, M. (2008). *Perspective Article: The impact of Nordic countries' family friendly policies on employment, wages, and children*. *Review Of Economics Of The Household*, 6(1), 65-89.

Haeck, C., Lefebvre, P., & Merrigan, P. (2015). «Canadian evidence on ten years of universal preschool policies: The good and the bad». *Labour Economics*, 36, 137-157.

Hanushek, E. A. (1997). «Assessing the effects of school resources on student performance: An update». *Educational evaluation and policy analysis*, 19 (2), 141-164.

Hanushek, E. A. (2003). «The failure of inputbased schooling policies». *The Economic Journal*, 113(485).

Hanushek, E. A., & Woessmann, L. (2010). «The High Cost of Low Educational Performance: The Long-Run Economic Impact of Improving PISA Outcomes». OECD.

Harris, D. N., & Sass, T. R. (2011). «Teacher training, teacher quality and student achievement». *Journal of public economics*, 95 (7-8), 798-812.

Heckman, J. (2018). «The Economics of Inequality: The Value of Early Childhood Education». *American Educator*, (Spring 2011), 31-47.

Heckman, J. et al. (2010), «A New Cost-Benefit and Rate of Return Analysis for the Perry Preschool Program: A Summary», IZA Discussion Paper, No. 17, Bonn.

Heckman, J. J., & Kautz, T. (2012). «Hard evidence on soft skills». *Labour economics*, 19 (4), 451-464.

Hegewisch, A., & Gornick, J. C. (2011). «The impact of work-family policies on women's employment: a review of research from OECD countries». *Community, Work & Family*, 14(2), 119-138.

Hijzen, A. and D. Venn (2011), «The Role of Short-Time Work Schemes during the 2008-09 Recession», *Social, Employment and Migration Working Paper*, No. 115, OECD Publishing, Paris.

Holden, K. L. (2016). «Buy the Book? Evidence on the Effect of Textbook Funding on School-Level Achievement». *American Economic Journal: Applied Economics*, 8 (4), 100-127.

