

Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Galicia: Proyecto Integral de Acompañamiento para la reducción de la Pobreza Infantil

Abril de 2024



Este informe ha sido realizado por la Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el marco del Laboratorio de Políticas de Inclusión, como parte del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), con financiación de los fondos Next Generation EU. En la elaboración de este informe se ha contado con la colaboración de la Consellería de Política Social e Xuventude de la Xunta de Galicia, como entidad responsable de la ejecución del proyecto. Esta entidad colaboradora es una de las que implementan los proyectos piloto, y ha colaborado con la SGI para el diseño de la metodología RCT, participando activamente en la provisión de la información necesaria para el diseño, seguimiento y evaluación del itinerario de inclusión social. Asimismo, su colaboración ha sido esencial para recabar los consentimientos informados, garantizando que los participantes en el itinerario han sido adecuadamente informados y que su participación ha sido voluntaria.

En la realización de este estudio ha colaborado de manera sustancial el equipo de investigadores coordinados por el CEMFI (Centro de Estudios Monetarios y Financieros). En concreto ha participado, Laura Hospido, economista senior del Banco de España, bajo la coordinación de Mónica Martínez-Bravo (hasta el 8 de enero de 2024) y Samuel Bentolila, profesores del CEMFI. Los/as investigadores/as han participado 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 dan lugar a los resultados cuantitativos.

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

Este informe de evaluación se ha llevado 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. La investigadora 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 PROGRAMA Y SU CONTEXTO	10
2.1 INTRODUCCIÓN.....	10
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN	12
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	13
3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	15
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO.....	15
3.2 HIPÓTESIS	18
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	19
3.4 INDICADORES	21
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO	24
4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	27
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	27
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA	30
4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS	33
5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y FUENTE DE DATOS	36
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS	36
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
6 CONCLUSIONES EVALUACIÓN	45
BIBLIOGRAFÍA	47
APÉNDICES	50
GESTIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA	50
OFERTA DE SERVICIOS Y AYUDAS DEL PROYECTO FAIN.....	54
EQUILIBRIO ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES.....	56
RESUMEN DEL PROYECTO FAIN REALIZADO EN ZONAS RURALES.....	58

Resumen ejecutivo

- El **Ingreso Mínimo Vital**, 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) impulsa una estrategia para el fomento de la inclusión mediante proyectos piloto de innovación social, que se vehicula en el **Laboratorio de Políticas de Inclusión**. Estos proyectos se evalúan conforme a los estándares de rigor científico y usando la metodología de **ensayos aleatorizados** (*Randomized Control Trials*, en inglés).
- Este documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del proyecto “Proyecto Integral de Acompañamiento para la reducción de la Pobreza Infantil”, que ha sido llevado a cabo en **cooperación entre el MISSM y Consellería de Política Social e Xuventude** de la Xunta de Galicia.
- Este estudio evalúa una **intervención integral y personalizada** en función de las necesidades específicas de las familias participantes, frente a un modelo de intervención estándar. Los participantes del **grupo de tratamiento** recibieron un plan individualizado a través de servicios intensivos de acompañamiento y apoyo. Estos servicios y ayudas se agrupan en tres paquetes: social, educativo e inclusión activa, con una cartera total de 22 intervenciones. El **grupo de control** no recibió ningún tipo de servicios por parte del proyecto.
- El proyecto tuvo lugar en las siguientes localidades de la Comunidad Autónoma de Galicia: A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra, Santiago de Compostela y Vigo. Participaron un total de 2.038 personas (910 en el grupo de tratamiento y 1.128 en el grupo de control).
- En término medio, un 54% de los participantes del proyecto residen en un hogar monoparental y casi un 90% percibe el IMV. Respecto a las localizaciones, un 27% reside en Vigo seguido de A Coruña, donde reside el 23% de las familias participantes.
- El grado de participación del grupo de tratamiento en las formaciones ha oscilado entre el 9% y el 23%, mientras que la participación en las orientaciones individuales ha oscilado entre el 23% y el 40%. Respecto a las ayudas económicas, un 50% de los participantes del grupo de tratamiento ha percibido ayudas en salud y cuidados.
- El nuevo modelo de acompañamiento personalizado, acorde a las necesidades específicas de cada miembro de la familia destinataria, proporciona:
 - **Mejora de la privación material infantil:** el tratamiento integral y personalizado tiene un efecto positivo y significativo con una mejora de media de entre 0,13-0,17 desviaciones estándar, respecto al modelo tradicional
 - **Mejora de la inclusión social:** el efecto del tratamiento integral es positivo y significativo con una mejora en la inclusión social de los participantes entre 0,20-0,29 desviaciones estándar de media, en comparación con el modelo tradicional.

- La inclusión social se mide mediante un indicador calculado a partir de siete dimensiones. Los resultados de esas dimensiones son los siguientes:
 - **Mejora de hábitos y cuidados de la salud:** el tratamiento tiene un efecto positivo y significativo en el nivel de salud emocional de los participantes del grupo de tratamiento, y en la capacidad de los tratados para asumir la carga de los gastos de asistencia dental.
 - **Reducción del riesgo de pérdida de vivienda y mejora de las condiciones habitacionales:** el tratamiento tiene un efecto positivo y significativo con una mejora entre 0,13-0,17 desviaciones estándar. Además, los participantes del grupo de tratamiento presentan un mayor conocimiento de ayudas y mecanismos de ahorro energético y una mejor identificación de retrasos en el pago de gastos.
 - **Mejora de las competencias digitales:** el efecto en las competencias digitales del grupo de tratamiento supone una mejora en promedio de 0,11 desviaciones estándar, aunque sólo es significativa al 10%.
 - **Asunción de las responsabilidades parentales:** el impacto del tratamiento es positivo y significativo al 1% variando entre 0,12-0,15 desviaciones estándar, frente al grupo de control. Se registra un efecto positivo tanto en el desarrollo de competencias parentales como en el grado de satisfacción familiar.
 - **Mayor integración en la comunidad y en las relaciones con el entorno:** las personas en el grupo de tratamiento presentan un efecto positivo y significativo al 1%, que varía entre 0,37-0,40 desviaciones estándar, frente al grupo de control. Dicho impacto se debe tanto a una mayor satisfacción en las relaciones personales como a una mayor confianza en los demás.
 - **Mayor integración y éxito educativo:** el tratamiento personalizado muestra un efecto positivo y significativo al 1% de entre 0,14-0,18 desviaciones estándar, frente al grupo de control. Esto se fundamenta esencialmente en una mayor cobertura de las necesidades de material escolar y una mayor asistencia escolar.
 - **Mejora de la empleabilidad:** el tratamiento no muestra ningún efecto significativo aunque sí se produce una mejora en las activaciones de los miembros del hogar para la búsqueda de empleo.

1 Introducción

Marco Normativo General

El Ingreso Mínimo Vital (IMV), regulado por la Ley 19/2021¹, por la que se establece el IMV, es una prestación económica que tiene como objetivo principal prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas en situación de vulnerabilidad económica. Así, forma parte de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva y responde a las recomendaciones de diversos organismos internacionales de abordar la problemática de la desigualdad y de la pobreza en España.

La prestación del IMV tiene un doble objetivo: proporcionar un sustento económico a aquellos que más lo necesitan y fomentar la inclusión social e inserción en el mercado laboral. Se trata así de una de las medidas de inclusión social diseñadas por la Administración General del Estado, 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.

En el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR)³, la Secretaría General de Inclusión (SGI) del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) participa de forma relevante en el Componente 23 «Nuevas políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo», encuadrado en el área política VIII «Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo».

Entre las reformas e inversiones propuestas en este Componente 23 se incluye la inversión 7 «Fomento del Crecimiento Inclusivo mediante la vinculación de las políticas de inclusión sociolaboral al Ingreso Mínimo Vital», que promueve la implantación de un nuevo modelo de inclusión a partir del Ingreso Mínimo Vital (IMV), que reduzca la desigualdad de la renta y las tasas de pobreza. Por lo tanto, el IMV va más allá de ser una mera prestación económica y ampara el desarrollo de una serie de programas complementarios que promuevan la inclusión sociolaboral. Sin embargo, el abanico de programas de inclusión posibles es muy amplio y el gobierno decide pilotar diferentes programas e intervenciones con el fin de evaluarlas y generar conocimiento que permitan priorizar ciertas acciones. Con el apoyo de la inversión 7 enmarcada en el componente 23, el MISSM establece un nuevo marco de proyectos piloto de itinerarios de inclusión constituido en dos fases, a través de dos reales decretos que abarcan un conjunto de proyectos piloto basados en la experimentación y evaluación:

¹ Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital (BOE-A-2021-21007).

² Artículo 31.1 de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital.

³ El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia hace referencia al Plan de Recuperación para Europa, que fue diseñado por la Unión Europea en respuesta a la crisis económica y social desencadenada por la pandemia de COVID-19. Este plan, también conocido como NextGenerationEU, establece un marco para la asignación de fondos de recuperación y para impulsar la transformación y resiliencia de las economías de los países miembros.

- **Fase I: Real Decreto 938/2021**⁴, a través del cual se conceden subvenciones para la ejecución de 16 proyectos piloto de itinerarios de inclusión correspondientes a comunidades autónomas, entidades locales y entidades del Tercer Sector de Acción Social. Este real decreto contribuyó al cumplimiento del hito número 350⁵ y al indicador de seguimiento 351.1⁶ del PRTR.
- **Fase II: Real Decreto 378/2022**⁷, por el cual se conceden subvenciones para un total de 18 proyectos piloto de itinerarios de inclusión ejecutados por comunidades autónomas, entidades locales y entidades del Tercer Sector de Acción Social. Este real decreto contribuyó, junto con el anterior, al cumplimiento del indicador de seguimiento número 351.1 del PRTR.

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 Control 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 los beneficiarios.

Concretamente, el RCT es un método experimental de evaluación de impacto en el que una muestra representativa de la población potencialmente beneficiaria de un programa o política pública se asigna aleatoriamente o a un grupo que recibe la intervención o a un grupo de comparación que no la recibe durante la duración de la evaluación. Gracias a la aleatorización en la asignación del programa, esta metodología es capaz de identificar estadísticamente el impacto causal de una intervención en una serie de variables de interés, y nos 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 nos permiten obtener resultados del efecto de la intervención rigurosos, es decir, qué cambios han experimentado en sus vidas los participantes debidos a la intervención. Además, estas evaluaciones facilitan un análisis exhaustivo del programa y sus efectos facilitando

⁴ Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (BOE-A-2021-17464).

⁵ Hito 350 del PRTR: «Mejorar la tasa de acceso del Ingreso Mínimo Vital, e incrementar la efectividad del IMV a través de políticas de inclusión, que, de acuerdo con su descripción, se traducirá en apoyar la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios: ocho convenios de colaboración firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades de acción social del tercer sector para realizar los itinerarios. Estos acuerdos de asociación tienen como objetivos: i) mejorar la tasa de acceso del IMV; ii) incrementar la efectividad de la IMV a través de políticas de inclusión».

⁶ Indicador de seguimiento 351.1 del PRTR: «al menos 10 convenios de colaboración adicionales firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades de acción social del tercer sector para llevar a cabo los proyectos piloto de apoyo a la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios».

⁷ Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 102.036.066 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (BOE-A-2022-8124).

aprendizajes sobre por qué el programa fue eficaz, quién se ha beneficiado más de las intervenciones, si estas tienen efectos indirectos o no esperados, y qué componentes de la intervención funcionan y cuáles no.

Estas evaluaciones se han enfocado en el fomento a la inclusión sociolaboral en las personas beneficiarias del IMV, perceptoras de rentas mínimas autonómicas y en otros grupos de población. De esta manera, se establece un diseño y una evaluación de impacto de políticas de inclusión orientadas a resultados, que ofrecen evidencia para la toma de decisiones y su potencial aplicación en el resto de los territorios. El impulso y coordinación de 32 proyectos piloto desde el Gobierno de España ha dado lugar a la constitución de un laboratorio de innovación en políticas públicas de referencia a nivel mundial que denominamos el Laboratorio de Política Social.

Para la puesta en marcha y desarrollo del Laboratorio de Política Social, la Secretaría General de Inclusión ha establecido un marco de gobernanza que ha permitido establecer 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 Administración General del Estado ha tenido 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 han implementado los programas, colaborando estrechamente en todas sus facetas incluida la evaluación y seguimiento. Además, el Ministerio ha contado con el apoyo académico y científico del Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (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 Política Social cuenta con un Comité Ético⁸, que ha velado 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 Integral de Acompañamiento para la reducción de la Pobreza Infantil”, ejecutado en el marco del Real Decreto 938/2021⁹ por la Consellería de Política Social e Xuventude de la Xunta de Galicia. Este informe contribuye al cumplimiento de los hitos 350 “Mejorar la tasa de acceso al ingreso mínimo vital (IMV) e incrementar su efectividad a través de políticas de inclusión” y 351 “Evaluación para valorar la cobertura, la efectividad y el éxito de los regímenes de renta mínima.” del PRTR

⁸ 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, con fecha de 23/03/2022 emitió un informe favorable para la realización del proyecto objeto del informe.

⁹ Con fecha 28 de diciembre de 2021, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la SGOPIPS y la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» con fecha 31 de enero de 2022 (BOE núm.26)

Contexto del proyecto

La pobreza infantil se origina por diferentes causas y se manifiesta en distintas dimensiones. Son factores asociados a la pobreza, por ejemplo, el empleo de las personas adultas del hogar, especialmente en las familias monoparentales y familias numerosas, la edad, nacionalidad y nivel de estudios completados por los progenitores, o los entornos en los que se habita y la disponibilidad de recursos en estos.

Hay una relación directa entre la pobreza infantil y el éxito educativo. Aquellos menores que viven en hogares en riesgo de pobreza y exclusión social son hijos de progenitores con menores niveles educativos. Entre otros efectos de la pobreza está el cuidado de la salud, incluido el bienestar emocional y la salud mental de los menores, que también influye en el éxito escolar. Al igual que las condiciones de la vivienda, pues cuando éstas no son adecuadas afectan a los resultados educativos.

Se constata también que uno de los problemas fundamentales asociados a los bajos ingresos y la ausencia de trabajo es la transmisión intergeneracional de la pobreza. Los menores en situación de pobreza tienen menor éxito educativo y, en consecuencia, tienen menos posibilidades de tener empleos dignos en el futuro.

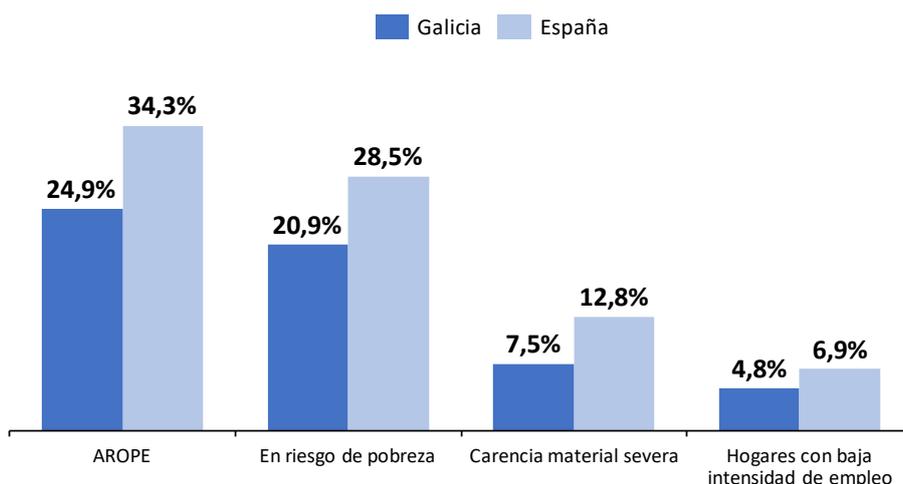
Según la Encuesta de Condiciones de Vida elaborada por el INE, en España la pobreza infantil afectó en 2023 a un 34,3% de los niños, niñas y adolescentes, es decir, 2,4 millones de niños, niñas y adolescentes. Además, la pobreza se manifiesta con mayor intensidad en la población infantil (menor de 16 años) que en el resto de las franjas de edad. En 2023, la brecha fue de 7,8 puntos porcentuales más con respecto a la franja de edad situada entre los 16 y 64 años y de más de 13 puntos porcentuales comparado con las personas de más de 65 años.

