

Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Región de Murcia – IMAS: Proyecto para la activación social en comunidad "La Caja de Experiencias"

Mayo 2026





Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

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

© Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Madrid, 2026

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

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

NIPO PDF 121-26-008-8

Como citar:

Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2025). Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación. Región de Murcia - IMAS: Proyecto para la activación social en comunidad "La Caja de Experiencias".



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 contó con la colaboración del Instituto Murciano de Acción Social, 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 fueron adecuadamente informadas y que su participación fue voluntaria.

En la realización de este estudio colaboró de manera sustancial el equipo de investigadores coordinados por el Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI). En concreto participaron, Antonio Cabrales, profesor de la Universidad Carlos III de Madrid; Warn N. Lekfuangfu, profesora de la Universidad Carlos III de Madrid; y Sergio Blanco, profesor de la Universidad de Barcelona, bajo la coordinación de Mónica Martínez-Bravo (hasta el 8 de enero de 2024) y Samuel Bentolila, profesores del CEMFI. Los investigadores y las investigadoras (en adelante, los investigadores) participaron 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 ha sido 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 SGI 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 buscaban 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. Los investigadores se reservan 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 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

RESUMEN EJECUTIVO	1
1 INTRODUCCIÓN	3
2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	9
2.1 INTRODUCCIÓN.....	10
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL	11
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	11
3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	14
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO	14
3.2 HIPÓTESIS	17
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	18
3.4 INDICADORES	19
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO	23
4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	27
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	27
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA	31
4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS	33
5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	38
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS	38
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	39
6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN	50
BIBLIOGRAFÍA	52
APÉNDICE	55
MARCO TEMPORAL Y AGENTES RELEVANTES.....	55
EQUILIBRIO DE LA MUESTRA	56

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 vehicularon 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 para la activación social en comunidad "La Caja de Experiencias"**, que fue llevado a cabo en **cooperación entre el MISSM y el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)** adscrito a la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la Comunidad Autónoma de la **Región de Murcia**.
- Este estudio evalúa el efecto de itinerarios de activación social dirigidos a beneficiarios del IMV, de la Renta Básica de Inserción murciana (RBI) así como de otras personas en riesgo de exclusión. El **grupo de tratamiento** recibió un itinerario de activación individual personalizado que se adaptaba específicamente a sus circunstancias y necesidades, con una atención de refuerzo individualizado, una agenda formativa de activación social grupal y una participación comunitaria denominada "Caja de Experiencias". El **grupo de control** no recibió ningún tratamiento.
- El proyecto tuvo lugar en las **localidades murcianas de Alcantarilla, Cartagena y Murcia**. Participaron un total de 487 personas (258 en el grupo de tratamiento y 229 en el grupo de control).
- En promedio, antes de la intervención, las personas participantes tenían una edad de 42 años. Además, aproximadamente el 34% de las personas participantes eran hombres, y sólo el 5% se encontraba trabajando de forma activa. Más de la mitad de las personas participantes tenían un nivel educativo inferior a la escuela secundaria y la mayoría tenían el español como lengua materna.
- El grado de asistencia a las actividades comprendidas dentro de la "Caja de Experiencias" se situó en un 75,5%. Además, la participación en los módulos de autonomía personal, competencias básicas, digitales, laborales y participación y personales fue de un 75%. En términos generales, la asistencia de las personas participantes a las actividades ofrecidas fue de un 78,2%.
- Los principales resultados de la evaluación fueron los siguientes:
 - **Aumento del bienestar:** las personas que conformaban el grupo de intervención presentaron un aumento en la satisfacción con la vida en más de un 10% con respecto

al grupo de comparación, mientras que obtuvieron, además, un incremento en el índice de salud percibida en casi un 5%. Ambos impactos fueron estadísticamente significativos.

- **Conciencia de vulnerabilidad:** es posible que el tratamiento haya hecho evidente a las personas participantes la vulnerabilidad de su situación, como primer paso hacia un cambio de esa situación. Esta hipótesis podría estar detrás de los decrementos significativos obtenidos para el grupo de intervención respecto al grupo de comparación para los niveles de autoestima autopercebida, de hábitos saludables y de salud emocional. Dichos decrementos fueron, respectivamente, de casi un 14%, de más de un 22% y de un 21%
- **Mayor accesibilidad digital:** la intervención provocó un aumento estadísticamente significativo en el índice de uso de los servicios digitales usados en los 3 últimos meses en más de un 6% en relación con el grupo de comparación. No obstante, no se observa un incremento significativo para el uso de aquellos dispositivos en los que tiene acceso a internet, medido a través del índice de servicios digitales .
- Los resultados indicaron que el tratamiento propuesto no generaba una mejora estadísticamente significativa sobre la empleabilidad.

1 Introducción

Marco Normativo General

El Ingreso Mínimo Vital (IMV), regulado por la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el IMV¹, 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 locales². 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

¹ [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).

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

metodología es capaz de identificar estadísticamente el impacto causal de una intervención en una 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 éstas 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 Ético³, 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 **“Proyecto para la activación social en comunidad "La Caja de Experiencias"”**, ejecutado por el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) adscrito a la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la Comunidad Autónoma de la **Región de Murcia**.

Contexto del proyecto

La exclusión social representa un desafío significativo en las sociedades contemporáneas, manifestándose en diversas formas que van más allá de la falta de recursos económicos. La Red Europea de Lucha contra la Pobreza (EAPN) identificó cinco dimensiones principales que contribúan a la marginación social: económica, social, política, cultural y residencial. Estas dimensiones interactúan entre sí, configurando la situación de vulnerabilidad o exclusión social de las personas.

³ 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.

Por otro lado, 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 de la ONU (DESA), resalta la naturaleza multidimensional de la problemática, identificando diversas causas. Entre estas se encuentran la pobreza y la inequidad, la escasez de oportunidades laborales, la discriminación y los prejuicios, así como las normativas sociales, culturales y políticas. Además, es necesario considerar que 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.

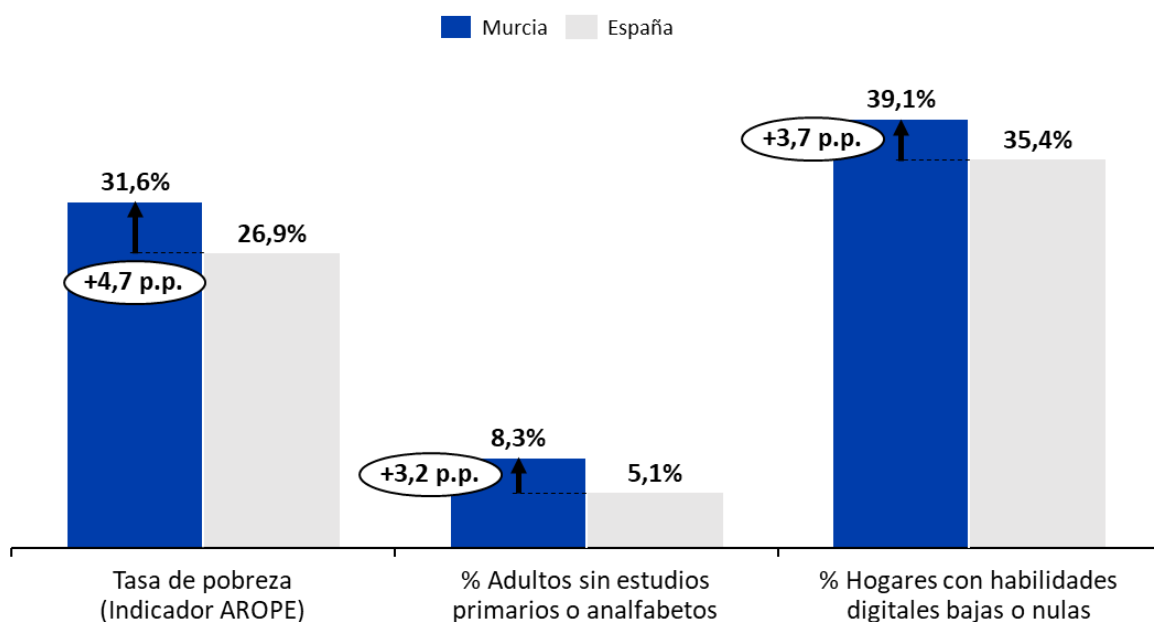
La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2023⁴ del INE ofrece una visión preocupante de la realidad social de España. En 2023, la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social, medida mediante el indicador AROPE⁵, alcanzó el 26,9%, lo que equivale a más de 12 millones de personas en situación de vulnerabilidad. Estos datos evidencian una tendencia constante a lo largo de la última década, señalando que se trata de un problema de carácter estructural.

En el contexto específico de la Región de Murcia, los datos resaltan una situación de mayor urgencia. Desde un enfoque socioeconómico, las estadísticas del INE indican que Murcia presenta una tasa de riesgo de pobreza o exclusión social del 31,6%, 4,7 puntos porcentuales por encima de la media nacional. Además, en términos de nivel educativo, la Región de Murcia muestra una proporción más alta de adultos con analfabetismo o estudios primarios incompletos, con un 8,3% en comparación con el 5,1% del conjunto de España. En lo que respecta a las habilidades digitales, cada vez más cruciales para la inclusión, el 39,1% de los residentes en la Comunidad carecen de estas habilidades o las tienen muy limitadas, un porcentaje superior al promedio nacional (35,4%).

⁴ En la Encuesta de Condiciones de Vida, los ingresos que se utilizan en el cálculo de la tasa de riesgo de pobreza corresponden siempre al año anterior. Por tanto, el dato de la Encuesta de Condiciones de Vida 2023 corresponde a la renta del año 2022.

⁵ La población en riesgo de pobreza o exclusión social está definida según unos criterios establecidos por Eurostat. Es aquella población que está al menos en alguna de estas tres situaciones: (1) En riesgo de pobreza (ingresos equivalentes por debajo del 60% de la mediana de ingresos por unidad de consumo). (2) En carencia material y social severa (si declara tener carencia en al menos siete elementos de los 13 de una lista que incluye, por ejemplo, no poder permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días, mantener la vivienda con una temperatura adecuada, tener dos pares de zapatos en buenas condiciones o sustituir ropa estropeada por otra nueva). (3) En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año anterior al de la entrevista).

Figura 1: Comparativa entre la Región de Murcia y España en diferentes ámbitos



Fuente: Encuesta Condiciones de Vida, INE. Encuesta de Población Activa, INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, INE. Education and training outcomes, Eurostat.

Marco normativo asociado al proyecto y estructura de gobernanza

Este proyecto piloto está en línea con el marco establecido en la Agenda 2030 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), contribuyendo específicamente a los ODS 1, 3, 4, 5, 8, 10 y 11.

En relación con el acervo de las organizaciones internacionales, la Organización de Naciones Unidas, en el marco del ODS 1 (“Fin de la pobreza”), tiene entre sus metas “para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños y niñas de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales”. En particular, fija como metas el “poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables” y “crear marcos normativos sólidos en el ámbito nacional, regional e internacional, sobre la base de estrategias de desarrollo en favor de los pobres que tengan en cuenta las cuestiones de género, a fin de apoyar la inversión acelerada en medidas para erradicar la pobreza”.

Por otro lado, a nivel europeo, la lucha contra la pobreza y la exclusión social tienen su base jurídica en los artículos 145 a 161 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), relativos a empleo y política social.

En particular, la lucha contra la pobreza y la exclusión social es uno de los objetivos específicos de la Unión Europea y de sus Estados miembros en el ámbito de la política social. A tal efecto, existen diversos instrumentos relativos a la activación social de personas en situación de vulnerabilidad social, entre los que se encuentran:

- **Pilar Europeo de Derechos Sociales (PEDS).** Además de la relevancia de los derechos recogidos en el Capítulo I (relativo a igualdad de oportunidades y acceso al mercado de trabajo), destaca, en su Capítulo III (“Protección e inclusión social”), que “toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a unas prestaciones de renta mínima adecuadas que garanticen una vida digna a lo largo de todas las etapas de la vida, así como el acceso a bienes y servicios de capacitación”. En particular, se señala que, “para las personas que pueden trabajar, las prestaciones de renta mínima deben combinarse con incentivos a la (re)integración en el mercado laboral”.
- **Recomendación del Consejo sobre una renta mínima adecuada que procure la inclusión activa.** Tiene por objeto luchar contra la pobreza y la exclusión social promoviendo una ayuda a la renta adecuada, en particular mediante una renta mínima. También busca el acceso efectivo de las personas que carecen de recursos suficientes a servicios esenciales y de capacitación y la promoción de la inserción laboral de aquellas personas que pueden trabajar.

Finalmente, cabe destacar que España dispone tanto de documentos normativos como estratégicos y de políticas públicas relacionados con la activación social de personas en situación de vulnerabilidad social. En concreto, destaca la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023, que tenía como objetivo combatir la pobreza, especialmente la infantil, y reducir la desigualdad y la disparidad de los niveles de rentas. Esta Estrategia se desarrolló a través de Planes Operativos anuales.

En todo caso, la prevención y la lucha contra la pobreza y la exclusión social es un objetivo que lleva asociadas múltiples medidas y actuaciones de carácter transversal o específico, dado el carácter multifactorial y complejo de estos fenómenos.

El objetivo científico del proyecto era, por un lado, diseñar y experimentar un modelo de apoyos para personas con múltiples necesidades de atención que no estaban en momento de acceder a procesos de inclusión activa hacia el empleo y, por otro, evaluar los resultados de los proyectos piloto a través de una metodología RCT para obtener recomendaciones y conclusiones sobre intervenciones innovadoras que pudieran funcionar en el camino a la inclusión social.

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

- La **Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) adscrito a la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad**, como principal responsable de la ejecución del proyecto.

La **Consejería de Política Social, Familias e Igualdad** es el Departamento de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia encargado de la propuesta, desarrollo y ejecución de las directrices generales del Consejo de Gobierno en materia de asistencia y bienestar social; desarrollo comunitario; y en general de protección de personas en situación de emergencia, riesgo o exclusión social.

Por su parte, el IMAS se constituyó con la finalidad de ejecutar las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociales. Sus áreas de actuación incluyen, de manera específica, las personas en situación o riesgo de exclusión social, así como cualquier otro colectivo necesitado de protección social que se determine.

En particular, el IMAS, a través del Servicio de Programas de Inclusión y Corresponsabilidad Social de la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión, fue responsable de la gestión y coordinación general del proyecto; la interlocución con el MISSM en todos los aspectos necesarios para la gestión, seguimiento y justificación del proyecto; y la formalización de los instrumentos jurídicos de contratación o encargo de ejecución de las diferentes actuaciones con terceras partes. Dentro de la operativa del proyecto, el IMAS también asumió la tarea de la captación de las personas participantes.

Las **entidades locales** fueron las encargadas de llevar a cabo la implantación de las actuaciones en cada uno de los municipios, especialmente a través de sus Servicios Sociales de Atención Primaria. Colaboraron con el IMAS en la captación de las personas participantes una vez constituidos los equipos de Activación Social, asumieron la prestación de los itinerarios de activación en coordinación con otros agentes, y la interlocución con el IMAS en la coordinación y el seguimiento del proyecto. La participación de las entidades locales se articuló mediante subvenciones de concesión directa del IMAS.

Las **entidades del Tercer Sector de Acción Social** y los **Centros de Salud Mental** participaron en el proceso de derivación de las personas potencialmente participantes.

- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones** (MISSM), como financiador del proyecto y responsable de la evaluación RCT. Por ello, la **Secretaría General de Inclusión** (SGI) asumió una serie de compromisos con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia:
 - 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 y con los colaboradores científicos. 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, y el público objetivo al que se dirigió 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. Por último, las **conclusiones** generales de la evaluación del proyecto se describen en la **sección 6**. Finalmente, en el **apéndice Gestión económica y normativa** 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 (SEGOPIPS), 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 surgieron 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 de Ético emitió su aprobación para el desarrollo de la presente evaluación el 10 de julio de 2023.

2 Descripción del proyecto

Esta sección describe el programa que el IMAS 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 general del proyecto era conseguir la activación inclusiva de personas adultas beneficiarias del IMV, de la Renta Básica de Inserción (RBI) o que se encontraran en situación de vulnerabilidad social acreditada, que estuviesen inactivas o desempleadas, y que no se encontraran en un momento adecuado para su incorporación a recursos de activación para el empleo. Se entiende por activación inclusiva el proceso por el cual las personas acceden a los recursos y servicios del entorno, cuentan con los apoyos y capacidades adecuadas para desarrollar su proyecto de vida y participan activamente en la comunidad.

Como objetivos operativos del proyecto se plantearon, por un lado, diseñar y experimentar un modelo de apoyos para personas con múltiples necesidades de atención que no estuvieran en momento de acceder a procesos de inclusión activa hacia el empleo y, por otro, reducir el grado de vulnerabilidad y exclusión de estas personas, mejorando sus competencias para la vida diaria, su capacitación social y su participación activa en la comunidad.

Hay pocos estudios que se centren en la tutorización para promover la inclusión social. Por ejemplo, García-Ramírez et al. (2005) examinan intervenciones psicosociales para inmigrantes en Andalucía, pero no utiliza metodología RCT. Por su parte, Papadaki et al. (2021) exploran los efectos de intervenciones breves con desempleados de larga duración en Creta, pero tampoco con un ensayo aleatorio controlado.

Otra rama de la literatura se centra en los impactos psicosociales de la capacitación laboral para los desempleados. Así, por ejemplo, Brooks et al. (2001) evalúa actuaciones de búsqueda de empleo para beneficiarios del *Temporary Assistance for Needy Families*, entre las que se encuentran medidas relacionadas con la autoestima, el comportamiento asertivo de búsqueda de empleo y las barreras percibidas para el empleo. Whelan et al. (2018) analiza el impacto de una intervención de orientación profesional en áreas del bienestar, la empleabilidad percibida y la mejora de la sostenibilidad profesional.

Diversos estudios insisten en la relación entre habilidades personales y la mejora de la empleabilidad, como la tesis doctoral de Nieto Flores (2018) u otras obras de carácter experimental, como la investigación realizada por Rebollo-Sanz y Pérez (2021) sobre la evaluación del impacto de políticas activas de empleo en colectivos de complicada inserción laboral. En términos generales, se observan mejoras en las tasas de empleo y en la satisfacción laboral de las personas participantes.

En relación con los efectos de la formación especializada en el ámbito digital, el estudio RCT realizado por Sanz et al. (2016) sobre el programa "*Mobiliza't Mobile*" de Barcelona Activa, que brindaba formación en habilidades digitales y promovía el espíritu emprendedor, demostró un impacto positivo en la empleabilidad de las personas participantes. Además, Choudhary y Bansal (2022) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de los programas de formación digital, destacando una diversidad de impactos que están estrechamente ligados a la calidad de los servicios y la estructura del programa.

2.2 Población objetivo y ámbito territorial

El colectivo destinatario del proyecto lo constituían las personas entre 18 y 64 años beneficiarias del IMV, RBI o que se encontraran en situación de vulnerabilidad social acreditada, que estuviesen inactivas o desempleadas, y que no se encontraran en un momento adecuado para su incorporación a recursos de activación para el empleo.

El perfil de las personas participantes se ajustaba a las siguientes características:

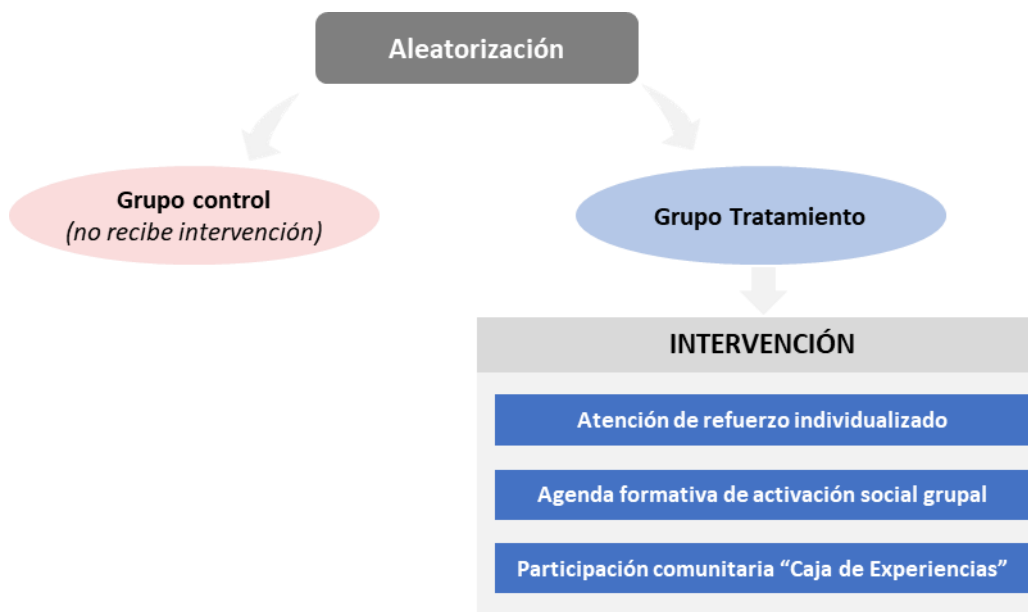
- Residente en Alcantarilla, Cartagena o Murcia.
- Que tuvieran una edad comprendida entre 18 y 64 años.
- Que prioritariamente fueran beneficiarias del IMV o RBI; y otras personas en situación o riesgo de exclusión social que, aunque cumplieran las condiciones, no fueran beneficiarias del IMV o RBI.
- Que tuvieran múltiples necesidades de atención y no se encontraran realizando itinerarios de activación hacia el empleo.
- Que no estuvieran participando en otros proyectos experimentales del Componente 23 de la inversión 7 del PRTR (PRTR 23.7) en la Región de Murcia.
- Que estuviesen en situación de inactividad laboral.
- Que aceptaran voluntariamente su participación en el proyecto.

El proyecto se desarrolló, como se ha señalado, en las localidades murcianas de Alcantarilla, Cartagena y Murcia.

2.3 Descripción de las intervenciones

Para poder evaluar con rigor el impacto de las intervenciones propuestas se realizó una distribución equitativa de las personas participantes en dos grupos: un grupo de tratamiento, que participaba en las intervenciones diseñadas, y un grupo de control, que no recibía ningún servicio por parte del programa. La **Figura 2** resume de forma esquemática las intervenciones que recibían las personas participantes de los distintos grupos.

Figura 2: Esquema de intervención por grupo experimental



El grupo de tratamiento participaba en una intervención basada en el desarrollo de itinerarios de activación social llevado a cabo por los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) de las entidades locales participantes a través de Equipos de Activación Social (EAS) constituidos por profesionales de la psicología, el trabajo social y la educación social, una figura técnica para la coordinación de las actuaciones y el apoyo de una unidad técnico-administrativa, formada por un técnico o una técnica del cuerpo de gestión administrativa y una persona de administración.

Estos itinerarios se estructuraban a partir de una relación secuencial de actuaciones de acompañamiento profesional en el proceso de promoción y autonomía personal. Se profundizaba así en la trayectoria vital de la persona participante, identificando sus fortalezas y recuperando su motivación.

Cada persona participante seguía un itinerario de activación individual personalizado que se adaptaba específicamente a sus circunstancias y necesidades. Para ello, se realizaba un diagnóstico inicial que abordaba cuatro dimensiones principales: recursos materiales, capacidades y competencias, relaciones sociales y factores psicosociales. A partir de este diagnóstico inicial, la persona gestora del caso elaboraba con la persona participante su itinerario de activación individual, seleccionando las actividades en las que participar en función de sus necesidades y su voluntad de participación.

Las actividades disponibles se clasificaban en tres bloques:

Actividades de atención de refuerzo individualizado

Mediante las actuaciones de atención de refuerzo individualizado la persona gestora ofrecía acompañamiento profesional de empoderamiento de la autonomía personal. Estas actividades consistían en sesiones individuales en las que se proporcionaban, en función de las necesidades

identificadas, apoyos psicológicos, sociales o de autonomía personal con un máximo de 12 horas en total por participante.

Agenda formativa de activación social grupal

La agenda formativa de activación social se enfocaba en el desarrollo de competencias personales mediante metodologías prácticas y participativas, adaptadas a las necesidades individuales. Esta formación constaba de cinco módulos formativos grupales que cubrían áreas como la autonomía personal, las habilidades personales, las competencias básicas como lectura, escritura, matemáticas y competencias digitales, así como las competencias laborales y sociales. Contaba con una duración máxima de 120 horas de formación. Se empleaban metodologías innovadoras para garantizar la efectividad del aprendizaje y la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.

Actividades de participación comunitaria “Caja de Experiencias”

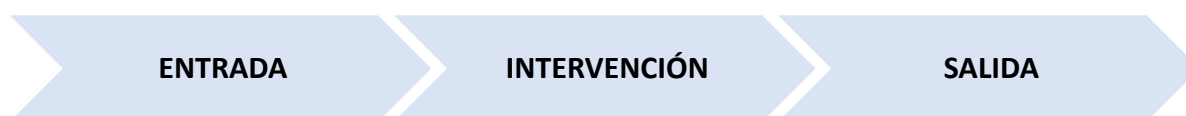
Las actividades de participación comunitaria se diseñaron para promover el conocimiento y el aprovechamiento de los recursos locales por parte de las personas participantes, facilitando así su autonomía dentro de la comunidad. Esto implicaba visitas a servicios esenciales como centros deportivos, comisarías locales y centros de salud, así como la participación en actividades culturales, artísticas, deportivas y medioambientales. Estas experiencias permitían que las personas participantes interactuasen con su entorno natural, social y cultural, fomentando una mayor integración y participación en la comunidad. Estas actividades tenían una duración máxima de 35 horas.

Cada persona participante decidía junto con la persona gestora del caso las actividades en las que participaba en función de sus necesidades y su voluntad de participación, debiendo participar en al menos el 100% de las horas previstas para los servicios de atención tutorial y las actividades de participación comunitaria, así como en el 80% de la agenda formativa.

Las personas participantes del grupo de tratamiento tenían acceso a una beca de 9 euros por día de asistencia a las actividades de la Agenda Formativa y la Caja de Experiencias, cumpliendo un mínimo de 3 horas diarias, así como becas y bonos de transporte de hasta 4 euros diarios. También recibían un incentivo de 300 € al completar el itinerario social, ayudas a la conciliación, y un incentivo de 50 € tras realizar la encuesta de evaluación previa a la intervención y otro de 75 €, al realizar la encuesta de evaluación tras la intervención. El grupo de control no recibió servicios del programa, pero se les incentivaba a participar en la evaluación con las mismas cantidades que al grupo de tratamiento, es decir, un incentivo de 50 € en la primera encuesta y 75 € en la segunda.

Teniendo en cuenta el esquema de intervención indicado anteriormente, las fases del tratamiento fueron a grandes rasgos las siguientes:

Figura 3: Fases del tratamiento



- En la **Entrada** se recibía a las personas participantes del grupo de tratamiento por tandas de entre 20 y 25 personas en sesiones de acogida grupal en cada municipio de implementación. En las sesiones de acogida se explicaba con detalle el servicio, su funcionamiento, los apoyos que podían recibir en el marco del itinerario de activación y las características de la evaluación. Esta etapa concluía con un diagnóstico inicial y el diseño del itinerario de activación individual.
- Durante la fase de **Intervención** las personas participantes debían seguir el itinerario personalizado definido en la fase previa. Estos itinerarios contaban con una duración máxima de 167 horas y un mínimo de 143 horas. Durante este periodo, los equipos de activación social de los SSAP se encargaban de coordinar los diferentes recursos proporcionados y de hacer seguimiento a la participación de las personas en las diferentes actividades.
- En la fase de **Salida**, una vez finalizado el itinerario de Activación aproximadamente a los cinco meses desde su inicio, y tras verificar las actividades realizadas, se procedía a elaborar junto con la persona participante un informe diagnóstico final de su situación.

3 Diseño de la evaluación

Esta sección describe el diseño de la evaluación de impacto del programa explicado en la sección anterior. Se detalla 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, 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. Esta permitía esquematizar la relación entre las necesidades identificadas en la población objetivo, las prestaciones o servicios que la intervención proveía, y los resultados tanto inmediatos como a medio-largo plazo que buscaba la intervención, entendiendo las relaciones entre ellos, los supuestos sobre los que descansaban y esbozando medidas o indicadores de resultados.

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/son 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 cuáles 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.

Se había identificado la necesidad de reducir el alto número de personas en situación de vulnerabilidad social y económica que no accedían a recursos y servicios. El acceso a servicios y recursos del entorno estaba estrechamente relacionado con la participación activa en la comunidad, unido a los apoyos y capacidades necesarias para desarrollar adecuadamente un proyecto de vida. Además, la elevada tasa de inactividad de esta región generaba una amplia brecha de desigualdad y situaciones extremas de exclusión social.

Esta necesidad o problemática definía las distintas áreas de actuación del proyecto y las actividades asociadas a cada una de ellas. Particularmente, se definieron tres grandes bloques de actuaciones en la intervención. En primer lugar, se ofrecían una serie de actividades de atención de refuerzo individualizado y de apoyo, en función de las necesidades psicológicas, sociales y de autonomía personal de las personas participantes. También se contemplaban actividades formativas dirigidas a la capacitación personal y social de las personas participantes y que cubrían áreas como la autonomía personal, las habilidades personales y las competencias básicas de lectura, matemáticas, escritura y competencias digitales. El último paquete de actuaciones abarcaba una serie de actividades de participación comunitaria denominada “Caja de Experiencias”, para dar a conocer y fomentar el uso de recursos locales.