- Holen, S., Waagene, E. (2014). «Psykisk helse i skolen. Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse blant lærere, skoleledere og skoleeiere». NIFU rapport 9/20014
- Howard, R. (2013). «Mobility Begins in Early Childhood». Retrieved from <https://brook.gs/2T51jy8>
- Hutchinson, J., Dunford, J. & Treadaway, M. (2016). «Divergent pathways: the disadvantage gap, accountability and the pupil premium». Education Policy Institute.
- Ivie (2013) Informe «Abandono educativo temprano. Análisis del caso español». <http://bit.ly/V2pDgV>
- Jackson, C. K., Johnson, R. C., & Persico, C. (2015). «The effects of school spending on educational and economic outcomes: Evidence from school finance reforms». *The Quarterly Journal of Economics*, 131(1), 157-218.
- Jackson, C. K., Wigger, C., & Xiong, H. (2018). «Do School Spending Cuts Matter? Evidence from the Great Recession (No. w24203)». National Bureau of Economic Research.
- Jacob, B. A., & Lefgren, L. (2004). The impact of teacher training on student achievement quasi-experimental evidence from school reform efforts in Chicago. *Journal of Human Resources*, 39(1), 50-79.
- Joyce, R. (2014) Pobreza infantil en el Reino Unido: tendencias recientes y perspectivas futuras. En *Panorama Social* núm. 20, Pobreza infantil. Funcas. 2014
- Kärkkäinen, K. (2012). «Bringing about curriculum innovations: Implicit approaches in the OECD area».
- Keane, C., Callan, T., Savage, M., Walsh, J., & Colgan, B. (2014). «Distributional Impact of Tax, Welfare and Public Service Pay Policies: Budget 2015 and Budgets 2009-2015». *Quarterly Economic Commentary*, Winter 2014.
- Kiernan, K. and M.C. Huerta (2008), «Economic Deprivation, Maternal Depression, Parenting and Child's Cognitive and Emotional Development in Early Childhood», *British Journal of Sociology*, Vol. 59, No. 4, pp. 783-806.
- Krueger, A. B. (2003). «Economic considerations and class size». *The Economic Journal*, 113 (485).
- Krueger, A. B., & Whitmore, D. M. (2001). «The effect of attending a small class in the early grades on college-test taking and middle school test results: Evidence from Project STAR». *The Economic Journal*, 111 (468), 1-28.
- Lacireno-Paquet, N., Holyoke, T. T., Moser, M., & Henig, J. R. (2002). «Creaming versus cropping: Charter school enrollment practices in response to market incentives». *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 24 (2), 145-158.
- Lafortune, J. Rothstein, J., and Diane Whitmore Schanzenbach (2018) «School Finance Reform and the Distribution of Student Achievement». *American Economic Journal: Applied Economics*, 0(0),
- Latorre Arteaga, S.M. (2016), «Estrategias comunitarias para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual». Tesis doctoral, Universidad de Alicante.
- León, M., & Pavolini, E. (2014). «'Social Investment' or back to 'Familism': The impact of the economic crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain». *South European Society and Politics*, 19 (3), 353-369.
- Llano, J. C., (2017) «VII Informe El estado de la pobreza en el estado español». EAPN. España.
- Mahon, R. (2018). «Child Care Policy: A Comparative Perspective». *Encyclopedia on Early Childhood and Education*.
- Mandel, H., & Semyonov, M. (2006). «A Welfare State Paradox: State Interventions and Women's Employment Opportunities in 22 Countries». *American Journal Of Sociology*, 111 (6), 1910-1949.
- Maples, W.C. (2003), «Visual factors that significantly impact academic performance», *Optometry*, 74(1), 35-49.
- Mari-Klose, Marga & Mari-Klose, Pau. (2017). Políticas contra la pobreza infantil en el relato redistributivo. En Zalakain, J. y Barragué B. (coords.) *VVAA (2017) Repensar las políticas sociales: redistribución e inversión social*. Editorial Grupo 5.
- Mari-Klose, P., & Pérez, Á. M. (2015). «Empobrecimiento en tiempos de crisis: vulnerabilidad y (des) protección social en un contexto de adversidad». *Panorama Social*, 22, 11-26.
- Martín García, Teresa (2017) «¿Quiere realmente el Gobierno "fomentar la natalidad"? Menos anuncios y más medidas». Abierto el 7 de abril de 2017. <https://bit.ly/2Mt9guq>
- Martínez, E.F. (2017). «La colaboración entre profesores como modelo de apoyo y desarrollo docente». <https://bit.ly/2RKC6Bg>

- Matzke, M., & Ostner, I. (2010). «The Role of Old Ideas in the New German Family Policy Agenda». *German Policy Studies*, 6(3), 119.
- MECD (2013). TALIS 2013. «Estudio internacional de la enseñanza y el aprendizaje».
- MECD (2016). Datos y cifras. Curso escolar 2016/2017.
- Medina, O., and L. Gortazar. 2017. «Protecting the Children? Equity Concerns and Inertias in the Spanish Education and Welfare System. Background paper for Growing United». World Bank, Washington, D.C.
- Milligan, K. and Stabile, M. (2011). «Do Child Tax Benefits Affect the Well-being of Children? Evidence from Canadian Child Benefit Expansions». *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(3), pp.175-205.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). Datos maternidad diciembre. Retrieved from <https://bit.ly/2ROm58r>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), «Estrategia NAOS: Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad», Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011), «Estudio de Prevalencia de la Obesidad Infantil: ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad)», Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011b), «Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013», Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013), «II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA)», Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), «Estudio de Prevalencia de la Obesidad Infantil: ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad)», Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018), «Plan de Salud Bucodental», Madrid.
- Moore K, Emig C. (2014). «Integrated student supports: A summary of the evidence base for policymakers». *Child Trends*. 1-8.
- Moreno, Juan Manuel (2018). «Profesorado: más que una profesión». *Cuadernos de Pedagogía*, 2018(6).
- Morgan, K. (2013). «Path Shifting of the Welfare State: Electoral Competition and the Expansion of Work-Family Policies in Western Europe». *World Politics*, 65(01), 73-115. <http://dx.doi.org/10.1017/s0043887112000251>
- National Education Association (2017). *Community Schools Provide Evidence-Based Approach Under ESSA*. <https://bit.ly/2UcJahT>
- Neyer, G., Thévenon, O., & Monfardini, C. (2018). «Policies for families: is there a best practice?» *Comisión Europea*.
- Niiraren T., Widsstrom E., y Niskanen T. (2008), «Oral Health Care Reform in Finland – aiming to reduce inequity in care provision». *BMC, Oral Health* 2008, 8:3.
- Oakes, J., Maier, A., & Daniel, J. (2017). «Community Schools: An Evidence-Based Strategy for Equitable School Improvement». Boulder, CO: National Education Policy Center.
- O'Brien, M. (2009). «Fathers, Parental Leave Policies, and Infant Quality of Life: International Perspectives and Policy Impact». *The annals of the American Academy of Political and Social Science*, 624 (1), 190-213.
- OECD (2007), «Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life: A Synthesis of Findings for OECD countries», OECD Publishing, Paris, www.oecd.org/els/social/family.
- OECD (2010), «OECD Employment Outlook», OECD Publishing, Paris, www.oecd.org/els/employment/outlook.
- OECD (2011), «Doing Better for Families».
- OECD (2012). «Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools».
- OECD (2013). «Education Policy Outlook: Spain».
- OECD (2015). «PISA 2015 Results - Excellence and Equity in Education».
- OECD (2015a). «Open educational resources: a catalyst for innovation».
- OECD (2016). «Be Flexible! Background brief on how workplace flexibility can help European employees to balance work and family».
- OECD (2017). «Education at a glance 2017».

