

# Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Cruz Roja Española – Itinerarios de Inclusión Activa para Personas Perceptoras del Ingreso Mínimo Vital o Rentas Mínimas Autonómicas

Marzo 2026





Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<https://cpage.mpr.gob.es>

© Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Madrid, 2025

Autor:

Secretaría General de Inclusión

Edita y distribuye:

Secretaría General de Inclusión

Calle Agustín de Betancourt, 19. 28003 Madrid

Correo electrónico: [sg.inclusion@inclusion.gob.es](mailto:sg.inclusion@inclusion.gob.es)

Web: <https://www.inclusion.gob.es/web/inclusion>

NIPO PDF 121-26-002-5

Como citar:

Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2025). Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación. Cruz Roja Española – Itinerarios de Inclusión Activa para Personas Perceptoras del Ingreso Mínimo Vital o Rentas Mínimas Autonómicas.

Este informe ha sido realizado por la Secretaría General de Inclusión (SGI) del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) en el marco del Laboratorio de Políticas de Inclusión. En la elaboración de este informe se ha contado con la colaboración de Cruz Roja Española (CRE), como entidad responsable de la ejecución del proyecto. Esta entidad colaboradora fue una de las que implementaron los proyectos piloto, y colaboró con la SGI para el diseño de la metodología de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized Controlled Trial* o RCT por sus siglas en inglés), participando activamente en la provisión de la información necesaria para el diseño, seguimiento y evaluación del itinerario de inclusión social. Asimismo, su colaboración fue esencial para recabar los consentimientos informados, garantizando que las personas participantes en el itinerario fueran adecuadamente informadas y que su participación fue voluntaria.

En la realización de este estudio ha colaborado de manera sustancial el equipo de investigación coordinado por el Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI). En concreto han participado, Yanina Domenella (CEMFI), Verónica Gonzales Stuva (ESADE) y Pedro Rey-Biel (ESADE), bajo la coordinación de Mónica Martínez-Bravo (hasta el 8 de enero de 2024) y Samuel Bentolila, profesores del CEMFI. El equipo investigador participó activamente en todas las fases del proyecto, incluidos la adaptación de la propuesta inicial a las necesidades de la evaluación mediante experimentos aleatorios, el diseño de la evaluación, el diseño de instrumentos de medición, el procesamiento de los datos y la realización de las estimaciones econométricas que dieron lugar a los resultados cuantitativos.

La colaboración con J-PAL Europa fue un componente vital en los esfuerzos de la SGI por mejorar la inclusión social en España. Su equipo proporcionó apoyo técnico y compartió experiencia internacional, asistiendo a la Secretaría General en la evaluación integral de los programas piloto. A lo largo de esta asociación, J-PAL Europa demostró consistentemente un compromiso con el fomento de la adopción de políticas basadas en la evidencia, facilitando la integración de datos empíricos en estrategias que buscan promover la inclusión y el progreso dentro de nuestra sociedad.

Este informe de evaluación se llevó a cabo utilizando los datos disponibles en el momento de su redacción y se basa en el conocimiento adquirido sobre el proyecto hasta esa fecha. El equipo de investigación se reserva el derecho de matizar, modificar o profundizar en los resultados presentados en este informe en futuras publicaciones. Estas potenciales variaciones podrían basarse en la disponibilidad de datos adicionales, avances en las metodologías de evaluación o la aparición de nueva información relativa al proyecto que pueda influir en la interpretación de los resultados. El equipo investigador se compromete a seguir explorando y proporcionando resultados más precisos y actualizados para el beneficio de la comunidad científica y la sociedad en general.

# Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SU CONTEXTO .....</b>	<b>8</b>
2.1 INTRODUCCIÓN .....	8
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL .....	9
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES .....	10
<b>3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN.....</b>	<b>13</b>
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO .....	13
3.2 HIPÓTESIS.....	16
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	17
3.4 INDICADORES .....	18
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO.....	19
<b>4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....</b>	<b>21</b>
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	22
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA .....	25
4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS .....	29
<b>5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN .....</b>	<b>32</b>
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS .....	32
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	33
<b>6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN .....</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>47</b>
<b>APÉNDICE .....</b>	<b>50</b>
MARCO TEMPORAL Y AGENTES RELEVANTES.....	50
ANÁLISIS DE HETEROGENEIDAD COMPLEMENTARIO.....	52

## Resumen ejecutivo

- El **Ingreso Mínimo Vital (IMV)**, establecido en mayo de 2020, es una política de renta mínima que tiene como objetivo garantizar unos mínimos ingresos a los colectivos vulnerables y proporcionar vías que fomenten su integración sociolaboral.
- En el marco de esta política, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) impulsó una estrategia para el fomento de la inclusión mediante proyectos piloto de innovación social, que se vehiculizó en el **Laboratorio de Políticas de Inclusión**. Estos proyectos se evaluaron conforme a los estándares de rigor científico y usando la metodología de **ensayo controlado aleatorizado** (*Randomized Controlled Trial*, o RCT por sus siglas en inglés).
- Este documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del proyecto **“Itinerarios de Inclusión Activa para Personas Perceptoras del Ingreso Mínimo Vital o Rentas Mínimas Autónomas”**, que se llevó a cabo por **Cruz Roja Española (CRE)**, entidad del Tercer Sector de Acción Social, en cooperación con el **MISSM**.
- Este estudio evalúa el impacto de un **itinerario de activación social y de cualificación**. Todas las personas participantes recibieron apoyo de CRE que abarcó la cobertura urgente de necesidades básicas. Los miembros del **grupo de tratamiento** recibieron además de esta cobertura general, servicios integrales que incluyeron motivación, activación y acompañamiento, competencias básicas, alfabetización digital, orientación personalizada y formación para obtener un certificado de profesionalidad.
- El proyecto se dirigió a personas perceptoras del IMV o de rentas mínimas autónomas residentes en las provincias de Albacete, León, Madrid, Málaga, Murcia y Pontevedra, con una edad comprendida entre los 25 y 55 años, preferentemente mujeres desempleadas y/o personas pertenecientes a familias con todos sus miembros adultos en desempleo o con una baja intensidad laboral.
- La muestra inicial estuvo formada por un total de 1.364 personas, 683 en el grupo de tratamiento y 681 en el grupo de control. Además, se contaba con 100 personas en la muestra reserva para sustituir a posibles bajas.
- El 79% de las personas participantes eran mujeres, el 85% tenían nacionalidad española y el 45% tenían Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o equivalente. En cuanto a las cargas familiares, el 68% eran parte de familias con menores y el 46% eran familias monoparentales.
- Del grupo de tratamiento, el 45% de las personas participantes abandonaron la muestra después de la aleatorización, mientras que sólo el 25% completó el proyecto. En cuanto al grupo de control, cerca del 53% abandonó el proyecto después de la aleatorización, mientras que un 43% lo completó.

- Los principales resultados de la evaluación fueron los siguientes:
  - **Autonomía personal:** entre las personas del grupo de tratamiento la autopercepción del riesgo de mala salud psicológica se redujo entre un 10 y un 13% en relación con el grupo de control. Además, mejoró la tolerancia a la frustración (cerca de un 9%) y la capacidad para identificar el problema (10 %) de las personas participantes en relación con el grupo de control.
  - **Empleabilidad:** el tratamiento mostró impactos positivos en la probabilidad autopercebida de encontrar empleo (19% más en las personas del grupo de tratamiento en relación con las del grupo de control). Además, las personas participantes del grupo de tratamiento utilizaron, en media, 0,2 métodos más para la búsqueda de empleo que las del grupo de control.

# 1 Introducción

## Marco Normativo General

El Ingreso Mínimo Vital (IMV), regulado por la Ley 19/2021<sup>1</sup>, por la que se establece el IMV, es una prestación económica que tiene como objetivo principal prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas en situación de vulnerabilidad económica. Así, forma parte de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva y responde a las recomendaciones de diversos organismos internacionales de abordar la problemática de la desigualdad y de la pobreza en España.

La prestación del IMV tiene un doble objetivo: proporcionar un sustento económico a aquellos que más lo necesitan y fomentar la inclusión social e inserción en el mercado laboral. Se trata así de una de las medidas de inclusión social diseñadas por la Administración General del Estado (AGE) junto con el apoyo de las comunidades autónomas, el Tercer Sector de Acción Social y las corporaciones locales<sup>2</sup>. Constituye una política central del Estado del Bienestar que tiene por objetivo dotar de unos mínimos recursos económicos a todas las personas del territorio español, con independencia de dónde residan.

El IMV va más allá de ser una mera prestación económica y ampara el desarrollo de una serie de programas complementarios que promueven la inclusión sociolaboral. Sin embargo, el abanico de programas de inclusión posibles es muy amplio y el gobierno decidió pilotar diferentes programas e intervenciones con el fin de evaluarlas y generar conocimiento que permitiera priorizar ciertas acciones. Surge así un laboratorio de innovación en políticas públicas de referencia a nivel mundial, denominado Laboratorio de Políticas de Inclusión, en el que se han impulsado proyectos piloto, de itinerarios de inclusión, evaluados acorde a los más altos estándares científicos.

Con el fin de respaldar la implementación de políticas públicas y sociales basadas en evidencia empírica, el Gobierno de España decidió evaluar los proyectos piloto de inclusión social mediante la metodología de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized Controlled Trial*, o RCT por sus siglas en inglés). Esta metodología, que ha ganado relevancia en los últimos años, representa una de las herramientas más rigurosas para medir el impacto causal de una intervención de política pública o un programa social sobre indicadores de interés, como por ejemplo la inserción sociolaboral o el bienestar de las personas beneficiarias.

Concretamente, el RCT es un método experimental de evaluación de impacto en el que una muestra representativa de la población potencialmente beneficiaria de un programa o política pública se asigna aleatoriamente o a un grupo que recibe la intervención o a un grupo de comparación que no la recibe durante la duración de la evaluación. Gracias a la aleatorización en la asignación del programa, esta metodología es capaz de identificar estadísticamente el impacto causal de una intervención en una

<sup>1</sup> [Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital](#) («BOE» núm. 304, de 21 de diciembre de 2021).

<sup>2</sup> Artículo 31.1 de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital.

serie de variables de interés, y permite analizar el efecto de esta medida, lo que ayuda a determinar si la política es adecuada para alcanzar los objetivos de política pública planeados. Las evaluaciones experimentales permiten obtener resultados del efecto de la intervención rigurosos, es decir, qué cambios han experimentado las personas participantes en sus vidas debido a la intervención. Además, estas evaluaciones facilitan un análisis exhaustivo del programa y sus efectos, facilitando aprendizajes sobre por qué el programa fue eficaz, quién se benefició más de las intervenciones, si estas tuvieron efectos indirectos o no esperados, y qué componentes de la intervención funcionaron y cuáles no.

Estas evaluaciones se enfocaron en el fomento a la inclusión sociolaboral en las personas beneficiarias del IMV, de rentas mínimas autonómicas y en otros colectivos vulnerables. De esta manera, se estableció un diseño y una evaluación de impacto de políticas de inclusión orientadas a resultados, para ofrecer evidencia para la toma de decisiones y su potencial aplicación en el resto de los territorios. El impulso y coordinación de más de 30 proyectos piloto desde el Gobierno de España constituye el Laboratorio de Políticas de Inclusión.

Para la puesta en marcha y desarrollo del Laboratorio de Políticas de Inclusión, la Secretaría General de Inclusión (SGI) estableció un marco de gobernanza que permitió aplicar una metodología clara y potencialmente escalable para el diseño de futuras evaluaciones y el fomento de la toma de decisiones en base a evidencia empírica. La AGE tuvo una triple función como impulsora, evaluadora y ejecutiva de los diferentes programas. Diferentes administraciones autonómicas y locales y organizaciones del Tercer Sector de Acción Social implementaron los programas, colaborando estrechamente en todas sus facetas incluida la evaluación y seguimiento. Además, el Ministerio contó con el apoyo académico y científico de J-PAL Europa y del Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI), como socios estratégicos para asegurar el rigor científico en las evaluaciones. Asimismo, el Laboratorio de Políticas de Inclusión cuenta con un Comité Ético<sup>3</sup>, que vela por el más estricto cumplimiento de la protección de los derechos de las personas participantes en los itinerarios de inclusión social.

El presente informe se refiere al proyecto **“Itinerarios de Inclusión Activa para Personas Perceptoras del Ingreso Mínimo Vital o Rentas Mínimas Autonómicas”**, ejecutado por **Cruz Roja Española (CRE)**, entidad del Tercer Sector de Acción Social, dedicada a una amplia gama de actividades para ayudar a las personas en situaciones de emergencia y vulnerabilidad.

### Contexto del proyecto

La exclusión social es un fenómeno complejo y multifacético que afecta a millones de personas en todo el mundo. No se limita únicamente a la insuficiencia de recursos económicos para cubrir necesidades básicas como alimentación, vivienda y atención médica, sino que también implica la falta de acceso a oportunidades educativas, laborales y sociales esenciales para el desarrollo humano y la integración plena en la sociedad.

---

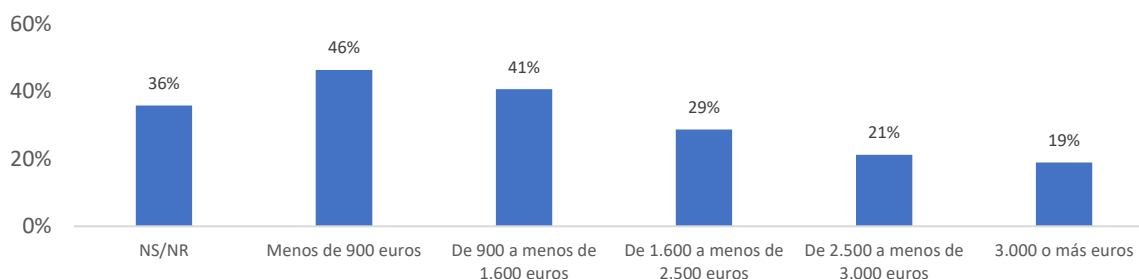
<sup>3</sup> Regulado por la Orden ISM/208/2022, de 10 de marzo, por la que se crea el Comité Ético vinculado a los itinerarios de inclusión social.

El informe *Report on the World Social Situation 2016: Leaving no one behind: the imperative of inclusive development*, elaborado por el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos (DESA) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), subrayó la naturaleza multifacética de este problema e identificó diversas causas, que incluían la pobreza, la desigualdad, la escasez de empleo, la discriminación y los prejuicios, así como las normativas sociales, culturales y políticas.

Por otro lado, el 13º Informe anual sobre la pobreza en España, elaborado por la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN), reveló una situación preocupante en el país. En 2022, aproximadamente el 26% de la población, es decir, alrededor de 12,3 millones de personas, se encontraba en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Estos hallazgos mostraron una persistencia en las altas tasas de pobreza y exclusión a lo largo de las últimas décadas, lo que indica que se trata de un problema arraigado en la estructura social.

Las personas en riesgo de exclusión social a menudo carecen de habilidades personales y digitales básicas, lo que agrava su vulnerabilidad al limitar su acceso a servicios gubernamentales, recursos educativos, oportunidades laborales y servicios de atención médica. Por ejemplo, en España, según la Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), el 46% de las personas con ingresos mensuales netos inferiores a los 900 euros tienen habilidades digitales bajas o insuficientes, un porcentaje que aumenta entre aquellos con menores niveles de educación.

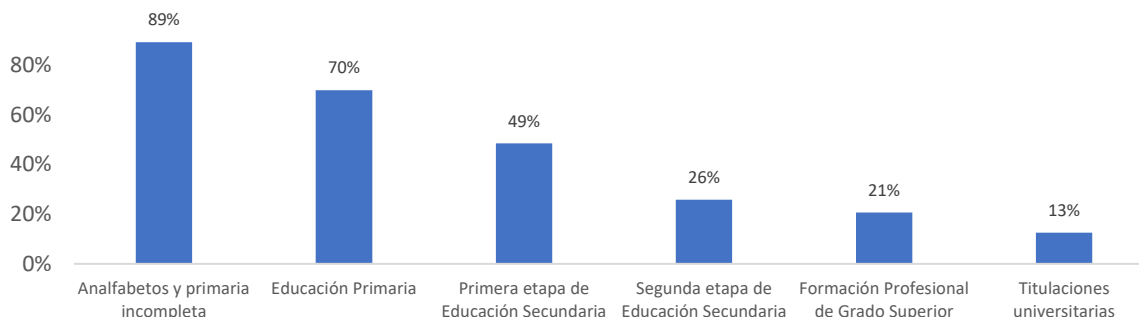
**Figura 1: Porcentaje de personas (16 a 74 años) con habilidades digitales bajas o inferiores según ingresos mensuales netos del hogar<sup>4</sup>**



Fuente: Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares, INE

<sup>4</sup> La competencia digital está basada en la metodología de Eurostat. Solo se considera a las personas que han utilizado Internet en los últimos tres meses y establece cuatro tipos de habilidades: sin habilidades, habilidades bajas, básicas y avanzadas. Construidas a partir del grado de habilidad en los campos de la Información, Comunicación, Resolución de problemas y Competencias informáticas.

**Figura 2: Porcentaje de personas (16 a 74 años) con habilidades digitales bajas o inferiores según estudios terminados**



Fuente: Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares, INE

### Marco normativo asociado al proyecto y estructura de gobernanza

El fenómeno de la exclusión social ha sido abordado por una amplia gama de organismos públicos. Por ejemplo, la Unión Europea aprobó en 2021 el Plan de Acción para la Economía Social, que pretendía complementar las acciones de los Estados miembros para prestar servicios sociales de calidad de manera rentable e integrar a los grupos desfavorecidos en el mercado laboral y en la sociedad en general. En el caso español, el documento de referencia es la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, que responde al compromiso del Gobierno de España con mantener y desarrollar el Estado de Bienestar y dar respuesta a los retos sociales, especialmente para la inclusión social plena de las personas más vulnerables.

