

Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Andalucía: "Proyecto POPI". Proyecto para la inclusión sociofamiliar en familias con menores en situación de absentismo y fracaso escolar

Mayo 2024



Este informe ha sido realizado por la Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el marco del Laboratorio de Políticas de Inclusión, como parte del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), con financiación de los fondos Next Generation EU. En la elaboración de este informe se ha contado con la colaboración de la Junta de Andalucía, 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.

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. La SGI se reserva el derecho de matizar, modificar o profundizar en los resultados presentados en este informe en el futuro. 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.

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	1
1 INTRODUCCIÓN	3
2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SU CONTEXTO	9
2.1 INTRODUCCIÓN.....	9
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL	10
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	11
3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	13
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO.....	13
3.2 HIPÓTESIS	15
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	16
3.4 INDICADORES	17
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO	20
4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	23
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	23
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA	26
4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS	28
5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	30
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS	32
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	32
6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN	36
BIBLIOGRAFÍA	38
APÉNDICE	40
GESTIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA	40
EQUILIBRIO ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES.....	44

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 controlados aleatorizados** (Randomized Controlled Trials, en inglés).
- Este documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del "Proyecto POPI. Proyecto para la inclusión sociofamiliar en familias con menores en situación de absentismo y fracaso escolar", que ha sido llevado a cabo en **cooperación entre el MISSM y la Comunidad Autónoma de Andalucía**.
- Este estudio evalúa el desarrollo de itinerarios de inclusión sociofamiliar, que incluyen acompañamiento profesional dirigido tanto a las familias como a las personas menores. El proyecto está dirigido a familias que tienen a su cargo menores de entre 6 y 16 años que se encuentran en situación de absentismo escolar y/o vulnerabilidad social, y que residen en zonas desfavorecidas de Andalucía.
- Todas las personas participantes del proyecto (grupo de control -GC- y de tratamiento -GT-) tuvieron acceso a actuaciones individualizadas familiares y sesiones de acción tutorial con las personas tutoras académicas de los y las menores. Además, las personas adultas a cargo de las personas menores del grupo de tratamiento tuvieron acceso a sesiones grupales de dinámicas familiares y de capacitación digital y, los menores de dicho grupo, a sesiones grupales de inteligencia emocional y competencias académicas.
- El proyecto se ha ejecutado en 28 entidades locales pertenecientes a las ocho provincias de Andalucía: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla. El estudio involucró a un total de 2.313 hogares, que corresponden a 3.739 menores. Se asignaron al grupo de tratamiento 724 familias, y al grupo de control 723 familias. El resto fueron asignados a un grupo de reserva para cubrir potenciales bajas.
- En los resultados principales de la evaluación no se observan impactos positivos estadísticamente significativos del itinerario sociofamiliar extendido del grupo de tratamiento en la reducción de las faltas de asistencia, competencias académicas básicas y hábitos escolares y autoestima de las personas menores, ni en las competencias parentales de las unidades familiares. Sin embargo, se ha dado una alta adherencia al proyecto a pesar del volumen y la diversidad de entidades locales que lo han ejecutado de manera simultánea.

Este aspecto es muy significativo en el contexto de una población en situación de vulnerabilidad o exclusión social, que mantiene unas relaciones muy frágiles con los sistemas y los recursos públicos.

1 Introducción

Marco Normativo General

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

La prestación del IMV tiene un doble objetivo: proporcionar un sustento económico a aquellos que más lo necesitan y fomentar la inclusión social e inserción en el mercado laboral. Se trata así de una de las medidas de inclusión social diseñadas por la Administración General del Estado, junto con el apoyo de las comunidades autónomas, el Tercer Sector de Acción Social y las corporaciones locales². Constituye una política central del Estado del Bienestar que tiene por objetivo dotar de unos mínimos recursos económicos a todas las personas del territorio español, con independencia de dónde residan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estas evaluaciones se han enfocado en el fomento a la inclusión sociolaboral en 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 32 proyectos piloto desde el Gobierno de España ha dado lugar a la constitución de un laboratorio de innovación en políticas públicas de referencia a nivel mundial que denominamos el Laboratorio de 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 Ético⁸, que ha velado por el más estricto cumplimiento de la protección de los derechos de las personas participantes en los itinerarios de inclusión social.