Hablar de pobreza infantil supone consecuencias importantes para la sociedad en su conjunto en dos ámbitos principales. Por un lado, la mayor inversión pública que se necesita hacer en esta población a lo largo de toda su vida. Por otro, el coste de oportunidad que la sociedad debe asumir como consecuencia de la situación de pobreza del/de la menor. La pobreza infantil generalmente se asocia a un peor desarrollo académico y a un abandono educativo temprano —debido a las necesidades económicas del hogar, los/las menores se encuentran en una situación de desventaja desde el punto de vista de salud, bienes materiales, capacidad de dedicación a las actividades escolares, entre otros—. Esto implica una menor probabilidad de tener empleos dignos en el futuro y, por tanto, una pérdida de recursos potenciales en términos de generación de conocimiento para el conjunto de la sociedad. Se genera así una transmisión intergeneracional de la pobreza, donde, según los datos de informe del EAPN, cuatro de cada cinco personas (83,3%) pobres mantienen su situación de pobreza durante muchos años. Por estos motivos, la pobreza infantil es uno de los principales focos de análisis de las políticas sociales nacionales y europeas.

Según los últimos datos presentados por EAPN – España, Galicia, la comunidad autónoma objeto del presente proyecto, registró una tasa de pobreza infantil del 24,9% en 2022, es decir, lo que equivale a alrededor de 92.000 niños, niñas y adolescentes. Esta región presenta niveles de pobreza 9,4 puntos porcentuales menores que la media nacional en 2023 (34,3%), aunque en línea con la tasa de pobreza

infantil alcanzada por la Unión Europea (UE-27)¹⁰ en 2022 (24,7%). Entre los componentes que conforman el indicador AROPE, que es el más utilizado en la UE-27 para la comparativa y medición de la pobreza, destaca la situación de riesgo de pobreza, que afectan a un 20,9% de los menores en Galicia, seguido de la carencia material severa (7,5%) y la baja intensidad del empleo en el hogar (4,8%).

Figura 1: Tasa de pobreza infantil (Indicador AROPE) y sus componentes¹¹



Nota: los datos relativos a España corresponden a 2023, mientras que los datos relativos a Galicia corresponden a 2022

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, INE; El Estado de la Pobreza, EAPN - ESPAÑA

Aunque la medición de la pobreza se lleva a cabo principalmente desde un punto de vista socioeconómico, se trata de una problemática compleja con multitud de causas y una fuerte transmisión intergeneracional, lo que genera la necesidad de crear programas integrales y personalizados que cubran multitud de dimensiones. También es importante contar con suficientes recursos de personal para poder realizar un seguimiento y un acompañamiento óptimo.

Marco normativo y estratégico asociado al proyecto

En el ámbito de la Unión Europea destaca el Pilar Europeo de Derechos Sociales (PEDS)¹², específicamente el Principio 11 que tiene como objetivo la defensa de los derechos de la infancia. Asimismo, cabe señalar la Garantía Infantil Europea (GIE), recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de la Unión Europea, aprobada en junio de 2021 con el fin de romper el ciclo de la pobreza infantil y

¹⁰ Los últimos datos relativos a tasa AROPE en la UE-27 corresponden a 2022.

¹¹ Análisis de la Encuesta de Condiciones de Vida con enfoque de infancia 2022 en Galicia, ya que los últimos datos respecto a la tasa AROPE desagregados por comunidad autónoma y franja de edad corresponden a 2022 (informe realizado por EAPN – ESPAÑA).

¹² El Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales establece veinte principios de derechos sociales, a través de iniciativas específicas alcanzables en 2030.

garantizar así el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de riesgo de pobreza o vulnerabilidad a seis derechos o servicios básicos¹³.

A nivel nacional, se encuentra la **Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023**, que configura un marco referente de la reducción de la pobreza en España. Asimismo, el Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030) es un informe elaborado por personal investigador y coordinado por UNICEF ECARO y UNICEF España, junto con la colaboración del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y el Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil, que analiza el acceso de la infancia a los seis derechos básicos contemplados en la GIE y su posterior diagnóstico. Este Plan de Acción se implementa de acuerdo con las políticas públicas vigentes como la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia; la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil; y la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia (LOPVI).

De esta manera, toda la normativa europea y nacional se encuentra en línea con el marco establecido en la Agenda 2030 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El proyecto piloto objeto de este informe está alineado con las estrategias europeas y nacionales en la lucha contra pobreza infantil y la exclusión social, así como con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, contribuyendo específicamente a los ODS numerados como 1, 3, 4, 5, 8, 10 y 11.

Teniendo en cuenta la relación directa entre la pobreza infantil, el éxito educativo y la transmisión intergeneracional de la pobreza, la Consellería de Política Social e Xuventude de la Xunta de Galicia propone un proyecto basado en el diseño de un tratamiento adaptado a las necesidades específicas de cada familia y sus miembros y que integre múltiples dimensiones, agrupadas en tres paquetes de medidas: social, educativo y laboral.

El objetivo científico del proyecto consiste en evaluar los resultados y el impacto obtenido de este modelo integral y personalizado acorde a las necesidades específicas de cada miembro de la familia. Además, se pretende fomentar la transferencia del conocimiento al proceso de elaboración de políticas públicas y obtener así las lecciones y recomendaciones para las políticas de inclusión de las personas perceptoras.

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

- La **Consellería de Política Social e Xuventude de la Xunta de Galicia**, como entidad responsable de la dirección y ejecución del proyecto, del control y seguimiento presupuestario y de las distintas actuaciones, y de la coordinación entre los agentes implicados.

¹³ Derechos básicos incluidos en la GIE: educación y cuidado infantil; asistencia sanitaria; educación y actividades extraescolares; vivienda adecuada; al menos una comida saludable por día lectivo y alimentación saludable.

- El desarrollo de los itinerarios de inclusión social se lleva a cabo por entidades del tercer sector de acción social, que con equipos específicos abordan las distintas particularidades de las situaciones de exclusión social en la región. El listado de entidades es el siguiente:
 - Fundación Juan Soñador (coordinación, apoyo a la gestión y evaluación e implementación)
 - Fundación Meniños (implementación)
 - Cáritas Diocesana de Mondoñedo-Ferrol (implementación)
 - Asociación Arela (implementación)
 - Cáritas Diocesana de Lugo (implementación)
 - Centro de Desarrollo Rural O Viso (implementación)
 - Centro de Desarrollo Rural Portas Abertas (implementación)
- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad y Migraciones (MISSM)** como financiador del proyecto, y como principal responsable del proceso de evaluación RCT. De esta manera, la **Secretaría General de Inclusión (MISSM)** asume los siguientes compromisos:
 - 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 los potenciales participantes del proyecto piloto.
 - Diseñar la metodología de ensayo controlado aleatorizado (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 apoyan 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 quiere resolver, el público objetivo al que se dirige la intervención y las intervenciones concretas asociadas a mejorar los niveles de inclusión social. 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, los investigadores y trabajadores asociados 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) y sus tres principios éticos fundamentales – respeto a las personas, beneficio y justicia- 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 los participantes en el desarrollo de los itinerarios de inclusión social y velar porque se garantice su dignidad y el respeto a su autonomía e intimidad, [la Orden ISM/208/2022 de 10 de marzo](#) crea el Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social. El Comité Ético, adscrito a la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social, se compone 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 ha llevado a cabo el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter ético que hayan surgido en la ejecución, desarrollo y evaluación de los itinerarios, formulado propuestas en aquellos casos que presenten conflictos de valores, y aprobado 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 23 de marzo de 2023.

2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que la Consellería de Política Social e Xuventude de la Xunta de Galicia implementó en el marco del proyecto piloto. Se describe la población objetivo y ámbito territorial, y las distintas intervenciones realizadas.

2.1 Introducción

El presente proyecto tiene como objetivo principal mejorar los niveles de inclusión social de las familias con niños, niñas y adolescentes (NNA) perceptoras del Ingreso Mínimo Vital (IMV) y/o de la

Renta de Inclusión de Galicia (RISGA¹⁴), y también de otras familias que no siendo perceptoras se encuentran en una situación de vulnerabilidad, y reducir la pobreza infantil. Asimismo, el proyecto persigue evaluar los resultados a través del **impacto alcanzado** y concluir en una serie de aprendizajes y recomendaciones para las políticas de inclusión dirigidas a la población perceptora del IMV y de la RISGA.

Para ello, se plantea:

- Ofrecer a las unidades familiares de intervención **apoyos y servicios adaptados**, que les permitan acceder a los servicios eliminando obstáculos actuales, promoviendo el pleno ejercicio de sus derechos y la mejora de la inclusión social.
- Ofrecer a los/las menores de las unidades familiares apoyos específicos en el **ámbito educativo** que contribuyan a su continuidad en el sistema, que mejoren el éxito educativo y contribuyan a evitar la transmisión intergeneracional de la pobreza.
- Ofrecer a los miembros de la unidad familiar que son población activa o potencial población activa **formaciones laborales**, que permitan iniciar itinerarios hacia el empleo, mejorando sus competencias y apoyándoles en la búsqueda activa de empleo.

Este programa innovador se evalúa con relación al modelo ordinario de atención de los Servicios Sociales, ofreciendo un panel de 22 intervenciones personalizadas según las necesidades específicas de cada miembro de la familia. Los tres ámbitos principales de las intervenciones del itinerario son: laboral, educativo y social, estando conformado este último por varias dimensiones (salud y cuidados, vivienda, competencias digitales, responsabilidad parental y acción comunitaria).

El marco conceptual de la mejora de la inclusión social de las familias con menores en situaciones de vulnerabilidad se basa en entender la exclusión social como fenómeno multidimensional (Fundación Foessa, 2019; Alguacil Gómez, 2012). Esto implica reconocer una serie de circunstancias desfavorables, como la falta de acceso a recursos económicos, educativos, sanitarios, vivienda adecuada o redes de apoyo comunitario, que están estrechamente relacionadas entre sí (Subirats, 2005). Por lo tanto, abordar este problema requiere de un enfoque que combine políticas que promuevan la integración con la asistencia individualizada y versátil (Aguilar, Llobet y Pérez Eransus, 2010).

Dada la multitud de temas abordados en relación con la pobreza infantil y la inclusión social, la evidencia empírica en el uso de RCT se extiende desde intervenciones puramente económicas hasta aquellas dirigidas a la inserción laboral y social de las familias. Desde un punto de vista económico, destacan las intervenciones que proporcionan apoyo económico no condicionado a las familias con niños y niñas, obteniendo beneficios importantes sobre la salud física y mental de los niños en Canadá (Milligan, K., y Stabile, M., 2011), y Finlandia (Määttä et al., 2015). Otras intervenciones asociadas al

¹⁴ La Renta de Inclusión Social de Galicia es una prestación pública destinada a garantizar recursos económicos de subsistencia a quien careza de ellos, así como a alcanzar progresivamente su autonomía e integración social y laboral, mediante el derecho y el deber de participar en procesos personalizados de inserción.

pago de almuerzos escolares también encontraron, además de reducir la inseguridad alimentaria, mejoras en el bienestar emocional de los niños de familias de bajos ingresos (Feely, et al., 2020).

Desde el punto de vista laboral, destacan los RCT llevados a cabo en Colombia (Attanasio et al, 2008) y República Dominicana (Ibarraran et al, 2014; Card et al., 2007), donde se demuestra la importancia de la formación laboral para mejorar el empleo, los ingresos y la estabilidad laboral, especialmente en familias con reducido nivel educativo. A nivel social, el estudio de Negrão, et al. (2014) en Portugal se centró en enseñar habilidades de crianza en familias que viven en situación de pobreza, con resultados muy positivos sobre el bienestar familiar gracias a mejoras en las habilidades parentales y de comunicación entre padres e hijos/as. Noble et al, (2021) evalúa los efectos de una intervención que incluye, además de transferencias económicas, servicios de apoyo a la crianza y acceso a recursos comunitarios, también con resultados muy positivos a la hora de reducir la pobreza y mejorar la estabilidad financiera, el desarrollo infantil y el bienestar familiar.

A pesar de existir multitud de estudios que abordan algunos de los temas concretos asociados con la pobreza infantil y la exclusión social, existen pocos estudios cuyas intervenciones analicen de forma integral el conjunto de dimensiones vinculadas a la pobreza infantil y la exclusión social. Es aquí donde, a través de esta visión innovadora y multifactorial del problema, se enmarca el programa que la Xunta de Galicia implementa en el marco del proyecto piloto, constituyendo así una de las primeras evidencias empíricas con RCT en España sobre la evaluación integral de diferentes acciones dirigidas a la lucha contra la pobreza infantil y la exclusión social.

2.2 Población objetivo y ámbito de la intervención

La población objetivo de la intervención son aquellas unidades familiares con menores a cargo y perceptoras del Ingreso Mínimo Vital (IMV) y/o Renta de Inclusión Social de Galicia (RISGA) en las siguientes localidades: A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra, Santiago de Compostela y Vigo.

Los criterios de selección de las familias participantes se presentan a continuación, donde la familia es la unidad de análisis:

- Familias con menores de edad que residan en los municipios seleccionados y que sean perceptoras del IMV y/o RISGA.
- Familias en situación o riesgo de exclusión social en áreas rurales consideradas de exclusión territorial.

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

Además, el proyecto suma otras tres áreas de intervención, de carácter rural, que se localizan en las provincias de Lugo y Ourense, en las que se orientará a familias con menores en situación de vulnerabilidad, pobreza o exclusión social sean o no perceptoras de IMV o RISGA. Concretamente se establece llevar a cabo la intervención a familias residentes en los siguientes municipios:

- Ayuntamientos de Bóveda, Monforte de Lemos, Pantón, Pobra de Brollón, Saviñao y Sober (definida en el Decreto 99/2012, de 16 de marzo, de Servicios Sociales Comunitarios de Galicia como área 22)
- Ayuntamientos de Baltar, Calvos de Randín, Os Blancos, A Porqueira, Rairiz de Veiga, Sandiás, Sarreaus, Trasmirás, Vilar de Barrio, Vilar de Santos, Xinzo de Limia (definida en el Decreto 99/2012, de 16 de marzo, de Servicios Sociales Comunitarios de Galicia como área 29)
- Ayuntamientos de Castrelo do Val, Cualedro, Laza, Monterrei, Oímbra, Riós, Verín, Vilardevós (definida en el Decreto 99/2012, de 16 de marzo, de Servicios Sociales Comunitarios de Galicia como área 30).

Los apartados que continúan contienen información referida a la evaluación de la intervención en las áreas urbanas, realizada con RCT. La relativa a las áreas rurales, realizada con distinta metodología, se incorporan a este documento en el Apéndice.

2.3 Descripción de las intervenciones

La exclusión social y la pobreza son fenómenos multidimensionales, dinámicos y acumulativos, ya que los factores que la provocan se combinan y agravan entre sí. Partiendo de esta realidad, el objetivo es poner a disposición una oferta integral de apoyos con los que llevar a cabo una intervención intensiva, integral y personalizada, en función de las necesidades concretas de cada familia del grupo de tratamiento. El carácter multidimensional de la exclusión social no solo tiene que ver con la insuficiencia de ingresos económicos, sino también con el acceso a los servicios, la participación social y comunitaria, y el acceso al empleo.

De esta manera, y para aquellos participantes en el grupo de tratamiento, se diseñan una serie de planes individualizados de intervención a través de servicios intensivos de acompañamiento y apoyo, pudiéndose ajustar estos recursos a las necesidades individuales de cada miembro de la familia.

Así, durante una primera fase, los equipos profesionales de las entidades ejecutoras del proyecto se encargan de la realización de un diagnóstico de la situación de la familia. En función de este diagnóstico, el profesional de la entidad ejecutora elabora un Plan de Actuación, seleccionando aquellos servicios y ayudas que mejor se adaptan a la situación de la familia. Este Plan puede incluir intervenciones que afectan al conjunto de la unidad familiar, así como intervenciones que solo afecten a alguno o varios de sus miembros. De esta manera, cada Plan de Actuación se diseña conforme a una cartera de servicios predefinidos en los ámbitos relevantes para la inclusión social, estructurados en tres paquetes de servicios.

