

UNICEF
Centro de Investigaciones Innocenti

Report Card n° 7

Pobreza infantil en perspectiva

Un panorama del bienestar infantil en los países ricos

**Un amplio análisis de la vida
y el bienestar de niños, niñas y adolescentes
en las naciones económicamente avanzadas**

Para toda la infancia
Salud, educación, igualdad, protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef 

Esta publicación es la séptima de una serie titulada *Innocenti Report Cards* diseñada para supervisar y comparar la actuación de los países de la OCDE a la hora de garantizar los derechos de la infancia. Es posible reproducir libremente cualquier parte del *Innocenti Report Card* usando la referencia siguiente: UNICEF, *Pobreza infantil en perspectiva: Un panorama del bienestar infantil en los países ricos*, *Innocenti Report Card 7*, 2007, Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2007.

El texto completo y la documentación de apoyo pueden descargarse de la página web del Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF.

Expresamos un sincero agradecimiento al Comité Alemán de UNICEF por su ayuda en el desarrollo de este informe. Hemos recibido también el apoyo adicional del Comité Suizo de UNICEF.

El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF de Florencia, Italia, fue fundado en 1988 con la finalidad de reforzar las capacidades de investigación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y dar mayor difusión a las actividades en defensa del niño en todo el mundo. El Centro (conocido oficialmente como Centro Internacional para el Desarrollo del Niño) contribuye a identificar e investigar los temas de importancia para la labor presente y futura de UNICEF. Sus objetivos principales son mejorar el conocimiento, a escala internacional, de problemáticas relacionadas con los derechos de los niños y facilitar la plena aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, en los países industrializados y en desarrollo.

Las publicaciones del Centro son contribuciones a un debate global en cuestiones relativas a los derechos del niño e incluyen una amplia gama de opiniones. Por este motivo, el Centro puede producir publicaciones que no reflejan necesariamente la política o los posicionamientos de UNICEF sobre algunos temas.

Las opiniones expresadas corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones de UNICEF.

Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF
Piazza SS. Annunziata, 12
50122 Florencia, Italia
Tel: (+39) 055 20 330
Fax: (+39) 055 2033 220
florence@unicef.org
www.unicef.org/irc

Centro de Investigaciones Innocenti

La verdadera medida del progreso de una nación es la calidad con que atiende a sus niños: su salud y protección, su seguridad material, su educación y socialización y el modo en que se sienten queridos, valorados e integrados en las familias y sociedades en las que han nacido.

BIENESTAR INFANTIL EN LOS PAÍSES RICOS: TABLA RESUMEN

La tabla mostrada a continuación presenta las conclusiones de este *Report Card* en forma de resumen. Los países se enumeran en orden de su posición media para las seis dimensiones de bienestar infantil que se han abordado.¹ El fondo azul claro indica un lugar en el primer tercio de la tabla; si es azul medio denota una posición en el tercio central, y azul oscuro, en el tercio inferior.

		Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5	Dimensión 6
Dimensiones de bienestar infantil	Posición media en las clasificaciones (para las 6 dimensiones)	Bienestar material	Salud y seguridad	Bienestar educativo	Relaciones Familiares y entre iguales	Conductas y riesgos	Bienestar subjetivo
Países Bajos	4,2	10	2	6	3	3	1
Suecia	5,0	1	1	5	15	1	7
Dinamarca	7,2	4	4	8	9	6	12
Finlandia	7,5	3	3	4	17	7	11
España	8,0	12	6	15	8	5	2
Suiza	8,3	5	9	14	4	12	6
Noruega	8,7	2	8	11	10	13	8
Italia	10,0	14	5	20	1	10	10
Irlanda	10,2	19	19	7	7	4	5
Bélgica	10,7	7	16	1	5	19	16
Alemania	11,2	13	11	10	13	11	9
Canadá	11,8	6	13	2	18	17	15
Grecia	11,8	15	18	16	11	8	3
Polonia	12,3	21	15	3	14	2	19
República Checa	12,5	11	10	9	19	9	17
Francia	13,0	9	7	18	12	14	18
Portugal	13,7	16	14	21	2	15	14
Austria	13,8	8	20	19	16	16	4
Hungría	14,5	20	17	13	6	18	13
Estados Unidos	18,0	17	21	12	20	20	–
Reino Unido	18,2	18	12	17	21	21	20

Países de la OCDE con datos insuficientes para su inclusión en este informe: Australia, Islandia, Japón, Luxemburgo, México, Nueva Zelanda, Eslovenia, Corea del Sur, Turquía.

Este *Report Card* proporciona un amplio análisis de la vida y el bienestar de niños y jóvenes de 21 naciones del mundo industrializado. Su objetivo es promover la supervisión, permitir comparaciones y estimular la discusión y el desarrollo de políticas que permitan mejorar la vida de los niños, niñas y adolescentes.

El informe representa un avance significativo con respecto a títulos anteriores de esta serie que han usado la pobreza de ingresos como una medida indirecta del bienestar infantil general en los países de la OCDE. Específicamente, intenta

medir y comparar el bienestar infantil según seis epígrafes o dimensiones diferentes: bienestar material, salud y seguridad, educación, relaciones familiares y entre iguales, conductas y riesgos y percepción subjetiva de bienestar entre los adolescentes. En conjunto, se basa en 40 indicadores independientes, relevantes para la vida de los niños y los derechos de la infancia (ver páginas 42 a 45).

Aunque con una fuerte dependencia de los datos disponibles, esta valoración está guiada asimismo por un concepto de bienestar infantil que se inspira, a su vez, en la

Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (ver cuadro página 40). La definición implícita de bienestar infantil que impregna todo el informe se corresponde también con la visión y experiencia del público general. Cada capítulo del informe empieza exponiendo, con la máxima transparencia posible, los métodos mediante los cuales se han valorado estas dimensiones.

Hallazgos clave:

- Los Países Bajos encabezan la tabla de bienestar infantil general, al estar entre los 10 primeros países en las seis dimensiones de bienestar infantil cubiertas por este informe.
- Los países europeos dominan la mitad alta de la tabla clasificatoria general, con los países del norte de Europa situados en los cuatro primeros puestos.
- Todos los países tienen puntos débiles que deben abordar y ningún país figura en el tercio superior de las clasificaciones para las seis dimensiones de bienestar infantil (aunque los Países Bajos y Suecia están cerca de lograrlo).
- El Reino Unido y los Estados Unidos se sitúan en el tercio inferior de las clasificaciones de cinco de las seis dimensiones revisadas.
- Ninguna dimensión de bienestar puede por sí sola considerarse una medida indirecta fiable del bienestar infantil en conjunto, y varios países de la OCDE se encuentran en clasificaciones marcadamente diferentes para distintas dimensiones de bienestar infantil.
- No existe una correlación evidente entre los niveles de bienestar infantil y el PIB per cápita. La República Checa, por ejemplo, alcanza una posición general de bienestar infantil más alta que muchos países más ricos, como Francia, Austria, los Estados Unidos y el Reino Unido.

Medición y políticas

¿Qué se gana midiendo y comparando el bienestar infantil en diferentes países?

La respuesta está en la máxima *‘para mejorar algo, primero hay que medirlo’*. La decisión misma de medir ayuda a fijar directrices y prioridades, y exige un grado de consenso sobre lo que ha de medirse; es decir, sobre cuáles son los elementos que constituyen un progreso. A largo plazo, las medidas sirven como guía de las políticas para mantener los esfuerzos encaminados hacia las metas, estimular una atención sostenida, ofrecer avisos precoces del éxito o el fracaso, propiciar la

defensa de los derechos, delimitar las responsabilidades y ayudar a asignar los recursos con más eficacia.

Internacionalmente, la medida y la comparación ofrecen un indicio de los puntos fuertes y débiles de cada país. Muestran lo que puede conseguirse *en la práctica* y proporcionan tanto al gobierno como a la sociedad civil información sobre la cual debatir y trabajar en el cumplimiento de los derechos de la infancia y la mejora de la vida de los niños, niñas y adolescentes. Sobre todo, tales comparaciones demuestran que unos niveles dados de bienestar infantil no son inevitables, sino dependientes de las políticas; las marcadas diferencias en el bienestar infantil observadas en todo este informe pueden interpretarse, por tanto, como una guía amplia y realista del potencial de mejora en todos los países de la OCDE.

Dado el valor potencial de este ejercicio, se han hecho todos los intentos posibles por superar las limitaciones de los datos. No obstante, se reconoce en todo el trabajo que los datos disponibles pueden no ser los ideales, y que existen vacíos notorios. La exposición de los niños a la violencia doméstica tanto como víctimas como testigos², por ejemplo, no pudo incluirse por problemas de definiciones y medidas transnacionales. La salud mental y el bienestar emocional de los niños y niñas pueden estar también insuficientemente representados, aunque se ha intentado reflejar estas dimensiones tan difíciles de medir (ver, por ejemplo, los resultados de encuestas sobre las percepciones de los propios niños sobre su vida de las páginas 34 y 38). Las diferencias de edad y género también se han considerado de modo insuficiente, como reflejo nuevamente de una carencia de datos desagregados y del hecho de que la mayoría de las estadísticas disponibles se refieren a la vida de niños más mayores. Una omisión particularmente importante es el nivel de participación de niños y niñas de tres y cuatro años de edad en educación preescolar (para lo cual, nuevamente, no se dispone de datos comparables a escala internacional).

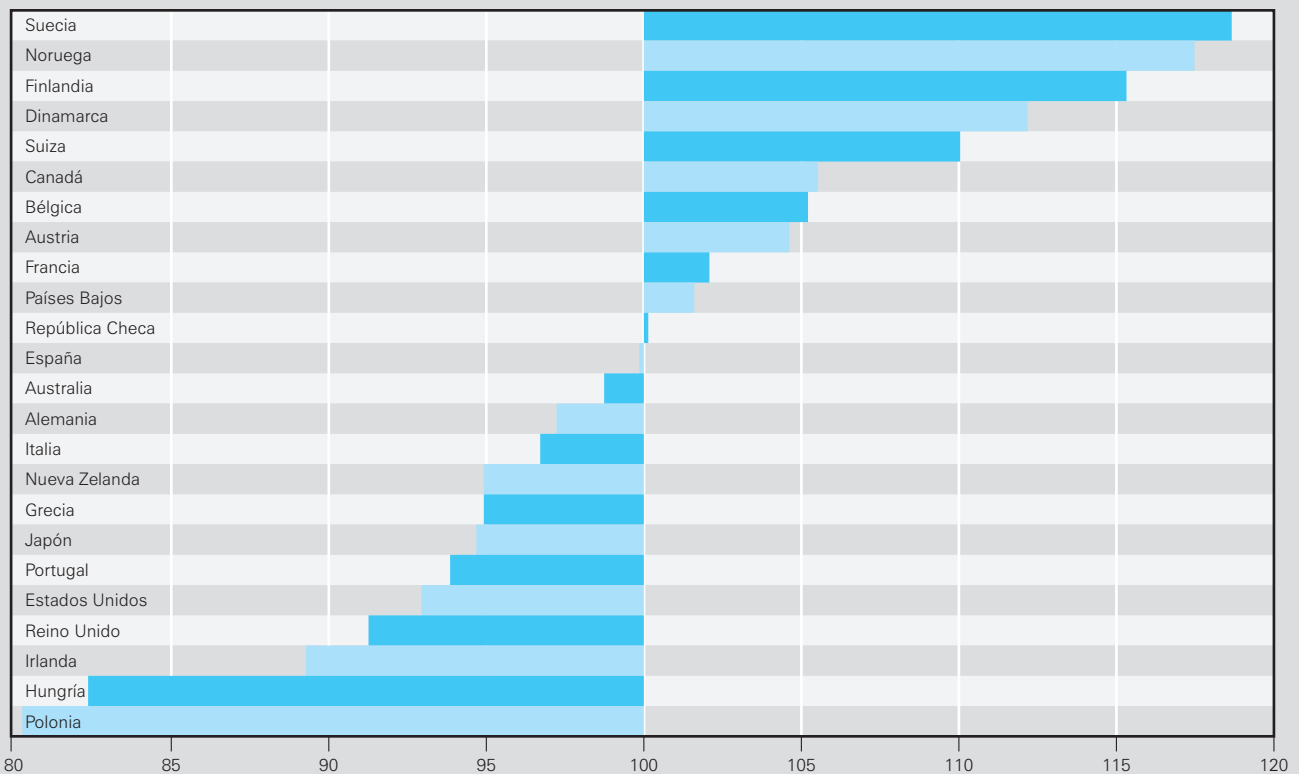
Aun reconociendo estas limitaciones, el *Report Card n° 7* invita al debate y abre un nuevo campo de exploración para reunir lo mejor de los datos disponibles actualmente y representa un paso significativo hacia un panorama multidimensional de la situación de la infancia en la mayoría de las naciones económicamente avanzadas del mundo.

Dimensión 1

BIENESTAR MATERIAL

Figura 1.0 El bienestar material de los niños y las niñas, panorama de la OCDE

Se seleccionaron tres componentes para representar el bienestar material de los niños (ver cuadro siguiente). La Figura 1.0 promedia la puntuación de cada país en los tres componentes y se ha dimensionado de forma que se refleje la distancia de cada país por encima o por debajo de la media (fijada en 100) para los 21 países representados.



Nota: Cada país se ha colocado en una escala determinada por la puntuación media para el grupo en su conjunto. La unidad usada es la desviación típica (la desviación media de la media). Para facilitar la interpretación, los resultados se presentan en una escala con una media de 100 y una desviación típica de 10.

Valoración del bienestar material

La tabla de la derecha muestra el modo en que se ha construido el índice de bienestar material de los niños. La elección de indicadores individuales refleja la disponibilidad de datos comparables internacionalmente. Para cada indicador, se ha dado a los países una puntuación que revela la distancia que separa a un país, por encima o por debajo, de la media de la OCDE. Cuando se ha usado más de un indicador, se han promediado las puntuaciones. De la misma forma, se han promediado las tres puntuaciones de componentes para llegar a la clasificación global de cada país sobre bienestar material de los niños (ver cuadro en página 5).

	COMPONENTES	INDICADORES
Bienestar material	Pobreza de ingresos relativa	– porcentaje de niños que viven en hogares con renta equivalente por debajo del 50% de la mediana nacional
	Familias sin empleo	– porcentaje de niños en familias en las que todos los adultos están desempleados
	Privación declarada	– porcentaje de niños que declaran un bajo poder adquisitivo familiar – porcentaje de niños que declaran pocos recursos educativos – porcentaje de niños que declaran menos de 10 libros en el hogar

Bienestar material de los niños y las niñas

Este panorama de bienestar infantil investiga primero el bienestar material. Se han considerado tres componentes diferentes: pobreza de ingresos relativa, niños en las que todos los adultos están desempleados y medidas directas de privación. La Figura 1.0 (página anterior) reúne estos tres componentes en una tabla global de clasificación del bienestar material de los niños.

Hallazgos clave

- Las tasas más bajas de pobreza de ingresos relativa (por debajo del 5%) se han obtenido en los cuatro países nórdicos.
- Un total de nueve países, todos ellos del norte de Europa, han obtenido tasas de pobreza infantil por debajo del 10%.
- La pobreza infantil permanece por encima del 15% en los tres países de Europa meridional (Portugal, España, Italia) y en tres países anglófonos (los Estados Unidos, el Reino Unido, Irlanda y Nueva Zelanda).
- La República Checa se sitúa por encima de varios de los países más ricos del mundo, entre ellos Alemania, Italia, Japón, los Estados Unidos y el Reino Unido.
- Irlanda, a pesar del fuerte crecimiento económico de la década de 1990 y de los esfuerzos sostenidos contra la pobreza, se sitúa en el puesto 22 de los 25 países.

Pobreza de ingresos

Dos publicaciones anteriores del *Report Card* se han dedicado a la pobreza de ingresos en la infancia en los países de la OCDE (ver cuadro 7). Los datos obtenidos de muchos países muestra, de modo persistente, que los niños que

crecen en la pobreza son más vulnerables: específicamente, es más probable que padezcan problemas de salud, que tengan dificultades de aprendizaje y conducta, que presenten índices bajos de rendimiento escolar, que experimenten embarazos a edades demasiado tempranas, que muestren menores aptitudes y aspiraciones y que reciban salarios bajos, estén desempleados y sean dependientes de las ayudas sociales. Respecto a este catálogo de males asociados a la pobreza hay que tener en cuenta que muchos niños y niñas de familias de renta baja pueden no sufrir estas consecuencias. Pero esto no altera el hecho de que, en promedio, los niños que crecen en la pobreza tienen más

probabilidades de sufrir una marcada y demostrable desventaja.

Idealmente, la pobreza infantil podría valorarse reuniendo datos de una diversidad de epígrafes de pobreza que incluyan pobreza relativa, privación absoluta e intensidad de la pobreza (revelando no sólo cuántos se situarían por debajo de las líneas de pobreza, sino también en qué medida y durante cuánto tiempo). No obstante, la 'medida de pobreza' usada en este informe representa una visión más extensa de la pobreza infantil que las disponibles anteriormente.

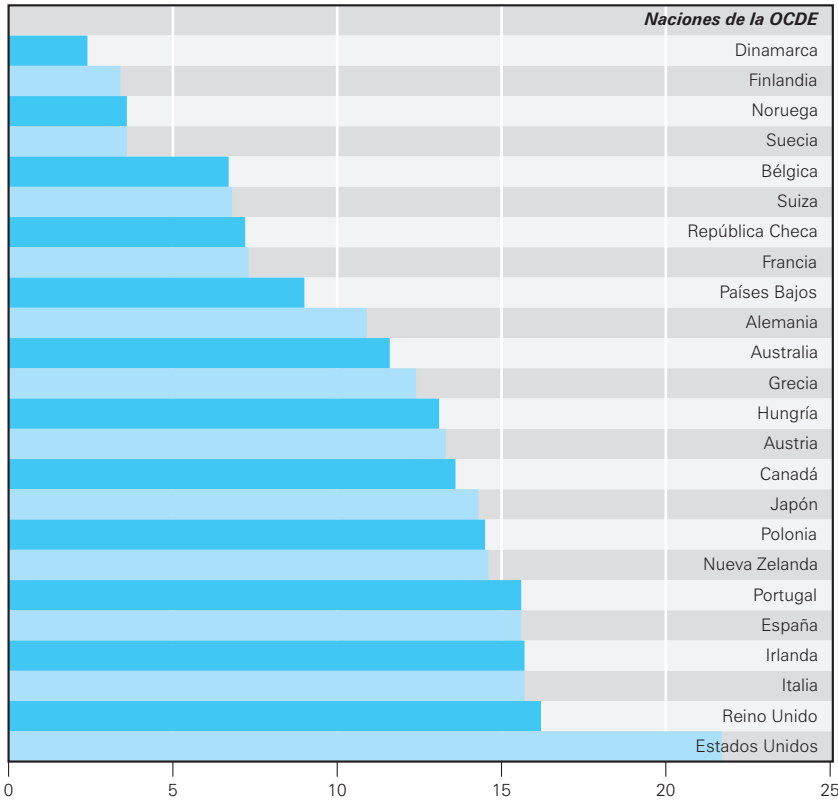
Pobreza de ingresos relativa

La pobreza infantil puede medirse en

Una escala común

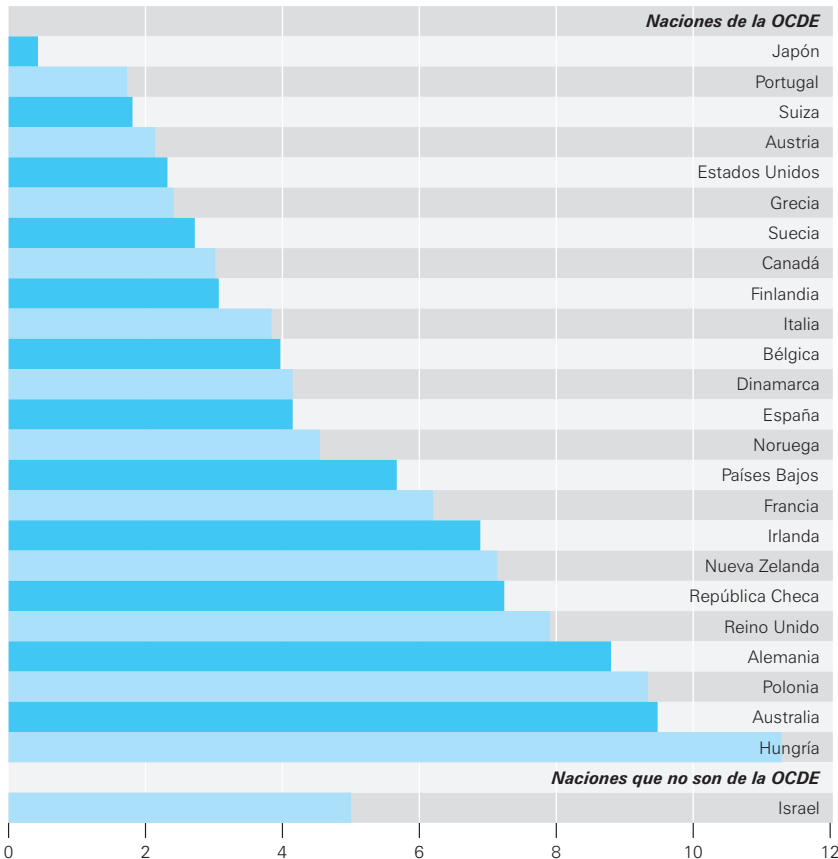
- Durante todo este *Report Card* se ha calculado una puntuación global para cada país en cada dimensión del bienestar infantil promediando su puntuación para los tres componentes escogidos como representativos de esa dimensión. Si se ha usado más de un indicador para valorar un componente, se han promediado las puntuaciones de los indicadores. Esto da una ponderación equitativa para los componentes que constituyen cada dimensión y para los indicadores que conforman cada componente. La ponderación equitativa es el enfoque normalizado que se emplea en ausencia de razones convincentes para aplicar ponderaciones distintas y no se pretende que suponga que todos los elementos usados se consideren de igual importancia.
- En todos los casos, las puntuaciones se han calculado mediante el método de 'puntuaciones z', es decir, usando una escala común cuyos límites superior e inferior estén definidos por todos los países del grupo. La ventaja de este método es que revela en qué medida un país se sitúa por encima o por debajo de la media para el grupo en conjunto. La unidad de medida usada en esta escala es la desviación típica (la desviación media de la media). En otras palabras, una puntuación de +1,5 significa que la puntuación de un país es 1,5 veces la desviación media de la media. Para facilitar la interpretación, las puntuaciones para cada *dimensión* se presentan en una escala con una media de 100 y una desviación típica de 10.

Figura 1.1 Pobreza de ingresos relativa: porcentaje de niños, niñas y jóvenes (0-17) en hogares con ingresos equivalente inferiores al 50% de la media



Fecha: 2000, 1999 (Australia, Austria y Grecia), 2001 (Alemania, Nueva Zelanda y Suiza).

Figura 1.2 Porcentaje de familias en edad de trabajar con niños y niñas sin un padre con empleo



Fecha: 2000, 1999 (Japón y Canadá), 1998 (Suiza), 2001 (España, Países Bajos y Alemania), 2002 (Austria, Noruega y Polonia). No OCDE, 2004 (Israel).

un sentido absoluto, como la carencia de un paquete mínimo de bienes y servicios. O puede medirse también en un sentido relativo, que significa estar por debajo, en un determinado porcentaje, del nivel de vida medio de la sociedad en que se vive. La Unión Europea ofreció su definición de pobreza en 1984: “*los pobres son aquellos cuyos recursos (materiales, culturales y sociales) son tan limitados que los excluyen del nivel de vida mínimo considerado como aceptable en el Estado Miembro en el que viven*”. Con fines prácticos y estadísticos, lo anterior se ha interpretado habitualmente considerando líneas de pobreza nacionales como un cierto porcentaje de la renta mediana nacional.

La Figura 1.1 muestra el porcentaje de niños que crecen en una situación de pobreza relativa, definido como la vida en una familia en la que la renta equivalente es inferior al 50% de la mediana nacional, para 24 países de la OCDE.³

Los críticos han sostenido que la pobreza relativa no es pobreza ‘real’, destacando que muchos de quienes se encuentran por debajo de las líneas de pobreza relativa disfrutaban de un nivel de vida superior al de ningún otro momento del pasado o al de la mayoría de los niños del mundo del presente. Esta postura no reconoce que en las naciones de la OCDE hoy el límite de la pobreza es el contraste, percibido a diario, entre la vida de los pobres y la de quienes los rodean.

No obstante, una comparación internacional basada en una línea de pobreza situada en el 50% de la renta mediana presenta sólo una imagen parcial en la que no hay cabida para las diferencias en la riqueza nacional. Muestra, por ejemplo, que la tasa de pobreza infantil en los Estados Unidos es mayor que en Hungría, pero no revela que el 50% de la mediana de los

ingresos (para una pareja con dos niños) es aproximadamente de 7.000 dólares en Hungría y 24.000 dólares en los Estados Unidos. El hecho de que un porcentaje menor de niños esté creciendo en la pobreza en la República Checa que en Francia, o en Polonia que en Italia, no significa que los niños checos o polacos tengan más poder adquisitivo, sino que sus países ofrecen una distribución de ingresos más equitativa. En otras palabras, la Figura 1.1 nos dice mucho sobre la desigualdad y la exclusión, pero bastante poco acerca de la privación material absoluta.

Incluso dentro de los países individuales, la pobreza de ingresos relativa no revela la *medida* en que las familias se sitúan por debajo de las líneas de pobreza, o durante cuánto tiempo. Además, todas estas medidas de pobreza infantil se basan en los ingresos familiares y suponen un buen funcionamiento de la familia en el que los recursos disponibles se asignan de forma equitativa, donde las necesidades tienen prioridad sobre los lujos. Un niño que sufre una privación material aguda causada, por ejemplo, por el consumo de alcohol o drogas por parte de los padres no se contempla como pobre si los ingresos familiares superan el 50% de la media nacional.

La pobreza relativa es, por tanto, un indicador necesario pero no suficiente de bienestar material de la infancia y ha de complementarse con alguna medida de privación.

Desempleo

Varios estudios han encontrado que crecer en una familia en la que todos los adultos están desempleados, está asociado estrechamente con la privación, particularmente si el desempleo es de larga duración. En consecuencia, se ha elegido la proporción de niños que están creciendo en familias en la que todos

Report Cards anteriores

Los informes Report Card nº 1 (2000) y Report Card nº 6 (2005) abordaron la problemática de pobreza de ingresos infantil en los países de la OCDE. Algunos de los hallazgos clave son:

- En los últimos años, la pobreza infantil ha aumentado en 17 de los 24 países de la OCDE para los que se dispone de datos.
- Noruega es el único país de la OCDE en el que la pobreza infantil puede describirse como muy baja y en continuo descenso.
- El mayor gasto de los gobiernos en prestaciones familiares y sociales se asocia con una tasa menor de pobreza infantil. Ningún país de la OCDE que dedica el 10% o más del PIB a transferencias sociales tiene una tasa de pobreza infantil superior al 10%. Ningún país que dedica menos del 5% del PIB a dichas transferencias tiene una tasa de pobreza infantil menor del 15%.
- El cambio en la política gubernamental parece responsable de la mayor parte de la variación en los niveles de pobreza infantil entre países de la OCDE.
- Parece existir escasa relación entre los niveles de empleo y los de pobreza infantil. Es la distribución de empleo entre diferentes tipos de hogares, la proporción de quienes trabajan con bajo salario y el nivel de las prestaciones estatales para los desempleados y los mal remunerados lo que más contribuye a las diferencias en tasas de pobreza infantil entre países.
- Las variaciones entre países en la proporción de niños que crecen en familias monoparentales no explican las tasas nacionales de pobreza. Suecia, por ejemplo, tiene una proporción de niños que viven en familias monoparentales mayor que los Estados Unidos o el Reino Unido, pero una tasa de pobreza infantil muy inferior que ambos.
- Existe una variación considerable en las tasas de pobreza infantil incluso en países con niveles similares de gastos sociales.
- Un objetivo realista para todos los países de la OCDE sería alcanzar tasas de pobreza infantil relativa por debajo del 10%. Para los países que ya lo han conseguido, el siguiente propósito podría ser emular a los cuatro países nórdicos en la consecución de tasas de pobreza infantil por debajo del 5%.
- En muchos países de la OCDE hay una pronunciada tendencia a que los salarios más bajos crezcan por debajo de la media.
- Existe una tendencia a que todo aumento en gastos sociales en los países de la OCDE se asigne principalmente a pensiones y atención sanitaria, dejando poco margen para una mejor inversión en la infancia.

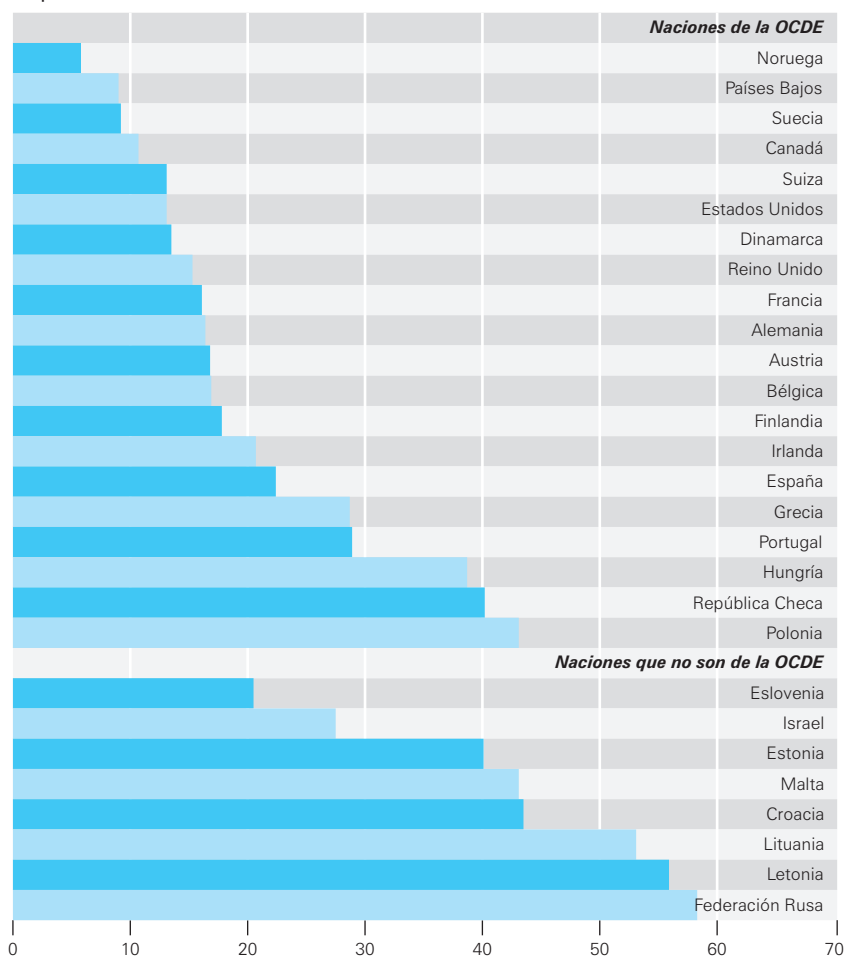
los adultos están desempleados, como el segundo componente para dibujar un cuadro más completo de la pobreza material infantil.