En cuanto a la diversidad en el acceso a las tecnologías digitales, la ONU destacó la importancia de cerrar esta brecha desde la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información, resaltando la necesidad de inversiones en infraestructuras y competencias digitales. Por otro lado, a nivel europeo, dos iniciativas clave han surgido para abordar esta problemática. En primer lugar, el Plan de Acción de Educación Digital 2021-2027 de la Unión Europea, busca mejorar la calidad y accesibilidad de la educación digital en Europa, promoviendo un ecosistema educativo digital de alto rendimiento y mejorando las competencias digitales. Por otro, destaca la Década Digital de Europa que, con el objetivo de garantizar que la tecnología y la innovación beneficien a todos, establece metas específicas en áreas como la conectividad, las competencias digitales y los servicios públicos digitales.

El Gobierno de España ha contribuido con iniciativas como España Digital 2026, una hoja de ruta que busca impulsar la transformación digital del país para lograr un crecimiento económico equitativo. Además, el Plan Nacional de Competencias Digitales, la Agenda Digital 2026 y el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), tienen entre sus objetivos promover la formación y la inclusión digital de la población, con especial énfasis en las personas trabajadoras, mediante una inversión de 3.750 millones de euros para el período 2021-2023.

Finalmente, toda la normativa europea y nacional se encuentra en línea con el marco establecido en la Agenda 2030 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El proyecto piloto objeto de este informe estuvo alineado con las estrategias europeas y nacionales en el ámbito de las políticas de

inclusión social, así como con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, contribuyendo específicamente a los ODS número 1, 3, 4, 8 y 10.

Debido a la estrecha relación entre la pobreza económica, el bajo nivel educativo y la alta brecha digital, CRE desarrolló un proyecto destinado a fortalecer las capacidades, la autonomía y la inclusión social de las personas más vulnerables, además de mejorar su promoción sociolaboral, empleabilidad e inclusión en el mercado laboral.

El objetivo científico principal fue evaluar si los itinerarios de inserción basados fundamentalmente en actividades de motivación, activación, acompañamiento y orientación, así como formación en competencias básicas y alfabetización digital y módulos formativos homologados, tenían un impacto positivo en la autonomía personal y en la mejora de la empleabilidad de las personas participantes.

El marco de gobernanza configurado para la correcta ejecución y evaluación del proyecto incluyó los siguientes actores:

- **Cruz Roja Española (CRE)**, como entidad responsable de la ejecución del proyecto. Esta entidad trata de transformar las situaciones que generan vulnerabilidad, abordando tres causas prioritarias (no discriminación, la igualdad de oportunidades y la lucha contra el cambio climático) y creando entornos inclusivos, saludables, sostenibles y seguros. En la institución se prioriza a las personas y sus necesidades colocándolas en el centro de la intervención de forma transversal y coordinada, a través de las diferentes áreas de conocimiento para ofrecer respuestas más rápidas y eficientes.
- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones**, como financiador del proyecto y responsable de la evaluación RCT. Por ello, la **SGI** asumió una serie de compromisos con CRE:
  - Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar, para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de las potenciales personas participantes del proyecto piloto.
  - Diseñar la metodología RCT del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria. Asimismo, llevar a cabo la evaluación del proyecto.
  - Velar por el estricto cumplimiento de las consideraciones éticas obteniendo el visto bueno del Comité de Ética.
- **CEMFI y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyaron al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el presente informe sigue la siguiente estructura. En la **sección 2** se realiza una **descripción del proyecto**, detallándose la problemática que se quería resolver, las intervenciones concretas asociadas al grupo de tratamiento y control, y el público objetivo al que se dirigía la intervención. A continuación, la **sección 3** contiene información relativa al **diseño de la evaluación**, definiéndose la Teoría del Cambio vinculada con el proyecto y las hipótesis, fuentes de información e indicadores utilizados. En la **sección 4** se describe la **implementación de la intervención**, analizando la muestra, los resultados de la aleatorización y el grado de participación y desgaste de la intervención. A este apartado le sigue la **sección 5** donde se presentan **los resultados de la evaluación**,

con un análisis pormenorizado del análisis econométrico llevado a cabo y los resultados para cada uno de los indicadores utilizados. Las **conclusiones** generales de la evaluación del proyecto se describen en la **sección 6**. Finalmente, en el **apéndice** se aporta información adicional sobre los instrumentos de gestión y la gobernanza del proyecto piloto.

### Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social

En el curso de una investigación con seres humanos, ya sea en el ámbito de la biología o de las ciencias sociales, las personas que investigan y trabajan asociadas al programa a menudo afrontan dilemas éticos o morales en el desarrollo del proyecto o su implementación. Por ese motivo, en numerosos países es una práctica habitual la creación de comités de ética que verifican la viabilidad ética de un proyecto, así como su cumplimiento con la legislación vigente en investigación con seres humanos. El [Informe Belmont](#) (1979) del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, expone tres principios éticos fundamentales –respeto a las personas, beneficio y justicia– que constituyen el marco de referencia más habitual en que actúan los comités de ética, además de la legislación correspondiente en cada país.

Con el objetivo de proteger los derechos de las personas participantes en el desarrollo de los itinerarios de inclusión social y velar porque se garantizara su dignidad y el respeto a su autonomía e intimidad, [la Orden ISM/208/2022 de 10 de marzo](#) creó el Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social. El Comité Ético, adscrito a la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social, se componía por un presidente –con una destacada trayectoria profesional en defensa de los valores éticos, un perfil científico social de reconocido prestigio y experiencia en procesos de evaluación– y dos expertos designados como vocales.

El Comité Ético llevó a cabo el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter ético que surgieran en la ejecución, desarrollo y evaluación de los itinerarios, formulando propuestas en aquellos casos que presentaban conflictos de valores, y aprobando los planes de evaluación de todos los itinerarios. En particular, el Comité Ético emitió su aprobación para el desarrollo de la presente evaluación el 24 de julio de 2023.

## 2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que Cruz Roja Española implementó en el marco del proyecto piloto. Se describe la población objetivo y el marco territorial, y se describe la intervención en detalle.

### 2.1 Introducción

El objetivo principal de este proyecto fue evitar la cronificación de las personas perceptoras de ayudas pertenecientes al sistema de protección social, apoyando la activación de la persona y remarcando la importancia de la cualificación para acceder al mercado laboral, teniendo en cuenta las propias capacidades.

El proyecto tuvo como meta fortalecer las capacidades propias de las personas que participaron en el mismo, fomentar su autonomía e inclusión social, así como potenciar su promoción sociolaboral, empleabilidad e inclusión en el mercado de trabajo. Para llevarlo a cabo, se realizaron acciones que respondían a la motivación, activación y acompañamiento de competencias y alfabetización digital, además de una orientación y un acompañamiento personalizado. Sumado a todo esto, se impartieron módulos formativos, posibilitando así la obtención de certificados de profesionalidad.

La literatura existente sobre los efectos de los programas de formación laboral sugiere un impacto positivo sobre la empleabilidad y los ingresos, como analiza Card et al. (2010). En este contexto, destaca el estudio RCT realizado por Baird et al., (2022), que analiza el impacto del programa de formación laboral en Nueva Orleans, financiado por el *Workforce Innovation Fund* del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. Este estudio muestra un impacto significativo de la formación, especialmente entre los desempleados de corta duración, quienes experimentaron un aumento notable en sus oportunidades de empleo y en sus ingresos. Además, la formación profesional ayuda a certificar las habilidades de un potencial trabajador, lo que facilita la búsqueda de empleo (Carranza et al., 2020 y Bassi y Nansamba, 2022) y puede tener un impacto de largo plazo en las tasas de ocupación (Alfonsi et al., 2020).

En este sentido, cabe destacar que la evidencia empírica sugiere que incorporar capacitación en *soft skills* mejora los resultados de las formaciones profesionales. Osman y Speer (2022) analizaron una capacitación implementada en Egipto que combinaba *soft skills* y *hard skills*, mostrando que esta conducía a mejores resultados laborales que las capacitaciones que se centraban solo en habilidades duras o blandas, 18 meses después. Del mismo modo, la formación en habilidades blandas ayudó a los solicitantes a mantener el empleo y los salarios mensuales a largo plazo en Colombia (Barrera-Osorio et al., 2023).

En lo que respecta a los efectos de la formación especializada en el ámbito digital, la investigación RCT realizada por Todeschini et al., (2016) sobre el programa *Mobiliza't Mobile* de Barcelona Activa, el cual ofrecía formación en habilidades digitales y fomentaba el espíritu emprendedor, reveló un impacto positivo en la empleabilidad de las personas participantes. Además, el estudio de Atkin et al. (2021) indica que la capacitación en habilidades digitales, junto con una referencia laboral positiva, incrementa los ingresos mensuales y reduce la tasa de desempleo. Por último, Choudhary y Bansal (2022) realizaron una revisión exhaustiva de los programas de formación digital, resaltando una variedad de impactos que están estrechamente relacionados con la calidad de los servicios y la estructura del programa.

## 2.2 Población objetivo y ámbito territorial

El proyecto se dirigió a personas receptoras del IMV o rentas mínimas autonómicas residentes en las provincias de Albacete, León, Madrid, Málaga, Murcia y Pontevedra, con una edad comprendida entre los 25 y 55 años, preferentemente mujeres desempleadas y/o personas pertenecientes a familias con todos sus miembros adultos en desempleo o baja intensidad laboral. Inicialmente, la selección de las personas participantes se realizó teniendo en cuenta las siguientes características:

- Mujeres en dificultad social, desempleadas y/o familias con todos los miembros en desempleo o baja intensidad laboral.
- Nivel educativo: ESO o equivalente (certificado de profesionalidad de Nivel 2).
- Localización: residentes en áreas urbanas, metropolitanas o rurales de las siguientes provincias: Málaga, León, Albacete, Pontevedra, Madrid y Murcia.
- Personas receptoras del IMV o de las Rentas Mínimas Autonómicas, durante un periodo mínimo de dos años.
- Edad: 25-55 años.
- Con interés en ocupaciones relacionadas con la economía del cuidado.

Debido a las dificultades para encontrar posibles beneficiarios con un nivel educativo de ESO o equivalente que pudieran acceder a certificados de profesionalidad de Nivel 2 relacionados con la economía del cuidado, se decidió ampliar el marco de actuación a personas con un nivel educativo inferior y ofrecer certificados de profesionalidad tanto de Nivel 1 como de Nivel 2 en ámbitos diversos.

Se proporcionan más detalles sobre el proceso de captación en la **sección 3.5** en el marco del diseño de la evaluación.

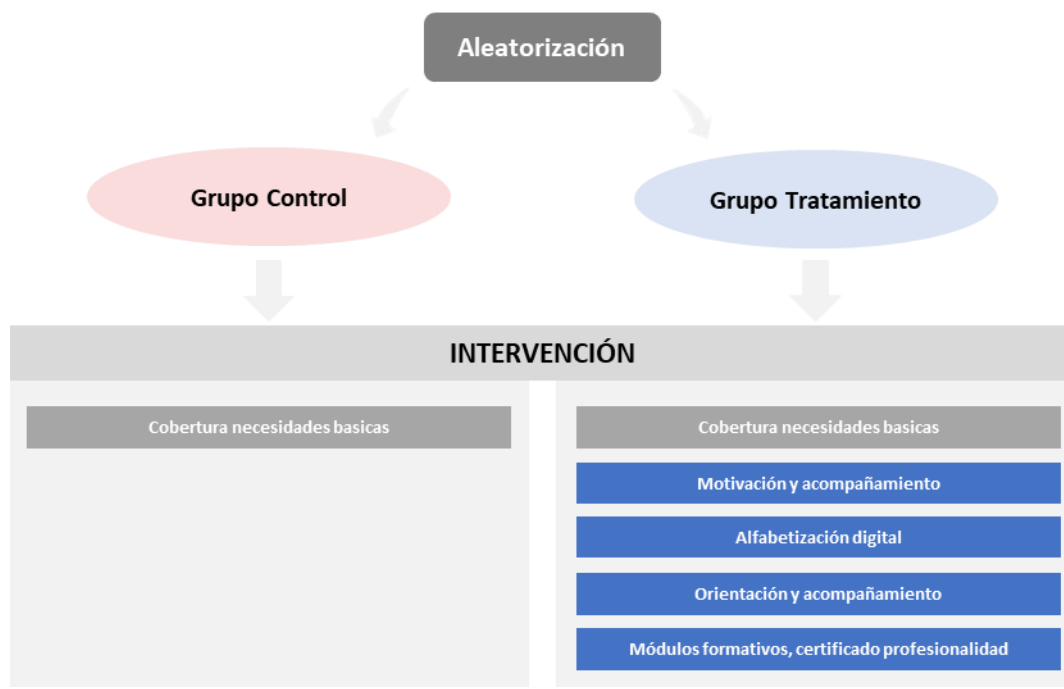
### 2.3 Descripción de las intervenciones

El proyecto abordó la cronificación en el sistema de protección social, a través de acciones dirigidas a la activación de la persona y a la cualificación para el acceso al empleo. Para estimar y medir el impacto de las acciones implantadas, las personas participantes se asignaron de forma aleatoria a un grupo de control y a un grupo de tratamiento.

Todas las personas participantes en el proyecto recibieron por parte de Cruz Roja acciones dirigidas a la cobertura urgente de necesidades básicas, a través de entregas de productos, y/o ayudas económicas, así como acciones que permitieran el fortalecimiento de competencias sobre gestión de la economía doméstica, que les permitiera aplicar estrategias de ahorro energético, aspectos básicos sobre economía financiera, información y orientación social para el acceso a sus recursos. Además, participaron en una sesión sencilla de motivación y orientación, impartida en modo telefónico o presencial en función de las necesidades.

Adicionalmente, a las personas participantes del grupo de tratamiento se les ofrecieron servicios de motivación, activación y acompañamiento de forma transversal durante todo el proyecto, así como competencias básicas y alfabetización digital, orientación personalizada y módulos formativos para la adquisición de un certificado de profesionalidad.

Figura 3: Esquema intervención por grupo experimental



Para el grupo de tratamiento se diseñaron una serie de planes individualizados de intervención a través de servicios intensivos de acompañamiento y apoyo, pudiéndose ajustar estos recursos a las necesidades individuales de cada persona participante. A continuación, se detallan cada una de las áreas de la intervención específica del grupo de tratamiento:

#### A. Motivación, activación y acompañamiento

Se trató de acciones dirigidas específicamente a fortalecer las capacidades de resiliencia y la mejora del estado emocional. Se realizaron acciones de apoyo psicosocial a las personas participantes, así como el fomento de espacios de encuentro para generar grupos de ayuda mutua, y se promovió la conciliación familiar para que las personas pudieran llevar a cabo todas las actividades programadas.

#### B. Competencias básicas y alfabetización digital

Incluyó tutorías y sesiones que facilitaron desarrollo de competencias como la autoconfianza, el autocontrol, la comunicación, el cumplimiento de normas y tareas y el razonamiento matemático, así como el aprendizaje digital. También se abordó la formación digital, y se facilitó el acceso a tablets y ciberaulas y apoyo para tareas como el uso de redes y las bolsas de trabajo.

#### C. Orientación y acompañamiento personalizado

Se fomentó, mediante diferentes actividades individuales o grupales, el acceso a los recursos y organismos públicos y privados que pudieran mejorar su bienestar emocional y su autonomía, fortaleciendo las capacidades propias de las personas participantes que se encontraran en situación de dificultad social, a partir del fomento de su empoderamiento, autonomía personal e inclusión social, y potenciando su promoción sociolaboral, empleabilidad e inclusión en el mercado laboral.

En esta fase, se puso el foco en la colaboración de empresas para que, de manera grupal, a través de un conjunto de sesiones y/o visitas presenciales a las propias empresas, las personas participantes incrementaran su confianza en la búsqueda activa de empleo y sus posibilidades de éxito. En esta fase se incluyeron las siguientes sesiones:

- **Mi brújula:** Sesiones de información y orientación laboral para conocer el mercado de trabajo, oferta y demanda local, perfiles profesionales y requisitos mínimos de cualificación por cada uno de ellos, a través de análisis de ofertas, participación en jornadas, ferias de empleo, *webinars*, etc.
- **Cuál es mi profesión:** Acciones de evaluación del punto de partida, ajuste de expectativas laborales y diseño de objetivo profesional. Autoconocimiento de capacidades, competencias personales y profesionales, tecnológicas, contrastadas con los requerimientos del mercado de trabajo.
- **Mi marca personal:** Acciones para concienciar sobre la importancia de las competencias necesarias para los procesos de búsqueda y desempeño de una ocupación, potenciar capacidades que ya tenían las personas o que iban adquiriendo y que, en muchos casos, les costaba identificar o desconocían, y que descubrieran su propuesta de valor diferencial en el mercado laboral.
- **Herramientas y técnicas de búsqueda de empleo:** Acciones destinadas a desarrollar y poner en práctica las estrategias de búsqueda proactiva de empleo con enfoque competencial y digital, adaptadas al contexto actual de los procesos de selección y ocupación profesional a la que se dirigían; elaboración de currículum (básico, por competencias, videocurrículum); autocandidaturas; entrevistas; llamadas telefónicas de contacto; *networking*; portales de empleo, redes sociales para el empleo, etc.

#### D. Módulos formativos y certificado de profesionalidad

También se llevaron a cabo una serie de módulos formativos teórico-prácticos, a través de los cuales las personas incluidas en este proyecto recibieron una formación dirigida a obtener la cualificación profesional completa. Estos módulos formativos se correspondieron con las unidades de competencia de las cualificaciones profesionales. Además, eran la unidad mínima de acreditación acumulable en procesos de acreditación de competencias profesionales, es decir, la suma de varios módulos formativos podía dar lugar a la adquisición de un Certificado de Profesionalidad completo.

En particular, con respecto a los Certificados de Profesionalidad de Nivel 2, en todas las provincias a excepción de León y Murcia, se ofreció el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales (450 horas de formación) que capacitaba para la atención a las personas dependientes en residencias, siendo una actividad que requería una dedicación especial y de un trabajo coordinado y en equipo con otros profesionales. En Murcia se ofreció el Certificado de Profesionalidad de Gestión de Llamadas de Teleasistencia (310 horas de formación).