En la siguiente tabla se exponen los servicios presentes dentro de los tres paquetes contemplados dentro del grupo de tratamiento:

Tabla 1: Oferta de servicios y ayudas del proyecto FAIN¹⁵

Paquete	Área	N.º	Tipo	Nombre
Apoyo social	<i>Salud y cuidados</i>	1	Grupal	Grupos de formación en salud y cuidados
		2	Individual	Orientación individualizada en salud y cuidados
		3	Ayuda	Ayudas para gastos sanitarios
	<i>Vivienda</i>	4	Grupal	Sesiones para la mejora de la calidad de la vivienda
		5	Individual	Orientación y apoyo individualizado a la vivienda
		6	Ayuda	Ayudas al pago de alquiler de la vivienda
		7	Ayuda	Ayudas a la reparación de la vivienda
		8	Ayuda	Ayuda al pago de suministros
	<i>Competencias digitales y conectividad</i>	9	Grupal	Talleres de competencias digitales básicas
		10	Ayuda	Ayudas a la conectividad
		11	Ayuda	Ayudas a la dotación del equipamiento informático
	<i>Responsabilidad parental</i>	12	Grupal	Sesiones formativas en responsabilidad parental
	<i>Acción comunitaria</i>	13	Grupal	Actividades de participación comunitaria
Apoyo educativo	<i>Área educativa</i>	14	Grupal	Grupos de refuerzo educativo
		15	Individual	Sesiones de apoyo individualizado
		16	Grupal	Grupos de educación no formal
		17	Ayuda	Ayudas para material escolar
		18	Ayuda	Ayudas para actividades educativas no formales
Apoyo inclusión activa	<i>Área laboral</i>	19	Grupal	Cursos de formación en competencias básicas

¹⁵ Para más información véase el Apéndice

Oferta de servicios y ayudas del proyecto FAIN.

Paquete	Área	N.º	Tipo	Nombre
		20	Grupal	Cursos de formación en competencias profesionales
		21	Individual	Sesiones individualizadas de orientación
		22	Ayuda	Ayudas para la conciliación

Para cada una de estas actuaciones, se define específicamente la duración del acompañamiento y de los servicios ofrecidos, las edades a las que van dirigidas las actuaciones, el tipo de actividad que se plantea y una breve descripción de los contenidos.

Por otro lado, el grupo de control no recibe ningún tipo de servicios por parte del proyecto. Como incentivo para su participación y evitar la pérdida muestral, las familias participantes en el grupo de control reciben 25,5€ en forma de tarjeta regalo, por entrevista realizada en cada una de las mediciones, antes de la intervención (encuesta de línea de base) y otros 25,5€ después de la intervención (encuesta de línea final). Además, estas familias del grupo de control continúan a lo largo del programa recibiendo los apoyos habituales que ofrecen los servicios sociales y el Tercer Sector de Acción Social.

3 Diseño de la evaluación

Esta sección describe el diseño de la evaluación de impacto del proyecto descrito en la sección anterior. Se describe la Teoría del Cambio que identifica los mecanismos y aspectos a medir, las hipótesis que se van a contrastar en la evaluación, las fuentes de información para construir los indicadores, los indicadores y el propio diseño del experimento.

3.1 Teoría del cambio

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

Teoría del cambio

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

La elaboración de una Teoría del Cambio es un elemento fundamental para la evaluación de impacto. En la etapa de diseño, la Teoría del Cambio ayuda a la formulación de hipótesis y a identificar los indicadores necesarios para la medición de resultados. Una vez obtenidos los resultados, la Teoría del Cambio facilita, si no son los esperados, detectar qué parte de la hipotética cadena causal falló, así como identificar, en caso de resultados positivos, los mecanismos a través de los 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 ha identificado la necesidad de reducir la pobreza infantil en Galicia, que presenta diversas causas y se manifiesta en múltiples dimensiones. El origen de este fenómeno está estrechamente relacionado con el éxito educativo de los menores y con el nivel de pobreza de los progenitores (transmisión intergeneracional de pobreza). Además, en la gran mayoría de casos se le añaden problemas de salud, bienestar emocional y físico y las propias condiciones de la vivienda.

Esta necesidad o problemática define las distintas áreas de actuación del proyecto y las actividades asociadas a cada una de ellas. Particularmente, se definen tres grandes bloques de actuaciones en la intervención: paquete de apoyo social, paquete de apoyo educativo y paquete de activación hacia el empleo. La intervención se adapta a las necesidades de las familias y sus componentes para cubrir las necesidades sociales de los participantes, a través de grupos de formación, orientaciones, talleres grupales y apoyos económicos destinados a cubrir las necesidades básicas de los participantes (salud, vivienda, suministros y equipamiento informático). Además, con el fin de reforzar el éxito educativo de los menores, se ofrecen grupos de refuerzo, sesiones de apoyo individualizados y ayudas en el entorno escolar (material escolar actividades educativas no formales). Respecto a las actuaciones más focalizadas hacia el empleo, se implementan cursos de formación (competencias básicas y profesionales) y sesiones de orientación que permitan mejorar la empleabilidad y ocupación de las familias participantes. También es importante destacar las ayudas que posibilitan la conciliación de los adultos a cargo de menores, promoviendo y facilitando así la asistencia a los cursos.

Todos estos recursos y actividades realizadas producen una serie de productos. Al medir los productos obtenidos, se identifica si los beneficiarios han recibido las actividades o insumos y con qué intensidad. El recibir adecuadamente los recursos y actividades realizadas, resulta indispensable para que el programa pueda alcanzar los resultados intermedios y finales esperados, ya que, si los beneficiarios no reciben de forma efectiva el programa, es difícil que puedan observarse mejoras en los indicadores de reducción de pobreza y mejora de la inclusión social. En este proyecto, los productos están definidos como el número de familias receptoras de las actividades y ayudas del paquete de apoyo social, educativo y de empleo. Por ejemplo, el apoyo social busca incrementar el número de familias receptoras de apoyo en salud y cuidados; vivienda y suministro energético; competencias digitales; y responsabilidades parentales y de acción comunitaria. Por otro lado, el acompañamiento de apoyo educativo pretende mejorar el éxito educativo de los menores a corto plazo y su empleabilidad a medio y largo plazo. Además, las actividades enfocadas en el empleo tienen como producto desarrollar las competencias de empleabilidad y posibilitar la conciliación. Sin la recepción de estos productos o prestaciones, no cabe esperar mejoras en los niveles de pobreza y de inclusión social de las familias.

Como resultados directos de la intervención, se espera una mejora de los hábitos y cuidados de la salud de las familias gracias a la percepción de las ayudas y los talleres formativos. Además, se espera una reducción del riesgo de pérdida de vivienda, así como una mejora de las condiciones habitacionales mediante las ayudas económicas definidas. También se espera una mejora de las competencias digitales y un mayor éxito educativo, como resultado de los grupos de refuerzo y orientaciones individuales. Gracias al paquete social se persigue una asunción de las responsabilidades parentales y una mayor integración en la comunidad y en las relaciones con el entorno. Finalmente, la mejora de la empleabilidad en las familias podrá lograrse gracias a los cursos formativos y al desarrollo de competencias, así como a la conciliación familiar ofrecida.

De manera indirecta, la mejora de los citados indicadores intermedios debería concluir en una mejora de la inclusión social y una reducción de los niveles de pobreza de las familias 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 los participantes.

Figura 2: Teoría del Cambio



3.2 Hipótesis

El principal objetivo del itinerario es mejorar la inclusión sociolaboral de las familias con menores a cargo que reciben el IMV y/o la RISGA. Esto se traduce en una reducción de la pobreza infantil y de la transmisión de la pobreza entre generaciones.

Tal y como se detalla en la Teoría del Cambio, este proyecto se circunscribe a multitud de ámbitos, desde el éxito educativo, la mejora de la salud física y emocional hasta la mejora de la situación laboral de las familias. En consecuencia, al evaluar el modelo, se formulan diversas hipótesis que comparan los resultados del tratamiento con los del grupo de control en cada una de las áreas mencionadas, que utilizan indicadores específicos para cada una de ellas. Este enfoque multidimensional permite una evaluación comprehensiva del impacto de la intervención en la vida de los beneficiarios y posibilita 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 principales son los resultados finales esperados de la Teoría del Cambio, mientras que las hipótesis secundarias están basadas en los resultados intermedios definidos.

Hipótesis principales

1. Reducción de la pobreza

Esta hipótesis postula que el modelo de tratamiento integral y personalizado genera una reducción de la pobreza en las familias participantes. De manera complementaria, se prevé una reducción de la privación material infantil.

2. Mejora de la inclusión social

La segunda hipótesis principal se fundamenta en una mejora de la inclusión social, en relación con el modelo de apoyo habitual.

Hipótesis secundarias

2.1 Mejora de hábitos y cuidados de salud

La intervención personalizada postula una mejora de los hábitos y cuidados de salud de las familias participantes.

2.2 Reducción de riesgo de pérdida de viviendas y mejora de las condiciones habitacionales

Se considera que, a través de unas mejores condiciones y calidad de la vivienda gracias al tratamiento, se consigue reducir el riesgo de pérdida de vivienda y se mejoran las condiciones residenciales de los participantes.

2.3 Mejora de las competencias digitales

Se postula un mayor conocimiento digital derivado de orientaciones y tutorías ofrecidas por el tratamiento.

2.4 Asunción de responsabilidades parentales

Al tener como público objetivo las familias con menores en situación de vulnerabilidad, se marca como hipótesis secundaria que este innovador modelo integral y personalizado aumenta la responsabilidad parental.

2.5 Mayor integración en la comunidad y mejor calidad de sus relaciones con el entorno

Se considera que el tratamiento mejora la integración de las familias en su comunidad y permite mejorar la calidad de sus relaciones en su entorno.

2.6 Mayor integración y éxito educativo

El itinerario postula una mejor integración de los menores en riesgo de exclusión social y un mayor éxito educativo.

2.7 Mejora de la empleabilidad

La última hipótesis secundaria se fundamenta en que los participantes en el tratamiento integral y personalizado mejoran su empleabilidad frente al modelo de acompañamiento tradicional.

3.3 Fuentes de información

Para recoger la información necesaria para construir los indicadores de resultado, se recurre a encuestas dirigidas a las familias participantes en el proyecto. En concreto, se les pide cumplimentar

una encuesta **antes de la intervención** (línea de base) y **después de la intervención** (línea final). Las encuestas se han realizado presencialmente con el apoyo de un software de ordenador (formato CAPI) en los locales puestos a disposición por las entidades, excepto en los casos en los que las necesidades de la persona encuestada han requerido administración telefónica (formato CATI).

Esta encuesta permite conocer ciertos aspectos de los participantes en los dos momentos de análisis. El cuestionario es cumplimentado por la persona adulta de referencia del hogar, que responderá sobre su propia situación y la de todos los integrantes del hogar. Esta persona es el/la titular de la prestación (IMV y/o RISGA). Se consideran como integrantes del hogar a las personas que residen habitualmente en la vivienda (pasa la mayoría de su descanso diario en dicha vivienda) y comparten los gastos del hogar (personas que se benefician de los gastos (niños, personas sin ingresos, etc.) y/o contribuyen a los ingresos del hogar).

De esta manera, las encuestas realizadas de manera previa a la intervención y tras su finalización han sido diseñadas *ad hoc* con el fin de cuantificar los resultados esperados expuestos en la Teoría del Cambio para las dimensiones identificadas.

Cada encuesta es respondida por el representante de la unidad familiar y consta de los siguientes apartados:

- **Características sociodemográficas:** las preguntas tienen como objetivo analizar la situación del genérica del hogar, los componentes que lo conforman y los ingresos y carencias de las familias.
- **Vivienda:** se centra en la situación residencial de los hogares, calidad, seguridad de la vivienda y potenciales problemas económicos relacionados con la vivienda. También se contempla el grado de satisfacción de las familias con su vivienda.
- **Salud:** plantea preguntas relacionadas con el estado de salud de los miembros del hogar, incluyendo los menores de la familia, atención médica necesitada y gastos en asistencia dental y medicamentos
- **Educación:** se centra en la situación de los niños, niñas y adolescentes del hogar en edad escolar (6-16 años). Las preguntas están focalizadas en las necesidades escolares de los menores, en el número de asignaturas suspendidas por cada miembro y los niveles de absentismo.
- **Parentalidad:** se plantean cuestiones relacionadas con la satisfacción con la vida familiar y las relaciones entre los miembros de la familia.
- **Integración en la comunidad:** se aborda 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.
- **Competencias digitales:** estudia la dotación de los recursos en términos de competencias digitales y el nivel de competencias y uso de estas. El principal objetivo es determinar los conocimientos de los distintos miembros del hogar, la posesión de algún certificado de firma digital y el nivel de conocimiento de los procesos administrativos electrónicos.

- **Empleo:** se pregunta por la búsqueda de empleo de los miembros del hogar, los motivos de no búsqueda de empleo, acciones realizadas dirigidas a encontrar un trabajo y si han aumentado los ingresos derivados del trabajo en los meses anteriores.
- **Contexto de salud, social o económico durante el proyecto:** busca evaluar si ha habido algún factor o evento externo que haya influido en la familia o en el entorno y que haya repercutido en el impacto de la intervención.

De forma complementaria a los cuestionarios, y aunque no están ligados a ninguno de los indicadores utilizados para medir las hipótesis de la intervención, se prevé el uso de fuentes de información de los siguientes registros:

- Registro de datos de la intervención del proyecto: información relativa al tipo de intervención realizada con cada familia y sus componentes y, la propia intensidad de dicha intervención.
- Registros administrativos del IMV y la RISGA: información sobre las familias pertenecientes a los grupos de tratamiento y control en cuanto a la percepción de prestaciones.

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.

Hipótesis principales

1. Reducción de la pobreza

Para evaluar la pobreza de las familias participantes se utilizan dos indicadores, cuya información es recopilada a través de la encuesta realizada al grupo de tratamiento y al grupo de control:

AROPE reducido: indicador sintético de pobreza en base a los siguientes indicadores:

- **Ausencia de pobreza monetaria relativa:** el umbral de pobreza se fija en el 60% de la mediana de la distribución de los ingresos por unidad de consumo del hogar, entendiendo como tales los ingresos netos totales del hogar (renta disponible del hogar) entre el número de unidades de consumo. El umbral de referencia es el de Galicia y la manera de determinar si un hogar está en situación de pobreza monetaria relativa será aquel que tenga unos ingresos por unidad de consumo inferiores a este umbral. Este indicador se estima tanto antes de la intervención como al finalizar la intervención y toma valor de 0 (se encuentra por debajo del umbral de pobreza) y 1 (no se encuentra bajo el umbral de la pobreza).
- **Carencia material y social:** se mide en función de si el hogar carece al menos de tres conceptos de los siete que componen el indicador de carencia material y social. Al carecer de 3 de los 7 componentes del indicador se establece que la unidad familiar presenta carencia material y social. Se mide al inicio y tras la finalización de la intervención, con un rango entre 0 (riesgo extremo de pobreza) y 7 (sin riesgo de pobreza).

Los valores que toma este indicador sintético son de 0, cuando el hogar se considera pobre y con carencia material y social, 1 cuando alguna de esas dos condiciones es positiva y 2 cuando no se da ninguna de las dos, es, por tanto, la mejor situación posible. Con el fin de facilitar la interpretación entre distintos indicadores, este indicador aparece estandarizado en las regresiones.

Privación material infantil: compuesto por once variables dicotómicas (Sí/No), donde la suma de todas las variables genera el resultado del indicador con un rango situado entre 0 (máxima privación material infantil) y 11 (sin privación material infantil). Este indicador se estima únicamente al finalizar la intervención. Con el fin de facilitar la interpretación entre distintos indicadores, este indicador aparece estandarizado en las regresiones.

2. Mejora de la inclusión social

Para medir la inclusión social se utiliza un único indicador, basado en la información del cuestionario recopilada antes y después de la intervención:

Nivel de inclusión social: medido a través de un indicador sintético calculado de dos formas. La primera de ellas, como media de los siete indicadores sintéticos que conforman las hipótesis secundarias del proyecto. Normalizado entre 0 y 1, siendo el 1 la mejor situación posible. Además, se ha calculado un índice compuesto ponderado de Anderson (2008) a partir de los mismos siete indicadores sintéticos representativos de cada dimensión. Este método agrega la información de un conjunto de variables que intentan medir una variable latente común. Intuitivamente, el método calcula una media ponderada de todas las variables, donde el peso asignado a cada una de ellas depende de lo correlacionada que está con las demás (a menor correlación, mayor peso).

Los indicadores sintéticos a partir de los cuales se determina el nivel de inclusión social se exponen a continuación:

Hipótesis secundarias¹⁶

2.1 Mejora de hábitos y cuidados de salud

Indicador sintético de salud: estimado como la media de 8 indicadores, con un valor entre 0 (mínimo nivel de salud y cuidados) y 1 (máximo nivel de salud y cuidados).

- Nivel de salud percibida por los participantes.
- Frecuencia de atención médica.
- Frecuencia de enfermedad.
- Nivel de calidad de vida relacionada con la salud.
- Nivel de salud emocional.
- Nivel de alfabetización en salud.

¹⁶ Todos los indicadores que componen los indicadores sintéticos de las hipótesis secundarias toman valores entre 0 y 1. Con el fin de facilitar la interpretación entre distintos indicadores, aparecen estandarizados en las regresiones.

- Gastos en asistencia dental.
- Gastos en medicamentos.