La Figura 1.2 está midiendo claramente un aspecto diferente de pobreza. Por ejemplo, los Estados Unidos han subido desde la parte baja de la Figura 1.1 al quinto lugar en la Figura 1.2, mientras Noruega ha caído desde el tercer lugar al decimocuarto. Tales cambios podrían reflejar un bajo salario en adultos con empleo en algunos países y prestaciones generosas para adultos desempleados en otros. En ambos casos, se añade al cuadro de la pobreza infantil. Pero lo que falta es una medida más directa de la privación material infantil.

Privación

Por desgracia, no existen medidas comparables internacionalmente de privación material o acuerdo en las definiciones sobre lo que significa 'un derecho a un nivel de vida adecuado'.

Figura 1.3a Porcentaje de niños y niñas de 11, 13 y 15 años que declaran bajo poder adquisitivo familiar



Fecha: 2001/02

Pobreza relativa

En los últimos años, la pobreza relativa infantil se ha convertido en un indicador clave para los gobiernos de muchos países de la OCDE. Por ejemplo, los esfuerzos de la Unión Europea para supervisar su *Programa de inclusión social* incluyen la pobreza relativa infantil y el porcentaje de niños en familias sin trabajo como los únicos indicadores relacionados específicamente con la infancia (trazando la línea de pobreza como la proporción de niños en cada país que viven en familias con una renta equivalente inferior al 60% de la mediana para ese país).

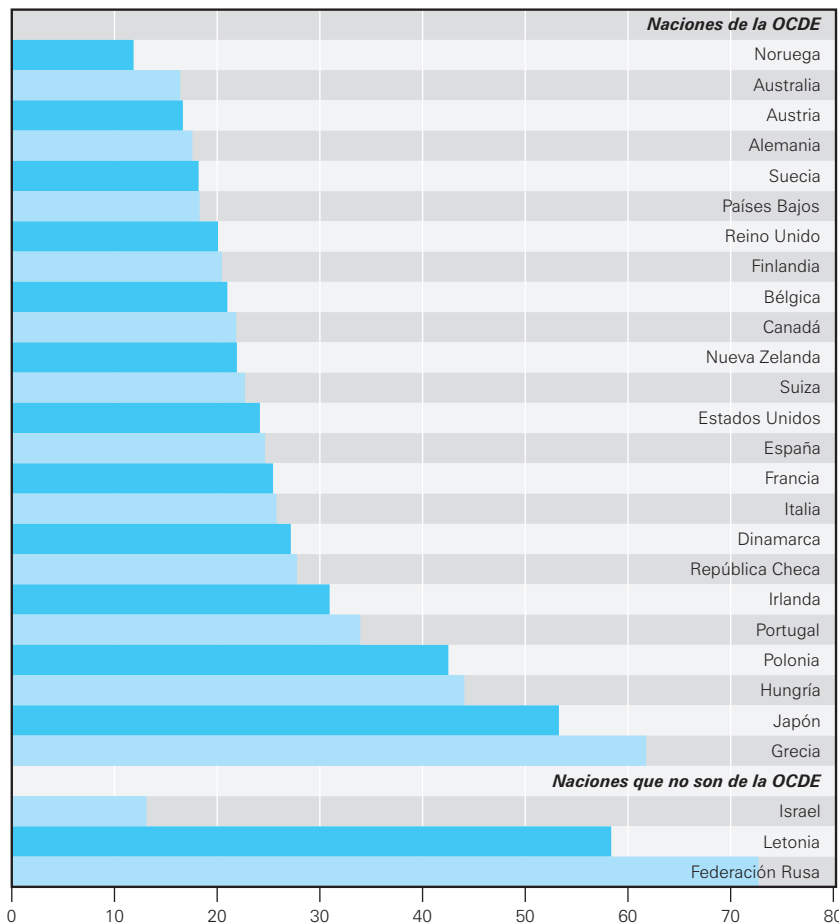
Casi siempre, se usa la mediana nacional como base para la medida de la pobreza relativa. Pero, desde el punto de vista del niño, podría sostenerse que la base de comparación debería ser una entidad diferente: provincia, estado, ciudad o barrio. ¿Cambiaría radicalmente la imagen de la pobreza infantil si se contestara a la pregunta 'pobreza con respecto a qué'?

Existen pocos datos disponibles para responder a esta

pregunta, pero el informe *Report Card n° 1* recurrió a las pruebas disponibles en el año 2000 para sugerir algunas respuestas. Señaló, por ejemplo, que la tasa de pobreza infantil en el estado más rico de los Estados Unidos, Nueva Jersey, habría pasado del 14% al 22% si la base de comparación hubieran sido la mediana de ingresos para Nueva Jersey en vez de para los Estados Unidos en su conjunto. Sobre la misma base, la tasa de pobreza infantil en Arkansas habría descendido del 26% al 14%.

Indiscutiblemente, se habrían producido cambios similares en otros países en los que la mediana de ingresos a escala estatal o comunitaria difieren de modo significativo de la mediana de ingresos de la nación. Por ejemplo, la comunidad más pobre de España, Extremadura, habría visto su tasa de pobreza infantil reducida casi a la mitad si la línea de pobreza se hubiera redefinido de esta manera. En países como Australia y Canadá, donde las variaciones en ingresos medios entre regiones son pequeñas, los cambios habrían sido menos acusados.

Figura 1.3b Porcentaje de niños y niñas (15 años) que declaran menos de seis pertenencias educativas



Fecha: 2003. No OCDE 2003, 2000 (Israel)

Por tanto, no es posible comparar la proporción de niños en cada país que sufren privación material en el sentido de que carecen de elementos básicos como nutrición, vestido y alojamiento adecuados. De nuevo, los gobiernos individuales pueden tener indicadores que reflejen esta clase de privación a nivel nacional pero, en ausencia de definiciones y datos transnacionales, se han seleccionado tres indicadores que, tomados en conjunto, pueden ofrecer una guía razonable (Figuras 1.3a, 1.3b, y 1.3c).

La Figura 1.3a usa la Escala Familiar de Poder Adquisitivo, que forma parte de la encuesta de la OMS sobre *Conducta de salud en niños en edad escolar* (ver cuadro en página 17). La encuesta planteó cuatro preguntas a muestras representativas de niños y niñas de 11, 13 y 15 años, procedentes de 35 países.

Las preguntas fueron:

- ¿Tiene tu familia un automóvil, camioneta o camión propios?

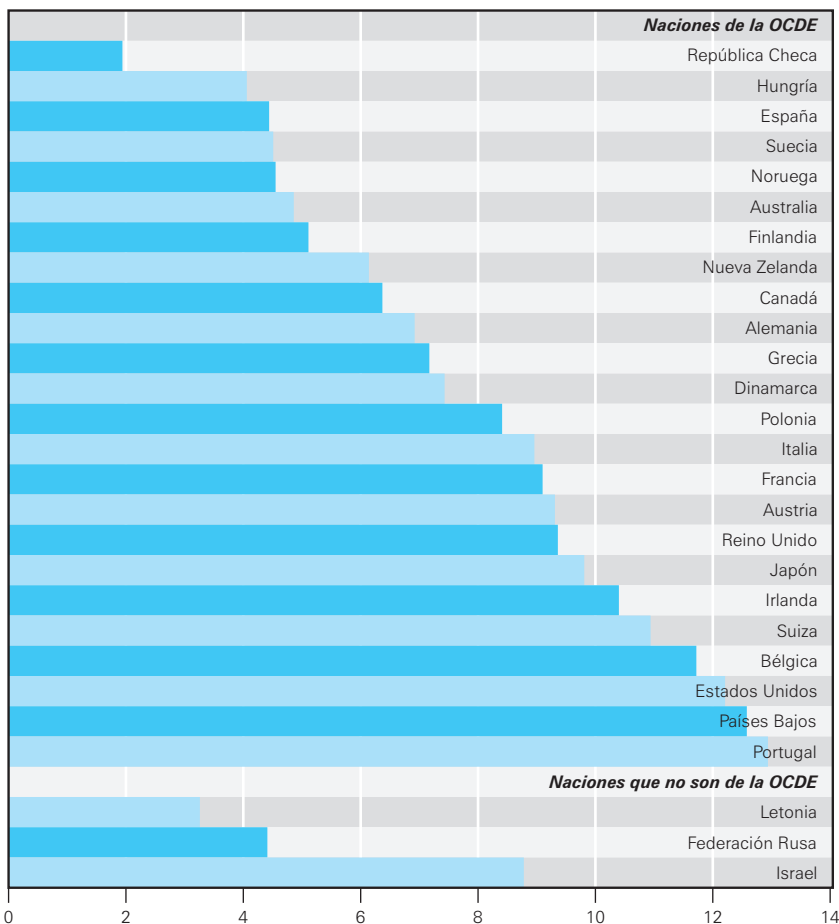
Entre los países más ricos del mundo, es en Italia donde se aprecian resultados más dispares si cambiamos la base de comparación. En 2000, las líneas de pobreza nacionales revelaban unos índices de pobreza infantil cuatro veces más altos en la mitad Sur que en Lombardía. Sin embargo, las líneas de pobreza estatales mostraban escasas diferencias entre ambas regiones. En otras palabras, era posible, para una familia que vivía en Sicilia o Calabria estar por debajo de la línea de pobreza nacional pero sin embargo no estar peor situados que la mayoría de sus conciudadanos sicilianos o calabreses (el índice de pobreza infantil relativa para Sicilia y Calabria descendió a más de la mitad, del 45% al 19%, cuando se utilizaba la media estatal en vez de la mediana nacional).

El contexto de comparación propio de la infancia necesita ser tomado en consideración y sería mucho más beneficioso si se tuvieran más datos sobre las diferencias en el bienestar de la infancia entre

naciones y dentro de una misma nación. Sin embargo, las políticas se elaboran a nivel nacional y en la práctica tiene sentido cuando pretendemos ofrecer líneas de pobreza en relación con las medianas nacionales.

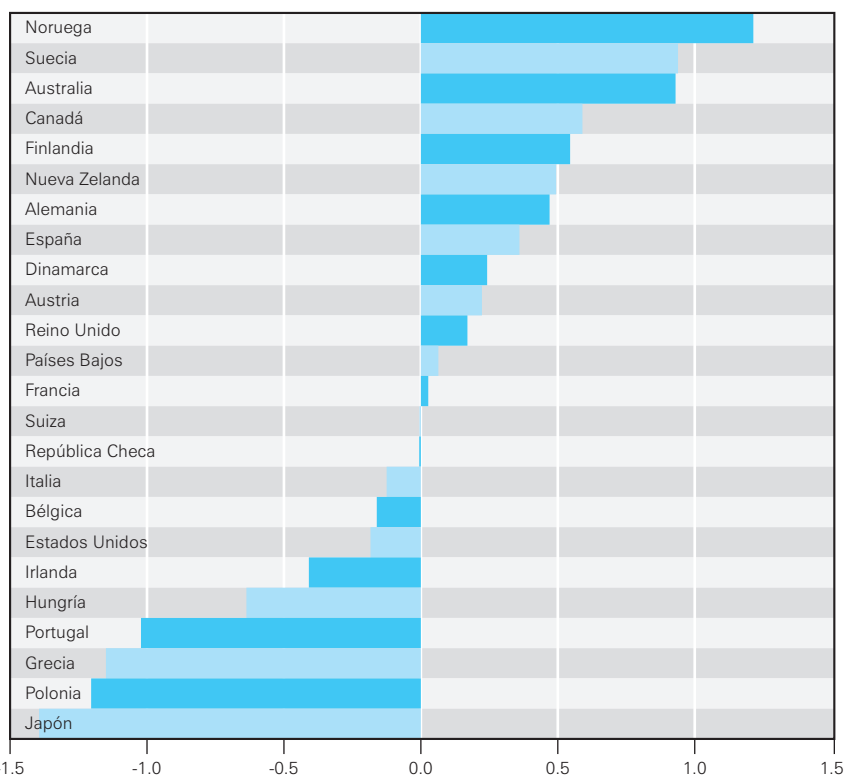
El Report Card nº. 1 concluyó: “En un mundo donde la media nacional e internacional provoca un sentimiento amplio de pertenecer a una sociedad en la que uno cree estar viviendo, y al unificar las expectativas y homogeneizar el concepto de “mínimo nivel de vida aceptable”- es probable que la nación continúe siendo la base de comparación más ampliamente utilizada. Los niños en Arkansas, Sicilia o Extremadura ven los mismos programas de televisión que sus iguales en New Hampshire o Emilia Romagna o Madrid. Esto nos lleva a pensar que estos mismos programas y anuncios también los ven los niños y niñas de Lagos, Delhi o Ciudad de México. En teoría es, tanto una importante razón para ampliar la unidad básica de comparación, como para reducirla.”

Figura 1.3c Porcentaje de niños y niñas (15 años) que declaran tener menos de 10 libros en casa



Fecha: 2003. No OCDE 2003, 2000 (Israel)

Figura 1.3 Tabla combinada (Figura 1.3a, 1.3b, 1.3c) sobre las privación material de los niños y las niñas



- ¿Tienes un dormitorio para ti solo?
- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces saliste de viaje con tu familia en vacaciones?
- ¿Cuántos ordenadores tiene tu familia?

Se asignaron puntuaciones a los resultados y se elaboró una escala para producir un valor máximo de puntuación de 8 para el poder adquisitivo, definiéndose ‘bajo poder adquisitivo familiar’ como el correspondiente a una puntuación de 0-3. La Figura 1.3a muestra el porcentaje de niños en cada país que declaran ‘bajo poder adquisitivo familiar’ según esta definición.

Existen algunos puntos débiles en la *Escala familiar de poder adquisitivo*. Por ejemplo, las variaciones en el número de vehículos que tiene la familia pueden indicar niveles de urbanización o la calidad de sistemas de transporte público. El número de días de vacaciones tomados puede reflejar tradiciones como pasar regularmente las vacaciones con los parientes. No compartir un dormitorio también puede reflejar diferentes tradiciones culturales, tamaños medios de familia o diferencias entre el entorno rural/urbano.⁴

Tal vez el mayor problema de la Figura 1.3a, para los propósitos de este estudio, es que nos dice poco sobre los tipos de privación más graves. No obstante, la *Escala familiar de poder adquisitivo* tiene la ventaja de basarse en definiciones tangibles que corresponden a nociones muy extensas de bienestar material.

Para los fines actuales, la Figura 1.3a proporciona también una instantánea que es claramente diferente del cuadro de pobreza relativa descrito en la Figura 1.1. Puede observarse de inmediato, por ejemplo, que Hungría, la República Checa y Polonia, todas situadas en la mitad de la tabla cuando se miden en términos de pobreza de

ingresos relativa, descienden a la parte inferior de la clasificación cuando se aplica la *Escala familiar de poder adquisitivo*. Inversamente, los Estados Unidos y el Reino Unido pasan de la parte inferior de la tabla a los diez primeros puestos.

Recursos culturales y educativos

Otra forma importante de investigar sobre el bienestar material de la infancia es preguntar si, en palabras de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, las circunstancias del niño son tales que permiten ‘desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades’. A este respecto, muchos especialistas han sostenido que la carencia de recursos culturales y educativos debería figurar junto a la falta de ingresos, y que los recursos educativos del hogar juegan, en particular, un papel crítico en el rendimiento educativo de los niños.

Las dificultades para medir la ‘privación cultural y educativa’ son evidentes, si bien en las tablas 1.3b y 1.3c se ofrece una visión más en profundidad de este aspecto de la pobreza infantil. Ambos se inspiran en datos del *Programa de Valoración Internacional del Estudiante* (ver cuadro en página 17) que, entre otras muchas, plantea a grupos representativos de jóvenes de 15 años de 41 países si tienen en su domicilio los siguientes ocho elementos educativos:

- una mesa para estudiar
- un lugar tranquilo para trabajar
- un ordenador para hacer los deberes
- software educativo
- conexión a Internet
- una calculadora
- un diccionario
- libros de texto escolares.

La Figura 1.3b muestra el porcentaje de los que declaran tener menos de seis de estos recursos.

Extraída de la misma fuente, la Figura 1.3c muestra el porcentaje de niños que declaran tener menos de 10 libros en casa, un indicador sugerido de la privación de recursos culturales.

Combinados en la Figura 1.3, estos tres indicadores muestran que los niños parecen ser los más privados de recursos culturales y educativos en algunos de los países del mundo más económicamente desarrollados.

Conclusión

Los datos disponibles son insuficientes para dar cuenta de todas las complejidades de la pobreza infantil, siendo incapaces, por ejemplo, de abordar problemáticas importantes como la intensidad y duración de la pobreza infantil o la magnitud de las formas más extremas de privación.

Claramente, existe una necesidad de

un mayor conocimiento de los vínculos entre la pobreza de ingresos y la privación material. En particular, existe la necesidad de conocer más sobre los vínculos entre pobreza de ingresos, privación y el tipo de exclusión social que inhibe el desarrollo del potencial y aumenta el riesgo de perpetuar la pobreza de generación en generación.

A pesar de estas reservas necesarias, se sostiene que los indicadores desplegados y combinados en la tabla resumen de este capítulo (Figura 1.0) representan una mejora significativa en la medición de la pobreza de ingresos en solitario, y que ofrecen el mejor panorama comparativo disponible en la actualidad sobre el bienestar material de los niños en las economías desarrolladas del mundo. ■

Datos

- Para este informe se han reunido y analizado los hallazgos de encuestas comparables de una amplia variedad de fuentes, que cubren el mayor número posible de países de la OCDE. En el documento de apoyo referido en la página 13 se dispone de una completa descripción de las fuentes de datos y las metodologías (incluye análisis de sensibilidad).
- Todos los datos en bruto usados en este informe se exponen en las páginas 42 a 45. En todos los casos, los conjuntos de datos utilizados son los últimos disponibles y, en general, corresponden al periodo 2000-2003 (ver en páginas 46 a 47 las fechas a que se refieren estos grupos de datos individuales).
- Por desgracia, no puede disponerse de datos comparables en varios países de la OCDE, como Turquía y México.
- Se han incluido algunos países que no son de la OCDE en una lista separada de las tablas usadas en este *Report Card*. Dichos países se han seleccionado dependiendo de la disponibilidad de datos (y con la esperanza de que demuestren tener la utilidad potencial de este enfoque para numerosos países de ingresos medios que no son actualmente miembros de la OCDE).

Dimensión 2

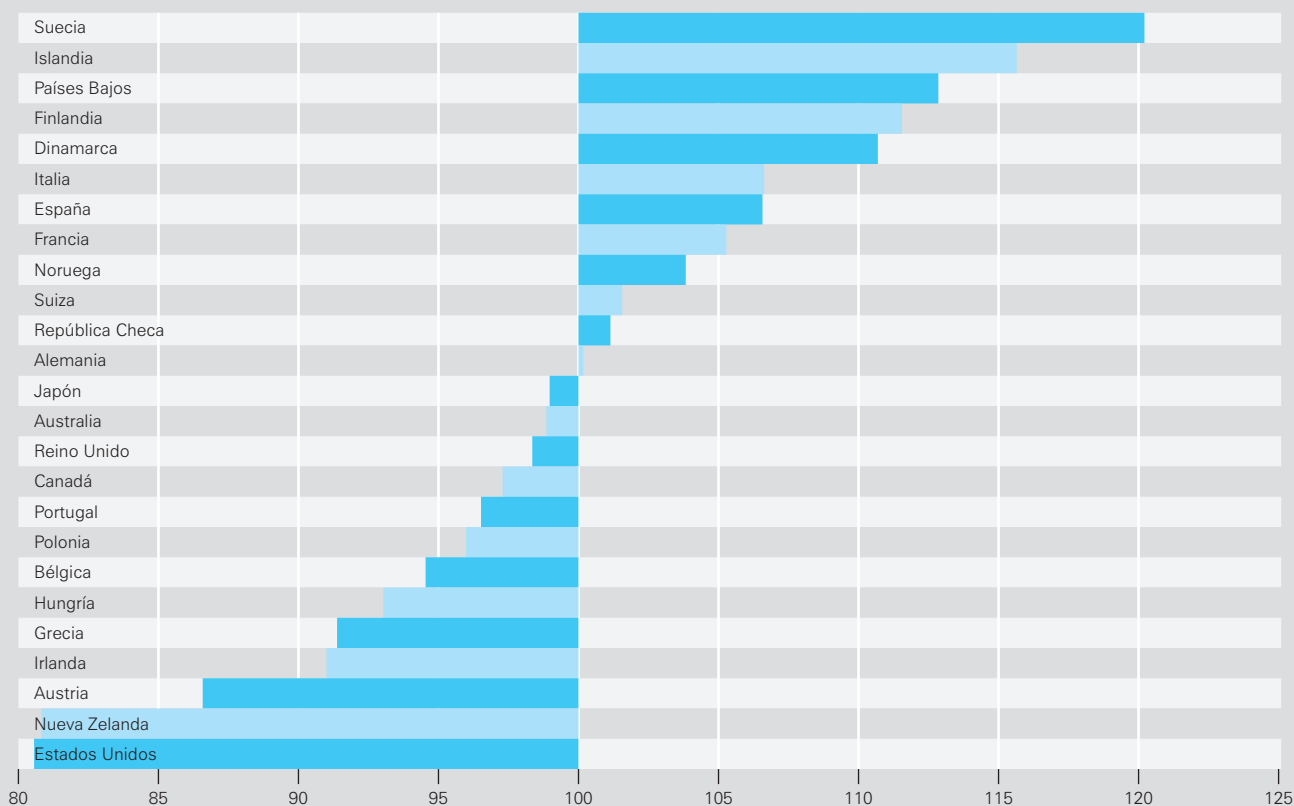
SALUD Y SEGURIDAD

Figura 2.0 Salud y seguridad infantil, panorama de la OCDE

La tabla clasificatoria de salud y seguridad infantil muestra la actuación de cada país en relación con la media de los países de la OCDE sometidos a revisión.

La puntuación global de cada país es la media de sus puntuaciones para los tres componentes elegidos como representativos de la salud y seguridad de los niños, niñas y adolescentes: salud infantil, servicios sanitarios preventivos y protección de la infancia (ver cuadro siguiente).

La tabla se ha dimensionado de forma que muestre la distancia de cada país por encima o por debajo de la media de la OCDE de 100.



Valoración de la salud y seguridad infantil

La tabla de la derecha muestra el modo en que se ha construido el índice de salud y seguridad infantil. La elección de los indicadores individuales refleja la disponibilidad de datos comparables internacionalmente. Para cada indicador, se ha dado a los países una puntuación que revela la diferencia en que un país se encuentra por encima o por debajo de la media de los países de la OCDE sometidos a revisión. Cuando se ha usado más de un indicador, se han promediado las puntuaciones. De la misma forma, las puntuaciones de los tres componentes se han promediado para llegar a una calificación global de cada país en salud y seguridad infantil (ver cuadro en página 5).

Salud y seguridad	COMPONENTES	INDICADORES
	salud de 0-1 años de vida	– número de niños que mueren antes de 1 año de vida por cada 1.000 nacimientos – porcentaje de recién nacidos con bajo peso (<2.500 g)
	servicios sanitarios preventivos	– porcentaje de niños de 12 a 23 meses de vida vacunados contra sarampión, DPT (difteria, tétanos y tos ferina) y polio
seguridad	– muertes por accidentes y lesiones por 100.000 niños de edades entre 0 y 19 años	

Salud y seguridad infantil

En casi cualquier medición disponible, la gran mayoría de los niños nacidos en las sociedades desarrolladas de hoy disfrutan de niveles sin precedentes de salud y seguridad. Todavía dentro de la memoria viva, en las ciudades de Europa era de esperar que uno de cada cinco niños muriera antes de su quinto cumpleaños. Hoy ese riesgo es inferior al uno por ciento. La muerte de niños más mayores es todavía más infrecuente; menos de uno de cada 10.000 jóvenes fallece antes de los 19 años, como consecuencia de accidente, asesinato, suicidio o violencia. Esto representa asimismo un hito histórico en los niveles de seguridad.

No obstante, la salud y la seguridad siguen constituyendo una preocupación básica de todas las familias, además de ser una dimensión esencial del bienestar infantil. También puede sostenerse que los niveles de salud y seguridad alcanzados en un país determinado son un indicador del nivel general de compromiso de la sociedad para con sus niños y niñas.

En este informe, la salud y seguridad se evalúan mediante tres componentes para los cuales existen datos comparables internacionalmente: salud del niño al nacer, tasas de inmunización infantil para niños de edades comprendidas entre 12 y 23 meses, y muertes por accidentes y lesiones en jóvenes de 0 a 19 años de edad.

El gráfico de la página anterior (Figura 2.0) reúne estos componentes en una tabla panorámica de la salud y seguridad infantil en 25 países de la

OCDE. Los países europeos ocupan la mitad superior de la tabla, con los primeros puestos correspondientes a los cuatro países nórdicos y los Países Bajos. La República Checa se sitúa por delante de países más ricos como Alemania, Japón, el Reino Unido, Canadá y los Estados Unidos.

Supervivencia y salud infantil

El primer componente del índice, la salud del niño al nacer, se ha valorado por medio de dos indicadores independientes: la tasa de mortalidad infantil (número de muertes antes del año de vida por cada mil nacidos vivos) y la prevalencia de bajo peso al nacer (porcentaje de bebés nacidos con pesos inferiores a 2.500 g.).

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador estándar de la salud del niño(a)⁵ y refleja una disposición básica de la Convención sobre los Derechos del Niño que insta a todos los países a *'asegurar el derecho del niño al más alto nivel posible de salud... y la disminución de la mortalidad infantil'*. En el mundo en desarrollo, la TMI refleja, en particular, el grado en que se cumplen los derechos de la infancia en áreas tan fundamentales como la nutrición adecuada, el agua limpia, la higiene y la disponibilidad y adopción de servicios básicos y preventivos de salud. En los países de la OCDE podría afirmarse que las muertes infantiles se han reducido actualmente a niveles tales que la TMI no es ya un indicador relevante. Pero como muestra la Figura 2.1b, siguen existiendo diferencias sustanciales entre los países de la OCDE, con una

TMI que oscila desde 3 por cada 1.000 nacimientos en Islandia y Japón a más de 6 por 1.000 en Hungría, Polonia y los Estados Unidos.

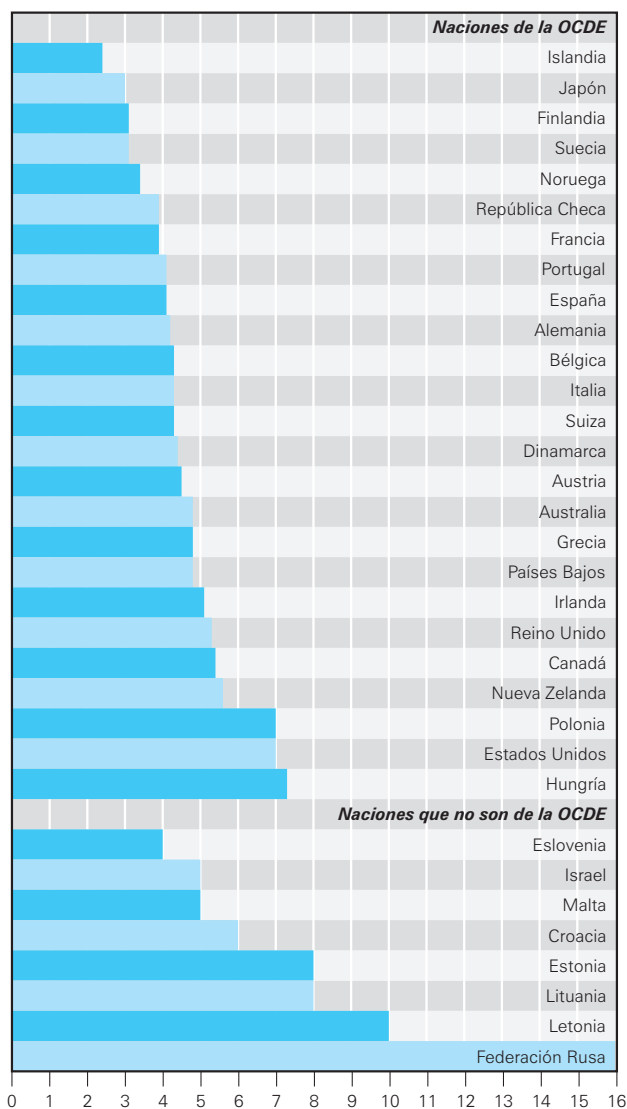
La tasa de mortalidad infantil, significativa por sí misma, puede interpretarse también como una medida del grado en que cada país cumple con el ideal de proteger los embarazos, incluyendo los que se dan en poblaciones marginadas, y adoptar todas las precauciones y medidas preventivas necesarias; desde revisiones prenatales regulares, hasta la pronta disponibilidad de atención de emergencia y obstétrica, por las cuales las tasas de mortalidad infantil se han reducido de manera tan espectacular en los últimos 80 años. Una sociedad

Antecedentes del Report Card n.º 7

Este Report Card se basa, en parte, en un documento de soporte: *Comparación del Bienestar Infantil en Países de la OCDE: Conceptos y Métodos*, Documento de Trabajo Innocenti n.º 2006-03, Jonathan Bradshaw, Petra Hoelscher y Dominic Richardson, UNICEF Centro de Investigaciones Innocenti, Florencia, 2006.

