

# Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Cáritas Española – ACCEDE: Proyecto de Atención Integral para la Lucha contra la Exclusión social

Abril 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 Cáritas, 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 han participado, Yarine Fawaz, investigadora del CEMFI, Laura Hospido investigadora del Banco de España y del CEMFI y Júlia Martí Llobet investigadora del Banco de España, bajo la coordinación de Mónica Martínez-Bravo (hasta el 8 de enero de 2024) y Samuel Bentolila, profesores del CEMFI. Las que 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. Los investigadores se comprometen a seguir explorando y proporcionando resultados más precisos y actualizados para el beneficio de la comunidad científica y la sociedad en general.

# Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SU CONTEXTO</b> .....	<b>10</b>
2.1 INTRODUCCIÓN.....	10
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL .....	12
2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES .....	13
<b>3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>16</b>
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO.....	17
3.2 HIPÓTESIS .....	18
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	19
3.4 INDICADORES .....	21
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO .....	23
<b>4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b> .....	<b>26</b>
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	26
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA .....	28
4.3 GRADO PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS .....	32
<b>5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>34</b>
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS .....	34
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	35
<b>6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>42</b>
<b>APÉNDICE</b> .....	<b>44</b>
GESTIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA .....	44
EQUILIBRIO DE LA MUESTRA.....	46

## 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).
- El presente documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del proyecto “ACCEDE: Proyecto de Atención Integral para la Lucha contra la Exclusión social”, que ha sido llevado a cabo por la **cooperación entre el MISSM y Cáritas española**, entidad del tercer sector dedicada la acción caritativa y social de la Iglesia Católica en España.
- Este estudio evalúa una **intervención para reducir la exclusión social y aumentar la integración sociolaboral a través de una atención personalizada y acompañamiento intensivo** comparada con el modelo de apoyo tradicional de Cáritas. El **grupo de tratamiento** recibió, al margen del apoyo tradicional, una serie de actuaciones personalizadas entre las que destacaban la formación en competencias digitales para el acceso a derechos e interacción con las Administraciones Públicas y los talleres o actuaciones grupales y comunitarias para el aumento del nivel de interacción e integración sociolaboral. En este grupo, las parroquias crearon el espacio físico denominado “ACCEDE”, donde los participantes realizan el itinerario personalizado, incluyendo las formaciones previstas y los talleres o dinámicas grupales. Además, y tenían acceso a internet y recursos informáticos. El **grupo de control** recibió los servicios tradicionales de acompañamiento de Cáritas orientados a cubrir las necesidades básicas de las familias.
- El proyecto tuvo lugar en el **área de influencia de las 18 Cáritas Diocesanas** que lo ejecutaron: (Barbastro-Monzón, Barcelona, Bilbao, Cartagena-Murcia, Ciudad Real, Huelva, Huesca, Madrid, Mallorca, Mérida-Badajoz, Ourense, La Rioja, Salamanca, Segorbe-Castellón, Sigüenza-Guadalajara, Tenerife y Zamora) y participaron 2.625 personas (1.420 en el grupo de tratamiento y 1.205 en el grupo de control).
- En término medio, el 66% de los participantes se encontraba en situación de desempleo y el 14% no habían terminado la educación primaria. Aproximadamente, una cuarta parte de los participantes eran hombres. Previa a la intervención, más del 70% de los participantes vivía en alquiler y había experimentado impagos en los suministros del hogar más de una vez en los últimos seis meses.
- La participación por parte del grupo de tratamiento ha sido dispar entre las distintas actuaciones. La actuación correspondiente al itinerario personalizado ha sido la que mayor participación ha registrado, un 86,5% de participación.
- Los principales resultados de la evaluación son los siguientes:
  - **Mejora de los ingresos:** el tratamiento aumenta los ingresos totales por persona durante los últimos seis meses en 797€.
  - **Mejora de la empleabilidad:** la ayuda de empleo personalizada de Cáritas ha tenido un efecto positivo y significativo en todos los indicadores que miden la empleabilidad:

- El tratamiento aumenta el **número de ofertas de trabajo** a las que se presentan los participantes en 0,12 desviaciones estándar
  - El tratamiento aumenta el **número de entrevistas realizadas** en 0,07 desviaciones estándar
  - El tratamiento aumenta las **acciones formativas ocupacionales** en 0,37 desviaciones estándar
  - El tratamiento aumenta las **acciones de formación laboral** en 0,23 desviaciones estándar.
- **El tratamiento garantiza los derechos:** El tratamiento personalizado de Cáritas tiene un efecto positivo de 0,14 desviaciones estándar en el grado de acceso a derechos. La intervención ayuda a los participantes a conocer sus derechos y algunos han comenzado a reclamar prestaciones sociales o ayudas a las que tienen derecho.
  - **Reducción de la brecha digital:** gracias al espacio “ACCEDE” y el acceso a internet y los recursos informáticos facilitados por Cáritas, los participantes del grupo de tratamiento han aumentado: (i) su **uso de internet** con fines laborales en 0,30 desviaciones estándar; (ii) su **acceso a internet** en el **domicilio** en 0,19 desviaciones estándar; y (iii) su **acceso a internet por cualquier medio** en 0,16 desviaciones estándar.
  - **Aumento de las relaciones sociales:** El tratamiento personalizado de Cáritas ha aumentado el grado de participación en algún grupo de su entorno en 0,48 desviaciones estándar.

# 1 Introducción

## Marco Normativo General

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

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

En el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR)<sup>3</sup>, 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

---

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

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

<sup>3</sup> 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.

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:

- **Fase I: Real Decreto 938/2021**<sup>4</sup>, 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 350<sup>5</sup> y al indicador de seguimiento 351.1<sup>6</sup> del PRTR.
- **Fase II: Real Decreto 378/2022**<sup>7</sup>, 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 socio laboral 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,

---

<sup>4</sup> 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).

<sup>5</sup> 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».

<sup>6</sup> 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».

<sup>7</sup> 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).

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 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 socio laboral en los beneficiarios del IMV, perceptores de rentas mínimas autonómicas y en otros colectivos vulnerables. 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 38 evaluaciones 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 Políticas de Inclusión*.

Para la puesta en marcha y desarrollo del *Laboratorio de Políticas de Inclusión*, la Secretaría General de Inclusión ha establecido un marco de gobernanza que ha permitido establecer una metodología clara y potencialmente escalable para el diseño 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 Políticas de Inclusión* cuenta con un Comité Ético<sup>8</sup>, 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 “ACCEDE: Proyecto de Atención Integral para la Lucha contra la Exclusión social”, ejecutado en el marco del Real Decreto 938/2021<sup>9</sup> por Cáritas (Confederación oficial de entidades de acción caritativa y social de la Iglesia católica), entidad del Tercer Sector de Acción Social, dedicada a la acogida y acompañamiento a las personas vulnerables y excluidas. Este informe contribuye al cumplimiento del hito 351 del PRTR “Tras la finalización de al menos 18 proyectos piloto publicación de una evaluación sobre la cobertura, efectividad y éxito del IMV, incluyendo recomendaciones para aumentar el nivel de solicitud y mejorar la efectividad de las políticas de inclusión social”.

---

<sup>8</sup> Regulado por la Orden ISM/208/2022, de 10 de marzo, por la que se crea el Comité Ético vinculado a los itinerarios de inclusión social, con fecha de 22/07/2022 emitió un informe favorable para la realización del proyecto objeto del informe.

<sup>9</sup> Con fecha 21 de enero de 2022, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la SGI y Cáritas Española 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 1 de febrero de 2022 (BOE núm.27).

## Contexto del proyecto

El proyecto va dirigido a los colectivos de personas más vulnerables, en riesgo de pobreza y exclusión social, que están siendo atendidos en las Cáritas Parroquiales de las Diocesanias participantes en el proyecto. Estas personas en riesgo de pobreza y exclusión social se encuentran en un estado de vulnerabilidad, viviendo día a día en una situación de necesidad inmediata. La pobreza y la exclusión social debe entenderse desde un prisma multidimensional, que no tiene que ver solamente con lo puramente material y de renta, sino que es un problema con diferentes causas, como las dificultades para acceder a determinados bienes y servicios que se consideran deseables para tener un nivel de bienestar adecuado, o la dificultad para participar socialmente en el entorno.

Por ende, la exclusión social se manifiesta desde diversos ámbitos y tiene diferentes consecuencias. Por ejemplo, la falta de acceso a recursos digitales o la falta de conocimientos digitales de estos supone que, en un mundo cada vez más digital, la capacidad de las personas de integrarse a nivel social y laboral, y de hacer efectivo su acceso a los derechos sociales se vea mermada por esta brecha digital, que afecta más a las personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social.

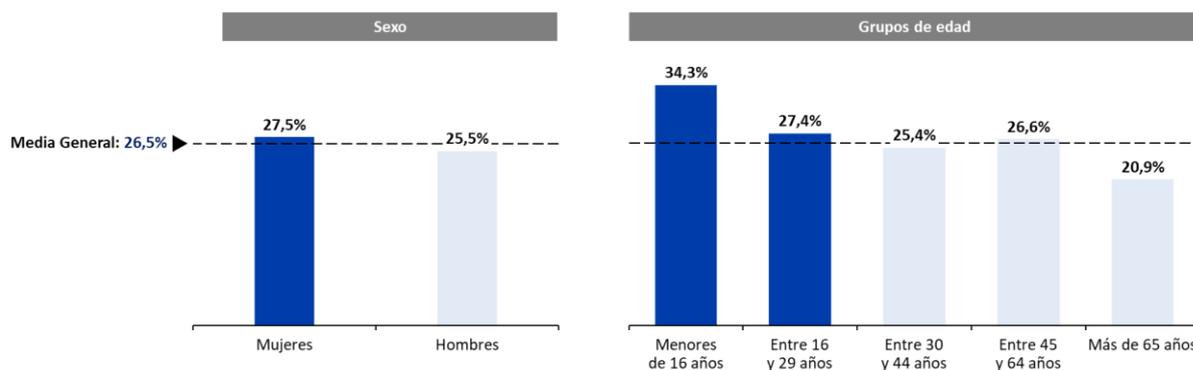
Sin una cobertura de las necesidades básicas, sin integración laboral, sin la capacidad de acceder al ejercicio de los derechos por parte de las personas y sin redes de apoyo social, dificulta la integración de las personas en riesgo de exclusión social y pobreza.

Para la Fundación FOESSA<sup>10</sup> (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada, impulsada por Cáritas), la exclusión social es “un fenómeno de acumulación de dificultades en distintos ámbitos, lo que incluye la pobreza económica pero también el empleo, la vivienda, las relaciones sociales o el acceso a sistemas de protección social”. En este sentido, la exclusión social debe entenderse como un proceso de varias capas, que van alejando al individuo de la integración conforme se van acumulando.

Bajo un enfoque más puramente económico y ocupacional, la Encuesta de Condiciones de Vida (INE) publica la tasa AROPE<sup>11</sup>, que mide el grupo de personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Según este indicador, en 2023 alrededor de 12,6 millones de personas estuvieron en riesgo de pobreza o exclusión social en España, lo que supone el 26,5% de la población. Por sexo, el colectivo de mujeres presentó 2 puntos porcentuales más de tasa de pobreza o exclusión social que los hombres (25,5%). Además, la infancia (menores de 16 años) y la juventud (entre 16 y 29 años) fueron las franjas de edad que mostraron también las mayores tasas de exclusión social durante el año 2023, con un 34,3% y 27,4%, respectivamente

---

<sup>10</sup> Constituida en 1965, esta fundación trata de conocer de forma objetiva la situación social en España. Realiza investigación empírica a través de sus informes sobre la situación y el cambio social en España.

**Figura 1: Tasa AROPE por sexo y grupo de edad (% sobre el total de cada grupo, 2023)**

Fuente: ECV (INE)

Además, la reciente crisis sanitaria y económica generada tras la COVID-19 no ha ayudado a mitigar este fenómeno. Según los datos de FOESSA, el número de personas en riesgo de exclusión social ha aumentado desde los 8,6 millones antes de la pandemia (2018) hasta los más de 11 millones en 2021 (último dato disponible). Aunque no con esta intensidad, según el indicador AROPE, el porcentaje de hogares en riesgo de pobreza o exclusión social ha aumentado ligeramente, pasando del 26,2% en 2019 hasta el 26,5% en la actualidad (2023).

En este contexto donde la situación del riesgo de pobreza y exclusión social en España afecta a más de un cuarto de la población, el objetivo del proyecto piloto ACCEDE es contribuir al acceso y ejercicio de derechos de las personas que sufren esta situación mediante el desarrollo de sus capacidades.