2.2 Reducción de riesgo de pérdida de viviendas y mejora de las condiciones habitacionales

Indicador sintético de vivienda: calculado como la media de los 5 indicadores que lo conforman. Toma valores entre 0 (máximo nivel de riesgo de pérdida de vivienda y mínimo nivel de las condiciones habitacionales) y 1 (mínimo nivel de riesgo de pérdida de viviendas y máximo nivel de las condiciones habitacionales).

- Indicador sintético de privación residencial por hacinamiento.
- Indicador de privación residencial por problemas estructurales en la vivienda.
- Grado de conocimiento de ayudas y de mecanismos para ahorro energético.
- Identificación de retrasos sufridos por el hogar en el pago de gastos relacionados con préstamos hipotecarios, alquiler o suministros.
- Indicador del grado de satisfacción con la vivienda.

2.3 Mejora de las competencias digitales

Indicador sintético de competencias digitales: estimado como la media de los 5 indicadores que lo componen, con un valor entre 0 (ausencia de competencias digitales) y 1 (máximo control de competencias digitales).

- Disponibilidad de Internet.
- Nivel de interés en el desarrollo de competencias digitales.
- Nivel de confianza en el manejo de las herramientas digitales (básico, básico trabajo y avanzado) de los distintos miembros del hogar.
- Certificado de la firma digital: indicador relativo a la disponibilidad del certificado digital por parte de algún miembro del hogar.
- Nivel de interacción con las Administraciones y Servicios Públicos: indicador compuesto medido a través de las gestiones realizadas con la Administración Pública por los hogares y los competentes de las familias en los últimos meses.

2.4 Asunción de responsabilidades parentales

Indicador sintético de responsabilidad parental: calculado como la media de los 2 indicadores que lo componen, con un valor entre 0 (no responsabilidad parental) y 1 (máxima responsabilidad parental).

- Nivel de desarrollo de competencias parentales.
- Grado de satisfacción familiar.

2.5 Mayor integración en la comunidad y mejor calidad de sus relaciones con el entorno

Indicador sintético de integración en la comunidad: estimado como la media de los 4 indicadores que lo componen, con un valor entre 0 (sin integración) y 1 (máxima integración).

- Grado de satisfacción en las relaciones personales.
- Grado de confianza en los demás.
- Grado de apoyo social percibido
- Grado de participación ciudadana.

2.6 Mayor integración y éxito educativo

Indicador sintético de educación: se calcula como la media de los 4 indicadores que lo componen, tomando valores entre 0 (mínima integración y éxito educativo) y 1 (máxima integración y éxito educativo).

- Grado de cobertura de necesidades de material escolar.
- Repetición de curso escolar de los miembros del hogar que se encuentran en edad escolar.
- Número de asignaturas suspendidas en el curso pasado por los menores del hogar.
- Nivel de absentismo escolar.

2.7 Mejora de la empleabilidad

Indicador sintético de empleabilidad: toma valores entre 0 (mínimo nivel de empleabilidad) y 1 (máximo nivel) y se calcula como la media de los siguientes indicadores:

- Grado de búsqueda de empleo:
- Grado de activación hacia empleo
- Acceso al empleo
- Grado de incremento de ingresos.

3.5 Diseño del experimento

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

Captación de los beneficiarios de la intervención

La población de partida son familias residentes en Galicia que son beneficiarias del IMV y/o de la RISGA.

Para obtener la población de potenciales beneficiarios, se parte de los registros de familias perceptoras, y se aplican dos criterios de selección: las familias tienen que tener hijos menores de edad en la fecha en la que se obtiene la población de potenciales beneficiarios y deben residir en los municipios de A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra, Santiago de Compostela y Vigo. Tras la aplicación de estos filtros, se contacta con los potenciales beneficiarios a través del envío de una carta. Así, las entidades implementadoras fueron las encargadas de contactar con las familias perceptoras del IMV, mientras que para aquellos perceptores de la RISGA se estableció una colaboración entre las

entidades implementadoras y los servicios sociales. El reclutamiento de las familias se ha realizado por el personal de las entidades del Tercer Sector de Acción Social en cada territorio: la Fundación Juan Soñador en A Coruña, Lugo y Ourense; la Asociación Arela en Vigo y Santiago de Compostela; la Fundación Meniños en Pontevedra y Cáritas Mondoñedo – Ferrol en Ferrol. Estas entidades implementadoras contactaron posteriormente por teléfono con las familias y se coordinaron con los servicios sociales municipales y otras entidades sociales.

Para la obtención del consentimiento informado se priorizaron sesiones con formato individual (una familia), y también se realizaron sesiones grupales con un máximo de 20 familias. En las sesiones se informó a las familias sobre la puesta en marcha del proyecto y los servicios que se ofrecían. Se explicó a cada familia que podría ser seleccionada como participante en el grupo de tratamiento o bien en el grupo de control, en cuyo caso se le contactaría más adelante. En la organización de las sesiones se tuvieron en cuenta los distintos riesgos previstos en el proyecto y se aplicaron potenciales estrategias de mitigación (priorizar las captaciones individuales de las familias y reforzar la comunicación inicial, entre otras).

Una vez se comprueban los criterios de participación y tras explicar en detalle el proyecto, las familias interesadas en participar firman el consentimiento informado con el que aprueban su participación en el programa. Así, el colectivo firmante pasa 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 los participantes del estudio sean informados sobre la investigación y den su consentimiento para ser incluidos 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 los 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 los participantes con la aprobación del comité de ética.

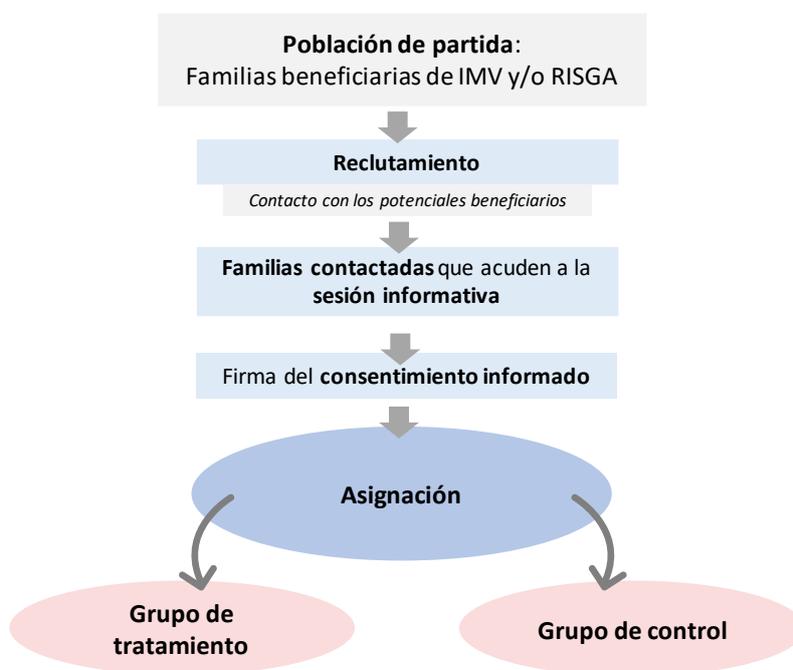
Asignación aleatoria de los participantes

Tras la firma del consentimiento informado, se procede a la asignación aleatoria de los participantes del experimento al grupo de tratamiento o al grupo de control. La asignación aleatoria es el pilar fundamental de los RCTs 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 es la unidad de convivencia, es decir, las familias. Este proceso se realizó por el MISSM a partir del listado que facilitó la Xunta de Galicia de todas aquellas familias que habían firmado el consentimiento informado. Se utilizan como variables de estratificación la tipología de hogar: **familias monoparentales o no monoparentales**, y la **localidad**: A Coruña, Lugo, Ourense, Pontevedra, Ferrol, Santiago de Compostela y Vigo, de manera que se asegura el equilibrio entre los grupos de tratamiento y control para cada uno de los estratos formados por la combinación de ambas variables.

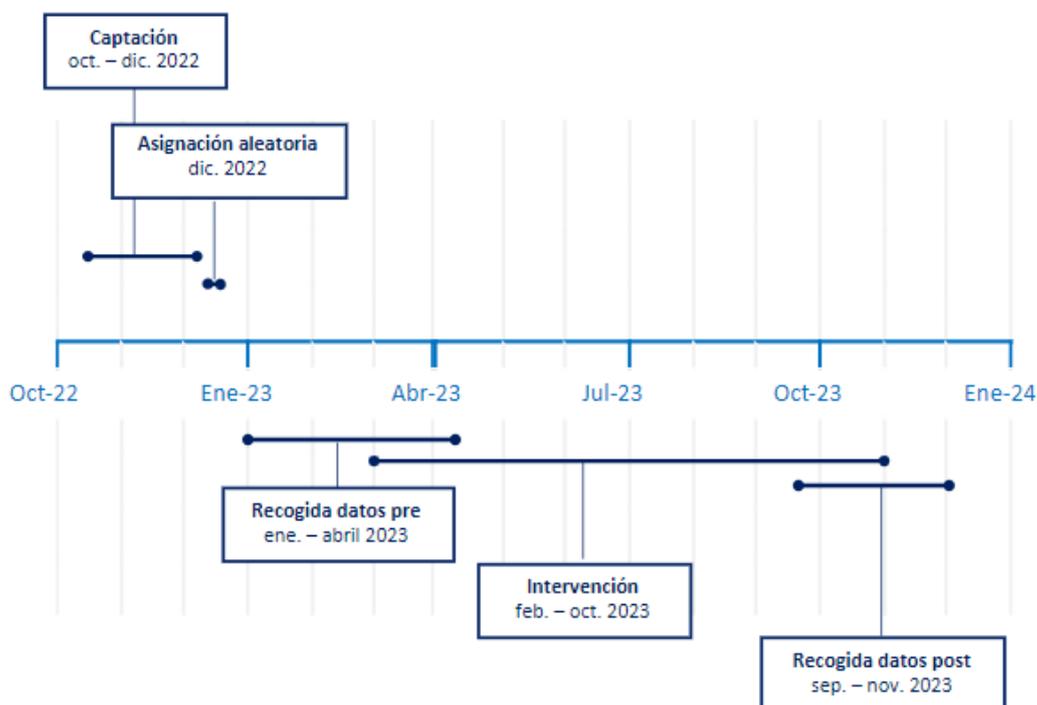
Figura 3: Diseño de la muestra



La **Figura 4** muestra el marco temporal en el que se desarrolla la implementación y evaluación del itinerario. Una vez concluido el diseño de la evaluación experimental, el proceso de captación de los participantes por parte de la Xunta de Galicia – en el que se reclutan potenciales beneficiarios y se analiza si cumplen los criterios de participación – se realiza entre el 24 de octubre y el 7 de diciembre de 2022. Como se ha comentado antes, en el momento de la captación también se realiza la firma del consentimiento informado y posteriormente la asignación aleatoria de los participantes que cumplen los criterios y que están interesados en participar. La encuesta de línea de base se realiza normalmente en el mismo momento de la captación o en las primeras sesiones posteriores. El desarrollo del itinerario o intervención se produce para cada participante desde el momento de la entrada, febrero de 2023, y hasta que, se alcanza la fecha tope de la ejecución (31 de octubre de 2023). Finalmente, la encuesta final a los participantes se realiza entre los meses de septiembre y octubre para las familias

del grupo de control y entre octubre y noviembre para las del grupo de tratamiento, siempre y cuando el participante siga estando localizable.

Figura 4: 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. Describe 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

En la primera fase de aproximación, se procedió primeramente al envío de cartas a 6.152 familias con menores potencialmente beneficiarias del proyecto. El objetivo de este primer contacto es ofrecerles la opción de participar en el proyecto a todas aquellas familias perceptoras del IMV y/o de la RISGA con menores en su unidad de convivencia. De manera complementaria al contacto previo, se realizaron llamadas telefónicas. Entre ambas vías de captación se pudo contactar con un total de 4.204 familias.

Alrededor del 74,3% de los contactos aceptaron participar en el proyecto, un total de 3.176 hogares. A continuación, se muestran los principales datos de captación, desde la distribución de los potenciales beneficiarios en cada una de las localidades hasta concluir con la muestra final de hogares que firman el consentimiento informado (CI):

Tabla 2: Registro de la captación

	A Coruña	Ferrol	Lugo	Ourense	Pontevedra	Santiago	Vigo	TOTAL
Potenciales beneficiarios	1.470	561	892	892	445	339	1.553	6.152
<i>Potenciales beneficiarios con los que no se ha podido contactar</i>	425	184	209	177	119	39	325	1.478
Contactados	1.046	357	620	640	302	293	946	4.204
<i>No quieren/no pueden participar</i>	375	133	129	166	68	55	160	1.086
Quieren/pueden participar	671	223	491	474	234	238	786	3.117
<i>No firman el CI</i>	141	42	137	173	58	69	136	756
Firman el CI	530	181	354	301	176	169	650	2.361

Así, tras estas sesiones informativas un total de 2.361 hogares firmaron los consentimientos informados de participación en el proyecto, aunque finalmente se asignaron aleatoriamente 2.359 familias tras un proceso de depuración de la información sobre las familias contenida en los ficheros. El resto de las familias -hasta las 4.204 familias que se contactaron- o bien declinaron la posibilidad de participar tras ser informadas, o bien no acudieron a las sesiones informativas por falta de interés u otros motivos personales. De estas 2.359 familias participantes, 2.094 familias son beneficiarias del IMV y 265 de la RISGA.

Tabla 3: Previsión de unidades en cada grupo

Participantes				
	'Universo'	Muestra seleccionada	Grupo de Tratamiento	Grupo de Control
Familias previstas	6.152	3.433	1.700	1.733
Familias captadas		2.359	1.060	1.299

Características de la muestra final de la evaluación

De las 2.359 familias incluidas en la muestra, hubo 321 que no llegaron a iniciar el proyecto, principalmente por falta de interés, y, por tanto, no realizaron la encuesta al inicio del tratamiento. Así, comenzaron la intervención un total de 2.038 familias, 910 en el grupo de tratamiento y 1.128 en el grupo de control, respondiendo todas ellas el cuestionario inicial.

Durante el itinerario se dieron de baja 235 familias adicionales. El 60% de las mismas no indicaron un motivo concreto. Del resto, los motivos expuestos por esas familias fueron, en su mayoría, la falta de disponibilidad y la autopercepción de no necesitar el tratamiento.

Del total de familias que comienzan la intervención, 2.038, 1.862 (91%) respondieron además la encuesta una vez finalizada la intervención. Esto deriva en un nivel de desgaste muy reducido, que se analiza más en detalle en la **sección 4.3**.

La **Tabla 4** muestra las estadísticas descriptivas de las variables relacionadas con la intervención, de acuerdo con la información recogida en la encuesta de línea de base. Es decir, se reportan las características de las familias y los indicadores de resultados finales e intermedios disponibles antes de comenzar la intervención. La tabla tiene seis columnas: el nombre de la variable, el número de observaciones, la media, la desviación típica, y los valores mínimo y máximo.

Tabla 4: Estadísticas descriptivas de la muestra

Variable	Obs.	Desviación			
		Media	Típica	Mínimo	Máximo
Tratamiento	2.038	0,45	0,50	0,00	1,00
<i>Variables de estratificación</i>					
Hogar monoparental	2.038	0,54	0,50	0,00	1,00
A Coruña	2.038	0,23	0,42	0,00	1,00
Ferrol	2.038	0,08	0,27	0,00	1,00
Lugo	2.038	0,15	0,36	0,00	1,00
Ourense	2.038	0,12	0,33	0,00	1,00
Pontevedra	2.038	0,07	0,26	0,00	1,00
Santiago de Compostela	2.038	0,07	0,26	0,00	1,00
Vigo	2.038	0,27	0,44	0,00	1,00
<i>Características familiares</i>					
IMV	2.038	0,88	0,32	0,00	1,00
RISGA	2.038	0,12	0,32	0,00	1,00
Número de miembros del hogar	2.038	3,34	1,19	1,00	9,00
Número de miembros del hogar menores	2.038	1,65	0,85	0,00	6,00
Número de miembros del hogar con empleo	2.038	0,55	0,66	0,00	3,00
Edad de la persona informante	2.038	40,93	8,33	20,00	75,00
Sexo de la persona informante: mujer	2.038	0,87	0,34	0,00	1,00
Nacionalidad de la persona informante: española	2.038	0,70	0,46	0,00	1,00

Variable	Obs.	Media	Desviación		
			Típica	Mínimo	Máximo
<i>Indicadores</i>					
AROPE reducido	2.038	0,58	0,65	0,00	2,00
- Ausencia de pobreza monetaria relativa	2.038	0,11	0,31	0,00	1,00
- Carencia material y social	2.038	2,48	1,55	0,00	7,00
Indicador sintético de inclusión social	2.038	0,72	0,09	0,31	0,95
- Indicador de salud	2.038	0,78	0,14	0,20	1,00
- Indicador de vivienda	2.038	0,66	0,13	0,19	0,99
- Indicador de competencias digitales	2.038	0,62	0,16	0,00	1,00
- Indicador de responsabilidad parental	2.038	0,69	0,24	0,00	1,00
- Indicador de integración en la comunidad	2.038	0,66	0,19	0,00	1,00
- Indicador de educación	2.038	0,90	0,12	0,29	1,00
<i>Algunas variables intermedias</i>					
Nivel de alfabetización en salud	2.038	0,90	0,20	0,00	1,00
Nivel de salud emocional	2.038	0,62	0,21	0,00	1,00
Conocimiento de ayudas y de mecanismos para ahorro energético	2.038	0,50	0,27	0,00	1,00
Identificación de retrasos en pago de gastos	2.038	0,70	0,30	0,00	1,00
Interés en el desarrollo de competencias digitales	2.038	0,79	0,27	0,00	1,00
Grado de satisfacción familiar	2.038	0,69	0,24	0,00	1,00
Confianza en los demás	2.038	0,55	0,27	0,00	1,00

El 45% de las familias forma parte del grupo de tratamiento. En la muestra se aprecia que más de la mitad de las familias son monoparentales y con persona de referencia mujer (87%). Por localidades, las ciudades más grandes (A Coruña y Vigo) aportan más familias también al piloto. Un 88% recibe el IMV y el resto la RISGA. La edad media de la persona informante es de 41 años y el 70% tiene nacionalidad española.