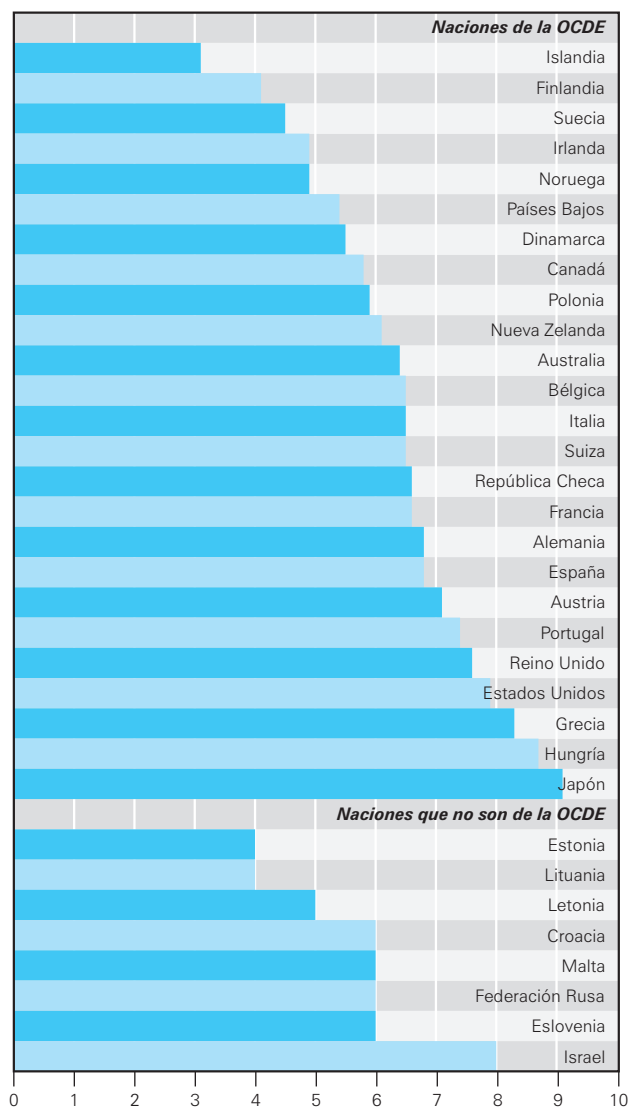
El documento, que expone con más detalle los métodos y fuentes usados en este informe, está disponible en la página web de Innocenti (www.unicef.org/irc).

Figura 2.1a Tasa de mortalidad infantil (muertes antes de los 12 meses de vida por cada 1.000 nacidos vivos)



Fecha: 2003, 2002 (Canadá y los Estados Unidos), 2001 (Nueva Zelanda). No OCDE 2003

Figura 2.1b Tasa de bajo peso al nacer (% nacimientos de menos de 2.500 g.)



Fecha: 2003, 2—2 (Australia, Canadá, Grecia, Suiza), 2001 (España, Irlanda, Italia, Países Bajos), 1995 (Bélgica). No OCDE 2001, 2000 (Croacia)

que gestiona este aspecto con tal eficacia que las muertes infantiles se reduzcan por debajo de 5 por cada 1.000 nacidos vivos, es claramente una sociedad que tiene la capacidad y el compromiso de suministrar otros servicios críticos para la salud del niño.

El segundo de los dos indicadores elegido para representar la salud en la primera etapa de vida es la prevalencia de bajo peso al nacer (Figura 2.1a). Esta es una medida reconocida como de mayor riesgo para la vida y la salud en los primeros días y semanas de vida. También se ha asociado con un mayor riesgo para el desarrollo cognitivo y físico durante toda la infancia.⁶ Puede

además ser indicativo de cuestiones más amplias en las que se sabe que el bajo peso al nacer está asociado con la salud y el estado socioeconómico de la madre. Las madres cuyas dietas han sido deficientes en sus años de adolescencia y durante el embarazo, o que fuman o consumen alcohol durante la gestación, presentan una probabilidad bastante mayor de tener bebés con bajo peso al nacer. Por tanto, este indicador refleja también el bienestar de las madres, un factor crítico para prácticamente todos los aspectos del bienestar infantil.

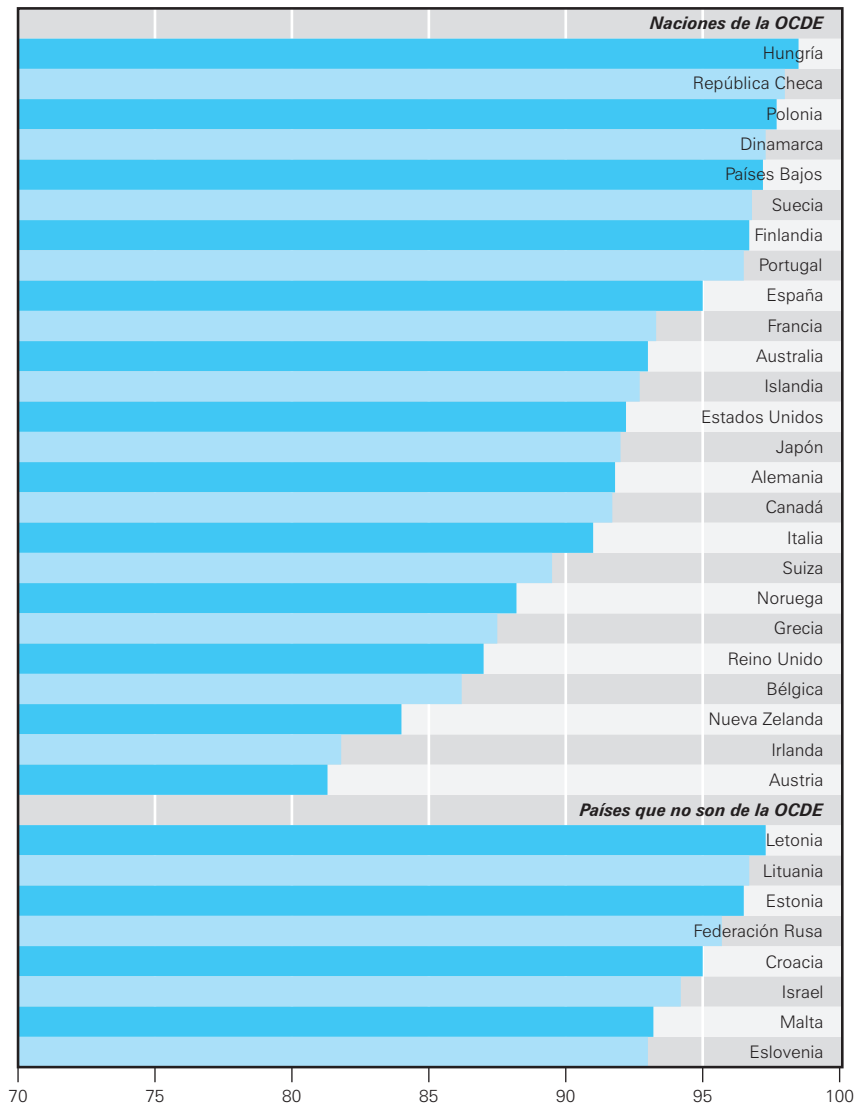
Inmunización

El segundo componente seleccionado para la valoración de la salud del niño

es la tasa nacional de inmunización, que refleja no sólo el nivel de protección frente a enfermedades prevenibles con vacunas, sino también la extensión de los servicios sanitarios preventivos para los niños.⁷ Los niveles de inmunización sirven también como una medida del compromiso nacional con la atención sanitaria primaria para todos los niños (Artículo 24 de la *Convención sobre los Derechos del Niño*).

La Figura 2.2 ordena 25 países de la OCDE según el porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses de vida que han recibido inmunización frente al sarampión, la polio y la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3). En

Figura 2.2 Porcentaje de niños y niñas entre 12 y 23 meses inmunizados contra las principales enfermedades prevenibles mediante la vacunación



Fecha: Para las fechas de sarampión, todos los países (2003), para las fechas de Pol3 y DPT3, todos los países (2002)

conjunto, muestra niveles altos de cobertura, donde ningún país se sitúa por debajo de una tasa media del 80%. Pero en el caso de la inmunización, el estándar debe fijarse en un nivel muy alto. La vacunación es barata, eficaz, segura, y ofrece protección frente a varias de las enfermedades más graves y comunes de la infancia (no alcanzar niveles altos de inmunización puede significar que no se alcance la ‘inmunidad colectiva’ para ciertas enfermedades, y que muchos más niños las sufran).

Además, las tasas de inmunización pueden tener una importancia más extensa en la medida en que las

pequeñas diferencias en los niveles pueden ser indicativas del esfuerzo realizado por cada nación para ‘alcanzar lo inalcanzable’ y ofrecer a todos los niños, y sobre todo a los de grupos marginados, servicios sanitarios preventivos básicos.

Cuando se ha podido disponer de datos, en este cuadro de la salud infantil en el primer año de vida, se ha incluido también el porcentaje de lactantes que se alimentan con leche materna hasta los seis meses.

Aparte de sus innegables ventajas nutritivas e inmunológicas durante los primeros meses, a la leche materna se

le han asociado también ventajas a largo plazo, desde un mejor desarrollo cognitivo a un menor riesgo de cardiopatías. El porcentaje de lactantes en cada país podría interpretarse también como un indicador de la medida en la que los resultados de las investigaciones sanitarias actuales se adoptan y ponen a disposición del público en su conjunto. Lamentablemente, los problemas de definición, junto con una carencia de datos para la mayoría de los países de la OCDE llevaron a excluir este indicador (aunque merece la pena observar de pasada que los datos disponibles en ‘al menos lactancia materna parcial a la edad de seis meses’ muestran inusualmente amplias variaciones dentro de la OCDE, desde un 80% en Noruega a poco más del 10% en Bélgica).

Seguridad

El tercer y último componente usado para valorar la salud y seguridad infantil es la tasa de muertes entre niños y adolescentes, causadas por accidentes, asesinatos, suicidio y violencia. Aunque se agrupan riesgos de clases muy diferentes, sirve no obstante como aproximación de los niveles generales de seguridad para los jóvenes de una nación.

La Figura 2.3, extraída de la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud, clasifica los 25 países de la OCDE según el número anual de muertes por tales causas por cada 100.000 personas del grupo de edad de 0 a 19 años. Como las muertes a esta edad son, afortunadamente, raras, las variaciones anuales aleatorias se han suavizado promediando las estadísticas de los últimos tres años para los cuales se dispone de datos.

En cuatro países, Suecia, Reino Unido, los Países Bajos e Italia, puede observarse una reducción en la incidencia de muertes por accidentes y

lesiones hasta el nivel, notablemente bajo, de menos de 10 por cada 100.000. En los otros países de la OCDE, todos salvo dos están registrando tasas inferiores a 20 por 100.000.

Estas cifras representan un progreso rápido y notorio; en los últimos 30 años, las muertes de niños por lesiones en los países de la OCDE han descendido aproximadamente en un 50%.⁸ No obstante, algunos países han alcanzado claramente niveles superiores de protección de la infancia, siendo estas diferencias muy significativas. Si todos los países de la OCDE tuvieran, por ejemplo, la misma tasa de mortalidad infantil por lesiones en

niños que Suecia, podrían evitarse aproximadamente 12.000 muertes infantiles al año. Como sucede a menudo, la probabilidad de que un niño sufra una lesión o resulte muerto se asocia con la pobreza, la familia monoparental, la baja educación de la madre, la temprana edad de la madre al nacer, una vivienda deficiente, lazos familiares débiles y consumo de drogas o alcohol entre los padres.⁹

Omisiones

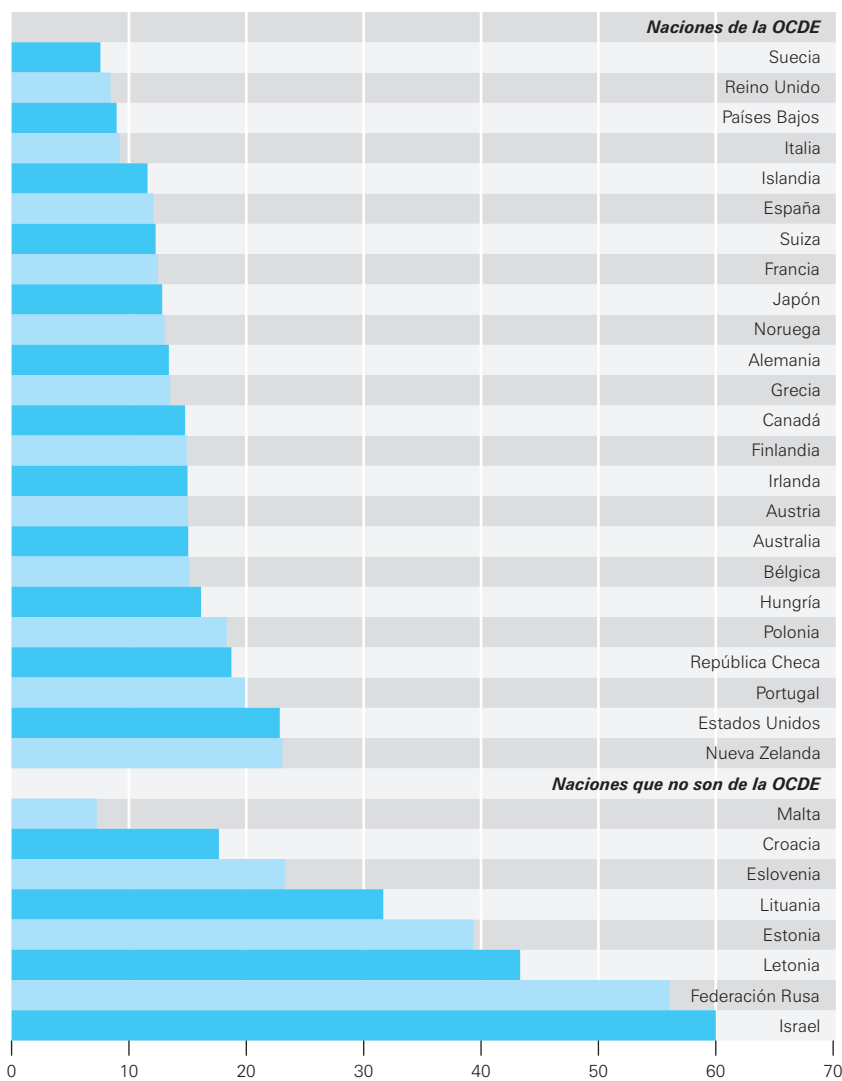
En este marco de salud y seguridad infantil existen omisiones importantes. El hecho de añadir algún indicador directo de la salud mental y emocional de los niños, habría supuesto, en

particular, un complemento valioso. Se han considerado las tasas nacionales de suicidio entre adolescentes, pero la investigación sugiere que el suicidio debe considerarse como un suceso raro relacionado con una circunstancia determinada, más que como un indicador de salud mental global entre los adolescentes de una nación.

Este estudio se habría mejorado también con algún indicador del nivel del maltrato y la desatención infantil en cada nación. La ausencia de definiciones y metodologías de investigación comunes, además de las inconsistencias entre los países en la actual clasificación y declaración del maltrato infantil, han descartado por el momento esta posibilidad. El *Report Card n° 5* (septiembre de 2003) señalaba que un pequeño grupo de países de la OCDE (España, Grecia, Italia, Irlanda y Noruega) tenía las tasas más bajas de mortalidad infantil por maltrato. De nuevo, los factores de riesgo asociados de forma más estrecha y persistente con el maltrato y la desatención infantil son la pobreza, el estrés y el consumo de drogas y alcohol por los padres.

En total, aproximadamente 3.500 niños (menores de 15 años) mueren anualmente en los países de la OCDE por maltrato, abusos físicos y desatención. Los accidentes de tráfico, las muertes por ahogamiento, las caídas, los incendios y las intoxicaciones aumentan este total a más de 20.000 muertes cada año.¹⁰ Tal vez no puedan considerarse cifras elevadas en relación con las poblaciones totales de jóvenes de los países de la OCDE. Pero según sostenía el *Report Card n° 2* en 2001, tales cifras han de leerse teniendo presentes la angustia y el dolor inimaginables de las familias afectadas, y el hecho de que el número de muertes no es sino la punta del iceberg de un profundo trauma y discapacidad.

Figura 2.3 Muertes por accidentes y lesiones por cada 100.000 niños y jóvenes de menos de 19 años (promedio de los tres últimos años)



Fecha: 1993-1995 (Finlandia, Hungría, Islandia, Países Bajos, Noruega), 1994-1996 (Polonia, Suecia), 1995-1997 (Australia, Bélgica, Alemania), 1996-1998 (España, EE.UU.), 1997-1999 (Canadá, Francia, Nueva Zelanda, Reino Unido), 1999-2001 (Austria, Irlanda, Italia, Portugal), 2000-2002 (Suiza, Grecia). No OCDE: Israel (2003), Federación Rusa (2000-2002) Lituania (1995-97), Estonia, Eslovenia (1994-96), Letonia (1993-95), Malta, Croacia (1992-94).

PISA y HBSC

Dos de las fuentes utilizadas ampliamente en este informe *Report Card* son el Programa de la OCDE para la Evaluación Internacional del Estudiante (PISA) y la encuesta de Conductas de Salud en niños con Edad Escolar (HBSC) de la Organización Mundial de la Salud 2001.

PISA

Iniciado en 2000, el informe PISA se realiza cada tres años con el objetivo de evaluar el conocimiento y las aptitudes vitales de los adolescentes en los países económicamente desarrollados.* Las cuatro áreas principales de evaluación son:

- lectura, matemáticas y ciencias
- prácticas de estudio y aprendizaje
- recursos y estructuras familiares (incluyendo las perspectivas de los propios alumnos sobre su vida escolar y sus compañeros)
- organización de los colegios y entornos escolares.

Los datos del año 2000 se recogieron para 43 países, que incluían todos los representados en este estudio. En su segunda fase (2003), el informe PISA reunió datos de 41 países. PISA 2003 incluyó también una nueva evaluación de las aptitudes para resolución de conflictos.

Los datos se reúnen a partir de muestras nacionales representativas de la población escolar en torno a los 15 años de edad (el fin de la escolarización obligatoria en la mayoría de los países). Los centros escolares se han muestreado basándose en el tamaño con una muestra aleatoria de 35 alumnos por cada centro escogido. Los tamaños muestrales totales se sitúan habitualmente entre 4.000 y 10.000 alumnos por país.

Para garantizar la comparación, los sistemas de recogida de datos emplean procedimientos normalizados de traducción y evaluación, al tiempo que se establece una orquilla temporal de recogida de datos que asegure que estos se toman en momentos comparables del año escolar. Cuando las tasas de respuesta son bajas, los administradores de PISA trabajan con los responsables de proyectos nacionales y de los centros educativos, para organizar sesiones de seguimiento. Durante cada etapa del informe PISA, diversos monitores internacionales revisan los centros nacionales y visitan al menos el 25% de los centros educativos seleccionados en cada país para garantizar la calidad y la consistencia de los procedimientos de recogida de datos. Los datos de PISA han contribuido a

completar varias dimensiones de este informe, entre ellas el bienestar material, el bienestar educativo, el bienestar subjetivo y las relaciones de los niños.

HBSC 2001

Durante más de 20 años, la encuesta de la Organización Mundial de la Salud titulada *Conducta de Salud en niños con Edad Escolar (HBSC)* ha informado e influido en las políticas y la promoción de la salud, al reunir información sobre temas como los recursos y estructuras familiares, la interacción con otros niños y niñas, las conductas de riesgo, la salud subjetiva, la salud sexual, la actividad física y los hábitos de alimentación e higiene. La última encuesta HBSC se realizó en 2001 e incluyó a 21 países de la OCDE de un total de 35 naciones (Australia, Nueva Zelanda, Japón e Islandia no tomaron parte).

En cada país participante, HBSC utiliza técnicas de encuestas agrupadas para seleccionar a 1.500 jóvenes en tres grupos de edad: 11, 13 y 15 años. Se aplican procedimientos consistentes para garantizar la comparación de los métodos de la encuesta y las técnicas de procesamiento de los datos. Para la entrega de todos los cuestionarios están presentes en las aulas los administradores expertos.

Los datos de la encuesta HBSC han contribuido a completar varias dimensiones de este informe, como el bienestar material de los niños, las relaciones entre los niños, las conductas y el bienestar subjetivo.

*Los resultados del informe PISA 2006 no estuvieron disponibles a tiempo para su inclusión en este informe.

Fuentes:

Adams, R. & Wu, M., (ed.) (2002) *PISA 2000 Technical Report*. París, OCDE.
 Currie, C., et al (ed.) (2004) La salud de los jóvenes en su contexto. *Estudio sobre las conductas de salud en niños con edad escolar*: Informe internacional del Estudio de 2001/2002. Oficina Regional para Europa de la OMS.
 HBSC (2005) Página web de *Conducta de salud en niños con edad escolar* (<http://www.hbsc.org/index.html>), noviembre de 2005.
 OCDE (2004) *Aprendizaje para el Mundo del mañana: Primeros resultados de PISA 2003*. París, OCDE.

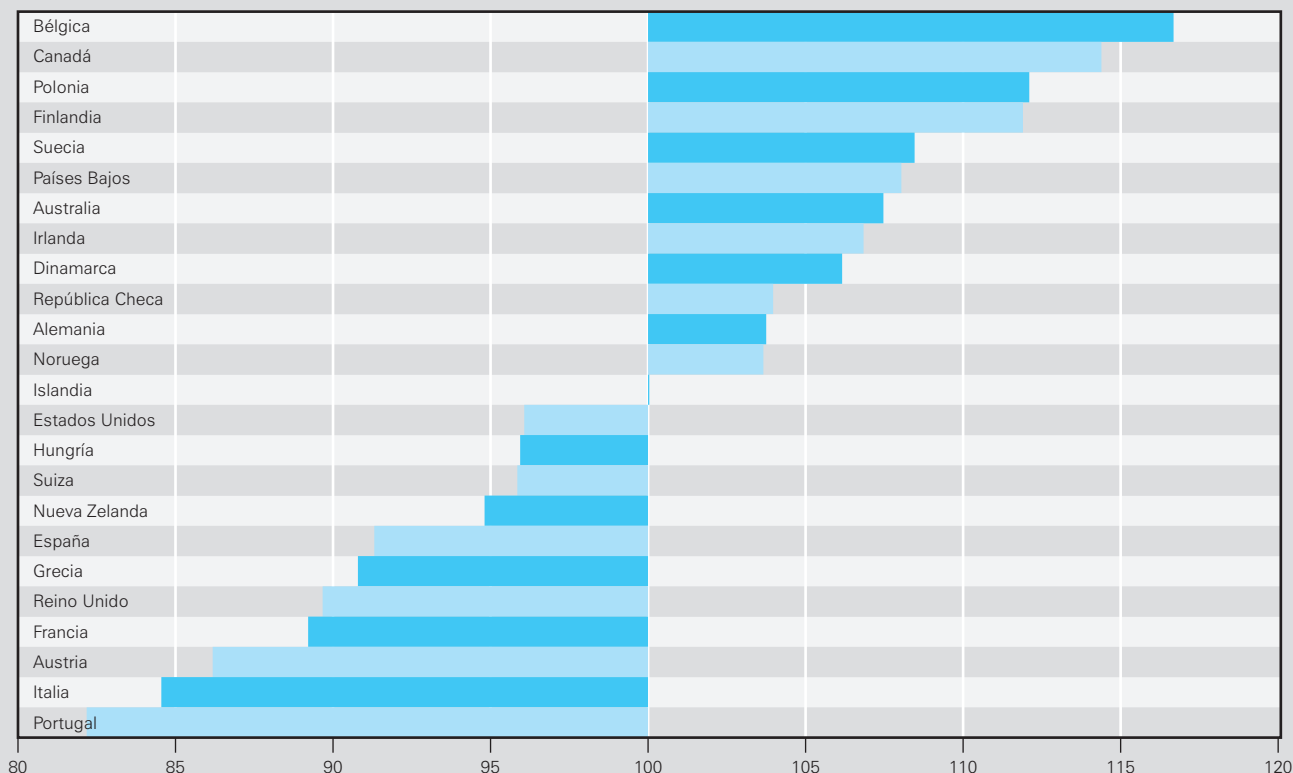
Dimensión 3

BIENESTAR EDUCATIVO

Figura 3.0 El bienestar educativo de niños y niñas, panorama de la OCDE

La tabla clasificatoria que se muestra a continuación intenta reflejar la situación de cada país en cuanto al ‘bienestar educativo infantil’, en relación con la media de los países de la OCDE sometidos a revisión. Las puntuaciones dadas son promedios de las puntuaciones para los tres componentes seleccionados como representativos del bienestar educativo infantil (ver cuadro siguiente).

Esta tabla general se ha dimensionado de manera que se muestre la distancia de cada país, por encima o por debajo, con respecto a la media de la OCDE fijada en 100.



Valoración del bienestar educativo

La tabla de la derecha muestra el modo en que se ha valorado el bienestar educativo de los niños, niñas y adolescentes. La elección de indicadores individuales refleja la disponibilidad de datos comparables internacionalmente.

Para cada indicador, se ha dado a cada país una puntuación que muestra en qué medida está ese país por encima o por debajo de la media para los países sometidos a revisión. Cuando se ha usado más de un indicador, se han promediado las puntuaciones. De la misma forma, se han promediado las puntuaciones de los tres componentes para llegar a la clasificación general de cada país sobre el bienestar educativo infantil (ver cuadro en página 5).

	COMPONENTES	INDICADORES
Bienestar educativo	Rendimiento escolar a los 15 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> – rendimiento medio de capacidades de lectura – rendimiento medio de competencias en matemáticas – rendimiento medio de capacidades en ciencias
	más allá de la educación básica	– porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que permanecen escolarizados
	transición al empleo	<ul style="list-style-type: none"> – porcentaje de jóvenes 15-19 años no escolarizados, sin formación ni empleo – porcentaje de jóvenes de 15 años que esperan encontrar un trabajo de baja cualificación

Bienestar educativo infantil

Una medida del bienestar infantil general debe incluir una consideración de la calidad con que los sistemas educativos atienden a los niños y niñas que pasan una gran parte de su infancia en el colegio y que en tan alta medida dependerá probablemente su bienestar futuro. Idealmente, una medida semejante reflejaría la manera con la que cada país está cumpliendo su compromiso con el Artículo 29 de la *Convención sobre los Derechos del Niño* que reclama ‘desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades’.

La Figura 3.0 reúne los tres componentes escogidos para representar el bienestar educativo en el panorama de la OCDE. Bélgica y Canadá encabezan la tabla. El Reino Unido, Francia y Austria se unen a los cuatro países de Europa meridional en la parte baja de las clasificaciones. Pero quizá el resultado más notable sea el registrado por Polonia, que ocupa el tercer lugar en la tabla a pesar de ser, con cierto margen, el país más pobre de los 24 enumerados (con un PIB per capita¹¹ inferior a la mitad de los únicos dos países que le preceden en la clasificación de la tabla).

Rendimiento

El primer componente elegido para representar el bienestar educativo es el rendimiento académico de los jóvenes en lectura, matemáticas y ciencias. Esto ha sido posible gracias al *Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes (PISA)* de la OCDE, creado para medir, cada tres años, “el grado en que los sistemas educativos de los países participantes están preparando a sus estudiantes para que se conviertan en personas dispuestas al aprendizaje permanente y que jueguen un

papel constructivo como ciudadanos partícipes en la sociedad”.¹² Para completar esta encuesta se realizó, a unos 25.000 estudiantes de 41 países, un examen de dos horas, diseñado para medir sus competencias en lectura, matemáticas y ciencias. El examen fue diseñado por un grupo internacional de expertos, que incluía tanto a empleadores como a educadores, y se basa en la capacidad de aplicar las competencias básicas en lectura, aritmética y conocimientos científicos para la vida diaria.

La Figura 3.1 combina los resultados en una tabla clasificatoria general de rendimiento escolar.

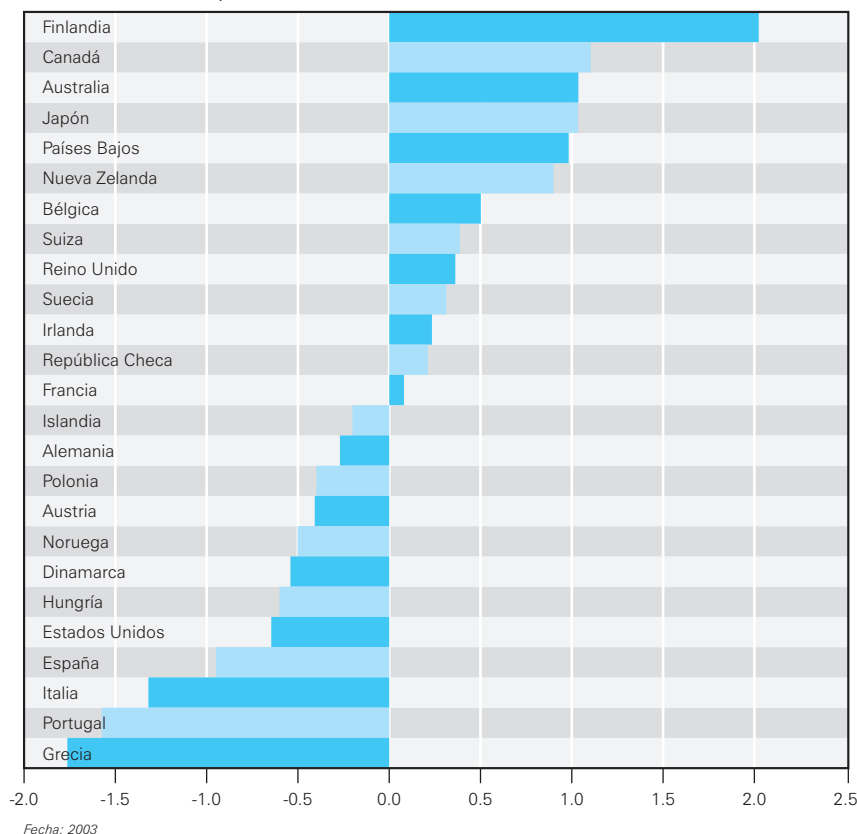
Algunos rasgos destacables:

- Finlandia, Canadá, Australia y Japón encabezan la tabla.

- Cuatro países de Europa meridional, Grecia, Italia, España y Portugal, ocupan los últimos cuatro puestos.
- Noruega y Dinamarca, que destacan habitualmente en las tablas clasificatorias de indicadores sociales, se encuentran en los puestos 18 y 19, respectivamente.
- La República Checa se sitúa cómodamente por encima de la mayoría de los países de la OCDE, entre ellos muchos de sus vecinos europeos más grandes y ricos.

Idealmente, un análisis del bienestar educativo debería incluir también alguna medida del grado en que los diferentes países de la OCDE previenen que los alumnos con bajo rendimiento desciendan demasiado por

Figura 3.1 Rendimiento académico a los 15 años, una panorámica de competencias en lectura, matemáticas y ciencias



debajo del nivel medio de rendimiento. Este fue uno de los temas abordados por el informe *Report Card n° 4 (2002)* que encontró amplias diferencias en las desventajas educativas entre los países de la OCDE. El mismo estudio señalaba también que los altos niveles absolutos de rendimiento académico no son incompatibles con bajos niveles de desventajas relativas; es decir, los mejores sistemas educativos permiten que los alumnos con alto rendimiento alcancen su pleno potencial sin propiciar que los demás se sitúen demasiado lejos de éstos.