- OECD (2017). «OECD Family Database. Social Policy Division, Directorate of Employment, Labour and Social Affairs».
- OECD (2018). «The Funding of School Education. Connecting Resources and Learning».
- OECD. (2011). «Doing Better for Families: United Kingdom». Paris: OECD Publications.
- OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <https://bit.ly/2sJ9HYn>
- OFSTED (2014). «The pupil premium: an update».
- OIT Data base «Labour Market projections» www.ilo.org/ilostat
- Organisation of Early Childhood Education and Care in Denmark - Eurydice - European Commission. (2018). Retrieved from <https://bit.ly/2MuEOjo>
- Organización Mundial de la Salud (2011). «World report on disability». WHO, Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (2013), «Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019». OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2016), Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil, OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2018): <https://bit.ly/2ROmk3l>
- Organización Mundial de la Salud, (2003) influencia de la pobreza en la salud. Informe de la secretaria.
- Osakidetza (2018): <https://bit.ly/2MNJX52>
- Papay, J. P., Taylor, E. S., Tyler, J. H., & Laski, M. (2016). «Learning job skills from colleagues at work: Evidence from a field experiment using teacher performance data» (No. w21986). National Bureau of Economic Research.
- Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J (2014) Cost of Disorders of the Brain in Spain. PLoS ONE 9(8): e105471. <https://bit.ly/2RMZ59S>
- Pascual, M., Cantarero, D. (2009), «Intergenerational health mobility: an empirical approach based on the ECHP», Applied Economics 41 (4): 451-458.
- Pérez García, F., & Uriel Jiménez, E. (2016). «Cuentas de la educación en España, 2000-2013; recursos, gastos y resultados», Fundación BBVA, 2016.
- Piopiunik, M. (2014). «The effects of early tracking on student performance: Evidence from a school reform in Bavaria». Economics of Education Review, 42, 12-33.
- Pirkola, S., Sohlman, B., Heila, H. Wahlbeck, K., (2007), «Reductions in Postdischarge Suicide after Deinstitutionalization and Decentralization: A Nationwide Register Study in Finland», Psychiatric Services, 58(2): 221-226.
- Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E., Wahlbeck, K., (2009), «Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis», The Lancet, 373(9658): 147-153.
- Plantenga, J., & Remery, C. (2010). «Flexible working time arrangements and gender equality».
- Población por municipios, sexo y edad (año a año). (2018). Retrieved from <https://bit.ly/2iyhJh4>
- PwC (2014). Putting a value on early childhood education and care in Australia. Sydney, September <https://pwc.to/2DsNvrC>
- Raschke, C. (2012). «The impact of the German child benefit on child well-being». IZA Discussion Paper.
- Ritter, G. W., & Boruch, R. F. (1999). «The political and institutional origins of a randomized controlled trial on elementary school class size: Tennessee's Project STAR». Educational Evaluation and Policy Analysis, 21 (2), 111-125.
- Robinson, T. J., Fischer, L., Wiley, D., & Hilton III, J. (2014). «The impact of open textbooks on secondary science learning outcomes». Educational Researcher, 43 (7), 341-351.
- Salido O. y Martínez J. S., (2018). «Equidad, igualdad de oportunidades y educación» en Ayala Cañón L. y Ruiz-Huerta Carbonell J. (2018) «Tercer informe sobre la desigualdad en España». Fundación Alternativas, pp. 142.
- Save the Children (2016a). «Desheredados: Desigualdad infantil, igualdad de oportunidades y políticas públicas en España».