Con respecto a los Certificados de Profesionalidad de Nivel 1, en todas las provincias<sup>5</sup> -excepto en Madrid y Albacete-, se ofreció el Certificado de Profesionalidad de Limpieza de Superficies y Mobiliario en Edificios y Locales (230 horas). En Madrid se ofreció el Certificado de Profesionalidad de Operadores Auxiliares de Servicios Administrativos y Generales (430 horas). El Certificado de Actividades Auxiliares de Almacén (210 horas) se ofreció en Albacete, Madrid y en Málaga. Además, el Certificado de Actividades Auxiliares de Comercio (230 horas) se ofreció en Madrid, Murcia y Albacete.

Además, se ofreció formación complementaria para que todas las personas del grupo de tratamiento pudieran tener acceso a un número homogéneo de horas. Algunas de las formaciones complementarias ofrecidas fueron las siguientes: Prevención de riesgos laborales (30 horas), Conducción de carretillas (30 horas), Limpieza de centros escolares (60 horas), Caja y reposición (60 horas), Ofimática básica (50 horas), Primeros auxilios (30 horas).

## 3 Diseño de la evaluación

Esta sección describe el diseño de la evaluación de impacto de los programas descritos en la sección anterior. Se describe la Teoría del Cambio que identificó los mecanismos y los aspectos a medir, las hipótesis que se iban a contrastar en la evaluación, las fuentes de información para construir los indicadores y el diseño del experimento.

### 3.1 Teoría del Cambio

Con el objetivo de diseñar una evaluación que permitiera entender la relación causal entre la intervención y el objetivo final de la misma, se empezó elaborando una Teoría del Cambio. La Teoría del Cambio permite esquematizar la relación entre las necesidades identificadas en la población objetivo, las prestaciones o servicios que la intervención provee, y los resultados tanto inmediatos como a medio-largo plazo que busca la intervención, entendiendo las relaciones entre ellos, los supuestos sobre los que descansan y esbozando medidas o indicadores de resultados.

---

<sup>5</sup> En León no se llevó a cabo ningún certificado de profesionalidad por falta de personas participantes interesadas en comenzar las formaciones.

### Teoría del Cambio

Una Teoría del Cambio comienza con la correcta identificación de las necesidades o problemáticas que se pretenden abordar y sus causas subyacentes. Este análisis de situación debe guiar el diseño de la intervención, es decir, las actividades o productos que se proporcionan para aliviar o resolver las necesidades, así como los procesos necesarios para que el tratamiento sea implementado adecuadamente. A continuación, se identifica qué efecto/s es previsible que suceda/n, en función de la hipótesis de partida, es decir, qué cambios —de comportamiento, expectativas o conocimiento— se espera obtener a corto plazo con las actuaciones realizadas. Finalmente, el proceso concluye con la definición de los resultados a medio-largo plazo que la intervención pretende conseguir. En ocasiones, se identifican como resultados intermedios los efectos directamente obtenidos con las actuaciones y en los finales, los efectos indirectos.

La elaboración de una Teoría del Cambio es un elemento fundamental para la evaluación de impacto. En la etapa de diseño, la Teoría del Cambio ayuda a la formulación de hipótesis y a identificar los indicadores necesarios para la medición de resultados. Una vez obtenidos los resultados, la Teoría del Cambio facilita, si no son los esperados, detectar qué parte de la hipotética cadena causal falló, así como identificar, en caso de resultados positivos, los mecanismos a través de los cuales el programa funciona. Así mismo, la identificación de los mecanismos que posibilitaron el cambio esperado permite una mayor comprensión de la posible generalización o no de los resultados a contextos diferentes.

El problema identificado para la población objetivo en el marco proyecto fue que, a medida que transcurría más tiempo en el sistema de protección social, mayor era la dificultad para lograr mejorar la autonomía personal y la empleabilidad. Este fenómeno planteó un obstáculo considerable en el camino hacia la integración socioeconómica, ya que implicó que los recursos y las oportunidades disponibles no estaban siendo aprovechados de manera eficaz para fomentar el desarrollo personal y profesional de las personas involucradas en el sistema.

Esta necesidad o problemática definió las distintas áreas de actuación del proyecto y las actividades asociadas a cada una de ellas. Particularmente, se definieron cuatro grandes bloques, en forma de insumos o actividades en la intervención. En primer lugar, se abordó la motivación, activación y acompañamiento, brindando inspiración y apoyo para iniciar y mantener el progreso hacia los objetivos marcados por las personas participantes. El segundo bloque se enfocaba en el desarrollo de competencias básicas y alfabetización digital, proporcionando las habilidades fundamentales necesarias en el entorno laboral del momento. A continuación, en el tercer bloque, se ofreció orientación y acompañamiento personalizado, adaptando la asistencia a las necesidades individuales de cada participante. Por último, en el cuarto bloque, se ofrecieron módulos formativos especializados y la oportunidad de obtener un certificado de profesionalidad, garantizando una formación completa y reconocida en el campo elegido.

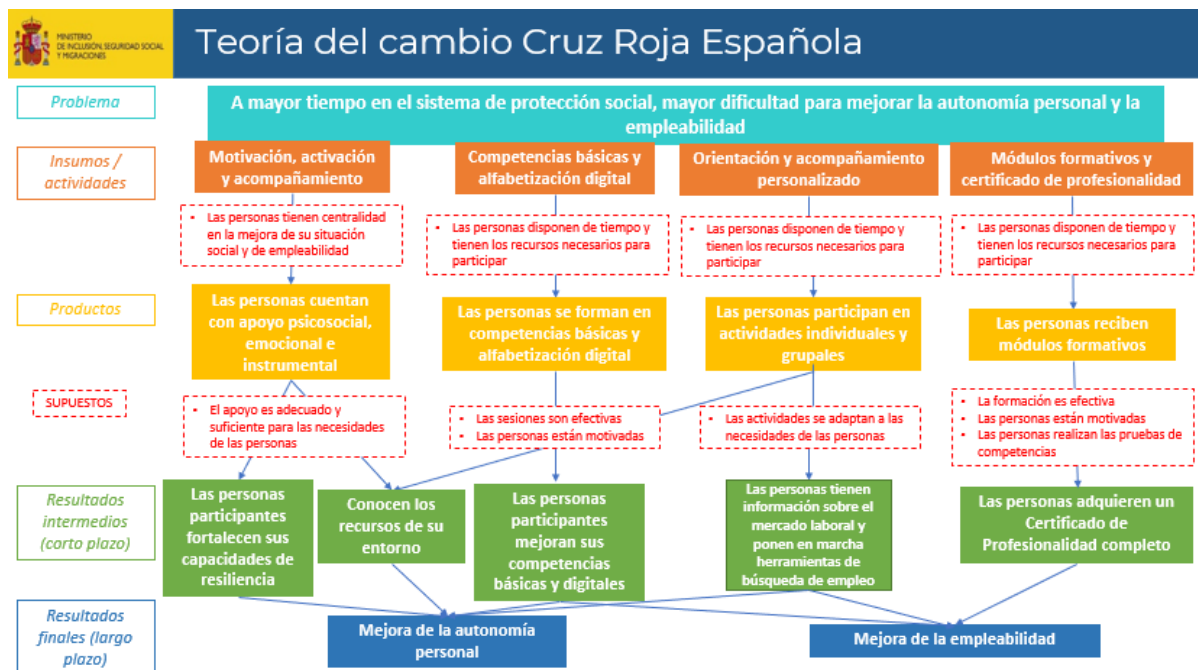
Todos estos recursos y actividades realizadas produjeron una serie de productos. Para ello, previamente se cumplieron unos supuestos, que consistieron en que las personas contaran con centralidad en la mejora de su situación social y de empleabilidad y que, asimismo, dispusieran de

tiempo y contaran con los recursos necesarios para participar. De este modo, al medir los productos obtenidos, se identificó si las personas beneficiarias habían recibido las actividades o insumos y con qué intensidad. Recibir adecuadamente los recursos y actividades realizadas, resultaba indispensable para que el programa pudiera alcanzar los resultados intermedios y finales esperados, ya que, si las personas beneficiarias no recibían de forma efectiva el programa, era difícil que pudieran observarse mejoras en los indicadores de reducción de pobreza y mejora de la inclusión social. En este proyecto, los productos estaban definidos como el efecto que tienen los insumos en las personas participantes. Así, categorizando los productos por bloques, el primer producto obtenido tuvo su origen en la motivación, activación y acompañamiento y permitió que las personas contasen con apoyo psicosocial, emocional e instrumental. El segundo bloque, relativo a las competencias básicas y alfabetización digital, tuvo como producto a personas formadas en dichas competencias. En cuanto a la orientación y acompañamiento personalizado, este bloque produjo personas participantes en actividades individuales y grupales. Por último, en lo que se refería al cuarto bloque, módulos formativos y certificado de profesionalidad, el producto se constituyó por las personas que recibieron los módulos formativos.

De nuevo, para lograr los resultados intermedios, los cuales eran resultados directos de la intervención, se necesitó el cumplimiento de algunos supuestos. Estos supuestos eran, de acuerdo con los bloques ya definidos, (i) el apoyo era adecuado y suficiente para las necesidades de las personas; (ii) las sesiones eran efectivas y las personas estaban motivadas; (iii) las actividades se adaptaron a las necesidades de las personas; y (iv) la formación era efectiva, las personas estaban motivadas y realizaron las pruebas de competencias. En este sentido, los resultados esperados a corto plazo eran: las personas participantes fortalecerían sus capacidades de resiliencia, conocerían los recursos de su entorno, mejorarían sus competencias básicas y digitales, obtendrían información sobre el mercado laboral y pondrían en marcha herramientas de búsqueda de empleo, y adquirirían un Certificado de Profesionalidad completo.

Como consecuencia de lo anterior, los resultados finales de la intervención, logrados a largo plazo, partían de la mejora en los citados indicadores intermedios, debiendo concluir así en una mejora de la autonomía personal y de la empleabilidad. En la siguiente figura se ilustra esta secuencia causal de acciones, iniciada por las necesidades o problemáticas identificadas y, actividades y recursos necesarios para poder obtener los cambios esperados en las personas participantes.

Figura 4: Teoría del Cambio



### 3.2 Hipótesis

El principal objetivo del itinerario era prevenir la cronificación en el sistema de protección social, apoyando la activación de la persona y la importancia de la cualificación para el acceso al empleo, teniendo en cuenta sus propias capacidades.

Tal y como se detalla en la Teoría del Cambio, este proyecto se circunscribió a multitud de ámbitos, desde la mejora de la salud emocional hasta la mejora de las competencias digitales y de la situación laboral de las personas participantes. En consecuencia, al evaluar el modelo, se formularon diversas hipótesis que compararon los resultados del grupo de tratamiento con los del grupo de control en cada una de las áreas mencionadas, que utilizaron indicadores específicos para cada una de ellas. Este enfoque multidimensional permitió una evaluación comprehensiva del impacto de la intervención en la vida de las personas beneficiarias y posibilitó un entendimiento más completo de su efectividad en diferentes dimensiones.

A continuación, se exponen las hipótesis a contrastar en relación con cada uno de los bloques de resultados. En las siguientes secciones se describirán las fuentes de información de los indicadores que se utilizaron en cada una de las hipótesis.

#### 1. Mejora de la autonomía de las personas participantes

Se plantearon dos hipótesis principales sobre el efecto del programa integral: la primera sugería que fortalecía las capacidades de resiliencia de las personas participantes, mientras que la segunda proponía que mejoraba sus competencias básicas. Además, se formularon dos hipótesis secundarias

sobre el impacto del programa: una postulaba que aumentaría el conocimiento de las personas participantes sobre los recursos disponibles en su entorno, y la otra sugería que mejorarían sus habilidades digitales.

## 2. Mejora de la empleabilidad

Respecto al impacto en la empleabilidad, se formularon dos hipótesis principales. La primera hipótesis postulaba que la intervención mejoraría la empleabilidad de las personas participantes. La segunda hipótesis sugería que la intervención aumentaría el conocimiento sobre el mercado laboral y facilitaría la utilización de herramientas de búsqueda de empleo.

### 3.3 Fuentes de información

La principal fuente de información empleada para evaluar el impacto del proyecto fue una encuesta administrada a todas las personas participantes del proyecto formada por cinco cuestionarios en los que se recogió la siguiente información autorreportada:

- **Cuestionario Situación personal:** situación personal y características sociodemográficas.
- **Cuestionario Laboral:** situación laboral.
- **Cuestionario Salud:** estado de salud.
- **Cuestionario Social:** relaciones sociales.
- **Cuestionario Competencias:** competencias y habilidades.
- **Cuestionario Digitalización:** disposición y el uso de la tecnología.

La encuesta se administró en dos momentos temporales: **antes del inicio del proyecto** (encuesta de línea de base), **después de su conclusión** (encuesta de línea final). La encuesta se completó en modalidad presencial en las instalaciones de Cruz Roja Española o bien, online. Durante la ejecución de la encuesta, las personas participantes contaron con el soporte del personal técnico de Cruz Roja Española, que coordinaba el proyecto piloto.

La encuesta tuvo como objetivo principal evaluar, mediante los cuestionarios enumerados anteriormente, la posible mejoría de las personas participantes a diferentes niveles: personal, tecnológico y profesional.

- **A nivel personal**, se evaluó su nivel de autoestima, su conocimiento del uso del entorno y sus recursos, su conocimiento de sus derechos sociolaborales y de su empoderamiento económico.
- **A nivel tecnológico**, se evaluó el acceso y el uso de servicios digitales educativos, de salud, de empleo, sociales, etc., el uso estratégico del móvil u otros dispositivos electrónicos, la gestión de su red de contactos, el uso de redes sociales y ciberseguridad y, por último, la búsqueda de ofertas de empleo por parte de las personas participantes.
- **A nivel profesional**, se evaluó la búsqueda activa de empleo, las competencias básicas y transversales de las personas participantes, el nivel de movilidad y en última instancia, su cualificación profesional.

### 3.4 Indicadores

En esta sección se describen los indicadores utilizados para la evaluación de impacto del itinerario, divididos por temáticas relacionadas con las hipótesis anteriormente descritas.

#### Mejora de la autonomía personal

**Autopercepción del riesgo de mala salud psicológica:** indicador compuesto que exploraba cómo cada participante se consideraba a sí mismo en el ámbito de la salud psicológica. Este indicador se calculó a partir de la respuesta a doce preguntas relacionadas con este ámbito, que tomaban valores de 0 a 3, donde valores más altos indicaban peores niveles de salud psicológica. Para el cálculo de este indicador se recodificaron dichas variables, asignando el valor 0 a los dos valores más bajos (0 y 1) y 1 a los más altos (2 y 3). De esta forma, el indicador compuesto variaba en una escala de 0 a 12 puntos en la que, a mayor valor, más riesgo de mala salud psicológica.

Además, se calculó un indicador agregado de autopercepción del riesgo de mala salud psicológica en el que se mantuvieron los valores de cada una de las variables que lo componían (que, como se ha mencionado anteriormente, variaban de 0 a 3) y, por tanto, podía tomar valores de 0 a 36.

**Autopercepción de la autoconfianza y el autocontrol:** indicador compuesto que recogía la confianza y autocontrol autorreportados por las personas participantes, con valores de 1 a 5 donde, a mayor valor, mejor autopercepción de la autoconfianza y el autocontrol.

**Autopercepción de la tolerancia a la frustración:** indicador compuesto que recogía la tolerancia a la frustración autorreportada de las personas participantes, con valores de 1 a 5 donde, a mayor valor, mayor tolerancia a la frustración.

**Identificación del problema al buscar empleo:** indicador basado en una variable categórica, con una escala de 1 a 5, que medía la capacidad para identificar el problema al buscar empleo, donde un mayor valor indicaba una mayor capacidad.

**Mejora de la organización propia:** indicador compuesto calculado como promedio de variables categóricas de autonomía, priorización y gestión del tiempo, con valores entre 1 y 5, donde un mayor valor representaba una mejor organización.

**Mejora en la comunicación:** indicador basado en una variable categórica con valores entre 1 y 5, donde un mayor valor indicaba que la persona tenía menos problemas para expresarse.

**Conocimiento de los recursos:** indicador compuesto de diez variables referidas a los recursos del territorio que se encontraban disponibles para las personas participantes, con valores entre 0 y 10, representando el número de recursos conocidos.

**Autopercepción de las competencias digitales:** indicador compuesto calculado como la media de trece variables categóricas provenientes de las encuestas realizadas, referidas al manejo de herramientas digitales. Dicho indicador variaba entre 1 y 4, donde un mayor valor mostraba una mejor autopercepción de las competencias digitales.

### Mejora de la empleabilidad

**Situación laboral en la actualidad autocumplimentada:** indicador binario sobre la situación laboral autorreportada, donde 1 representaba que la persona afirmaba estar trabajando en el momento de cumplimentación del cuestionario.

**Entrevistas laborales realizadas:** indicador que recogía el número de entrevistas laborales realizadas por las personas participantes en el proyecto en las cuatro semanas anteriores a la cumplimentación del cuestionario.

**Probabilidad autopercebida de encontrar empleo:** indicador basado en una variable categórica con valores entre 1 y 4, donde a mayor valor, mayor probabilidad autopercebida por la persona participante de encontrar empleo en los seis meses posteriores a la cumplimentación del cuestionario.

**Horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo:** indicaba el número de horas semanales que los participantes dedicaban a encontrar un empleo.

**Métodos usados para encontrar empleo:** indicador compuesto formado por la suma de once variables binarias que recogían si un método concreto había sido usado por las personas participantes para encontrar empleo. Representaba el total de métodos diferentes para encontrar empleo utilizados por las personas participantes en las cuatro semanas anteriores a la cumplimentación del cuestionario, con valores entre 0 y 11.