Todos estos recursos y actividades produjeron una serie de productos. Al medir los productos obtenidos, se identificaba si las personas beneficiarias habían recibido las actividades o insumos y con qué intensidad. El recibir adecuadamente los recursos y actividades realizadas, resultaba indispensable para que el programa pudiera alcanzar los resultados intermedios y finales esperados,

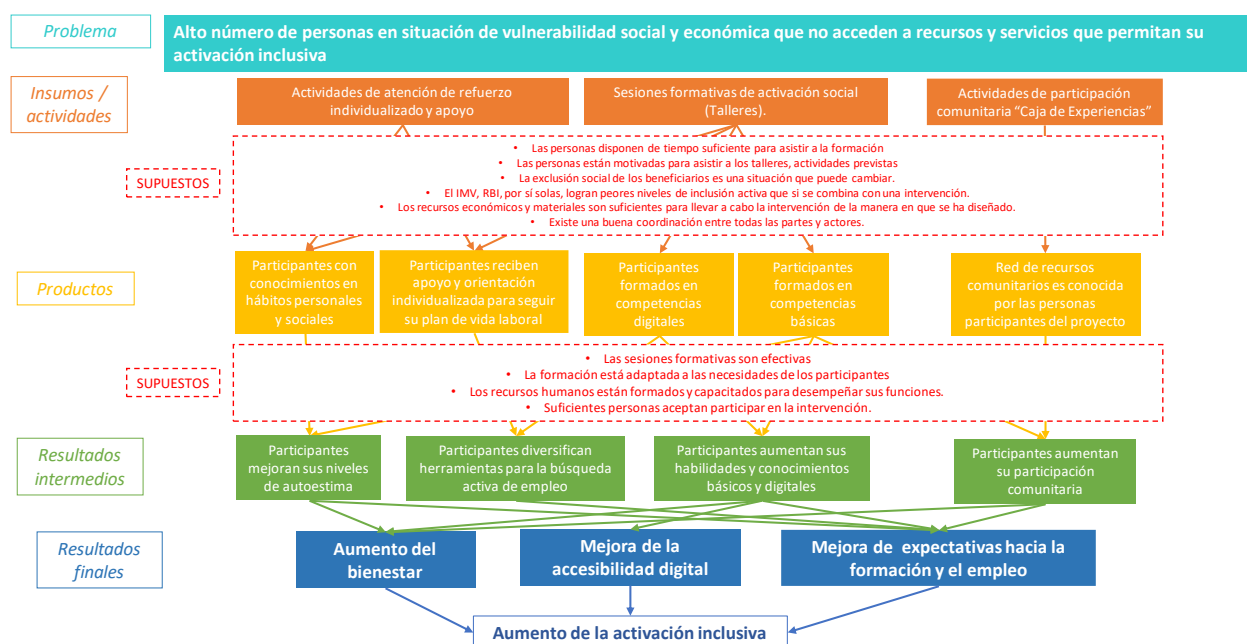
ya que, si las personas beneficiarias no recibían de forma efectiva el programa, es difícil que pudieran observarse mejoras en los indicadores de reducción de pobreza y mejora de la inclusión social. En este proyecto, los productos estaban definidos como el número de personas participantes con conocimientos en hábitos personales y sociales, así como aquellas personas participantes que recibían apoyo y orientación individualizado para continuar con su plan laboral. Por otro lado, se generaba una serie de productos a través del número de participantes formados en competencias digitales y en competencias básicas. De manera complementaria, las actividades contempladas en la “Caja de Experiencias” definían una red de recursos comunitarios conocidos por las personas participantes en el proyecto.

Como resultados directos de la intervención, se esperaba que las personas participantes mejoraran su nivel de autoestima y que diversificaran las herramientas para la búsqueda activa de empleo. Además, se esperaba que las personas participantes aumentaran sus habilidades y conocimientos básicos y digitales, y una mayor participación comunitaria.

De manera indirecta, la mejora de los citados indicadores intermedios debía concluir en un aumento del bienestar, mejora de la accesibilidad digital y de las expectativas hacia la formación y el empleo. Asimismo, todas estas mejoras estimaban una mayor activación inclusiva de las personas participantes.

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 mejorar la activación inclusiva de las personas beneficiarias del IMV, RBI o aquellas personas que se encontraran en situación de vulnerabilidad. El proyecto partía del supuesto de que la inclusión social, o la activación de procesos que culminasen en esa inclusión, estaba directamente relacionada con la participación activa en la comunidad y con tener los apoyos y capacidades adecuados.

Por activación inclusiva se entendía el proceso por el cual las personas accedían a los recursos y servicios del entorno, contaban con los apoyos y capacidades adecuadas para desarrollar su proyecto de vida y participaban activamente en la comunidad.

Tal y como se detalla en la Teoría del Cambio, este proyecto se circunscribió a multitud de ámbitos: el psicosocial; pre-laboral; búsqueda de empleo; competencias básicas y digitales; hábitos saludables; y el entorno comunitario. En consecuencia, al evaluar el modelo, se formularon diversas hipótesis que comparaban los resultados del tratamiento con los del grupo de control en cada una de las áreas mencionadas, que utilizaban 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 beneficiarios y posibilitó un entendimiento más completo de su efectividad en diferentes dimensiones.

A continuación, se exponen las hipótesis a contrastar en cada una de las grandes áreas, donde las hipótesis eran los resultados finales esperados de la Teoría del Cambio.

1. Mejora del bienestar

La primera hipótesis principal postulaba que, gracias al tratamiento, las personas participantes mejorarían su salud socioemocional, determinado por una mejora de la autoestima y el auto control. Además, se estimaba una mejora de los hábitos saludables de las personas participantes con una mayor auto percepción del estado de salud. Todo esto repercutía en una mejora de la satisfacción con la vida en general y con la situación económica de las personas participantes.

De manera complementaria, la segunda hipótesis principal respecto a la mejora del bienestar se centraba en una mayor participación comunitaria, a través del uso de los recursos del entorno y el fortalecimiento de los vínculos afectivos. Así, se preveía que las personas participantes del grupo de tratamiento aprendieran a gestionar los conflictos, mejorando las actitudes de respeto y tolerancia hacia la comunidad.

2. Mejora de la accesibilidad digital

La hipótesis principal postulaba como las personas participantes del grupo de tratamiento adquirían conocimientos y habilidades básicas en el ámbito digital, lo que les permitiría utilizar adecuadamente las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC).

3. Mejora de las expectativas hacia la formación y el empleo

Esta hipótesis postulaba que, gracias al tratamiento, las personas participantes diversificarían su búsqueda activa de empleo, mejorando sus hábitos de búsqueda de empleo. Además, se preveía una mejora del nivel de empleabilidad (auto percibido y realmente efectivo).

3.3 Fuentes de información

Para recoger la información necesaria para construir los indicadores de resultado, se recurrió a encuestas dirigidas a las personas participantes en el proyecto. En concreto, se les pidió cumplimentar una encuesta **antes de la intervención** (línea de base) y **después de la intervención** (línea final).

Esta encuesta permitía conocer ciertos aspectos de las personas participantes en los dos momentos de análisis y constituía la principal fuente de información del proyecto. Se planteó que fuera una entidad externa la encargada de la toma de datos de las personas participantes de esta encuesta, así como la realización de entrevistas (telefónicas, presenciales, online o mixtas), grupos focales, talleres de trabajo y observación no participante⁶.

Cada encuesta fue respondida por las personas participantes del grupo de control y de tratamiento y constaba de los siguientes apartados:

- **Características sociodemográficas:** las preguntas tenían como objetivo analizar la situación genérica del hogar, nacionalidad, conocimiento del español, los componentes que lo conformaban los ingresos y carencias de las familias.
- **Bienestar personal, autonomía y autopercepción:** se abordaban aspectos relacionados con el nivel de salud emocional y autopercepción de las personas participantes. También se incluía una serie de preguntas relacionadas con los hábitos saludables, autonomía personal y el estado de salud física auto percibida.
- **Participación comunitaria:** se abordaban aspectos vinculados en torno al hogar, estudiando las relaciones personales y de comunidad con el objetivo de medir el grado de inclusión en el entorno y su nivel de conocimiento respecto a los recursos o instituciones locales.
- **Accesibilidad, competencias básicas digitales y básicas:** estudiaba la dotación de los recursos en términos de competencias digitales y el nivel de competencias y uso de estas. El principal objetivo era determinar la frecuencia de uso de internet y qué tipo de actividades se realizaban. También se planteaban preguntas relacionadas con la comprensión lectora, el uso del lenguaje, las matemáticas y las labores domésticas.
- **Competencias en hábitos laborales:** se preguntaba por la situación laboral de las personas participantes, la frecuencia de búsqueda de empleo, acciones realizadas dirigidas a encontrar un trabajo, número de procesos de selección realizados últimamente, una serie de cuestiones relacionadas con las competencias de empleabilidad y los motivos de no búsqueda de empleo.
- **Recursos económicos:** se preguntaba por la estabilidad de los ingresos mensuales del hogar, así como la fuente de estos ingresos y una aproximación de la cuantía.

⁶ Se realizaron 21 entrevistas, 3 grupos focales, 3 talleres, y 3 sesiones de observación

- **Satisfacción:** este bloque de preguntas se realizaba únicamente en la encuesta de línea final a las personas participantes del grupo de tratamiento. Abarcaba una serie de preguntas relacionadas con la satisfacción concluida con las sesiones de refuerzo individualizado, los módulos formativos y las actividades de la “Caja de Experiencias”, desde los temas tratados, la atención de los profesionales, los materiales empleados, hasta los horarios y organización de las actividades. También se les preguntaba por su nivel de satisfacción global con el programa y con las distintas cuestiones que lo componían (organización, beca, profesionales, ayudas a la conciliación, incentivo económico y duración del proyecto).

Por otro lado, se contemplaba el uso de registros administrativos, relativos a las personas beneficiarias del IMV y de la RBI, procedentes de las fuentes administrativas disponibles en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y del MISSM, así como de los departamentos de los Servicios Sociales locales y de las entidades del Tercer Sector. No obstante, a fecha de finalización del presente informe estas fuentes de información no se han incorporado.

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.

1. Bienestar

Para evaluar la salud socioemocional de las personas participantes se utilizaron los siguientes indicadores:

Nivel de salud emocional: se trataba de un indicador sintético calculado como la suma de las puntuaciones de los nueve ítems que se presentan a continuación. Cada uno de los ítems se puntuaba del 1 (nunca) al 5 (siempre) y se normalizaba para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de salud emocional) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de salud emocional):

- Se ha sentido útil.
- Se ha sentido relajado/a.
- Ha tenido energía de sobra.
- Ha afrontado con satisfacción los problemas.
- Se ha sentido satisfecho/a consigo mismo.
- Se ha sentido seguro/a (con confianza).
- Se ha sentido alegre.
- Ha tenido dificultades para dormir.
- Se ha sentido capaz de tomar decisiones.

Nivel de autoestima auto percibida: medido a través de un indicador sintético calculado como la suma de las puntuaciones de los ocho ítems que se presentan a continuación. Cada uno de los ítems se puntuaba del 1 (muy malo/a) al 5 (muy bueno/a) y se normalizaba para establecer un valor mínimo

en 0 (mínimo nivel de autoestima auto percibida) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de autoestima auto percibida):

- Expresando con palabras lo que quiero decir.
- Entendiendo lo que quieren decir otras personas.
- Colaborando con otras personas en actividades sociales.
- Controlando mis emociones en situaciones difíciles o estresantes + Manteniendo una actitud positiva o constructiva.
- Resolviendo conflictos.
- Reflexionando sobre cuestiones importantes.
- Desarrollando ideas creativas.
- Identificando mis propios errores.

Nivel de hábitos saludables: medido a través de un indicador sintético calculado como la suma de las puntuaciones de los diez ítems que se presentan a continuación. Cada uno de los ítems se puntuaba del 1 (nada importante) al 5 (muy importante) y se normalizaba para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de hábitos saludables) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de hábitos saludables):

- Realizar, al menos, tres comidas al día.
- Comer fruta y verdura+ No beber alcohol.
- No fumar.
- Mantener una rutina de horarios.
- Lavarse los dientes todos los días.
- Ducharse o bañarse todos los días.
- Mantener la limpieza y el orden en el hogar.
- Gestionar los residuos del hogar.
- Pasear un rato todos los días.
- Hacer ejercicio físico al menos una vez por semana.

Índice de salud percibida: medido a través de un indicador sintético calculado como la suma de las puntuaciones de los tres ítems que se presentan a continuación. Cada uno de los ítems se puntuaba del 1 (totalmente insatisfecho) al 10 (totalmente satisfecho) y se normalizaba para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de salud percibida) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de salud percibida):

- Valoración del estado de su salud física.
- Valoración del estado de su salud mental.
- Satisfacción con el estado de salud actual.

Índice de satisfacción: medido a través de dos indicadores normalizados entre un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de satisfacción) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de satisfacción):

- **Índice de satisfacción con la vida.**
- **Índice de satisfacción con las condiciones económicas.**

Dentro del bienestar de las personas participantes, destacaban los siguientes indicadores relativos a la participación social:

Nivel de participación social: se medía a través de un indicador sintético calculado como la suma de las puntuaciones de los diez ítems que se presentan a continuación. Cada uno de los ítems se puntuaba del 1 (mucho menos de lo que deseo) al 5 (tanto como deseo) y se normalizaba para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de participación social) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de participación social):

- Recibo visitas de mis amigos y familiares.
- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.
- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.
- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
- Recibo amor y afecto.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.
- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.

Índice de pertenencia a entidades comunitarias: se medía a través de un indicador sintético calculado como la suma del número de actividades comunitarias u organizaciones (p.ej. organización vecinal, partido político, organización cultural, escolar...) en las que participaba la persona y su frecuencia. Cada uno de los ítems se normalizaba para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de pertenencia comunitaria) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de pertenencia comunitaria).

Índice de conocimiento de recursos comunitarios: se medía a través de un indicador sintético calculado como el sumatorio de los recursos comunitarios conocidos, organizados en las siguientes cinco áreas: salud, administrativa, educativa, cultura-ocio y tiempo libre y seguridad ciudadana y transportes. Cada respuesta afirmativa equivalía a un punto sumado, donde posteriormente se realizaba una normalización para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de conocimiento de recursos comunitarios) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de conocimiento de recursos comunitarios).

2. Mayor accesibilidad digital

Para evaluar la accesibilidad digital de las personas participantes se utilizaron los siguientes indicadores:

Índice de servicios digitales: se medía a través de un indicador sintético calculado como el sumatorio de aquellos dispositivos (ordenador o portátil, Tablet y teléfono móvil) en los que la persona tenía acceso a internet. Se llevaba a cabo una normalización para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de servicios digitales) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de servicios digitales).

Índice de uso de los servicios digitales: se medía a través de un indicador sintético calculado como el sumatorio de aquellos servicios usados en los últimos 3 meses a través de servicios digitales. Se llevaba

a cabo una normalización para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo uso de los servicios digitales) y un valor máximo en 1 (máximo uso de servicios digitales).

Índice de competencias básicas: medido a través de un indicador sintético calculado como la suma de las puntuaciones respecto al nivel de conocimientos y comprensión de una serie ítems respecto a la comprensión lectora; uso del lenguaje; capacidades matemáticas y organización de las tareas domésticas. Cada uno de los ítems se normalizaba para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de competencias básicas) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de competencias básicas).

3. Mejora de las expectativas hacia la formación y el empleo

Con el fin de evaluar las expectativas hacia la formación y el empleo se utilizaron los siguientes indicadores:

Índice de hábitos de búsqueda de empleo: se medía a través de un indicador sintético calculado como la suma de las puntuaciones de los nueve ítems que se presentan a continuación. Cada uno de los ítems sumaba un punto si se había empleado ese método de búsqueda de empleo:

- Poniéndose en contacto con la Oficina Pública de empleo.
- Poniéndose en contacto con alguna oficina de empleo privada o apuntándose a una bolsa de trabajo.
- Solicitándolo al empresario/a directamente o presentando su currículum.
- A través de amigos/as, parientes.
- A través de anuncios u ofertas de empleo, incluido Internet (InfoJobs; JobToday; Laboris; Indeed, etc.).
- Haciendo gestiones para crear su propio negocio.
- Realizando exámenes o entrevistas.
- Ha estado esperando los resultados de una solicitud de trabajo o de una oposición.
- Ha estado esperando la llamada de una Oficina Pública de empleo.