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

La carta de derechos fundamentales de la Unión Europea en su articulado recoge el derecho a la seguridad y ayuda sociales con el fin de garantizar la vida digna de todas aquellas personas que no dispongan de recursos suficientes. Del mismo modo que la Carta de derechos fundamentales, el proyecto piloto “ACCEDE” entiende como colectivos en situación o riesgo de exclusión social a la infancia y juventud, personas mayores y personas con discapacidad.

La Unión Europea y sus estados miembros han venido configurando la lucha contra la pobreza y la exclusión social como uno de sus objetivos específicos, tal y como se establece desde el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (artículos 151 y 153), que entró en vigor en 2009. Siguiendo esta estela, el Pilar Europeo de Derechos Sociales (PEDS), proclamado en 2017 por el Parlamento Europeo, el Consejo Europeo y la Comisión Europea en la Cumbre de Gotemburgo, consta de 20 pilares en derechos sociales cuyo objetivo es construir una Europa más fuerte, justa, inclusiva y llena de oportunidades.

En el plano nacional cabe destacar la Estrategia Nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social (2019-2023), que busca combatir la pobreza, especialmente la infantil, y reducir la desigualdad y la disparidad de los niveles de rentas en nuestro país. Con esta estrategia se da respuesta a la creciente demanda social de hacer frente a las situaciones de pobreza y exclusión social,

y se contribuye a un crecimiento económico justo que tenga en cuenta a todas aquellas personas que han sufrido de forma especialmente severa las últimas crisis económicas.

Por su parte, a nivel autonómico podemos encontrarnos con regulaciones específicas en materia de rentas mínimas que, junto con otros planes regionales y municipales, completan el panorama nacional de estrategias de lucha contra la pobreza y la exclusión social.

Este proyecto piloto está alineado con las estrategias europeas y nacionales en el ámbito de la lucha contra la pobreza y la exclusión social, así como con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, contribuyendo específicamente a los ODS 1, 2, 8, 10 y 11.

Cáritas ha concebido un proyecto dirigido a aumentar el nivel de inclusión sociolaboral de sus participantes, aumentando su capacidad de autonomía en materia económica, de acceso a servicios públicos y de desarrollo de espacios relacionales.

El objetivo científico del proyecto es discernir si los itinerarios orientados a ofrecer derechos a las personas y empoderarlas para que puedan ser autosuficientes en sus decisiones resultan ser más eficaces y eficientes frente al apoyo y acompañamiento tradicional ofrecido por Cáritas.

El marco de gobernanza configurado para una gestión eficiente y eficaz del proyecto incluye a los siguientes actores:

- **Cáritas** (Confederación oficial de entidades de acción caritativa y social de la Iglesia católica), como entidad responsable de la ejecución del proyecto. Constituida en 1947, tiene por objeto realizar la acción caritativa y social de la Iglesia en España, a través de sus miembros confederados.

Cáritas promueve el desarrollo integral de las personas, especialmente los más pobres y excluidos a través del acompañamiento a las personas vulnerables. Promueven el empoderamiento de las personas para que defiendan sus derechos desde tres ámbitos fundamentales del desarrollo integral: necesidades básicas, sentido de la vida y participación social.

Dentro de Cáritas, existen un total de 70 Cáritas Diocesanas (CCDD) que se encargan de coordinar, orientar y promover la acción caritativa y social en sus diócesis respectivas. En concreto, 18 de estas CCDD han sido las ejecutoras finales del proyecto en su ámbito geográfico de actuación.

La dilatada experiencia en el marco del acompañamiento a personas vulnerables y en riesgo de exclusión social avala a Cáritas como responsable idónea para la ejecución de este proyecto.

- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones** (MISSM), como financiador del proyecto y responsable de la evaluación RCT. Por ello, la Secretaría General de Inclusión asume una serie de compromisos con Cáritas:

- 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 Ético.
- **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, las intervenciones concretas asociadas a cada grupo experimental, y el público objetivo al que se dirige la intervención. A continuación, la **sección 3** contiene información relativa al **diseño de la evaluación**, definiéndose la Teoría del Cambio vinculada con el proyecto y las hipótesis, fuentes de información e indicadores utilizados. En la **sección 4** se describe la **implementación de la intervención**, analizando la muestra, los resultados de la aleatorización y el grado de participación y desgaste de la intervención. A este apartado le sigue la **sección 5** donde se presentan **los resultados de la evaluación**, con un análisis pormenorizado del análisis econométrico llevado a cabo y los resultados para cada uno de los indicadores utilizados. Las **conclusiones** generales de la evaluación del proyecto se describen en la **sección 6**. Finalmente, en el apéndice relativo a la **Gestión económica y normativa** del proyecto 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. El Comité Ético emitió su aprobación para el desarrollo de la presente evaluación el 4 de octubre de 2022.

## 2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que Cáritas implementó en el marco del proyecto de evaluación. Se describe la población objetivo y el marco territorial, y se describe la intervención en detalle.

### 2.1 Introducción

Con este proyecto y su evaluación se busca aprender si los itinerarios orientados a ofrecer derechos de las personas y empoderarlas para que puedan ser autosuficientes en sus decisiones son más eficaces y eficientes que los itinerarios clásicos del modelo actual de Cáritas, orientados a cubrir las necesidades de las personas. El proyecto piloto recoge los siguientes objetivos específicos:

- A corto plazo:
  - Los participantes estabilizan su situación cubriendo las necesidades básicas.

- Los participantes se involucran en procesos de formación y colaboración, asumiendo retos.
- Los participantes acuden al espacio ACCEDE y se relacionan.
- A medio plazo:
  - Los participantes mejoran su acceso a bienes y servicios sociales.
  - Los participantes mejoran sus capacidades para la integración digital y laboral.
  - Los participantes mejoran su situación relacional.
- A largo plazo:
  - Las personas y sus familias acceden a los recursos sociales como sujetos de derecho, y cuentan con redes de apoyo más estables, facilitando su integración sociolaboral

El proyecto piloto ACCEDE de Cáritas se constituye como un modelo de empoderamiento y acceso a derechos. A través de un itinerario personalizado se busca promover el acceso a los derechos y la activación y desarrollo de las capacidades de las personas para su integración en la sociedad y en el mercado laboral, haciendo hincapié en las habilidades digitales como medio catalizador de este acceso.

El proyecto se implementa en 18 Cáritas Diocesanas (CCDD) de diferentes Comunidades Autónomas. El reto último de este proyecto piloto era generar aprendizaje (*know how*) para poder escalarse en todas las Cáritas Diocesanas.

Se han realizado estudios científicos que pueden relacionarse con el proyecto, como por ejemplo en el ámbito de la lucha contra la exclusión social, dónde destaca el estudio llevado a cabo por McFarland (2017), el cual proporciona una batería de experimentos relacionados con los ingresos básicos. Algunos de estos experimentos utilizan la metodología de ensayo aleatorio controlado, lo que los convierte en una referencia importante para comprender el efecto de políticas públicas que ofrecen ingresos básicos.

En la literatura científica existen precedentes que muestran resultados positivos de programas de apoyo. Destaca el estudio sobre el programa piloto B-MINCOME (Todeschni y Sabes-Figuera, 2019), implementado en la ciudad de Barcelona que evaluó una política innovadora que combina transferencias monetarias con medidas de inclusión social y laboral, tales como formaciones o actividades de socialización. Los resultados indicaron una reducción en la carencia de recursos materiales y precariedad alimentaria, así como mejoras en la satisfacción con la vida, calidad del sueño y participación comunitaria. No obstante, no se evidenció un efecto significativo en la situación laboral ni en la percepción de la salud.

Además, actualmente, en Estados Unidos se está llevando a cabo un estudio relevante sobre el impacto de un programa diseñado para ayudar a adultos a superar desafíos económicos (Espinosa, Evans y Phillips, Elaboración en curso). El programa integral asigna tutores a los participantes para guiarlos en el establecimiento de metas y la creación de planes de acción, además de proporcionar

incentivos financieros. También se asigna personal de apoyo a los participantes para facilitar la inserción laboral y abordar las necesidades relacionadas con dependientes.

Respecto a la rama digital del tratamiento, también existe evidencia científica que lo respalda. El estudio de Lee et al. (2022), llevado a cabo en Corea del Sur, halló impactos positivos de la formación en alfabetización digital en el uso de dispositivos digitales entre adultos mayores de 65 años, evidenciando mejoras en el bienestar y en la función cognitiva. Por otro lado, Choudhary y Bansal (2022) realizaron una revisión de literatura sobre la efectividad de programas de formación digital, en diferentes ámbitos (rural/urbano) y para grupos de población en situación de exclusión (por motivos de género, edad, inmigración...) demostrando una diversidad de impactos que dependen en gran medida de la calidad de los servicios y la estructura del programa. Los autores encontraron que a nivel administrativo, la planificación y el diseño fueron los factores más determinantes para la efectividad del programa, mientras que en el plano individual, la falta de apoyo familiar afectaba significativamente el aprendizaje.

Además de la evidencia anterior relativa a RCT, para la concepción y definición del proyecto ACCEDE por parte de Cáritas se han utilizado dos referencias relevantes. Por un lado, la definición ofrecida por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2019), que establece una definición de pobreza y exclusión social refiriéndose a las diferentes dimensiones de pobreza (i) dimensión monetaria relacionada con los ingresos de los que dispone cada persona y (ii) dimensión material, relacionada con los bienes y servicios de los que efectivamente dispone la persona en cuestión. Por otro, Maíllo et al. (2019) realiza una definición de pobreza y exclusión social más detallada, revisándose el conjunto de 35 indicadores que sirven para el cálculo del Índice Sintético de Exclusión Social (ISES) creado por FOESSA. Así, FOESSA establece 8 dimensiones en su índice de exclusión social: (i) empleo, (ii) consumo, (iii) participación política, (iv) educación, (v) vivienda, (vi) salud, (vii) conflicto social y (viii) aislamiento social.

## 2.2 Población objetivo y ámbito territorial

La población objetivo está formada por personas vulnerables en riesgo de exclusión social que viven solas o están integradas en una unidad de convivencia y carecen de recursos económicos básicos para cubrir sus necesidades básicas; y, o bien son beneficiarias del IMV y/o renta mínima autonómica (RRMM), o bien cumplen los requisitos de estas ayudas, pero no acceden a las mismas. Esta concreción es relevante dado que el programa interviene a través de tres ejes; económico, social y relacional.

Para definir a la población objetivo de personas en riesgo de exclusión social se presta atención a los siguientes colectivos: la infancia y juventud; personas mayores y con discapacidad, migrantes, víctimas de violencia de género o de discriminación, personas sin hogar, personas procedentes de minorías étnicas, reclusos o exreclusos; personas con problemas de adicción y otras personas identificadas por Cáritas en situación de pobreza o riesgo de exclusión social.

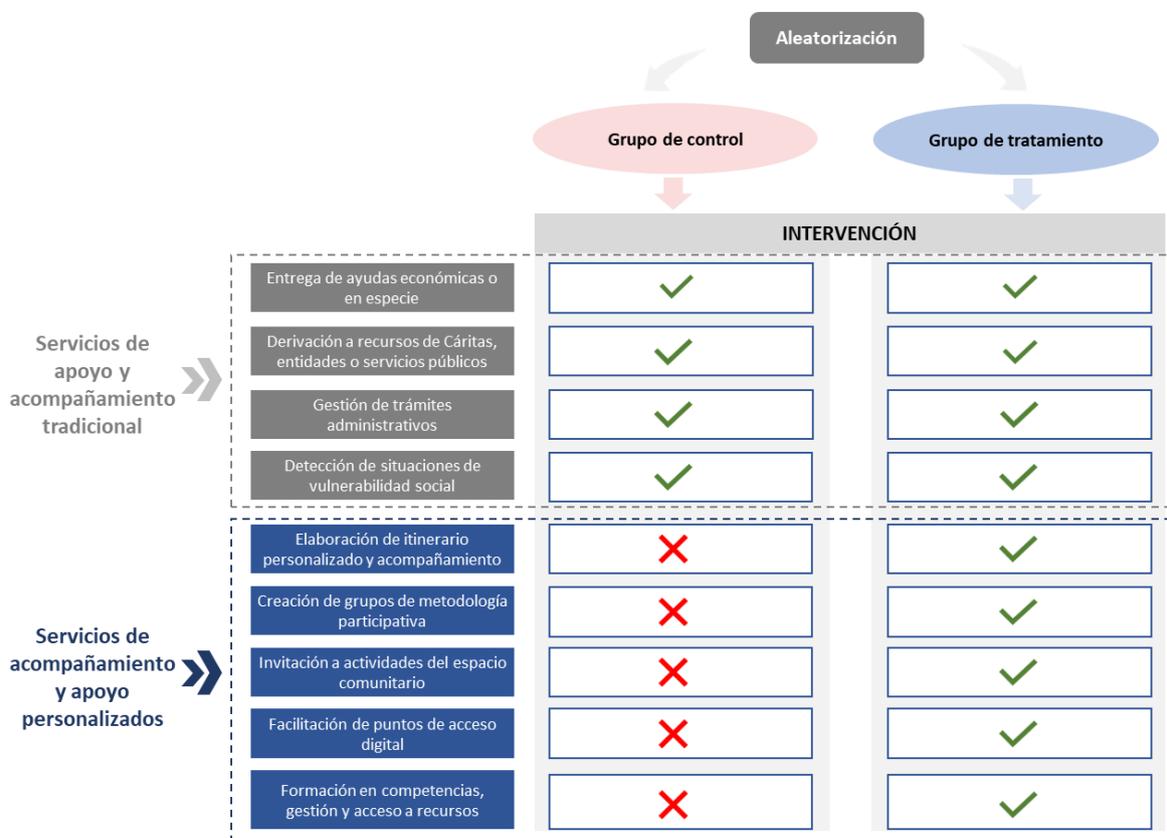
Se proporcionan más detalles sobre el proceso de captación en la **sección 3.5** en el marco del diseño de la evaluación.