### 3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el impacto de las intervenciones en los indicadores mencionados, se empleó una evaluación RCT, donde las personas participantes fueron asignadas aleatoriamente al grupo de tratamiento o al grupo de control. A continuación, se describe detalladamente el proceso de captación y selección de las personas beneficiarias de la intervención, así como la asignación aleatoria y el marco temporal del experimento.

#### Captación de participantes de la intervención

La población objetivo fueron personas adultas desempleadas y/o familias con todos los miembros en desempleo o baja intensidad laboral, entre 25 y 55 años, residiendo en áreas urbanas metropolitanas o rurales de Albacete, León, Madrid, Murcia, Málaga o Pontevedra, que fueran receptoras del IMV o de alguna de las rentas mínimas autonómicas. El proceso de identificación y captación fue llevado a cabo por CRE por teléfono, haciendo uso tanto de sus bases de datos como de una lista de personas beneficiarias del IMV proporcionada por la SGI ordenada aleatoriamente para jerarquizar el orden de contacto con las posibles personas beneficiarias del proyecto. Posteriormente se recabó el consentimiento informado tras la asignación aleatoria y antes de la cumplimentación de los cuestionarios de la línea de base.

### Consentimiento informado

Uno de los principios éticos fundamentales de la investigación con seres humanos (respeto a las personas) requiere que las personas participantes del estudio sean informadas sobre la investigación y den su consentimiento para ser incluidas en el estudio. El consentimiento informado se realiza habitualmente como parte de la entrevista inicial y tiene dos partes esenciales: la explicación del experimento a la persona, y la petición y registro de su consentimiento para participar. El consentimiento debe comenzar con una presentación comprensible de la información clave que ayudará a la persona a tomar una decisión informada, es decir, comprender la investigación, lo que se espera de ella y los posibles riesgos y beneficios. La documentación es necesaria como registro de que el proceso ha tenido lugar y como prueba de consentimiento informado en caso afirmativo.

El consentimiento informado es necesario en la gran mayoría de investigaciones y podrá ser oral o escrito dependiendo de diferentes factores como la alfabetización de la población o los riesgos que suponga el consentimiento. Solo bajo circunstancias muy específicas, como cuando los riesgos potenciales de las personas participantes sean mínimos y el consentimiento informado sea muy complejo de conseguir o perjudique la validez del experimento, se podrá eludir el consentimiento informado o dar información parcial a las personas participantes con la aprobación del Comité de Ética.

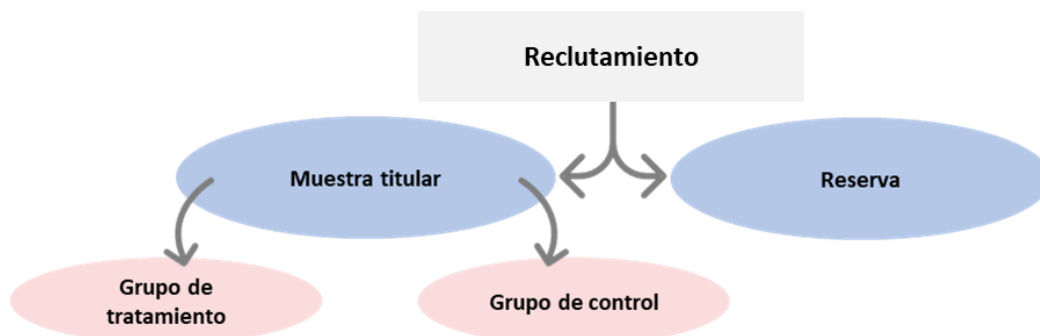
### Asignación aleatoria de las personas participantes

Finalizado el proceso de captación, se procedió a la asignación de las personas participantes que aceptaron participar en el proyecto a muestra titular y reserva y, en el primer caso, a los grupos de tratamiento y control. La asignación a los grupos se realizó de manera aleatoria, utilizando un procedimiento estratificado teniendo en cuenta la provincia de procedencia y la situación autorreportada por la persona participante en relación con si tenía o no la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o equivalente.

El proceso de estratificación consideró cada provincia de forma separada, con dos excepciones debido a su dispersión geográfica: León, donde se consideraron dos territorios independientes, León capital y El Bierzo; y Albacete, donde se consideraron tres territorios independientes, Albacete capital, Almansa y Hellín. Dentro de cada provincia, se realizó la aleatorización separada para los registros con y sin ESO, con la excepción de Almansa y Hellín, donde no se hizo esta distinción debido al tamaño muestral limitado, resultando 16 estratos.

Del total de personas captadas se aleatorizó qué participantes formarían parte de la muestra titular y quién de la muestra reserva. Las personas participantes de la muestra titular fueron asignadas aleatoriamente al grupo de tratamiento o al grupo de control. Por su parte, para las reservas se estableció una jerarquía de sustitución por estrato de forma que, cuando se produjera una baja en la muestra titular, se sustituiría por la primera reserva disponible de su estrato, asignándole el grupo (control o tratamiento) de la persona a la que sustituía.

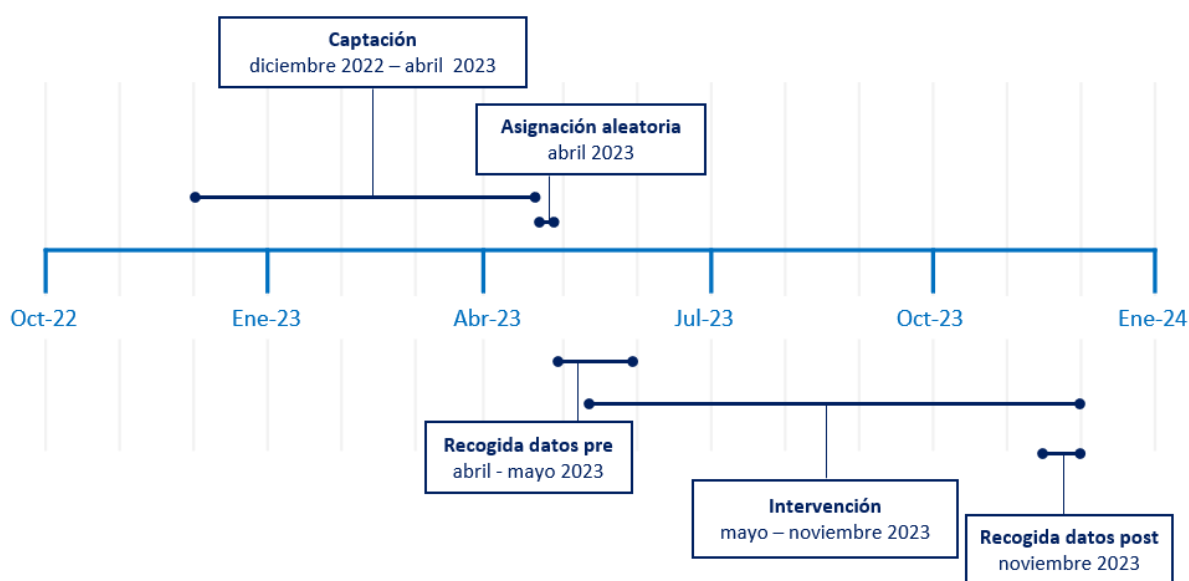
Figura 5: Diseño de la muestra



La **Figura 6** muestra el marco temporal del proyecto. El proceso de captación se extendió entre diciembre de 2022 y abril de 2023. Al finalizar la captación se procedió a la asignación aleatoria y a recoger los datos previos a la intervención, proceso que se extendió hasta mayo de ese mismo año.

La intervención se llevó a cabo entre mayo y noviembre de 2023. Finalmente, la encuesta final se realizó una vez concluida la intervención.

Figura 6: Marco temporal de la evaluación



## 4 Descripción de la implementación de la intervención

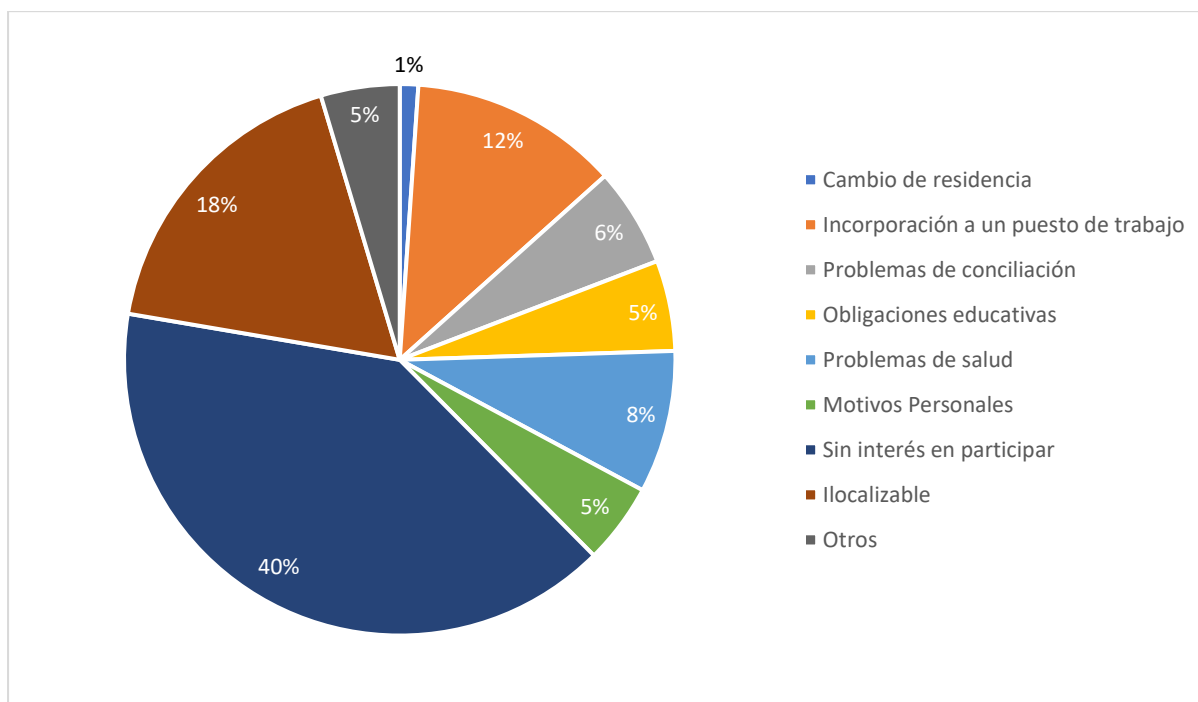
Esta sección describe los aspectos prácticos de cómo se implementó la intervención, en el marco del diseño de la evaluación, detallando los resultados del proceso de captación de participantes y otros aspectos logísticos relevantes para contextualizar los resultados de la evaluación.

## 4.1 Descripción de la muestra

Durante el proceso de captación se encontraron grandes dificultades para encontrar suficientes participantes que cumplieran con los requisitos del proyecto, lo que condujo a flexibilizar el perfil de las potenciales personas participantes, eliminando como requisito el nivel de formación (ESO o equivalente) tal y como se refleja en la **sección 2.2**.

CRE contactó telefónicamente con un total de 16.626 personas. Entre las que cumplían con todos los requisitos, 1.464 personas mostraron su interés en participar en el proyecto. De ellas, 1.364 fueron seleccionadas aleatoriamente para formar parte de la muestra titular (681 para el grupo de control y 683 para el grupo de tratamiento) y 100 fueron asignadas a la muestra reserva. Del total de personas captadas, finalmente 744 firmaron el consentimiento informado, y se consiguió datos de 695 de ellas (373 del grupo de tratamiento y 322 del grupo de control). En el siguiente gráfico se detallan los motivos por los que algunas de las personas captadas decidieron no participar finalmente en el proyecto.

**Figura 7: Motivo de no participación**



Hay que destacar que el 40% de las personas participantes, a pesar de mostrar inicialmente su interés en participar, finalmente declinaron hacerlo.

### Características de la muestra final de la evaluación

La **Tabla 1** muestra las estadísticas descriptivas de las variables relacionadas con la evaluación, de acuerdo con la información recogida en la línea de base para 695 personas. Se recogieron las características sociodemográficas de las personas participantes, así como la información de los indicadores principales antes de comenzar la intervención. La tabla cuenta con 6 columnas donde se

incluyen: la media, la desviación estándar, el mínimo, el máximo y el número de observaciones de cada variable.

En el primer bloque de la **Tabla 1** se muestra que el 54% de las personas participantes (373) pertenecían al grupo de tratamiento y 46% al grupo de control (322). El 43% de la muestra tenía entre 41 y 50 años, el 29% entre 31 y 40 años, el 24% tenía 51 años o más y el 3% tenía 30 años o menos. En ese sentido, la edad media de la muestra fue de 44 años.

El 79% de las personas participantes eran mujeres, el 85% tenía nacionalidad española<sup>6</sup> y, geográficamente, el 27% se encontraba en la Región de Murcia, el 22% en la Comunidad de Madrid, el 19% en la provincia de Málaga, el 12% en la de Pontevedra, el 12% en la de Albacete y el 8% en la de León. En cuanto al nivel de conocimiento del español, el promedio de la muestra tenía un nivel de español que se encontraba entre la categoría de conocimiento avanzado y la categoría de lengua materna. En relación con la formación, el 45% reportó tener, en el momento de la captación, la ESO o un grado equivalente. En la línea de base, el 27% de las personas participantes reportó tener un grado más allá de la educación secundaria, el 18% secundaria completa, el 21% secundaria incompleta, el 21% primaria completa, y el 13% primaria sin completar o menos.

En cuanto a la composición familiar, el 68% de las personas participantes reportaron ser parte de familias con hijos y el 46% parte de un hogar monoparental. Entre las personas con familiares bajo su responsabilidad (menores o mayores), el 46% reportó problemas ocasionales de conciliación laboral y familiar, mientras que el 16% afirmó que dicha responsabilidad les suponía un obstáculo constante para la conciliación laboral y familiar. Por otro lado, el 31% de la muestra afirmó no tener personas bajo su responsabilidad.

Con respecto a los indicadores de resultados, se distinguen dos bloques. El primer bloque hace referencia a la autonomía personal de las personas participantes, y el segundo describe su empleabilidad. Los primeros dos indicadores corresponden a la percepción subjetiva que tenían las personas participantes sobre su estado de salud psicológica en las últimas semanas. El objetivo de dichos indicadores era evaluar la prevalencia del riesgo de mala salud mental. Para ello, se valoró de manera categórica la frecuencia con la que cada participante había tenido 12 tipos de problemas o situaciones<sup>7</sup>. En ambos indicadores un mayor valor indicaba un mayor riesgo de mala salud mental. El primer indicador tuvo una desviación estándar de 4 y una media de 5. El segundo indicador tuvo una desviación estándar de 7,5 y una media de 16,6.

En cuanto a la autopercepción de la autoconfianza y del autocontrol, el promedio de la muestra de participantes reportó un nivel de autoconocimiento y autocontrol de casi 3,8. Con respecto a cómo

---

<sup>6</sup> Este porcentaje toma en cuenta que la persona participante tenga solo la nacionalidad española o que tenga una doble nacionalidad que incluye la nacionalidad española.

<sup>7</sup> Las preguntas y cálculo del indicador se basan en la percepción de salud mental de adultos capturada por el INE en la Encuesta Nacional de Salud 2017.

percibían su nivel de tolerancia a la frustración, el promedio de la muestra se sintió bastante capaz (3,9) de superar las dificultades encontradas, y consideraban un fracaso como un reto.

En relación con la capacidad para identificar el problema que enfrentaban las personas participantes al buscar empleo, la media fue de 3,5. En cuanto a la organización propia, el promedio de la muestra fue 3,9, donde un valor más alto indicaba una mayor organización propia. Al igual que con los indicadores anteriores, las personas participantes mostraron una capacidad de comunicación promedio de 3,8 en un rango del 1 al 5, donde un mayor valor indicaba que el individuo tenía menos problemas para expresarse.

El indicador sobre conocimiento de recursos hacía referencia a los recursos disponibles para las personas participantes en el territorio donde residían. Los recursos considerados fueron servicios sociales, prestaciones, información y oficina de empleo, entre otros. En promedio, las personas participantes conocían cerca de 7 servicios ofrecidos en el territorio. Finalmente, en relación con el indicador de autopercepción de competencias digitales, en media, las personas participantes de la muestra se sintieron entre poco y bastante capaces (2,8) de manejar herramientas digitales.

En lo que respecta a los indicadores de empleabilidad, tan solo el 17% de la muestra reportó encontrarse con empleo. Además, a lo largo de las 4 semanas anteriores a la encuesta de base, la media de entrevistas fue entre 0 y 1 (media 0,6 y desviación estándar 1,5) y, el 76% de las personas, no habían tenido ninguna. Al preguntarles, antes de comenzar la intervención, sobre la probabilidad que percibían de encontrar empleo en los 6 meses posteriores, la respuesta promedio fue entre poco probable y probable (2,6). Cabe resaltar que esta variable fue medida como una variable categórica del 1 al 4, donde un mayor valor indicaba un mayor nivel de probabilidad. Las personas participantes reportaron dedicar, en media, 5,7 horas semanales a la búsqueda de empleo. En las 4 semanas anteriores a la realización del cuestionario, las personas participantes usaron una media de 1,6 métodos diferentes para buscar empleo de un total de 11.