- Save the Children (2016b). «Necesita mejorar».
- Save The Children (2017), «Desheredados».
- Save the Children (2017). «5 escenarios de lucha contra la pobreza infantil más severa».
- Save the Children (2018). «Mézclate conmigo».
- Schanzenbach, D. W. (2014). «Does class size matter?» National Education Policy Center.
- Silva Martins, P. (2010). «Can Targeted, Non-Cognitive Skills Programs Improve Achievement?» IZA Discussion Paper No. 5266.
- Simon Salazar, F., Aguirre Urizar, J.M. (2015), 25 Años del PADI en el País Vasco (1990-2014), RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 20(3): 165-178
- Smed, S., Scarborough, P., Rayner, M., Jensen, J.D. (2016), «The effects of the Danish saturated fat tax on food and nutrient intake and modelled health outcomes: an econometric and comparative risk assessment evaluation», European Journal of Clinical Nutrition, 70, 681-686.
- Taylor Kulp, M., Schmidt, P.P. (1996), «Visual Predictors of Reading Performance in Kindergarten and First Grade Children», Optometry and Vision Science, 73(4), 255-262.
- The Lancet (2017), «Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults».
- Unite for sight (2018c): <http://www.uniteforsight.org/eye-care-policy/module3>
- Vall, J. y López Casanovas, G (2018), «Impact of SSB taxes on consumption». CRES-UPF Working Paper#201804-110.
- Van Belle, J. (2016). Paternity and parental leave policies across the European Union. European Commission.
- Van Huize, T., Dumhs, L., & Plantenga, J. (2018). «The Costs and Benefits of Investing in Universal Preschool: Evidence From a Spanish Reform». Child Development.
- Vicente Giménez, T. y Hernández Pedreño, M. (2007) «Los derechos de los niños, responsabilidad de todos». Universidad de Murcia. España.
- Visión y Vida (2016), «El estado de la salud visual infantil en España». Visión y Vida, Barcelona.
- Visser, J., Wilthagen, T., Belzer, R., & Van Der Putte, E. (2004). «The Netherlands: from atypicality to typicality», en AA. VV., (Eds.) Sciarra, S., Davies, P. and Freedland, M., Employment policy and the regulation of part.
- Vogt, A., & Zwingel, S. (2003). «Asking fathers and employers to volunteer: a (de) tour of reconciliation policy in Germany?» Review of Policy Research, 20(3), 459-478.
- Von Wahl, A. (2006). «Gender equality in Germany: Comparing policy change across domains». West European Politics, 29(3), 461-488.
- Westman, J., Gissler, M., Wahlbeck, K. (2012) «Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland», European Journal of Public Health, 22(4): 604-606.
- Woessmann, L. (2009). «International evidence on school tracking: A review». CESifo DICE Report, 7(1), 26-34.
- World Health Organization (2013d), «Nutrition, Physical Activity and Obesity Spain». WHO, Geneva.
- World Health Organization (2014), «European Food and nutrition action Plan 2015-2020». WHO, Geneva.
- World Health Organization Europe (2016), «WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries». WHO, Copenhagen.
- Wrohlich, K. (2009), «Labour Supply and Child Care Choices in a Rationed Child Care Market», IZA Discussion Paper No. 2053, Bonn.
- Zalakain, J. y Barragué B. (coords.) VVAA (2017) Repensar las políticas sociales: redistribución e inversión social. Editorial Grupo 5.
- Zyngier, D. (2014). «Class size and academic results, with a focus on children from culturally, linguistically and economically disenfranchised communities». Evidence base, 1 (3), 1-24.



Depósito legal:
M-4383-2019