4.2 Resultados de la asignación aleatoria

Una vez definida la muestra se procede a la asignación aleatoria de los participantes, dentro del grupo de tratamiento o del grupo de control, como se ha explicado en la **sección 3.5**, y se realiza una prueba

de equilibrio donde se contrasta que, en media, las características observables de los participantes en ambos grupos son iguales. El equilibrio entre los grupos experimentales es 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, de manera que se ha asignado un 45% de los participantes al grupo de tratamiento (1.060 participantes) y un 55% al grupo de control (1.299 participantes). Las variables de estratificación utilizadas son las localidades donde se desarrolla el proyecto (A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra, Santiago y Vigo) y tipo de hogar (monoparental y resto).

Tabla 5: Resultado de la asignación aleatoria

Tipo de hogar	Grupo	1	2	TOTAL
A Coruña	GC	154	138	292
	GT	125	113	238
Ferrol	GC	42	57	99
	GT	34	47	81
Lugo	GC	90	105	195
	GT	74	85	159
Ourense	GC	84	81	165
	GT	69	66	135
Pontevedra	GC	46	51	97
	GT	38	41	79
Santiago	GC	38	55	93
	GT	31	45	76
Vigo	GC	205	153	358
	GT	167	125	292
TOTAL		1.197	1.162	2.359

Nota: donde la variable “Tipo de hogar” toma valores 1 (familia monoparental) y 2 (resto).

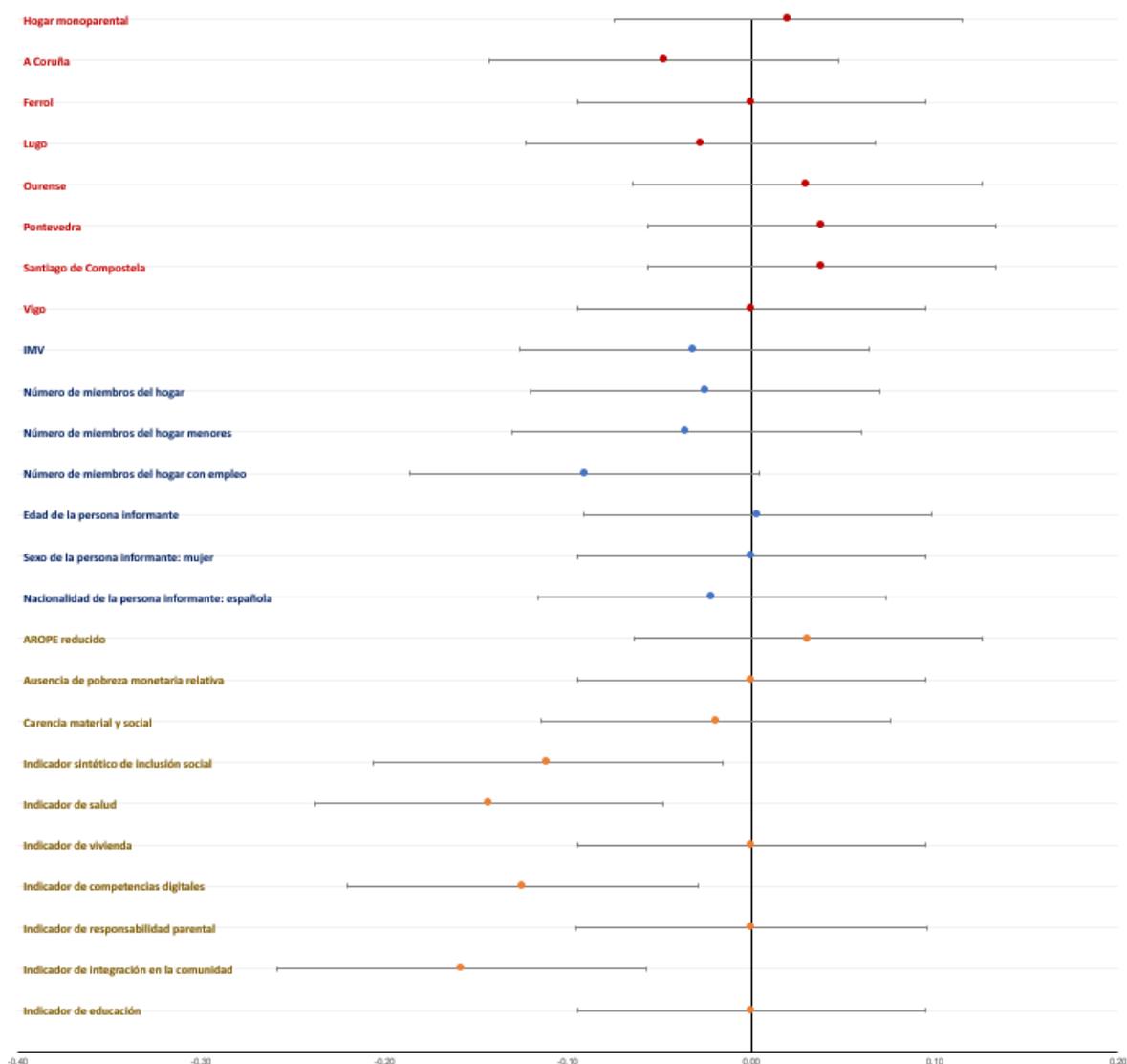
A continuación, se muestran los resultados de los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento en la **Figura 5**¹⁷. Todos los datos reflejados en esta figura se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención (línea de base). Para cada variable observable, se representa mediante un punto la diferencia entre la media de dicha variable en el grupo de tratamiento y de control y, centrado en ella, el intervalo de confianza al 95% de tal diferencia. Un intervalo de confianza que contiene al cero, es decir, el eje vertical, indicará que la diferencia de medias entre grupos no es estadísticamente significativa o, en otras palabras, no es estadísticamente diferente de cero. Se concluirá, por tanto, que los grupos de intervención están equilibrados en dicha característica. En el caso en que el intervalo de confianza de la diferencia de medias no contenga al cero, se podrá concluir que la diferencia es estadísticamente significativa y, por tanto, los grupos están desequilibrados en esa característica.

¹⁷ Véase la **Tabla 21** en el Apéndice relativo al **Equilibrio entre los grupos experimentales**.

En la **Figura 5** se observa que los grupos de tratamiento y control no son estadísticamente distintos en la mayoría de las variables. Sin embargo, hay algunas excepciones. En el caso de las variables sociodemográficas, el promedio del número de miembros del hogar con empleo es un 58% dentro del grupo de control frente a un 52% del grupo de tratamiento. Esta diferencia es significativa al 10%. Esta variable se utilizará como control en los modelos donde se incluyen controles.

Los indicadores principales no presentan diferencias entre los grupos de tratamiento y control, con la salvedad del indicador sintético de inclusión social para el que encontramos una diferencia entre el grupo de tratamiento y control significativa al 5%. Si nos fijamos en cada uno de sus componentes por separado vemos que las dimensiones inicialmente desbalanceadas son las de salud, competencias digitales e integración en la comunidad (diferencia significativa al 1%). Este indicador se utilizará como control en los modelos donde se incluyen controles.

Figura 5: 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 constituye 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 son voluntarias. Por un lado, es conveniente analizar el grado de participación en el programa, puesto que la estimación de resultados se referirá a los efectos en media de ofrecer el mismo, dado el grado de participación. Por ejemplo, si la participación en las actividades del tratamiento es baja, los grupos de tratamiento y control se parecerán mucho y será más difícil encontrar un efecto. Por otro lado, en esta sección se comprueba si la no cumplimentación de la encuesta final por algunos de los participantes reduce la comparabilidad de los grupos de tratamiento y de control después de la intervención, en el caso de que la tasa de respuesta sea distinta entre grupos o según las características demográficas de los participantes de cada grupo.

Grado de participación

El proceso de aleatorización se llevó a cabo con 2.359 familias, asignando 1.060 familias al grupo de tratamiento y 1.299 al grupo de control. Durante el itinerario se dieron de baja 235 familias, y exceptuando a casi la mitad de las familias que marcaron como motivo de la baja “Otro”, los motivos más habituales son la falta de disponibilidad y la autopercepción de no necesitar el tratamiento. Sobre las 235 familias de baja, hay que tener en cuenta que la mayoría tuvieron lugar antes del 1 de febrero de 2023, fecha en la que comenzó el periodo de intervención, siendo muy pocas las que tuvieron lugar a partir del inicio de esta fase.

Cabe destacar que los servicios (formaciones y orientaciones) y ayudas ofrecidos en la intervención fueron destinados únicamente al grupo de tratamiento. Hubo una diferencia importante entre el diagnóstico realizado a las familias y lo que finalmente se pudo llevar a cabo, principalmente por falta de tiempo de intervención, y por la imposibilidad de las familias para participar en varios servicios a la vez. De esta manera, la **Tabla 6** muestra el porcentaje de participantes que han recibido formaciones y orientaciones en los distintos ámbitos contemplados.

Tabla 6: Porcentaje de participantes que han recibido formaciones

Grupo de tratamiento	
Formaciones	
Salud y cuidados	9%
Vivienda	4%
Competencias digitales	11%
Responsabilidad parental	11%
Participación comunitaria (actividades grupales)	21%
Educación	
<i>Refuerzo educativo en grupos</i>	15%

<i>Refuerzo educativo individual</i>	6%
<i>Educación no formal</i>	23%
Laboral	
<i>Competencias básicas</i>	15%
<i>Competencias profesionales</i>	11%
Orientaciones (individuales)	
Salud y cuidados	24%
Vivienda	23%
Mercado laboral	40%

Nota: porcentajes calculados sobre la muestra de 1.060 familias de grupo de tratamiento asignadas inicialmente de forma aleatoria.

Por otro lado, la **Tabla 7** recoge el porcentaje de participantes que recibieron ayudas económicas, donde la mitad percibió algún tipo de ayuda económica en materia de salud y cuidados. En términos generales, un 82% de los hogares participantes en el grupo de tratamiento recibieron algún tipo de intervención (formación, orientación o ayuda).

Tabla 7: Porcentaje de participantes que han recibido ayudas económicas

Formaciones	Grupo de tratamiento
Salud y cuidados	50%
Vivienda	
<i>Pago de vivienda</i>	27%
<i>Reparación</i>	12%
<i>Pago de suministros</i>	31%
Competencias digitales	
<i>Ayuda conectividad</i>	28%
<i>Equipamiento informático</i>	0%
Educación	
<i>Material escolar</i>	44%
<i>Actividades ed. no formal</i>	34%
Conciliación	10%

Nota: porcentajes calculados sobre la muestra de 1.060 familias de grupo de tratamiento asignadas inicialmente de forma aleatoria.

Desgaste por grupos

La **Tabla 8** muestra el número total de participantes registrados en la evaluación. De las 2.359 que respondieron la encuesta inicial, 1.862 (79%) respondieron también la encuesta final. El porcentaje es similar entre los 1.060 asignados al tratamiento (78% de ellos respondieron la encuesta final) y los asignados al control (80%). Por tanto, del total de familias asignadas a tratamiento o control, el 79% aportan datos POST, 80% en el GC y 78% en el GT.

Hay 58 familias que han realizado la intervención de las que no hay datos de la encuesta final, mientras que 13 hogares sin intervención sí la han cumplimentado.

Tabla 8: Registro de participantes y realización de encuestas

Grupo	Total	Entrevista final completada
Total	2.359	1.862 (79%)
Tratamiento	1.060	826 (78%)
Control	1.299	1.036 (80%)

Para evaluar si esta diferencia en la tasa de desgaste de la muestra entre los grupos experimentales es estadísticamente significativa, se estima una regresión simple de la variable binaria de encuesta de línea final no realizada sobre la asignación al tratamiento, incluyendo algunas variables como regresores.

La **Tabla 9** muestra los resultados de esas regresiones. En la columna 1 se muestra la regresión simple, sin incluir ninguna variable adicional. El coeficiente asociado a la variable de tratamiento es 0,011 y no es estadísticamente significativo, lo que quiere decir que el grupo del tratamiento tiene un desgaste de 1,1 puntos porcentuales superior que el del control, y que esta diferencia no es significativa.

Además, para comprobar si el desgaste muestral es selectivo, se estiman regresiones incluyendo como variables adicionales las características familiares y las interacciones de cada una de ellas con la variable de tratamiento. Las columnas 2 y 3 muestran los coeficientes estimados para las interacciones. Vemos el hecho de no realizar la encuesta final sólo es significativamente diferente en Pontevedra, donde los tratados realizaron 5 puntos porcentuales menos encuestas finales que los controles (diferencia significativa al 5%).

Tabla 9: Regresiones de la probabilidad de no responder a la entrevista final

<i>Entrevista final no realizada</i>	(1)	(2)	(3)
Tratamiento	0,011 (0,013)	0,012 (0,089)	0,011 (0,089)
Tratamiento y Ferrol		-0,024 (0,068)	-0,025 (0,068)
Tratamiento y Lugo		-0,010 (0,054)	-0,006 (0,053)
Tratamiento y Ourense		-0,002 (0,054)	0,002 (0,053)
Tratamiento y Pontevedra		0,052** (0,022)	0,051** (0,020)
Tratamiento y Santiago de Compostela		0,024 (0,070)	0,022 (0,071)
Tratamiento y Vigo		0,013 (0,014)	0,018 (0,017)
Tratamiento y Hogar monoparental		0,019 (0,027)	0,025 (0,031)

<i>Entrevista final no realizada</i>	(1)	(2)	(3)
Tratamiento y IMV		-0,011 (0,042)	-0,003 (0,044)
Tratamiento y Edad de la persona informante		-0,002 (0,002)	-0,002 (0,002)
Tratamiento y Mujer		0,001 (0,025)	0,000 (0,025)
Tratamiento y Nacionalidad española		0,031 (0,022)	0,032 (0,024)
Tratamiento y Número de miembros del hogar		0,017 (0,012)	0,035 (0,027)
Tratamiento y Número de miembros del hogar menores			-0,030 (0,038)
Tratamiento y Número de miembros del hogar con empleo			-0,015 (0,018)
Observaciones	2.038	2.038	2.038

Nota: errores estándar, agrupados por estratos de aleatorización, entre paréntesis. * $p < 0,1$; $p < 0,05$; $p < 0,01$. Todas las columnas incluyen los estratos de aleatorización como controles. Las columnas 2 y 3 incluyen además las variables no interactuadas como controles adicionales.

5 Resultados de la evaluación y fuente de datos

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

5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

El modelo de regresión que se especifica para estimar el efecto causal en un experimento aleatorizado suele ser simplemente la diferencia en la variable de interés entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, puesto que estos grupos son estadísticamente comparables gracias a la aleatorización, condicional a tener en cuenta la estratificación y las variables desbalanceadas en la línea base (de este modo garantizamos que las diferencias existentes entre los grupos de tratamiento y control antes de realizar la intervención se tienen en cuenta en el análisis). Además, en el análisis que sigue se presentan regresiones en las que se controla siempre que sea posible por el valor inicial de la variable dependiente, es decir, el valor antes de la intervención, lo que mejora la precisión de las estimaciones.