**Tabla 1: Estadísticas descriptivas de la muestra**

Variable	Obs.	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Tratamiento	695	0,54	0,50	0	1
<b>Variables sociodemográficas</b>					
Localidad: Albacete	695	0,12	0,33	0	1
Localidad: León	695	0,08	0,27	0	1
Localidad: Madrid	695	0,22	0,42	0	1
Localidad: Málaga	695	0,19	0,39	0	1
Localidad: Murcia	695	0,27	0,44	0	1
Localidad: Pontevedra	695	0,12	0,32	0	1
Personas que tienen ESO	692	0,45	0,50	0	1
Primaria sin completar o menos	692	0,13	0,34	0	1
Primaria completa	692	0,21	0,41	0	1
Secundaria obligatoria incompleta	692	0,21	0,41	0	1

Variable	Obs.	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Secundaria obligatoria completa	692	0,18	0,39	0	1
Educación más allá de secundaria obligatoria	692	0,27	0,44	0	1
Mujer	693	0,79	0,41	0	1
Tramo de edad menor o igual a 30	672	0,03	0,17	0	1
Tramo de edad 31-40	672	0,29	0,46	0	1
Tramo de edad 41-50	672	0,43	0,50	0	1
Tramo de edad 51 o más	672	0,24	0,43	0	1
Nacionalidad española	692	0,85	0,36	0	1
Nivel de conocimiento de español	692	4,57	0,87	1	5
Familias con hijos	688	0,68	0,47	0	1
Familias monoparentales	688	0,46	0,50	0	1
Personas con responsabilidades familiares que en ocasiones traen problemas de conciliación	692	0,46	0,50	0	1
Personas con responsabilidades familiares que suponen problemas de conciliación	692	0,16	0,37	0	1
Sin personas bajo responsabilidad	692	0,31	0,46	0	1
<b>Indicadores de resultados</b>					
Autopercepción del riesgo de mala salud psicológica	692	4,99	3,96	0	12
Autopercepción del riesgo de mala salud psicológica agregada	692	16,57	7,49	0	36
Autopercepción de la autoconfianza y autocontrol	682	3,76	0,92	1	5
Autopercepción de la tolerancia a la frustración	682	3,86	0,83	1	5
Identificación del problema	682	3,45	1,26	1	5
Organización propia	682	3,91	0,77	1,33	5
Comunicación	682	3,83	1,17	1	5
Conocimiento de recursos	689	6,83	2,33	0	10
Autopercepción de las competencias digitales	646	2,75	0,96	1	4
Situación laboral autocumplimentada	692	0,17	0,38	0	1
Entrevistas laborales realizadas	453	0,60	1,50	0	11
Probabilidad autopercebida de encontrar empleo	640	2,55	0,95	1	4
Horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo	447	5,71	6,43	0	40
Métodos usados para la búsqueda de empleo	692	1,58	1,73	0	10

## 4.2 Resultados de la asignación aleatoria

Una vez definida la muestra se procedió a la asignación aleatoria de las personas participantes, dentro del grupo de control o grupo de tratamiento según lo explicado en la **sección 3.5**. La siguiente tabla muestra los resultados de la asignación aleatoria, detallando el número de participantes asignados a cada grupo y desglosando esta información según las diferentes variables de estratificación.

Tabla 2: Resultados asignación aleatoria

TERRITORIO	TITULARES									RESERVAS			TITULARES+RESERVAS		
	ESO			SIN ESO			ESO+SIN ESO			ESO	SIN ESO	ESO+SIN ESO	ESO	SIN ESO	ESO+SIN ESO
	GC	GT	TOTAL	GC	GT	TOTAL	GC	GT	TOTAL						
1. Albacete	18	17	35	46	45	91	64	62	126	0	0	0	35	91	126
2. Almansa	-	-	-	-	-	-	6	7	13	0	0	0	-	-	13
3. Hellín	-	-	-	-	-	-	9	9	18	0	0	0	-	-	18
4. León	23	25	48	10	9	19	33	34	67	0	6	6	48	25	73
5. El Bierzo	10	11	21	38	38	76	48	49	97	0	9	9	21	85	106
6. Madrid	67	66	133	109	109	218	176	175	351	0	34	34	133	252	385
7. Málaga	61	61	122	71	71	142	132	132	264	0	24	24	122	166	288
8. Murcia	77	78	155	54	54	108	131	132	263	0	24	24	155	132	287
9. Pontevedra	36	37	73	46	46	92	82	83	165	0	3	3	73	95	168
Total	292	295	587	374	372	746	681	683	1.364	0	100	100	587	846	1.464

Con el objetivo de comprobar que la asignación aleatoria definía un grupo de control y un grupo de tratamiento estadísticamente comparables, se realizó una prueba de equilibrio donde se contrastó que, en media, las características observables de las personas participantes en ambos grupos son iguales. La **Tabla 3** muestra los resultados de los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento, haciendo uso de los datos recolectados mediante una encuesta realizada antes de iniciar la intervención (línea de base). En ella se muestran las variables sociodemográficas y de resultado, correspondientes a las personas participantes del proyecto. Específicamente, se reporta el número de observaciones, el número ESO total de estratos, la media y la varianza de cada grupo, y el p-valor del test t de Student que resultó de contrastar la hipótesis de igualdad de medias. A menor p-valor, mayor confianza para rechazar la hipótesis de que la media de la variable en ambos grupos era igual.

Se observa que la mayoría de las variables de carácter sociodemográfico se encontraban equilibradas entre el grupo de control y el grupo de tratamiento. Sin embargo, hubo algunas excepciones importantes como el número de familias monoparentales, la nacionalidad española, y el nivel de conocimiento del español entre las personas participantes. El porcentaje de familias monoparentales fue del 42% en el grupo de control y del 50% en el grupo de tratamiento. Esta diferencia fue estadísticamente significativa al 1%. En cuanto a las personas con nacionalidad española, el 87% contaba con dicha nacionalidad en el grupo de control y el 83% en el grupo de tratamiento. Esta diferencia era significativa al 10%, al igual que la diferencia entre los niveles de conocimiento del español en ambos grupos. Esto se dio a pesar de que ambos grupos contaban con un nivel de conocimiento del español que se encontraba entre avanzado y lengua materna.

En lo que se refiere a los indicadores de resultados, los grupos de control y de tratamiento se encontraron equilibrados en la mayoría de ellos. Las excepciones se encontraron en los indicadores de comunicación y conocimiento de recursos, la situación laboral autocumplimentada, y la probabilidad autopercibida de encontrar empleo en los siguientes 6 meses. En el caso de la

comunicación, el valor medio del grupo de tratamiento (3,89) fue ligeramente mayor al del grupo de control (3,76), y la diferencia fue estadísticamente significativa al 10%. La diferencia fue mayor en los indicadores de conocimiento de recursos que se encontraban disponibles en el territorio en el que residían (7,10 frente a 6,54) y la situación laboral autocumplimentada (0,19 frente a 0,16), con una significación estadística del 5%. Finalmente, se observaron también diferencias en la variable categórica acerca de la probabilidad autopercibida de encontrar empleo en los siguientes 6 meses. En media, el grupo de tratamiento percibió una mayor probabilidad de encontrar empleo (2,63) que el grupo de control (2,46). Esta diferencia fue significativa al 1%.

Cabe resaltar que, si bien hay un número de variables estadísticamente diferentes en media, esta proporción se encontraba dentro de lo esperado. La asignación de las personas participantes a los grupos experimentales fue aleatoria y no se encontraron patrones de diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control.

Debido a las diferencias sociodemográficas, se incluyeron como controles aquellos factores que pudieran influir en el impacto de las intervenciones. Con respecto a las diferencias en las variables de resultado, estas sugirieron que había desequilibrios relevantes entre los grupos de tratamiento y control que hacían que no fueran perfectamente comparables. Por esa razón, se incluyó en el análisis la variable dependiente medida durante la línea de base para tener en cuenta que los grupos no partieron del mismo nivel.

**Tabla 3: Contrastes de equilibrio entre grupos experimentales**

Variable	N/Clusters	Control (1)	N/Clusters	Tratamiento (2)	N/Clusters	Pairwise t-test
<b>Variables sociodemográficas</b>						
Localidad: Albacete	322	0,10	373	0,14	695	0,28
	15	(2,12)	15	(3,14)	15	
Localidad: León	322	0,08	373	0,08	695	0,73
	15	(1,65)	15	(2,03)	15	
Localidad: Madrid	322	0,21	373	0,24	695	0,12
	15	(3,79)	15	(4,84)	15	
Localidad: Málaga	322	0,20	373	0,19	695	0,65
	15	(3,66)	15	(4,06)	15	
Localidad: Murcia	322	0,28	373	0,25	695	0,18
	15	(4,66)	15	(5,02)	15	
Localidad: Pontevedra	322	0,13	373	0,10	695	0,36
	15	(2,61)	15	(2,44)	15	
Personas que tienen ESO	320	0,44	372	0,46	692	0,63
	15	(5,63)	15	(6,60)	15	
Primaria sin completar o menos	320	0,15	372	0,11	692	0,21
	15	(2,91)	15	(2,61)	15	
Primaria completa	320	0,21	372	0,21	692	0,91
	15	(3,78)	15	(4,44)	15	

Variable	N/Clusters	Control (1)	N/Clusters	Tratamiento (2)	N/Clusters	Pairwise t-test
Secundaria obligatoria incompleta	320 15	0,20 (3,66)	372 15	0,22 (4,53)	692 15	0,52
Secundaria obligatoria completa	320 15	0,19 (3,48)	372 15	0,18 (3,88)	692 15	0,82
Educación más allá de secundaria obligatoria	320 15	0,25 (4,32)	372 15	0,28 (5,38)	692 15	0,33
Mujer	321 15	0,78 (3,91)	372 15	0,79 (4,36)	693 15	0,64
Tramo de edad menor o igual a 30	310 15	0,03 (0,62)	362 15	0,03 (0,83)	672 15	0,73
Tramo de edad 31-40	310 15	0,31 (4,71)	362 15	0,28 (5,26)	672 15	0,25
Tramo de edad 41-50	310 15	0,41 (5,34)	362 15	0,45 (6,41)	672 15	0,32
Tramo de edad 51 o más	310 15	0,26 (4,24)	362 15	0,23 (4,57)	672 15	0,50
Nacionalidad española	321 15	0,87 (2,61)	371 15	0,83 (3,69)	692 15	0,05*
Nivel de conocimiento de español	321 15	4,54 (18,55)	371 15	4,60 (19,10)	692 15	0,05*
Familias monoparentales	320 15	0,42 (5,57)	368 15	0,50 (6,57)	688 15	0,01***
Situación de personas con responsabilidad familiar	302 15	1,82 (10,88)	344 15	1,87 (11,42)	646 15	0,36
<b>Indicadores de resultados</b>						
Autopercepción del riesgo de mala salud psicológica	321 15	5,21 (360,69)	371 15	4,79 (412,93)	692 15	0,17
Autopercepción del riesgo de mala salud psicológica	321 15	16,96 (1.268,75)	371 15	16,23 (1.491,29)	692 15	0,20
Autopercepción de la autoconfianza y autocontrol	315 15	3,72 (18,57)	367 15	3,79 (22,84)	682 15	0,50
Autopercepción de la tolerancia a la frustración	315 15	3,86 (15,19)	367 15	3,85 (18,48)	682 15	0,87
Identificación del problema	315 15	3,43 (35,65)	367 15	3,46 (41,23)	682 15	0,74
Organización propia	315 15	3,88 (13,41)	367 15	3,95 (15,71)	682 15	0,46
Comunicación	315 15	3,76 (31,98)	367 15	3,89 (34,63)	682 15	0,06*

Variable	N/Clusters	Control (1)	N/Clusters	Tratamiento (2)	N/Clusters	Pairwise t-test
Conocimiento de recursos	321	6,54	368	7,10	689	0,04**
	15	(134,13)	15	(128,69)	15	
Autopercepción de las competencias digitales	296	2,75	350	2,74	646	0,94
	15	(19,49)	15	(23,18)	15	
Situación laboral autocumplimentada	321	0,16	371	0,19	692	0,04**
	15	(3,02)	15	(4,10)	15	
Entrevistas laborales realizadas	205	0,71	248	0,52	453	0,12
	15	(39,75)	15	(32,28)	15	
Probabilidad autopercibida de encontrar empleo	295	2,46	345	2,63	640	0,01***
	15	(19,09)	15	(21,75)	15	
Horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo	203	5,77	244	5,66	447	0,84
	14	(623,82)	15	(736,48)	15	
Métodos usados para la búsqueda de empleo	321	1,54	371	1,62	692	0,42
	15	(65,84)	15	(81,24)	15	

Nota: Niveles de significación: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Errores estándar agrupados por estrato.

### 4.3 Grado de participación y desgaste por grupos

Tanto la participación en el programa como en las encuestas inicial y final fueron voluntarias. Por un lado, era conveniente analizar el grado de participación en el programa, puesto que la estimación de resultados se refería a los efectos, en media, de ofrecer el mismo, dado el grado de participación. Por ejemplo, si la participación en las actividades del tratamiento fuera baja, los grupos de tratamiento y control se parecerían mucho y sería más difícil encontrar un efecto. Por otro lado, en esta sección se comprueba si la no cumplimentación de la encuesta final por algunas de las personas participantes redujo la comparabilidad de los grupos de tratamiento y de control después de la intervención, en el caso de que la tasa de respuesta fuera distinta entre grupos o según las características demográficas de las personas participantes de cada grupo.

#### Grado de participación

La **Tabla 4** muestra la evolución en el total de participantes del piloto desde el momento en que terminó la captación en marzo de 2023 hasta el final de la recolección de información en la encuesta final en noviembre de 2023. Como se mencionó anteriormente, el equipo de CRE logró captar a un total de 1.464 personas. De estas, 100 personas fueron clasificadas como reservas, y se definieron como un grupo de personas que serían contactadas e incluidas en el proyecto en caso de producirse bajas en el grupo de personas titulares al comienzo de la intervención. Una vez terminada la aleatorización se unieron al proyecto piloto 9 nuevas personas en el territorio de Madrid, que pasaron a ser titulares. El equipo de CRE se encargó de citar a cada participante para firmar el consentimiento informado y rellenar los cuestionarios de línea de base. En este proceso, todas las reservas pasaron a ser parte de la muestra de titulares. De las 1.473 personas del total de la muestra, 778 personas rechazaron participar en el piloto. Del total de la muestra, solo el 53% de las personas asignadas al grupo de tratamiento y el 47% de las del grupo de control completaron el cuestionario final

produciendo un desgaste de la muestra del 47% y 53%, respectivamente. Tomando como referencia las 695 personas que iniciaron la intervención, las tasas de desgaste son del 6% para el grupo de tratamiento y el 3% para el grupo de control.

**Tabla 4: Muestra de la evaluación**

Grupo	Muestra inicial	Muestra después de la aleatorización	Cumplimentan cuestionario inicial	Finalizan proyecto	Cumplimentan cuestionario final
Tratamiento	683	373	366	171	352
	50%	54%	54%	37%	53%
Control	681	322	315	295	312
	50%	46%	46%	63%	47%
Observaciones	1.364	695	681	466	664
Reservas <sup>8</sup>	100				

#### Desgaste por grupos

Para evaluar si la diferencia en el número de respuestas a la encuesta final entre el grupo de tratamiento y de control fue estadísticamente significativa, se utilizaron regresiones usando como variable dependiente la variable binaria de personas que no respondieron al cuestionario final. También se realizaron estimaciones similares con variables sociodemográficas con el objetivo de determinar si las personas que no contestaron a la encuesta final diferían en alguna característica entre los grupos experimentales. La **Tabla 5** muestra los resultados de este análisis para una selección de las variables, cuya interacción tuvo un impacto estadísticamente significativo en la variable de interés.

**Tabla 5: Relaciones entre respuestas, tratamiento y otras variables**

	Personas que no respondieron al post-test							
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento	0,03*	0,02	0,03*	0,02	0,01	0,04***	0,03*	0,04**
	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)
Localidad: Albacete		-0,03*						
		(0,02)						
Tratamiento x Localidad: Albacete		0,04*						
		(0,02)						
Localidad: León			-0,03*					
			(0,02)					
Tratamiento x Localidad: León			-0,03*					
			(0,01)					

<sup>8</sup> La información relativa a las reservas está incluida a partir de la segunda columna en las categorías de grupo de control y grupo de tratamiento en función del grupo asignado correspondiente al titular al que sustituyeron.

	Personas que no respondieron al post-test							
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Localidad: Madrid				-0,02 (0,02)				
Tratamiento x Localidad: Madrid				0,02 (0,02)				
Localidad: Málaga					-0,04** (0,02)			
Tratamiento x Localidad: Málaga					0,06*** (0,01)			
Localidad: Murcia						0,09*** (0,00)		
Tratamiento x Localidad: Murcia						-0,06*** (0,02)		
Localidad: Pontevedra							-0,04* (0,02)	
Tratamiento x Localidad: Pontevedra							-0,03* (0,01)	
Tramo de edad 31-40								-0,00 (0,01)
Tratamiento x Tramo de edad 31-40								-0,04** (0,02)
Constante	0,03*** (0,01)	0,03* (0,02)	0,03* (0,02)	0,04* (0,02)	0,04** (0,02)	0,00 (0,00)	0,04* (0,02)	0,03* (0,02)
Observaciones	695	695	695	695	695	695	695	672

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se absorbió la variable de estrato y se utilizaron errores estándar agrupados a nivel de estrato. Niveles de significación: \* $p < 0,1$ , \*\* $p < 0,05$  y \*\*\* $p < 0,01$ .

La columna 1 de la tabla muestra un efecto estadísticamente significativo al 10% del tratamiento sobre la falta de respuesta de las personas participantes. Esto quiere decir que las personas en el grupo tratamiento tuvieron una falta de respuesta 3 puntos porcentuales (p.p) mayor que las personas en el grupo de control. En lo que se refiere a características sociodemográficas, el desgaste varió por territorios: existieron efectos estadísticamente significativos en la interacción del tratamiento con la mayoría de los territorios. Por ejemplo, la no respuesta es 6p.p (0,04 + 0,02) mayor en personas asignadas al grupo de tratamiento que habitaban en Albacete (columna 2), comparado con las personas en el grupo de control en ese territorio. Algo similar se observó para las personas en Málaga (columna 5), donde la diferencia de no respuesta entre tratamiento y control fue de 7p.p (0,06 + 0,01). Un resultado diferente se apreció en la columna 6 donde la no respuesta fue 2p.p (-0,06 + 0,04) menor para las personas asignadas al grupo de tratamiento que para las de control que habitaban en Murcia. Si bien los efectos también fueron estadísticamente significativos para las personas asignadas al tratamiento en León (columna 3) y Pontevedra (columna 7), la magnitud del efecto sobre la no

respuesta en ambos casos fue cero. Igualmente ocurrió con la variable dicotómica del tramo de edad de 31 a 40 años, donde la interacción fue estadísticamente significativa al 5%, pero la magnitud del impacto sobre la no respuesta fue nula. Finalmente, se observó que el desgaste selectivo no suponía una amenaza para los resultados del análisis debido a que la tasa de desgaste de la muestra fue baja.