El presente informe se refiere al "Proyecto POPI. Proyecto para la inclusión sociofamiliar en familias con menores en situación de absentismo y fracaso escolar", ejecutado en el marco del Real Decreto 938/2021⁹ por la Comunidad Autónoma de Andalucía. Este informe contribuye al cumplimiento del hito 351 del PRTR "Tras la finalización de al menos 18 proyectos piloto publicación de una evaluación

⁸ Regulado por la Orden ISM/208/2022, de 10 de marzo, por la que se crea el Comité Ético vinculado a los itinerarios de inclusión social, con fecha de 19/07/2023 emitió un informe favorable para la realización del proyecto objeto del informe.

⁹ Con fecha 24 de octubre de 2022, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la SGI y la Comunidad Autónoma de Andalucía 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 8 de noviembre de 2022 (BOE núm.268).

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”.

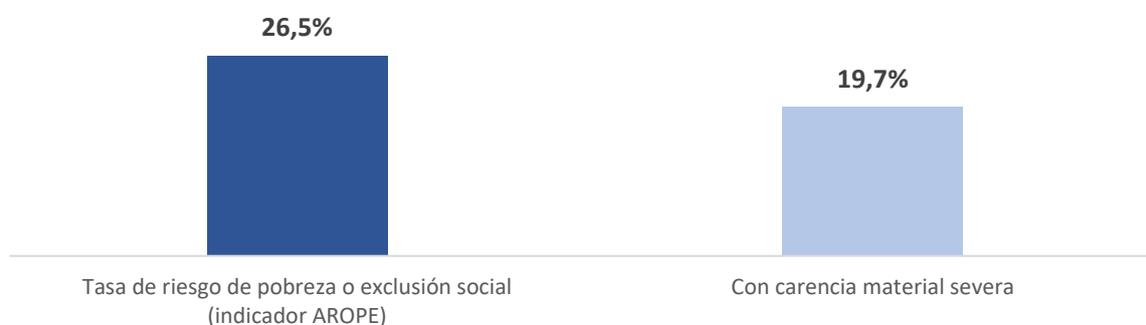
Contexto del proyecto

El absentismo escolar y la vulnerabilidad social de las personas menores son dos problemas interrelacionados que plantean desafíos significativos en el ámbito de las políticas de inclusión. Estos fenómenos afectan negativamente el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia, comprometiendo su acceso a la educación, su bienestar emocional y su futuro socioeconómico.

Las personas menores en situación de vulnerabilidad social tienen mayores probabilidades de enfrentar dificultades para asistir regularmente a la escuela, ya sea debido a la falta de recursos económicos, la falta de apoyo familiar o la exposición a entornos desfavorables. A su vez, el absentismo escolar puede agravar la vulnerabilidad social de las personas menores, ya que limita su acceso a la educación, reduce sus oportunidades de desarrollo y aumenta su riesgo de exclusión social.

En España, la vulnerabilidad infantil es una de las problemáticas más relevantes, tal y como muestra la **Figura 1** (Eurostat, 2024). En el año 2023 el 26,5% de las personas menores de 16 años vivieron en hogares considerados en riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE¹⁰). Asimismo, con relación a los componentes del indicador AROPE, destaca el componente con carencia material severa (19,7%).

Figura 1: Riesgo de pobreza o exclusión social (Indicador AROPE) menores de 16 años



Fuente: Living conditions and welfare, Eurostat.

¹⁰ La población en riesgo de pobreza o exclusión social está definida según unos criterios establecidos por Eurostat. Es aquella población que está al menos en alguna de estas tres situaciones: (1) En riesgo de pobreza (ingresos equivalentes por debajo del 60% de la mediana de ingresos por unidad de consumo). (2) En carencia material y social severa (si declara tener carencia en al menos siete elementos de los 13 de una lista que incluye, por ejemplo, no poder permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días, mantener la vivienda con una temperatura adecuada, tener dos pares de zapatos en buenas condiciones o sustituir ropa estropeada por otra nueva). (3) En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año anterior al de la entrevista).

Marco normativo asociado al proyecto y estructura de gobernanza

Existen normativas y planes estratégicos que regulan la pobreza y vulnerabilidad socioeconómica infantil, así como las competencias parentales/parentales. Desde la Comisión Europea, se publicó en junio de 2021 la Recomendación (UE) 2021/1004 por la que se establece una Garantía Infantil Europea¹¹. Este documento invita a los estados miembros a implementar un plan nacional destinado a garantizar el acceso a los derechos básicos de salud y educación a las personas menores en riesgo de pobreza y exclusión social.