Concretamente, la especificación de las regresiones que se presentan a continuación es la siguiente:

$$Y_{i,t=1} = \alpha + \beta T_i + \gamma Y_{i,t=0} + \delta X_{i,t=0} + \varepsilon_i$$

donde $Y_{i,t=1}$ es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la familia i ; T_i indica si la familia ha sido asignada al tratamiento (=1) o al control (=0), $Y_{i,t=0}$ es el valor inicial de la variable dependiente (es decir, antes de la intervención), $X_{i,t=0}$ es un vector de controles (número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social) y ε_i es el término de error.

Los errores estándar se agrupan siempre al nivel del estrato de aleatorización. Como se explicó anteriormente, las variables utilizadas en la estratificación son el tipo de familia (monoparental o no) y la localidad (7 ciudades), por lo que hay un total de 14 estratos de aleatorización.

5.2 Análisis de los resultados

5.2.1 Resultados principales y secundarios

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación sobre los indicadores principales y secundarios, siguiendo la estructura del esquema de evaluación. Todas las variables de resultados se han estandarizado para que tengan media igual a cero y desviación típica igual a uno. Esto permite interpretar todos los coeficientes de las regresiones en términos de desviaciones estándar, lo que resulta útil para comparar el tamaño de los efectos en distintos ámbitos.

Hipótesis principales

1. Reducción de la pobreza

La **Tabla 10** muestra los resultados de la intervención sobre la pobreza. Para cada indicador, se presentan dos especificaciones: una sin controles y otra con los controles adicionales no balanceados en la **Tabla 21**.

En las primeras dos columnas, se estima el impacto en la pobreza medida por el índice AROPE reducido. El coeficiente de la variable de tratamiento es -0,03 desviaciones estándar sin controles y 0,006 desviaciones estándar con controles. Ninguno es estadísticamente significativo. Tampoco lo son los coeficientes correspondientes al indicador de pobreza monetaria relativa en las columnas 3 y 4 o los de carencia material y social en las columnas 5 y 6.

En las columnas 7 y 8 se muestran los resultados para el índice de privación material infantil. En este caso, se observa un efecto positivo de 0,13 desviaciones estándar sin controles (estadísticamente significativo al 5%) y 0,17 desviaciones estándar con controles (significativo al 1%). Esto significa que el tratamiento integral y personalizado supuso una mejora, en promedio, de 0,13-0,17 desviaciones estándar, en comparación con el modelo tradicional.

Tabla 10: Efectos sobre la pobreza

	AROE reducido		Ausencia de pobreza monetaria relativa		Carencia material y social		Privación material infantil	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento	-0,031 (0,045)	-0,006 (0,048)	-0,025 (0,031)	-0,005 (0,031)	-0,027 (0,047)	-0,012 (0,050)	0,131** (0,060)	0,175*** (0,054)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862
R ²	0,28	0,31	0,18	0,21	0,47	0,48	0,03	0,16
Media control var. Dep.	0,011	0,011	0,011	0,011	0,015	0,015	-0,057	-0,057
Valor inicial var. Dep.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Controles adicionales	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

En resumen, encontramos que, en comparación con el grupo de control, el tratamiento tiene un efecto positivo en el índice de privación material infantil. Estos resultados parecen sugerir que los servicios extra que se reciben con el tratamiento integral y personalizado se dedican principalmente a los niños. Para este indicador no se dispone de información en la línea de base, por lo que no se ha podido incluir como variable control adicional. También es importante señalar que si hubiera existido un grupo de control puro, que no hubiera recibido ninguna asistencia, es posible que los efectos estimados para el acompañamiento personalizado hubiesen sido de mayor tamaño.

2. Mejora de la inclusión social

La **Tabla 11** reporta los resultados de la intervención sobre el indicador sintético de inclusión social. En las columnas (1)-(4) se usa el índice donde todas las variables reciben el mismo peso (no ponderado) y en las columnas (5)-(8) se utiliza el índice ponderado de Anderson (2008).

Esta tabla sigue la misma estructura que la anterior, aunque en este caso se compara para un mismo indicador especificaciones con y sin su valor en la línea de base, ya que la construcción del mismo no es exactamente comparable en los dos periodos. En todas las especificaciones consideradas, independientemente del tipo de indicador y los regresores incluidos, el efecto del tratamiento integral y personalizado en comparación con el modelo tradicional es positivo y significativo al 1%. La mejora en promedio es de 0,20-0,29 desviaciones estándar.

Tabla 11: Efectos sobre la inclusión social

	No ponderado				Ponderado			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento	0,196*** (0,041)	0,261*** (0,038)	0,259*** (0,039)	0,261*** (0,038)	0,239*** (0,039)	0,295*** (0,038)	0,285*** (0,039)	0,288*** (0,039)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862
R ²	0,05	0,38	0,38	0,38	0,05	0,29	0,31	0,31
Media control var. Dep.	-0,085	-0,085	-0,085	-0,085	-0,103	-0,103	-0,103	-0,103
Valor inicial var. Dep.	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Controles adicionales	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

El indicador sintético de inclusión social está compuesto de 7 dimensiones que se refieren a las hipótesis secundarias que se analizan a continuación: salud, vivienda, competencias digitales, responsabilidad parental, integración comunitaria, educación y empleabilidad. La **Tabla 12** muestra el impacto del tratamiento en cada una de ellas. En estas regresiones no se ha incluido como control el valor del indicador inicial porque, dependiendo del indicador, no siempre está disponible o de estarlo no siempre es completamente comparable a la medición final.

Tabla 12: Efectos sobre los componentes del indicador de inclusión social

	Salud	Vivienda	Competencias digitales	Responsabilidades parentales	Integración en la comunidad	Educación	Empleabilidad
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Tratamiento	0,018 (0,048)	0,167*** (0,040)	0,073 (0,056)	0,150*** (0,032)	0,367*** (0,052)	0,179*** (0,030)	0,017 (0,047)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862
R ²	0,15	0,22	0,12	0,23	0,23	0,14	0,03
Media control var. Dep.	0,007	-0,051	-0,013	-0,051	-0,14	-0,061	-0,009
Valor inicial var. Dep.	No	No	No	No	No	No	No
Controles adicionales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

Los resultados sugieren que el tratamiento ha tenido un mayor impacto en las dimensiones de vivienda, responsabilidad parental, integración comunitaria y educación. No se detecta un efecto significativo sobre los indicadores de salud, competencias digitales, o empleabilidad.

Hipótesis secundarias

2.1 Mejora de hábitos y cuidados de la salud

La **Tabla 13** reporta los resultados de la intervención relacionados con la salud. Con el índice sintético se aprecia que el impacto del tratamiento personalizado es reducido y no significativo. Al analizar cada una de las variables incluidas en el indicador por separado, se aprecia que dos de ellas tienen impacto significativo: mejora el nivel de salud emocional (columna 3) y la capacidad de los tratados para asumir la carga que suponen los gastos de asistencia dental (columna 4), pero en el agregado el tratamiento no ha tenido un impacto significativo.

Tabla 13: Efectos sobre la salud

	Indicador de salud		Nivel de salud emocional	Capacidad de asumir la carga de los gastos de asistencia dental
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,018 (0,048)	0,037 (0,051)	0,099*** (0,025)	0,094* (0,049)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862
R^2	0,15	0,22	0,42	0,07
Media control var. Dep.	0,007	0,007	-0,028	-0,045
Valor inicial var. Dep.	No	Sí	Sí	No
Controles adicionales	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$.

2.2 Reducción de riesgo de pérdida de viviendas y mejora de las condiciones habitacionales

La **Tabla 14** muestra los resultados de la intervención sobre el indicador de vivienda. Con el índice sintético el impacto del tratamiento es positivo y significativo al 1%. La mejora en promedio es de 0,13-0,17 desviaciones estándar. Atendiendo a cada componente del índice con un impacto significativo, se detecta un impacto positivo del tratamiento en el mejor conocimiento de ayudas y de mecanismos para el ahorro energético (columna 3) y para la mejor identificación de retrasos en el pago de gastos asociados a la vivienda (columna 4).

Tabla 14: Efectos sobre las condiciones habitacionales

	Indicador de vivienda		Conocimiento de ayudas y de mecanismos para ahorro energético	Identificación de retrasos en pago de gastos
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,167*** (0,040)	0,133*** (0,034)	0,079* (0,042)	0,164*** (0,044)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862
R ²	0,22	0,39	0,16	0,3
Media control var.				
Dep.	-0,051	-0,051	-0,03	-0,058
Valor inicial var. Dep.	No	Sí	Sí	Sí
Controles adicionales	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

2.3 Mejora de las competencias digitales

La **Tabla 15** reporta los resultados de la intervención sobre las competencias digitales. Con el índice sintético sin tener en cuenta el valor inicial (columna 1) el impacto del tratamiento personalizado no es significativo, pero sí cuando aumenta la precisión al incluir en la regresión el valor del indicador en la línea base (columna 2). Atendiendo a cada componente del índice con un impacto significativo, se detecta un impacto positivo del tratamiento sobre el interés en las competencias digitales de los tratados con respecto al control (columna 3). La mejora en promedio es de 0,11 desviaciones estándar, aunque sólo es significativa al 10%.

Tabla 15: Efectos sobre las competencias digitales

	Indicador de competencias digitales		Interés en competencias digitales
	(1)	(2)	(3)
Tratamiento	0,073 (0,056)	0,112* (0,059)	0,105* (0,050)
Observaciones	1.862	1.862	1.862
R ²	0,12	0,34	0,17
Media control var. Dep.	-0,013	-0,013	-0,029
Controles	No	Sí	Sí
Var. Dep. Pre	Sí	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

2.4 Asunción de responsabilidades parentales

La **Tabla 16** reporta los resultados de la intervención sobre la asunción de responsabilidades parentales. En este caso el impacto es positivo y significativo al 1%, variando entre 0,12-0,15 desviaciones estándar. Atendiendo a cada componente del índice con un impacto significativo, vemos que el impacto es positivo tanto en la medida de desarrollo de competencias parentales (columna 3) como en la del grado de satisfacción familiar (columna 4).

Tabla 16: Efectos sobre la responsabilidad parental

	Indicador de responsabilidad parental		Desarrollo de competencias parentales	Grado de satisfacción familiar
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,150*** (0,032)	0,124*** (0,029)	0,103** (0,045)	0,113*** (0,036)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862
R^2	0,23	0,27	0,14	0,26
Media control var. Dep.	-0,051	-0,051	-0,038	-0,046
Valor inicial var. Dep.	No	Sí	Sí	No
Controles adicionales	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$.

2.5 Mayor integración en la comunidad y mejor calidad de sus relaciones con el entorno

La **Tabla 17** reporta los resultados de la intervención sobre la integración comunitaria. De nuevo el impacto es positivo y significativo al 1%, variando entre 0,37-0,40 desviaciones estándar, el mayor de todos los efectos estimados. Atendiendo a cada componente del índice con un impacto significativo, dicho impacto se debe tanto a la mejora en el grado de satisfacción en las relaciones personales (columna 3) como en la confianza en los demás (columna 4).

Tabla 17: Efectos sobre integración comunitaria

	Indicador de integración en la comunidad		Satisfacción en las relaciones personales	Confianza en los demás
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,367*** (0,052)	0,398*** (0,047)	0,076* (0,042)	0,115*** (0,035)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862
R ²	0,23	0,28	0,23	0,26
Media control var. Dep.	-0,14	-0,14	-0,019	-0,018
Valor inicial var. Dep.	No	Sí	Sí	Sí
Controles adicionales	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

2.6 Mayor integración y éxito educativo

La **Tabla 18** muestra los resultados de la intervención sobre integración y éxito educativo. Ambos conceptos se miden con un indicador sintético que recoge la cobertura de las necesidades de material escolar, los resultados académicos y el grado de asistencia escolar. El tratamiento personalizado muestra un efecto positivo y significativo al 1% de entre 0,14-0,18 desviaciones estándar, apoyado por las mejoras fundamentalmente en la cobertura de necesidades, pero también en la asistencia escolar.

Tabla 18: Efectos sobre la integración educativa

	Indicador de educación		Necesidades de material cubiertas	Asistencia escolar
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,179*** (0,030)	0,142*** (0,031)	0,283*** (0,045)	0,090*** (0,035)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862
R ²	0,14	0,38	0,21	0,14
Media control var. Dep.	-0,061	-0,061	-0,118	-0,03
Valor inicial var. Dep.	No	Sí	Sí	Sí
Controles adicionales	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

2.7 Mejora de la empleabilidad

La **Tabla 19** reporta los resultados de la intervención sobre la empleabilidad de los participantes. La empleabilidad se mide con un indicador sintético que consiste en un conjunto de preguntas del cuestionario para capturar factores objetivos como la proporción de miembros del hogar que están buscando empleo, la eventual mejora de ingresos por trabajo y las actividades concretas realizadas para buscar trabajo (activaciones). En este caso el tratamiento personalizado, no muestra ningún efecto significativo sobre la mejora de la empleabilidad, a pesar de darse una mejora en las activaciones de los miembros del hogar para la búsqueda de empleo.

Tabla 19: Efectos sobre la empleabilidad

	Indicador de empleabilidad	Activaciones para el empleo
	(1)	(2)
Tratamiento	0,017 (0,047)	0,127* (0,065)
Observaciones	1.862	1.862
R^2	0,03	0,06
Media control var. Dep.	-0,009	-0,062
Controles	No	No
Var. Dep. Pre	Sí	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $< 0,01$.

5.2.2 Análisis heterogeneidad

En este apartado se presentan los análisis de heterogeneidad de los efectos en función de las características de los participantes. Para ello, se especifican regresiones similares a las de la sección anterior, pero añadiendo la variable para la cual se quieren estimar los efectos heterogéneos, y también la interacción de dicha variable con el tratamiento.

La **Tabla 20** reporta los resultados heterogéneos por el tipo de familia (monoparental o no). La tabla tiene 6 columnas, que se corresponden con las tres hipótesis principales indicadas en el esquema de evaluación: reducción de la pobreza, con tasa AROPE (columnas 1 y 2), indicador de privación material infantil (columnas 3 y 4) e inclusión social (columnas 5 y 6).

Tabla 20: Efectos heterogéneos por tipo de familia

	AROPE reducido		Privación material infantil		Indicador sintético de inclusión social	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	-0,028 (0,059)	-0,002 (0,068)	0,101 (0,076)	0,133* (0,068)	0,163*** (0,030)	0,166*** (0,031)
Hogar monoparental	-0,065 (0,041)	-0,059 (0,048)	0,470*** (0,052)	0,486*** (0,046)	-0,011 (0,020)	-0,001 (0,027)
Tratamiento y monoparental	-0,006 (0,088)	-0,008 (0,094)	0,057 (0,115)	0,080 (0,098)	0,179*** (0,046)	0,177*** (0,047)
Observaciones	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862	1.862
R ²	0,28	0,31	0,03	0,16	0,38	0,38
Media control var.						
Dep.	0,011	0,011	-0,057	-0,057	-0,085	-0,085
Valor inicial var. Dep.	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Controles adicionales	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: los controles añadidos incluyen el número de miembros del hogar que trabajan e indicador sintético de inclusión social. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de estrato.

Niveles de significancia: * p < 0,1; ** p < 0,05; *** < 0,01.

Para familias no monoparentales, al igual que en la muestra total, el tratamiento supuso una mejora en los indicadores de privación material infantil y de inclusión social. La interacción de “Tratamiento y monoparental” es positiva para ambos indicadores, aunque en algunos casos se estima con baja precisión. Para el indicador sintético de inclusión social se estima un efecto del tratamiento para las familias monoparentales que duplica el impacto de las familias que no lo son. Sin embargo, no se detectan efectos significativos sobre indicadores reducidos de pobreza.