Índice de percepción de la propia empleabilidad: se medía a través de un indicador sintético calculado como la suma de las valoraciones de los seis ítems que se presentan a continuación. Cada uno de los ítems se puntuaba del 1 (totalmente de acuerdo) al 5 totalmente en desacuerdo) y se normalizaba para establecer un valor mínimo en 0 (mínimo nivel de índice de percepción en la propia empleabilidad) y un valor máximo en 1 (máximo nivel de índice de percepción en la propia empleabilidad):

- No busco empleo porque considero que mi imagen personal dificulta que encuentre trabajo.
- No busco empleo porque no sé cómo hacerlo.
- No busco empleo porque tengo problemas para expresar lo que pienso y relacionarme con otras personas.
- No busco empleo porque me falta confianza en mí misma/o.
- No busco empleo porque debo ser más constante cuando lo busco y no desanimarme.
- No busco empleo porque no estoy al día de mi profesión y no soy competente.

Días efectivamente trabajados: es el número de días en los que la persona se encontraba dada de alta en cualquier empleo, medido a través de la fuente administrativa de vidas laborales. A fecha del presente informe esta información todavía no estaba disponible.

3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el efecto del tratamiento en cada uno de los indicadores anteriores, se utilizó una evaluación de ensayo controlado aleatorizado (RCT) en la que se asignaba aleatoriamente a las personas participantes entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. A continuación, se detalla el proceso de captación y selección de las personas participantes en la intervención, así como la asignación aleatoria y el marco temporal del experimento.

Captación de las personas participantes en la intervención

La población de partida eran personas vulnerables en riesgo de exclusión social en los municipios de Alcantarilla, Cartagena y Murcia, entre los 18 y 64 años de edad.

Para obtener la información de los potenciales participantes, se realizó una identificación de las personas beneficiarias del IMV y RBI en los municipios de intervención (Alcantarilla, Cartagena y Murcia) a través de las bases de datos que proporcionó el MISSM en el caso del IMV, y del IMAS, para la RBI.

A partir de estos listados se activaron tres potenciales vías de captación:

- **Derivación directa de Servicios Sociales de Atención Primaria:** personas que tenían contacto habitual con los SSAP; perceptoras o no de IMV y RBI que cumplieran con los requisitos de acceso según el criterio profesional.
- **Derivación directa de entidades sociales u otros agentes:** personas que cumplieran con los requisitos de acceso y podían derivarse desde otras entidades como centros de salud, centros especializados en salud mental o centros de atención para las víctimas de violencia de género.
- **Triaje y derivación directa desde el equipo del proyecto:** se contactó con personas perceptoras de IMV y RBI que no hubieran sido contactadas por otras vías.

De esta manera, los equipos profesionales de la zona seleccionaron de manera directa a las personas potenciales participantes, en función del cumplimiento de los requisitos en el momento de selección. Se priorizaron aquellas personas de las que se disponía de datos en las bases de datos del IMAS-SUSI⁷, ya que era la base de datos que manejaban habitualmente los SSAP, facilitando la identificación de las personas. Una vez seleccionado el listado de potenciales participantes, se generaron dos grupos:

- Personas derivadas por las entidades locales, entidades sociales y centros de salud mental, presentes o no en los listados, y de las que se tenía confirmación de cumplimiento de requisitos, identificando si pertenecían a una misma unidad de convivencia.

⁷ Sistema Unificado con SIUSS del IMAS.

- Personas en los listados que no habían sido derivadas y de las que no se tenía confirmación de cumplimiento de requisitos, identificando si pertenecían a una misma unidad de convivencia.

Tras la selección de los potenciales participantes, el equipo de profesionales del IMAS contactó con cada una de las personas identificadas, a través de dos tipos de llamadas telefónicas:

- Llamadas para la convocatoria a una sesión informativa para todas las personas que hubieran sido derivadas por entidades locales o sociales y que hubiesen contado con la validación de perfil de sus profesionales de referencia.
- Llamadas para la realización de *triaje*, comprobación de perfil y convocatoria a sesión informativa para las personas registradas en los listados.

El contacto con todas las personas a disposición del IMAS se llevó a cabo entre los meses de mayo a julio de 2023, procediendo a la planificación en diferentes zonas de cada municipio y, especialmente, en aquellas en las que se había identificado una mayor cantidad de población participante. Estas sesiones informativas pudieron acoger a 70 personas aproximadamente. En ellas se realizó una explicación en profundidad del proyecto, detallando los apoyos que podían recibir en el marco del itinerario de activación, las implicaciones de formar parte del grupo de tratamiento y grupo de control y las características de la evaluación.

Al finalizar cada una de estas sesiones, las personas interesadas podían proceder a la firma del consentimiento informado con el que aprobaban su participación en el programa. Así, el colectivo firmante pasaba a definir la muestra del estudio.

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 al sujeto, y la petición y registro de su consentimiento para participar. El consentimiento debe comenzar con una presentación comprensible de la información clave que ayudará al sujeto a tomar una decisión informada, es decir, comprender la investigación, lo que se espera de él 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.

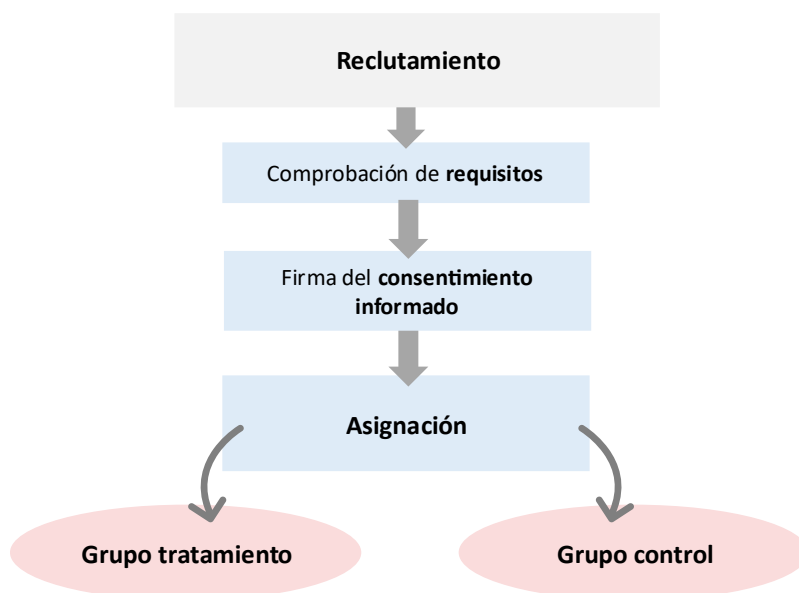
El consentimiento informado es necesario en la gran mayoría de investigaciones y podrá ser oral o escrito dependiendo de diferentes factores como la alfabetización de la población o los riesgos que suponga el consentimiento. Solo bajo circunstancias muy específicas, como cuando los riesgos potenciales 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

Tras la firma del consentimiento informado, se procedió a la asignación aleatoria de las personas participantes del experimento al grupo de tratamiento o al grupo de control. La asignación aleatoria es el pilar fundamental de los RCT para la identificación de una relación causal entre el tratamiento y los resultados. Cuando se lleva a cabo adecuadamente, este proceso garantiza que los grupos de tratamiento y control sean estadísticamente comparables, abarcando tanto las variables observables como las no observables. Esta homogeneidad proporciona la estructura requerida para realizar una medición precisa de los posibles efectos derivados de la intervención.

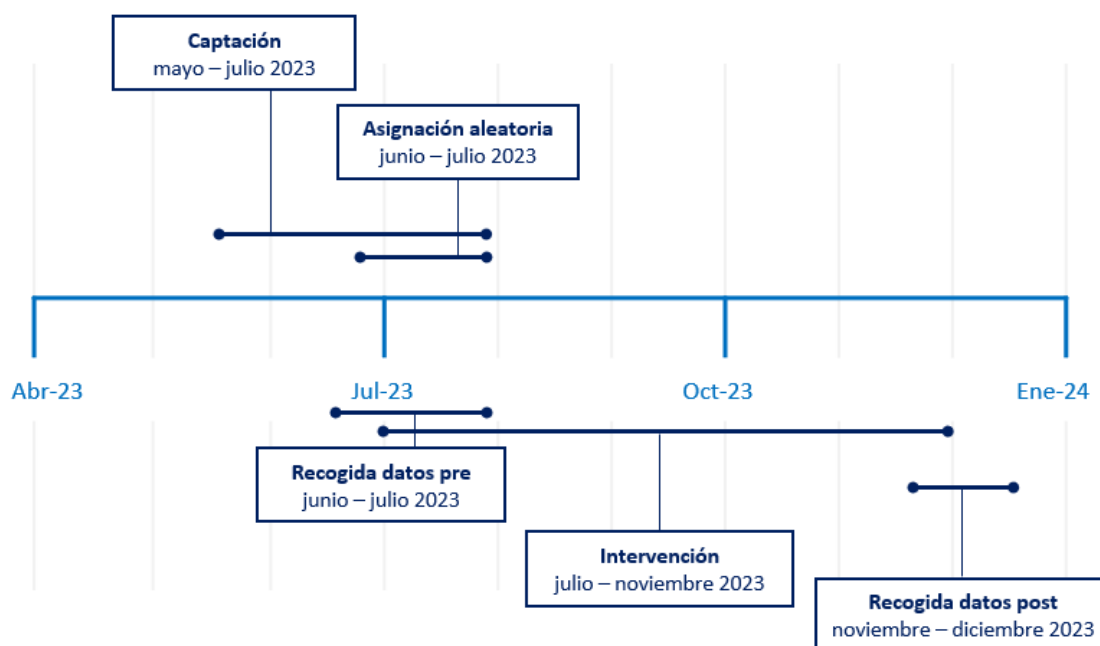
La unidad de aleatorización era la persona. Este proceso se realizó por el MISSM para asignar a las personas participantes a los grupos de tratamiento y control para cada una de las localizaciones. De esta manera, se presentaron dos listados: un primer listado de personas potencialmente participantes para el grupo de tratamiento y un listado de personas para el grupo de control. La única variable de estratificación utilizada fue el municipio: Alcantarilla, Cartagena y Murcia.

Figura 5: Diseño de la muestra



La **Figura 6** muestra el marco temporal en el que se desarrolló la implementación y evaluación del itinerario. Una vez concluido el diseño de la evaluación experimental, el proceso de captación de las personas participantes por parte del IMAS – en el que se reclutaron potenciales participantes y se analizó si cumplían los criterios de participación – se realizó entre mayo y julio de 2023. Así, en el momento de la captación también se realizaba la firma del consentimiento informado y posteriormente la asignación aleatoria de las personas participantes que cumplían los criterios y que estaban interesadas en participar. La encuesta de línea de base se realizó tras la recogida del consentimiento informado y de forma previa a la intervención en todo caso. En función del calendario previsto y con el fin de evitar decaimientos en la muestra, esta tarea se priorizó con lo que las primeras encuestas se realizaron de forma previa a la aleatorización por parte del MISSM. El desarrollo del itinerario o intervención se produjo para cada participante del grupo de tratamiento desde el momento de la entrada, julio de 2023, y hasta que, se alcanzó la fecha final de la intervención, a finales de noviembre de 2023. Finalmente, la encuesta final a las personas participantes se realizó una vez finalizada 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

Inicialmente, se estimó un primer contacto con alrededor de 2.352 personas, con una estimación inicial de cumplimiento de requisitos de 1.764 de ellas. Por ello, se fijó un objetivo teórico relativo a la obtención del consentimiento informado de un total de 1.100 personas.

No obstante, el proceso de captación descrito anteriormente derivó en la obtención de una muestra inicial de 487 participantes, con 221 en el grupo de control y 242 en el grupo de tratamiento, e identificándose un colectivo de 24 suplentes en Alcantarilla. Esta situación deparó una composición final de 258 personas en el grupo de tratamiento y 229 en el grupo de control.

Posteriormente, 41 personas no realizaron la encuesta inicial. Las causas de esta situación fueron variadas, debido a los siguientes motivos: imposibilidad de contactar con ellas (43,9%); problemas de salud (19,5%); negativa a participar (14,6%), trabajo (9,8%), conciliación familiar (4,9%) y otros motivos (7,3%). La eliminación de estas personas supuso una pérdida muestral de un 8,4% del total de las

personas participantes aleatorizadas, quedando la muestra de análisis final en 446 personas, 210 en grupo de control y 236 en grupo de tratamiento.

En la **Tabla 1** se describen las variables socioeconómicas más relevantes para la muestra (extraídas de la encuesta de línea de base): municipio (Alcantarilla, Cartagena y Murcia); sexo (mujer u hombre); situación laboral (desempleado, empleado, discapacitado, jubilado, estudiantes, amas de casa y otros); nivel educativo (0 sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura y 4 posgrado); edad y conocimiento del idioma español (nativo, alto, medio, bajo).

Las columnas (1)-(3) en la **Tabla 1** informan las estadísticas de cada variable de la encuesta de línea de base. Aproximadamente el 36% de los participantes eran hombres; solo el 5% estaba trabajando (como el grupo objetivo eran perceptores de IMV u similares, se esperaba un bajo nivel de personas empleadas); y la edad promedio era de 43 años. Más de la mitad de las personas participantes no consiguieron acabar los estudios de formación secundaria y la mayoría tenía el español como lengua materna. Las columnas (4)-(6) informan de estadísticas análogas, tomadas tras la intervención. Cabe destacar que, tras finalizar el tratamiento, se pudo hacer seguimiento de 387 individuos. En general, dada la baja tasa de desgaste, la muestra estuvo equilibrada entre la encuesta de línea de base y la encuesta de línea final en las dimensiones de habilidad lingüística, localización y formación. Algunas excepciones fueron: el porcentaje de personas participantes empleadas, que era mayor en la línea final, y el porcentaje de personas participantes con discapacidad que fue mayor en la línea de base.

Tabla 1: Estadísticas descriptivas de las variables socioeconómicas (encuesta línea de base y encuesta final)

	Encuesta línea de base			Encuesta final		
	Media	Desviación típica	Obs.	Media	Desviación típica	Obs.
Hombre	0,36	0,48	446	0,34	0,47	446
Edad	42,49	11,93	446			
Lengua española: Nativo	0,87	0,33	446	0,89	0,31	387
Lengua española: Alto	0,04	0,20	446	0,04	0,21	387
Lengua española: Medio	0,06	0,23	446	0,04	0,21	387
Lengua española: Bajo	0,03	0,17	446	0,02	0,13	387
Área: Alcantarilla	0,22	0,42	446	0,21	0,41	387
Área: Cartagena	0,32	0,47	446	0,32	0,47	387
Área: Murcia	0,46	0,50	446	0,47	0,50	387
Educación: Sin educación	0,20	0,40	446	0,24	0,43	387
Educación: Primaria	0,41	0,49	446	0,39	0,49	387
Educación: Secundaria	0,20	0,40	446	0,17	0,37	387
Educación: Postsecundaria/Vocacional	0,15	0,36	446	0,14	0,35	387
Educación: Superior	0,05	0,21	446	0,05	0,23	387
Situación laboral: Desempleado	0,72	0,45	446	0,76	0,42	387
Situación laboral: Empleado	0,05	0,21	446	0,10	0,30	387
Situación laboral: Discapacidad	0,11	0,32	446	0,02	0,15	387
Situación laboral: Jubilado	0,01	0,08	446	0,02	0,12	387
Situación laboral: Estudiante	0,01	0,12	446	0,01	0,07	387
Situación laboral: Cuidado del hogar	0,09	0,29	446	0,05	0,21	387
Situación laboral: Otros	0,02	0,12	446	0,05	0,21	387

Nota: el tamaño total de la muestra es de 446, pero solo de 387 participantes se puede observar información en ambas encuestas (de línea de base y final). (Ver **Tabla 5** sobre la tasa de desgaste de la muestra por encuesta). Esta tabla presenta estadísticas resumidas no imputadas del valor observado de cada variable.