## 5 Resultados de la evaluación

La asignación aleatoria de la muestra experimental a los grupos de control y de tratamiento garantiza que, con una muestra suficientemente grande, los grupos son estadísticamente comparables y, por tanto, toda diferencia observada después de la intervención puede asociarse causalmente con el tratamiento. El análisis econométrico proporciona, en esencia, esta comparación. Sin embargo, tiene las ventajas de permitir incluir otras variables para ganar precisión en las estimaciones y de proporcionar intervalos de confianza para las estimaciones. En esta sección, se expone el análisis econométrico realizado y las regresiones estimadas, así como el análisis de los resultados obtenidos.

### 5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

El modelo de regresión utilizado para estimar el efecto causal de un experimento aleatorizado suele especificarse como la diferencia en la variable de interés entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. Esto se debe a que estos grupos son estadísticamente comparables gracias a la aleatorización. En vista de los desequilibrios encontrados anteriormente en la tabla de contraste (**Tabla 1**), en este análisis se presentan regresiones donde se incluyó el valor de la línea de base de la variable dependiente. Esto sirvió para asegurar que las diferencias existentes entre el grupo de tratamiento y el grupo de control antes de realizar la intervención se tuvieron en cuenta en el análisis. Así mismo, se presentan especificaciones con controles adicionales como niveles de responsabilidad familiar (que, aunque no estaba desbalanceada, se consideró relevante incluirla como control), nacionalidad española, nivel de conocimiento de la lengua española y si pertenecía a una familia monoparental. Finalmente, con el objetivo de incluir todas las diferencias existentes antes de empezar la intervención, se incluyeron también como variables de control los indicadores de comunicación, conocimiento de recursos, situación laboral y la probabilidad de encontrar empleo, salvo en los casos en los que dicha variable de control fuera el foco del análisis.

En concreto, la especificación principal de las regresiones es la siguiente:

$$y_{i(post)} = \beta_0 + \beta_1 \text{Tratamiento}_i + \beta_2 X_i + \beta_3 y_{i(pre)} + \varepsilon_i$$

Donde  $y_{i(post)}$  es la variable dependiente de interés observada después de terminar la intervención para la persona  $i$ ;  $\text{Tratamiento}_i$  es una variable dicotómica que indica si la persona  $i$  había sido asignada al grupo de tratamiento (=1) o al grupo de control (=0);  $X_i$  es un vector de controles que incluye las variables antes mencionadas y las usadas para formar los estratos durante la aleatorización;  $y_{i(pre)}$  es el valor de la variable de interés en la línea de base; y  $\varepsilon_i$  es el término de error. En todos los casos, se usaron errores estándar robustos agrupados a nivel del estrato de aleatorización.

Posteriormente, se realizó un análisis de heterogeneidad de los efectos del tratamiento en una serie de características de las personas participantes.

## 5.2 Análisis de los resultados

### 5.2.1 Resultados principales y secundarios

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación sobre los indicadores principales y secundarios, siguiendo la estructura del esquema de evaluación.

#### Autonomía personal

##### Hipótesis principales

La **Tabla 6** muestra los efectos de la intervención sobre los indicadores de resiliencia reportados por las personas participantes. Los indicadores de autopercepción del riesgo de mala salud psicológica se midieron en sus unidades naturales, donde un mayor valor indicó una peor salud psicológica. Los indicadores de autoconfianza y autocontrol y de tolerancia a la frustración también se midieron en unidades naturales y, a diferencia del indicador de salud psicológica, un mayor valor indicó una mejora. Se observaron efectos estadísticamente significativos del tratamiento en las especificaciones sin controles ni línea de base para todos los indicadores de resiliencia (columnas 1, 4, 7 y 10), que se mantuvieron una vez añadidos los controles (2, 5, y 11) y las variables dependientes rezagadas (3, 6 y 12) para las variables del riesgo de mala salud psicológica y tolerancia a la frustración. Sin embargo, el efecto perdió significación estadística para la variable de autoconfianza y autocontrol (8 y 9).

**Tabla 6: Efectos sobre indicadores principales de resiliencia**

	Riesgo de mala salud psicológica			Riesgo de mala salud psicológica		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	-0,97*** (0,31)	-0,86** (0,31)	-0,66** (0,26)	-2,16** (0,73)	-2,00** (0,76)	-1,70** (0,64)
Controles adicionales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Valor inicial var. dep.	No	No	Sí	No	No	Sí
Observaciones	661	560	560	661	560	560
R <sup>2</sup>	0,05	0,09	0,34	0,05	0,10	0,36
Media control var. dep.	5,24	5,15	5,15	17,25	17,08	17,08
	Autoconfianza y autocontrol			Tolerancia a la frustración		
	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Tratamiento	0,16** (0,07)	0,11 (0,08)	0,13 (0,10)	0,22*** (0,06)	0,19*** (0,07)	0,23*** (0,06)
Controles adicionales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Valor inicial var. dep.	No	No	Sí	No	No	Sí
Observaciones	661	560	560	661	560	560
R <sup>2</sup>	0,02	0,15	0,24	0,07	0,17	0,24
Media control var. dep.	3,63	3,65	3,65	3,68	3,67	3,67

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación. Los controles incluyeron las variables de niveles de responsabilidad familiar, nacionalidad española, lengua española, familia monoparental y los valores de la línea de base de comunicación, conocimiento de recursos, situación laboral y la probabilidad de encontrar empleo.

En la **Tabla 7** se presenta el análisis de los indicadores de competencias básicas reportadas por las personas participantes. Los tres indicadores se midieron en sus unidades naturales haciendo uso de variables categóricas en las que un mayor valor significaba una mejora en el indicador. En este caso, se encontraron efectos estadísticamente significativos al 1% y 5%, que se mantuvieron constantes a lo largo de las tres especificaciones del indicador de identificación del problema.

**Tabla 7: Efectos sobre indicadores de competencias básicas**

	Identificación del problema			Organización propia		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	0,32*** (0,06)	0,23** (0,08)	0,25*** (0,07)	0,15** (0,06)	0,08 (0,06)	0,09 (0,07)
Controles adicionales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Valor inicial var. dep.	No	No	Sí	No	No	Sí
Observaciones	661	560	560	661	560	560
$R^2$	0,02	0,07	0,10	0,06	0,20	0,27
Media control var. dep.	3,46	3,51	3,51	3,88	3,89	3,89
	<b>Comunicación</b>					
			(7)	(8)		(9)
Tratamiento			0,13 (0,07)	0,09 (0,06)		0,02 (0,07)
Controles adicionales			No	Sí		Sí
Valor inicial var. dep.			No	No		Sí
Observaciones			661	568		560
$R^2$			0,03	0,07		0,22
Media control var. dep.			3,89	3,88		3,90

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \* $p < 0,1$ , \*\* $p < 0,05$  y \*\*\* $p < 0,01$ . Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación. Los controles incluyeron las variables de niveles de responsabilidad familiar, nacionalidad española, lengua española, familia monoparental y los valores de la línea de base de comunicación, conocimiento de recursos, situación laboral y la probabilidad de encontrar empleo (salvo en los casos en los que dicha variable de control fuera el foco del análisis).

### Hipótesis secundarias

La **Tabla 8** presenta los resultados para los indicadores secundarios de autonomía personal. Los dos indicadores se midieron usando su unidad natural. Por un lado, un mayor valor en el indicador de conocimiento de recursos indicó que las personas participantes tenían un mayor conocimiento de los recursos que se ofrecieron en el territorio en el que habitaban. Por otro lado, un mayor valor en el indicador de competencias digitales señaló que cada participante percibía que tenía más capacidad de manejar ciertas herramientas digitales. En general, la tabla muestra que el tratamiento tuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo en ambos indicadores, mejorando tanto la autopercepción de las competencias digitales, así como el conocimiento de los recursos en su entorno. Este efecto fue constante a lo largo de las tres especificaciones.

**Tabla 8: Efectos sobre indicadores de conocimiento de recursos y competencias digitales**

	Conocimiento de recursos			Competencias digitales		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	0,40** (0,15)	0,44*** (0,15)	0,22* (0,10)	0,24*** (0,06)	0,16** (0,06)	0,21** (0,07)
Controles adicionales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Valor inicial var. dep.	No	No	Sí	No	No	Sí
Observaciones	661	561	560	644	545	522
R <sup>2</sup>	0,06	0,10	0,30	0,19	0,25	0,54
Media control var. dep.	6,75	6,72	6,72	2,64	2,65	2,71

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación. Los controles incluyeron las variables de niveles de responsabilidad familiar, nacionalidad española, lengua española, familia monoparental y los valores de la línea de base de comunicación, conocimiento de recursos, situación laboral y la probabilidad de encontrar empleo (salvo en los casos en los que dicha variable de control fuera el foco del análisis).

### Mejora de la empleabilidad de las personas participantes

Por otra parte, en el área referente a la empleabilidad, únicamente se encontraron hipótesis principales.

Los indicadores de resultado para contrastar la hipótesis de mejora en la empleabilidad se reportan en la **Tabla 9** y la **Tabla 10**. La **Tabla 9** presenta los tres indicadores de empleabilidad de la hipótesis. En cuanto al indicador de situación laboral, no se apreció un impacto estadísticamente significativo en ninguna de las especificaciones. En relación con el indicador de entrevistas realizadas en las últimas 4 semanas, se apreció un impacto negativo significativo al 10% cuando se tuvieron en cuenta las variables de control. Sin embargo, en las otras dos especificaciones, no hubo resultados estadísticamente significativos. Finalmente, en el indicador de probabilidad autopercibida de encontrar empleo en los siguientes 6 meses, se apreció un impacto positivo estadísticamente significativo en las tres especificaciones.

**Tabla 9: Efectos sobre indicadores de empleabilidad**

	Situación laboral			Entrevistas realizadas		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	0,05 (0,04)	0,02 (0,05)	0,02 (0,05)	-0,07 (0,07)	-0,14* (0,07)	-0,09 (0,09)
Controles adicionales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Valor inicial var. dep.	No	No	Sí	No	No	Sí
Observaciones	661	560	560	428	365	279
R <sup>2</sup>	0,02	0,04	0,17	0,06	0,13	0,23
Media control var. dep.	0,22	0,21	0,21	0,63	0,63	0,74

	Probabilidad autopercibida de encontrar empleo		
	(7)	(8)	(9)
Tratamiento	0,41*** (0,09)	0,37*** (0,08)	0,29** (0,07)
Controles adicionales	No	Sí	Sí
Valor inicial var. dep.	No	No	Sí
Observaciones	625	570	534
R <sup>2</sup>	0,07	0,09	0,22
Media control var. dep.	2,47	2,48	2,51

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación. Los controles incluyeron las variables de niveles de responsabilidad familiar, nacionalidad española, lengua española, familia monoparental y los valores de la línea de base de comunicación, conocimiento de recursos, situación laboral y la probabilidad de encontrar empleo (salvo en los casos en los que dicha variable de control fuera el foco del análisis).

La **Tabla 10** presenta los indicadores relacionados con el tiempo dedicado a la búsqueda de empleo y los métodos empleados en dicho proceso. No se observó un efecto significativo en el indicador de horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo. Por el contrario, los coeficientes positivos y estadísticamente significativos en las tres especificaciones empleadas sugirieron que el tratamiento tuvo un impacto positivo sobre el indicador de métodos usados para la búsqueda de empleo.

**Tabla 10: Efectos sobre indicadores de búsqueda de empleo**

	Horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo			Métodos usados para la búsqueda de empleo		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	-0,76 (0,62)	-0,94 (0,65)	-0,75 (0,77)	0,35*** (0,08)	0,24** (0,10)	0,23** (0,09)
Controles adicionales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Valor inicial var. dep.	No	No	Sí	No	No	Sí
Observaciones	423	360	272	661	560	560
R <sup>2</sup>	0,04	0,07	0,16	0,05	0,09	0,23
Media control var. dep.	6,23	6,48	6,66	1,38	1,41	1,41

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación. Los controles incluyeron las variables de niveles de responsabilidad familiar, nacionalidad española, lengua española, familia monoparental y los valores de la línea de base de comunicación, conocimiento de recursos, situación laboral y la probabilidad de encontrar empleo.

## 5.2.2 Análisis de heterogeneidad

Tras la investigación de los efectos del tratamiento para los indicadores de resultado principales y secundarios, en esta sección se muestra el análisis de heterogeneidad de los efectos del tratamiento llevado a cabo, en función de tres características de las personas participantes que se consideraron de interés para el estudio: género, localización y ESO. Se escogieron estas características para determinar cómo el programa especializado afectaba a estos grupos en particular. Para ello, se empleó la siguiente especificación:

$$y_{i(post)} = \beta_0 + \beta_1 \text{Tratamiento}_i + \beta_2 \text{Tratamiento}_i H_i + \beta_3 H_i + \beta_4 X_i + \varepsilon_i$$

donde  $H_i$  denota indicadores para grupos en que el tratamiento podría tener un impacto diferente. En este caso se analizaron tres indicadores: género (1 si era mujer, 0 en caso contrario), si la persona reportó tener ESO en el momento de la aleatorización (1 si reportó tenerlo, 0 en caso contrario), y el territorio al que pertenecía la persona participante<sup>9</sup>. Igual que en las especificaciones anteriores,  $X_i$  es un vector de controles. Para el primer indicador, este vector solo incluía las características de estrato (variables dicotómicas de territorio y de ESO). Debido a que los dos últimos indicadores fueron usados para formar los estratos, el vector de controles solo incluyó a la variable que no fuera el foco del análisis. Es decir, la variable dicotómica de personas que reportaban tener ESO en el momento de la aleatorización y las variables dicotómicas de territorio, respectivamente.

Empezando por el género, se puede observar que los indicadores principales correspondientes a la mejora de la autonomía personal tuvieron efectos heterogéneos estadísticamente significativos al 10% para las variables de autopercepción del riesgo de mala salud psicológica (columna 1), identificación del problema (5) y comunicación (7), como queda reflejado en la **Tabla 11**:

**Tabla 11: Heterogeneidad por género: indicadores principales de autonomía personal**

	Mala salud psicológica	Mala salud psicológica agregado	Autoconfianza y autocontrol	Tolerancia a la frustración	Identificación del problema	Organización propia	Comunicación
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Tratamiento	-0,23 (0,38)	-1,19 (0,94)	0,07 (0,13)	0,16 (0,13)	0,12 (0,13)	0,13 (0,13)	-0,06 (0,11)
Mujer	0,84* (0,40)	1,24 (0,75)	-0,06 (0,10)	-0,10 (0,10)	-0,21 (0,16)	0,06 (0,13)	-0,02 (0,19)
Tratamiento x Mujer	-0,94* (0,53)	-1,24 (0,89)	0,12 (0,13)	0,09 (0,13)	0,25* (0,14)	0,02 (0,15)	0,23* (0,13)
Constante	3,75*** (0,33)	14,45*** (0,68)	3,75*** (0,07)	3,98*** (0,10)	3,67*** (0,16)	3,85*** (0,10)	3,85*** (0,21)
Observaciones	661	661	661	661	661	661	661
$R^2$	0,05	0,05	0,02	0,07	0,03	0,06	0,03
Media control var. dep.	5,24	17,25	3,63	3,68	3,46	3,88	3,89

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \* $p < 0,1$ , \*\* $p < 0,05$  y \*\*\* $p < 0,01$ . Todas las regresiones incluyeron las variables de estratificación.

Por el contrario, en lo que a los indicadores secundarios de autonomía personal respecta, no se apreciaron efectos heterogéneos por género en ninguno de estos indicadores, conocimiento de recursos y competencias digitales, véase **Tabla 12**.

<sup>9</sup> También se realizó el análisis de heterogeneidad para familias monoparentales. Los resultados del análisis y las tablas pueden encontrarse en el Anexo.

**Tabla 12: Heterogeneidad por género: indicadores secundarios de autonomía personal**

	Conocimiento de los recursos (1)	Competencias digitales (2)
Tratamiento	0,09 (0,30)	0,11 (0,16)
Mujer	-0,16 (0,26)	-0,13 (0,15)
Tratamiento x Mujer	0,38 (0,42)	0,17 (0,18)
Constante	7,95*** (0,29)	2,48*** (0,10)
Observaciones	661	644
R <sup>2</sup>	0,06	0,19
Media control var. dep.	6,75	2,64

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

Por último, se analizaron los efectos heterogéneos por género de los indicadores que respondían a la empleabilidad. En la **Tabla 13** se observan coeficientes estadísticamente significativos en las variables de interacción de tratamiento y género para los indicadores de situación laboral (columna 1), entrevistas realizadas (2) y horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo (4).

**Tabla 13: Heterogeneidad por género: indicadores principales de empleabilidad**

	Situación laboral (1)	Entrevistas realizadas (2)	Probabilidad autopercebida de encontrar empleo (3)	Horas semanales dedicadas a buscar empleo (4)	Métodos usados para buscar empleo (5)
Tratamiento	-0,07 (0,05)	-0,44* (0,21)	0,35** (0,16)	-3,25*** (1,07)	0,48* (0,24)
Mujer	-0,04 (0,05)	-0,42*** (0,13)	-0,09 (0,13)	-4,04*** (0,94)	-0,16 (0,30)
Tratamiento x Mujer	0,14*** (0,05)	0,48* (0,23)	0,09 (0,16)	3,28*** (1,07)	-0,16 (0,31)
Constante	0,16*** (0,04)	1,09*** (0,12)	2,75*** (0,11)	10,89*** (1,17)	1,76*** (0,27)
Observaciones	661	428	625	423	662
R <sup>2</sup>	0,02	0,07	0,07	0,08	0,06
Media control var. dep.	0,22	0,63	2,47	6,23	1,38

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

A continuación, se muestran los resultados del análisis de los efectos heterogéneos para las personas que reportaban tener ESO, siendo en este caso la variable de interés la interacción entre el

tratamiento y la variable dicotómica de ESO. La **Tabla 14** muestra los resultados para los indicadores principales de autonomía personal. Se observa que el tratamiento redujo la comunicación (columna 7) en las personas que reportaban tener ESO en 0,03 (-0,27+0,24) puntos y aumentó la comunicación para las que reportaron no tener ESO en 0,24 puntos. Para el resto de los indicadores, el efecto diferencial del tratamiento en las personas con ESO no fue estadísticamente diferente de cero.