El ámbito territorial del proyecto está conformado por el área de influencia de las 18 Cáritas Diocesanas (CCDD) ejecutoras del proyecto, siendo las que se detallan a continuación: CD Barbastro-Monzón, CD Barcelona, CD Bilbao, CD Cartagena-Murcia, CD Ciudad Real, CD Huelva, CD Huesca, CD Madrid, CD Mallorca, CD Mérida-Badajoz, CD Ourense, CD La Rioja, CD Salamanca, CD Segorbe-Castellón, CD Sigüenza-Guadalajara, CD Tenerife, y CD Zamora.

### 2.3. Descripción de las intervenciones

La estrategia de intervención tiene como objetivo mejorar la eficiencia del modelo de apoyo tradicional de Cáritas, aumentando el grado de autonomía e integración social y laboral de los participantes y, por ende, reduciendo su nivel de riesgo de exclusión social y de pobreza. De este modo la intervención que recibe el grupo de tratamiento es la novedosa que se indica a continuación, basada en el acompañamiento intensivo y apoyo personalizado, frente a una que está basada en cubrir las necesidades de las personas en los ámbitos exclusivos de entrega de ayudas económicas, derivación a otros recursos propios e instituciones públicas, gestión de trámites administrativos y detección de situaciones de vulnerabilidad social, entre otras. Con el objetivo de evaluar con rigor el impacto de la intervención los participantes se distribuyen de forma aleatoria en dos grupos: grupo de control, que recibe el modelo tradicional de apoyo y acompañamiento ofrecido por Cáritas, y el grupo de tratamiento, que, además de este apoyo, recibe una serie de actuaciones personalizadas como formación en competencias y capacidades digitales o por actuaciones grupales o de carácter comunitario para un aumento de su nivel de interacción e integración social. La **Figura 2** resume las actuaciones llevadas a cabo en cada uno de los modelos, tradicional y personalizado e intensivo, en función del grupo experimental que las recibe.

Figura 2: Esquema de intervención



El grupo de control y el de tratamiento comparten los servicios de apoyo y acompañamiento tradicional. Estos servicios consisten en ayudas económicas o en especie; el acceso a los recursos de Cáritas, entidades sociales o servicios públicos; la ayuda en la gestión de trámites administrativos o el servicio de detección de situaciones de vulnerabilidad social; entre otros.

De forma complementaria al apoyo tradicional, el grupo de tratamiento recibe una serie de actuaciones concretas personalizadas, entre las que destacan formaciones en competencias para acceder a derechos y capacitación digital, actividades para mejorar las relaciones con la comunidad y crear redes de apoyo u otra serie de actividades adaptadas a las necesidades concretas del participante. Además, para el grupo de tratamiento, las parroquias crearon un espacio físico denominado “ACCEDE”, donde los participantes disponen de conexión a internet y recursos informáticos para poder llevar a cabo muchos de estos servicios personalizados ofrecidos por Cáritas.

De esta forma, se pretende evaluar la eficacia de estas actuaciones personalizadas, con un acompañamiento intensivo, frente a un modelo de apoyo y acompañamiento tradicional. A continuación, se describe el contenido principal de ambos itinerarios:

### Servicios de apoyo y acompañamiento tradicional

Este servicio de apoyo de Cáritas, que es común al grupo de control y de tratamiento, consta de una batería de ayudas destinadas a cubrir las necesidades básicas de los receptores y sus familias o unidades de convivencia.

Entre estas actuaciones tradicionales se incluyen las ayudas económicas o en especie (alimentación, vestido, calzado, etc.), la derivación a servicios de Cáritas (economato o comedor social), servicios públicos u otras entidades (centros de salud, servicios sociales, recursos para infancia y adolescencia, etc.), la detección de situaciones de vulnerabilidad social (problemas de violencia de género, salud mental, adicciones, etc.), la ayuda en la gestión de trámites administrativos (requisitos y documentación del participante) o la información sobre recursos y servicios públicos y privados que los participantes pudieran necesitar (prestaciones sociales o ayudas a la dependencia, etc.).

### Servicios de apoyo y acompañamiento personalizados

Para los grupos de tratamiento, las parroquias crearon el ya mencionado espacio físico ACCEDE. En este espacio, los participantes disponen de ordenadores y recursos digitales, y reciben 8 actuaciones adicionales: (i) formación en gestiones, trámites y reclamaciones con administraciones, (ii) formación en el acceso al IMV y otras prestaciones, (iii) formación sobre técnicas de búsqueda activa de empleo, (iv) formación en competencias, gestión de servicios y acceso a recursos, (v) creación de grupos con metodología participativa, (vi) facilitación de puntos de acceso digital (dispositivos y conexión), (vii) acompañamiento intensivo de los distintos ámbitos de actuación y (viii) elaboración de un itinerario personal y comunitario consensuado. Esta última actuación es la primera actuación en el catálogo de actuaciones, tiene sentido que sea la primera porque se inicia la intervención con las personas con la elaboración de itinerario.

Es decir, al margen de las ayudas económicas y/o en especie, como al grupo de control, los participantes del grupo de tratamiento reciben también formaciones destinadas a la obtención de rentas por cuenta propia, como puede ser la formación para la obtención del IMV y otras prestaciones, o la formación para la búsqueda activa de empleo.

En cuanto al acceso a derechos, al margen de las actuaciones del grupo de control, que consisten en la derivación a servicios públicos y la gestión de trámites administrativos y la información sobre los recursos y servicios públicos, el grupo de tratamiento recibe una formación específica sobre cómo realizar estos trámites.

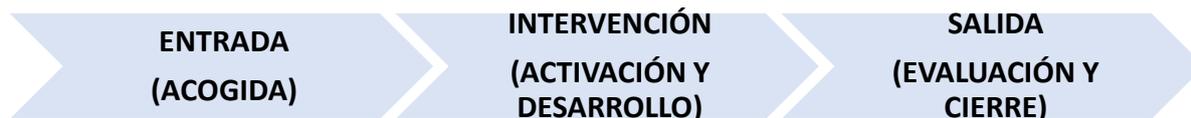
Además, un punto diferencial clave del grupo de tratamiento es la formación en competencias digitales. Estas acciones van dirigidas a la tramitación y obtención de ayudas como el IMV u otras prestaciones sociales, la búsqueda de empleo a través de canales digitales o el acceso a derechos y servicios públicos de forma digital.

Por último, al contar con medidas destinadas a incrementar su grado de participación social, el grupo de tratamiento recibe acciones concretas dirigidas a reducir su aislamiento y desconexión de la sociedad. El espacio ACCEDE también tiene por objeto servir de marco a las relaciones que se

establecen entre las personas que reciben las actuaciones dentro de este espacio, constituyéndose nuevas relaciones y redes de apoyo entre los participantes.

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

**Figura 3: Fases del tratamiento**



- En la **Entrada** se produce la acogida al programa y el primer contacto con el participante. Tanto los participantes de los grupos de tratamiento como del grupo de control dan su consentimiento a participar en el proyecto y realizan así la encuesta inicial o de línea de base. Esta encuesta recoge y registra la información de partida de interés sobre los participantes en varias materias como la económica, social, de acceso a derechos o de relaciones sociales.
- En la **Intervención o fase de activación y desarrollo**, se llevan a cabo las actuaciones de cada uno de los itinerarios de apoyo personalizado y acompañamiento intensivo. Los participantes del grupo de tratamiento reciben, además de los servicios tradicionales, una serie de actuaciones personalizadas y de carácter integral, con especial foco en la capacitación de competencias digitales. El espacio ACCEDE propicia un entorno adecuado para las acciones a desarrollar y permite a los participantes relacionarse y crear redes de apoyo entre ellos. Durante toda la fase de la intervención se realiza un seguimiento y asesoramiento permanente para asegurar el correcto desarrollo y ejecución de cada itinerario.
- La fase de **Salida** o de cierre se centra en la recogida de información, con retroalimentación con las mismas personas, a través de la encuesta final y en la evaluación de los resultados.

### 3 Diseño de la evaluación

Esta sección describe el diseño de la evaluación de impacto de los programas descritos en la sección anterior. Se describe la teoría del cambio que identifica los mecanismos y los 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 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 mostrar 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.

La perspectiva de cambio comienza con la identificación de una necesidad clara en un ámbito dado, en este caso es la evidencia de la situación social de exclusión social y laboral de las personas que acuden a las caritas parroquiales, a partir de esta necesidad se construye una cadena causal que está enfocada en el potencial de las personas para transformar su situación actual y, en consecuencia, la de sus familias gracias a conseguir dignificar su situación y hacer un uso efectivo de sus derechos con la meta de conseguir la integración sociolaboral plena. En definitiva, el cambio deseado es que las personas y sus familias vivan con dignidad, accedan a los recursos sociales como sujetos de derecho y cuenten con redes de apoyo facilitando su integración sociolaboral.

La teoría del cambio se basa en tres ejes, el eje económico, el de derechos sociales y el eje relacional. La situación de partida de los participantes en estos ejes es: La no cobertura de necesidades básicas, no contar con pleno acceso a derechos y una situación de aislamiento y/o conflictividad.

Los participantes irán pasando por varias fases (acogida, activación y desarrollo) e irán avanzando en los tres ejes mencionados anteriormente.

En cuanto al eje económico y el relativo a los derechos sociales, los participantes comenzarán estabilizando su situación a través de la cobertura de las necesidades básicas propias y de su núcleo de convivencia para posteriormente comenzar a involucrarse en procesos de formación y colaboración. En el medio plazo, consiguen mejorar su situación a través de una mejora en su acceso a bienes y servicios (mayores rentas, mejor acceso a educación y salud) y una integración digital y laboral (a través del entrenamiento de sus capacidades digitales y sus competencias laborales).

En cuanto al eje relacional, los participantes comienzan acudiendo al espacio ACCEDE y se relacionan con otros individuos y, en el medio plazo, consiguen mejorar su situación relacional gracias al establecimiento de lazos sociales y a su participación en actividades comunitarias.

Como ya se ha dicho anteriormente, la visión a largo plazo y objetivo final es que las personas y sus familias vivan con dignidad, accedan a los recursos sociales como sujetos de derecho y cuenten con redes de apoyo que faciliten su integración sociolaboral. La **Figura 4** ilustra el esquema de avance en los diferentes ejes por las distintas fases hacia la meta y el cambio deseado teniendo en cuenta la situación de partida:

**Figura 4. Esquema de la teoría del cambio hacia la inclusión laboral y social**



### 3.2 Hipótesis

El Proyecto ACCEDE plantea una serie de hipótesis a contrastar para evaluar el impacto de las actuaciones descritas en el proyecto, y cómo éstas contribuyen a la meta (que las personas dignifiquen su situación y accedan a los recursos sociales como sujetos de derecho) y al objetivo a largo plazo o cambio deseado (inclusión laboral y social).

A continuación, se exponen las hipótesis a contrastar:

### Aumento de ingresos o menores dificultades para llegar a fin de mes

La hipótesis postula que la participación en el programa ACCEDE de Cáritas supondrá mayores ingresos, o al menos, menores dificultades para llegar a fin de mes, en comparación con el servicio de acompañamiento tradicional.

### Mejora de empleabilidad

A fin de evaluar el efecto del proyecto piloto en la empleabilidad, se establece la hipótesis de que los participantes, a través del apoyo de empleo personalizado de Cáritas, mejoran significativamente los resultados de empleabilidad al ayudar a las personas a saber qué trabajo se ajusta a su propio conjunto de habilidades e intereses, y también, cómo buscarlo.