La **Tabla 2** muestra las estadísticas de los principales indicadores de resultado de la línea de base. Cada uno de estos indicadores se construyó a partir de un conjunto de preguntas contempladas en el cuestionario, y han sido descritos anteriormente. Al principio, se normalizó cada ítem, estableciendo el valor mínimo en cero y el valor máximo en uno. Posteriormente, se calculó un índice utilizando la

inversa de la covarianza ponderada según Anderson (2008). Una vez creado el índice, se estandarizó. De esta manera, la media fue cero y la desviación típica fue uno.

Tabla 2: Estadísticas descriptivas de los resultados de la encuesta línea de base

Variable	Obs.	Desviación			
		Media	típica	Mínimo	Máximo
<i>Bienestar</i>					
Salud socioemocional					
Nivel de salud mental	446	0	1	-1,92	3,18
Nivel de autoestima	446	0	1	-2,24	3,37
Nivel de hábitos saludables	446	0	1	-3,54	4,17
Percepción del estado de salud	446	0	1	-1,8	3,05
Satisfacción con la vida	446	0	1	-1,52	2,3
Satisfacción con las condiciones económicas		N/A	N/A	N/A	N/A
Participación social					
Nivel de participación social	446	0	1	-2,57	1,5
Índice de pertenencia a entidades comunitarias	446	0	1	-0,61	5,58
Índice de conocimiento de recursos comunitarios	446	0	1	-4,28	1,3
<i>Accesibilidad digital</i>					
Índice de acceso a servicios digitales	446	0	1	-1,8	1,69
Índice de uso de servicios digitales	446	0	1	-1,93	1,36
Índice de competencias básicas	446	0	1	-2,02	3,54
<i>Expectativas hacia la formación y el empleo</i>					
Índice de hábitos de búsqueda de empleo	446	0	1	-0,71	8,18
Índice de percepción de empleabilidad propia	446	0	1	-3,38	0,9
Días efectivos trabajados		N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: el tamaño total de la muestra es de 446. Cada una de estas variables se construye a partir de un conjunto de preguntas. Inicialmente, se normaliza cada elemento, estableciendo el valor mínimo en cero y el valor máximo en 1. Posteriormente, se calcula un índice utilizando la inversa de la covarianza ponderada siguiendo a Anderson (2008). Una vez creado el índice, se estandariza de modo que su media sea 0 y la desviación típica sea 1. Cabe destacar que no se observa el nivel pre-intervención de la medida de "Satisfacción con las condiciones económicas".

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 tratamiento o del grupo de control, y se realizó una prueba de equilibrio donde se contrastaba que, de media, las características observables de las personas participantes en ambos grupos fueron semejantes. El equilibrio entre los grupos experimentales era clave para poder inferir el efecto causal del programa mediante la comparación de sus resultados.

En la siguiente tabla se muestra el resultado de la asignación aleatoria, utilizando el municipio como única variable de estratificación.

Tabla 3: Resultados de la asignación aleatoria

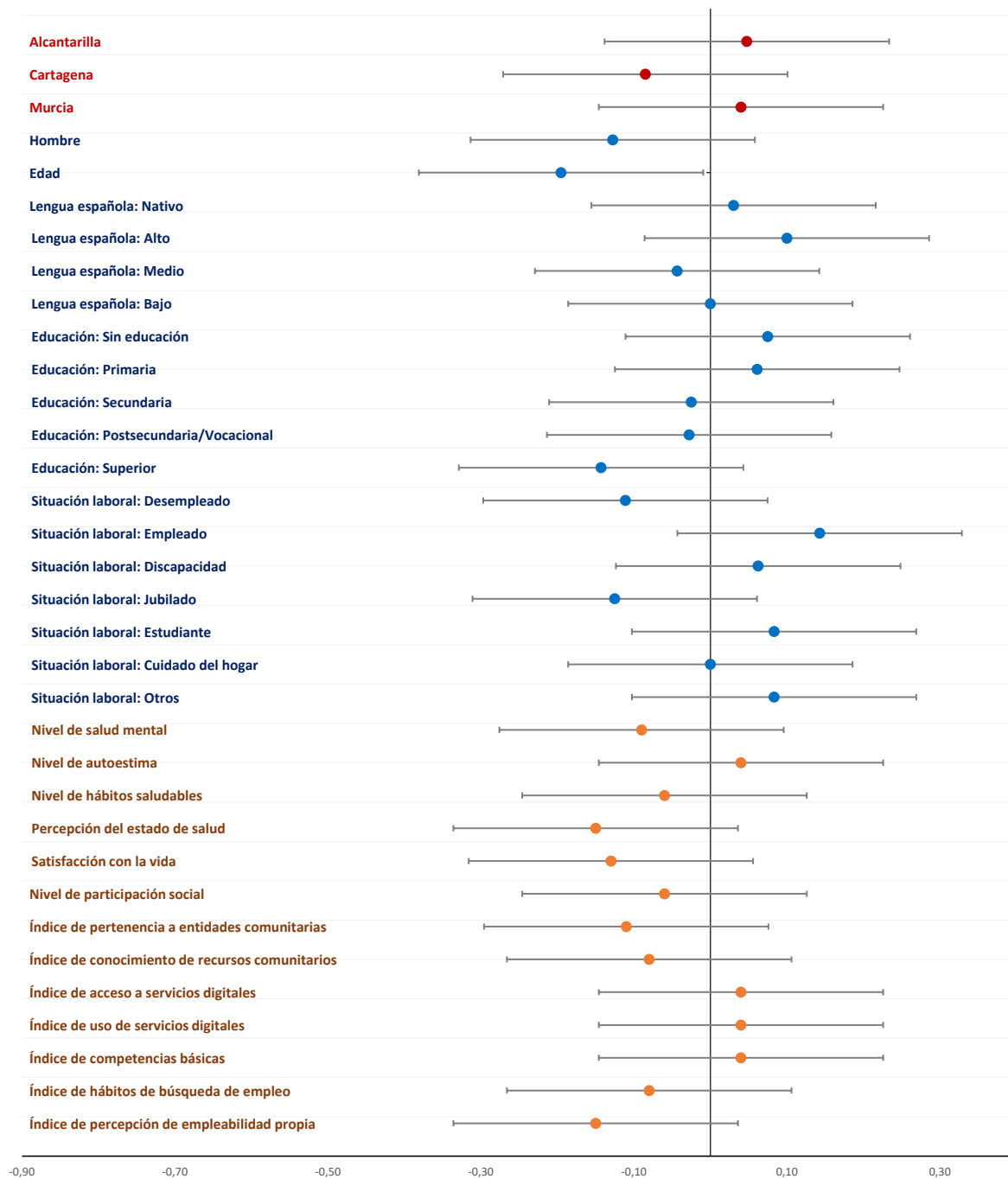
	GC	GT	Sustituto GC	Sustituto GT	TOTAL
Alcantarilla	41	40	8	16	105
Cartagena	75	75			150
Murcia	105	127			232
TOTAL	221	242	8	16	487

A continuación, se muestran los resultados de los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y tratamiento (**Figura 7**). Todos los datos reflejados en esta figura se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención (línea de base). Para cada variable observable se ha representado, mediante un intervalo de confianza, la diferencia entre la media de dicha variable en el grupo de tratamiento y en la variable en el grupo de control. Un intervalo de confianza que incluya el cero indica que la diferencia de medias entre ambos grupos no es estadísticamente significativa y que, por tanto, la muestra se encontraba equilibrada en dicha variable o característica.

En la **Figura 7** se observa que los grupos de tratamiento y de control se encontraban equilibrados en la mayoría de las variables. No obstante, el promedio de edad era 43,7 años en el grupo de control frente a 41,4 años en el grupo de tratamiento. Esta diferencia es significativa al 5%.

Los indicadores principales no presentaron diferencias de equilibrio entre los grupos de tratamiento y control. La falta de diferencias significativas refleja la ausencia de desequilibrios relevantes entre los grupos experimentales, facilitando su comparación. Por lo tanto, la asignación aleatoria garantizó la comparabilidad entre ambos grupos.

Figura 7: Diferencia de medias estandarizadas entre grupo de tratamiento y grupo de control (intervalo de confianza del 95%)



Nota: en rojo se muestran las variables utilizadas para la estratificación de la muestra, en azul el resto de las variables sociodemográficas y en naranja los indicadores concretos utilizados para la evaluación del proyecto.

4.3 Grado de participación y desgaste por grupos

El grupo firmante del consentimiento informado constituyó la muestra experimental que fue asignada aleatoriamente a los grupos de control y de tratamiento. No obstante, tanto la participación en el programa como la respuesta a 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 era 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 participantes de cada grupo.

Grado de participación

Dentro de la atención individualizada se impartieron un total de 1.612,5 horas, que se detallaron de la siguiente forma: Atención social 548 horas-422 sesiones-144 personas, Atención psicológica 552 horas-422 sesiones-153 personas y Atención personal 512,5 horas-397 sesiones-146 personas. Mientras el desglose de la agenda formativa contempló⁸: 3.506 horas para Habilidades personales, 3.079 horas para Autonomía personal, 3.055,5 horas de Competencias básicas, 3.652,5 horas de Competencias digitales y 2.100 horas de Competencias laborales. En el caso de la Caja de experiencias se impartieron 4.285 horas.

Respecto a las actividades ofrecidas, se impartieron un total de 1.241 sesiones en los tres municipios en relación con la atención individualizada de refuerzo psicológico, social y de autonomía personal. Además, se realizaron un total de 1.039 sesiones de módulos de habilidades personales y 1.098 sesiones de módulos de competencias digitales, con una asistencia de un 81%. Respecto a los talleres de competencias básicas, se impartieron un total de 896 sesiones, de las cuales 684 fueron individualizadas y 212 no estaban individualizadas. Por último, se registró una participación de un 95% en las sesiones relativas al refuerzo individual de atención social.

En lo que respecta a visitas a recursos comunitarios de interés, como parte de las actividades comprendidas en la “Caja de Experiencias”, se realizaron un total de 1.235 sesiones, frente a las 1.635 planificadas inicialmente (un 75,5% de asistencia).

La **Tabla 4** muestra el grado de participación en las actividades, tanto en número de personas como en porcentaje de asistencia.

⁸ Se ha de tener en cuenta que, en todas las actividades grupales, cada hora era recibida por varias personas.

Tabla 4: Grado de participación en las actividades comprendidas dentro del proyecto. (Personas y porcentaje de asistencia)

	Asistencia	Citadas	% Asistencia
Atención individualizada	1.286	1.357	94,8%
Agenda formativa	4.573	6.074	75,3%
Caja de Experiencias	1.235	1.635	75,5%
TOTAL	9.066	7.094	78,2%

Desgaste por grupos

La **Tabla 5** presenta los diferentes niveles de desgaste del estudio. Hubo 387 personas encuestadas, para las cuales se pudo recopilar información de los cuestionarios tanto de línea de base como final, es decir, un 87% de todas las personas participantes reclutadas inicialmente, mientras que 59 personas encuestadas sólo respondieron el cuestionario de línea de base (un 13%). Estas 387 personas formaron la muestra analítica principal.

Tabla 5: Registro de participantes y realización de encuestas

Grupo	Total	Encuesta línea de base y final	Solo encuesta inicial
Total	446	387 (87%)	59 (13%)
Tratamiento	236	212 (90%)	24 (10%)
Control	210	175 (83%)	35 (17%)

Para comprender mejor las características de aquellos que abandonaron la intervención, se llevó a cabo otra regresión con la probabilidad de desgaste -no ser observado en la encuesta posterior al cuestionario- como variable dependiente. El número total de observaciones fue 446, que era el tamaño inicial de la muestra de las personas participantes reclutadas. Los posibles determinantes de desgaste incluidos en la regresión eran el grupo de pertenencia y el conjunto de resultados de interés. La **Tabla 6** muestra que la probabilidad de abandonar la intervención era 6 puntos porcentuales menor si las personas participantes estaban en el grupo de tratamiento (columna 1). En la columna 2 se estima la probabilidad de desgaste en el conjunto completo de resultados en línea de base. En general, se concluyó que la probabilidad de desgaste no dependía del estado de bienestar, de la participación social, de la exposición a servicios digitales o de la situación del mercado laboral. Con el fin de ser más precisos, la tabla indica que un mayor nivel de participación social estaba relacionado con mayores probabilidades de que las personas participantes abandonaran el programa de tratamiento (a un 10% de significatividad), y por lo tanto no fueran observados en la encuesta final.

Tabla 6: Determinantes del desgaste de la muestra (indicadores de resultado)

	(1)	(2)
Tratamiento	-0,06** (0,03)	
Nivel de salud mental		0,03 (0,02)
Nivel de autoestima		-0,02 (0,02)
Nivel de hábitos saludables		-0,01 (0,01)
Percepción del estado de salud		-0,02 (0,02)
Satisfacción con la vida		-0,00 (0,02)
Nivel de participación social		0,03* (0,02)
Índice de pertenencia a entidades comunitarias		0,00 (0,02)
Índice de conocimiento de recursos comunitarios		0,02 (0,02)
Índice de acceso a servicios digitales		0,00 (0,02)
Índice de uso de servicios digitales		-0,03 (0,02)
Índice de competencias básicas		0,00 (0,02)
Índice de hábitos de búsqueda de empleo		0,02 (0,02)
Índice de percepción de la propia empleabilidad		-0,01 (0,02)
Constante	0,17*** (0,03)	0,13*** (0,02)
Observaciones	446	446
R ²	0,01	0,03

Nota: errores estándar robustos. Niveles de significatividad: * p<0,1; p<0,05; p<0,01.

En la **Tabla 7**, se repite el análisis con la probabilidad de desgaste como la variable de resultado y se estimó para el conjunto completo de variables de control de la encuesta de línea de base (ver columna 1). En detalle, las variables incluían un conjunto de indicadores sobre nivel educativo, municipio, grupo de edad, nivel de conocimiento del español y estar empleado. En la columna (2), se estimó la

probabilidad de desgaste con las variables, así como el estado del tratamiento, junto con la interacción del estado del tratamiento con cada variable. En general, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas de las variables sobre la probabilidad de desgaste. Sin embargo, cabe mencionar excepciones, como son aquellas personas participantes con un alto nivel de español, que eran menos propensas a abandonar el estudio (en comparación con hablantes nativos), y aquellas personas de Alcantarilla que eran más propensas a abandonar (en comparación con las residentes de Murcia), siendo significativo a un 10%. Ninguna de las interacciones con el estado del tratamiento fue estadísticamente significativa, lo que sugirió que no había sesgo de selección de muestra causado por recibir el tratamiento.