Más allá de la educación básica

Las personas que crecen hoy en los países de la OCDE se enfrentan a un mundo en el que la resolución de los asuntos corrientes de la vida, como el trabajo y la carrera profesional, la familia y la vida doméstica, las cuestiones financieras y bancarias, el ocio y la ciudadanía, se están haciendo cada vez más complejos. Esto supone

que las personas con bajas competencias y calificaciones hacen frente a una pendiente pronunciada de desventajas. Las competencias básicas en lectura, matemáticas y ciencias, medidas en la Figura 3.1, suponen la base para afrontar estas demandas. Pero obtener unas competencias avanzadas son cada vez más necesarias, si los jóvenes quieren, con garantías, hacer frente a las exigencias cambiantes de los mercados de trabajo. En la Figura 3.2 presenta una medida de las competencias 'más allá de lo básico' para mostrar el porcentaje de niños y niñas que siguen escolarizados después de la enseñanza obligatoria. Una vez más, la mitad alta de la tabla está ocupada por los países del norte de Europa.

Transición al empleo

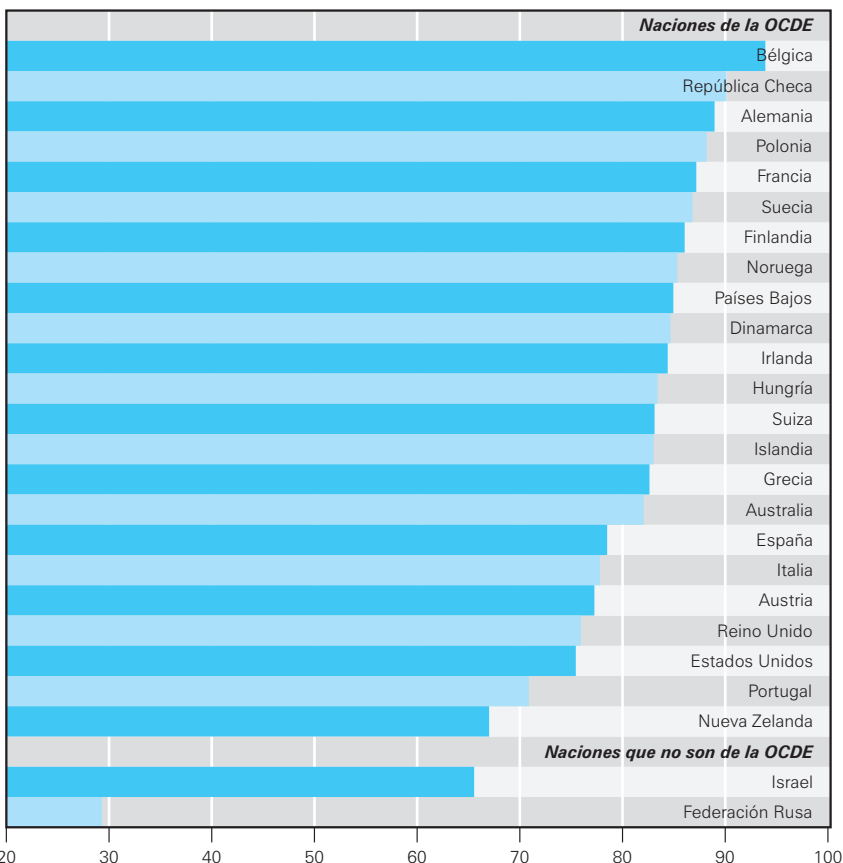
El tercer componente seleccionado para representar el bienestar educativo es el modo en que los jóvenes resuelven la transición desde la educación al empleo.

La transición al empleo remunerado depende no sólo de las competencias y

calificaciones adquiridas en la escuela sino también de la formación y las oportunidades de empleo disponibles posteriormente. No obstante, la transición hacia el momento de "ganarse la vida" es uno de los importantes efectos directos de la educación y una fase crítica en la vida de casi todos los jóvenes. Se han elegido dos indicadores complementarios para representar mejor esta transición.

El primero es el porcentaje de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años en cada país, que no se encuentran en una situación de recibir educación, empleo o formación (Figura 3.3a). El segundo es el porcentaje de jóvenes en cada país que, cuando se les pregunta '¿qué tipo de trabajo esperan tener cuando tengan 30 años?', respondieron que un empleo que requiriera un bajo nivel de competencias (Figura 3.3b). Los trabajos que exigen bajo nivel de competencias se definen utilizando un índice normalizado a escala internacional e implica la 'no necesidad de más formación o capacidades'.

Figura 3.2 Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años en educación a tiempo parcial o completo



Fecha: 2003. No OCDE 2003, 2002 (Federación Rusa).

Las personas que abandonan la escolarización y no están recibiendo formación ni tienen empleo, están claramente en mayor riesgo de exclusión o marginación. Así pues, la Figura 3.3a es preocupante para aquellos países situados en la parte baja de la tabla, entre ellos Francia e Italia. Los altos porcentajes de jóvenes de 15 años que esperan emplearse en trabajos de baja cualificación debería ser también motivo de preocupación para los mercados laborales, en los que muchos empleos de bajo nivel de competencias están amenazados por la subcontratación, la innovación tecnológica, o ambas cosas. En países como Francia, Alemania y el Reino Unido, la proporción de jóvenes que no esperan acceder a trabajos por encima de un bajo nivel de competencias es de más del 30%. En los Estados Unidos, es inferior al 15%.

Primera infancia

Existe una omisión manifiesta en este

Figura 3.3a Porcentaje de jóvenes de 15 a 9 años que no reciben educación ni formación, ni tienen empleo

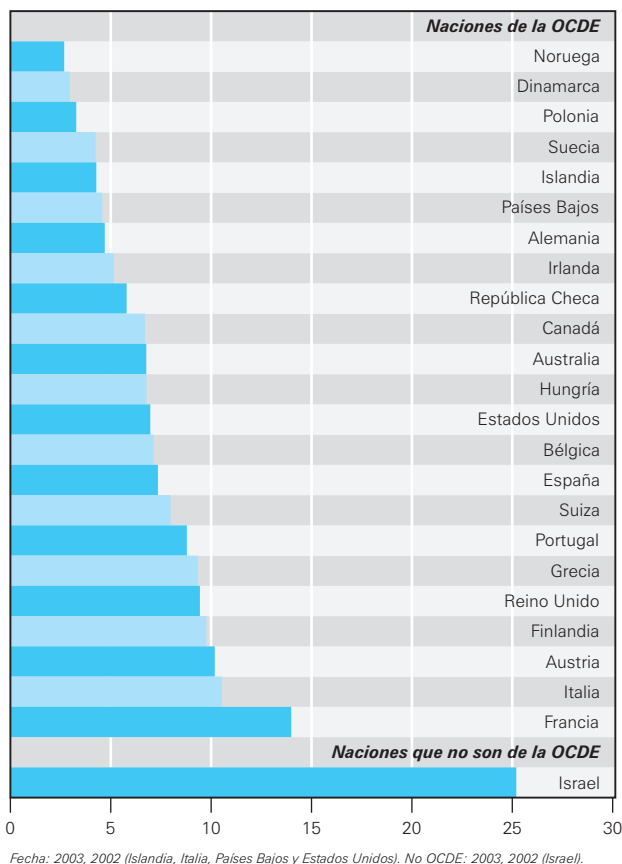
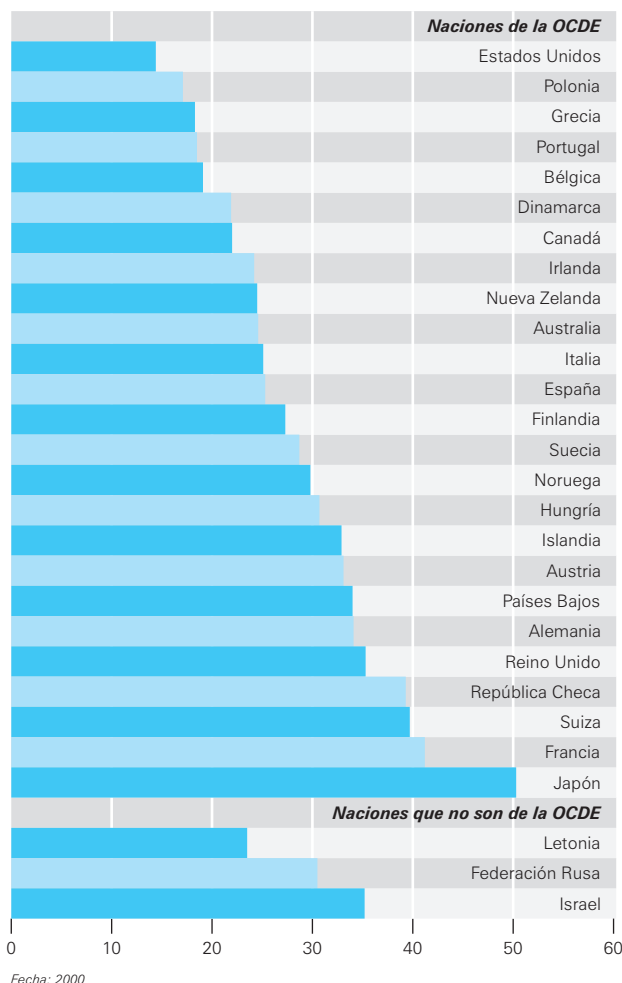


Figura 3.3b Porcentaje de alumnos de 15 años que esperan encontrar un trabajo que exija baja cualificación



intento de establecer un marco panorámico del bienestar educativo infantil en los países de la OCDE.

Durante varias décadas, la investigación educativa ha señalado de manera persistente el hecho de que las bases para el aprendizaje se construyen en los primeros meses y años de vida y que el esfuerzo para dar a cada niño el mejor inicio posible debe empezar mucho antes de la edad de escolarización formal. Esta creciente constatación, combinada con otros cambios como la rápida y creciente participación de las mujeres como fuerza de trabajo o el pronunciado aumento en el número de familias monoparentales, ha hecho de la atención de los niños uno de los mayores problemas al que hoy se enfrentan las familias y los gobiernos en los países de la OCDE. Del mismo modo, debe contemplarse asimismo

como un factor de primer orden en el bienestar educativo de los niños, niñas y adolescentes.

Lamentablemente, no se dispone de datos adecuados y comparables que permitan incluir en este análisis la calidad y disponibilidad del cuidado infantil en diferentes países. Se dispone de estadísticas internacionales que muestran el porcentaje de niños de edades entre 0 y 2 años que están inscritos en centros infantiles, pero estos muestran en mayor medida la disponibilidad de las mujeres de acceder a un trabajo remunerado y hablan muy poco de la calidad de los cuidados suministrados al niño; tampoco abordan la actual controversia, muy candente, sobre las ventajas del cuidado diario de los niños menores de dos años. Idealmente, deberían incluirse datos sobre servicios de cuidados infantiles

externos o servicios preescolares para niños entre los 3 y 6 años, lo que supone un campo evidente para futuras mejoras de este estudio.

En torno a la cuestión de cómo definir los ‘cuidados infantiles de calidad’ existe un amplio pero difuso consenso. La propia revisión de la OCDE sobre los servicios de cuidados infantiles ha descrito la esencia de una atención de calidad como “una interacción estimulante, cercana, cálida y afectuosa con los niños”. Una revisión similar en los Estados Unidos ha concluido que “la interacción cálida, sensible y responsable entre el cuidador y el niño se considera la piedra angular de la calidad”, una característica que es tan difícil de definir y medir como de suministrar.

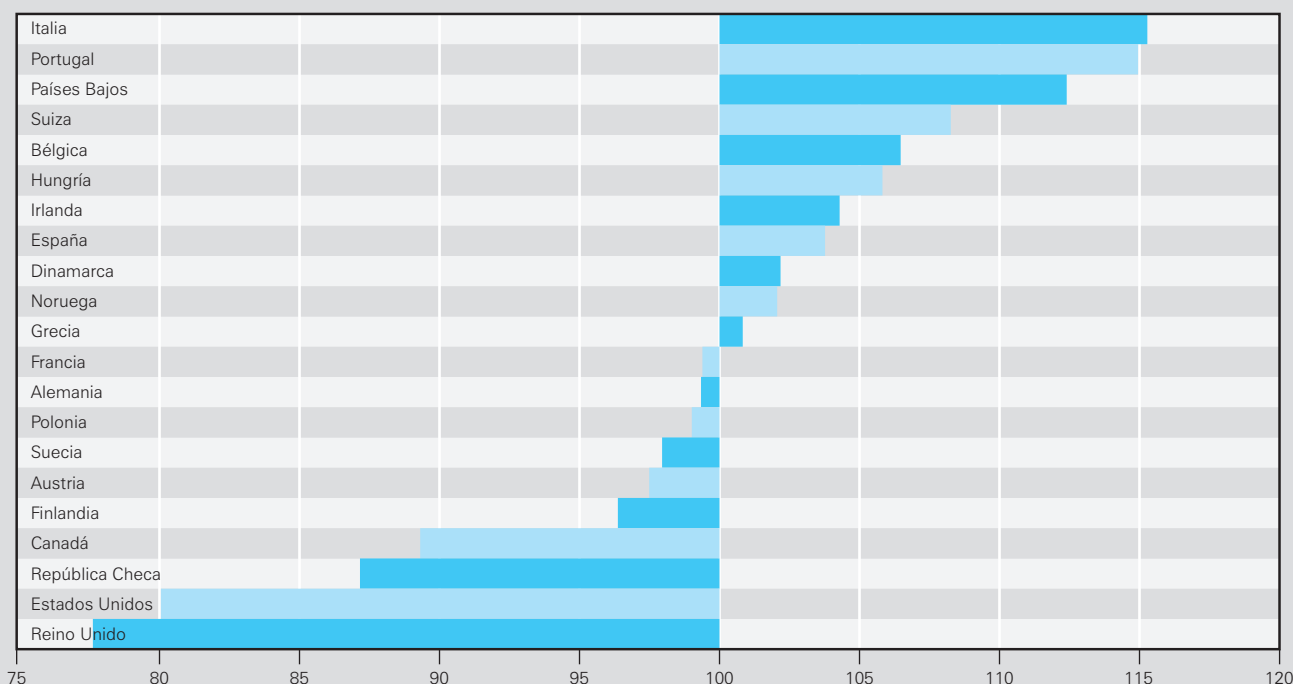
Dimensión 4

RELACIONES

Figura 4.0 Relaciones de los jóvenes con su familia y sus compañeros, panorama de la OCDE

La calidad de las relaciones de los niños y las niñas es tan difícil de medir como vital para su bienestar. No obstante, se considera un factor demasiado importante como para omitirlo, y en consecuencia se ha realizado un intento por medir la calidad de las ‘relaciones con la familia y los compañeros’ usando datos sobre estructura familiar, además de las respuestas de los propios niños a preguntas de una encuesta. La tabla siguiente muestra la posición aproximada de cada país en relación con la media registrada para la OCDE en su conjunto.

La tabla se ha dimensionado de manera que muestre la distancia de cada país por encima o por debajo de la media de la OCDE de 100.



Valoración de las relaciones de los jóvenes

El cuadro de la derecha muestra el modo en que se ha construido el índice de ‘relaciones de los niños’. Los indicadores usados reflejan la disponibilidad limitada de datos comparables internacionalmente.

Para cada indicador, se ha dado a cada país una puntuación que revela en qué medida ese país está por encima o por debajo de la media de los países de la OCDE sometidos a revisión. Cuando se ha usado más de un indicador, se han promediado las puntuaciones. De la misma forma, se han promediado las puntuaciones de los tres componentes para llegar a la clasificación global de cada país en cuanto a esta dimensión de ‘Relaciones’ en el bienestar infantil (ver cuadro en página 5).

	COMPONENTES	INDICADORES
Relaciones	estructura familiar	– porcentaje de niños que viven en familias monoparentales – porcentaje de niños y niñas que viven en familias reconstituidas
	relaciones familiares	– porcentaje de niños que declaran compartir la comida principal del día con sus padres más de una vez a la semana – porcentaje de niños que declaran que sus padres pasan tiempo ‘simplemente hablando’ con ellos
	relaciones con los compañeros	– porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que declaran que consideran a sus compañeros ‘amables y serviciales’

Relaciones de los niños

Las relaciones con la familia y los amigos suponen un asunto de máxima importancia para los niños y niñas en todo momento y lugar, y son importantes también para el desarrollo emocional y psicológico a largo plazo. A pesar de los evidentes problemas de definición y medición, se ha realizado un intento por aprehender parte de esta dimensión crítica del bienestar infantil.

A partir de los limitados datos disponibles, se han seleccionado tres componentes para representar esta dimensión: estructura familiar, relaciones con los padres y relaciones con los amigos y compañeros. La Figura 4.0 combina los tres en un panorama de la OCDE tentativo sobre la dimensión de las 'relaciones' en relación al bienestar infantil.

Estructura familiar

El uso de datos sobre la proporción de niños que viven en familias monoparentales y reconstituidas, como un indicador de bienestar, puede considerarse injusto e insensible. Muchos niños de familias con ambos progenitores sufren daños por las malas relaciones de sus padres; otros muchos de familias monoparentales y reconstituidas crecen en un entorno seguro y feliz. Además, los términos 'familias monoparentales' y 'familias reconstituidas' no hacen justicia a los numerosos tipos de unidades familiares que se han hecho comunes en las últimas décadas. Aun así, en el plano estadístico existen pruebas que llevan a asociar el crecimiento en familias monoparentales y reconstituidas con un mayor riesgo para el bienestar, incluyendo un riesgo mayor de abandono escolar, emancipación prematura, peor salud, y bajo nivel de aptitudes y sueldos. Además, tales riesgos parecen persistir incluso cuando se ha tenido en cuenta el impacto de la pobreza

en las familias monoparentales y reconstituidas (aunque puede observarse que la investigación que establece estos vínculos ha sido realizada principalmente en los Estados Unidos y el Reino Unido y no es seguro que prevalezcan las mismas pautas en todos los países de la OCDE).

Es en este contexto en el que las Figuras 4.1a y 4.1b ofrecen datos de los 25 países de la OCDE que muestran la proporción de niños de 11, 13 y 15 años en cada país que viven en familias monoparentales o reconstituidas.

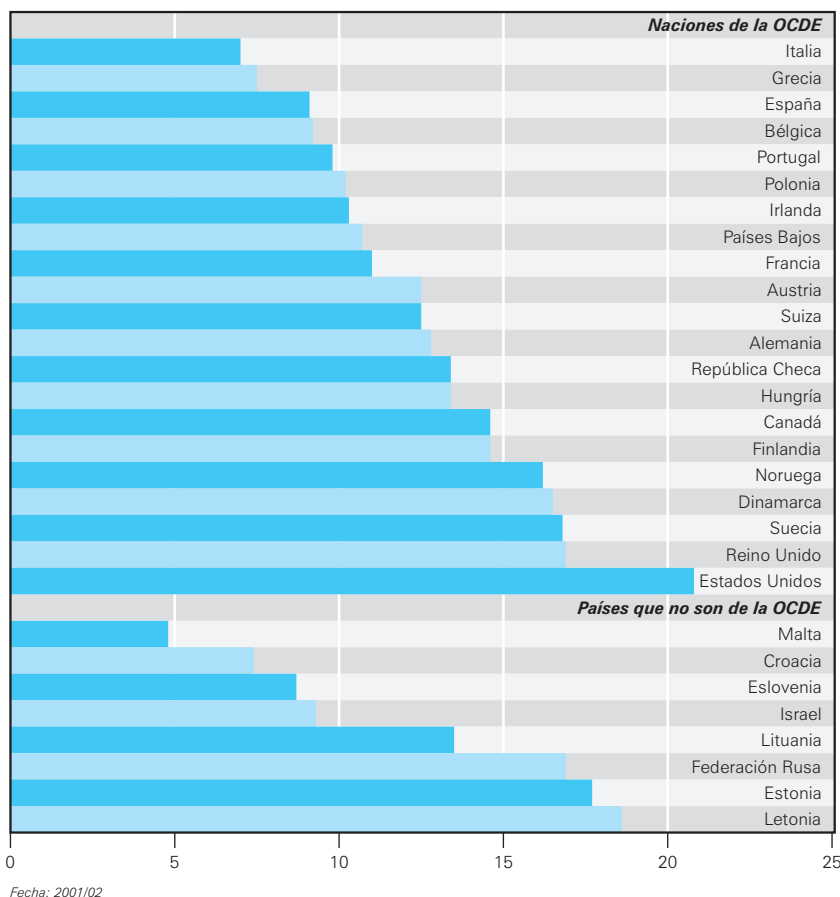
Las dos tablas muestran agrupaciones de países bastante diferentes de otras tablas clasificatorias de este informe, siendo los países de Europa meridional los que

dominan la parte alta de la tabla. En conjunto, aproximadamente el 80% de los niños de los países sometidos a revisión viven con sus dos progenitores. Pero las diferencias son considerables: desde más del 90% en Grecia e Italia a menos del 70% en el Reino Unido, y el 60% en los Estados Unidos.¹³

Tiempo con los padres

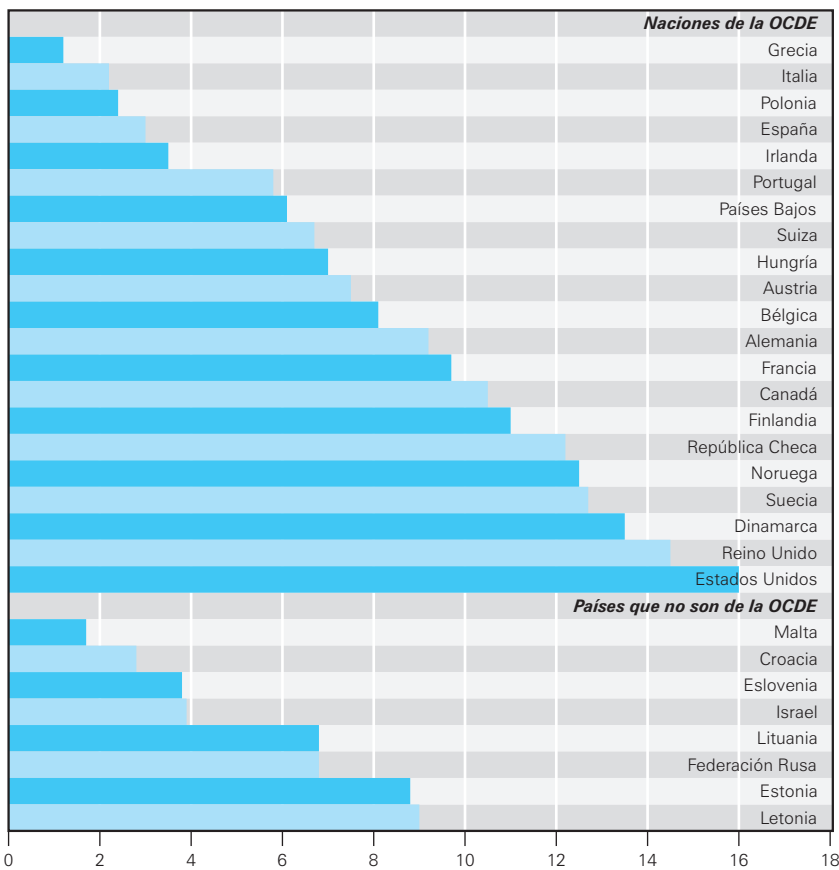
En un intento por acercarse más a la cuestión –la *calidad* de las relaciones familiares– las Figuras 4.2a y 4.2b ofrecen una información sobre el tiempo que dedican las familias a conversar y relacionarse con los niños. Los datos de estas dos tablas se basan en el ya mencionado *Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes (PISA)* que,

Figura 4.1a Porcentaje de jóvenes que viven en familias monoparentales (11, 13 y 15 años)



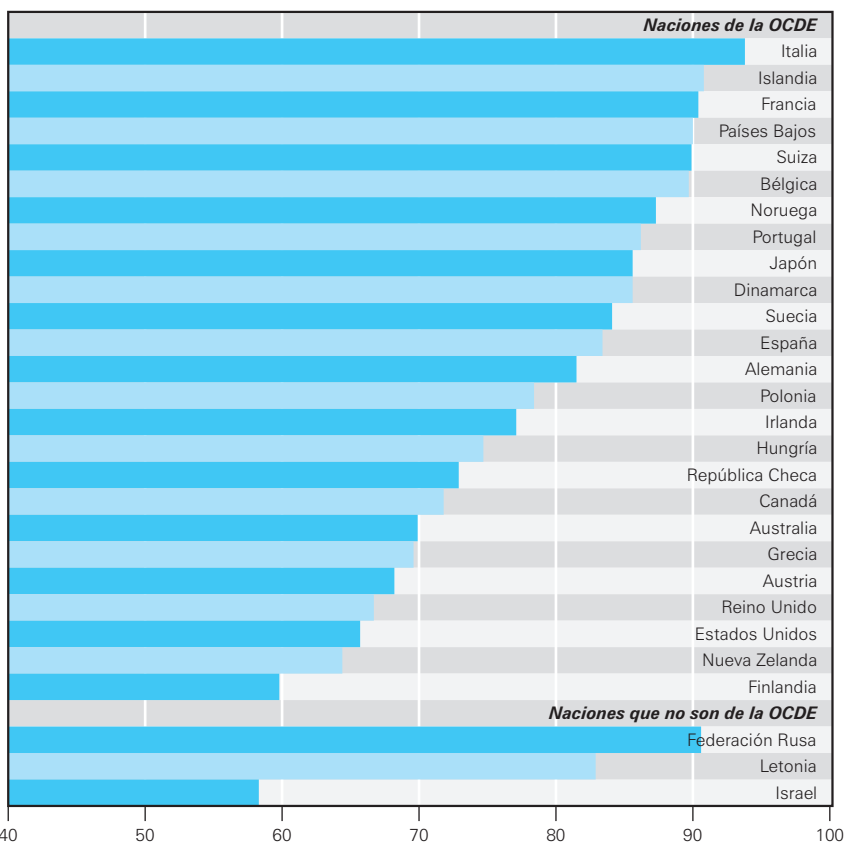
Fecha: 2001/02

Figura 4.1b Porcentaje de jóvenes (11, 13 y 15 años) que viven en familias reconstituidas



Fecha: 2001/02

Figura 4.2a Porcentaje de jóvenes de 15 años que comparten la comida principal del día con sus padres "varias veces por semana"



Fecha: 2000

además de comprobar el rendimiento académico, también plantea una serie de preguntas sobre la vida familiar de los estudiantes que participan en la encuesta.

Dos de estas preguntas son:

- En general, ¿con qué frecuencia comparten tus padres la comida principal contigo alrededor de una mesa?
- En general, ¿con qué frecuencia pasan tus padres tiempo simplemente hablando contigo?

Las Figuras 4.2a y 4.2b muestran el porcentaje de niños, niñas y adolescentes de cada país que contestaron a estas preguntas marcando la opción 'varias veces por semana'.

Incluso en los países de clasificación más baja, casi dos tercios de los niños siguen compartiendo con regularidad la comida principal del día con su familia, siendo Francia e Italia los países que mantienen la tradición con más persistencia. No obstante, existen diferencias importantes entre las dos tablas. Un número mucho menor de niños declaran *hablar regularmente* con sus padres, con una proporción que desciende hasta el 50% en Alemania, Islandia y Canadá. El Reino Unido y los Estados Unidos se encuentran en la mitad alta de la tabla de quienes 'hablan regularmente'. Italia es el único país de la OCDE que figura en el nivel alto de las dos tablas.

Existen más datos disponibles sobre esta cuestión en el estudio de *Conductas de salud de en edad escolar (HBSC)* de la Organización Mundial de la Salud. Entre sus conclusiones figuran que los jóvenes, y sobre todo las chicas, consideran más fácil hablar con sus madres que con sus padres y que la dificultad de comunicación con los padres aumenta significativamente entre las edades de 11 y 15 años.

Relaciones con los amigos

Las relaciones fuera de la familia asumen una importancia cada vez mayor conforme los niños crecen.

Según la Organización Mundial de la Salud, 'ser querido y aceptado por los iguales' es 'crucial para la salud y el desarrollo de los jóvenes, y los que no se integran socialmente tienen bastantes más probabilidades de mostrar dificultades en su salud física y emocional'. Por tanto, se ha intentado también incorporar un indicador de las relaciones de los niños con sus amigos y las personas de su edad.

La Figura 4.3, basada en el estudio HBSC, muestra los resultados de las encuestas a jóvenes de 11, 13 y 15 años en más de 30 países a quienes se planteó la pregunta '¿consideras que tus compañeros son, en general, amables y serviciales?'. Más de la mitad respondieron 'sí' en todos los países de la OCDE salvo la República Checa y el Reino Unido. Suiza y Portugal encabezan la tabla con puntuaciones del 80%, aproximadamente.

Estos diferentes conjuntos de datos intentan representar una dimensión del bienestar infantil que es difícil de definir, medir y comparar entre naciones. Sin embargo, en algunos países concretos de la OCDE puede disponerse de una información más reveladora. Por ejemplo, el Instituto Nacional de las Familia y los Padres del Reino Unido ha realizado encuestas para estimar el número de niños que podrían contestar 'sí' a preguntas como:

- mis padres siempre están disponibles cuando los necesito (76%)
- mis padres me hacen sentir querido y bien cuidado (65%)
- puedo hablar con mis padres sobre cualquier problema que tenga (56%)
- mis padres y yo conversamos mucho (20%)
- mis padres no me prestan la atención que necesito (11%)
- mis padres me hacen sentir mal conmigo mismo (7%)

En ausencia de datos tan detallados para otros países de la OCDE, el intento de incluir las 'relaciones' en este análisis de bienestar infantil debe contemplarse como un primer paso hacia la vigilancia de esta dimensión como un indicador más del bienestar infantil.