### Mejora de garantía de derechos

La hipótesis postula que recibir la formación sobre acceso al IMV y otras prestaciones, los participantes conocerán sus derechos y algunos empezarán a solicitar prestaciones sociales, o ayudas relacionadas con la educación, la salud, la vivienda, etc.

### Disminución de la brecha digital

Con el objetivo de evaluar los efectos sobre la brecha digital, se postula la hipótesis de que el colectivo tratado utilizará más internet como medio para resolver asuntos cotidianos gracias a la formación específica en habilidades digitales que recibirá.

### Mejora en relaciones sociales

Para examinar la validez de la intervención sobre las relaciones sociales, se considera la hipótesis de que el colectivo tratado mejora sus relaciones sociales gracias a las actividades desarrolladas en el espacio ACCEDE.

## 3.3 Fuentes de información

La principal fuente de información utilizada para recabar datos sobre los indicadores que se usan para confirmar o desmentir las hipótesis de partida, son los cuestionarios confeccionados específicamente con el objeto de la evaluación que elabora Cáritas en colaboración con el equipo evaluador de CEMFI, J-PAL Europa y el MISSM y que han sido respondidos por los participantes del estudio tanto en la fase previa al experimento (encuesta de línea de base) como al finalizar el mismo (encuesta de línea final), siempre con la ayuda y acompañamiento de los profesionales de Cáritas, gracias a una operativa informática que permite al profesional que realiza la entrevista volcar directamente la información en las bases de datos correspondientes.

La encuesta de línea de base tiene como finalidad entender exactamente cuál es la situación de partida de los participantes, mientras que la encuesta de línea final tiene como fin último entender cuál ha sido el efecto de proyecto piloto después de la ejecución del mismo.

La encuesta de línea base consta en origen de un cuestionario formado por más de 100 preguntas concretas divididas en los distintos ejes (económico, acceso a derechos y relacional), con diferentes subsecciones en función del ámbito al que se refieren dentro de cada eje.

Al principio se planteó un cuestionario de al menos 100 preguntas porque se asumía actuaciones de todos los ámbitos y se partía de al menos 35 indicadores. Con posterioridad para facilitar la medición y delimitar el itinerario definitivo se mantuvieron los tres ejes, pero se redujeron los ámbitos de incidencia para lograr los resultados intermedios y el impacto final esperados. Estos ámbitos son: Derecho a ingresos, derecho a empleo, derechos administrativos, derecho digital, aislamiento social y convivencia social. El resto de ámbitos se integran a través de las actuaciones informativas y formativas en el acceso a derechos sociales (consumo, salud, educación...), incluyendo un módulo transversal de formación en competencias digitales. Por tanto, se redujeron a 10 los indicadores de resultados intermedios y finales, presentes en las propias hipótesis de trabajo. De ahí que el cuestionario se configuró con 27 preguntas, manteniendo los tres ejes, pero reduciendo los ámbitos dónde se incidirían a través del catálogo de actuaciones comunes y específicas.

El resto de las preguntas del cuestionario sirven para analizar la contribución de Cáritas, como análisis interno.

A continuación, se presenta una breve descripción de la temática general de cada una de estas subdivisiones:

### Eje económico

- **Derecho al consumo (alimentación):** Preguntas destinadas a entender la situación del participante y su núcleo de convivencia en materia de alimentación. Intentando recabar información desde distintos ángulos: Número de comidas diarias, falta de alimentos recurrente o puntual, sustitución de alimentos normales por aquellos más baratos, calidad de la alimentación, etc.
- **Derecho al consumo (vestimenta):** Preguntas destinadas a entender la situación del participante en materia de acceso a vestimenta, haciendo énfasis en la capacidad del participante y su núcleo familiar en tener ropa y calzado para las diferentes estaciones y climatologías del año y para diferentes contextos (formal e informal)
- **Derecho a ingresos (rentas):** Esta subcategoría recaba información sobre la situación previa del participante en materia de acceso a prestaciones sociales, obtención de rentas salariales, otras fuentes de ingresos (familia, ONG, etc) y si esas rentas obtenidas son o no suficientes para cubrir los gastos del participante y su núcleo de convivencia.
- **Derecho al empleo:** Preguntas relacionadas con el historial laboral del participante o de la persona sustentadora de su núcleo de convivencia. Las cuestiones recaban información sobre la cantidad y calidad del empleo si lo hubiere, así como, de otras variables relacionadas con la participación en el mercado de trabajo (formaciones laborales, tenencia de currículum, acceso a ofertas de trabajo, realización de entrevistas, etc.)

### Eje acceso a derechos sociales

- **Derechos administrativos:** Preguntas con la finalidad de entender el estado de la situación del participante y su hogar en materia de poder ejercer sus derechos frente a las administraciones públicas (empadronamiento, documentación de identidad oficial, libro de familia, cuenta bancaria, etc.)
- **Brecha digital:** Cuestiones relacionadas con la calidad y frecuencia de las conexiones digitales desde el punto de vista material (número y calidad de los dispositivos), de acceso (conexión a internet y su calidad) y conocimientos (aptitudes digitales de los miembros del hogar)
- **Salud:** Preguntas relacionadas con el estado de salud e higiene del participante y los miembros de su unidad de convivencia. Las cuestiones están relacionadas con la salud en un sentido amplio: ejercicio, alimentación, acceso a servicios médicos y medicamentos, tratamientos especializados, adicciones...
- **Vivienda:** Cuestiones que abordan la situación del participante y su hogar en cuanto a su estado de residencia y características de su vivienda habitual, si la tiene.
- **Educación y formación:** Preguntas relacionadas con la educación de los menores en la unidad de convivencia del participante (escolarización, materiales escolares, acceso a escuelas infantiles, apoyo educativo, límites a la capacidad formativa)

#### Eje relacional

- **Aislamiento social:** Preguntas para entender el grado de aislamiento social y cómo se siente el participante al respecto
- **Convivencia social:** Preguntas para comprender el nivel de convivencia social y la situación de partida en relaciones con la comunidad del participante.

Por su parte, la encuesta de línea final contiene básicamente la misma información de la encuesta de línea de base, adicionalmente esta encuesta de línea final incluye un bloque adicional asociado con la auto percepción de condiciones de vida, que se ha incluido de manera generalizada en todos los itinerarios y que se explica a continuación.

#### Auto percepción de condiciones de vida

Se añade este bloque en el cuestionario final para conocer la autopercepción de las personas participantes sobre: grado de satisfacción vital general; satisfacción laboral; satisfacción sobre su nivel de ingresos; satisfacción con su estado de salud; y grado de mejora vital en el medio plazo (en comparación a un año atrás).

Las respuestas a esta encuesta de línea final se utilizan para construir la evolución de los indicadores y evaluar el impacto del proyecto piloto.

### 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. Todos los indicadores mostrados a continuación se han estandarizado para que tengan media igual a cero y desviación típica

igual a uno. A continuación se describe cada indicador y cuando es pertinente se presentan los valores que toman inicialmente, antes de la estandarización.

### Ingresos

Para la situación de ingresos de los participantes se utilizarán dos indicadores.

**Renta total mensual per cápita:** Está construido con la suma de ingresos procedentes de distintas fuentes en los últimos 6 meses. Las fuentes de ingresos utilizadas son: dinero de prestaciones sociales, dinero de rentas del trabajo y dinero de otras fuentes.

**Capacidad para llegar a fin de mes:** Medido a través del número de ocasiones en los que no se ha podido hacer frente al pago de suministros del hogar en los últimos 6 meses.

### Empleabilidad

Para medir la situación de empleabilidad se utilizan cuatro indicadores:

**Número de entrevistas de trabajo realizadas por el participante en los últimos 6 meses.**

**Número de ofertas de trabajo a las que se ha presentado el participante en los últimos 6 meses.**

**Número de acciones formativas para el empleo a las que se ha presentado el participante en los últimos seis meses.**

**Número de acciones de orientación laboral en las que ha participado en los últimos 6 meses.**

### Garantía de derechos

Se mide con un indicador:

**Grado de acceso a derechos sociales en los últimos 6 meses:** se formula a través de la utilización del índice de Anderson, con media 0 y desviación típica 1. Recoge la información de diversas preguntas del cuestionario que comprenden la experiencia en gestiones con Servicios Sociales, Salud Pública, Educación y Hacienda. En todas estas preguntas individuales la persona indica con una escala gradual de 6 estados si ha podido acceder a estos servicios y el grado de dificultad en la gestión de este acceso.

### Brecha digital

El efecto diferencial del tratamiento en reducción de la brecha digital de los participantes se mide con tres indicadores:

**Grado de uso de internet con fines personales, laborales, educativos, familiares o administrativos:** Construido a través de la utilización del índice de Anderson, con media 0 y desviación típica 1, utilizando variables cualitativas del cuestionario sobre la autopercepción de la capacidad de realizar trámites de diversa índole a través de internet. Al igual que en el índice anterior las preguntas elementales que componen este índice indican si la persona ha sido capaz realizar trámites en estos ámbitos y la dificultad que ha tenido en este proceso, también con una escala gradual de 6 estados.

**Acceso a internet en el domicilio:** Variable binaria que toma valor 1 cuando el participante tiene acceso a internet en el domicilio y 0 cuando no tiene acceso.

**Acceso a internet en cualquier sitio:** Variable binaria que toma valor 1 cuando el participante tiene acceso a internet también fuera del domicilio y 0 cuando no tiene acceso.

### Relaciones sociales

El aumento de la situación relacional de los participantes se mide con los dos siguientes indicadores.

**Grado de contacto habitual con otras personas de su entorno y recepción de los apoyos necesarios:** Construido con el Índice de Anderson, con media 0 y desviación típica 1. Se utilizan variables que hacen referencia a visitas a amigos y familiares, autopercepción de amor y afecto, posibilidad del participante de comunicar sus problemas personales y laborales a otras personas, recibir invitaciones para salir con otras personas, recibir consejos útiles ante acontecimientos importantes, recibir ayuda en situación de enfermedad y recibir ayuda en asuntos domésticos.

**Grado de participación en actividades grupales (implicación comunitaria):** Mide si la persona participa con periodicidad en algún grupo de su entorno en los últimos 6 meses (AMPA, parroquia, organización vecinal, etc.). Toma valores entre 1 (mínima implicación) y 3 (máxima implicación).

## 3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el efecto del tratamiento personalizado e integral frente al tradicional en los indicadores descritos en la sección anterior, se utiliza una evaluación experimental (RCT) en el que se asigna aleatoriamente a los participantes entre el grupo de tratamiento y el de control.

Dada la lógica de la intervención, donde el objeto es observar posibles mejoras en la atención a estos colectivos en estas materias, respecto de la mecánica que se estaba desarrollando anteriormente, el diseño compara el nuevo tratamiento que se quiere evaluar, respecto del tratamiento tradicional que se venía implementando, de este modo son asignados aleatoriamente las diversas parroquias participantes, bien a tratamiento (intervención a evaluar) o a control (metodología tradicional).

A continuación, se detalla el proceso de captación y selección de los beneficiarios de la intervención, así como la asignación aleatoria y el marco temporal del experimento.

### Captación de los beneficiarios de la intervención

La población objetivo de esta intervención son las personas en riesgo de exclusión social, pobreza o pobreza que ya formaban parte de la intervención llevada a cabo por las Cáritas parroquiales participantes o que tomaron contacto con las Cáritas parroquiales participantes durante la fase de captación de la intervención. Se considera que, dada la formulación del proyecto, no resulta viable la intervención en estas personas de manera diferenciada dentro de cada parroquia, en especial debido a la importancia del espacio ACCEDE de acceso comunitario, es por ello que aunque las acciones a realizar en último término se llevan a cabo sobre las personas, la unidad de aleatorización y sobre la que se articulan las acciones es la parroquia.

No existe ningún criterio específico a cumplir, sin embargo, la población objetivo son o bien personas beneficiarias del IMV o rentas mínimas, o bien personas que cumplen los requisitos para obtener dichas prestaciones, pero a fecha del proyecto piloto no acceden a las mismas. También forman parte de la población objetivo otras personas con riesgo de pobreza y exclusión social, como aquellas que viven solas o están integradas en unidades de convivencia y carecen de recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas (familias con menores a cargo, monoparentales, desempleados de larga duración, inmigrantes, personas en situación de calle, etc.). Personas que se incluyen en el proyecto, mediante las parroquias.

Las personas interesadas en participar firmaron el consentimiento informado con el que aprobaban su participación en el programa. Así, el colectivo firmante pasó a definir la muestra del estudio. Al haberse realizado la asignación aleatoria por parroquias, que un participante fuera a grupo de tratamiento o grupo de control estaba ya predeterminado según a la parroquia a la que perteneciera, si bien el participante no tenía conocimiento de este hecho previamente a la firma de este consentimiento.