En el ámbito nacional, el Gobierno de España aprobó en julio de 2022 el Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030)¹². Entre los desafíos identificados en este plan, se destaca el de “promover la equidad educativa a través de una educación comprensiva y flexible, capaz de adaptarse a las necesidades individualizadas, especialmente de los niños y niñas con mayor vulnerabilidad”.

Además, a nivel estatal, destacan la Ley Orgánica 8/2021, que protege a la infancia frente a la violencia y promueve la parentalidad positiva, y la Ley Orgánica 8/2015, que modifica el marco normativo de protección de la infancia. El Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea busca romper el ciclo de la pobreza infantil.

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

El proyecto objeto de este informe está alineado con las estrategias europeas, nacionales y autonómicas en el ámbito de la educación, tutorización y de integración social de las personas escolarizadas, así como con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, contribuyendo específicamente a los ODS 1, 4, 5 y 10.

Dada esta situación, la Comunidad Autónoma de Andalucía ha concebido un proyecto dirigido a abordar el absentismo y la vulnerabilidad social de menores y familias en zonas desfavorecidas de Andalucía mediante itinerarios de inclusión sociofamiliar con acompañamiento profesional para familias y menores.

El objetivo científico del proyecto implica evaluar a través de un RCT tanto la mejora como la prevención de situaciones de absentismo escolar, así como el fortalecimiento de competencias

¹¹ La Garantía Infantil Europea aporta una orientación y las herramientas para que los países de la UE implementen planes estratégicos dirigidos a garantizar el acceso a servicios esenciales de salud y educación a los menores.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32021H1004>

¹² El Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030) representa la herramienta principal con la que España pone en marcha la Recomendación (UE) 2021/1004 por la que se establece una Garantía Infantil Europea destinada a romper el círculo de la pobreza infantil.

https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf

relacionadas con las dinámicas familiares y las habilidades de los menores en áreas fundamentales. Estos aspectos incluyen su autoestima y rendimiento académico en materias esenciales como lengua y matemáticas. Con ello se busca proporcionar evidencia correlacional y causal sobre la relevancia de los programas de mentoría en lectura y tutoría en matemáticas para orientar la investigación, la política, y la práctica educativa hacia el uso de estas metodologías como un factor crucial para el desarrollo humano tanto a corto como a largo plazo.

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

- La **Comunidad Autónoma de Andalucía a través de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad**, como entidad responsable de la ejecución del 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 la Comunidad Autónoma de Andalucía:
 - Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar, para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de los potenciales participantes del proyecto piloto.
 - Diseñar la metodología de ensayo controlado aleatorizado (RCT) del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria y con los colaboradores científicos. Asimismo, llevar a cabo la evaluación del proyecto.
 - Velar por el estricto cumplimiento de las consideraciones éticas obteniendo el visto bueno del Comité de Ética.
- **CEMFI y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyan al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el presente informe sigue la siguiente estructura. En la **sección 2** se realiza una **descripción del proyecto**, detallándose la problemática que se quiere resolver, las intervenciones concretas asociadas a cada uno de los modelos de formación para la mejora del rendimiento académico en las habilidades lectoras y matemáticas, 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**. En el apéndice **Gestión económica y normativa** se aporta información adicional sobre los instrumentos de gestión y la gobernanza del proyecto piloto.

Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social

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

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

El Comité Ético ha llevado a cabo el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter ético que hayan surgido en la ejecución, desarrollo y evaluación de los itinerarios, formulado propuestas en aquellos casos que presenten conflictos de valores, y aprobado los planes de evaluación de todos los itinerarios. En particular, el Comité Ético emitió su aprobación para el desarrollo de la presente evaluación el 19 de julio de 2023.

2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que la Comunidad Autónoma de Andalucía implementó en el marco del proyecto piloto. Se describe la población objetivo y el marco territorial, y se describe la intervención en detalle.