Tabla 7: Determinantes del desgaste de la muestra (variables sociodemográficas)

	(1)	(2)
Tratamiento		0,11 (0,13)
Empleado	-0,02 (0,07)	-0,01 (0,15)
Educación: Primaria	0,01 (0,05)	0,08 (0,08)
Educación: Secundaria	-0,02 (0,06)	0,08 (0,09)
Educación: Postsecundaria/Vocacional	-0,04 (0,05)	-0,01 (0,08)
Educación: Superior	-0,07 (0,07)	-0,02 (0,11)
Lengua española: Alto	-0,10*** (0,02)	-0,12** (0,05)
Lengua española: Medio	0,04 (0,08)	0,01 (0,12)
Lengua española: Bajo	0,09 (0,12)	-0,01 (0,15)
Edad 29-38	0,04 (0,05)	0,08 (0,10)
Edad 39-48	0,03 (0,05)	0,12 (0,10)
Edad 49-58	-0,01 (0,05)	-0,04 (0,09)
Edad 59-68	-0,04 (0,06)	0,04 (0,11)
Área: Cartagena	0,01 (0,04)	0,05 (0,06)

	(1)	(2)
Área: Alcantarilla	0,06 (0,05)	0,14* (0,08)
Tratamiento x Área: Alcantarilla		-0,14 (0,09)
Tratamiento x Área: Cartagena		-0,06 (0,07)
Tratamiento x Edad 59-68		-0,14 (0,12)
Tratamiento x Edad 49-58		0,08 (0,12)
Tratamiento x Edad 39-48		-0,13 (0,12)
Tratamiento x Edad 29-38		-0,08 (0,12)
Tratamiento x Educación: Superior		-0,13 (0,13)
Tratamiento x Educación: Postsecundaria/Vocacional		-0,03 (0,11)
Tratamiento x Educación: Secundaria		-0,18 (0,11)
Tratamiento x Educación: Primaria		-0,11 (0,10)
Tratamiento x Lengua española: Alto		0,22 (0,26)
Tratamiento x Lengua española: Medio		0,05 (0,16)
Tratamiento x Lengua española: Bajo		0,06 (0,06)
Tratamiento x Empleado		-0,01 (0,17)
Constante	0,11* (0,06)	0,03 (0,11)
Observaciones	446	446
R ²	0,03	0,07

Nota: ***, **, * indican niveles significativos al 1%, 5% y 10%, respectivamente, bajo errores estándar robustos entre paréntesis. Los grupos omitidos son español como lengua materna; edad de 18 a 28 años; sin educación; de Murcia.

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 sean 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. Este análisis 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 los resultados obtenidos.

5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

El modelo de regresión empleado para calcular el efecto causal de una intervención en un RCT estima la diferencia entre el valor promedio del resultado para el grupo de control y el grupo de tratamiento. Esta diferencia es lo que se denomina el impacto del proyecto. Esta estimación captura el impacto causal de la intervención, ya que el procedimiento de aleatorización garantiza que, en promedio, los grupos de tratamiento y control sean comparables, y cualquier diferencia observada en los resultados entre los dos grupos puede atribuirse a la intervención.

El análisis del proyecto sigue una especificación ANCOVA para cada índice principal de resultado. La variable dependiente es el resultado posterior al tratamiento. Se incluyeron los resultados previos al tratamiento para controlar los desequilibrios potenciales que se observaron en la muestra. Dado que la aleatorización se realizó a nivel individual, se utilizan errores estándar robustos.

Específicamente, se estima la siguiente ecuación como especificación principal:

$$Y_{i,post} = \alpha + \beta_1 T_i^1 + \gamma Y_{i,pre} + \varepsilon_i \quad (1)$$

donde $Y_{i,post}$ es el resultado medido en la encuesta final, T_i^1 indica si la persona ha sido asignada al tratamiento (=1) o al control (=0). $Y_{i,pre}$ es la variable dependiente medida en la encuesta de línea de base. β_1 es el parámetro de interés capturando el efecto del tratamiento.

Además, también se estima la siguiente especificación:

$$Y_{i,post} = \alpha + \beta_1 T_i^1 + \gamma Y_{i,pre} + X_i \delta + \varepsilon_i \quad (2)$$

Esta segunda especificación incluye X_i como un vector de controles socioeconómicos. En detalle, el vector incluye: un indicador si el participante es mujer, estado laboral (si está empleado o no), niveles educativos (0 es sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura y 4 es postgrado), tramo de edad, e indicador para español como lengua materna. Los errores estándar de todas las regresiones están agrupados por municipio.

Para el caso de la variable "satisfacción con las condiciones económicas", que solo se observó en el cuestionario posterior al tratamiento, se estimaron las Ecuaciones (1) y (2) sin $Y_{i,pre}$. Se debe tener en

cuenta que, para este resultado, la interpretación de los coeficientes de tratamiento es diferente de la especificación principal, y es más probable que sufran de sesgos por variables omitidas.

5.2 Análisis de los resultados

5.2.1 Resultados principales

Esta sección presenta los resultados de la especificación ANCOVA descrita anteriormente para cada resultado.

1. Bienestar

Las **Tablas 8 y 9** muestran las estimaciones del efecto del tratamiento sobre las variables de resultado de interés, donde se exponen dos especificaciones: (1) controlando solo por el valor inicial de la variable dependiente y (2) con controles adicionales, incluyendo el valor inicial de la variable dependiente. Se realiza la estimación para la muestra de personas que se observaron tanto en las encuestas iniciales como en las posteriores al tratamiento, compuesta por 387 participantes.

Respecto a los coeficientes de los indicadores sin controles añadidos, se observó que el efecto del tratamiento, en comparación con el grupo de control, era sustancial y significativo para los resultados de bienestar. Por un lado, participar en el programa redujo significativamente el nivel del sujeto tratado en las medidas seleccionadas. Específicamente, se observó una reducción de 0,34 desviaciones estándar en salud emocional, una reducción de 0,26 desviaciones estándar en la autoestima, y una disminución de 0,32 desviaciones estándar en los hábitos saludables, en el grupo de tratamiento relación al grupo de control. Por otro lado, cuando se observó la medida general de bienestar, es decir, la satisfacción con la vida, el efecto fue positivo y considerable (un aumento de 0,30 desviaciones estándar, significativo al 1%). También se observó que el tamaño del efecto positivo era comparable al tamaño de los efectos negativos. Además, las personas participantes tratadas indicaron una mayor satisfacción con las condiciones económicas respecto al grupo de control en 0,21 desviaciones estándar, así como una mejor percepción del estado de salud (en 0,14 desviaciones estándar), siendo estadísticamente significativo al 10%.

Por otro lado, tras la inclusión de variables de control los hallazgos no variaban excesivamente, ya sea la significancia estadística o la magnitud del efecto del tratamiento (intención de tratar), si bien el coeficiente relativo a la satisfacción con las condiciones económicas deja de ser significativo. Los efectos negativos de la intervención en la salud mental, la autoestima y los hábitos saludables siguieron siendo robustos, mientras que se observó un efecto positivo considerable en la satisfacción con la vida y la percepción del estado de salud.

Tabla 8A: Efectos sobre el bienestar

	Nivel de salud mental		Nivel de autoestima		Nivel de hábitos saludables	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	-0,34*** (0,09)	-0,34*** (0,09)	-0,26*** (0,09)	-0,29*** (0,09)	-0,32*** (0,10)	-0,30*** (0,11)
Observaciones	387	387	387	387	387	387
R ²	0,30	0,34	0,24	0,27	0,07	0,10
Media control var. Dep.	0,21	0,21	0,15	0,15	0,19	0,19
Valor inicial var. Dep.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles adicionales	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: la tabla muestra el efecto de la intervención en cada columna. Cada fila representa cada regresión. ***, **, * indican nivel significativo al 1%, 5% y 10%, respectivamente, con errores estándar robustos entre paréntesis. Cada resultado se construye a partir de una combinación de un conjunto de respuestas. Cada ítem detallado se normaliza y el valor agregado se estandariza para tener una media de 0 y una desviación estándar de 1. Las estimaciones siguen una especificación ANCOVA donde se tiene en cuenta la misma variable dependiente en la situación inicial. Una excepción es "satisfacción con las condiciones económicas", donde se realiza una estimación de MCO debido a la ausencia de este resultado en pre-intervención. Los controles adicionales son un indicador de si el participante fue mujer, el estado laboral (si estaba empleado o no), los niveles educativos (0 es sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura, y 4 es postgrado), indicadores por tramos de edad, y un indicador para el español como lengua materna.

Tabla 8B: Efectos sobre el bienestar

	Percepción del estado de salud		Satisfacción con la vida		Satisfacción con las condiciones económicas	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	0,14* (0,08)	0,14* (0,08)	0,30*** (0,09)	0,29*** (0,09)	0,21** (0,10)	0,16 (0,10)
Observaciones	387	387	387	387	387	387
R ²	0,43	0,45	0,31	0,33	0,01	0,09
Media control var. Dep.	-0,14	-0,14	-0,20	-0,20	-0,12	-0,12
Valor inicial var. Dep.	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Controles adicionales	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: la tabla muestra el efecto de la intervención en cada columna. Cada fila representa cada regresión. ***, **, * indican nivel significativo al 1%, 5% y 10%, respectivamente, con errores estándar robustos entre paréntesis. Cada resultado se construye a partir de una combinación de un conjunto de respuestas. Cada ítem detallado se normaliza y el valor agregado se estandariza para tener una media de 0 y una desviación estándar de 1. Las estimaciones siguen una especificación ANCOVA donde se tiene en cuenta la misma variable dependiente en la situación inicial. Una excepción es "satisfacción con las condiciones económicas", donde se realiza una estimación de MCO debido a la ausencia de este resultado en pre-intervención. Los controles adicionales son un indicador de si el participante fue mujer, el estado laboral (si estaba empleado o no), los niveles educativos (0 es sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura, y 4 es postgrado), edad, y un indicador para el español como lengua materna.

Por otro lado, no se hallaron efectos significativos en las dimensiones de participación comunitaria, como se muestra en la **Tabla 9**.

Tabla 9: Efectos sobre la participación social

	Nivel de participación social		Índice de pertenencia a entidades comunitarias		Índice de conocimiento de recursos comunitarios	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	0,14 (0,09)	0,12 (0,09)	0,04 (0,10)	0,02 (0,10)	0,13 (0,09)	0,12 (0,09)
Observaciones	387	387	387	387	387	387
R ²	0,32	0,35	0,07	0,10	0,26	0,28
Media control var. Dep.	-0,05	-0,05	-0,01	-0,01	-0,07	-0,07
Valor inicial var. Dep.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles adicionales	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: la tabla muestra el efecto de la intervención en cada columna. Cada fila representa cada regresión. ***, **, * indican nivel significativo al 1%, 5% y 10%, respectivamente, con errores estándar robustos entre paréntesis. Cada resultado se construye a partir de una combinación de un conjunto de respuestas. Cada ítem detallado se normaliza y el valor agregado se estandariza para tener una media de 0 y una desviación estándar de 1. Las estimaciones siguen una especificación ANCOVA donde se tiene en cuenta la misma variable dependiente en la situación inicial. Una excepción es "satisfacción con las condiciones económicas", donde se realiza una estimación de MCO debido a la ausencia de este resultado en pre-intervención. Los controles adicionales son un indicador de si el participante fue mujer, el estado laboral (si estaba empleado o no), los niveles educativos (0 es sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura, y 4 es postgrado), edad, y un indicador para el español como lengua materna.

2. Accesibilidad digital

La **Tabla 10** muestra las estimaciones del efecto del tratamiento sobre las variables de resultado de interés respecto a la accesibilidad digital, donde se exponen dos especificaciones: (1) controlando solo por el valor inicial de la variable dependiente y (2) con controles adicionales (incluyendo valor inicial de la variable dependiente). Respecto a la estimación sin controles, el efecto del tratamiento fue positivo y significativo para el índice de uso de servicios digitales, en 0,19 desviaciones estándar. Para la especificación relativa a la inclusión de controles adicionales, el efecto positivo en el uso de servicios digitales mantiene su magnitud y fue estadísticamente significativo a un 95% de confianza.

No obstante, ninguno de los coeficientes relativos al acceso a servicios digitales y al índice de competencias básicas fue significativo.

Tabla 10: Efectos sobre la accesibilidad digital

	Índice de acceso a servicios digitales		Índice de uso de servicios digitales		Índice de competencias básicas	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	-0,04 (0,06)	-0,06 (0,06)	0,19*** (0,07)	0,16** (0,07)	-0,02 (0,08)	-0,02 (0,09)
Observaciones	387	387	387	387	387	387
R ²	0,60	0,63	0,51	0,56	0,36	0,39
Media control var. Dep.	-0,00	-0,00	-0,11	-0,11	0,02	0,02
Valor inicial var. Dep.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Controles adicionales	No	Sí	No	Sí	No	Sí
-----------------------	----	----	----	----	----	----

Nota: la tabla muestra el efecto de la intervención en cada columna. Cada fila representa cada regresión. ***, **, * indican nivel significativo al 1%, 5% y 10%, respectivamente, con errores estándar robustos entre paréntesis. Cada resultado se construye a partir de una combinación de un conjunto de respuestas. Cada ítem detallado se normaliza y el valor agregado se estandariza para tener una media de 0 y una desviación estándar de 1. Las estimaciones siguen una especificación ANCOVA donde se tiene en cuenta la misma variable dependiente en la situación inicial. Una excepción es "satisfacción con las condiciones económicas", donde se realiza una estimación de MCO debido a la ausencia de este resultado en pre-intervención. Los controles adicionales son un indicador de si el participante fue mujer, el estado laboral (si estaba empleado o no), los niveles educativos (0 es sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura, y 4 es postgrado), edad, y un indicador para el español como lengua materna.

3. Expectativas hacia la formación y el empleo

La **Tabla 11** muestra las estimaciones del efecto del tratamiento sobre las variables de resultado de interés respecto a las expectativas hacia la formación y el empleo, donde se exponen dos especificaciones: (1) controlando solo por el valor inicial de la variable dependiente y (2) con controles adicionales (incluyendo el valor de inicial de la variable dependiente).

En este caso, no se hallaron efectos significativos en la dimensión relativa a las expectativas hacia la formación y el empleo, bajo ninguna de las dos estimaciones.

Tabla 11: Efectos sobre la empleabilidad

	Índice de hábitos de búsqueda de empleo		Índice de percepción de empleabilidad propia	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	-0,03 (0,10)	-0,01 (0,10)	0,09 (0,10)	0,09 (0,10)
Observaciones	387	387	387	387
R^2	0,07	0,11	0,11	0,17
Media control var. Dep.	0,02	0,02	-0,03	-0,03
Valor inicial var. Dep.	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles adicionales	No	Sí	No	Sí

Nota: la tabla muestra el efecto de la intervención en cada columna. Cada fila representa cada regresión. ***, **, * indican nivel significativo al 1%, 5% y 10%, respectivamente, con errores estándar robustos entre paréntesis. Cada resultado se construye a partir de una combinación de un conjunto de respuestas. Cada ítem detallado se normaliza y el valor agregado se estandariza para tener una media de 0 y una desviación estándar de 1. Las estimaciones siguen una especificación ANCOVA donde se tiene en cuenta la misma variable dependiente en la situación inicial. Una excepción es "satisfacción con las condiciones económicas", donde se realiza una estimación de MCO debido a la ausencia de este resultado en pre-intervención. Los controles adicionales son un indicador de si el participante fue mujer, el estado laboral (si estaba empleado o no), los niveles educativos (0 es sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura, y 4 es postgrado), edad, y un indicador para el español como lengua materna.

5.2.2 Pruebas de hipótesis múltiples

Dado que hubo múltiples hipótesis en el estudio, existe el riesgo conocido de que al testar varias hipótesis, algunas puedan validarse a través de variaciones aleatorias en los datos. Por lo tanto, se realizan dos conjuntos de pruebas de hipótesis múltiples (MHT, por sus siglas en inglés) que buscan

controlar esta posibilidad. Una vez hecho esto, ninguno de estos resultados sobrevivió a la prueba de hipótesis múltiples, ya que se volvieron insignificantes.

La **Tabla 12** presenta los coeficientes de regresión para cada resultado en la columna (I), junto con su nivel de significancia correspondiente. La columna (II) presenta los p-valores de la *FWER* de Westfall y Young (1993) *family-wise error rate (FWER)*, que es el indicador de la probabilidad de que se produzca al menos un falso positivo cuando se prueban comparaciones múltiples, y en la columna (III) se informa de los p-valores de la Aleatorización-T para la prueba conjunta de Westfall-Young.