#### 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.

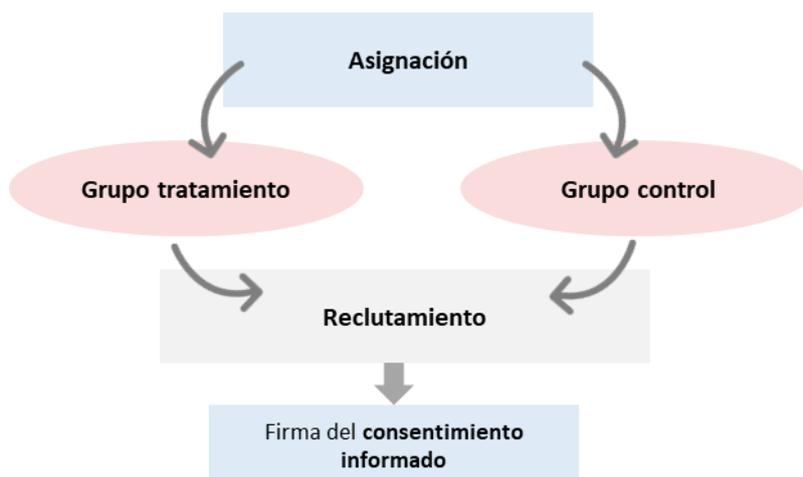
El consentimiento informado es necesario en la gran mayoría de investigaciones y podrá ser oral o escrito dependiendo de diferentes factores como la alfabetización de la población o los riesgos que suponga el consentimiento. Solo bajo circunstancias muy específicas, como cuando los riesgos potenciales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

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.

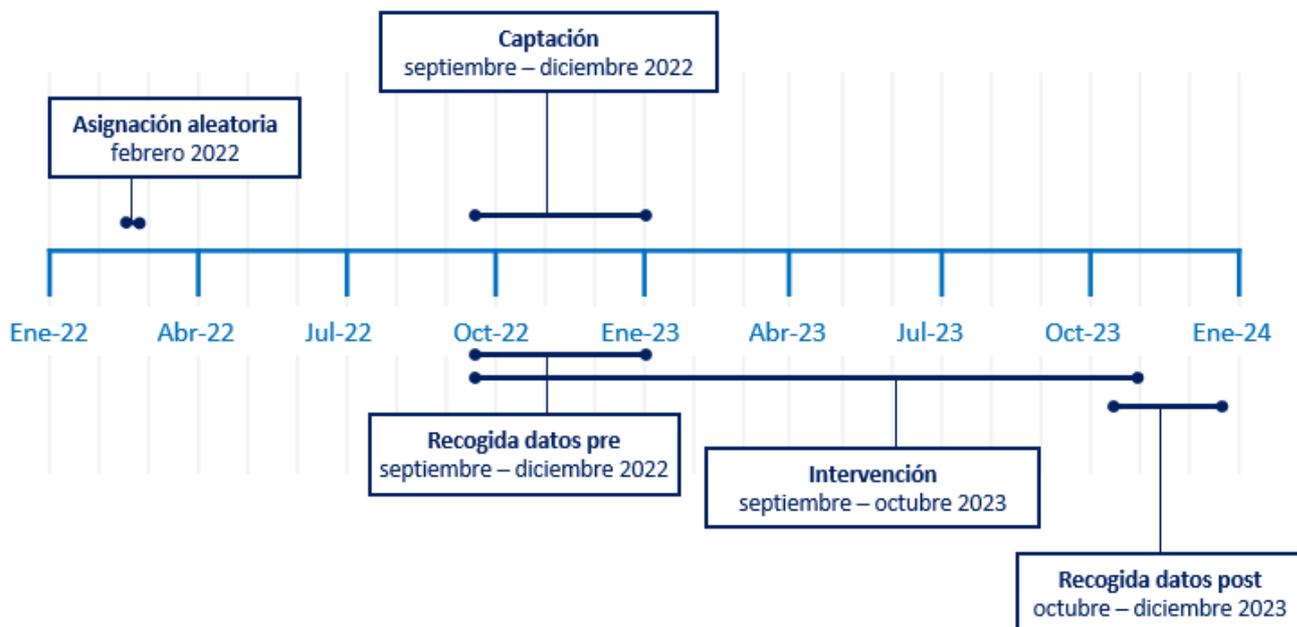
La unidad de aleatorización se conformó en la parroquia o en su defecto, la agrupación de parroquias (clúster), para buscar unidades homogéneas de cara a facilitar un equilibrio a priori entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. En cada clúster, la intervención, o en su caso el control, se dirigió a todas las familias que aceptaron participar en el proyecto firmando el consentimiento informado.

**Figura 5: Proceso de captación y aleatorización**



La **Figura 6** muestra la secuencia temporal del proceso de evaluación del proyecto. En febrero de 2022 se realizó la aleatorización, para asignar las agrupaciones de parroquias a los grupos de tratamiento y control. A continuación, en septiembre de 2022 comenzó el proceso de captación de las personas participantes en el proyecto piloto por parte de las parroquias, que se alargó hasta enero de 2023, llegando a la firma del consentimiento informado y la cumplimentación de la encuesta de línea de base 2.625 personas. Finalmente, en octubre de 2023 se produjo el cierre de la intervención, realizándose, posteriormente, la recogida de la encuesta de línea final que finalizó diciembre de 2023.

Figura 6: Marco temporal de la evaluación



## 4 Descripción de la implementación de la intervención

Esta sección describe los aspectos prácticos de cómo se implementó la intervención, en el marco del diseño de la evaluación. 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

El número de parroquias participantes originariamente es de 96, 48 en grupo de tratamiento y 48 en el grupo de control en 18 territorios diferentes.

Las personas elegibles en primera instancia para participar en el proyecto eran todas aquellas que ya estaban en intervención en las parroquias participantes o aquellas que acudiesen a las mismas durante el período de captación. En el listado de parroquias asignadas al proyecto había una proyección de 3.851 potenciales beneficiarios para el proyecto. No obstante, tras la fase de captación, se constata un reclutamiento de 2.625 personas, que fueron las que firmaron el consentimiento informado y respondieron a la encuesta de línea de base. Esta es la población que conforma la muestra final del estudio. De acuerdo con la aleatorización realizada por la Secretaría General de Inclusión (SGI) para

las parroquias participantes, 1.205 familias forman parte del grupo control (46%) y 1.420 del grupo de tratamiento (54%).

### Características de la muestra final de la evaluación

La **Tabla 1** muestra las estadísticas descriptivas de los participantes en el momento de su entrada al proyecto. La edad media de los participantes del proyecto era de 43,67 años, de los que un 27% eran hombres y el 73% restante eran mujeres. Un 39% de los participantes eran de nacionalidad española y el número de miembros medio de las unidades de convivencia era ligeramente superior a 3.

Sólo un 16% se encontraba trabajando, mientras que el 66% de los participantes se encontraba en situación de desempleo, estando el 18% restante en situación de inactividad.

El nivel de estudios más común era, con un 51% la agrupación de Educación primaria o ESO o FP básica, mientras que un 72% de los participantes vivía en una vivienda alquilada o realquilada y la media de ingresos del hogar en los últimos 6 meses ascendía a 1.274,64 €.

Por último, el 71% de los participantes disponía de acceso a internet en su domicilio y un 84% podía acceder a internet desde cualquier lugar.

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

Variable	Obs.	Media	Desviación		
			Típica	Mínimo	Máximo
<i>Variables sociodemográficas (pre-intervención)</i>					
Tratamiento	2.625	0,54	0,50	0,00	1,00
Edad	2.625	43,67	12,84	18,00	92,00
Hombre	2.625	0,27	0,44	0,00	1,00
País de Nacimiento: España	2.625	0,39	0,49	0,00	1,00
Nacionalidad española	2.625	0,46	0,50	0,00	1,00
Nº de miembros	2.625	3,09	1,58	1,00	11,00
Ciudadanía: Extracomunitario/a	2.625	0,46	0,50	0,00	1,00
Ciudadanía: Español/a	2.625	0,46	0,50	0,00	1,00
Ciudadanía Comunitario/a no español	2.625	0,04	0,20	0,00	1,00
Ciudadanía: Familiares de comunitarios	2.625	0,02	0,12	0,00	1,00
Ciudadanía: Extracomunitario/a familiar de español/comunitario	2.625	0,02	0,13	0,00	1,00
Trabajando	2.625	0,16	0,36	0,00	1,00
Parado	2.625	0,66	0,47	0,00	1,00
Inactivo	2.625	0,18	0,38	0,00	1,00
Sin alfabetizar	2.625	0,14	0,34	0,00	1,00

Educación primaria o ESO o FP básica	2.625	0,51	0,49	0,00	1,00
Bachillerato o FP medio	2.625	0,21	0,40	0,00	1,00
Universidad o FP superior	2.625	0,13	0,33	0,00	1,00
Vivienda individual	2.625	0,84	0,36	0,00	1,00
Vivienda compartida	2.625	0,14	0,34	0,00	1,00
Infravivienda o sin vivienda	2.625	0,02	0,13	0,00	1,00
Propiedad pagada o pagando	2.625	0,16	0,36	0,00	1,00
Alquilada o realquilada	2.625	0,72	0,45	0,00	1,00
Ocupada o cedida	2.625	0,12	0,33	0,00	1,00
<i>Indicadores de resultados (pre-intervención)</i>					
Impagos de los suministros del hogar en los últimos 6 meses	2.625	1,35	2,00	0,00	6,00
Ofertas de trabajo a las que te has presentado en los últimos 6 meses	2.625	4,53	12,86	0,00	120,00
Entrevistas realizadas en los últimos 6 meses	2.625	1,02	4,02	0,00	80,00
Acciones formativas ocupacionales en los últimos 6 meses	2.625	0,33	1,13	0,00	22,00
Acciones de formación laboral en los últimos 6 meses	2.625	0,51	1,86	0,00	48,00
Grado de participación en algún grupo en los últimos 6 meses	2.625	1,34	0,70	1,00	3,00
Media de ingresos en los últimos 6 meses	2.625	1.274,64	1.113,25	0,00	10.966,67
Nivel de éxito en la gestión de servicios públicos en los últimos 6 meses	2.625	3,47	1,28	1,00	6,00
Nivel de destreza en el uso de internet con fines personales	2.625	4,15	1,48	1,00	6,00
Nivel de inclusión social	2.625	3,41	1,12	1,00	5,00
Acceso a internet domicilio	2.625	0,71	0,45	0,00	1,00
Acceso a internet por cualquier medio	2.625	0,84	0,37	0,00	1,00

## 4.2 Resultados de la asignación aleatoria

Con el objetivo de comprobar que la asignación aleatoria, se define un grupo de control y un grupo de tratamiento estadísticamente comparables, 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.

La **Tabla 2** muestra los resultados de la asignación aleatoria, detallando el número de participantes asignados a cada grupo y desglosando esta información según la parroquia o clúster de parroquias, que es la variable de aleatorización empleada en este proyecto piloto. Según se ha indicado en la **sección 3.5**, la asignación aleatoria se realizó antes de la captación de los participantes, por lo que en el momento de dicha asignación aleatoria el total de potenciales personas beneficiarias fue de 3.851.

**Tabla 2: Resultado de la asignación aleatoria**

Parroquias			Personas		
CCDD	Tratamiento	Control	Tratamiento	Control	Total
Barbastro	1	1	33	33	66
Barcelona	4	4	200	200	400
Bilbao	1	1	50	50	100
Cartagena	3	3	208	173	381
Ciudad Real	3	3	90	88	178
Huelva	4	4	160	160	320
Huesca	1	1	60	60	120
La Rioja	2	2	60	60	120
Madrid	6	6	195	195	390
Mallorca	2	2	140	140	280
Menorca	2	2	60	60	120
Mérida-Badajoz	4	4	120	120	240
Ourense	2	2	80	80	160
Salamanca	4	4	119	119	238
Segorbe	1	1	100	100	200
Sigüenza-Guadajara	3	3	135	140	275
Tenerife	4	4	74	74	148
Zamora	1	1	70	45	105
TOTAL	48	48	1.954	1.897	3.851

A continuación, se muestran los resultados de los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento en la **Figura 7**<sup>12</sup>. 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

<sup>12</sup> Véase la **Tabla 12** en el [Apéndice](#) para el detalle de los resultados de las pruebas de balance.