2.1 Introducción

El objetivo principal del proyecto es desarrollar itinerarios de inclusión sociofamiliar para familias que tienen a su cargo menores de entre 6 y 16 años que se encuentran en situación de absentismo escolar y/o vulnerabilidad social, y que residen en áreas identificadas como desfavorecidas. A través de un acompañamiento profesional dirigido tanto a las familias como a sus menores, se busca aumentar su nivel de participación, uso y adherencia a una serie de recursos públicos y privados con el objetivo de mejorar su situación de desventaja social y prevenir o reducir situaciones de absentismo escolar.

La evidencia empírica en relación con las intervenciones dirigidas a abordar la problemática de la pobreza infantil y la inclusión social se extiende desde intervenciones puramente económicas hasta aquellas dirigidas a la inserción laboral y social de las familias. El Metaanálisis realizado por Morrison et al. (2014) examinó diferentes programas dirigidos a mejorar las competencias parentales en países europeos. Por ejemplo, programas como "Family Nurse Partnership" en Escocia, "Positive Parenting Programme" en Escocia y la intervención "Preparing for Life" en Irlanda, han demostrado resultados positivos al proporcionar visitas de enfermeras y trabajadores sociales a madres de niños de 0 a 2/3 años en áreas socioeconómicamente vulnerables. Estas visitas tenían como objetivo transferir conocimientos sanitarios y ofrecer talleres para mejorar las competencias parentales. La evaluación y diseño RCT de estos programas han mostrado un impacto positivo en el comportamiento parental y en indicadores de salud de los niños y niñas, como los niveles de inmunización.

En cuanto al entrenamiento en competencias, numerosos estudios empíricos respaldan la eficacia de las tutorías utilizando la metodología RCT. Metaanálisis como los de Nickow et al. (2020) y Alegre et al. (2019) han demostrado consistentemente que las tutorías tienen un impacto significativo y positivo en los resultados del aprendizaje, considerándolas herramientas versátiles, rentables y potencialmente transformadoras en el contexto educativo actual. A nivel nacional, destaca el programa "Leemos en Pareja", evaluado en Zambrano et al. (2013) a través de RCTs, así como el proyecto MENTTORES evaluado por Gortazar et al. (2023), que han mostrado mejoras sustanciales en el rendimiento académico y en otros aspectos sociales y educativos entre estudiantes vulnerables.

Además, numerosos estudios respaldan el éxito de los programas centrados en el entrenamiento en habilidades socioemocionales. Por ejemplo, el programa Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS), implementado en varios países, ha demostrado efectos positivos en las tasas de agresión, competencia social y compromiso académico de los niños (Greenberg et al., 1995; Shonfeld et al., 2015). En el contexto canadiense, intervenciones como The Roots of Empathy y MindUP han tenido un impacto positivo en la participación de los estudiantes en comportamientos prosociales, así como en el aumento del control cognitivo, la empatía y la aceptación entre sus compañeros (Schonert-Reichl et al., 2012, 2015).

2.2 Población objetivo y ámbito territorial

El proyecto está dirigido a unidades familiares perceptoras del IMV o de la Renta Mínima de Inserción de Andalucía o que se encuentren en situación de vulnerabilidad, residentes en zonas desfavorecidas de Andalucía y que cuenten con menores de edad de 6 a 16 años que presenten un significativo grado de absentismo escolar. Las zonas desfavorecidas de Andalucía, determinadas en el Acuerdo de 28 de agosto de 2018, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la «Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social» (BOJA n.º número 172 de 05/09/2018), son espacios donde concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que son significativamente apreciables problemas en materia de vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos, elevados índices de absentismo y fracaso escolar, altas tasas de

desempleo junto a graves carencias formativas profesionales, significativas deficiencias higiénico sanitarias y destacados fenómenos de desintegración social.

El proyecto se ha ejecutado en las siguientes entidades locales que cuentan con zonas desfavorecidas: El Ejido, Níjar, Roquetas de Mar, Algeciras, Arcos de la Frontera, Barbate, Cádiz, Chiclana de la Frontera, Jerez de la Frontera, San Roque, Córdoba, Palma del Río, Granada, Loja, Motril, Huelva, Isla Cristina, Diputación de Huelva, Málaga, Marbella, Torremolinos, Vélez-Málaga, Diputación de Málaga, Coria del Río, Dos Hermanas, Los Palacios y Villafranca, Morón de la Frontera y San Juan de Aznalfarache. Son un total de 28 Entidades Locales ejecutoras, entre Ayuntamientos y Diputaciones, pertenecientes a las ocho provincias de Andalucía: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla.