Figura 4.2b Porcentaje de jóvenes de 15 años cuyos padres pasan un tiempo "simplemente hablando con ellos" varias veces por semana

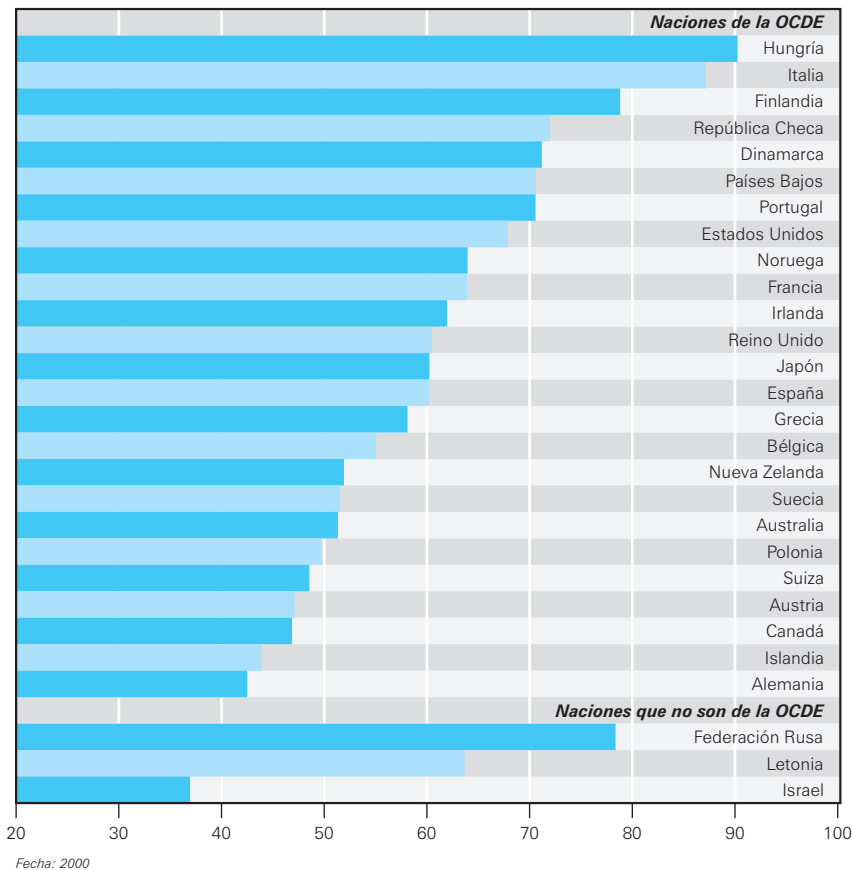
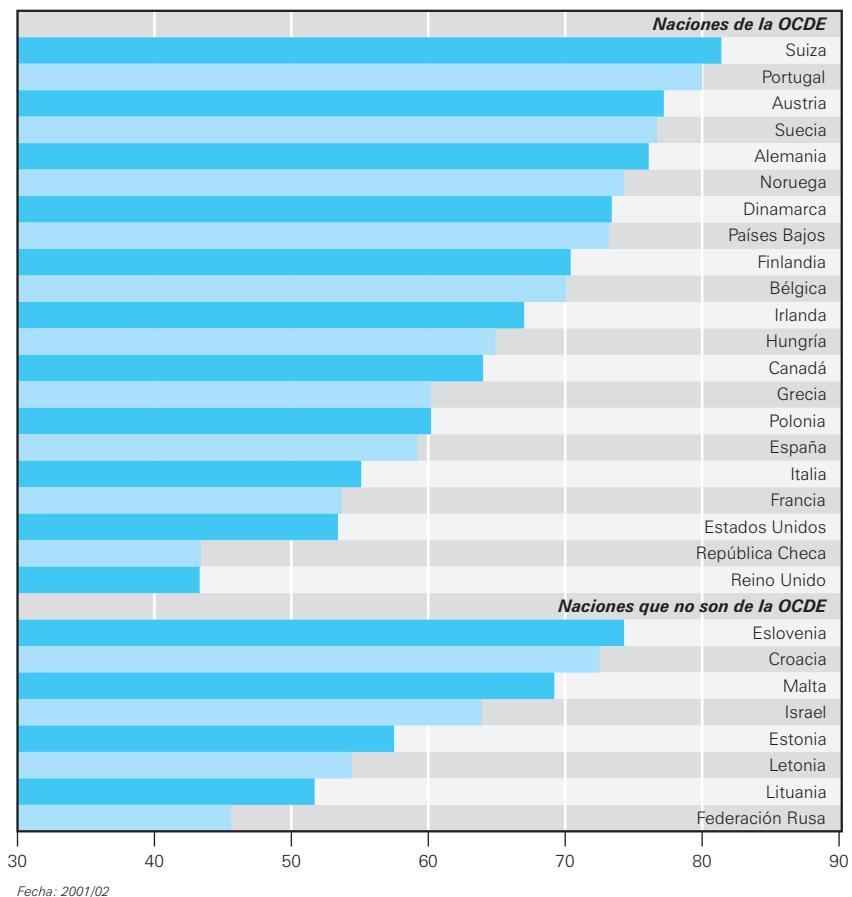


Figura 4.3 Porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que consideran a sus compañeros "amables y serviciales"



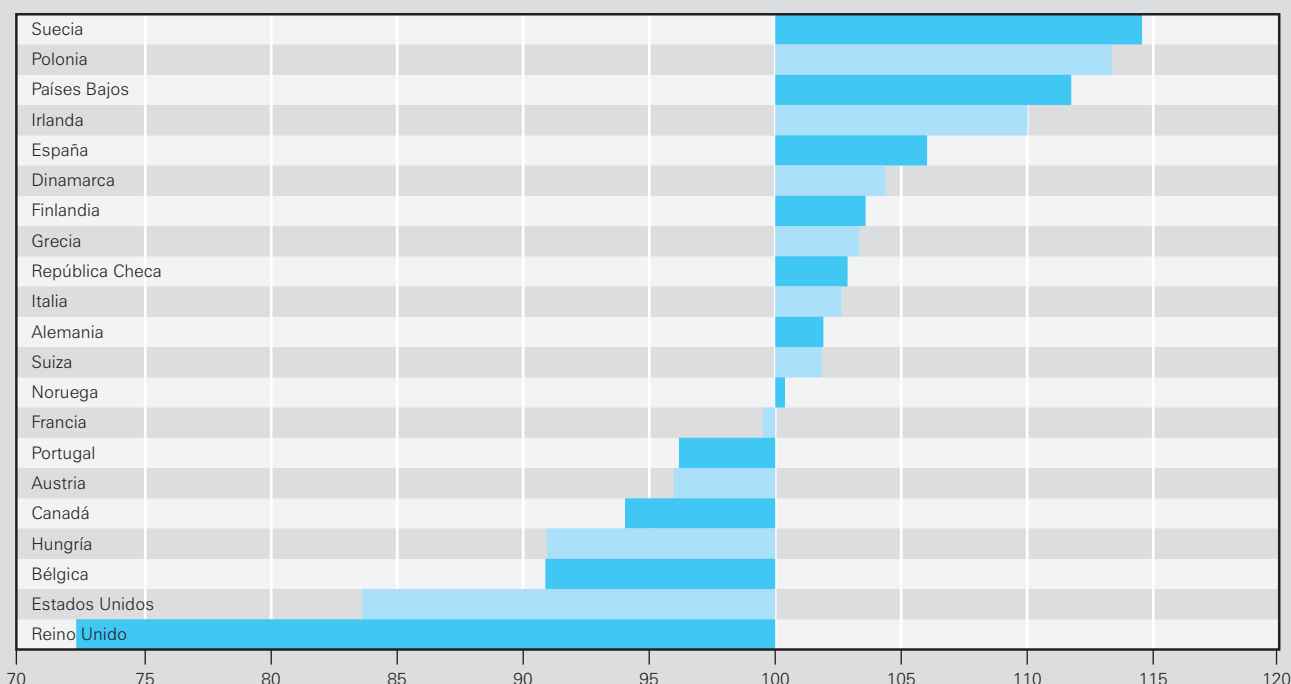
Dimensión 5

CONDUCTAS Y RIESGOS

Figura 5.0 Conductas y asunción de riesgos en los niños, niñas y adolescentes, panorámica de la OCDE

Cualquier panorámica del bienestar infantil debe intentar incorporar aspectos de la conducta que suscitan preocupación tanto entre los mismos niños como en la sociedad en la que viven. Por tanto, esta sección reúne los datos disponibles en la OCDE sobre cuestiones como la obesidad, el consumo abusivo de sustancias, la violencia y la asunción de riesgos sexuales.

La tabla clasificatoria siguiente clasifica los países de la OCDE según su puntuación media de ‘conductas y riesgos’ (que es la media de sus puntuaciones para los tres componentes seleccionados para representar esta dimensión del bienestar de los jóvenes; ver cuadro siguiente). La tabla se ha dimensionado de forma que muestre la distancia de cada país por encima o por debajo de la media de la OCDE de 100.



Valoración de conductas y riesgos

La tabla de la derecha muestra el modo en que se ha construido el índice de conductas infantiles. La elección de indicadores individuales refleja la disponibilidad de datos comparables internacionalmente.

Para cada indicador, se ha dado a cada país una puntuación que revela la medida en que dicho país se sitúa por encima o por debajo de la media de la OCDE. Cuando se ha usado más de un indicador, se han promediado las puntuaciones. De la misma forma, se han promediado las puntuaciones de los tres componentes para llegar a la clasificación global de cada país para conductas y riesgos en los niños (ver cuadro en página 5).

Conductas y riesgos	COMPONENTES	INDICADORES
	conductas de salud	<ul style="list-style-type: none"> – porcentaje de niños que toman desayuno – porcentaje que comen fruta a diario – porcentaje que realizan actividades físicas – porcentaje con sobrepeso
	conductas de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> – porcentaje de adolescentes de 15 años que fuman – porcentaje que se han emborrachado más de dos veces – porcentaje que consumen cannabis – porcentaje que mantienen relaciones sexuales a los 15 años – porcentaje que usan preservativos – tasa de fecundidad en adolescentes
	experiencia de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> – porcentaje de niños de 11, 13 y 15 años implicados en peleas en los últimos 12 meses – porcentaje que declaran haber sufrido acoso escolar en los últimos 2 meses

Conductas y riesgos en los jóvenes

Las conductas y riesgos que se exponen en esta sección se presentan no como un catálogo de problemas sociales sino como un intento de medir una dimensión importante y esquiva del bienestar infantil. Puede haber muchas razones por las cuales los niños y adolescentes consumen drogas, o llevan estilos de vida insanos, o por las que las jóvenes se quedan embarazadas a edades muy tempranas; estas razones a menudo reflejan circunstancias, presiones y percepciones de uno mismo que socavan el bienestar. Aunque de forma indirecta, indican problemas y presiones a los que se enfrenta una proporción importante de jóvenes en los países sometidos a revisión. Los efectos directos, mostrados en las tablas siguientes, reflejan en algún grado su falta de preparación e incapacidad para afrontar tales presiones.

A través de los estudios *PISA* y *HBSC* ya citados, para la mayoría de los países de la OCDE se ha podido disponer de indicadores conductuales y de asunción de riesgos. La Figura 5.0 reúne 12 de estos indicadores en los tres componentes seleccionados para representar esta dimensión del bienestar infantil: conductas saludables, conductas de riesgo y experiencia de la violencia.

Conductas de salud

Como varias de las medidas de esta revisión, los hábitos de alimentación en la infancia y la adolescencia son indicadores de bienestar presente y futuro. Los niños que comen de forma insana durante sus primeros años de vida tendrán más probabilidades de

mantener esta pauta en la edad adulta y sufrirán un riesgo mayor de padecer problemas de salud como diabetes, cardiopatía y cáncer.

Las Figuras 5.1a y 5.1b reúnen datos sobre los dos indicadores que se han escogido para representar la ‘alimentación sana’. La Figura 5.1a muestra el porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que desayunan regularmente. Su valor como indicador reside en el hallazgo de que saltarse el desayuno se asocia con fatiga a media mañana, menor concentración y mayor probabilidad de comer alimentos ricos en grasas y pobres en fibra durante el día. La diferenciación por edad y género revela que los chicos muestran mayor disposición a tomar el desayuno que las chicas.

La Figura 5.1b muestra el porcentaje

de jóvenes que declaran comer fruta todos los días. En conjunto, sólo una tercera parte, aproximadamente, de los jóvenes come fruta a diario (en los 35 países encuestados). Una proporción aún menor declara consumir verduras todos los días.

Las Figuras 5.1c y 5.1d se aproximan al concepto de ‘conductas saludables’ desde un ángulo diferente, centrándose en la actividad física y la obesidad.

Las directrices encontradas por un panel internacional bajo la dirección de la Organización Mundial de la Salud recomiendan que todos jóvenes participen en una actividad física de intensidad al menos moderada durante una hora al día (donde ‘intensidad moderada’ se define como aquélla que se consigue cuando ‘el participante siente calor y falta de aliento’). La Figura 5.1c muestra el número de

Figura 5.1 Conducta saludable en niños, panorámica de las Figuras 5.1a a 5.1d

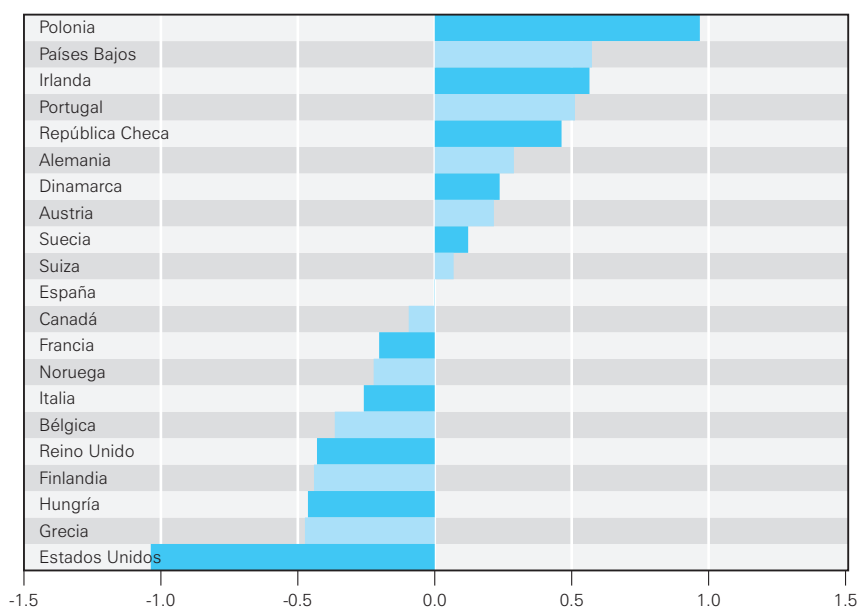


Figura 5.1a Porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que declaran tomar el desayuno todos los días de colegio

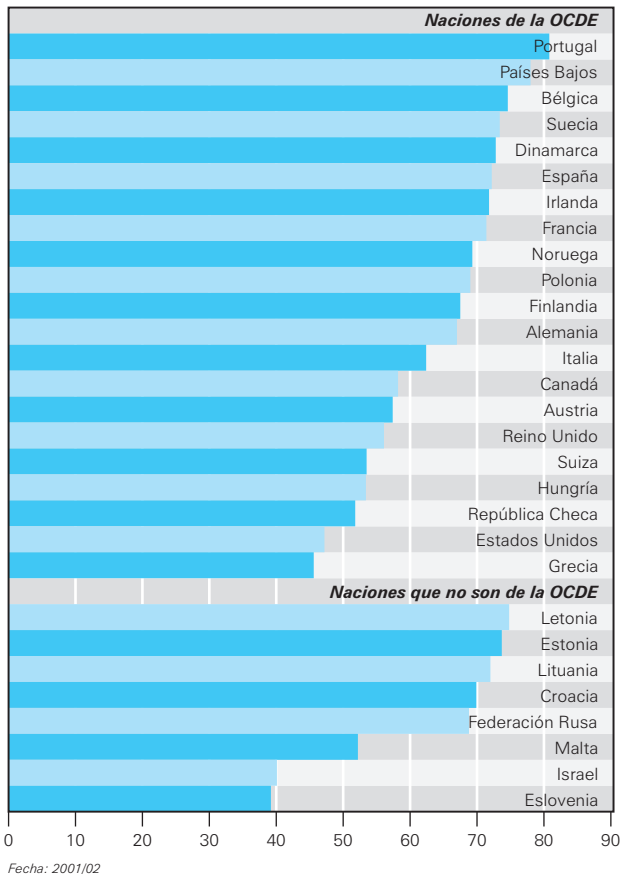


Figura 5.1c Número medio de días en que los jóvenes de 11, 13 y 15 años declaran realizar actividades físicas durante una hora o más de la semana anterior/típica

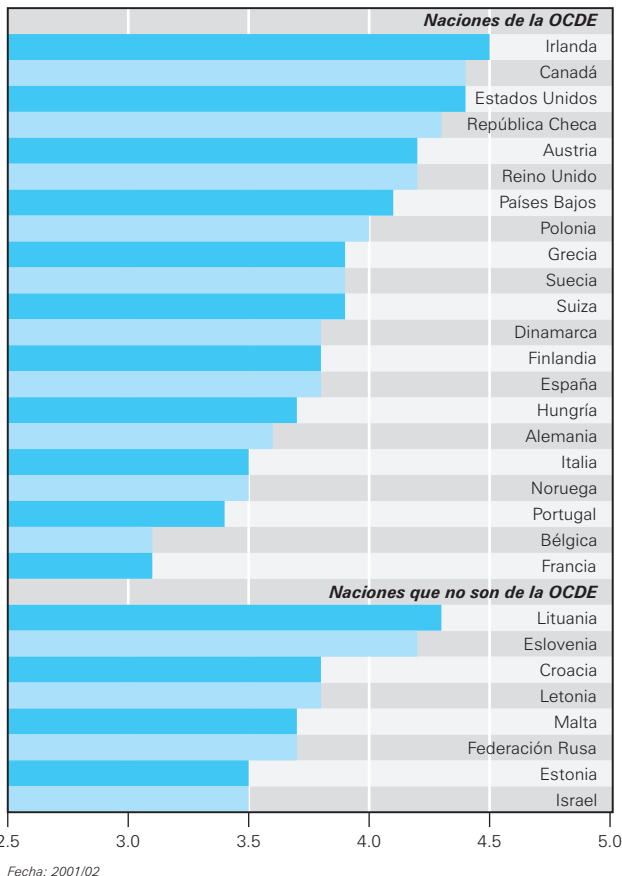


Figura 5.1b Porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que declaran comer fruta todos los días

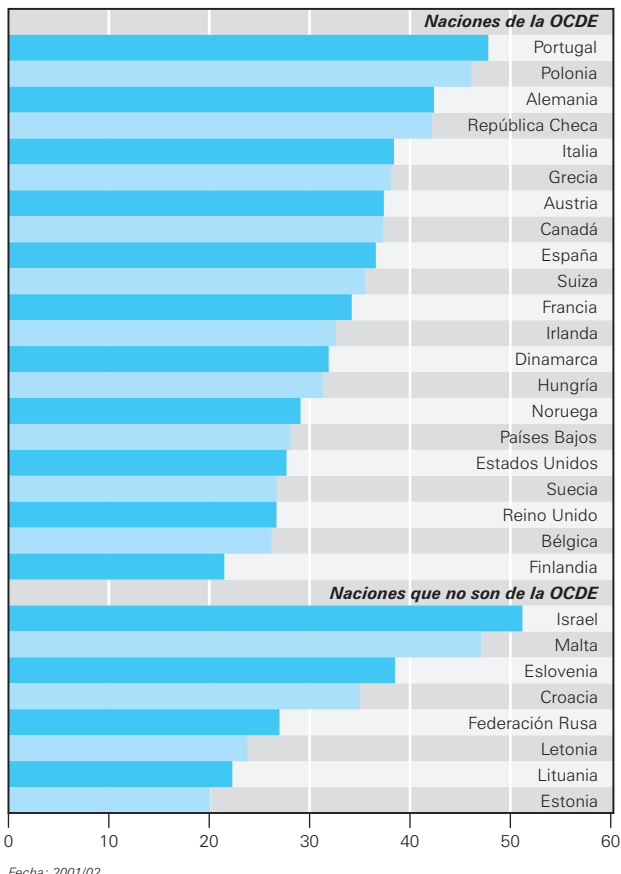
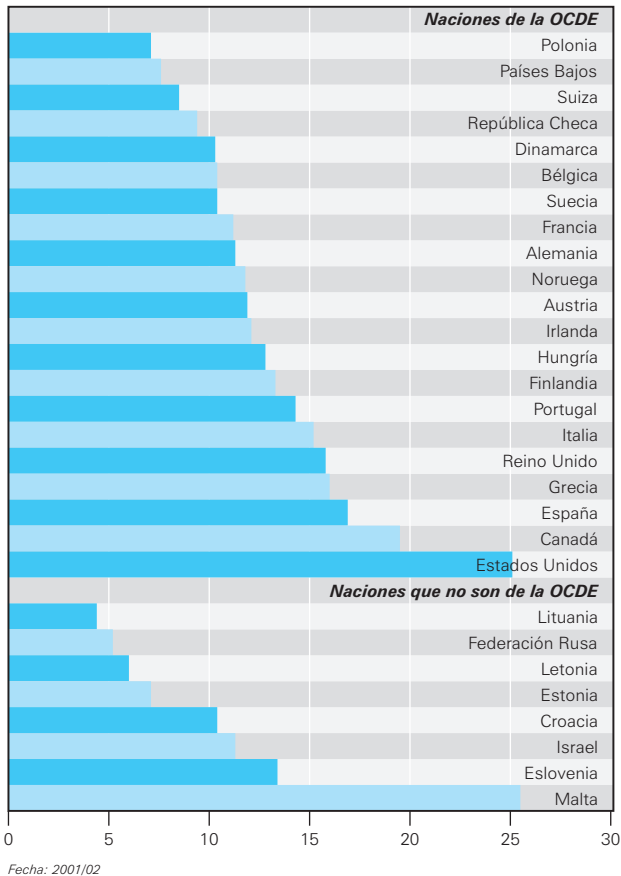


Figura 5.1d Porcentaje de jóvenes de 13 y 15 años que declaran estar con sobrepeso



jóvenes de 11, 13 y 15 años que llegan a este estándar, y de nuevo la respuesta es ‘no muchos’. En los países de la OCDE en conjunto, sólo una tercera parte de los jóvenes, aproximadamente, hace ejercicio durante una hora o más en cinco o más días por semana. Los jóvenes que hacen más ejercicio son los de Irlanda, Canadá y los Estados Unidos, y los que menos, los de Bélgica y Francia.

En todos los países y todos los grupos de edad encuestados, los chicos tienden a realizar más actividades físicas que las chicas.

La Figura 5.1d muestra la prevalencia de la obesidad entre los 13 y 15 años de edad en 21 países de la OCDE y se basa en preguntar a los jóvenes que declaren su peso y su estatura (una pregunta que dio bajas tasas de respuesta, lo cual indica posiblemente que las cifras están por debajo del valor real). Polonia y los Países Bajos tienen la menor proporción de jóvenes con sobrepeso. Los niveles más altos de obesidad se encontraron en los cuatro países de Europa meridional (España, Grecia, Italia y Portugal) más los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Los países en la parte baja de esta tabla clasificatoria pueden esperar problemas en el futuro; como ha declarado el Comisario de Sanidad de la Unión Europea: “*Los adolescentes con sobrepeso de hoy son las víctimas de ataques cardíacos del mañana*”.

La Figura 5.1 reúne todos estos factores y muestra que en la mayoría de los países las conductas saludables de los jóvenes no se desvían demasiado de la media para la OCDE en su conjunto. Las excepciones son Polonia, donde las conductas saludables de los niños son considerablemente mejores que la media, y los Estados Unidos, cuya clasificación general refleja los altos niveles de obesidad.

Conductas de riesgo

El segundo componente elegido para representar esta dimensión es la prevalencia de la asunción de riesgos entre los jóvenes, lo que incluye fumar, consumir drogas y alcohol, mantener actividad sexual de riesgo y, en las chicas, quedar embarazadas a edades demasiado tempranas.

La Figura 5.2 combina los datos disponibles sobre todos estos riesgos en una tabla clasificatoria general de la OCDE sobre conductas de riesgo entre los jóvenes. Tres de los cinco puestos inferiores de la tabla clasificatoria están ocupados por países angloparlantes y el Reino Unido se sitúa en el último lugar de las clasificaciones a una distancia considerable.

La Figura 5.2a presenta datos sobre el hábito de fumar, un factor bien conocido como causa determinante de la enfermedad y la muerte prematuras en el mundo desarrollado. En conjunto, muestra que el 10% o más de los adolescentes de los países de la OCDE fuman al menos una vez a la semana a la edad de 15 años. La encuesta HBSC a partir de la cual se obtienen los datos valora más

positivamente el resultado: “*El 84% de los jóvenes declaran que no fuman. Aproximadamente un tercio del 16% de los que fuman lo hacen menos de una vez por semana*”. La misma encuesta informa de que, en 23 de los 35 países, las chicas tienden a fumar más que los chicos.

Alcohol, cannabis, relaciones sexuales

La Figura 5.2b muestra el porcentaje de niños de 11, 13 y 15 años que respondieron ‘dos o más veces’ cuando se les preguntó ‘con qué frecuencia habían bebido tanto alcohol que se emborracharon’. En la mayoría de los países de la OCDE, menos del 15% de jóvenes declaran haber estado ebrios en dos o más ocasiones. En los Países Bajos, la cifra asciende a más de la cuarta parte y en el Reino Unido a casi un tercio.

El porcentaje de jóvenes de 15 años que han consumido cannabis (Figura 5.2c) también parece variar muy ampliamente entre los distintos países de la OCDE, desde menos del 5% en Grecia y Suecia a más del 30% en Canadá, España, Suiza, los Estados Unidos y el Reino Unido. Canadá es el único país con una tasa de consumo

Figura 5.2 Conducta de riesgo en los jóvenes, panorámica de las tablas 5.2a a 5.2f

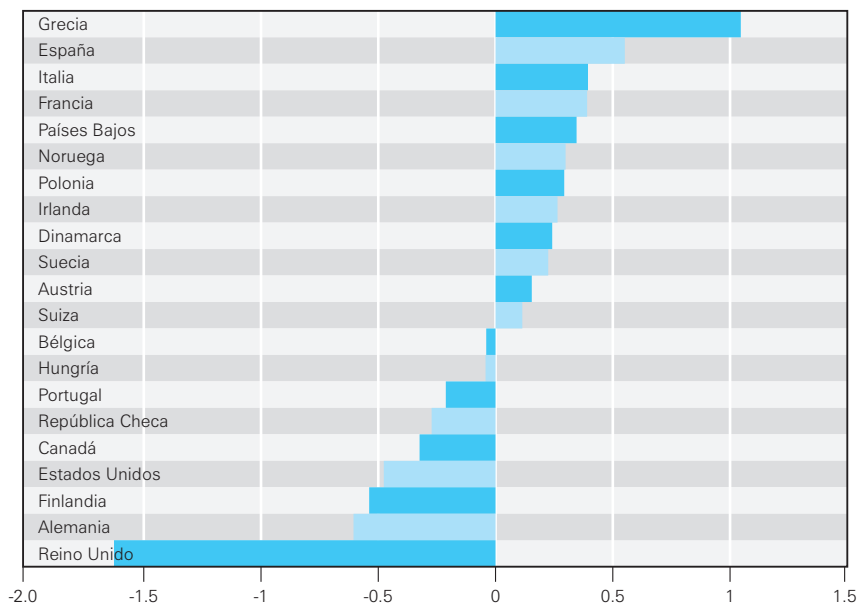
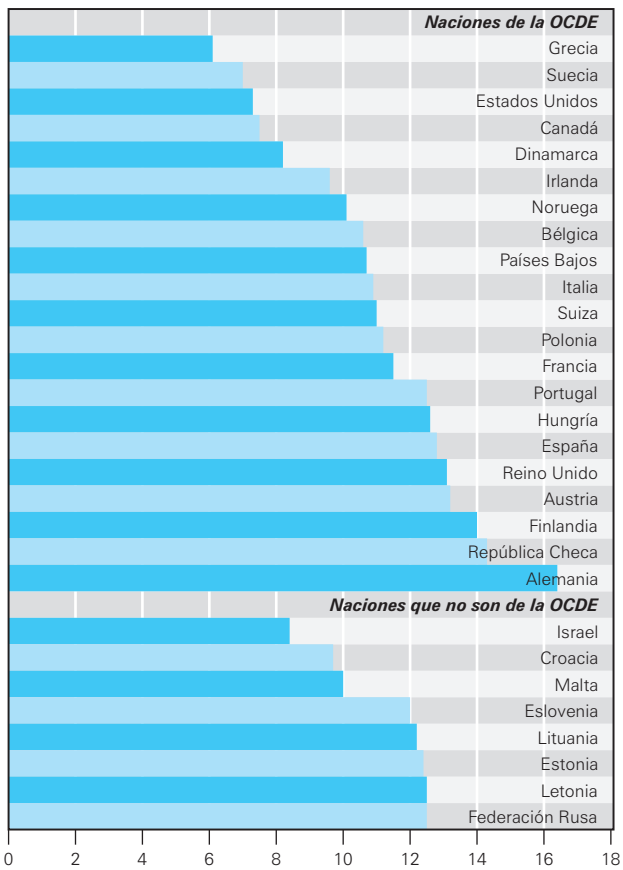
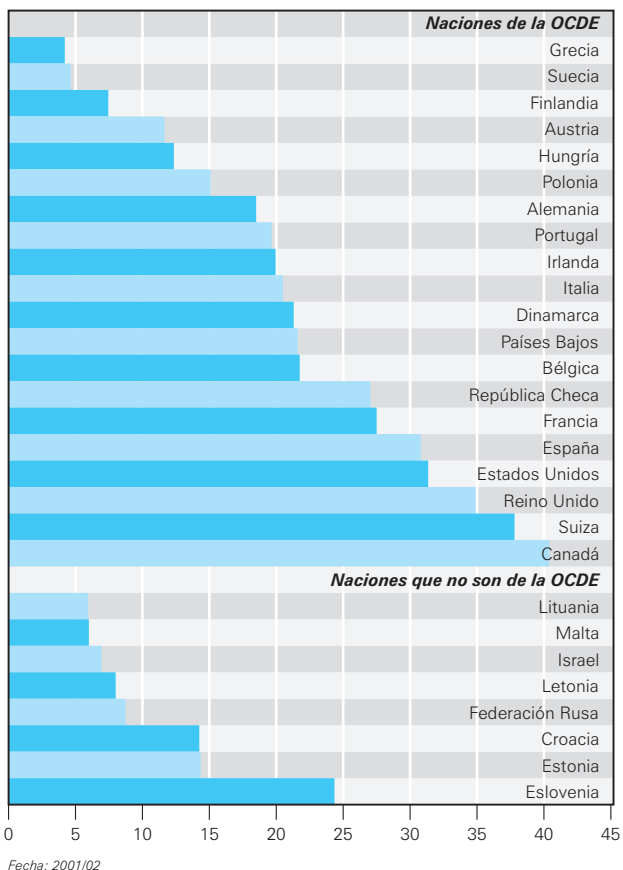


Figura 5.2a Porcentaje de estudiantes de 11, 13 y 15 años que fuman cigarrillos al menos una vez a la semana