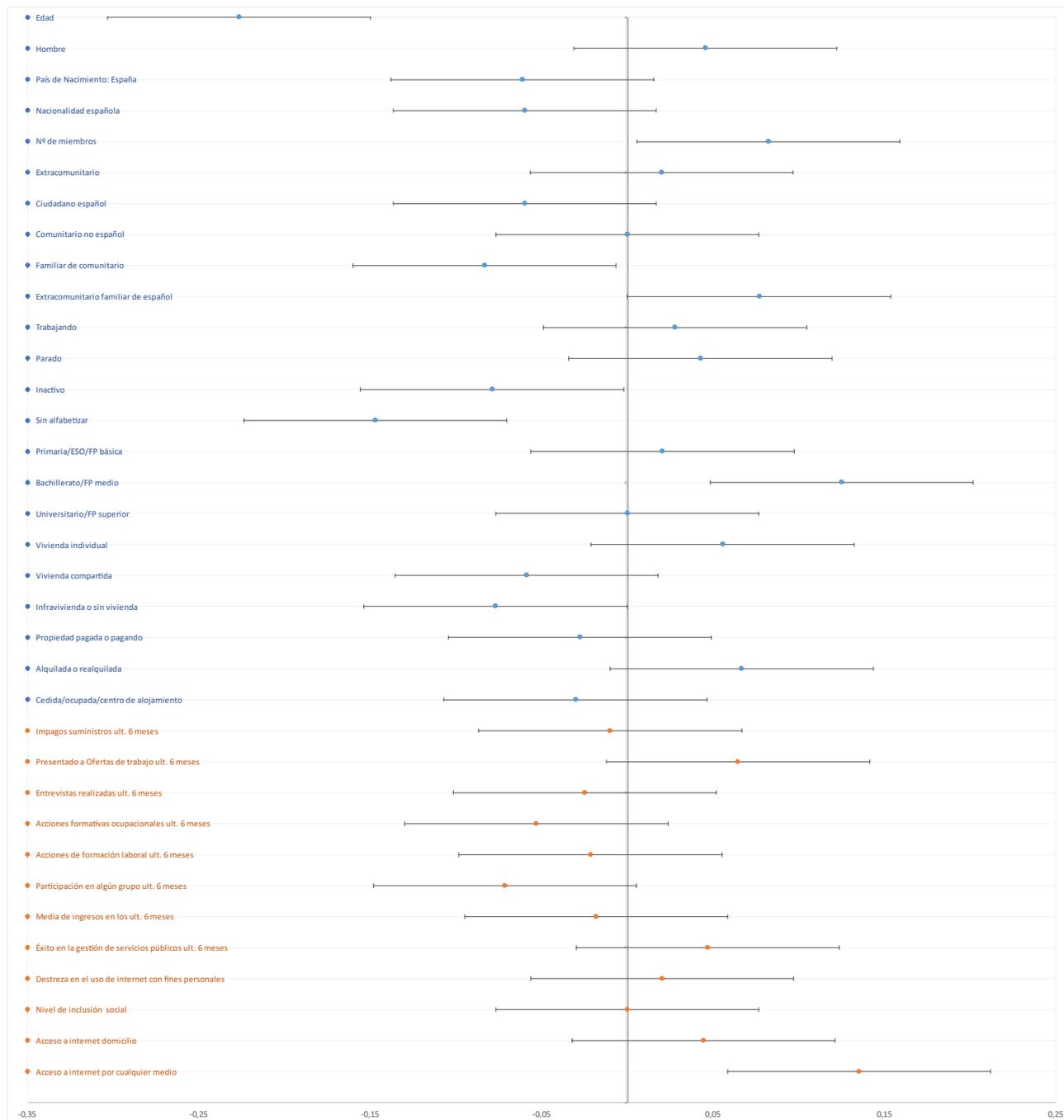
intervalo de confianza que contiene al cero, es decir, el eje vertical, indicará que la diferencia de medias entre grupos no es estadísticamente significativa o, en otras palabras, no es estadísticamente diferente de cero. Se concluirá, por tanto, que los grupos de intervención están balanceados en dicha 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 desbalanceados en esa característica.

En la **Figura 7** se observa que los grupos de tratamiento y control no son estadísticamente distintos en la mayoría de las variables. En cuanto a las variables sociodemográficas no balanceadas, nos encontramos la edad (45,25 años para el grupo de control frente a 42,34 del grupo de tratamiento), el porcentaje de familiares de comunitarios (2% en el grupo de control frente al 1% del grupo de tratamiento), el porcentaje de inactividad (20% del grupo de control y 17% del grupo de tratamiento), algunas variables que tienen que ver con el nivel educativo, como el porcentaje de personas analfabetas o el porcentaje de personas con bachillerato/FP media.

En cuanto a las variables que son indicadores de la intervención, la única no balanceada se refiere al porcentaje de personas con acceso a internet por cualquier medio. En este caso, el grupo de tratamiento mostró valores superiores al grupo de control (86% frente a 81%).

En general, los desequilibrios no son especialmente relevantes entre los grupos experimentales, aunque sí consiguen que no sean perfectamente comparables. Estos desequilibrios pueden ser el resultado de un limitado tamaño muestral, pues, cuanto menor es el tamaño de la muestra, menor es la comparabilidad estadística entre grupos de intervención que la aleatorización puede garantizar. Por ello, en las regresiones que se presentan en la sección de resultados, siempre se controla por el valor de la variable dependiente en el periodo inicial (encuesta de línea de base), para tener en cuenta que los grupos de tratamiento y control no necesariamente parten del mismo nivel. Además, se muestran los resultados de controlar por variables como el nivel educativo, el sexo y la nacionalidad en las regresiones.

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



\* En azul se muestran las variables sociodemográficas y en naranja los indicadores concretos utilizados para la evaluación del proyecto.

### 4.3 Grado participación y desgaste por grupos

El colectivo firmante del consentimiento informado constituye la muestra experimental que fue asignada aleatoriamente a los grupos de control y de tratamiento, cronológicamente la asignación aleatoria fue realizada anteriormente a nivel de parroquia, en cualquier caso, la persona firmante del consentimiento no sabía en el momento de su firma el resultado de la asignación aleatoria que se había realizado con las parroquias. 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 el 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 respuesta de la encuesta final por algunos de los participantes reduce la comparabilidad de los grupos de tratamiento y de control después de la intervención, al no tener información para hacerlo o tenerla de forma sesgada.

#### Grado de participación

Previo al comienzo del itinerario debido a problemas logísticos en algunas Caritas Diocesanas, en varias parroquias no fue posible implementar el proyecto, por lo que hubo varias parroquias que se dieron de baja del proyecto, en concreto 6 en Barcelona (3 en tratamiento y 3 en control) y 2 en Mallorca (1 en tratamiento y 1 en control).

En cuanto a las diferentes actuaciones llevadas a cabo durante el itinerario, el grado de participación ha sido desigual entre los distintos tipos de actuaciones. La actuación del acompañamiento intensivo fue la que un mayor grado de participación obtuvo con más del 85%, mientras que la facilitación de puntos de acceso digital obtuvo una participación inferior al 20%. Las actividades de formación registraron todas una participación en torno al 50%.

La **Tabla 3** resume las diferentes actuaciones y el grado de participación para el grupo de tratamiento.

**Tabla 3: Grado de participación en las diferentes actuaciones**

Actuación	% de participación del grupo de tratamiento
Acompañamiento intensivo en los distintos ámbitos de actuación recogidos en el itinerario personalizado	86,5%
Creación de grupos con metodología participativa	61,0%
Facilitación de puntos de acceso digital (dispositivos y conexión)	18,8%
Formación en competencias, gestión de servicios y acceso a recursos	49,5%
Formación en gestiones, trámites y reclamaciones con administraciones públicas	53,9%

Actuación	% de participación del grupo de tratamiento
Formación en el acceso al IMV y otras prestaciones y la gestión económica	50,2%
Formación sobre técnicas de búsqueda activa de empleo y competencias sociolaborales	52,6%

La **Tabla 4** muestra el número total de participantes que respondieron a la línea base y a la línea final, por grupo de tratamiento. De los participantes registrados inicialmente (2.625), el 86,3% (2.265) completó la encuesta de línea final. Por grupos experimentales, el 88,8% de los asignados al grupo de tratamiento (1.261) completaron la encuesta de línea final y el 83,3% (1.004) de los asignados al grupo de control.

**Tabla 4. Porcentaje de abandono temprano**

Grupo	Encuesta de línea base	Encuesta de línea final
<b>Total</b>	<b>2.625</b>	<b>2.265 (86,3%)</b>
Tratamiento	1.420	1.261 (88,8%)
Control	1.205	1.004 (83,3%)

### Desgaste por grupos

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 final no completada sobre la asignación al tratamiento.

Según se muestra en la **Tabla 5**, en esta regresión se incluyen solo los estratos como regresores en la columna 1 y otros controles adicionales en la columna 2. Además, para comprobar si el desgaste muestral es selectivo, se estiman regresiones incluyendo como regresores adicionales las interacciones de cada una de las características familiares con la variable de tratamiento.

El coeficiente de la variable de tratamiento es -0,051 y estadísticamente significativo al 1%, lo que quiere decir que los participantes del grupo de tratamiento tienen menos probabilidad de no responder en la entrevista o encuesta final; mientras que los del grupo de control tienden a abandonar con más facilidad. En la columna 2, se puede observar que sólo la interacción del tratamiento con la variable sexo (hombre) es negativa y significativa al 5%, por lo que esta variable también se incorporó como regresor adicional en el análisis de resultados.

**Tabla 5: Regresiones de la probabilidad de no responder en la entrevista final**

Entrevista final no completada	(1)	(2)
Tratamiento	-0,051*** (0,05)	-0,053 (0,069)

Tratamiento x Edad de la persona informante		-0,001 (0,001)
Tratamiento x Sexo de la persona informante: hombre		-0,073** (0,034)
Tratamiento x Nacionalidad de la persona informante: española		-0,047 (0,036)
Tratamiento x Número de miembros en el hogar		-0,008 (0,011)
Tratamiento x Situación laboral: trabajando		-0,002 (0,037)
Observaciones	2.625	2.625

Nota: errores estándar, agrupados por parroquia, reportados entre paréntesis.

Todas las columnas incluyen los estratos de aleatorización como controles

La columna 2 incluye además las variables no interactuadas como controles adicionales

## 5 Resultados de la evaluación

La asignación aleatoria de la muestra experimental a los grupos de control y de tratamiento garantiza que, con una muestra suficientemente grande, los grupos son estadísticamente comparables y, por tanto, toda diferencia observada después de la intervención puede asociarse causalmente con el tratamiento. El análisis econométrico proporciona, en esencia, esta comparación. Sin embargo, tiene las ventajas de permitir incluir otras variables para ganar precisión en las estimaciones y de proporcionar intervalos de confianza para éstas. 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 introduce siempre que sea posible 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:

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

donde  $Y_{i,t=1}$  es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la persona  $i$ ,  $T_i$  indica si la familia ha sido asignada al tratamiento (=1) o al control (=0),  $Y_{i,t=0}$  es el valor rezagado de la variable dependiente (es decir, antes de la intervención),  $X_i$  es un vector de controles

(los indicadores de clúster y las variables no balanceadas en la **Tabla 5** y la **Tabla 12** del apéndice) y  $\varepsilon_i$  es el término de error.

Los errores estándar se agrupan siempre al nivel de parroquia o grupo de parroquias, con un total de 64.

## 5.2 Análisis de los resultados

### 5.2.1 Resultados principales

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación sobre los indicadores, siguiendo la estructura del esquema de evaluación. Según lo indicado anteriormente, 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.

#### Ingresos

La **Tabla 6** muestra los resultados de la intervención en los ingresos de los participantes del tratamiento personalizado frente a los del tratamiento tradicional. Para cada indicador, se presentan dos especificaciones: una sin controles (solo controlando por los estratos y por el valor inicial de la variable dependiente, es decir, el valor de esta variable antes de comenzar el programa) y otra con los controles adicionales (edad, sexo, nivel educativo, etc.).

Los ingresos se miden con la suma de los 6 últimos ingresos mensuales de los participantes. Tanto sin añadir controles como añadiéndolos en las regresiones (columnas 1 y 2), los coeficientes muestran un efecto positivo de 903 y 797 euros, respectivamente, en los ingresos totales por persona en los últimos 6 meses (estadísticamente significativos al 1%). No aparecen efectos significativos de la intervención sobre una mejora en la capacidad de los participantes para hacer frente al pago de los suministros del hogar.

**Tabla 6. Efecto sobre los ingresos**

	Ingresos totales por persona		Impagos de los suministros del hogar	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	903,261*** (197,610)	797,053*** (190,550)	0,024 (0,075)	0,016 (0,077)
Observaciones	2.265	2.265	2.265	2.265
Valor inicial var. dep	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles	No	Sí	No	Sí
Media Var. Dep. Pre	4.906,974	4.906,974	-0,023	-0,023

Niveles de significatividad: \*  $p < 0,10$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$ .