2.3 Descripción de las intervenciones

El proyecto aborda la complejidad de las dinámicas individuales y familiares presentes en familias en situación de vulnerabilidad y exclusión social mediante una perspectiva holística. El objetivo de la intervención es producir un impacto significativo en la reducción del absentismo escolar, el aumento del éxito educativo y la disminución del abandono escolar temprano para mejorar sus procesos de inclusión social.

Se han diseñado dos tipos de itinerarios de inclusión sociofamiliar, dependiendo de si la familia está asignada al grupo control o al grupo tratamiento. A todas las familias (grupo de tratamiento y grupo de control) se les ofrece la cartera de servicios ordinaria de los servicios sociales comunitarios, en base a su diagnóstico sociofamiliar, y se le orienta hacia los recursos comunitarios de cada entidad local. Los participantes tienen acceso a, al menos, cuatro sesiones de Itinerarios de inclusión sociofamiliar de carácter individualizado, donde se atiende a cada una de las familias participantes, dentro de un proceso personalizado de acompañamiento, orientación, capacitación e inclusión para atender y potenciar las necesidades de las personas adultas y de las personas menores.

Además, la planificación realizada incluye tres sesiones de coordinación con otros sistemas en los que participa el personal técnico que hace seguimiento y acompañamiento de las familias, junto con las personas tutoras de cada una de las personas menores. El objetivo de estas sesiones es coordinar las acciones de ambos sistemas, consiguiendo generar acciones más sinérgicas e integrales.

Por otro lado, las unidades familiares del grupo de tratamiento, en base a su diagnóstico, cuentan además con una serie de recursos dispuestos específicamente para este grupo y que inciden en la reducción del absentismo escolar. En particular:

- **Sesiones grupales de dinámicas familiares** dirigidas a las personas adultas de la unidad familiar. Se realizan, al menos, tres sesiones de 90 minutos de duración, dirigidas a grupos de 10 personas aproximadamente. Estas sesiones tienen como objetivo principal mejorar la parentalidad y

marentalidad positiva, generando mayor autonomía en las personas componentes de la unidad familiar.

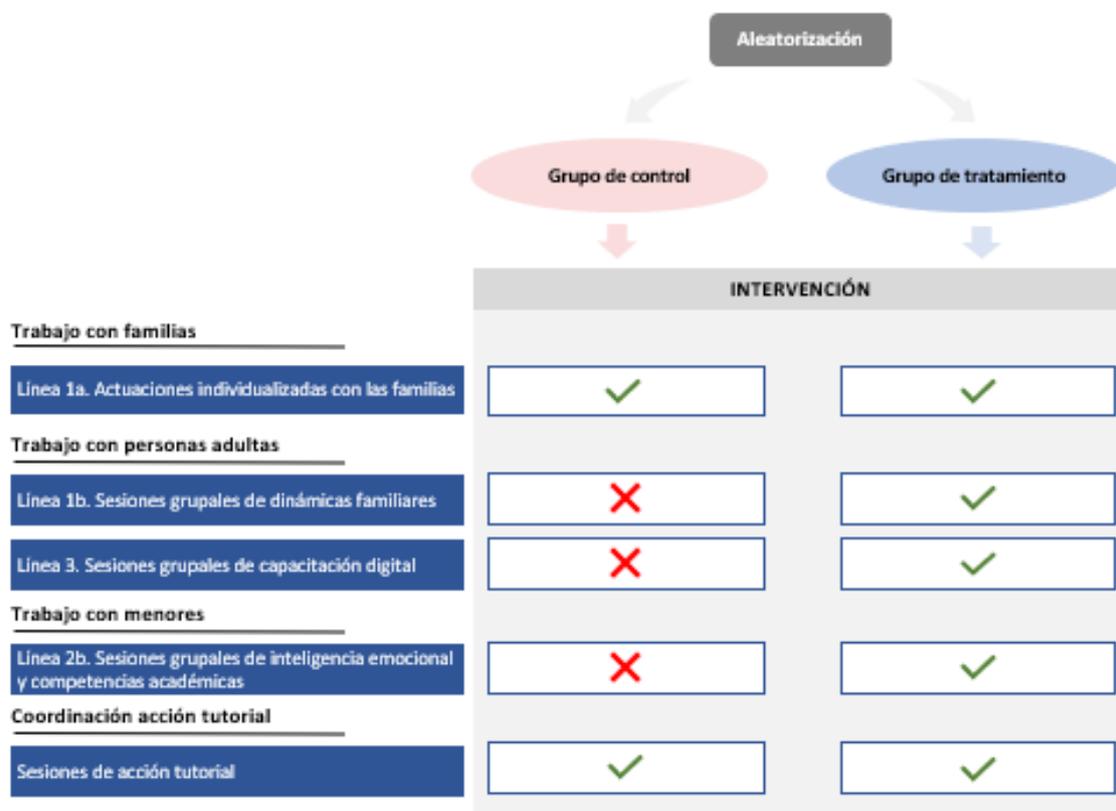
- **Sesiones grupales de competencias digitales** dirigidas a las personas adultas de la unidad familiar. Se realizan, al menos, tres sesiones de 90 minutos de duración, dirigidas a grupos de 10 personas aproximadamente. Estas sesiones están dirigidas a la mejora de las competencias digitales de las personas adultas de las unidades familiares, incidiendo en la reducción de la brecha digital cotidiana.