Al observar cada p-valor relacionado con la prueba de hipótesis múltiples, sobresalen las siguientes conclusiones. Para los resultados significativos en las estimaciones anteriores, también son estadísticamente significativos bajo la MHT (con p-valores en ambas Westfall-Young y Aleatorización-T por debajo de 0,10). Estos resultados son salud mental (-), autoestima (-), hábitos de salud (-) y satisfacción con la vida (+), donde el signo entre paréntesis indica la dirección del efecto del tratamiento. El efecto del tratamiento en la condición de salud percibida es significativo (al 10%) bajo la Aleatorización-T, pero no es el caso bajo los criterios de Westfall-Young.

Para otros resultados, los p-valores son mayores que 0,10, que es el límite superior de la significancia estadística para rechazar la hipótesis nula de no efecto en estas dimensiones.

En resumen, el ejercicio de MHT confirma resultados similares a los que se encontraron en las estimaciones previas.

Tabla 12: Resultados con controles y p-valores de pruebas de hipótesis múltiples

	Coefficiente	Westfall-Young p-valor	P-valores de la Aleatorización-T
<i>Bienestar</i>			
Salud socioemocional			
Nivel de salud mental	-0,34***	0,00	0,00
Nivel de autoestima	-0,29***	0,02	0,00
Nivel de hábitos saludables	-0,30***	0,05	0,01
Percepción del estado de salud	0,14*	0,56	0,09
Satisfacción con la vida	0,29***	0,01	0,00
Satisfacción con las condiciones económicas	0,16	0,59	0,10
Participación comunitaria			
Nivel de participación social	0,12	0,74	0,20
Índice de pertenencia a entidades comunitarias	0,02	0,99	0,87
Índice de conocimiento de recursos comunitarios	0,12	0,74	0,18
<i>Accesibilidad digital</i>			
Índice de acceso a servicios digitales	-0,06	0,89	0,36
Índice de uso de servicios digitales	0,16**	0,23	0,03
Índice de competencias básicas	-0,02	0,99	0,81
<i>Expectativas hacia la formación y el empleo</i>			
Índice de hábitos de búsqueda de empleo	-0,01	0,99	0,88
Índice de percepción de empleabilidad propia	0,09	0,89	0,35
Todos los resultados			0,00

Nota: la columna (1) presenta el efecto del tratamiento estimado a partir de nuestro ANCOVA de línea de base, sin MHT. Sus niveles de significancia se indican como * = 0,01; ** = 0,05; * = 0,1. Las columnas (2) y (3) presentan dos pruebas de hipótesis múltiples. La columna (2) muestra los p-valores de la FWER de Westfall y Young (1993) utilizando el comando wyoung en Jones et al. (2019), que se presentan entre corchetes cuadrados. La columna (3) presenta los p-valores de la Aleatorización-T para la prueba conjunta de Westfall-Young en Young (2018). Los resultados están en las columnas 2 y 3, respectivamente. Los controles adicionales son un indicador de si el participante fue mujer, el estado laboral (si estaba empleado o no), los niveles educativos (0 es sin educación, 1 al menos educación primaria, 2 al menos educación secundaria, 3 al menos licenciatura y 4 es postgrado), la edad y un indicador de si el español es la lengua materna.

5.2.3 Efectos del tratamiento después de tener en cuenta el desgaste de la muestra

Dado que en la **sección 4.3** se encuentra un desgaste selectivo en la muestra, es necesario verificar en qué medida la estimación original fue sensible al desgaste. En lo que sigue, se sigue el método de Lee (2009) y se realiza un procedimiento de recorte para acotar los efectos promedio del tratamiento en presencia de selección muestral debido al desgaste. El método implica identificar el exceso de individuos que son inducidos a ser seleccionados debido al tratamiento, y luego "recortar" los extremos superiores e inferiores de la distribución de resultados (12% de cada extremo), lo que limita los escenarios más desfavorables.

La **Tabla 13** presenta las estimaciones (límites superiores en el panel A e inferiores en el panel B) para cada resultado siguiendo el método de Lee. Por un lado, muestra un amplio rango entre los resultados de los límites inferior y superior de nuestras estimaciones de cada tratamiento. Por otro lado, el rango de estimaciones para cada resultado muestra un signo consistente del efecto del tratamiento, similar a los resultados en las estimaciones estándar de ANCOVA. En detalle, como lo obtenido en el análisis realizado de pruebas de hipótesis múltiples, el efecto del tratamiento tuvo un impacto negativo en el nivel de salud mental y en el de la autoestima. En contraste, el tratamiento aumentó la satisfacción general con la vida y la percepción de la condición de salud. Sin embargo, bajo el análisis de los límites de Lee, el efecto del tratamiento en la satisfacción con las condiciones económicas ahora es nulo. Para el acceso digital, el tratamiento positivo en el uso de servicios digitales entre las personas participantes tratadas sigue siendo robusto.

Para otros módulos de resultados, permitir estimaciones limitadas lleva a la significancia estadística de los efectos del tratamiento en otros resultados. Es decir, se observó un efecto positivo del tratamiento en la participación comunitaria (medida por el nivel de participación social y el índice de conocimiento de recursos comunitarios), al menos en el límite inferior. Para la empleabilidad, el resultado de los límites de Lee indica evidencia de un efecto negativo en los hábitos de búsqueda de empleo, mientras que un efecto positivo en la percepción de la propia empleabilidad. Dicho esto, dado que estos resultados significativos se detectan solo en uno de los límites, se ha de observar con cautela a la hora de concluir sobre los efectos del tratamiento en estas medidas.

Tabla 13: Resultados con los límites de Lee (2009)

	Panel A: Efecto límite superior			Panel B: Efecto límite inferior		
	Coefficiente	Desviación típica	R ²	Coefficiente	Desviación típica	R ²
<i>Bienestar</i>						
Salud socioemocional						
Nivel de salud mental	-0,46***	(0,08)	0,34	-0,34***	(0,09)	0,34
Nivel de autoestima	-0,39***	(0,09)	0,26	-0,18**	(0,09)	0,24
Nivel de hábitos saludables	-0,49***	(0,10)	0,15	-0,30***	(0,11)	0,10
Percepción del estado de salud	0,14*	(0,08)	0,45	0,25***	(0,08)	0,42
Satisfacción con la vida	0,29***	(0,09)	0,33	0,39***	(0,09)	0,32
Satisfacción con las condiciones económicas	0,03	(0,10)	0,09	0,16	(0,10)	0,09
Participación comunitaria						
Nivel de participación social	0,04	(0,09)	0,33	0,21**	(0,09)	0,31
Índice de pertenencia a entidades comunitarias	-0,14	(0,09)	0,12	0,11	(0,10)	0,10
Índice de conocimiento de recursos comunitarios	0,12	(0,09)	0,28	0,22***	(0,09)	0,29
<i>Accesibilidad digital</i>						
Índice de acceso a servicios digitales	-0,06	(0,06)	0,63	-0,06	(0,06)	0,63
Índice de uso de servicios digitales	0,16**	(0,07)	0,56	0,29***	(0,07)	0,55
Índice de competencias básicas	-0,13*	(0,08)	0,37	0,03	(0,09)	0,36
<i>Empleabilidad</i>						
Índice de hábitos de búsqueda de empleo	-0,19**	(0,09)	0,11	-0,01	(0,10)	0,11
Índice de percepción de empleabilidad propia	0,09	(0,10)	0,17	0,22**	(0,09)	0,16

Nota: niveles de significancia: * =0,01; ** =0,05; * =0,1. Estos resultados se refieren al procedimiento de Lee (2009) para estimar límites precisos sobre los efectos del tratamiento. El conjunto de columnas 1 calcula el límite superior mientras que el conjunto de columnas 2 calcula el límite inferior del efecto del tratamiento. Esto se hace recortando la muestra en un 12%, para ambas colas de la distribución de los resultados. Errores estándar agrupados por ubicación residencial en paréntesis. Los controles adicionales son un indicador de si el participante fue mujer, el estado laboral (si estaba empleado o no), los niveles educativos (0 es no educación, 1 al menos escuela primaria, 2 al menos escuela secundaria, 3 al menos licenciatura y 4 es posgrado), la edad y un indicador de si el español es la lengua materna.

5.2.4 Análisis de heterogeneidad

El análisis de heterogeneidad tiene por objeto la observación de efectos diferenciales en distintos colectivos del conjunto de las personas participantes, atendiendo a alguna característica objetiva que se considere de relevancia dentro del contexto de las actividades del proyecto. En este caso se consideró de interés observar el efecto diferencial en función de la variable género.

Primero, se realizó un análisis de una submuestra de la Ecuación 2 para verificar la heterogeneidad del efecto del tratamiento en esta muestra a lo largo de la dimensión de género (hombres y mujeres).

En general, los efectos negativos del programa en la salud mental, la autoestima y los hábitos saludables se mantienen tanto para la muestra masculina como para la femenina. En particular, los efectos en la salud mental y los hábitos saludables para las mujeres tienen el mismo tamaño, pero no son significativos, presumiblemente debido al reducido tamaño de la muestra. El efecto positivo en la satisfacción con la vida también permanece significativo para hombres y mujeres, y tiene un tamaño de efecto similar. Sin embargo, el tamaño del efecto en la autoestima fue notablemente más intenso para los hombres (-0,43 desviaciones estándar) que para las mujeres (-0,22 desviaciones estándar); mientras que el efecto positivo en la percepción de la condición de salud fue de 0,35 desviaciones estándar para los hombres, y no hay efecto para las mujeres.

Los hombres parecen beneficiarse más del tratamiento en su accesibilidad digital. Específicamente, el tamaño del efecto no pareció reseñable para las mujeres, pero fue muy superior para los hombres (0,37 desviaciones estándar). Las mujeres parecen tener una mejor percepción de su empleabilidad que los hombres, pero este efecto no es estadísticamente significativo. Por otro lado, los hombres tendrían un efecto más diferencial en la dimensión de participación social (0,35 desviaciones estándar), mientras que es un efecto nulo para las mujeres.

Tabla 14: Efectos del tratamiento para los hombres

	Coefficiente	Desviación estándar	Obs.	R ²	Media
<i>Bienestar</i>					
Salud socioemocional					
Nivel de salud mental	-0,35**	(0,15)	130	0,37	0,15
Nivel de autoestima	-0,43**	(0,17)	130	0,36	0,14
Nivel de hábitos saludables	-0,30*	(0,18)	130	0,20	0,28
Percepción del estado de salud	0,35***	(0,13)	130	0,48	-0,17
Satisfacción con la vida	0,32**	(0,16)	130	0,41	-0,28
Satisfacción con las condiciones económicas	0,13	(0,18)	130	0,16	-0,15
Participación comunitaria					
Nivel de participación social	0,35**	(0,17)	130	0,32	-0,18
Índice de pertenencia a entidades comunitarias	0,13	(0,19)	130	0,13	-0,15
Índice de conocimiento de recursos comunitarios	0,06	(0,19)	130	0,25	-0,20
<i>Evaluación del acceso digital</i>					
Índice de acceso a servicios digitales	-0,04	(0,11)	130	0,68	-0,16
Índice de uso de servicios digitales	0,37**	(0,15)	130	0,60	-0,39
Índice de competencias básicas	-0,11	(0,17)	130	0,40	0,19
<i>Empleabilidad</i>					
Índice de hábitos de búsqueda de empleo	-0,10	(0,20)	130	0,10	0,01
Índice de percepción de empleabilidad propia	0,21	(0,18)	130	0,16	-0,12

Nota: la tabla muestra el efecto de la intervención en cada columna. Cada fila representa cada regresión. ***, **, * indican niveles de significancia al 1%, 5% y 10% respectivamente, con errores estándar robustos. Cada resultado se construye a partir de una combinación de un conjunto de ítems de respuesta. Cada ítem detallado se normaliza y el valor agregado se estandariza para tener una media de 0 y una desviación típica de 1. Las estimaciones siguen una especificación ANCOVA donde se tiene en cuenta la variable dependiente rezagada. Una excepción es "satisfacción con las condiciones económicas", donde se realiza una regresión de mínimos cuadrados ordinarios debido a la ausencia de este resultado en la pre-intervención.

Tabla 15: Efectos del tratamiento para las mujeres

	Coefficiente	Desviación estándar	Obs.	R ²	Media
<i>Bienestar</i>					
Salud socioemocional					
Nivel de salud mental	-0,32***	(0,11)	257	0,37	0,25
Nivel de autoestima	-0,22**	(0,11)	257	0,24	0,16
Nivel de hábitos saludables	-0,26**	(0,13)	257	0,10	0,13
Percepción del estado de salud	0,03	(0,10)	257	0,48	-0,12
Satisfacción con la vida	0,32***	(0,11)	257	0,34	-0,16
Satisfacción con las condiciones económicas	0,20	(0,13)	257	0,09	-0,10
Participación comunitaria					
Nivel de participación social	0,00	(0,11)	257	0,42	0,03
Índice de pertenencia a entidades comunitarias	-0,03	(0,12)	257	0,12	0,07
Índice de conocimiento de recursos comunitarios	0,08	(0,10)	257	0,41	0,01
<i>Accesibilidad digital</i>					
Índice de acceso a servicios digitales	-0,09	(0,08)	257	0,62	0,09
Índice de uso de servicios digitales	0,03	(0,08)	257	0,55	0,05
Índice de competencias básicas	0,06	(0,10)	257	0,44	-0,08
<i>Empleabilidad</i>					
Índice de hábitos de búsqueda de empleo	-0,02	(0,12)	257	0,20	0,02
Índice de percepción de empleabilidad propia	0,03	(0,12)	257	0,21	0,02

Nota: la tabla muestra el efecto de la intervención en cada columna. Cada fila representa cada regresión. ***, **, * indican niveles de significancia al 1%, 5% y 10% respectivamente. Los errores estándar son robustos y se agrupan a nivel de área. Cada resultado se construye a partir de una combinación de un conjunto de ítems de respuesta. Cada ítem detallado se normaliza y el valor agregado se estandariza para tener una media de 0 y una desviación típica de 1. Las estimaciones siguen una especificación ANCOVA donde tenemos en cuenta su variable dependiente rezagada. Una excepción es "satisfacción con las condiciones económicas", donde se realiza una regresión de mínimos cuadrados ordinarios debido a la ausencia de este resultado en la pre-intervención.

6 Conclusiones de la evaluación

Este informe presenta una evaluación exhaustiva del RCT destinado a la problemática de la activación inclusiva de personas adultas beneficiarias del IMV, de la Renta Básica de Inserción (RBI) o que se encontraran en situación de vulnerabilidad social, que estuviesen inactivas o desempleadas, y que no se encontraran en un momento adecuado para su incorporación a recursos de activación para el empleo, en tres municipios de la Región de Murcia.

La interpretación de los resultados del proyecto aparece íntimamente ligada al momento de constatación de estos resultados, que no es otro que el corto plazo una vez finalizada la intervención, por lo que en algunos ámbitos el comportamiento de los indicadores podría ser diferente en una perspectiva temporal más amplia.

Los resultados negativos en la salud mental y la autoestima pudieron ser desconcertantes, en una primera observación. Pero hay que tener en cuenta que estos resultados fueron auto reportados. Por lo tanto, es posible que el tratamiento hubiera hecho evidente a las personas participantes la vulnerabilidad de su situación. Existe una sólida literatura que muestra que a veces es la baja autoestima la que lleva a la acción para revertir la situación de vulnerabilidad (Baumeister et al., 1993, 2013). Esta toma de conciencia con la situación de vulnerabilidad en el corto plazo puede ser el primer paso para iniciar un recorrido que pudiera revertir esta situación.