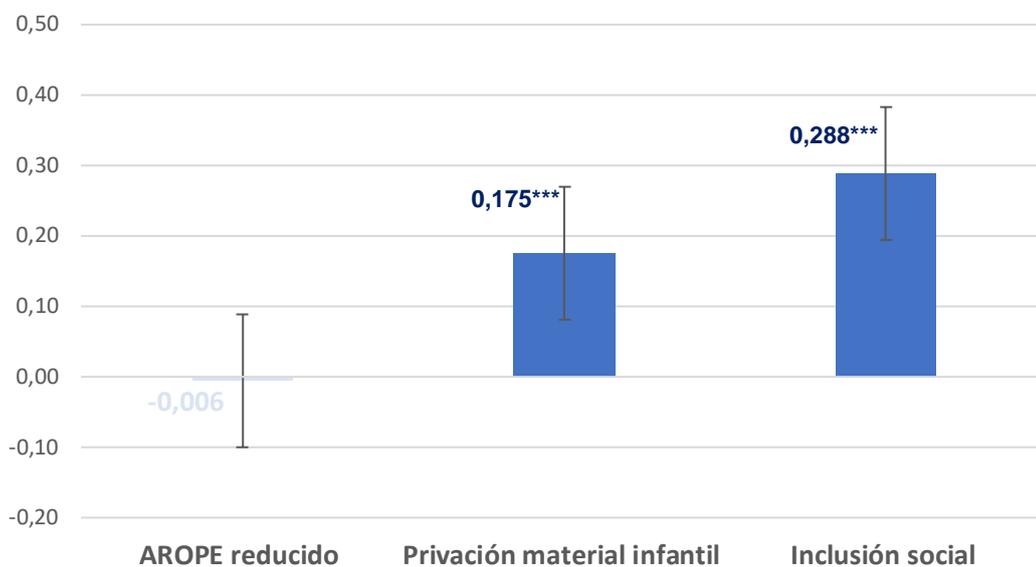
6 Conclusiones evaluación

Este proyecto piloto ha permitido evaluar los efectos de un nuevo modelo de acompañamiento integral y personalizado para familias con menores en situación de pobreza, frente al modelo tradicional con las ayudas habituales. La evaluación es experimental, utilizando una aleatorización estratificada (por tipo de familia y localidad), para asignar a los participantes al grupo de tratamiento o de control de forma aleatoria. La muestra inicial incluye a 2.359 familias en 7 localidades de Galicia.

El tratamiento personalizado tiene un impacto positivo y significativo en el índice de privación material infantil. También se encuentran efectos positivos en el indicador sintético de inclusión social, con las mejoras más importantes concentradas en las medidas de condiciones habitacionales, responsabilidades parentales, integración en la comunidad y educación. El tratamiento personalizado, sin embargo, no muestra un efecto positivo sobre indicadores simplificados de pobreza, sobre el éxito

laboral o sobre la empleabilidad, a pesar de darse una mejora en las activaciones de los miembros del hogar para la búsqueda de empleo¹⁸.

Figura 5: Efecto de la intervención en los indicadores principales (indicadores normalizados)



Nota: en azul oscuro se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 1% (Privación material infantil e inclusión social) y en azul claro el indicador no significativo (AROEPE reducido). Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones con controles. Los indicadores están estandarizados.

¹⁸ Dado el carácter múltiple de la intervención y la medición de resultados sobre una amplia variedad de indicadores, sería conveniente como una prueba adicional de robustez ajustar los errores estándar por la existencia de hipótesis múltiples.

Bibliografía

Alguacil Gómez, J. (2012). La Quiebra Del Incompleto Sistema de Servicios Sociales En España. *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 25, no. 1. <https://core.ac.uk/download/pdf/38813286.pdf>.

Anderson, M. L. (2008). Multiple Inference and Gender Differences in the Effects of Early Intervention: A Reevaluation of the Abecedarian, Perry Preschool, and Early Training Projects. *Journal of the American Statistical Association* 103 (484), 1481– 1495. <https://are.berkeley.edu/~mlanderson/pdf/Anderson%202008a.pdf>.

Attanasio, O., Kugler, A., & Meghir, C. (2008). Training disadvantaged youth in Latin America: evidence from a randomized trial (No. w13931). *National Bureau of Economic Research*. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13931/w13931.pdf.

Card, D., Ibarrran, P., Regalia, F., Rosas, D., & Soares, Y. (2007). The labor market impacts of youth training in the Dominican Republic: Evidence from a randomized evaluation. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w12883/w12883.pdf.

Decreto 99/2012, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación. *Diario Oficial de Galicia*, de 30 de marzo de 2012, num. 63. https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2012/20120330/AnuncioCA05-270312-14010_es.html.

EAPN (2023). Informe anual sobre el estado de la pobreza. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030. <https://www.eapn.es/estadodepobreza>.

Feely, M., Raissian, K. M., Schneider, W., & Bullinger, L. R. (2020). The social welfare policy landscape and child protective services: Opportunities for and barriers to creating systems synergy. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 692(1), 140-161. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002716220973566>.

Gaitán Muñoz, L. (2010). El papel de las políticas sociales en relación con la pobreza infantil. Educación social: revista de intervención socioeducativa. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/28989/00920113011741.pdf?sequence=1>.

Ibarrran, P., Ripani, L., Taboada, B., Villa, J. M., & Garcia, B. (2014). Life skills, employability and training for disadvantaged youth: Evidence from a randomized evaluation design. *IZA Journal of Labor & Development*, 3, 1-24. <https://link.springer.com/article/10.1186/2193-9020-3-10>.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 17 de julio, num. 15 ([BOE-A-1996-1069](https://www.boe.es/boe/A-1996-1069)).

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de julio, num. 180 ([BOE-A-2015-8470](https://www.boe.es/boe/A-2015-8470)).

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de junio, num. 134 ([BOE-A-2021-9347](https://www.boe.es/boe/A-2021-9347.html)).

Määttä, S., Lehto, R., Nislin, M., Ray, C., Erkkola, M., Sajaniemi, N., & the DAGIS research group. (2015). Increased health and well-being in preschools (DAGIS): rationale and design for a randomized controlled trial. *BMC public health*, 15, 1-10. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-015-1744-z>.

Milligan, K., & Stabile, M. (2011). Do child tax benefits affect the well-being of children? Evidence from Canadian child benefit expansions. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(3), 175-205. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w14624/w14624.pdf.

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>.

Negrão, M., Pereira, M., Soares, I., & Mesman, J. (2014). Enhancing positive parent–child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial. *Attachment & human development*, 16(4), 315-328. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/86710/1/AHDNegroetal.2014.pdf>.

Noble, K. G., Magnuson, K., Gennetian, L. A., Duncan, G. J., Yoshikawa, H., Fox, N. A., & Halpern-Meekin, S. (2021). Baby's first years: design of a randomized controlled trial of poverty reduction in the United States. *Pediatrics*, 148(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8487960/>.

Plataforma de infancia España (2023). Análisis de la encuesta de condiciones de vida con enfoque de infancia 2023. Plataforma de infancia en España.

Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea* L n°233, de 22 de junio de 2021. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32021H1004>.

Recomendación (UE) 2013/112 de la Comisión Europea de 20 de febrero de 2013, Invertir en Infancia: romper el ciclo de las desventajas. *Diario Oficial de la Unión Europea* L n°59, del 2 de marzo de 2013. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:059:0005:0016:ES:PDF>.

Savedoff, W. D., Levine, R., & Birdsall, N. (2005). When will we ever learn? Recommendations to improve social development through enhanced impact evaluation. *Washington, DC: Center for Global Development*, 15. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=863cd71f75d8be03e34a6f4bea41f641e8d17e2c>.

Subirats i Humet, J. S., Carmona, R. G., & Torruella, J. B. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. *Fundación BBVA*, 84-87. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion_social.pdf.

White, H., & Sabarwal, S. (2014). Quasi-experimental design and methods. Methodological briefs: impact evaluation, 8(2014), 1-16. <https://ideas.repec.org/p/ucf/metbri/innpub753.html>.

Apéndices

Gestión económica y normativa

1. Introducción

En el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones participa de forma relevante en el Componente 23 «Nuevas políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo», encuadrado en el área política VIII «Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo».

Entre las reformas e inversiones propuestas en este Componente 23 se incluye la inversión 7 «Fomento del Crecimiento Inclusivo mediante la vinculación de las políticas de inclusión sociolaboral al Ingreso Mínimo Vital», que promueve la implantación de un nuevo modelo de inclusión a partir del ingreso mínimo vital (IMV), que reduzca la desigualdad de la renta y las tasas de pobreza. Para lograr este objetivo, se ha planteado, entre otros, el desarrollo de proyectos piloto para la puesta en marcha de itinerarios de inclusión social con las comunidades y ciudades autónomas, entidades locales y entidades del Tercer Sector de Acción Social, así como con los distintos agentes sociales.

El Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia¹⁹ contribuyó al cumplimiento del hito crítico (recogido en la Decisión de Ejecución del Consejo) número 350 para el primer trimestre de 2022 «Mejorar la tasa de acceso del Ingreso Mínimo Vital, e incrementar la efectividad del IMV a través de políticas de inclusión, que, de acuerdo con su descripción, se traducirá en apoyar la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios: ocho convenios de colaboración firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades del Tercer Sector de Acción Social para realizar los itinerarios. Estos acuerdos de asociación tienen como objetivos: i) mejorar la tasa de acceso del IMV; ii) incrementar la efectividad de la IMV a través de políticas de inclusión». Asimismo, conjuntamente con el Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo²⁰, contribuyó al cumplimiento del indicador de seguimiento número 351.1 en el primer trimestre de 2023 «al menos 10 convenios de colaboración adicionales firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades del Tercer Sector de

¹⁹ Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (BOE-A-2021-17464). Se puede consultar en el siguiente enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-17464.

²⁰ Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 102.036.066 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (BOE-A-2022-8124). Se puede consultar en el siguiente enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-8124.

Acción Social para llevar a cabo los proyectos piloto de apoyo a la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios», vinculado al documento *Operational Arrangements*²¹.

Asimismo, tras la ejecución y evaluación de cada uno de los proyectos piloto subvencionados, se llevará a cabo una evaluación para valorar la cobertura, la efectividad y el éxito de los regímenes de renta mínima. La publicación de esta evaluación, que incluirá recomendaciones específicas para mejorar la tasa de acceso a la prestación y mejorar la eficacia de las políticas de inclusión social, contribuye al cumplimiento del hito 351 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia previsto para el primer trimestre de 2024.

De acuerdo con el artículo 3 del Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, la concesión de las subvenciones se realizará mediante resolución acompañada de un convenio de la persona titular del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones como órgano competente para su concesión, sin perjuicio de las delegaciones de competencias existentes en la materia, previa solicitud por parte de las entidades beneficiarias.

Con fecha **17 de diciembre de 2021**, se notifica a la Xunta de Galicia, la Resolución de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social por la que se concede una subvención por importe de 10.602.625,83 euros a la Xunta de Galicia y, con fecha **28 de diciembre de 2021**, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social y la Xunta de Galicia para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» con fecha 31 de enero de 2022 (BOE núm.26)²².

2. Marco temporal de la intervención

El apartado 1 del artículo 16 del Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre establecía que el plazo de ejecución de los proyectos piloto de itinerarios de inclusión social objeto de las subvenciones previstas en el presente texto no deberá exceder la fecha límite del 30 de junio de 2023, mientras que la evaluación de los mismos, objeto de la subvención, no se extenderá del plazo del 31 de marzo de 2024, con la finalidad de cumplir con los hitos marcados por el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia en materia de política de inclusión.

No obstante, de acuerdo con el apartado 2 de la disposición final primera del Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia se da nueva redacción al apartado 4 del artículo 6 y al apartado 1 del artículo 16, para ampliar el plazo máximo de

²¹ Decisión de la Comisión Europea que aprueba el documento Disposiciones Operativas del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia que se puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/hacienda/Documents/2021/101121-CountersignedESFirstCopy.pdf>.

²² Resolución de 21 de enero de 2022, de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social, por la que se publica el Convenio con la Xunta de Galicia, para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Se puede consultar en el siguiente enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-1528.

los proyectos piloto de itinerarios de inclusión social objeto de las subvenciones hasta el **31 de octubre de 2023**, manteniéndose el plazo de **31 de marzo de 2024** para su evaluación.

Con fecha 15 de junio de 2022 la Xunta de Galicia solicita ampliación del plazo de ejecución hasta **31 de octubre de 2023**, autorizándose mediante resolución de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión Social (SGOPIPS) de fecha 4 de agosto de 2022.

Dentro de este marco temporal genérico, la ejecución comienza el **1 de febrero de 2023**, con el inicio del itinerario de intervención, continuando las tareas propias de ejecución hasta el **31 de octubre de 2023**, y posteriormente desarrollándose solo tareas de difusión y evaluación del proyecto hasta el **31 de marzo de 2024**.

3. Agentes relevantes

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

- **La Xunta de Galicia**, entidad beneficiaria, responsable de la ejecución del proyecto y coordinadora del proyecto a través de la **Consellería Política Social e Xuventude**.
- 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) asume 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 los potenciales participantes del proyecto piloto.
 - b) Diseñar la metodología de ensayo controlado aleatorizado (RCT) del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
 - c) Evaluar el proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
- El **desarrollo de los itinerarios de inclusión social se ha llevado a cabo por Entidades del Tercer Sector**, que con equipos específicos abordaron las distintas particularidades de las situaciones de exclusión social en la región. El listado de entidades es el siguiente:

Nombre de la empresa	Sector de actividad
FUNDACIÓN JUAN SOÑADOR (coordinación, apoyo a la gestión y evaluación e implementación)	Servicios sociales.
ASOCIACIÓN ARELA (implementación)	Familia, infancia y menores.
FUNDACIÓN MENIÑOS (implementación)	Servicios sociales.
CENTRO DE DESARROLLO RURAL O VISO (implementación)	Servicios sociales.
CENTRO DE DESARROLLO RURAL PORTAS ABERTAS (implementación)	Servicios sociales.
CÁRITAS DIOCESANA DE LUGO (implementación)	Servicios sociales.

CÁRITAS DIOCESANA DE MONDOÑEDO-FERROL (implementación)	Servicios sociales.
---	---------------------

- **CEMFI y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyan al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Oferta de servicios y ayudas del proyecto FAIN

Servicio	Descripción / Duración
1 Grupos de formación en salud y cuidados	Cada taller tendrá una duración de 16 horas, que se realizará en 8 sesiones de 2 horas de frecuencia semanal
2 Orientación individualizada en salud y cuidados	Hasta un máximo de 60 horas en 12 meses (entre 3 y 5 sesiones mensuales de una hora por persona/familia)
3 Ayudas para gastos sanitarios	Ayudas económicas para facilitar el acceso a consultas médicas, ópticas, farmacéuticas o terapéuticas que no se cubran desde los recursos públicos atendiendo a las necesidades de las familias. Hasta 200€ / año por persona
4 Taller grupal para mejorar la calidad de la vivienda	Cada acción formativa tendrá una duración de 8 horas que podrá realizarse en varias sesiones
5 Orientación y apoyo individualizado a la vivienda	Mínimo de dos entrevistas o visitas domiciliarias al año por familia
6 Ayudas al pago de la vivienda	Hasta 150€ / mes según se requiera
7 Ayudas a la reparación de vivienda	Hasta 1500 € / año según se requiera
8 Ayudas en el pago de suministros	Hasta 300 € / año según se requiera
9 Taller de competencias digitales básicas	Cada acción formativa tendrá una duración de 12 horas, que podrá realizarse en 6 sesiones de 2 horas o 4 sesiones de 3 horas cada dos meses
10 Ayudas para la conectividad	Pago mensual de suministro de conexión a internet en prepago o por contrato según se requiera de hasta 50 € / mes por familia hasta un máximo de 12 meses
11 Ayudas a la dotación de equipamiento informático	Hasta 150 € por familia al año
12 Taller de responsabilidad parental	Cada taller tendrá una duración de 16 horas en 8 sesiones de 2 horas y frecuencia semanal durante dos meses
13 Actividades de Participación Comunitaria	Cada persona participará en un máximo de 24 horas de actividades de participación comunitaria por trimestre. Las actividades podrán tener una duración variable de entre 2 y 4 horas
14 Grupos de refuerzo educativo	Ajustado al calendario escolar marcado por la Consellería de Educación y respetando los períodos no lectivos (37 semanas): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Primaria: 1 hora / 4 días a la semana o concentrado en 2 horas/ 2 días a la semana. ◦ Secundaria: 1,5 horas / 3 días a la semana. ◦ Postobligatorios (FP o Bachillerato): 1,5 horas / 3 días a la semana

	Servicio	Descripción / Duración
1	Grupos de formación en salud y cuidados	Cada taller tendrá una duración de 16 horas, que se realizará en 8 sesiones de 2 horas de frecuencia semanal
2	Orientación individualizada en salud y cuidados	Hasta un máximo de 60 horas en 12 meses (entre 3 y 5 sesiones mensuales de una hora por persona/familia)
3	Ayudas para gastos sanitarios	Ayudas económicas para facilitar el acceso a consultas médicas, ópticas, farmacéuticas o terapéuticas que no se cubran desde los recursos públicos atendiendo a las necesidades de las familias. Hasta 200€ / año por persona
4	Taller grupal para mejorar la calidad de la vivienda	Cada acción formativa tendrá una duración de 8 horas que podrá realizarse en varias sesiones
5	Orientación y apoyo individualizado a la vivienda	Mínimo de dos entrevistas o visitas domiciliarias al año por familia
6	Ayudas al pago de la vivienda	Hasta 150€ / mes según se requiera
7	Ayudas a la reparación de vivienda	Hasta 1500 € / año según se requiera
15	Sesiones de apoyo escolar individualizado	Ajustado al calendario escolar marcado por la Consellería de Educación y respetando los períodos no lectivos (37 semanas): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Primaria: 1 hora / 4 días a la semana ◦ Secundaria: 1,5 horas / 3 días a la semana ◦ Postobligatorios (FP o Bachillerato): 1,5 horas / 3 días a la semana
16	Grupos de educación no formal	4 horas/semana por grupo durante el periodo escolar (37 semanas)
17	Ayudas al material escolar	Hasta 150 € por menor / año
18	Ayudas para actividades educativas no formales	Hasta 400€ por menor / año
19	Cursos de formación en competencias básicas	12 horas a la semana hasta un máximo de 60 horas por acción formativa
20	Cursos de formación en competencias profesionales	Máximo 250 horas por acción formativa
21	Sesiones individuales de orientación laboral	Hasta 10 sesiones de un máximo de 2 horas por sesión
22	Ayudas económicas para cubrir gastos que favorezcan la conciliación	Hasta 478€ / año

Equilibrio entre los grupos experimentales

La **Tabla 21** reporta los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento. Todos los datos reflejados en esta tabla se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención. Se reporta el valor medio de cada variable para ambos grupos, así como el número de observaciones en cada grupo y el p-valor resultante de un contraste de diferencia de medias (utilizando el estadístico *t* de Student, que no se reporta por razones de espacio) y que incluye los estratos de aleatorización como controles adicionales. Cuanto menor es el p-valor, con mayor confianza se puede rechazar la hipótesis de que la media de la variable en ambos grupos es igual. Por ejemplo, si el p-valor es menor que 0,05, se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias a un nivel de confianza del 95%.