#### Empleabilidad

La **Tabla 7** reporta los resultados de la intervención sobre varios indicadores de empleabilidad durante los últimos 6 meses: el número de ofertas de trabajo a las que el participante se ha presentado, el número de entrevistas de trabajo realizadas, la participación en acciones formativas ocupacionales para el acceso a un empleo, y la participación en acciones de orientación laboral.

El coeficiente para las ofertas de trabajo es 0,121 desviaciones estándar (estadísticamente significativo al 10%); para las entrevistas realizadas y para las acciones de formación laboral son 0,074 y 0,231, respectivamente (significativos al 5%) y, por último, encontramos otro coeficiente positivo de 0,375 estadísticamente significativo al 1% para las acciones formativas ocupacionales.

En resumen, la ayuda de empleo personalizada de Cáritas dirigida a las personas del grupo tratamiento para saber qué trabajo se ajusta más a sus habilidades e intereses ha tenido un efecto positivo y significativo en todos los indicadores recogidos que miden la empleabilidad.

**Tabla 7: Efectos sobre la empleabilidad**

	Ofertas de trabajo presentadas		Entrevistas realizadas	Acciones formativas ocupacionales		Acciones de formación laboral		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento	0,136** (0,058)	0,121* (0,062)	0,118*** (0,038)	0,074** (0,033)	0,397*** (0,070)	0,375*** (0,070)	0,243** (0,103)	0,231** (0,104)
Observaciones	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265
Valor inicial								
var. dep	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Media Var.								
Dep. Pre	-0,076	-0,076	-0,060	-0,060	-0,211	-0,211	-0,126	-0,126

Niveles de significancia: \*  $p < 0,10$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$ .

### Garantía de derechos

La **Tabla 8** reporta los resultados de la intervención relacionados con el acceso a derechos. Se entiende como acceso a derechos la experiencia que ha tenido el participante con las gestiones realizadas con las entidades de servicios sociales, hacienda, salud pública y educación.

Observamos que recibir el trato personalizado de Cáritas del programa tiene un efecto positivo de 0,142 desviaciones estándar, estadísticamente significativo al 10%: la intervención les ayuda a conocer sus derechos y algunos han empezado a reclamar prestaciones sociales o ayudas relacionadas con las entidades mencionadas anteriormente.

**Tabla 8: Efecto sobre el acceso a derechos**

F

Grado de acceso a derechos sociales

	(1)	(2)
Tratamiento	0,183**	0,142*
	(0,088)	(0,082)
Observaciones	2.265	2.265
Valor inicial var. dep	Sí	Sí
Controles	No	Sí
Media Var. Dep. Pre	-0,11	-0,11

Niveles de significancia: \* p < 0,10, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,01.

### Brecha digital

La **Tabla 9** reporta los resultados de la intervención sobre las competencias digitales.

Las columnas 1 y 2 reportan los resultados para la capacidad del participante para la realización de gestiones personales, familiares, laborales o formativas y con la Administración Pública a través de internet. El efecto en la columna 2 es 0,296 desviaciones estándar, estadísticamente significativos al 1%.

Los resultados también son prometedores para los reportados en las otras cuatro columnas sobre acceso a internet. Por un lado, se mide el acceso a internet (y si este es limitado o ilimitado) en el propio domicilio de la persona; y por otro lado su acceso por cualquier otro medio (incluyendo el propio domicilio) como pueden ser los sitios públicos, y los vecinos/as o amigos/as. En ambos casos, hay una clara mejora de su acceso a internet (de 0,193 y 0,160 desviaciones estándar, respectivamente, ambos efectos significativos al 1%).

**Tabla 9: Efectos sobre competencias digitales**

	Grado de uso de internet con fines personales, laborales, educativos		Acceso a internet en el domicilio		Acceso a internet por cualquier medio	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento	0,380***	0,296***	0,248***	0,193***	0,199***	0,160**
	(0,066)	(0,065)	(0,071)	(0,066)	(0,063)	(0,059)
Observaciones	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265
Valor inicial var. dep	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Media Var. Dep Pre	-0,217	-0,217	-0,145	-0,145	-0,144	-0,144

Niveles de significancia: \* p < 0,10, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,01.

### Relaciones sociales

La **Tabla 10** reporta los resultados de la intervención sobre las relaciones sociales. No hay efectos significativos para las relaciones habituales con otras personas y la satisfacción con ellas por parte de

participante. Sin embargo, en las columnas 3 y 4, se reportan coeficientes positivos de 0,474 y 0,476 (estadísticamente significativos al 1%) para el grado de participación en algún grupo en los últimos 6 meses.

Por lo que el colectivo tratado mejora sus relaciones sociales gracias al programa ACCEDE a través de una mayor participación en algún grupo de su entorno como por ejemplo la AMPA, la parroquia, organizaciones vecinales y/o deportivas, ONG, partidos políticos, etc.

**Tabla 10: Efectos sobre relaciones sociales**

	Grado de contacto habitual con otras personas		Grado de participación en algún grupo en los últimos 6 meses	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,082 (0,066)	0,056 (0,065)	0,474*** (0,107)	0,476*** (0,105)
Observaciones	2.265	2.265	2.265	2.265
Valor inicial var. dep	Sí	Sí	Sí	Sí
Controles	No	Sí	No	Sí
Media Var. Dep. Pre	-0,044	-0,044	-0,234	-0,234

Niveles de significancia: \* p < 0,10, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,01.

## 5.2.2 Análisis de 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 11** reporta los resultados dependiendo del número de parroquias incluidas en el clúster. Distinguimos los siguientes grupos: clusters con menos de 6 parroquias vs clusters con 6 o más parroquias.

**Tabla 11: Heterogeneidad**

	Ingresos	Acciones formativas ocupacionales	Acceso a derechos sociales	Acceso a internet por cualquier medio	Grado de participación en algún grupo
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Diocesanas con 6 parroquias o más	233,011 (178,038)	0,084 (0,072)	0,537*** (0,077)	-0,283*** (0,057)	-0,042 (0,085)
Tratamiento	1.149,710***	0,390***	0,021	0,96	0,260*

	(245,144)	(0,132)	(0,130)	(0,079)	(0,130)
Tratamiento y Diocesanas con 6 parroquias o más	-511,811 (349,873)	-0,022 (0,082)	0,175 (0,101)	0,093 (0,081)	0,314 (0,139)
Observaciones	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265
Media Var. Dep. Pre	4.906,974	-0,211	-0,109	-0,144	-0,234

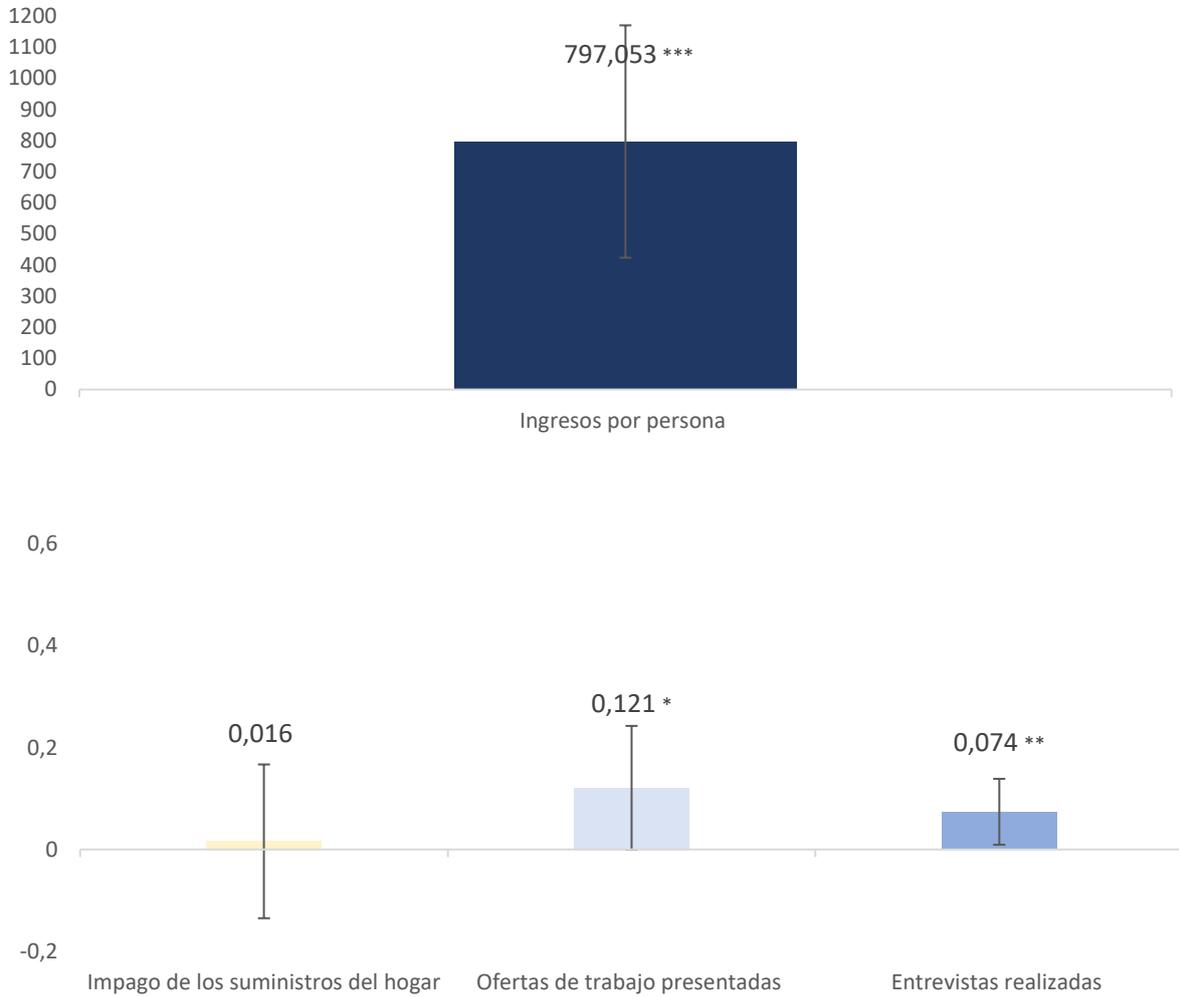
Niveles de significancia: \*  $p < 0,10$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$ .

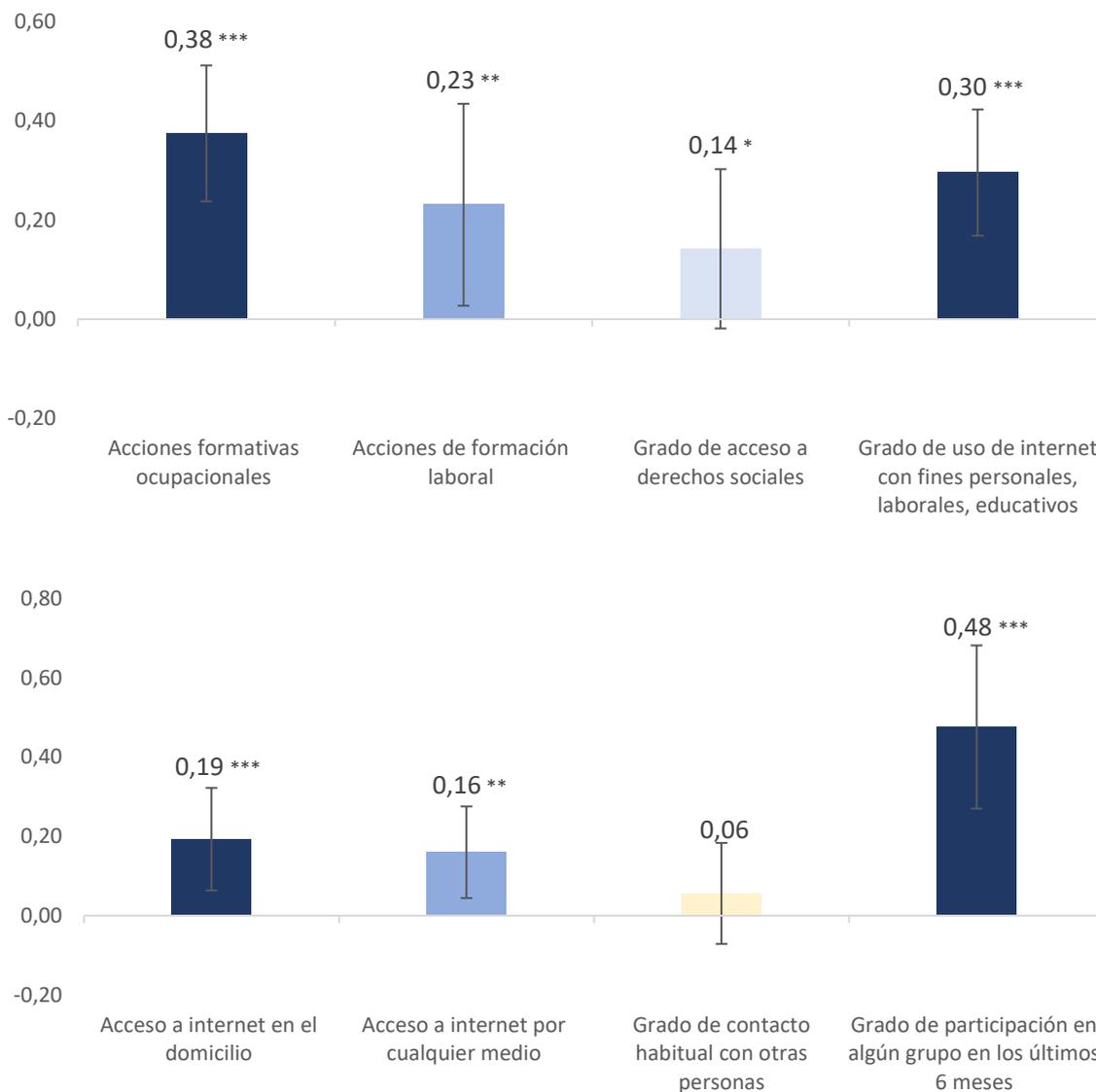
Cabe destacar los efectos positivos y significativos de magnitudes similares reportados para ingresos, acciones formativas ocupacionales y acceso a internet en las columnas 1 y 4, respectivamente. Sin embargo, para el acceso a derechos sociales, y el grado de participación en algún grupo de su entorno, se observa que el valor del coeficiente para las diocesanas donde un mayor número de parroquias ha participado es más elevado, aunque no se tiene suficiente precisión para decir que este efecto adicional es estadísticamente significativo.