Dentro de la misma parcela del bienestar sí se observa un impacto significativo y positivo del proyecto sobre el bienestar de las personas tratadas que estaría en torno al 10,6% de mejora respecto del grupo de control.

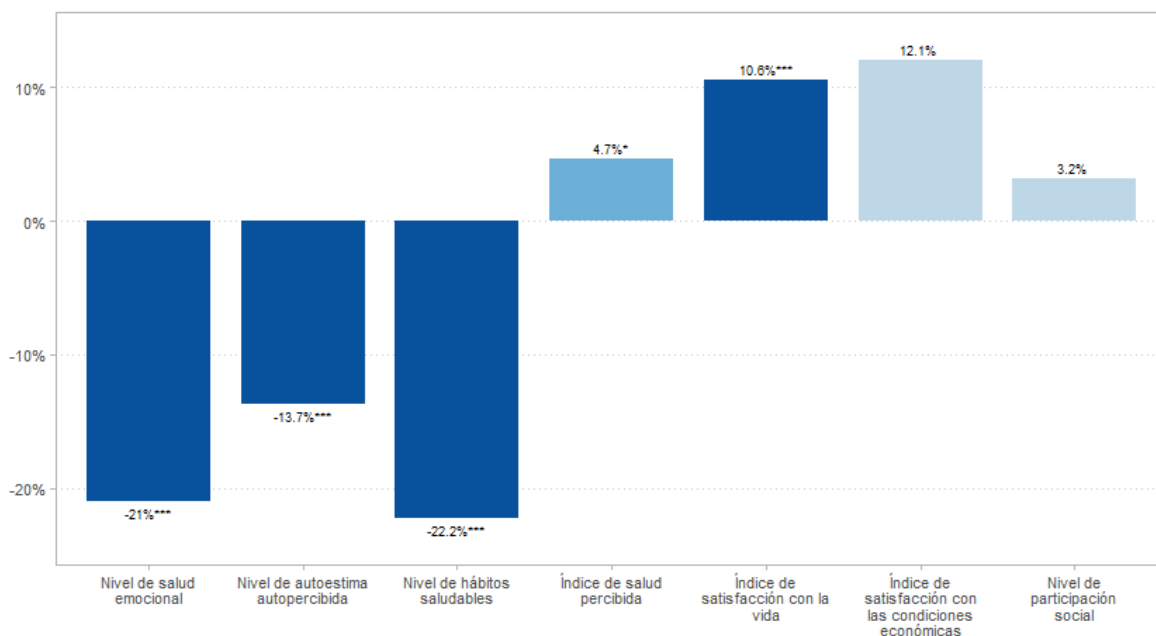
Dentro del ámbito del acceso digital también no fue descartable observar un incremento moderado del uso de los servicios digitales, si bien no todas las estimaciones de este impacto lo confirman.

En los otros dos ámbitos de actuación, la participación comunitaria y la empleabilidad, los resultados no permitieron observar impactos significativos en el corto plazo; en estos dos ámbitos el factor del retardo temporal incidió negativamente en la posibilidad de constatar impactos significativos. En el caso de la empleabilidad se era consciente desde un principio de la dificultad de observar de manera inmediata progresos claros en este colectivo, debido a la situación de especial vulnerabilidad en el punto de partida de la intervención.

Cabe destacar que la evaluación proviene de un cuestionario posterior a la formación, centrándose en las percepciones subjetivas del participante justo después de terminar la formación. Sin poder dar seguimiento a las personas participantes (junto con el grupo de control) durante períodos de tiempo más largos, no se conoce si estos efectos se consolidarán a largo plazo o si algunos de los aspectos negativos se podrán revertir. En resumen, el análisis realizado y los hallazgos hasta la fecha apuntan a la necesidad de una mayor investigación especialmente en los indicadores de empleabilidad más asociados a cambios en el medio y largo plazo. En este sentido, la posible incorporación, en el futuro, de información asociada a registros administrativos podría ofrecer una perspectiva más acorde con este horizonte temporal.

Las Figuras 8 A y B muestra 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 8A: Efecto de la intervención en los indicadores principales (indicadores normalizados)

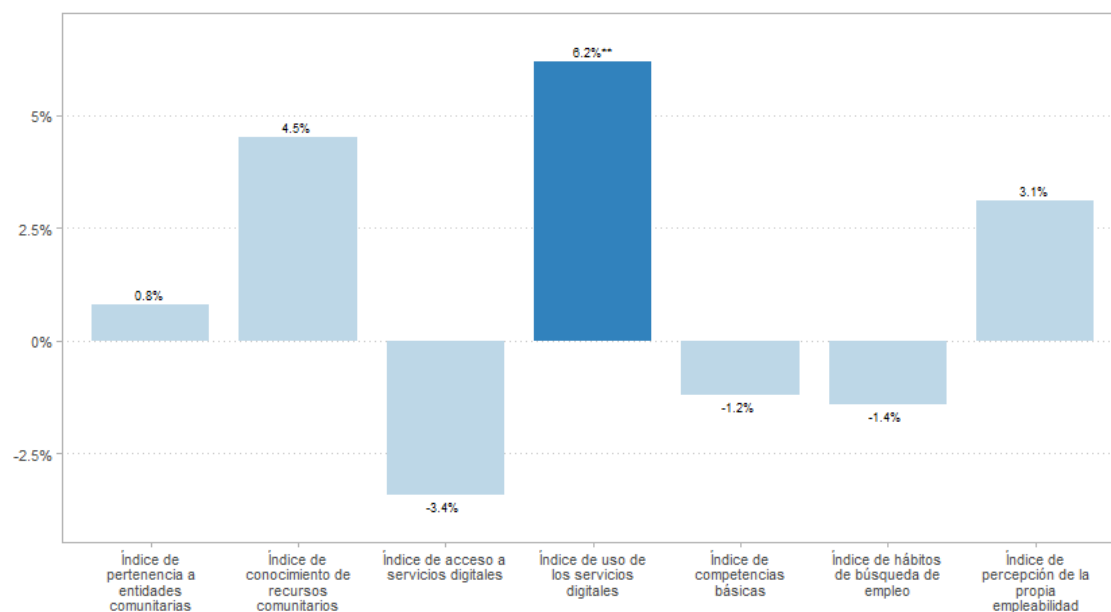


Nota: La tonalidad de azul muestra la significatividad de los indicadores (*, **, ***). A mayor significatividad, más oscuro.

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 8B: Efecto de la intervención en los indicadores principales (indicadores normalizados)



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.

Bibliografía

Brooks, F., Nackerud, L., & Risler, E. (2001). Evaluation of a job-finding club for TANF recipients: Psychosocial impacts. *Research on Social Work Practice*, 11(1), 79-82.

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=bb40ccb9a16a79c618b2226e815fb7541e4f128c>

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>

EAPN (2023). Definición y dimensiones de la Exclusión Social en España.

https://www.eapnmadrid.org/noticia.asp?id_not=314

Garcia-Ramirez, M., Martinez, M. F., Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., Albar, M. J., Dominguez, E., & Santolaya, F. J. (2005). Psychosocial empowerment and social support factors associated with the employment status of immigrant welfare recipients. *Journal of Community Psychology*, 33(6), 673-690.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcop.20072>

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Condiciones de Vida.

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Población Activa.

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&idp=1254735976608

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

<https://ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6898>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2019). Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023.

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/inclusion-social-espana.htm>

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>

Nieto Flores, M. D. P. (2018). El papel de la Inteligencia Emocional en la Búsqueda de Empleo.

https://www.lareferencia.info/vufind/Record/ES_81b14b6f84c109e42279998ada6dea56

Papadakaki, M., Stamouli, M. A., Maragkaki, P., Lioliou, S., Diamanti, S., Kasotaki, K., & Chliaoutakis, J. (2021). Exploring the psychosocial needs of people living in extreme poverty and introducing brief interventions: The case of Crete region in Greece. *Research on Social Work Practice*, 31(4), 410-420.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10497315211004742>

Rebollo-Sanz, Y. F., y Pérez, J. I. G. (2021). Evaluación de impacto de políticas activas de empleo para colectivos de difícil inserción laboral. *Cuadernos económicos de ICE*, (102).

<https://www.revistasice.com/index.php/CICE/article/view/7315>

Sanz, J., Casado, D., Todeschini, F., Alegre, M. A., y Moreno, E. (2016). Avaluació del programa Mobilitza't de Barcelona Activa. Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques (IVÀLUA). Catalunya.

https://ivalua.cat/sites/default/files/2020-01/07_07_2017_09_53_07_Informe_final_Mobilitzat_CAT.pdf

Unión Europea (2017). Pilar Europeo de Derechos Sociales.

<https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2017/11/17/european-pillar-of-social-rights-proclamation-and-signing/>

Unión Europea (2023). Recomendación (UE) CONF/AG(2023)REC3 del Consejo, de 26 de abril de 2023, sobre una renta mínima adecuada que procure la inclusión activa. *Conferencia de Organizaciones no Gubernamentales Internacionales del Consejo de Europa*.

<https://rm.coe.int/recommendation-on-the-right-to-social-protection-as-a-human-right-the-/1680ab0e10>

Unión Europea (2010). Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea.

<https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>

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>

Whelan, N., McGilloway, S., Murphy, M. P., & McGuinness, C. (2018). EEPIC-Enhancing Employability through Positive Interventions for improving Career potential: the impact of a high support career guidance intervention on the wellbeing, hopefulness, self-efficacy and employability of the long-term unemployed-a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19, 1-18.

<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-018-2485-y>

Apéndice

Marco temporal y agentes relevantes

1. Marco temporal de la intervención

La ejecución comenzó el **3 de julio de 2023**, con el inicio del itinerario de intervención, continuando las tareas propias de ejecución 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:

- El **Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto, a través del Servicio de Programas de Inclusión y Corresponsabilidad Social de la Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión.
- Las **entidades locales de Murcia, Cartagena y Alcantarilla**, como responsables en la implantación de las actuaciones en cada uno de los municipios, especialmente a través de sus Servicios Sociales de Atención Primaria.
- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM)** como financiador del proyecto, y como principal responsable del proceso de evaluación RCT. 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.
- **CEMFI y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyaron al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Equilibrio de la muestra

En el panel A de la **Tabla 16** se presentan las pruebas de equilibrio sobre los resultados, medidos en la encuesta de línea de base. La aleatorización se realizó de manera que todos los resultados estaban equilibrados en la muestra previa al tratamiento, entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. Sólo para la percepción del estado de salud se detectó una diferencia estadísticamente significativa al 10%.

Por otro lado, en el panel B se presentan las medias de las características de las personas participantes entre aquellos en el grupo de control y el grupo de tratamiento, utilizando la información recopilada en la encuesta inicial. En general, observamos que la aleatorización de la muestra fue exitosa en las dimensiones de habilidad lingüística, localización y edad. Otras diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento y control.

Tabla 16: Contrastes de equilibrio entre los grupos experimentales

Variable	Medias			Observaciones		
	Control	Tratamiento	P-valor	Total	Control	Tratamiento
	Nivel de salud mental	0,05 (1,01)	-0,04 (0,99)	0,34	446	210
Nivel de autoestima	-0,02 (1,05)	0,02 (0,95)	0,65	446	210	236
Nivel de hábitos saludables	0,03 (1,09)	-0,03 (0,91)	0,58	446	210	236
Percepción del estado de salud	0,08 (1,06)	-0,07 (0,94)	0,09*	446	210	236
Satisfacción con la vida	0,07 (1,02)	-0,06 (0,98)	0,18	446	210	236
Nivel de participación social	0,03 (1,01)	-0,03 (0,99)	0,51	446	210	236
Índice de pertenencia a entidades comunitarias	0,06 (1,09)	-0,05 (0,91)	0,24	446	210	236
Índice de conocimiento de recursos comunitarios	0,04 (1,01)	-0,04 (0,99)	0,41	446	210	236
Índice de acceso a servicios digitales	-0,02 (1,02)	0,02 (0,98)	0,67	446	210	236
Índice de uso de servicios digitales	-0,02 (1,04)	0,02 (0,97)	0,65	446	210	236
Índice de competencias básicas	-0,02 (0,96)	0,02 (1,04)	0,68	446	210	236
Índice de hábitos de búsqueda de empleo	0,04 (0,97)	-0,04 (1,02)	0,38	446	210	236
Índice de percepción de la propia empleabilidad	0,08 (1,03)	-0,07 (0,97)	0,11	446	210	236

Panel B: Variables sociodemográficas

Variable	Medias			Observaciones		
	Control	Tratamiento	P-valor	Total	Control	Tratamiento
Mujer	0,37 (0,48)	0,31 (0,46)	0,18	446	210	236
Edad	43,72 (11,64)	41,39 (12,10)	0,04**	446	210	236
Lengua española: Nativo	0,87 (0,34)	0,88 (0,33)	0,75	446	210	236
Lengua española: Alto	0,03 (0,18)	0,05 (0,21)	0,28	446	210	236
Lengua española: Medio	0,06 (0,24)	0,05 (0,22)	0,65	446	210	236
Lengua española: Bajo	0,03 (0,18)	0,03 (0,16)	1,00	446	210	236
Área: Murcia	0,45 (0,50)	0,47 (0,50)	0,67	446	210	236
Área: Cartagena	0,34 (0,47)	0,30 (0,46)	0,37	446	210	236
Área: Alcantarilla	0,21 (0,41)	0,23 (0,42)	0,61	446	210	236
Educación: Sin educación	0,19 (0,39)	0,22 (0,41)	0,43	446	210	236
Educación: Primaria	0,39 (0,49)	0,42 (0,49)	0,520	446	210	236
Educación: Secundaria	0,20 (0,40)	0,19 (0,39)	0,79	446	210	236
Educación: Postsecundaria/Vocacional	0,15 (0,36)	0,14 (0,35)	0,77	446	210	236
Educación: Superior	0,06 (0,24)	0,03 (0,18)	0,14	446	210	236
Situación laboral: Desempleado	0,74 (0,44)	0,69 (0,46)	0,24	446	210	236
Situación laboral: Empleado	0,03 (0,18)	0,06 (0,24)	0,13	446	210	236
Situación laboral: Discapacidad	0,10 (0,31)	0,12 (0,32)	0,50	446	210	236
Situación laboral: Jubilado	0,01 (0,12)	0,00 (0,00)	0,23	446	210	236
Situación laboral: Estudiante	0,01 (0,10)	0,02 (0,13)	0,361	446	210	236
Situación laboral: Cuidado del hogar	0,09 (0,28)	0,09 (0,29)	1,00	446	210	236
Situación laboral: Otros	0,01	0,02	0,398	446	210	236

Panel B: Variables sociodemográficas

Variable	Medias		P-valor	Observaciones		
	Control	Tratamiento		Total	Control	Tratamiento
	(0,12)	(0,13)				

Nota: cada una de estas variables se construye a partir de un conjunto de preguntas. Inicialmente, normalizamos cada ítem, estableciendo el valor mínimo en cero y el valor máximo en 1. Posteriormente, se calcula un índice utilizando la inversa de la covarianza ponderada siguiendo a Anderson (2008). Una vez creado el índice, se estandariza de modo que su media sea 0 y la desviación típica sea 1. ***, **, * indican niveles significativos al 1%, 5% y 10%, respectivamente.