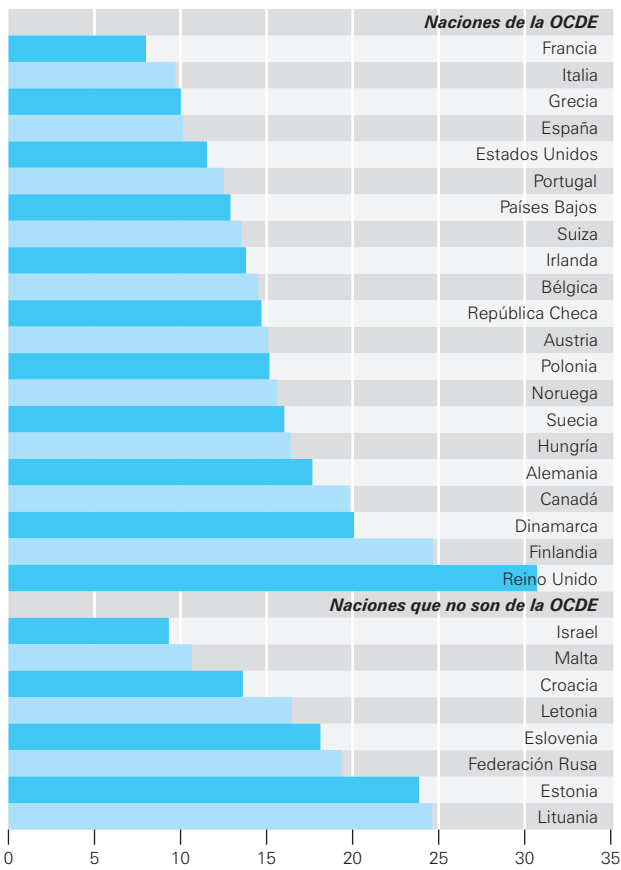
Fecha: 2001/02

Figura 5.2c Porcentaje de estudiantes de 11, 13 y 15 años que declaran haber consumido cannabis en los últimos 12 meses



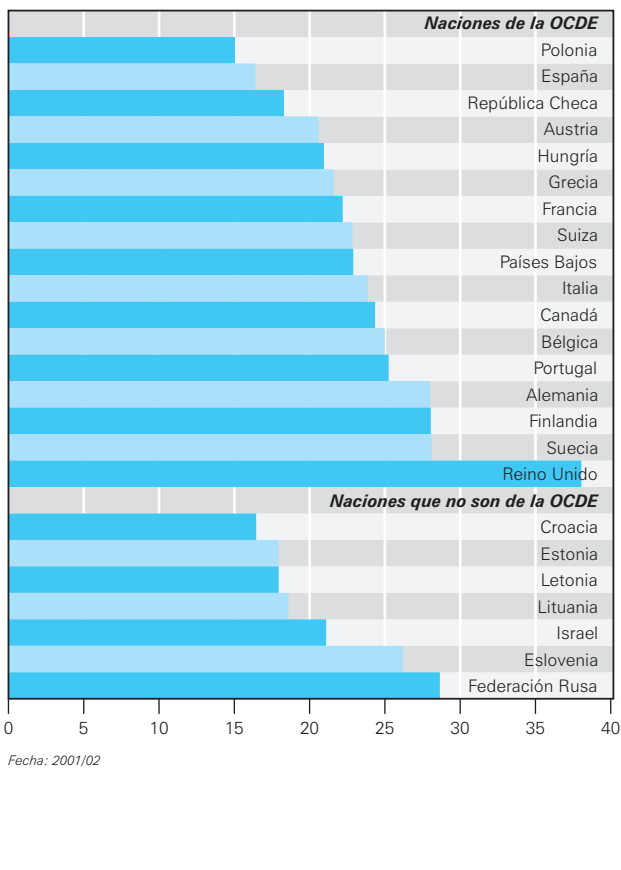
Fecha: 2001/02

Figura 5.2b Porcentaje de estudiantes de 11, 13 y 15 años que declaran haber estado ebrios dos o más veces



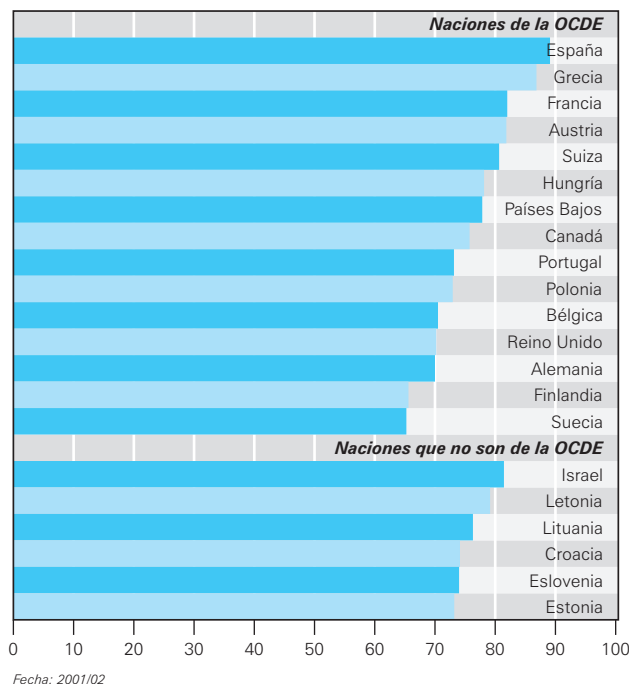
Fecha: 2001/02

Figura 5.2d Porcentaje de jóvenes de 15 años que declaran haber tenido relaciones sexuales



Fecha: 2001/02

Figura 5.2e Porcentaje de jóvenes de 15 años que usaron preservativo durante su última relación sexual



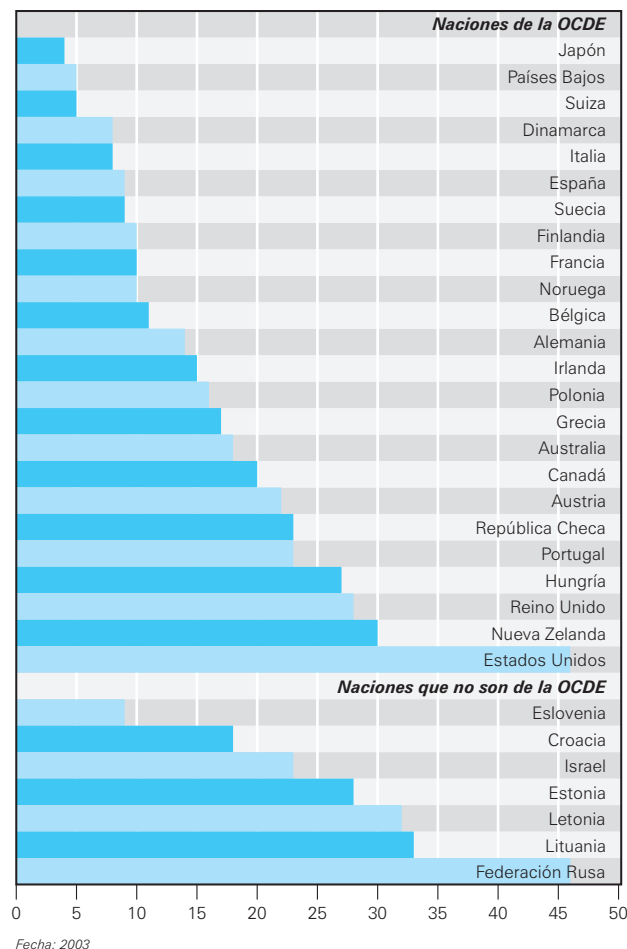
Fecha: 2001/02

de cannabis de más del 40% entre los jóvenes de 15 años. El consumo regular de cannabis se asocia con depresión, deterioro de la salud física, problemas en el colegio y otras formas de asunción de riesgos. Puede también desencadenar psicosis, especialmente en jóvenes ya propensos a estas dolencias.

Existe una variación bastante menor, pero aún significativa, en el porcentaje de adolescentes que han mantenido relaciones sexuales a la edad de 15 años (Figura 5.2d). En 16 de los 17 países de la OCDE con datos disponibles, la proporción se sitúa entre el 15% y el 28%; para el Reino Unido es casi del 40%. La mayoría de los países han hecho esfuerzos para educar a los jóvenes sobre los peligros del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual y esto se refleja en la tasa de uso de preservativos. Entre los jóvenes de 15 años que han mantenido relaciones sexuales, la gran mayoría (entre el 65% y el 90%) usó preservativo (Figura 5.2e).

Muchas de las conductas de riesgo representadas en estas tablas están

Figura 5.2f Tasa de fecundidad en adolescentes: nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años



Fecha: 2003

relacionadas o solapadas. Por ejemplo, entre los jóvenes que fuman cigarrillos la probabilidad de consumir alcohol regularmente es de unas tres veces más, y de ocho veces más la de consumir cannabis.

Embarazos en adolescentes

Las tasas de fecundidad en adolescentes en los países de la OCDE (Figura 5.2f) también varían considerablemente, desde apenas 5 hasta 45 nacimientos por cada 1.000 chicas de 15 a 19 años.

Para la mayoría de las chicas que crecen en algún país de la OCDE, la norma hoy es tener una buena educación, una carrera profesional, vivir en un hogar con dos ingresos, retrasar el nacimiento de los hijos y tener una familia pequeña. Es en este contexto en el que embarazo en

adolescentes se ha convertido en un problema importante: dar a luz a una edad demasiado temprana se asocia hoy con una amplia variedad de desventajas para la madre y el niño, entre las que se incluye una mayor probabilidad de abandonar los estudios, de tener cualificaciones bajas o inexistentes, de sufrir desempleo o una mala remuneración y de vivir en condiciones de vivienda deficientes. Pero como siempre, no es lo mismo que ambos hechos estén asociados y que exista una relación causa efecto. Muchas chicas que dan a luz en la adolescencia han crecido con pobreza y desventajas que probablemente habrían tenido consecuencias negativas aunque hubieran esperado a la veintena para tener hijos. El embarazo en adolescentes puede empeorar estos problemas, pero no quedarse embarazadas no los eliminará.

Más allá del problema inmediato, los niveles de fecundidad en adolescentes pueden servir también como indicador de un aspecto de la vida de los jóvenes que, en caso contrario, sería difícil aprehender. Para una persona joven con una mala percepción de su bienestar actual (es infeliz o tal vez sufre maltrato doméstico, padece miseria y bajo rendimiento escolar y le esperan trabajos de baja cualificación y mal remunerados), tener un hijo al que dar cariño y de quien recibirlo, con una pequeña renta por las prestaciones sociales y un hogar propio, puede parecer una opción más atrayente que otras alternativas. Una adolescente que rinde bien en el colegio y a la que espera una carrera profesional interesante y bien remunerada, que crece rodeada por una familia y unos amigos con expectativas parecidas, sentirá probablemente que tener un hijo comprometerá su bienestar actual y sus esperanzas para el futuro.

La medida aproximada de la proporción de adolescentes que se sitúa a cada lado de la línea divisoria, las tasas de fecundidad en adolescentes mostradas en la Figura 5.2f pueden constituir un indicador especialmente significativo del bienestar de los jóvenes.

Experiencia de la violencia

La agresión y la violencia en todas sus formas (acoso escolar, peleas, consumo abusivo de sustancias) oscurecen la vida de muchos jóvenes, convirtiendo una época vital que los adultos consideran feliz y libre de preocupaciones en un tiempo de ansiedad y sufrimiento. En particular, la exposición a la violencia doméstica (tanto directamente por maltrato infantil como de forma indirecta siendo testigos de agresión y violencia entre adultos) puede ser una causa de dolor y daño duraderos en niños de todas las edades.¹⁴

Por desgracia, la exposición a la violencia es difícil de definir y los indicadores disponibles resultan inadecuados para la tarea de reflejar tanto el sufrimiento actual como las futuras consecuencias. Las Figuras 5.3a y 5.3b reúnen los escasos datos sobre lo que tienen que decir los propios niños sobre estas cuestiones.

En 18 de los 21 países encuestados, la proporción de niños implicados en peleas en los últimos 12 meses (Figura 5.3a) fue de más de un tercio, comprendida entre menos del 30% en Finlandia y Alemania y más del 45%

en la República Checa y Hungría. En total, aproximadamente el 40% de los jóvenes de los países encuestados declararon haber participado en al menos una pelea física durante el último año.

La prevalencia del acoso escolar (Figura 5.3b) varía de forma más amplia, con aproximadamente el 15% de los niños que declaran ser víctimas de este acoso en Suecia y la República Checa, frente a más del 40% en Suiza, Austria y Portugal. Aproximadamente la tercera parte de los jóvenes en los países encuestados declaran haber sufrido acoso escolar al menos una vez durante los dos meses anteriores a la encuesta. Una proporción similar declaró acosar a compañeros de clase.

Estas dos tablas han de tratarse con precaución. El hecho de que los niños de la República Checa aparezcan simultáneamente en la parte superior de la tabla de 'peleas' y en la parte inferior de la clasificación de 'acoso escolar', por ejemplo, no es necesariamente incoherente. La distinción entre acoso escolar y peleas es, al cabo, una cuestión de percepción, y las sutilezas de la diferencia pueden perderse a veces en la traducción. La definición usada por la encuesta citada, y remitida a los entrevistadores como preliminares a la pregunta sobre acoso escolar, ilustra esta dificultad: *“Decimos que un estudiante está sufriendo acoso escolar cuando otro estudiante, o grupo de estudiantes, le dice y hace cosas obscenas o groseras. También es acoso escolar cuando un alumno es repetidamente objeto de burla de una forma que no le gusta, o si se le margina deliberadamente. Pero no es acoso escolar cuando pelean o discuten dos estudiantes de la misma fuerza. Tampoco es acoso escolar si la burla se realiza de una forma amistosa o como parte del juego”*. La Figura 5.3 reúne los indicadores de 'peleas' y 'acoso escolar' en una tabla compuesta, pero sigue existiendo una

Figura 5.3 Jóvenes que declaran no haber participado en peleas, ni haber sido objeto de acoso escolar, panorámica de las tablas 5.3a y 5.3b

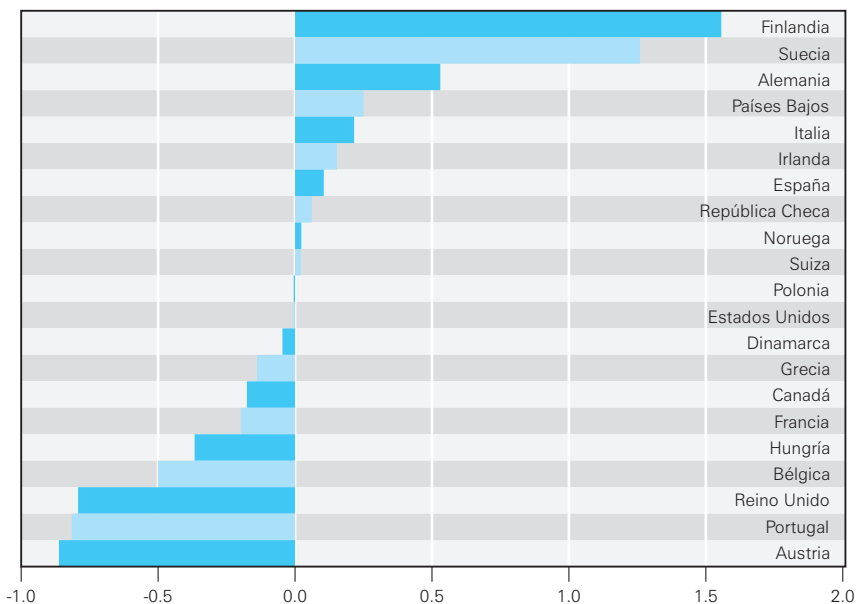
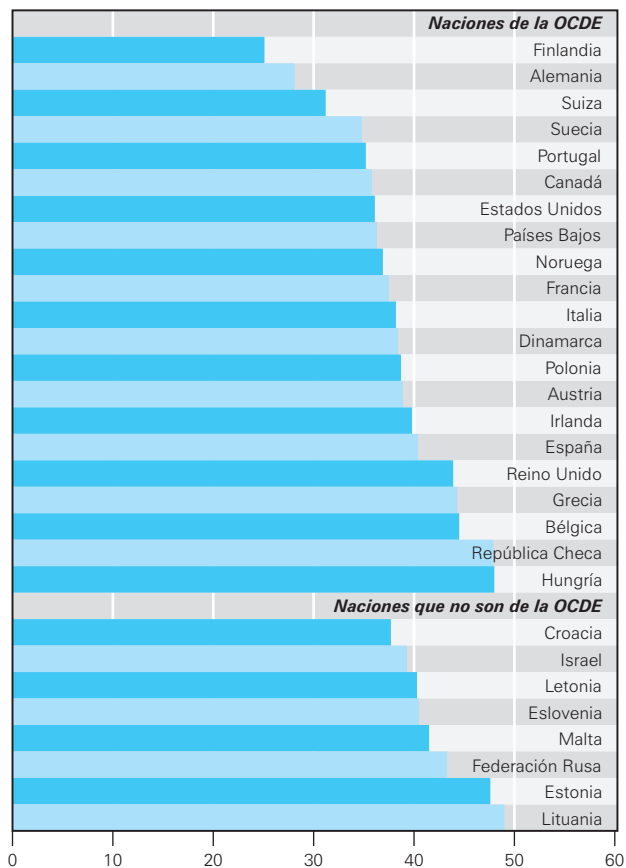
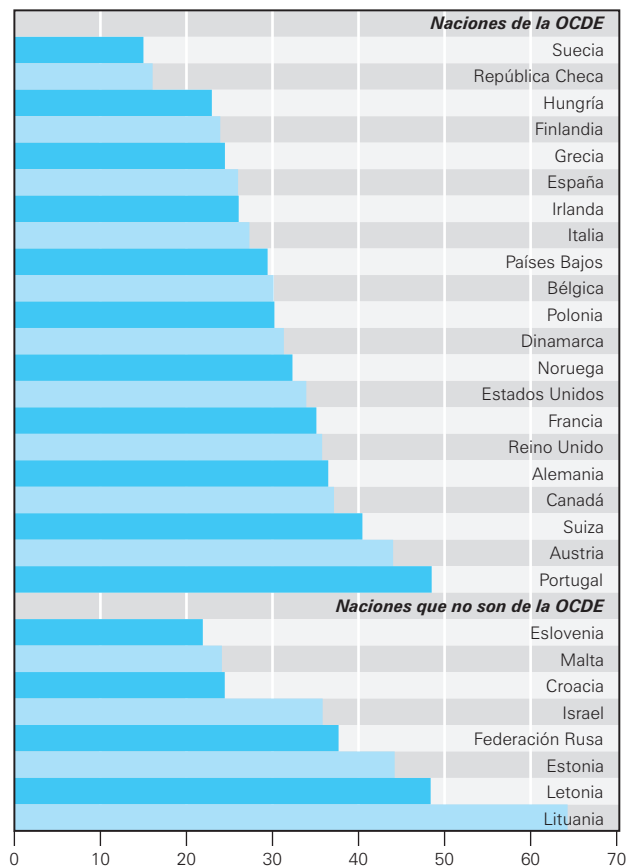


Figura 5.3a Porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que declaran haber participado en peleas en los últimos 12 meses



Fecha: 2001/02

Figura 5.3b Porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que declaran haber sufrido acoso escolar en los últimos 2 meses



Fecha: 2001/02

representación inadecuada de la experiencia de la violencia entre los jóvenes en los países implicados. Se necesita más información acerca de la exposición de los niños a la violencia de todas clases en el hogar. Estudios nacionales demuestran que los niños que presencian a menudo violencia entre otras personas en el hogar tienen

también más probabilidades de ser víctimas directas de la violencia, y ambas formas de exposición representan niveles incalculables de sufrimiento actual y daño a largo plazo para el desarrollo y el bienestar de muchos millones de niños. El Report n° Card 5 (septiembre de 2003) concluyó que en algunas naciones

industrializadas actuales nada menos que un niño de cada 15 es víctima de malos tratos graves y que ésta es una cuestión que ha de sacarse de las sombras de la vida nacional y examinarse a la luz del escrutinio público y político.

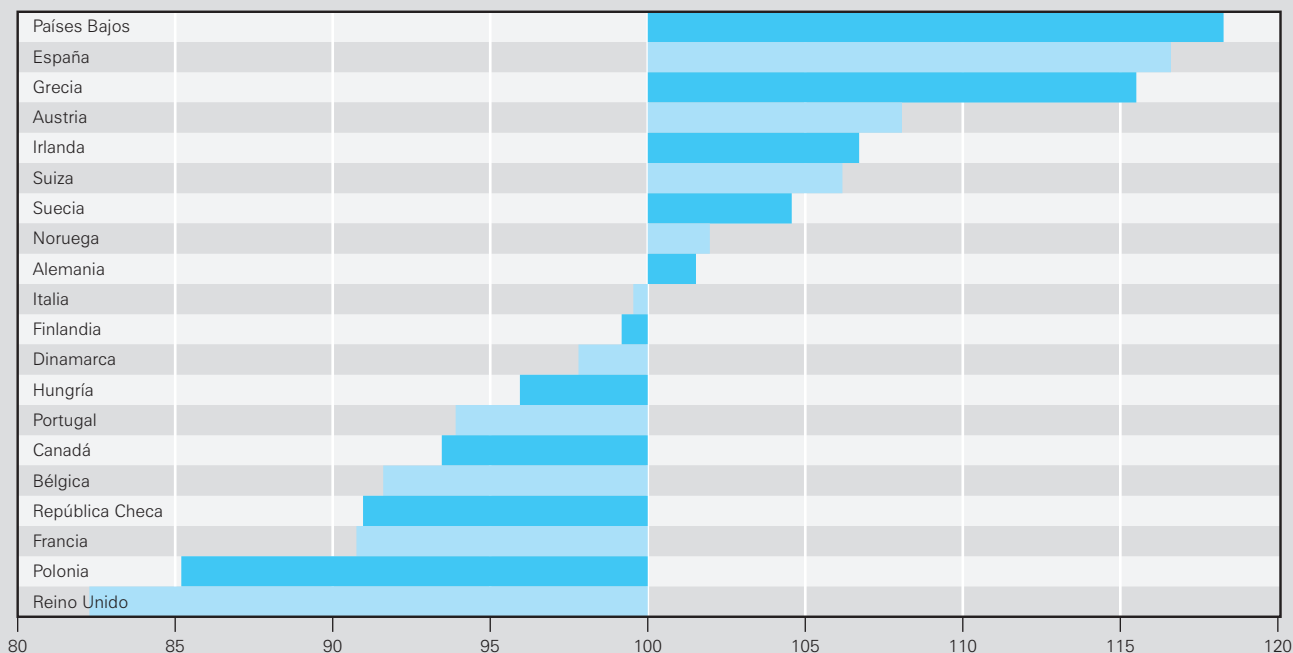
Dimensión 6

BIENESTAR SUBJETIVO

Figura 6.0 Bienestar subjetivo de los jóvenes, panorama de la OCDE

Esta sección intenta dar profundidad a esta panorámica de bienestar infantil teniendo en cuenta las percepciones de los propios niños y niñas, extraídas de encuestas internacionales sobre las opiniones de los niños, niñas y adolescentes. La tabla siguiente reúne los resultados en un panorama de la sensación subjetiva de bienestar de los propios niños.

La tabla se ha dimensionado de forma que muestre la distancia de cada país por encima o por debajo de la media de la OCDE de 100 y refleja la posición de los países en relación con la media para la OCDE en conjunto.



Bienestar subjetivo

El cuadro de la derecha muestra el modo en que se ha construido el índice de bienestar subjetivo de los niños. La elección de indicadores individuales refleja la disponibilidad de datos comparables internacionalmente.

Para cada indicador, se ha dado a cada país una puntuación que revela la medida en que dicho país se sitúa por encima o por debajo de la media de los países de la OCDE sometidos a revisión. Cuando se ha usado más de un indicador, se han promediado las puntuaciones. De la misma forma, se han promediado las puntuaciones de los tres componentes para llegar a la clasificación global de cada país para el bienestar subjetivo de los niños (ver cuadro en página 5).

	COMPONENTES	INDICADORES
Bienestar subjetivo	salud	– porcentaje de jóvenes que valoran su salud como ‘regular’ o ‘mala’
	vida escolar	– porcentaje de jóvenes a quienes “el colegio les gusta mucho”
	bienestar personal	– porcentaje de niños que se valoran por encima de la media en una ‘Escala de satisfacción vital’ – porcentaje de niños que se valoran negativamente su bienestar personal

Valoraciones subjetivas del bienestar entre los niños, las niñas y los adolescentes

Varios elementos en esta panorámica de bienestar infantil han intentado reflejar las propias opiniones y voces de los niños como, por ejemplo, las encuestas de poder adquisitivo familiar declarado, la experiencia de acoso escolar o la frecuencia de la comunicación con los padres. La inclusión del ‘bienestar subjetivo’ como una dimensión diferenciada representa un intento de centrarse más directamente en las percepciones de los niños y niñas sobre su propio bienestar.

Se han seleccionado tres componentes para representar esta dimensión: la proporción de jóvenes que valoran su propia salud como no más que ‘regular’ o ‘mala’, la proporción que declaran que ‘les gusta mucho el colegio’ y una medida de la satisfacción general de los niños con su propia vida.

Al reunir los datos disponibles (Figura 6.0) se observa que la sensación subjetiva de bienestar en los niños parece ser acusadamente alta en los Países Bajos, España y Grecia y marcadamente baja en Polonia y el Reino Unido. Por desgracia, se dispone de datos insuficientes para los Estados Unidos que, por tanto, no pudieron incluirse en esta sección.

Percepciones de salud

Las encuestas sobre percepción de los propios jóvenes sobre su salud demuestran que, en prácticamente todos los países de la OCDE para los que se dispone de datos, las chicas declaran peores niveles de salud que los chicos, aumentando gradualmente dicha diferencia con la edad. Este hallazgo no parece variar demasiado en los

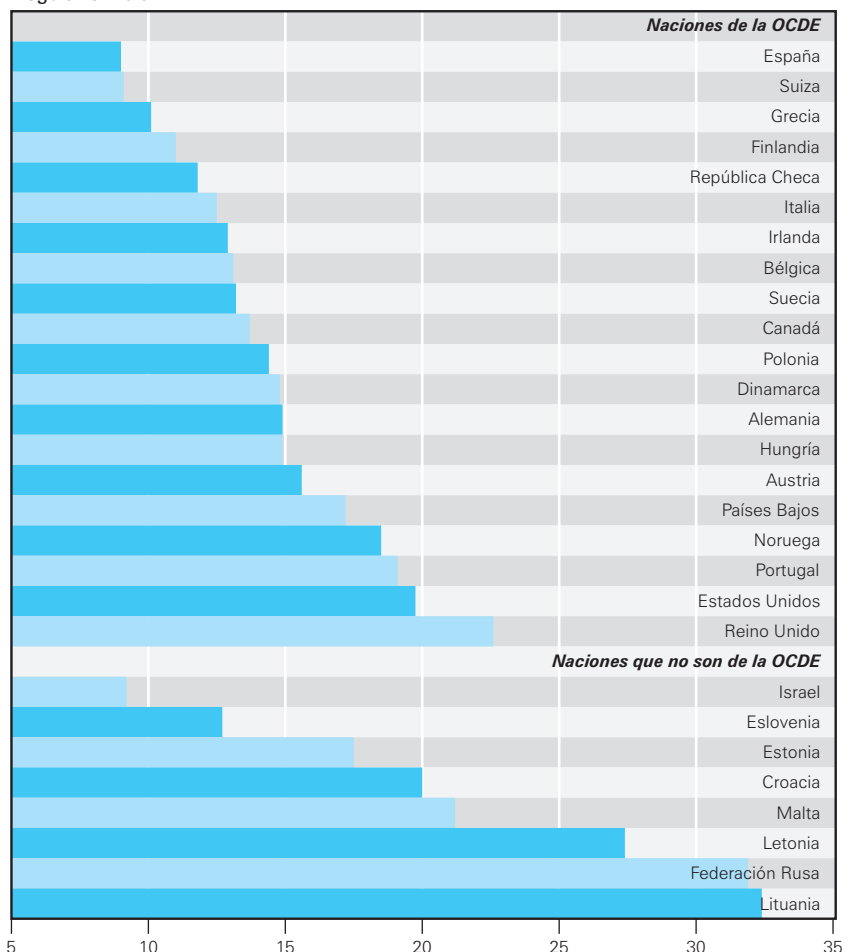
Valoración subjetiva de la salud			
Porcentaje de jóvenes que valoran su salud como "regular o mala"			
	11 años	13 años	15 años
Chicas	15,7	20,8	27,2
Chicos	12,1	13,6	16,1

Fuente: La salud de los jóvenes en su contexto, estudio de conductas saludables de los jóvenes escolarizados (HBSC): informe internacional de la encuesta de 2001/2002, OMS, 2004, pág. 57.

diferentes contextos sociales y culturales nacionales y, por tanto, parece probable que las diferencias de género en el estado de salud declarado estén relacionadas con las diferentes presiones fisiológicas y psicológicas que conlleva el inicio de la pubertad. Las chicas, por

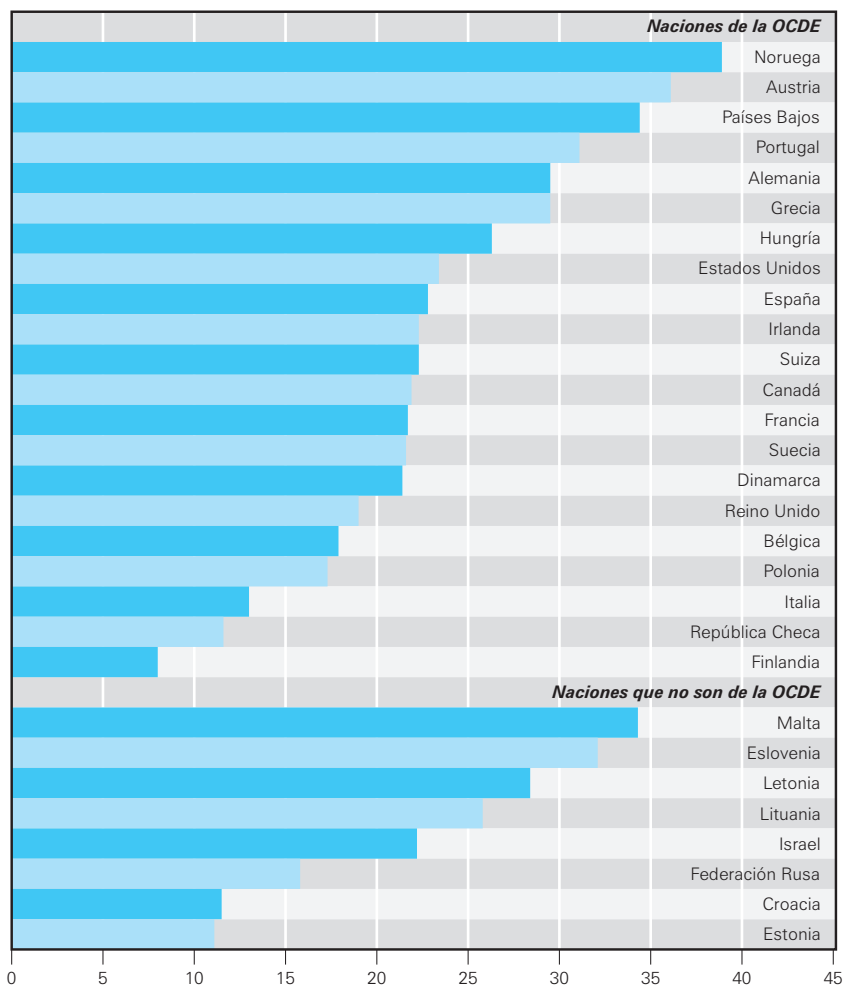
ejemplo, pueden sentirse bajo grandes presiones y estar preocupadas por su imagen corporal, siendo más conscientes y/o sensibles de su estado físico y emocional (y, por tanto, quizá tengan un umbral más bajo de lo que consideran mala salud).