## 6 Conclusiones de la evaluación

El proyecto piloto ACCEDE ha demostrado ser una iniciativa prometedora para fomentar la inclusión social y mejorar las capacidades digitales entre las familias vulnerables. A través de la creación de un espacio común de referencia y la realización de sesiones formativas, se ha observado un impacto positivo en varios aspectos clave de la vida de los participantes que recibieron el tratamiento en comparación con los del grupo de control.

Figura 8: Efecto de la intervención en los indicadores principales





\* En azul oscuro se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 1% (Ingresos por persona, Acciones formativas ocupacionales, grado de acceso a internet con fines laborales, educativos, personales y Acceso a internet en el domicilio), en azul los efectos significativos al 5% (Entrevistas realizadas, Acciones de formación laboral y Acceso a internet por cualquier medio); en azul claro aquellos indicadores que son significativos al 10% (Ofertas de trabajo presentadas, grado de acceso a derechos sociales) y, en amarillo claro, aquellos indicadores que no son significativos (Impago en los suministros del hogar, grado de contacto habitual con otras personas). Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones con controles.

El tratamiento personalizado tiene un impacto positivo y significativo en la mejora de la situación económica de los participantes, gracias al aumento de los ingresos. Además, los resultados sobre la empleabilidad son también positivos, con aumentos encontrados tanto en el número de entrevistas como de ofertas de trabajo, motivados en gran parte por el itinerario de apoyo personalizado que han recibido los tratados en el proyecto piloto.

En cuanto a la capacidad de hacer efectivo el acceso a derechos y servicios, el proyecto piloto ha mostrado efectos positivos gracias, de nuevo, a los itinerarios de atención personalizada, el acompañamiento intensivo y la asistencia personalizada.

En cuanto a la brecha digital, el modelo de tratamiento personalizado y las formaciones del proyecto piloto ACCEDE han mostrado resultados positivos tanto en la mejora de las competencias digitales, como en el acceso a internet.

Por último, ha permitido que el tratamiento personalizado tenga un efecto positivo, también, sobre la participación de los tratados en grupos comunitarios, lo que implica una integración social más activa.

En resumen, la metodología participativa y el itinerario personalizado proporcionados por el espacio ACCEDE junto con las formaciones específicas para frenar la brecha digital y el enfoque multidimensional de Cáritas en cuanto a la problemática de la exclusión social, ha permitido que este proyecto piloto se convierta en un ejemplo de lecciones valiosas para futuras intervenciones.

## Bibliografía

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.

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

Espinosa, J., Evans, W. y Philips, D. (2024). Intensive Case Management to Overcome Barriers to Self-Sufficiency in the United States. J-PAL North America.  
<https://www.povertyactionlab.org/evaluation/intensive-case-management-overcome-barriers-self-sufficiency-united-states>

Foessa, F. (2021). Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. Fundación Foessa.

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Condiciones de Vida.  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608)

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Población Activa.  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595#!tabs-1254736195128](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595#!tabs-1254736195128)

Lee, D. S. (2009). Training, Wages, and Sample Selection: Estimating Sharp Bounds on Treatment Effects. *The Review of Economic Studies*, 76(3), 1071–1102.  
<https://academic.oup.com/restud/article/76/3/1071/1590707?login=true>

Maíllo, G. F., Cañón, L. A., Foessa, F., & Española, C. (Eds.). (2019). VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Fundación Foessa.

McFarland, K. (2017). *Overview of Current Basic Income Related Experiments*. BIEN — Basic Income Earth Network. <https://basicincome.org/news/2017/10/overview-of-current-basic-income-related-experiments-october-2017/>

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

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

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

Naciones Unidas. (s. f.). Objetivos de Desarrollo Sostenible.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Parlamento, Consejo y Comisión Europea (s.f). Pilar Europeo de Derechos Sociales

[https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSSR-booklet\\_es.pdf](https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSSR-booklet_es.pdf)

Todeschini, F., & Sabes-Figuera, R. (2019). Barcelona city council welfare programme: Impact evaluation results. Ivalua, Barcelona. [https://ivalua.cat/sites/default/files/2021-02/Informe%20Avaluaci%C3%B3%20Impacte%20BMincome\\_0.pdf](https://ivalua.cat/sites/default/files/2021-02/Informe%20Avaluaci%C3%B3%20Impacte%20BMincome_0.pdf)

# Apéndice

## Gestión económica y normativa

### 1. Introducción

En el marco del Plan Nacional de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la Secretaría General de Inclusión 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 Resiliencia<sup>13</sup> 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 mayo<sup>14</sup>, 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

<sup>13</sup> [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-17464](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-17464)

<sup>14</sup> [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-8124](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*<sup>15</sup>.

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 **29 de diciembre de 2021**, se notifica a la entidad Cáritas Española 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 6.170.912 euros a la entidad Cáritas Española y , con la misma fecha, 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 Cáritas Española 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 **1 de febrero de 2022** (BOE núm.27)<sup>16</sup>.

## 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, se da nueva redacción al apartado 4 del artículo 6 y al apartado 1 del artículo 16, para ampliar el plazo máximo de los proyectos piloto de itinerarios de inclusión social objeto de las

---

<sup>15</sup> 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>

<sup>16</sup> [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-1638](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-1638)

subvenciones hasta el **31 de octubre de 2023**, manteniéndose el plazo de **31 de marzo de 2024** para su evaluación.

Con fecha 27 de mayo de 2022 la entidad Cáritas Española solicita ampliación del plazo de ejecución hasta **31 de octubre de 2023**, autorizándose mediante resolución de la SGOPIPS de fecha 26 de agosto de 2022.

Dentro de este marco temporal genérico, la ejecución comienza el **14 de septiembre de 2022**, 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:

- **Cáritas Española**: entidad solicitante y beneficiaria del proyecto, que asume también el papel de entidad coordinadora con las Cáritas Diocesanas participantes.
- **18 Cáritas Diocesanas** como ejecutoras y beneficiarias del proyecto (tal y como se recoge en el artículo 11.2 de la Ley General de Subvenciones): Barbastro-Monzón, Barcelona, Bilbao, Cartagena-Murcia, Ciudad Real, Huelva, Huesca, Madrid, Mallorca, Menorca, Mérida-Badajoz, Ourense, La Rioja, Salamanca, Segorbe-Castellón, Sigüenza-Guadalajara, Tenerife, Zamora.
- **Redes Sociedad Cooperativa** para impartir los siguientes talleres: “Gestiones y trámites con Seguridad Social”, “Acceso al IMV y gestión económica” y “Competencias digitales”.
- 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.
- **CEMFI y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyan al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

## Equilibrio de la muestra

La **Tabla 12** 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 (línea de base). 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*). 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 5%. Si el p-valor es mayor que 0,10, entonces no se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias en ambos grupos.

**Tabla 12: Contrastes de equilibrio entre los grupos experimentales**

Variable	Medias		Dif.	P-valor	Total	Observaciones	
	Control	Tratamiento				Control	Tratamiento
<i>Variables sociodemográficas (pre-intervención)</i>							
Edad	42,48 (12,46)	41,96 (12,62)	-0,52	0,71	322	168	154
Mujer	0,24 (0,43)	0,23 (0,42)	-0,01	0,82	322	168	154
Nacionalidad no UE	0,35 (0,48)	0,31 (0,46)	-0,04	0,45	322	168	154
Nacionalidad UE	0,08 (0,28)	0,16 (0,36)	0,07**	0,04	322	168	154
Nacionalidad Española	0,57 (0,50)	0,53 (0,50)	-0,03	0,55	322	168	154
Experiencia laboral (meses)	53,51 (40,07)	61,25 (38,44)	7,74*	0,08	315	166	149
Tiempo de desempleo (meses)	24,13 (29,38)	26,76 (29,29)	2,63	0,44	295	150	145
Nivel Educativo (años)	6,57 (4,08)	8,71 (3,96)	2,14***	0,00	316	166	150
Analfabeto/a	0,02 (0,13)	0,03 (0,16)	0,01	0,61	316	166	150
Primaria incompleta	0,40 (0,49)	0,13 (0,33)	-0,28***	0,00	316	166	150
Primaria completa	0,25 (0,44)	0,27 (0,44)	0,01	0,78	316	166	150
Secundaria	0,15 (0,36)	0,30 (0,46)	0,15***	0,00	316	166	150
Bachillerato	0,11 (0,32)	0,19 (0,39)	0,07*	0,07		166	150
Universidad	0,06 (0,24)	0,09 (0,29)	0,03	0,27		166	150
Problema de salud mental	0,30 (0,46)	0,35 (0,48)	0,05	0,37		168	154
Localidad - A Coruña	0,13 (0,33)	0,14 (0,34)	0,01	0,76		168	154
Localidad - Madrid	0,24 (0,43)	0,27 (0,44)	0,02	0,65		168	154
Localidad - Murcia	0,20	0,19	-0,01	0,85		168	154

Variable	Medias		Dif.	P-valor	Observaciones	
	Control	Tratamiento			Total	Control
	(0,40)	(0,39)				
Localidad - Palma	0,21 (0,41)	0,14 (0,34)	-0,07*	0,09	168	154
Localidad - Valencia	0,13 (0,33)	0,15 (0,36)	0,02	0,53	168	154
Localidad - Cartagena	0,10 (0,30)	0,12 (0,33)	0,02	0,53	168	154
<i>Indicadores de resultados (pre-intervención)</i>						
Escala ETHOS	2,99 (2,41)	2,69 (2,13)	-0,30	0,24	168	154
Estabilidad residencial	1,96 (4,52)	4,17 (6,87)	2,21***	0,00	162	148
Satisfacción con el alojamiento	2,42 (1,33)	2,60 (1,42)	0,18	0,27	157	139
Seguridad residencial	-0,39 (0,95)	-0,28 (0,91)	0,11	0,31	157	139
Ingresos totales	187,87 (278,66)	145,06 (223,57)	-42,81	0,13	167	153
Satisfacción económica	1,63 (0,93)	1,60 (0,91)	-0,03	0,75	157	139
Ingresos laborales	34,91 (164,12)	30,84 (144,76)	-4,07	0,81	167	154
Empleabilidad (profesional)	-0,04 (1,03)	-0,30 (0,92)	-0,26**	0,02	160	143
Empleabilidad (autodeclarada)	-0,08 (1,04)	-0,06 (0,83)	0,02	0,86	152	138
Actividad laboral (días)	8,42 (22,90)	9,23 (24,77)	0,81	0,76	165	150
Empleado	0,05 (0,23)	0,05 (0,22)	-0,00	0,96	166	151
Situación laboral	2,02 (0,87)	2,12 (1,20)	0,09	0,43	160	143
Satisfacción laboral	1,64 (0,99)	1,66 (0,87)	0,02	0,82	157	139
Calidad de vida	-0,32 (0,96)	0,00 (1,01)	0,33***	0,01	146	138

Nota: errores estándar, agrupados por estratos de aleatorización, reportados entre paréntesis.

Niveles de significancia: \*  $p < 0,10$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$ .