En el panel A incluimos las variables de estratificación (monoparental y localidades) que, si no hubieran dejado de responder las 321 familias inicialmente aleatorizadas, estarían balanceadas por diseño. Vemos que el balance en estas características se mantiene a pesar de esas familias que abandonaron antes de empezar. En el panel B incluimos las características familiares y los indicadores de resultados medidos en la línea de base.

Tabla 21: Contrastes de equilibrio entre los grupos experimentales

Variable	Medias			Observaciones		
	Control	Tratamiento	P-valor	Total	Control	Tratamiento
Hogar monoparental	0,54 (21,54)	0,55 (17,35)	0,83	2.038 14	1.128 14	910 14
A Coruña	0,24 (15,72)	0,22 (12,17)	0,49	2.038 14	1.128 14	910 14
Ferrol	0,08 (6,44)	0,08 (5,16)	0,96	2.038 14	1.128 14	910 14
Lugo	0,16 (11,37)	0,15 (8,74)	0,23	2.038 14	1.128 14	910 14
Ourense	0,12 (9,02)	0,13 (7,73)	0,26	2.038 14	1.128 14	910 14
Pontevedra	0,07 (5,59)	0,08 (5,16)	0,35	2.038 14	1.128 14	910 14
Santiago de Compostela	0,07 (5,78)	0,08 (4,91)	0,36	2.038 14	1.128 14	910 14
Vigo	0,27 (17,01)	0,27 (13,70)	0,95	2.038 14	1.128 14	910 14

Panel B: Características familiares e indicadores de resultados

Variable	Medias		P-valor	Observaciones		
	Control	Tratamiento		Total	Control	Tratamiento
IMV	0,88 (8,85)	0,87 (7,67)	0,45	2.038 14	1.128 14	910 14
Número de miembros del hogar	3,35 (128,17)	3,32 (94,25)	0,52	2.038 14	1.128 14	910 14
Número de miembros del hogar menores	1,66 (66,41)	1,63 (45,93)	0,47	2.038 14	1.128 14	910 14
Número de miembros del hogar con empleo	0,58 (39,77)	0,52 (28,09)	0,07*	2.038 14	1.128 14	910 14
Edad de la persona informante	40,92 (556,47)	40,95 (529,43)	0,98	2.038 14	1.128 14	910 14
Sexo de la persona informante: mujer	0,87 (9,72)	0,87 (7,90)	0,87	2.038 14	1.128 14	910 14
Nacionalidad de la persona informante: española	0,71 (18,02)	0,70 (14,79)	0,70	2.038 14	1.128 14	910 14
AROPE reducido	0,57 (36,16)	0,59 (30,06)	0,56	2.038 14	1.128 14	910 14
- Ausencia de pobreza monetaria relativa	0,11 (8,47)	0,11 (6,88)	0,82	2.038 14	1.128 14	910 14
- Carencia material y social	2,49 (209,87)	2,46 (167,80)	0,76	2.038 14	1.128 14	910 14
Indicador sintético de inclusión social	0,72 (0,77)	0,71 (0,61)	0,03**	2.038 14	1.128 14	910 14
- Indicador de salud	0,79 (1,74)	0,77 (1,50)	0,04**	2.038 14	1.128 14	910 14
- Indicador de vivienda	0,66 (1,48)	0,66 (1,25)	0,80	2.038 14	1.128 14	910 14
- Indicador de competencias digitales	0,63 (2,31)	0,61 (1,90)	0,04**	2.038 14	1.128 14	910 14
- Indicador de responsabilidad parental	0,69 (4,95)	0,69 (4,03)	0,93	2.038 14	1.128 14	910 14
-Indicador de educación	0,67 (3,19)	0,64 (2,51)	0,00***	2.038 14	1.128 14	910 14
-Indicador de educación	0,90 (1,33)	0,90 (0,97)	0,39	2.038 14	1.128 14	910 14

Nota: errores estándar, agrupados por estratos de aleatorización, entre paréntesis. * p<0,1; p<0,05; p<0,01. El Panel B incluye los estratos de aleatorización como controles adicionales.

Resumen del proyecto FAIN realizado en zonas rurales

Los tres grandes bloques de actuaciones se han desplegado en todas las provincias gallegas, trabajando con especial intensidad en las siete grandes ciudades y en el territorio rural que corresponde a los ayuntamientos comprendidos en las áreas rurales 22, 29 y 30 según el Decreto 99/2012, de 16 de marzo, de Servicios Sociales comunitarios de Galicia:

1. Rural 22²³ (en adelante Monforte de Lemos)
2. Rural 29²⁴ (en adelante Xinzo de Limia)
3. Rural 30²⁵ (en adelante Verín)

En las tres zonas rurales han participado 242 familias con niños, niñas y adolescentes en la unidad convivencial de entre 0 y 18 años que están en situación de vulnerabilidad o de exclusión social y receptoras de prestaciones no contributivas, con bajos niveles de renta y/o usuarias de los servicios sociales o de los servicios de apoyo que tienen las ONG. Como en el territorio urbano, la intervención se ha articulado en tres grandes bloques de actuaciones (paquete de apoyo social, paquete de apoyo educativo y paquete de activación hacia el empleo).

La evaluación en los territorios rurales se ha basado en un análisis longitudinal de resultados, medidos en las personas participantes antes de recibir la intervención (pre-test) y después (post-test), a través de indicadores sintéticos correspondientes a las dos grandes dimensiones objetivo de la intervención: la reducción de la pobreza y la mejora de la inclusión social. La variación del indicador de pobreza se ha construido a partir de un componente de pobreza monetaria y otro componente de carencia material severa. La inclusión, por otro lado, se ha definido a través de siete dimensiones: salud, vivienda, competencias digitales, responsabilidades parentales, integración comunitaria, educación y empleabilidad.

Los indicadores se han medido a través de una encuesta conformada por 53 preguntas, la mayoría de las cuales está basada en escalas validadas internacionalmente. La duración aproximada de la respuesta al cuestionario es de 45 minutos. Se ha usado la misma encuesta pre-test que en las áreas urbanas, pero en el post-test, para maximizar la comparabilidad pre-post, y al no disponer de grupo control, se ha mantenido la misma versión, que, en cambio, en las áreas urbanas fue ligeramente modificada.

²³ Comprende los concellos de Bóveda, Monforte de Lemos, Pantón, Pobra de Brollón, Saviñao y Sober.

²⁴ Comprende los concellos de Baltar, Calvos de Randín, Os Blancos, A Porqueira, Rairiz de Veiga, Sandias, Sarreaus, Trasmirás, Vilar de Barrio, Vilar de Santos, Xinzo de Limia. Las áreas 29 y 30 del proyecto funcionarán como una sola a efectos de intervención con las familias.

²⁵ Comprende los concellos de Castrelo do Val, Cualedro, Laza, Monterrei, Oimbra, Riós, Verín, Vilardevós.

Caracterización de la muestra

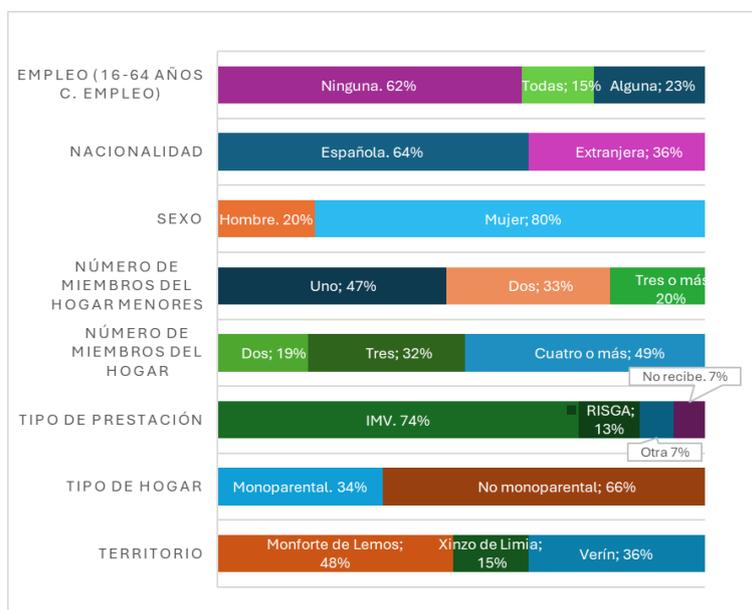
A efectos de la evaluación, se han considerado únicamente los datos de las familias que han contestado en ambas olas (pre-post) en la fecha de corte establecida para la realización de la explotación estadística (n=215), con una tasa de respuesta del 89%.

Tabla 22: Número de familias encuestadas pre-post, según territorio

Territorio	Familias Encuestadas	%	
Monforte de Lemos	121	104	86%
Xinzo de Limia	36	33	92%
Verín	85	78	92%
Total	242	215	89%

Los hogares participantes se han clasificado según el territorio (Monforte de Lemos, Xinzo de Limia, Verín), el tipo (monoparental o no), la prestación (IMV, RISGA, otra, ninguna), el número de miembros, el número de menores, el sexo de la persona principal sustentadora del hogar, la nacionalidad y la proporción de personas en edad de trabajar empleadas. La **Figura 6**, a continuación, ilustra la distribución de los hogares objeto del análisis según estas variables.

Figura 6: Caracterización de la muestra



Grado de participación

Por otro lado, la Tabla 23 caracteriza los hogares según su participación en las actividades del proyecto.

Tabla 23: Caracterización de los hogares según participación en actividades del proyecto

Dimensión	Número y % de hogares, por tipo de actividad					
	Grupal		Individual		Grupal o individual	
Salud	28	13,0%	156	72,6%	162	75,3%
Vivienda	23	10,7%	145	67,4%	150	69,8%
Competencias digitales	36	16,7%	82	38,1%	96	44,7%
Responsabilidad parental	42	19,5%	-	-	-	-
Integración comunitaria	83	38,6%	-	-	-	-
Educación	77	35,8%	150	69,8%	161	74,9%
Empleabilidad	83	38,6%	90	41,9%	125	58,1%

N=215. Fuente: aplicativo de registro de actividades

Cerca de tres cuartos de los hogares han participado en actividades de salud o educación. Entre el 60% y el 70%, aproximadamente, se han visto implicados en actividades relativas a la vivienda o de empleabilidad. Menos de la mitad lo han hecho en acciones de competencia digital, responsabilidad parental o integración comunitaria.

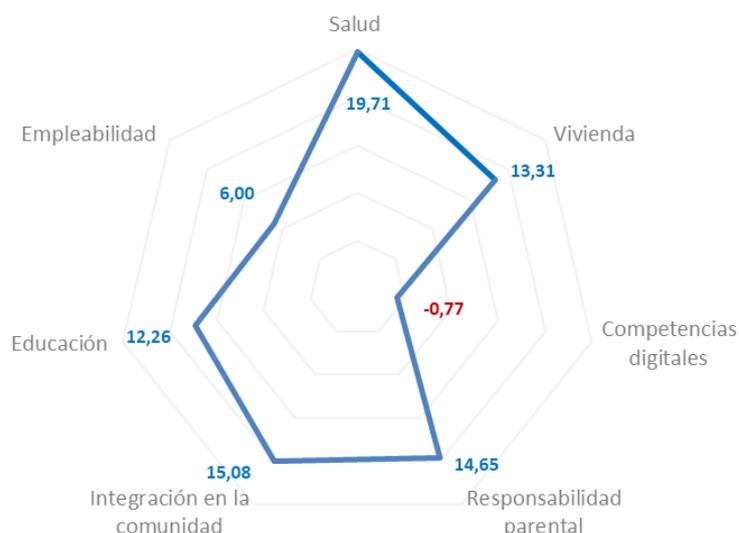
Resultados

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación sobre los indicadores principales y secundarios, siguiendo la misma estructura del esquema de evaluación presentado anteriormente para las zonas urbanas.

El tratamiento integral y personalizado determinado en función de la situación de partida de la familia parece, en general, **eficaz en la promoción de la inclusión social**. Más de tres cuartos (75,8%) de los hogares mejoran en inclusión social después de la intervención, y el valor del indicador sintético se incrementa un 9,8% en promedio por hogar, un aumento estadísticamente significativo con una confianza del 95%.

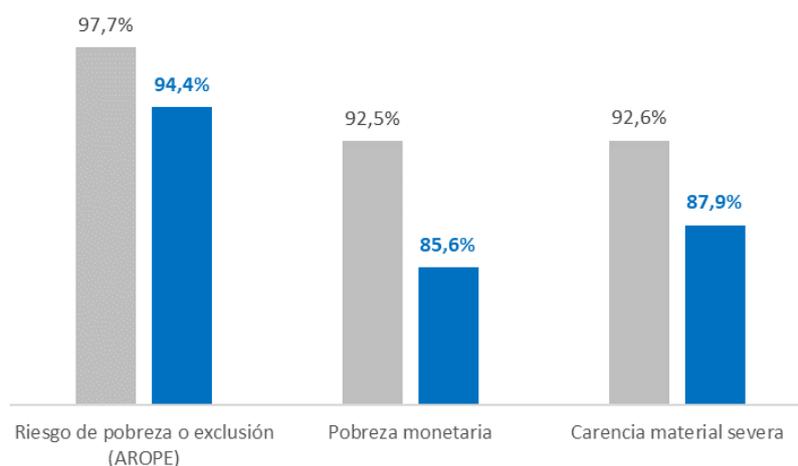
El carácter multidimensional de la inclusión, y la interconexión entre sus dimensiones, se refleja en el hecho de que aumenten todos los indicadores sintéticos que componen la inclusión (menos las competencias digitales). El indicador de salud es el que más crece (+19,7%), seguido de los de integración comunitaria (+15,1%), responsabilidad parental (14,7%), vivienda (13,3%), educación (12,3%) y, de forma más leve, empleabilidad (6,0%) (Figura 7). Todos los aumentos son estadísticamente significativos con una confianza del 95%.

Figura 7: Inclusión social. Variación (%) de los componentes del indicador sintético



El progreso en inclusión se acompaña de la **reducción de la pobreza**. Después de la intervención, se reducen la carencia material y el porcentaje de hogares bajo el umbral de la pobreza. El resultado es la disminución del riesgo de pobreza o exclusión social. El porcentaje de hogares en riesgo de pobreza o exclusión se reduce cerca de un 3% después de la intervención (de 97,7% a 94,4%), una variación estadísticamente significativa con una confianza del 90%.

Figura 8: Pobreza. Porcentaje de hogares en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE), con pobreza monetaria y carencia material severa: antes y después de la intervención



Este progreso es el fruto de dos fenómenos: por un lado, cae el peso de los hogares con pobreza monetaria (-7,5%, disminución estadísticamente significativa con una confianza del 95%); por otro, se reduce el porcentaje de hogares con carencia material severa (-5,0%, caída estadísticamente significativa con confianza del 90%) (Figura 8).