**Tabla 14: Heterogeneidad por ESO: indicadores principales de autonomía personal**

	Mala salud psicológica (1)	Mala salud psicológica agregado (2)	Autoconfianza y autocontrol (3)	Tolerancia a la frustración (4)	Identificación del problema (5)	Organización propia (6)	Comunicación (7)
Tratamiento	-1,08** (0,45)	-2,30** (1,07)	0,22*** (0,05)	0,22** (0,08)	0,35*** (0,02)	0,20** (0,08)	0,24*** (0,06)
Personas que reportan tener ESO	-0,11 (0,35)	-0,02 (0,86)	0,15 (0,12)	0,17* (0,09)	0,17** (0,07)	0,31*** (0,07)	0,45*** (0,09)
Tratamiento x Personas que reportan tener ESO	0,27 (0,57)	0,34 (1,39)	-0,15 (0,15)	0,01 (0,13)	-0,06 (0,14)	-0,12 (0,09)	-0,27* (0,13)
Constante	4,46*** (0,29)	15,47*** (0,64)	3,66*** (0,04)	3,91*** (0,08)	3,49*** (0,08)	3,86*** (0,05)	3,75*** (0,13)
Observaciones	661	661	661	661	661	661	661
R <sup>2</sup>	0,05	0,05	0,02	0,07	0,02	0,07	0,03
Media control var. dep.	5,24	17,25	3,63	3,68	3,46	3,88	3,89

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

Para el caso de los indicadores secundarios, la **Tabla 15** reporta los resultados heterogéneos por ESO. Para el indicador de conocimiento de recursos, no hubo impacto diferencial del tratamiento para las personas que reportaban tener ESO, pero sí un aumento de sus competencias digitales.

**Tabla 15: Heterogeneidad por ESO: indicadores secundarios de autonomía personal**

	Conocimiento de los recursos (1)	Competencias digitales (2)
Tratamiento	0,35** (0,15)	0,36*** (0,06)
Personas que reportan tener ESO	0,16 (0,22)	0,91*** (0,07)
Tratamiento x Personas que reportan tener ESO	0,11 (0,31)	-0,26** (0,11)
Constante	7,84*** (0,31)	2,31*** (0,07)
Observaciones	661	644
R <sup>2</sup>	0,06	0,19
Media control var. dep.	6,75	2,64

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

La **Tabla 16** reporta los efectos diferenciales del tratamiento en los indicadores principales de empleabilidad en las personas que reportaron tener ESO. Similar a lo encontrado en la **Tabla 11** de heterogeneidad por género, se encontraron efectos estadísticamente significativos del tratamiento que aumentaron el número de horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo en 0,43 (2,05-1,62) puntos para las personas que reportaron tener ESO, mientras que redujo el número de horas semanales en 1,62 puntos para las personas en el tratamiento que no tenían ESO (columna 4).

**Tabla 16: Heterogeneidad por ESO: indicadores principales de empleabilidad**

	Situación laboral (1)	Entrevistas realizadas (2)	Probabilidad autopercebida de encontrar empleo (3)	Horas semanales dedicadas a buscar empleo (4)	Métodos usados para buscar empleo (5)
Tratamiento	0,10* (0,05)	0,02 (0,07)	0,41*** (0,13)	-1,62** (0,66)	0,34** (0,11)
Personas que reportan tener ESO	0,11*** (0,03)	0,04 (0,15)	0,08 (0,08)	-1,14 (0,68)	0,18 (0,12)
Tratamiento x Personas reportan tener ESO	-0,12 (0,07)	-0,22 (0,13)	0,02 (0,16)	2,05* (1,12)	0,04 (0,15)
Constante	0,10*** (0,02)	0,72*** (0,06)	2,68*** (0,08)	8,37*** (1,07)	1,67*** (0,11)
Observaciones	661	428	625	423	661
R <sup>2</sup>	0,02	0,06	0,07	0,05	0,05
Media control var. dep.	0,22	0,63	2,47	6,23	1,38

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación

Por último, se encuentra el análisis de heterogeneidad por localidad identificada para realizar la estratificación. En este sentido, las tablas incluidas en este análisis contaron con más de una interacción relevante, ya que se debieron considerar el tratamiento y las variables dicotómicas por localidad. Así, el grupo de comparación sería la localidad cuya variable dicotómica y su interacción no hubiera sido incluida en la regresión (en este caso, sería la localidad de Albacete). Siguiendo la estructura de las secciones anteriores, la **Tabla 17** muestra los resultados de heterogeneidad por localidad para los indicadores principales de autonomía personal. Se observó heterogeneidad en el impacto del tratamiento sobre los diferentes indicadores entre los territorios.

**Tabla 17: Heterogeneidad por localidad: indicadores principales de autonomía personal**

	Mala salud psicológica (1)	Mala salud psicológica agregado (2)	Autoconfianza y autocontrol (3)	Tolerancia a la frustración (4)	Identificación del problema (5)	Organización propia (6)	Comunicación (7)
Tratamiento	-2,01*** (0,40)	-4,50** (0,46)	0,21 (0,17)	0,58*** (0,17)	0,33** (0,02)	-0,04 (0,04)	0,10 (0,14)
Territorio - Almansa y Hellín	1,34*** (0,39)	2,92*** (0,53)	-0,17 (0,10)	0,31*** (0,03)	0,24** (0,08)	0,08*** (0,02)	-0,34 (0,20)

Laboratorio de Políticas de Inclusión en España

	Mala salud psicológica (1)	Mala salud psicológica agregado (2)	Autoconfianza y autocontrol (3)	Tolerancia a la frustración (4)	Identificación del problema (5)	Organización propia (6)	Comunicación (7)
Territorio - León	0,29 (1,16)	0,96 (1,82)	-0,05 (0,23)	-0,55* (0,29)	-0,06 (0,33)	-0,65*** (0,12)	0,37 (0,22)
Territorio - El Bierzo	-0,47 (0,53)	-0,72 (1,11)	-0,28* (0,14)	-0,43* (0,20)	-0,33*** (0,09)	-0,89*** (0,21)	-0,38 (0,31)
Territorio - Málaga	-0,73* (0,40)	-1,38** (0,61)	-0,19 (0,14)	0,06 (0,08)	-0,07 (0,10)	-0,24*** (0,07)	-0,11 (0,20)
Territorio - Madrid	1,38*** (0,40)	2,49*** (0,57)	-0,02 (0,10)	-0,07* (0,03)	-0,19* (0,10)	-0,22*** (0,03)	0,00 (0,22)
Territorio - Murcia	0,53 (0,54)	0,89 (1,06)	-0,07 (0,19)	-0,19** (0,08)	-0,14 (0,09)	-0,26*** (0,03)	-0,10 (0,23)
Territorio - Pontevedra	-0,73* (0,39)	-1,26** (0,56)	0,13 (0,15)	-0,02 (0,14)	0,03 (0,10)	-0,07 (0,15)	-0,06 (0,21)
Tratamiento x Territorio - Almansa y Hellín	-0,03 (0,40)	-0,25 (0,46)	0,40** (0,17)	-0,14 (0,17)	-0,19*** (0,02)	0,33*** (0,04)	0,73*** (0,14)
Tratamiento x Territorio - León	3,68* (1,88)	7,35** (2,62)	-0,44* (0,25)	-0,05 (0,61)	-0,65 (0,46)	0,62*** (0,06)	-0,58** (0,25)
Tratamiento x Territorio - El Bierzo	0,09 (0,50)	2,47** (1,10)	0,24 (0,19)	-0,28 (0,22)	0,23 (0,20)	0,68*** (0,08)	0,53** (0,20)
Tratamiento x Territorio - Málaga	1,24** (0,57)	2,98** (1,36)	0,19 (0,19)	-0,40* (0,19)	0,10 (0,11)	0,29*** (0,07)	0,12 (0,14)
Tratamiento x Territorio - Madrid	0,13 (0,54)	-0,07 (0,88)	-0,07 (0,20)	-0,47** (0,18)	0,08*** (0,02)	0,19 (0,11)	-0,09 (0,24)
Tratamiento x Territorio - Murcia	1,32** (0,59)	3,43*** (1,11)	-0,19 (0,23)	-0,41** (0,18)	0,04 (0,03)	0,15 (0,09)	-0,09 (0,19)
Tratamiento x Territorio - Pontevedra	2,52*** (0,54)	4,39*** (1,37)	-0,27 (0,18)	-0,43 (0,29)	-0,34 (0,33)	-0,06 (0,16)	0,13 (0,17)
Constante	5,03*** (0,39)	16,83*** (0,53)	3,67*** (0,10)	3,69*** (0,03)	3,51*** (0,08)	4,01*** (0,02)	3,84*** (0,20)
Observaciones	661	661	661	661	661	661	661
R cuadrado	0,06	0,07	0,03	0,07	0,03	0,07	0,04
Media del grupo de control	5,24	17,25	3,63	3,68	3,46	3,88	3,89

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

En la **Tabla 18** se observan los efectos heterogéneos por territorio en los indicadores secundarios de autonomía personal. Solo se encontró un impacto diferencial del tratamiento en el indicador de conocimiento de recursos en Madrid, donde hubo una reducción de 0,23 puntos, comparado con un aumento de aproximadamente 0,43 puntos en el resto de los territorios. Además, el indicador de competencias digitales aumentó para las personas en el tratamiento que habitaban en Almansa y Hellín (0,91), El Bierzo (0,28), Málaga (0,35), Murcia (0,37) y Pontevedra (0,17). En este caso, no se encontraron impactos significativos del tratamiento en el resto de los territorios.

**Tabla 18: Heterogeneidad por localidad: indicadores secundarios de autonomía personal**

	Conocimiento de recursos (1)	Competencias digitales (2)
Tratamiento	0,43** (0,19)	-0,00 (0,09)
Territorio - Almansa y Hellín	0,20 (0,19)	-0,38*** (0,12)
Territorio - León	-0,85 (0,84)	0,13 (0,17)
Territorio - El Bierzo	-0,76** (0,30)	-0,59*** (0,15)
Territorio - Málaga	-1,64*** (0,19)	-0,17 (0,13)
Territorio - Madrid	-0,92*** (0,31)	-0,14 (0,12)
Territorio - Murcia	-1,56*** (0,26)	-0,33* (0,16)
Territorio - Pontevedra	-0,98*** (0,24)	-0,18 (0,12)
Tratamiento x Territorio - Almansa y Hellín	-0,09 (0,19)	0,91*** (0,09)
Tratamiento x Territorio - León	-0,15 (0,42)	-0,34 (0,29)
Tratamiento x Territorio - El Bierzo	0,18 (0,41)	0,28** (0,10)
Tratamiento x Territorio - Málaga	0,48 (0,43)	0,35*** (0,11)
Tratamiento x Territorio - Madrid	-0,66*** (0,20)	0,16 (0,16)
Tratamiento x Territorio – Murcia	-0,04 (0,19)	0,37** (0,13)
Tratamiento x Territorio - Pontevedra	0,27 (0,24)	0,17* (0,09)
Constante	7,80*** (0,19)	2,52*** (0,12)

	Conocimiento de recursos (1)	Competencias digitales (2)
Observaciones	661	644
R cuadrado	0,07	0,20
Media del grupo de control	6,75	2,64

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

Por último, la **Tabla 19** muestra el análisis de heterogeneidad por localidad para las variables de empleabilidad. En lo que se refiere a la situación laboral de las personas participantes en el tratamiento, existió un efecto diferenciado por localidad en el indicador, donde hubo un aumento para las personas participantes que se encontraban en las localidades de Almansa y Hellín (11p.p), El Bierzo (16p.p), Málaga (4p.p), Madrid (12p.p) y Pontevedra (12p.p). Sin embargo, hubo una reducción de 17p.p en la situación laboral de las personas participantes en el tratamiento que habitaban en los restantes territorios. La probabilidad autopercibida de encontrar empleo también mostró efectos diferenciados del tratamiento por localidad. En este caso, el indicador aumentó para las personas asignadas al tratamiento en las localidades de El Bierzo (0,44), Madrid (0,74), Murcia (0,48), y Pontevedra (0,48). Sin embargo, el impacto no fue significativo para las personas participantes en otras localidades. Como muestra la columna 2, no se observaron impactos diferenciados del tratamiento por localidad en el indicador de entrevistas realizadas en las últimas 4 semanas.

En cuanto a las variables de búsqueda de empleo, se encontraron efectos estadísticamente significativos del tratamiento que aumentó el número de horas semanales dedicadas a la búsqueda de empleo en 5,5 para las personas que habitaban en León, pero las redujo en 1,04 para las personas que habitaban en Albacete, El Bierzo, Málaga, Murcia y Pontevedra. La reducción causada por el tratamiento fue aún mayor en Almansa y Hellín (-4,11) y Madrid (-3,04). Con respecto al número de métodos de búsqueda, el impacto del tratamiento aumentó el número para las personas participantes que habitaban en Almansa y Hellín (1,06), León (1,25), Málaga (0,49), Madrid (0,22), Murcia (0,24), y Pontevedra (0,76). Sin embargo, el tratamiento redujo el número de métodos de búsqueda para las personas participantes en el resto de los territorios.

**Tabla 19: Heterogeneidad por localidad: indicadores principales de empleabilidad**

	Situación laboral (1)	Entrevistas realizadas (2)	Probabilidad autopercibida de encontrar empleo (3)	Horas semanales dedicadas a buscar empleo (4)	Métodos usados para buscar empleo (5)
Tratamiento	-0,17*** (0,02)	0,08 (0,17)	-0,01 (0,14)	-1,04** (0,45)	-0,08*** (0,01)
Territorio - Almansa y Hellín	-0,26*** (0,01)	-0,54*** (0,10)	-0,05 (0,06)	4,99*** (0,79)	0,58*** (0,11)
Territorio - León	0,15*** (0,03)	-0,02 (0,22)	-0,41 (0,42)	-5,99*** (0,91)	-1,29*** (0,12)
Territorio - El Bierzo	-0,08 (0,05)	-0,32** (0,14)	-0,80*** (0,08)	-2,67** (1,21)	-0,95** (0,36)

	Situación laboral (1)	Entrevistas realizadas (2)	Probabilidad autopercebida de encontrar empleo (3)	Horas semanales dedicadas a buscar empleo (4)	Métodos usados para buscar empleo (5)
Territorio - Málaga	-0,01 (0,02)	-0,25* (0,12)	-0,34*** (0,05)	-1,13 (0,81)	-0,78*** (0,13)
Territorio - Madrid	-0,09*** (0,00)	0,19 (0,23)	-0,69*** (0,05)	-0,56 (1,07)	-0,86*** (0,12)
Territorio - Murcia	-0,08** (0,03)	-0,17 (0,19)	-0,64*** (0,06)	-3,00*** (0,85)	-0,55*** (0,13)
Territorio - Pontevedra	-0,07* (0,03)	0,70*** (0,23)	-0,49*** (0,06)	-4,13*** (1,20)	-0,52** (0,18)
Tratamiento x Territorio - Almansa y Hellín	0,28*** (0,02)	-0,00 (0,17)	-0,20 (0,14)	-3,07*** (0,45)	1,14*** (0,01)
Tratamiento x Territorio - León	-0,05 (0,13)	0,43 (0,86)	-0,20 (0,39)	6,54*** (0,84)	1,33*** (0,11)
Tratamiento x Territorio - El Bierzo	0,33*** (0,05)	0,25 (0,19)	0,45** (0,17)	-0,29 (1,90)	-0,07 (0,09)
Tratamiento x Territorio - Málaga	0,21*** (0,03)	-0,20 (0,18)	0,30 (0,18)	0,12 (0,45)	0,57*** (0,04)
Tratamiento x Territorio - Madrid	0,29*** (0,05)	-0,10 (0,20)	0,75*** (0,15)	-2,00* (1,08)	0,30*** (0,06)
Tratamiento x Territorio - Murcia	0,21 (0,13)	-0,30 (0,23)	0,49** (0,17)	0,50 (0,56)	0,32*** (0,01)
Tratamiento x Territorio - Pontevedra	0,29*** (0,03)	-0,29 (0,19)	0,49* (0,23)	3,52 (2,18)	0,84*** (0,15)
Constante	0,26*** (0,01)	0,68*** (0,10)	2,93*** (0,06)	8,01*** (0,79)	1,92*** (0,11)
Observaciones	661	428	625	423	661
R cuadrado	0,03	0,07	0,08	0,06	0,06
Media del grupo de control	0,22	0,63	2,47	6,23	1,38

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \* $p < 0,1$ , \*\* $p < 0,05$  y \*\*\* $p < 0,01$ . Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

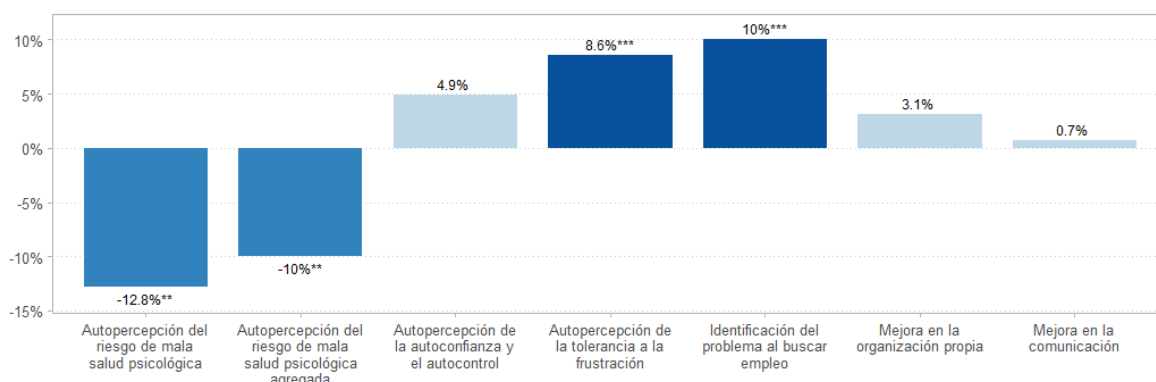
## 6 Conclusiones de la evaluación

Este proyecto piloto permitió obtener evidencia causal sobre el efecto de un programa especializado con el objetivo de mejorar la inserción en el mercado laboral y la autonomía personal de adultos vulnerables, en comparación con los servicios regulares que ofrece Cruz Roja Española. La evaluación fue experimental, aplicando una aleatorización estratificada (por territorio y en función de si la persona reportaba tener ESO) para asignar a las personas participantes al grupo de tratamiento o al grupo de control. Debido a la naturaleza de la organización implementadora, el diseño no contó con

un grupo de control puro. Un total de 695 personas formaron parte de la muestra al inicio de las intervenciones.