Figura 6.1 Porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que valoran su salud como "regular o mala"



Fecha: 2001/02

Figura 6.2 Porcentaje de estudiantes de 11, 13 y 15 años que declaran que “les gusta mucho el colegio”



Fecha: 2001/02

La Figura 6.1 muestra el porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años en cada país que contestaron ‘regular’ o ‘mala’ cuando se les preguntó ‘¿Dirías que tu salud es excelente, buena, regular o mala?’. En conjunto, aproximadamente el 80% de los jóvenes considera que su salud es buena o excelente en todos los países de la OCDE salvo el Reino Unido.

Colegio

La medida del grado de felicidad que sienten los jóvenes durante su tiempo escolar proviene de la encuesta HBSC, en la que se preguntó a grupos representativos de niños de 35 países sobre sus actitudes durante el tiempo que pasan en el colegio. Específicamente, se preguntó a niños de 11, 13 y 15 años que eligieran una de las siguientes cuatro actitudes posibles en el colegio – ‘Me gusta mucho, me gusta un poco, no me gusta demasiado o no me gusta nada’.

La Figura 6.2 muestra cuántos contestaron ‘Me gusta mucho’. Y la respuesta es ‘no muchos’.

Mejores datos para los países de la UE

Desde 2004, los 25 países de la Unión Europea (UE) han estado desarrollando una nueva fuente de datos estadísticos, conocida como *Estadísticas Comunitarias sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU-SILC)*.

EU-SILC pretende convertirse en fuente de referencia para estadísticas comparadas en la distribución de la renta y las condiciones de vida dentro de la UE. Un objetivo primario de EU-SILC es supervisar los indicadores comunes (los denominados *indicadores Laeken*) por los cuales la UE ha acordado medir sus avances para la reducción de la pobreza y la exclusión social.

EU-SILC viene, por tanto, a sustituir al *Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE)* que fue la fuente principal de estos datos entre 1994 y 2001 (para los entonces 15 Estados Miembros de la UE). Diseñada para llenar algunos de los huecos y puntos débiles reconocidos de la ECHP, EU-SILC reúne cada año los datos interseccionales comparables y actualizados sobre renta, pobreza, exclusión social y

otros aspectos de las condiciones de vida, así como datos longitudinales sobre renta y un conjunto limitado de indicadores no monetarios de exclusión social.

Los primeros datos de EU-SILC para los 25 Estados Miembros de la actual UE, más Noruega e Islandia, deberían estar disponibles a finales de 2006. Los datos longitudinales de los 4 primeros años sobre ‘personas en riesgo persistente de pobreza’ estarán disponibles a principios de 2010.

Además de cubrir estos indicadores centrales, cada ronda de EU-SILC reúne asimismo datos sobre un tema particular, empezando en 2005 con datos sobre la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Para más información sobre EU-SILC y los indicadores Laeken de la UE, así como un análisis más en profundidad de los principales desafíos a que se enfrenta el *Proceso de inclusión social* de la UE, ver E. Marlier, A.B. Atkinson, B. Cantillon y B. Nolan (2006), *The EU and social inclusion: Facing the challenges*, Policy Press, Bristol

Ver también:
Bradshaw, J., Hoelscher, pág. y Richardson, D. (2007) *An index of child well-being in the European Union*, Journal of Social Indicators Research. 1, 2007

Los Países Bajos y Noruega, junto con Austria, se encuentran situados en la cabeza de la tabla con más de un tercio de sus escolares que admiten que les ‘gusta mucho el colegio’. La proporción desciende por debajo del 15% en Finlandia, la República Checa e Italia.

De nuevo, se trata de una panorámica que enmascara las diferencias de género y edad, donde a las chicas les suele gustar más el colegio que a los chicos, y a los niños más mayores les gusta menos que a los pequeños.

Con algunas excepciones, como Finlandia, parece darse una relación positiva entre el gusto por el colegio y el rendimiento académico. Parece probable una relación de refuerzo mutuo entre los dos aspectos, donde a los jóvenes con buen rendimiento les suele gustar el colegio, y a los que les gusta ir a clase tienen, a su vez, buen rendimiento escolar.

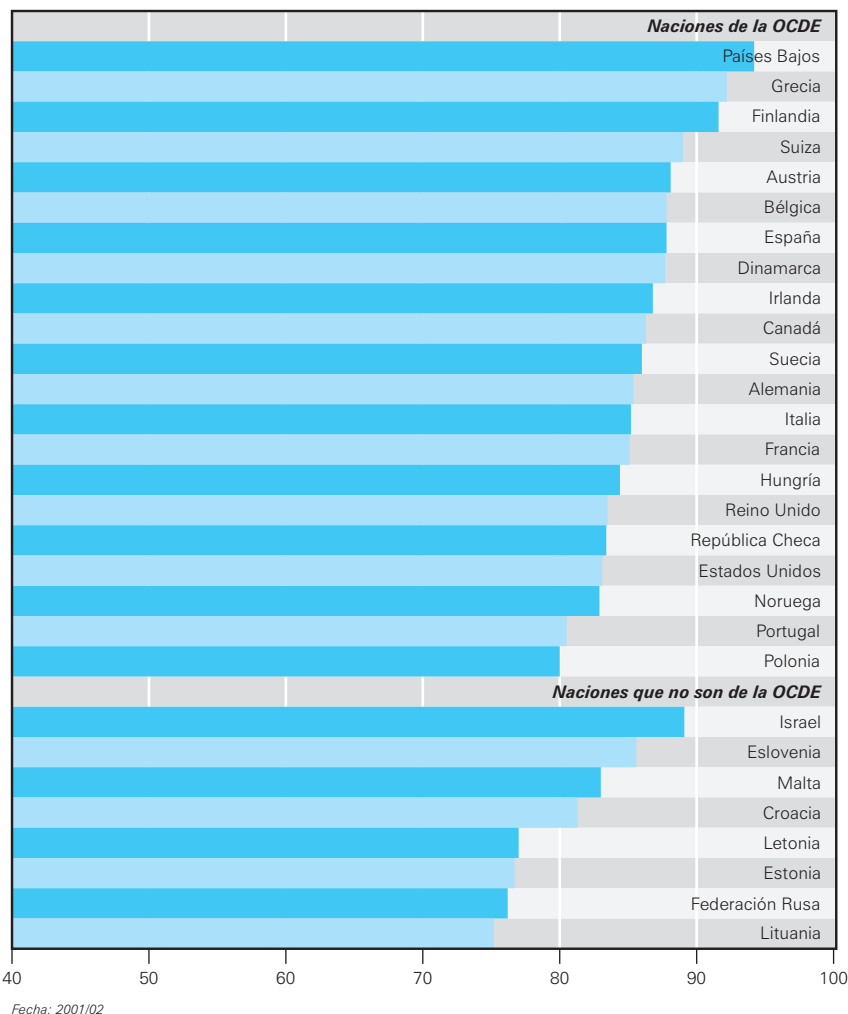
Satisfacción vital

Las Figuras 6.3a y 6.3b pretenden que los niños valoren la satisfacción general que tienen consigo mismos y con su vida.

La primera (Figura 6.3a) se basa en plantear la siguiente pregunta a niños de 11, 13 y 15 años:

‘Aquí puedes ver el dibujo de una escalera. El escalón más alto de la escalera, 10, es la mejor vida posible que imaginas para ti, y el escalón más bajo, 0, es la peor vida posible. En general, ¿en qué escalón de la escalera piensas que estás ahora mismo? Marca el cuadro situado junto al número que mejor describa dónde estás en la escalera’.

Figura 6.3a Porcentaje de jóvenes de 11, 13 y 15 años que se valoran en la media de la escala de satisfacción vital



Una puntuación de 6 o más se trató como un nivel positivo de satisfacción vital. La Figura 6.3a muestra claramente que la gran mayoría de los jóvenes que crecen en todos los países de la OCDE se valoran a sí mismos en la parte media de la ‘escalera de satisfacción vital’.

En los países de la OCDE en conjunto, existe una ligera tendencia hacia la disminución en la satisfacción

vital entre las edades de 11 y 15 años, sobre todo para las chicas.

Fuera de sitio

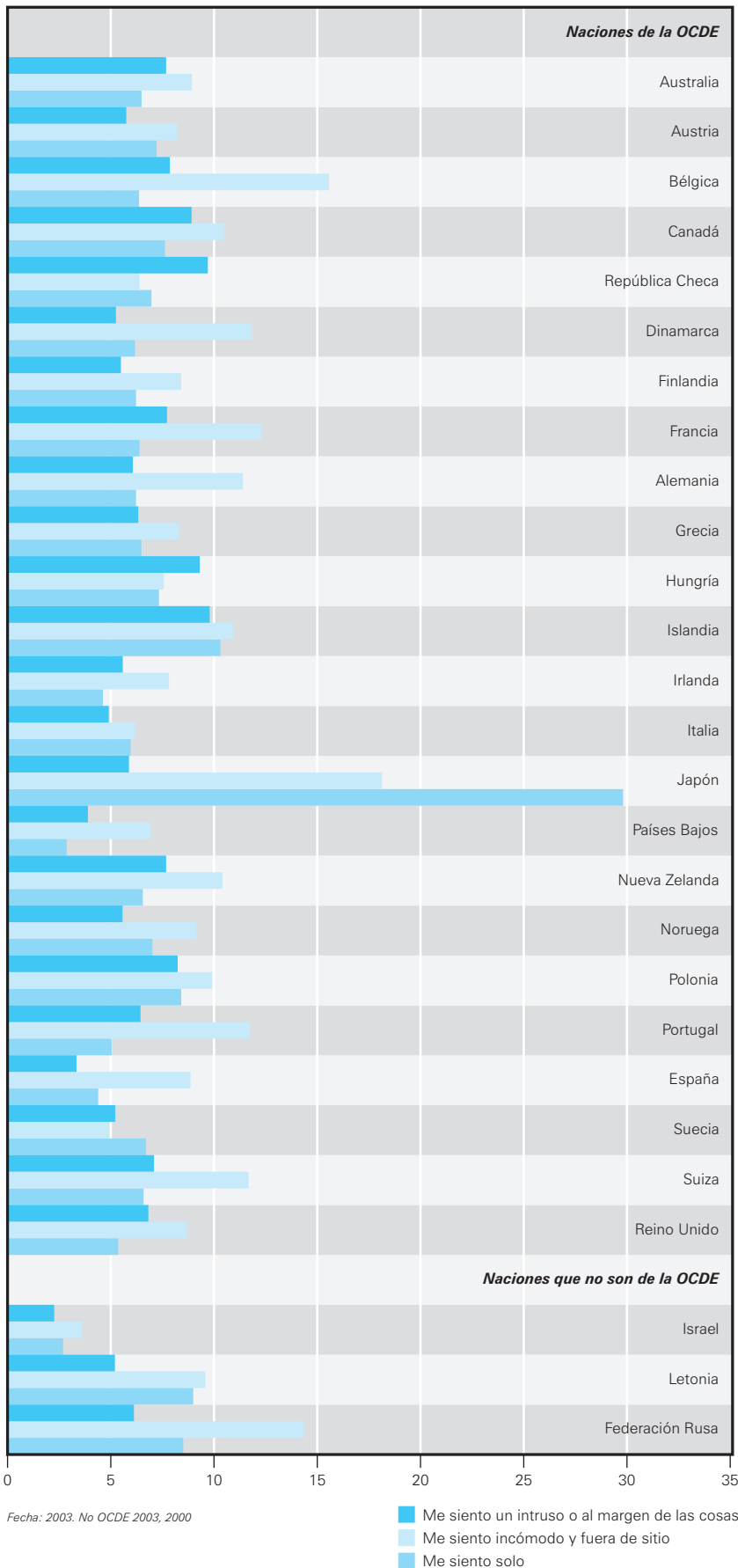
La Figura 6.3b intenta explorar los aspectos psicológicos y sociales del bienestar subjetivo, como sensaciones de incomodidad, soledad, y ‘sentirse un intruso’, percepciones de exclusión social que afectan de modo importante a la calidad de vida de los jóvenes. La tabla reúne los resultados de preguntar a los jóvenes encuestados si están de acuerdo o en desacuerdo con las tres frases siguientes sobre sí mismos:

- Me siento un intruso o al margen de las cosas
- Me siento incómodo y fuera de sitio
- Me siento solo

‘Escalera de satisfacción vital’			
Porcentaje de jóvenes que se clasifican por sobre el nivel intermedio			
	11 años	13 años	15 años
Chicas	87,1	82,5	77,4
Chicos	88,1	86,9	84,5

Fuente: La salud de los jóvenes: estudio sobre comportamientos de salud en los niños y las niñas en edad escolar (HBSC), Reporte internacional sobre el estudio 2001/2002, OMS, 2004, página 57 (nota: la tabla muestra datos no solamente para países OCDE, sino de todos los 35 analizados en el estudio del programa HBSC)

Figura 6.3b Porcentaje de jóvenes de 15 años que están de acuerdo con valoraciones negativas específicas sobre su bienestar personal



Fecha: 2003. No OCDE 2003, 2000

■ Me siento un intruso o al margen de las cosas
 ■ Me siento incómodo y fuera de sitio
 ■ Me siento solo

En conjunto, las respuestas revelan una notable coherencia en la mayoría de los países de la OCDE y un alto nivel de satisfacción vital entre sus adolescentes. En la mayor parte de las naciones, la proporción de jóvenes que están de acuerdo con las frases anteriores se sitúa en el extremo bajo del intervalo del 5% al 10%. Una proporción mayor de niños se muestra de acuerdo con la frase *‘Me siento incómodo y fuera de sitio’* pero incluso para esta frase la proporción de los que respondieron ‘sí’ supera el 10% sólo en 8 de los 24 países de la OCDE. El resultado individual más sobresaliente es que el 30% de los jóvenes de Japón están de acuerdo con la frase *‘Me siento solo’*, casi tres veces más que el siguiente país en la parte alta de la clasificación. Esto puede ser un reflejo de la dificultad de traducir la pregunta a una lengua y cultura diferente, o un problema que merece más investigación, o tal vez ambas cosas.

CONCLUSIÓN

Tomadas en conjunto, las seis dimensiones de bienestar infantil evaluadas en estas páginas representan un importante paso adelante para medir y comparar el bienestar infantil en todos los países de la OCDE.

Existen relaciones significativas entre algunas de las dimensiones escogidas. La pobreza, por ejemplo, afecta a muchos aspectos del bienestar infantil en numerosas formas bien documentadas: sobre todo cuando es prolongada, se ha demostrado que la pobreza tiene un efecto en la salud del niño, su desarrollo cognitivo, su rendimiento escolar, sus aspiraciones, sus percepciones sobre sí mismo, sus relaciones, sus conductas de riesgo y sus perspectivas de empleo. Con igual claridad, la pobreza económica en solitario se revela como una medida inadecuada del bienestar general de los niños. Es necesario un enfoque multidimensional del bienestar para mejorar la comprensión, la supervisión y la eficacia de las políticas.

Resulta tentador llevar el proceso un paso más allá y combinar las puntuaciones de todos los países en todas las dimensiones para obtener una tabla clasificatoria de bienestar infantil global para toda la OCDE. Aparte de enumerar los países según su clasificación media (página 2), se ha resistido esta tentación. En parte, para evitar la opacidad y obtener un sesgo excesivo basándose en datos limitados. Los indicadores, de los que este informe ha hecho un uso abundante, deben ser lo más transparentes posible para que el proceso pueda mantenerse

abierto al debate y evitar elevar los datos a alturas de autoridad que podrían no sustentarse bien sobre sus bases. Pero por otro lado, el hecho de reducir el panorama a una sola puntuación o valoración numérica, debilitaría el acento puesto en el bienestar infantil como una cuestión multidimensional que requiere una amplia gama de respuestas políticas. A veces, el todo puede ser inferior a la suma de las partes.

Esta primera panorámica multidimensional se contempla mejor como un trabajo en curso, que necesita mejorar las definiciones y los datos. Pero en el proceso es fácil entraparse en los datos y perder la pista de lo que se está tratando de aprehender. Cuando intentamos medir el bienestar infantil, lo que buscamos realmente es saber si los niños, niñas y adolescentes, tienen ropa y vivienda adecuadas, si están bien alimentados y protegidos, si sus circunstancias son tales que es probable que lleguen a convertir en realidad sus aptitudes o si sufren impedimentos de tal manera que les sea difícil o imposible participar plenamente de la vida y las oportunidades del mundo que los rodea. Sobre todo, buscamos saber si los niños se sienten queridos, atendidos, especiales y apoyados, dentro de la familia y de la comunidad, y si la familia y la comunidad están recibiendo apoyo en esta tarea por parte de las políticas y recursos públicos.

Las medidas usadas en este informe no consiguen tener un conocimiento tan matizado.

Las conclusiones que se han registrado y promediado pueden crear una impresión de precisión pero, en realidad, serían lo equivalente a intentar reproducir una vasta y compleja cordillera en formas geométricas relativamente simples. Además, el proceso de comparación internacional puede no verse nunca libre de cuestiones de traducción, cultura y costumbres.

Pero se ha dado un primer paso.

Todos los hogares de los países de la OCDE son hoy conscientes de que la infancia está siendo influida por fuerzas cuya motivación no es necesariamente el interés superior del niño. Al mismo tiempo, el público en general de los países de la OCDE están adquiriendo la conciencia de que muchos de los corrosivos problemas sociales que afectan a la calidad de vida, tiene su origen en la cambiante ecología de la infancia. Son muchos, por tanto, quienes piensan que ha llegado el momento de intentar recobrar un grado de comprensión, control y dirección sobre lo que les está sucediendo a sus hijos en sus años más vitales y vulnerables.

Ese proceso empieza con la medición y la supervisión, lo que ha impulsado al *Centro de Investigaciones Innocenti* a publicar este intento inicial de obtener una panorámica multidimensional del bienestar infantil en los países de la OCDE.

Directrices

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño

La elección de indicadores para esta valoración de bienestar infantil en países de la OCDE se circunscribe de forma notable a la disponibilidad limitada de datos comparables internacionalmente. No obstante, la selección y despliegue de los datos disponibles refleja un concepto de bienestar infantil que ha de explicarse con detalle.

Su punto de partida es la *Convención sobre los Derechos del Niño* que ha sido suscrita prácticamente por todos los países.

Aunque de condición universal, la *Convención* admite que los derechos económicos, sociales y culturales de los niños y las niñas deben implementarse progresivamente teniendo en cuenta el contexto específico de cada nación. El derecho a '*un nivel de vida adecuado*' (Artículo 27) o al '*más alto nivel posible de salud*' (Artículo 24), por ejemplo, reclama definiciones nacionales y depende de los recursos y el compromiso de la sociedad en la que vive el niño.

Al concentrarse en el bienestar infantil en un grupo de países del mundo económicamente desarrollados, este *Report Card* puede dar un cierto grado de expresión práctica a este ideal: no puede decirse que un país esté asegurando para sus niños el '*más alto nivel posible de salud*' o que invierta en su infancia '*hasta el máximo de los recursos de que disponga*' si los niños no tienen prioridad en la agenda nacional y si otros países en una situación similar de desarrollo económico consiguen, de manera demostrable, niveles superiores de atención sanitaria e invierten más recursos en los niños y niñas.

Por desgracia, la carencia de datos comparables internacionalmente ha impedido que el informe aborde de forma adecuada algunas dimensiones importantes de la vida de los niños. Además, los datos comparables internacionalmente suelen describir la situación de los niños que viven en sus casas y están inmersos en la educación, mientras que la *Convención* exige que se dedique una atención especial a los niños excluidos y en desventaja, como los que viven con discapacidades, los refugiados, los pertenecientes a minorías étnicas, los de familias inmigrantes y los atendidos en instituciones.

En otros aspectos, el informe puede adecuarse más estrechamente a la *Convención*, por ejemplo, en su énfasis puesto en la importancia de crecer en un entorno familiar feliz y cariñoso, en el derecho de los

niños a un nivel de vida adecuado, a la seguridad social, a la protección frente a la violencia y la explotación, al máximo nivel que pueda alcanzarse de atención sanitaria, a los servicios sociales y a un acceso equitativo a las oportunidades de educación. El informe intenta también reflejar la postura de la *Convención* afirmando que la importancia por sí misma de la promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, al ser una inversión esencial para el futuro de la sociedad.

Finalmente, el informe toma nota del derecho del niño a ser escuchado y, en consecuencia, incorpora una dimensión que se basa exclusivamente en la sensación subjetiva del propio niño sobre su bienestar.

Medidas nacionales

Esta panorámica se inspira también en otras medidas multidimensionales del bienestar infantil que han sido impulsadas por gobiernos, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas en naciones individuales. En los Estados Unidos, por ejemplo, se ha estado usando durante más de 30 años un índice compuesto de bienestar infantil que se actualiza anualmente. La agrupación de 28 indicadores en siete categorías (bienestar material, salud, preocupaciones de seguridad/conductuales, actividad productiva, lugar en la comunidad, relaciones sociales y bienestar emocional/espiritual), ofrece un índice que permite realizar comparaciones entre estados aunque no, por supuesto, entre países.

El gobierno del Reino Unido ha desarrollado también su propio sistema para medir y supervisar el bienestar infantil. Diseñado principalmente como un medio de llevar un seguimiento de los resultados de los diferentes departamentos del gobierno, el sistema usa 25 indicadores independientes en cinco epígrafes: *estar sano; sentirse seguro; disfrutar y alcanzar objetivos; hacer una contribución positiva; conseguir bienestar económico*. Este marco subraya lo positivo a la vez que realza los derechos y responsabilidades de los niños y las familias. La ONG *Save the Children* ha publicado a su vez un estudio global independiente, más detallado, del bienestar infantil en el Reino Unido*.

Durante la década de 1990, en la República de Irlanda se desarrolló un estudio de magnitud global semejante, donde los niños participaban en la selección de los 42 indicadores.

Los bienes materiales y las actividades de ocio no se contemplaron, en general, como una prioridad alta por

parte de los niños. Las relaciones con la familia se vieron como el principal determinante de bienestar, seguido por los amigos, el colegio y las mascotas (el hecho de que 'salud y seguridad' no figurara entre las prioridades de los niños demuestra que aún hay espacio para que el adulto participe en la selección de indicadores).

También se están realizando esfuerzos para desarrollar indicadores multidimensionales en Austria, Francia y Alemania (donde los indicadores se basan en el concepto de *Lebenslage*, que define el bienestar infantil por el ámbito dado para el desarrollo de los intereses y capacidades de cada niño). UNICEF ha apoyado igualmente los esfuerzos para desarrollar indicadores multidimensionales de bienestar infantil no sólo en los países más pobres del mundo, sino también en Ecuador, Argentina y México (un país de la OCDE que se habría incluido en este Report Card si hubiera habido datos comparables internacionalmente).

Medición internacional

La supervisión y comparación del bienestar infantil se enfrenta todavía a mayores problemas de datos cuando el foco de atención se desplaza, como en este informe, a la comparación internacional. Pero esto está cambiando lentamente. Las encuestas HBS y PISA citadas ampliamente en este informe (ver cuadro) han supuesto una gran contribución a nuestro conocimiento sobre el bienestar infantil y, en la práctica, a la comprensión de lo que representa 'el máximo nivel posible' en ámbitos como la atención sanitaria y la educación.

Además de estos esfuerzos, un grupo experto internacional formado a partir de diferentes disciplinas académicas impulsó el *Proyecto Multinacional para la Supervisión y Medida del Bienestar Infantil* (<http://multinational-indicators.chapinhall.org>). Esta iniciativa surgió en parte como respuesta al informe del propio UNICEF titulado *El progreso de las naciones* que intentaba ofrecer una supervisión del bienestar infantil en países en desarrollo utilizando criterios básicos como tasas de malnutrición, vacunación y escolarización primaria. Se encontró que estas medidas tenían una importancia limitada en países en los que las necesidades más básicas se satisfacen para una gran mayoría de la población, lo cual incentivó la búsqueda de modos y medios para supervisar los avances 'más allá de lo básico'. Después de las

primeras discusiones a finales de la década de 1990, una segunda fase del trabajo se ha concentrado en un protocolo científico para recabar los datos sobre bienestar infantil y en construir una red de investigadores que colaboraran en la recogida y comunicación de los datos necesarios. Los participantes en este proyecto acordaron usar unos 50 indicadores, agrupados en cinco dominios: seguridad y condición física, vida personal, vida cívica, recursos económicos y contribuciones de los niños y actividades de los niños. Después de más de una década de trabajo, el proyecto ha conducido finalmente, en 2006, al establecimiento de una *Sociedad Internacional sobre Indicadores de Infancia (ISCI)*. El propósito de la sociedad es desarrollar una red dedicada a mejorar la medida, recogida de datos, análisis y comunicación de la información sobre el estado de la infancia. ISCI persigue además potenciar la capacidad de los países en las fases iniciales para producir indicadores del bienestar infantil y reforzar los vínculos entre medida, análisis y políticas.

Seis dimensiones

La panorámica de bienestar infantil expuesta en este *Report Card* ha obtenido sus conclusiones a partir de todos estos esfuerzos (que, claramente, comparten unas bases comunes).

En la práctica, los datos sobre 'indicadores ideales' de los diferentes aspectos del bienestar infantil a menudo no estuvieron disponibles (o, al menos, no disponibles en base comparable internacionalmente). En tales casos, se decidió avanzar utilizando los mejores datos disponibles para los países sometidos a revisión.

El resultado es un estudio panorámico que, a pesar de reconocer ciertos vacíos e insuficiencias, representa una mejora importante para cualquier valoración internacional del bienestar infantil disponible actualmente a escala global.

Este *Report Card* persigue construir un método lo más transparente posible por el que pueda valorarse cada dimensión. Puede encontrarse más información y documentos de apoyo, incluidas las referencias a los datos en bruto utilizados, en la página web del Centro Innocenti de UNICEF en www.unicef.org/irc

*Bradshaw, J. y Mayhew, E. (ed.) (2005) *The well-being of children in the UK*, Save the Children, Londres.

Dimensiones	Bienestar material					Salud y seguridad				
	Componentes	Pobreza de ingresos infantil	Privación			Trabajo	Salud al nacer		Inmunización	
Indicadores / Países	Porcentaje de niños y jóvenes (0-17) en familias con renta equivalente menor que el 50% de la media: datos más recientes	Porcentaje de jóvenes que declaran bajo poder adquisitivo familiar, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes de 15 años que declaran menos de cinco pertenencias educativas: 2003	Porcentaje de jóvenes de 15 años que declaran tener menos de diez libros en casa: 2003	Porcentaje de familias en edad de trabajar con niños sin padres con empleo OCDE: datos más recientes	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos): datos más recientes	Tasa de bajo peso al nacer (% nacimientos de menos de 2.500 g): datos más recientes	Sarampión: % niños vacunados a los 12-23 meses de vida: 2003.	DTP3: % niños vacunados a los 12-23 meses de vida: 2002	Polio: % niños vacunados a los 12-23 meses de vida: 2002
Australia	11,6		16,4	4,9	9,5	4,8	6,4	93	93	93
Austria	13,3	16,8	16,7	9,3	2,1	4,5	7,1	79	83	82
Bélgica	6,7	16,9	21,0	11,7	4,0	4,3	6,5	75	90	95
Canadá	13,6	10,7	21,9	6,4	3,0	5,4	5,8	95	91	89
República Checa	7,2	40,2	27,8	1,9	7,2	3,9	6,6	99	98	97
Dinamarca	2,4	13,5	27,2	7,4	4,1	4,4	5,5	96	98	98
Finlandia	3,4	17,8	20,5	5,1	3,1	3,1	4,1	97	98	95
Francia	7,3	16,1	25,4	9,1	6,2	3,9	6,6	86	97	98
Alemania	10,9	16,4	17,6	6,9	8,8	4,2	6,8	92	89	95
Grecia	12,4	28,7	61,8	7,2	2,4	4,8	8,3	88	88	87
Hungría	13,1	38,7	44,1	4,1	11,3	7,3	8,7	99	99	99
Islandia			8,4	3,3		2,4	3,1	93	95	91
Irlanda	15,7	20,7	31,0	10,4	6,9	5,1	4,9	78	85	84
Italia	15,7		25,8	9,0	3,8	4,3	6,5	83	96	96
Japón	14,3		53,3	9,8	0,4	3,0	9,1	99	96	81
Países Bajos	9,0	9,0	18,3	12,6	5,7	4,8	5,4	96	98	98
Nueva Zelanda	14,6		21,9	6,1	7,1	5,6	6,1	85	90	82
Noruega	3,6	5,8	11,9	4,6	4,6	3,4	4,9	84	91	91
Polonia	14,5	43,1	42,5	8,4	9,3	7,0	5,9	97	99	98
Portugal	15,6	28,9	33,9	12,9	1,7	4,1	7,4	96	98	96
España	15,6	22,4	24,7	4,4	4,2	4,1	6,8	97	96	96
Suecia	3,6	9,2	18,2	4,5	2,7	3,1	4,5	94	98	99
Suiza	6,8	13,1	22,7	10,9	1,8	4,3	6,5	82	95	94
Reino Unido	16,2	15,3	20,1	9,4	7,9	5,3	7,6	80	91	91
Estados Unidos	21,7	13,1	24,2	12,2	2,3	7,0	7,9	93	94	90
Media	11,2	19,8	27,0	7,9	5,0	4,6	6,4	90	94	93
Desviación típica	5,1	10,7	12,2	3,1	2,9	1,2	1,4	8	5	6
INVERTIDO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
Países que no son de la OCDE										
Croacia		43,5				6,0	6,0	95	95	95
Estonia		40,1				8,0	4,0	95	97	98
Israel		27,5	13,1	8,8	5,0	5,0	8,0	95	97	93
Letonia		55,9	58,4	3,3		10,0	5,0	99	97	98
Lituania		53,1				8,0	4,0	98	95	97
Malta		43,1				5,0	6,0	90	95	95
Federación Rusa		58,3	72,7	4,4		16,0	6,0	96	96	97
Eslovenia		20,5				4,0	6,0	94	92	93

Las cursivas indican datos que no se han usado en la tabla clasificatoria correspondiente porque no pudo disponerse de otros datos relevantes para ese componente.