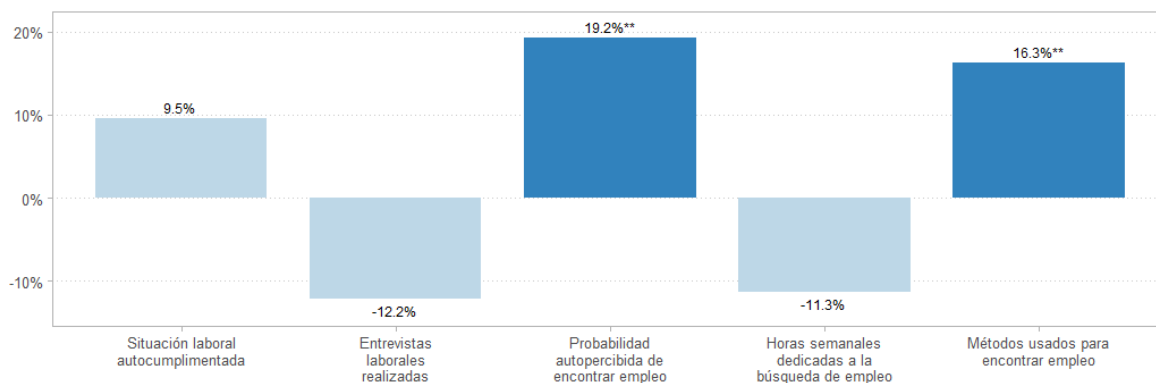
La **Figura 8** y la **Figura 9** muestran el porcentaje incremental de cada indicador de resultado principal (medido al final de la intervención) para el grupo de tratamiento comparado con el grupo de control.

**Figura 8: Efecto de la intervención en los indicadores principales**



Nota: La tonalidad de azul muestra la significatividad de los indicadores (\*, \*\*, \*\*\*). A mayor significatividad, más oscuro. Se indican tres niveles de significatividad: con un nivel de confianza del 99% (\*\*\*), del 95% (\*\*) o del 90% (\*). Un resultado no significativo se muestra sin estrellas.

**Figura 9: Efecto de la intervención en los indicadores principales**



Nota: La tonalidad de azul muestra la significatividad de los indicadores (\*, \*\*, \*\*\*). A mayor significatividad, más oscuro. Se indican tres niveles de significatividad: con un nivel de confianza del 99% (\*\*\*), del 95% (\*\*) o del 90% (\*). Un resultado no significativo se muestra sin estrellas.

En general, se encontraron efectos positivos y estadísticamente significativos del tratamiento en los indicadores de resultados de autonomía personal. Por un lado, el tratamiento redujo el riesgo de tener una mala salud psicológica de las personas participantes. Este resultado fue consistente en las diferentes mediciones del indicador. Por otro lado, se observó un aumento de la tolerancia a la frustración por parte de las personas que participaron del tratamiento. En lo que se refiere a las competencias básicas que debían tener las personas participantes, se encontró que hubo un impacto positivo en la capacidad para identificar el problema que enfrentaron al buscar empleo. Algo similar se observó en los indicadores secundarios de autonomía personal, donde se observaron efectos

positivos y consistentes a lo largo de las especificaciones. El tratamiento aumentó el conocimiento de las personas participantes con respecto a los servicios ofrecidos por los territorios. Al mismo tiempo el tratamiento produjo una mejora en la autopercepción de la capacidad de manejar herramientas digitales.

En lo que se refiere a los indicadores de empleabilidad, no se mostraron impactos en la mayoría de los indicadores. Por ejemplo, el tratamiento no pareció tener un impacto en la situación laboral de las personas en el momento de terminar la intervención. Sin embargo, este resultado pudo deberse a que la medición se realizó inmediatamente después de terminadas las actividades. Es posible que, los efectos en la situación laboral de las personas participantes en el tratamiento, no se viese hasta pasado un tiempo. Tampoco se observó un impacto en el número de entrevistas de trabajo realizadas en las últimas cuatro semanas ni en el número de horas semanales que se dedicaron a la búsqueda de empleo. En estos dos últimos indicadores, es posible que una caída en las observaciones de la muestra pudiera explicar la falta de impacto. Otra razón para estos resultados fue que las personas participantes pudieran haber dedicado las horas que habitualmente empleaban para entrevistas y búsqueda de empleo a participar en las intervenciones ofrecidas por el programa especializado de CRE. No obstante, el tratamiento produjo una mejora en la probabilidad autopercebida de encontrar empleo en los siguientes 6 meses y aumentó el número de métodos que se usaron en la búsqueda de empleo.

Se puede concluir que el programa especializado de CRE mostró mejoras en la autonomía y en la empleabilidad de personas vulnerables en los territorios españoles en relación con los servicios regulares ofrecidos por la entidad. Es importante resaltar que en algunos casos en los que hubo un impacto estadísticamente significativo, la magnitud pudo resultar pequeña. Esto pudo deberse en parte a que muchos de los indicadores de resultado fueron medidos haciendo uso de variables categóricas con las que no se pudo capturar completamente la variabilidad en las respuestas. Adicionalmente, estos efectos capturaron el impacto diferencial del programa especializado (tratamiento) en comparación con servicios regulares (control). Es probable que, si hubiera existido un grupo de control puro que no hubiera recibido ninguna asistencia, los efectos estimados para el tratamiento hubieran sido de mayor tamaño.

## Bibliografía

Alfonsi, L., O. Bandiera, V. Bassi, R. Burgess, I. Rasul, M. Sulaiman, and A. Vitali. (2020) "Tackling youth unemployment: Evidence from a labor market experiment in Uganda." *Econometrica* 88, no. 6: 2369-2414.

Atkin, D., Schoar, A., & Wahnschafft, K. (2021). Evaluating Sama's Training and Job Programs in Nairobi, Kenya.

[https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/research-paper/Samasource%20Evaluation%20Final%20%282%29\\_0.pdf](https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/research-paper/Samasource%20Evaluation%20Final%20%282%29_0.pdf)

Baird, M., J. Engberg, and I. Gutierrez. (2021) "Outcome Mechanisms for Improved Employment and Earnings through Screened Job Training: Evidence from an RCT." IZA Discussion Paper No. 14435.

Baird, M. D., Engberg, J., & Gutierrez, I. A. (2022). RCT evidence on differential impact of US job training programmes by pre-training employment status. *Labour Economics*, 75, 102140.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0927537122000331>

Barrera-Osorio, F., Kugler, A., & Silliman, M. (2023). Hard and soft skills in vocational training: Experimental evidence from Colombia. *The World Bank Economic Review*, 37(3), 409-436.

<https://academic.oup.com/wber/article-abstract/37/3/409/7076451>

Bassi, V., and A. Nansamba. (2022) "Screening and signalling non-cognitive skills: experimental evidence from Uganda." *The Economic Journal* 132, no. 642: 471-511.

Card, D., Kluve, J., & Weber, A. (2010). Active labour market policy evaluations: A meta-analysis. *The economic journal*, 120(548), F452-F477.

<https://academic.oup.com/ej/article-abstract/120/548/F452/5089463>

Carranza, E., R. Garlick, K. Orkin, and N Rankin. (2020). "Job Search and Hiring with Two-Sided Limited Information about Workseekers' Skills." CSAE Working Paper Series. University of Oxford.

Choudhary, H., & Bansal, N. (2022). "Barriers Affecting the Effectiveness of Digital Literacy Training Programs (DLTPs) for Marginalised Populations: A Systematic Literature Review." *Journal of Technical Education and Training*, 14(1), 110-127.

<https://publisher.uthm.edu.my/ojs/index.php/JTET/article/view/10586/5096>

Comisión Europea. (2020). Plan de Acción de Educación Digital (2021-2027). Área de Educación Europea.

<https://education.ec.europa.eu/es/focus-topics/digital-education/action-plan>

Comisión Europea. (2021). La Década Digital de Europa.

<https://digital-strategy.ec.europa.eu/es/policies/europes-digital-decade>

Cruz Roja Española (2022), "Memoria 2022", n.d., Madrid.

<https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13684740/Cruz+Roja+Memoria+2022.pdf/09a56375-62b0-c3cc-4aa1-6402c170260c?t=1691132762189>

Instituto Nacional de Estadística (2017), "Encuesta Nacional de Salud 2017. ENSE. Metodología", n.d., Madrid.

<https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares.

[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica\\_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608)

Llano Ortiz, J.C. (Dir.). (2023). Informe AROPE 2023: El Estado de la Pobreza. Seguimiento del indicador de LA Agenda UE 2030. 2015-2022. EAPN.

[https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe\\_AROPE\\_2023\\_completo.pdf](https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2023_completo.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023.

[https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965\\_estrategia\\_prev\\_y\\_lucha\\_pobreza\\_2019-23.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965_estrategia_prev_y_lucha_pobreza_2019-23.pdf)

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). *Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación*. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/informe-belmont-spanish.pdf>

Osman, A., & Speer, J. (2022). Are Soft Skills Enough? Experimental Evidence on Skill Complementarity for College Graduates. *Experimental Evidence on Skill Complementarity for College Graduates* (August 1, 2022). [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=4178563](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4178563)

Todeschini, F., Alegre, M.A., Moreno. (2016). *Avaluació del programa Mobilitza't de Barcelona Activa*. Institut Català d'Avaluació de Politiques Públiques (IVÀLUA).

[https://www.researchgate.net/publication/325287253\\_Avaluacio\\_del\\_programa\\_Mobilitza't\\_de\\_Barcelona\\_Activa](https://www.researchgate.net/publication/325287253_Avaluacio_del_programa_Mobilitza't_de_Barcelona_Activa)

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2016). *Report on the World Social Situation 2016: Leaving no one behind: The imperative of inclusive development*.

<https://www.un.org/esa/socdev/rwss/2016/full-report.pdf>.



# Apéndice

## Marco temporal y agentes relevantes

### 1. Marco temporal de la intervención

La ejecución comenzó el **3 de mayo de 2023** con el inicio del itinerario de intervención, continuando hasta el **30 de noviembre de 2023** y posteriormente desarrollándose tareas de difusión y evaluación del proyecto hasta el **31 de marzo de 2024**.

### 2. Agentes relevantes

Entre los agentes relevantes para la implementación del proyecto se pueden citar:

- **Cruz Roja Española**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto.
- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM)** como financiador del proyecto, y como principal responsable del proceso de evaluación de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized Controlled Trial* o RCT por sus siglas en inglés). Para ello, la Secretaría General de Inclusión (SGI) asumió los siguientes compromisos:
  - a) Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de las potenciales personas participantes del proyecto piloto.
  - b) Diseñar la metodología RCT del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
  - c) Evaluar el proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
- Las **14 empresas** contratadas para impartir los certificados de profesionalidad:

Nombre de la entidad	Actividades a realizar	Lugar
Formación Avanzada	Impartición de certificado de profesionalidad: actividades auxiliares de comercio y su formación complementaria: conducción de carretilla elevadora.	Albacete
Next Generation	Impartición de certificado de profesionalidad: atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales.	Albacete
Logística Jit	Impartición de certificado de profesionalidad: actividades auxiliares de almacén y su formación complementaria asociada: comercio en internet, optimización de recursos.	Albacete
Mercamadrid S.A.	Impartición de certificado de profesionalidad: actividades auxiliares de almacén.	Madrid
Mercamadrid S.A.	Impartición de certificado de profesionalidad: actividades auxiliares de comercio y su formación complementaria: conducción de carretilla elevadora.	Madrid
Asidom Servicios Personalizados	Impartición de certificado de profesionalidad: operaciones auxiliares de servicios administrativos y generales.	Madrid

Nombre de la entidad	Actividades a realizar	Lugar
Torcal Formación	Impartición de certificado de profesionalidad: atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales.	Málaga
Torcal Formación	Impartición de certificado de profesionalidad: actividades auxiliares de almacén y su formación complementaria asociada: curso de conducción de carretillas elevadoras, curso de caja y reposición y curso de técnicas básicas de atención al público y resolución de conflictos.	Málaga
Torcal Formación	Impartición de certificado de profesionalidad: limpieza de superficies y mobiliario en edificios y locales, y su formación asociada: curso limpieza en centros escolares y curso técnicas de limpieza y desinfección hospitalaria.	Málaga
San Nicolás S.L.	Impartición de certificado de profesionalidad: gestión de llamadas de teleasistencia.	Murcia
Fremm	Impartición de certificado de profesionalidad: actividades auxiliares de comercio y la formación asociada: curso de comercio en internet y optimización de recursos.	Murcia
Centro De Formación San Nicolás	Impartición de certificado de profesionalidad: limpieza de superficies y mobiliario en edificios y locales, y su formación asociada: curso básico de prevención de riesgos laborales y curso de prevención de alergias e intolerancias alimentarias.	Murcia
Cip	Impartición de certificado de profesionalidad: atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales.	Pontevedra
Aula Estudio	Impartición de certificado de profesionalidad: limpieza de superficies y mobiliario en edificios y locales y formación asociada: curso de limpieza industrial.	Pontevedra

- **ISEAK**, subcontratada para dar apoyo en las tareas de evaluación del proyecto.
- **Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI) y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyaron al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

## Análisis de heterogeneidad complementario

Como parte del análisis de heterogeneidad, se observó la interacción del tratamiento con la variable dicotómica de familias monoparentales (1 si era una familia monoparental, 0 en caso contrario). En las siguientes tablas, se observa que no existían efectos diferentes por tipo de familia monoparental en ninguno de los indicadores relevantes para este estudio.

**Tabla 20: Heterogeneidad por familia monoparental en indicadores principales de autonomía personal**

	Mala salud psicológica (1)	Mala salud psicológica agregado (2)	Autoconfianza y autocontrol (3)	Tolerancia a la frustración (4)	Identificación del problema (5)	Organización propia (6)	Comunicación (7)
Tratamiento	-0,87** (0,30)	-2,08*** (0,61)	0,13 (0,12)	0,26** (0,09)	0,33*** (0,09)	0,16 (0,10)	-0,01 (0,12)
Familias monoparentales	0,70 (0,43)	1,30* (0,69)	-0,05 (0,10)	0,04 (0,08)	0,02 (0,13)	0,08 (0,09)	-0,08 (0,15)
Tratamiento x Familias monoparentales	-0,34 (0,71)	-0,44 (1,06)	0,08 (0,15)	-0,05 (0,11)	-0,02 (0,18)	-0,03 (0,12)	0,29 (0,17)
Constante	4,09*** (0,25)	14,84*** (0,45)	3,71*** (0,07)	3,88*** (0,08)	3,50*** (0,11)	3,85*** (0,07)	3,84*** (0,17)
Observaciones	654	654	654	654	654	654	654
R cuadrado	0,05	0,06	0,02	0,07	0,02	0,06	0,03
Media del grupo de control	5,26	17,28	3,64	3,68	3,47	3,88	3,89

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

**Tabla 21: Heterogeneidad por familia monoparental en indicadores secundarios de autonomía personal**

	Conocimiento de recursos (1)	Competencias digitales (2)
Tratamiento	0,44** (0,20)	0,28** (0,11)
Familias monoparentales	0,29 (0,19)	0,11 (0,12)
Tratamiento x Familias monoparentales	-0,06 (0,26)	-0,05 (0,17)
Constante	7,67*** (0,34)	2,31*** (0,09)
Observaciones	654	637
R cuadrado	0,07	0,19
Media del grupo de control	6,75	2,64

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

Tabla 19: Heterogeneidad por localidad en indicadores principales de empleabilidad

	Situación laboral (1)	Entrevistas realizadas (2)	Probabilidad autopercebida de encontrar empleo (3)	Horas semanales dedicadas a buscar empleo (4)	Métodos usados para buscar empleo (5)
Tratamiento	0,06 (0,05)	-0,09 (0,13)	0,46*** (0,11)	-1,16 (1,16)	0,46*** (0,12)
Familias monoparentales	0,08* (0,04)	-0,24** (0,11)	-0,04 (0,13)	-0,99 (0,87)	0,10 (0,21)
Tratamiento x Familias monoparentales	-0,03 (0,07)	0,05 (0,21)	-0,10 (0,14)	0,76 (1,34)	-0,19 (0,20)
Constante	0,09** (0,03)	0,91*** (0,08)	2,70*** (0,08)	8,37*** (1,17)	1,60*** (0,17)
Observaciones	654	424	618	419	654
R cuadrado	0,02	0,07	0,07	0,04	0,05
Media del grupo de control	0,22	0,63	2,47	6,26	1,38

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se utilizaron errores estándar robustos y agrupados por estrato. Niveles de significación \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Todas las regresiones incluyeron la variable de estratificación.