Mortalidad infantil	Bienestar educativo						Relaciones familiares y entre iguales			Dimensiones
	Rendimiento			Participación	Aspiraciones		Estructura familiar		Relaciones familiares	Componentes
Muertes por accidentes y lesiones por 100.000 de menos de 19 años, media de los tres últimos años disponibles	Competencias en lectura a los 15 años: 2003	Competencias en matemáticas a los 15 años: 2003	Competencias en ciencias a los 15 años: 2003	Estudiantes a tiempo completo y parcial en instituciones educativas públicas y privadas de 15-19 años en porcentaje de la población de jóvenes de 15-19 años: 2003	Porcentaje de jóvenes de 15-19 años que no reciben enseñanza y no tienen empleo: 2003	Porcentaje de alumnos de 15 años que aspiran a trabajos de baja cualificación: 2003	Porcentaje de jóvenes que viven en estructuras familiares monoparentales, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que viven en estructuras familiares reconstituidas, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de estudiantes cuyos padres comparten la comida principal con ellos alrededor de la mesa varias veces por semana, 15 años: 2000	Indicadores / Países
15,1	525	524	525	82,1	6,8	24,6			69,9	Australia
15,0	491	506	491	77,3	10,2	33,1	12,5	7,5	68,2	Austria
15,1	507	529	509	93,9	7,1	19,1	9,2	8,1	89,7	Bélgica
14,8	528	532	519		6,7	22,0	14,6	10,5	71,8	Canadá
18,7	489	516	523	90,1	5,8	39,3	13,4	12,2	72,9	República Checa
	492	514	475	84,7	3,0	21,9	16,5	13,5	85,6	Dinamarca
14,9	543	544	548	86,0	9,8	27,3	14,6	11,0	59,8	Finlandia
12,5	496	511	511	87,2	14,0	41,2	11,0	9,7	90,4	Francia
13,4	491	503	502	89,0	4,7	34,1	12,8	9,2	81,5	Alemania
13,5	472	445	481	82,6	9,3	18,3	7,5	1,2	69,6	Grecia
16,1	482	490	503	83,4	6,8	30,7	13,4	7,0	74,7	Hungría
11,6	492	515	495	83,0	4,3	32,9			90,8	Islandia
15,0	515	503	505	84,4	5,2	24,2	10,3	3,5	77,1	Irlanda
9,2	476	466	486	77,8	10,5	25,1	7,0	2,2	93,8	Italia
12,8	498	534	548			50,3			85,6	Japón
9,0	513	538	524	84,9	4,6	34,0	10,7	6,1	90,0	Países Bajos
23,1	522	523	521	67,0		24,5			64,4	Nueva Zelanda
13,0	500	495	484	85,3	2,7	29,8	16,2	12,5	87,3	Noruega
18,3	497	490	498	88,2	3,3	17,1	10,2	2,4	78,4	Polonia
19,9	478	466	468	70,9	8,8	18,5	9,8	5,8	86,2	Portugal
12,1	481	485	487	78,5	7,3	25,3	9,1	3,0	83,4	España
7,6	514	509	506	86,8	4,2	28,7	16,8	12,7	84,1	Suecia
12,3	499	527	513	83,1	8,0	39,7	12,5	6,7	89,9	Suiza
8,4	507	508	518	75,9	9,4	35,3	16,9	14,5	66,7	Reino Unido
22,9	495	483	491	75,4	7,0	14,4	20,8	16,0	65,7	Estados Unidos
14,3	500	505	504	82,5	6,9	27,5	12,7	8,3	79,4	Media
4,1	18	24	19	6,3	2,8	7,6	3,5	4,4	9,8	Desviación típica
SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	INVERTIDO
										Países que no son de la OCDE
17,7							7,4	2,8		Croacia
39,4							17,7	8,8		Estonia
60,0	452	433	434	65,6	25,2	35,2	9,3	3,9	58,3	Israel
43,3	491	483	489			23,5	18,6	9,0	82,9	Letonia
31,7							13,5	6,8		Lituania
7,3							4,8	1,7		Malta
56,1	442	468	489	29,3		30,5	16,9	6,8	90,6	Federación Rusa
23,3							8,7	3,8		Eslovenia

Dimensiones	Relaciones familiares y entre iguales		Conductas y riesgos							
	Relaciones familiares	Relaciones entre iguales	Conducta de riesgo						Experiencias de violencia	
Componentes										
Indicadores /Países	Porcentaje de estudiantes cuyos padres pasan tiempo hablando con ellos varias veces por semana, 15 años: 2000	Porcentaje de jóvenes que consideran a sus compañeros "amables y serviciales", 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje que fuman cigarrillos al menos una vez por semana, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que se han emborrachado al menos dos veces, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que han consumido cannabis en los últimos 12 meses, 15 años: 2001	Tasa de fecundidad en adolescentes, nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años: 2003	Porcentaje de jóvenes que han mantenido relaciones sexuales, 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que usaron preservativo durante su relación sexual, 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que participaron en peleas en los últimos 12 meses, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que sufrieron acoso escolar al menos una vez en los últimos 2 meses, 11, 13 y 15 años: 2001
Australia	51,3					18,0				
Austria	47,1	77,2	13,2	15,1	11,7	22,0	20,6	81,9	38,9	44,0
Bélgica	55,1	70,1	10,6	14,5	21,8	11,0	25,0	70,5	44,5	30,1
Canadá	46,9	64,0	7,5	19,8	40,4	20,0	24,4	75,8	35,8	37,2
República Checa	72,0	43,4	14,3	14,7	27,1	23,0	18,3		47,9	16,1
Dinamarca	71,2	73,4	8,2	20,1	21,3	8,0			38,4	31,3
Finlandia	78,8	70,4	14,0	24,7	7,5	10,0	28,1	65,6	25,1	23,9
Francia	63,9	53,7	11,5	8,0	27,5	10,0	22,2	82,0	37,5	35,1
Alemania	42,5	76,1	16,4	17,7	18,5	14,0	28,0	70,0	28,1	36,5
Grecia	58,1	60,2	6,1	10,0	4,2	17,0	21,6	86,9	44,3	24,5
Hungría	90,2	64,9	12,6	16,4	12,4	27,0	21,0	78,2	48,0	23,0
Islandia	43,9									
Irlanda	62,0	67,0	9,6	13,8	20,0	15,0			39,8	26,1
Italia	87,2	55,1	10,9	9,7	20,5	8,0	23,9		38,2	27,3
Japón	60,2					4,0				
Países Bajos	70,6	73,2	10,7	12,9	21,6	5,0	22,9	77,9	36,3	29,4
Nueva Zelanda	51,9					30,0				
Noruega	64,0	74,3	10,1	15,6		10,0			36,9	32,3
Polonia	49,7	60,2	11,2	15,2	15,1	16,0	15,1	73,0	38,7	30,2
Portugal	70,6	80,0	12,5	12,6	19,7	23,0	25,3	73,2	35,2	48,5
España	60,2	59,2	12,8	10,2	30,8	9,0	16,4	89,1	40,4	26,0
Suecia	51,6	76,7	7,0	16,1	4,7	9,0	28,1	65,3	34,8	15,0
Suiza	48,6	81,4	11,0	13,6	37,8	5,0	22,9	80,7	31,2	40,5
Reino Unido	60,5	43,3	13,1	30,8	34,9	28,0	38,1	70,2	43,9	35,8
Estados Unidos	67,9	53,4	7,3	11,6	31,4	46,0			36,1	33,9
Media	62,8	65,6	11,0	15,4	21,4	16,0	23,6	76,0	38,1	31,0
Desviación típica	13,1	11,3	2,7	5,2	10,4	9,8	5,3	7,2	5,8	8,2
INVERTIDO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ
Países que no son de la OCDE										
Croacia		72,5	9,7	13,6	14,3	18,0	16,5	74,2	37,7	24,5
Estonia		57,5	12,4	23,9	14,4	28,0	18,0	73,2	47,6	44,2
Israel	36,9	63,9	8,4	9,3	7,0	23,0	21,1	81,5	39,3	35,8
Letonia	63,7	54,4	12,5	16,5	8,0	32,0	18,0	79,2	40,3	48,4
Lituania		51,7	12,2	24,7	6,0	33,0	18,6	76,3	49,0	64,3
Malta		69,2	10,0	10,7	6,0				41,5	24,1
Federación Rusa	78,4	45,6	12,5	19,4	8,8	46,0	28,7		43,3	37,7
Eslovenia		74,3	12,0	18,2	24,4	9,0	26,2	74,0	40,5	21,9

Las cursivas indican datos que no se han usado en la tabla clasificatoria correspondiente porque no pudo disponerse de otros datos relevantes para ese componente.

				Bienestar subjetivo						Dimensiones
Conducta saludable				Salud	Bienestar personal				Bienestar escolar	Componentes
Porcentaje de jóvenes que comen fruta a diario, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que toman el desayuno todos los días de colegio, 11, 13 y 15 años: 2001	Número medio de días en los que los jóvenes realizan actividades físicas durante una hora o más de la semana anterior/típica, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que tienen sobrepeso según BMI, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes que califican su salud de "regular o mala", 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de jóvenes con puntuaciones por encima de la media en la escala de satisfacción vital, 11, 13 y 15 años: 2001	Porcentaje de estudiantes que están de acuerdo con la frase: 'Me siento un intruso o al margen de las cosas', 15 años: 2003	Porcentaje de estudiantes que están de acuerdo con la frase: 'Me siento incómodo y fuera de sitio', 15 años: 2003	Porcentaje de estudiantes que están de acuerdo con la frase: 'Me siento solo', 15 años: 2003	Porcentaje de jóvenes a los que 'les gusta mucho el colegio', 11, 13 y 15 años: 2001	Indicadores / Países
						7,7	8,9	6,5		Australia
37,4	57,4	4,2	11,9	15,6	88,1	5,8	8,2	7,2	36,1	Austria
26,2	74,6	3,1	10,4	13,1	87,8	7,9	15,6	6,4	17,9	Bélgica
37,3	58,2	4,4	19,5	13,7	86,3	8,9	10,5	7,6	21,9	Canadá
42,2	51,8	4,3	9,4	11,8	83,4	9,7	6,4	7,0	11,6	República Checa
31,9	72,8	3,8	10,3	14,8	87,7	5,3	11,8	6,2	21,4	Dinamarca
21,5	67,5	3,8	13,3	11,0	91,6	5,5	8,4	6,2	8,0	Finlandia
34,2	71,4	3,1	11,2		85,1	7,7	12,3	6,4	21,7	Francia
42,4	67,0	3,6	11,3	14,9	85,4	6,1	11,4	6,2	29,5	Alemania
38,1	45,6	3,9	16,0	10,1	92,2	6,3	8,3	6,5	29,5	Grecia
31,3	53,4	3,7	12,8	14,9	84,4	9,3	7,6	7,3	26,3	Hungría
						9,8	10,9	10,3		Islandia
32,6	71,8	4,5	12,1	12,9	86,8	5,6	7,8	4,6	22,3	Irlanda
38,4	62,4	3,5	15,2	12,5	85,2	4,9	6,2	6,0	13,0	Italia
						5,9	18,1	29,8		Japón
28,1	78,0	4,1	7,6	17,2	94,2	3,9	6,9	2,9	34,4	Países Bajos
						7,7	10,4	6,6		Nueva Zelanda
29,1	69,3	3,5	11,8	18,5	82,9	5,6	9,1	7,0	38,9	Noruega
46,1	69,0	4,0	7,1	14,4	80,0	8,2	9,9	8,4	17,3	Polonia
47,8	80,8	3,4	14,3	19,1	80,5	6,4	11,7	5,0	31,1	Portugal
36,6	72,2	3,8	16,9	9,0	87,8	3,3	8,9	4,4	22,8	España
26,7	73,4	3,9	10,4	13,2	86,0	5,2	4,9	6,7	21,6	Suecia
35,5	53,5	3,9	8,5	9,1	89,0	7,1	11,7	6,6	22,3	Suiza
26,7	56,1	4,2	15,8	22,6	83,5	6,8	8,7	5,4	19,0	Reino Unido
27,7	47,2	4,4	25,1	19,8	83,1				23,4	Estados Unidos
34,2	64,4	3,9	12,9	14,1	85,8	6,7	9,8	7,4	23,3	Media
7,0	10,4	0,4	4,2	3,5	4,5	1,7	3,0	5,0	8,1	Desviación típica
NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	INVERTIDO
										Países que no son de la OCDE
35,0	69,9	3,8	10,4	20,0	81,3				11,5	Croacia
20,1	73,7	3,5	7,1	17,5	76,7				11,1	Estonia
51,2	40,1	3,5	11,3	9,2	89,1	2,3	3,6	2,7	22,2	Israel
23,8	74,8	3,8	6,0	27,4	77,0	5,2	9,6	9,0	28,4	Letonia
22,3	72,0	4,3	4,4	32,4	75,2				25,8	Lituania
47,1	52,2	3,7	25,5	21,2	83,0				34,3	Malta
27,0	68,8	3,7	5,2	31,9	76,2	6,1	14,3	8,5	15,8	Federación Rusa
38,5	39,2	4,2	13,4	12,7	85,6				32,1	Eslovenia

NOTAS

1 La clasificación global de los Estados Unidos está determinada por su posición media en cinco de los seis indicadores, al haber insuficientes datos disponibles para la categoría 'Bienestar subjetivo'.

2 Ver, no obstante, el informe *Report Card n° 5*, septiembre de, 2003, que intentaba abordar esta problemática.

3 Es la misma medida usada en el informe *Report Card n° 6*: Pobreza infantil en los países ricos. (Las fuentes pueden diferir, ya que los datos de este documento no se han actualizado).

4 Es notable que más del 90% de los jóvenes del norte y el oeste de Europa tienen dormitorios propios.

5 Los países con diagnóstico prenatal sistemático de discapacidades graves, y con la opción de abortar, suelen tener menores tasas de mortalidad infantil. Los esfuerzos nacionales para combatir el síndrome de la muerte súbita del lactante puede también reducir la TMI.

6 Existen algunas limitaciones a la validez del bajo peso al nacer como indicador de la salud de lactantes y niños en diferentes sociedades. Es más común, por ejemplo, en algunos grupos étnicos y en los partos múltiples (a menudo asociados con fecundación *in vitro*).

7 La publicidad equívoca que relaciona la vacuna triple vírica con el autismo puede afectar a los niveles de vacunación contra el sarampión como indicador de extensión de los servicios sanitarios, ya que niveles más bajos de administración en algunos países podrían reflejar la magnitud de la alarma de los padres, más que falta de adecuación en el cumplimiento del objetivo.

8 *Innocenti Report Card n° 2* (2001) página 2

9 *Innocenti Report Card n° 2* (2001) página 2

10 *Innocenti Report Card n° 2* (2001)

11 Usando paridades de poder de compra.

12 *Innocenti Report Card n° 4*, noviembre de 2002, ref. 3, pág. 6.

13 HBSC. P 28

14 *Innocenti Report Card n° 5*, septiembre de 2003

15 En la encuesta HBSC, los datos belgas se recogieron por separado para las regiones de habla francesa y flamenca. Para los fines de comparación internacional, en este informe se han usado los datos flamencos (la muestra mayor). En el caso del Reino Unido, los datos se recogieron por separado para Inglaterra, Escocia y Gales; se han usado aquí los datos para Inglaterra (la muestra mayor). En Alemania, los datos se recogieron usando una muestra regional (Berlín, Hesse, Renania del Norte-Westfalia y Sajonia).

FUENTES E INFORMACIÓN DE APOYO

Privación material

Los datos de la Figura 1.1 proceden de Förster, M. y D'Ercole, M. (2005) 'Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s', Documentos de Trabajo Social, Empleo y Migración de la OCDE: París Francia, OCDE. Los datos belgas proceden de Estudio de Renta de Luxemburgo (LIS), al que se accedió en <http://www.lisproject.org/keyfigures.htm> el 30 de mayo de 2006. En ambos casos, el umbral de pobreza se sitúa en el 50% de la renta mediana disponible para la población total.

La Figura 1.2 usa datos de los cuestionarios sobre Distribución de Renta de la OCDE para los distintos años. La ayuda con el acceso a estos datos fue suministrada por Anna D'Addio, de la Dirección de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la OCDE. Los datos israelíes fueron proporcionados por Asher Ben-Arieh, de la Escuela Paul Baerwald de Trabajo Social y Bienestar Social, Universidad Hebrea de Jerusalén.

Entre las fuentes utilizadas extensamente en este *Report Card* se incluyen el *Programa de la OCDE para la Evaluación Internacional del Estudiante (PISA)* y la *Conductas saludables de los jóvenes*

escolarizados (HBSC) de la Organización Mundial de la Salud 2001, recogidos en Currie, C., et al (ed) (2004) *La salud de los jóvenes en su contexto. Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados: Informe internacional del Estudio de 2001/2002*. Oficina Regional de la OMS para Europa. La Figuras 1.3a a 1.3c se han obtenido de estas fuentes.

La Figura 1.3a recoge los resultados de la Escala de Poder Adquisitivo Familiar (FAS) que identifica el porcentaje de niños de cada país que declaran tener bajos niveles de riqueza basándose en el 'elemento familiar' de posesión de un automóvil, camioneta o camión, si tienen su propio dormitorio, el número de días de vacaciones con la familia en los últimos doce meses y el número de ordenadores que tiene la familia. Con las respuestas positivas sumadas a una puntuación posible de ocho, el porcentaje de niños de cada nación que obtienen una puntuación de tres o menos en la escala FAS se usa como indicador de privación (Currie et al., 2004: 15). Para todos los datos de HBSC de este *Report Card*, los datos alemanes proceden de una muestra regional de cuatro estados; para Bélgica se se usan datos flamencos y para Reino Unido se usan datos ingleses¹⁵

Las Figuras 1.3 b y c proceden de la

encuesta PISA de la OCDE (2003). Se descargó una copia de la base de datos internacional de http://pisaweb.acer.edu.au/oeed_2003/oeed_pisa_data.html en agosto de 2005. Como sucede con todos los datos de PISA 2003 de la OCDE para el Reino Unido en este *Report Card*, los resultados deben tratarse con precaución debido a las bajas tasas de respuesta iniciales de la muestra y a las bajas tasas de sustitución en la submuestra inglesa. Se ha encontrado también un problema de muestreo en los datos de los Países Bajos en PISA 2000 de la OCDE. El indicador de la Figura 1.3b identifica el porcentaje de niños de 15 años de cada país con menos de seis (la media de la OCDE) elementos educativos (de un total de ocho). Los ocho elementos incluyen: una mesa de estudio, un lugar tranquilo para estudiar, un ordenador para hacer los deberes, software educativo, conexión a Internet, una calculadora, un diccionario y libros de texto. Los datos de Israel de las Figuras 1.3b y 1.3c se toman de preguntas comparables en la encuesta PISA 2000 de la OCDE. Se descargó una copia de la base de datos internacional de PISA 2000 de la OCDE en http://pisaweb.acer.edu.au/oeed/oeed_pisa_data.html en agosto de 2005.

Salud y seguridad

Se usaron los datos de salud de la OCDE

para 2005 para rellenar las Figuras 2.1a y 2.1b, a los que se accedió en la página web de fuentes de la OCDE <http://www.sourceoecd.org/database/healthdata> en enero de 2006. La Figura 2.2 se ha formado con las tasas de vacunación de sarampión, DPT3 y POL3. Las cifras de las dos últimas medidas se obtuvieron accediendo a la Base de Datos de Nutrición y Población del Banco Mundial en <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/query/default.html> en agosto de 2005, y en cada caso representan la dosis final en una serie de vacunaciones que pueden prevenir la difteria, la tos ferina, el tétanos y la poliomielitis. Los datos del sarampión se tomaron de los Indicadores Mundiales de Desarrollo 2005 a los que se accedió en <http://www.worldbank.org/data/wdi2005/index.html> en agosto de 2005.

Los datos sobre mortalidad infantil se obtienen como la media de los tres últimos años disponibles, y se han tomado de la Base de Datos de Mortalidad de la Organización Mundial de la Salud, de la cual se descargó una versión en <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort&language=english> en agosto de 2005. Se combinaron en una sola variable los datos de todas las clases de muertes accidentales: asesinato, suicidio y muertes con causa indeterminada. Para Suiza y la Federación Rusa, los datos se basan en la nueva clasificación ICD10. Todos los demás países usan clasificaciones ICD9. La interpretación y análisis de estos datos de Mortalidad de la OMS corresponden a los autores y no a la Organización Mundial de la Salud. Los datos para Israel fueron suministrados por Asher Ben-Arieh, de la Escuela Paul Baerwald de Trabajo Social y Bienestar Social, Universidad Hebrea de Jerusalén.

Educación

La Figura 3.1 proporciona una tabla compuesta normalizada sobre datos de competencia académica tomados de la encuesta de la OCDE PISA (2003) sobre medidas de competencias en lectura, matemáticas y ciencias. Los resultados del Reino Unido deben tratarse con precaución (ver más arriba).

Los datos de las Figuras 3.2 y 3.3a se tomaron de 'Miradas sobre la educación, informe de 2005', a los que se accedió en <http://www.oecd.org/edu/eag2005> en abril de 2006. Los de la Figura 3.3b se tomaron de 'Miradas sobre la educación 2004', a los que se accedió en agosto de 2005 en <http://www.oecd.org/edu/eag2004>. Los datos usados para la Figura 3.3b se generan usando respuestas dadas en la encuesta de la OCDE PISA (2000); por este motivo, los datos para los Países Bajos deben tratarse con precaución.

Relaciones de los niños y las niñas

La mayoría de los datos sobre Relaciones de los Niños se tomaron de Currie, C., et

al (ed) (2004) La salud de los jóvenes en su contexto. Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados): Informe internacional del Estudio de 2001/2002. Oficina Regional de la OMS para Europa. Las Figuras 4.1a, 4.1b y 4.3 se obtienen todas de este informe. Los datos sobre proporciones de familias monoparentales y reconstituidas son datos de nivel de vida, en contraposición a datos de efectos directos, y como tales son aplicables a todos los grupos de edad que viven con una persona del grupo de edad de muestra. Además, el impacto de crecer en una familia monoparental sobre el bienestar infantil puede diferir de unos países a otros. Algunos (por ejemplo, el grupo nórdico) tienen tasas más altas de familias monoparentales que, por ejemplo, los países del sur de Europa. Las diferencias transnacionales en la aceptación pública en la paternidad en solitario, en la legislación y en la práctica relativa a la custodia y a la magnitud en que las políticas atienden las necesidades de los padres únicos (como prestaciones sociales, atención infantil y modos de empleo flexible) pueden tener un reflejo en el bienestar de los niños.

Los datos de las Figuras 4.2a y 4.2b se toman de PISA (2000) de la OCDE, descargados en http://pisaweb.acer.edu.au/oecd/oecd_pisa_data.html en agosto de 2005.

Conducta y estilo de vida

Esta dimensión se ha compuesto enteramente con datos obtenidos de Currie, C., et al (ed) (2004) La salud de los jóvenes en su contexto. *Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados): Informe internacional del Estudio de 2001/2002*. Oficina Regional de la OMS para Europa, con la excepción de la Figura 5.2f que usó los Indicadores Mundiales de Desarrollo a los que se accedió en <http://www.worldbank.org/data/wdi2005/index.html> en agosto de 2005.

En las Figuras 5.1a a 5.1c, las diferencias transnacionales pueden influir en los resultados finales. En la Figura 5.1, las diferencias entre países pueden verse influidas por diferencias culturales relativas a hábitos de alimentación. En la 5.1b, la variación entre países podría estar influida por la disponibilidad y los precios de la fruta entre los distintos países. Los autores del informe HBSC también apuntan a diferencias estacionales en los momentos y períodos del trabajo del campo, que pueden haber influido en los resultados. En la Figura 5.1c, una diversidad de factores puede influir en la actividad física de los niños dentro y entre los países, entre lo cual se incluye la magnitud y la organización de la educación física en el colegio, el modo en que viajan los niños hasta el centro escolar y la disponibilidad y accesibilidad de las instalaciones de ocio. En la Figura 5.1d, las tasas de respuesta de los datos fueron particularmente bajas; esto

condujo a la omisión de los datos para niños de 11 años. Los datos de Índice de Masa Corporal se calcularon usando los datos de peso y estatura declarados por el niño, lo que significa que éste debía saberlos (y querer responder a la pregunta). Un análisis de casos con omisión de datos demostró que los jóvenes que no respondían a la pregunta sobre su estatura y peso pertenecían con menos probabilidad a grupos socioeconómicos altos, era menos probable que realizaran más actividad física y comieran fruta, verdura y dulces y, en muchos países, que tuvieran más probabilidad de tener que someterse a dieta o que sintieran que debían perder peso. Por lo tanto, es probable que la prevalencia de jóvenes con sobrepeso se haya infravalorado (Currie et al., 2004).

En la Figura 5.2e, la identificación del uso de preservativo en los países del estudio, existe un número relativamente alto de países omitidos, ya que no todos los países que participaron en la HBSC incluían preguntas sobre conducta sexual. Esta cuestión sólo fue contestada por la submuestra que ya había mantenido relaciones sexuales, con lo que los tamaños de muestra se redujeron para cada país del 15 al 38% de la muestra original.

Bienestar subjetivo

Los datos sobre las cifras presentadas en la dimensión final también se tomaron mayoritariamente de Currie, C., et al (ed) (2004) La salud de los jóvenes en su contexto. *Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados): Informe internacional del Estudio de 2001/2002*. Oficina Regional de la OMS para Europa. Las Figuras 6.1, 6.2 y 6.3a se han obtenido todas de esta fuente, y por ello los resultados del Reino Unido y Bélgica han de tratarse con precaución (ver nota de Figura 1.3a). En la Figura 6.3a, que indica la satisfacción con los niveles de vida, se pidió a los niños de 11, 13 y 15 años que dieran una puntuación a su vida actual en una escala (escalera) de uno a diez en términos de satisfacción (la escala de satisfacción vital de Cantril); los resultados presentados son las proporciones de muestra de cada país que declaran seis o más (mejor vida posible en la parte superior, peor vida posible en la inferior).

La Figura 6.3b se ha inspirado en la encuesta PISA 2003 de la OCDE, a la que puede accederse en http://pisaweb.acer.edu.au/OCDE_2003/OECD_pisa_data.html de agosto de 2005. Los resultados del Reino Unido deben tratarse con precaución. Los Estados Unidos no dieron respuestas a estos puntos.

AGRADECIMIENTOS

Este *Innocenti Report Card* fue redactado por Peter Adamson a partir de la investigación, los datos y los documentos de apoyo suministrados por Jonathan Bradshaw, Petra Hoelscher y Dominic Richardson. El proyecto fue coordinado por el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF con la asistencia de un equipo internacional de asesores. Puede accederse a un conjunto detallado de documentos de soporte para este informe en la página web de UNICEF.

Asesores del Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF

Marta Santos Pais
Directora

David Parker
Subdirector

Eva Jespersen
Unidad de Evaluación de Políticas Sociales y Económicas

Asesores externos

Jonathan Bradshaw
Profesor de Política Social
Departamento de Política Social y Trabajo Social
Universidad de York
Reino Unido

Dominic Richardson
Investigador
Unidad de Investigación de Política Social
Departamento de Política Social y Trabajo Social
Universidad de York
Reino Unido

Petra Hoelscher
Investigador
Universidad de Stirling
Escocia

Asher Ben-Arieh
Director Adjunto para Investigación y Desarrollo
Consejo Nacional del Niño de Israel
Escuela Paul Baerwald de Trabajo Social
Universidad Hebrea de Jerusalén
Israel

Anna Cristina D'Addio
ELS/Política Social
Dirección de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales
OCDE
París
Francia

Mike Lewis
Director
Niños en Gales
Cardiff
Reino Unido

Eric Marlier
Asesor Internacional
Instituto de Investigación CEPS/INSTEAD
Luxemburgo

Brian Nolan
Profesor de Investigación
Investigación en Política Social
Instituto de Investigación Económica y Social (ESRI)
Dublín
Irlanda

Sue Richardson
Director
Instituto Nacional de Estudios del Trabajo
Universidad Flinders
Adelaide
Australi

Hirokazu Yoshikawa
Profesor adjunto de Psicología y Política Pública
Departamento de Psicología
Universidad de Nueva York
Nueva York, NY 10003

Observaciones adicionales proporcionadas por:

Gordon Alexander
Oficina Regional de UNICEF para CEE/CIS
Ginebra

Patrice Engle
UNICEF, Nueva York

Alberto Miniujn
Consultor

Yuko Nonoyama
UNICEF, Nueva York

Diseño y maqueta de Garry Peasley y Angela Bartlett de mccdesign.

Bienestar infantil en Alemania

También disponible en el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF: Bertram, Hans (2006), *'Overview of Child Well Being in Germany': Policy Towards A Supportive Environment for Children?* Documento de Trabajo de Innocenti n° 2006-02. Florencia, UNICEF Centro de Investigaciones Innocenti.

Títulos anteriores publicados en esta serie:

Innocenti Report Card, n° 1

A league table of child poverty in rich nations

(Tabla clasificatoria de la situación de los niños pobres en las naciones ricas)

Innocenti Report Card, n° 2

A league table of child deaths by injury in rich nations

Innocenti Report Card, n° 3

A league table of teenage births in rich nations

Innocenti Report Card, n° 4

A league table of educational disadvantage in rich nations

Innocenti Report Card, n° 5

A league table of child maltreatment deaths in rich nations

Innocenti Report Card, n° 6

Child Poverty in Rich Countries 2005

(Pobreza infantil en los países ricos 2005)

Gráficos: mccdsgn.com

Impreso por: Tipografia Giuntina, Florencia, Italia

Report Card Innocenti n° 7, 2007

Un panorama del bienestar infantil en los países ricos

Un amplio análisis de la vida y el bienestar de niños, niñas y adolescentes en las naciones económicamente avanzadas

Para la versión en inglés

ISSN: 1605-7317

ISBN-10: 88-89129-57-3

ISBN-13: 978-88-89129-57-9