- **Sesiones grupales de autoestima, inteligencia emocional y competencias académicas** en matemáticas y lenguaje, dirigidas a personas menores. Se realizan, al menos, diez sesiones de 90 minutos de duración, dirigidas a grupos de 10 personas aproximadamente. Se desarrollan de forma continua durante todo el periodo de desarrollo de los itinerarios de inclusión sociofamiliar (sin interrupción en el periodo estival), y, se dividen en dos grupos de edad (cada uno de ellos con 10 personas menores participantes), de 6 a 10 años y de 11 a 16 años

Al objeto de garantizar la homogeneidad metodológica en la intervención realizada por las entidades locales, se establecieron unos estándares mínimos de actuación para cada una de las sesiones, tanto en el grupo control como el de tratamiento.

La **Figura 2** resume las intervenciones correspondientes al grupo de tratamiento y al grupo de control.

Figura 2: Esquema del itinerario



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 esquematizar la relación entre las necesidades identificadas en la población objetivo, las prestaciones o servicios que la intervención provee, y los resultados tanto inmediatos

como a medio-largo plazo que busca la intervención, entendiendo las relaciones entre ellos, los supuestos sobre los que descansan y esbozando medidas o indicadores de resultados.

Teoría del cambio

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

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

En este contexto, la Teoría del Cambio se erige como un instrumento esencial para guiar esta iniciativa dirigida a abordar la problemática del absentismo y la vulnerabilidad social de menores y unidades familiares que residen en zonas desfavorecidas de Andalucía. Esta problemática representa un obstáculo significativo que agrava y dificulta los procesos de inclusión social.

Con el fin de abordar el absentismo y la vulnerabilidad social de las personas menores, el proyecto propone un Itinerario de inclusión sociofamiliar, coordinado a través de un equipo de acompañamiento familiar, que busca desencadenar un efecto cascada, utilizando recursos y acciones como conductos para lograr impactos significativos en la situación de las personas menores y sus familias. El itinerario incluye entrenamiento en competencias parentales/paternales destinados a las personas adultas de la familia y entrenamiento en competencias académicas y autoestima dirigido a las personas menores.

Todos estos recursos y actividades realizadas producen una serie de productos. Al medir los productos obtenidos, se identifica si las personas beneficiarias han recibido las actividades o insumos y con qué intensidad. Recibir adecuadamente los recursos y actividades realizadas, resulta indispensable para que el programa pueda alcanzar los resultados intermedios y finales esperados. En el marco de este proyecto, los productos son las unidades familiares entrenadas en competencias

marentales/parentales y el número de personas menores entrenadas en competencias académicas. Sin la recepción de estos productos o prestaciones, no cabe esperar mejoras en la situación de las personas beneficiarias.

En el corto plazo se espera que las actuaciones impacten positivamente en las competencias marentales/parentales de las unidades familiares, así como en la autoestima y las competencias académicas y hábitos escolares de las personas menores, y en su inclusión en el medio escolar y social. Se anticipa que estos resultados intermedios conduzcan a una reducción del absentismo escolar.

En la siguiente figura se ilustra esta secuencia causal de acciones, iniciada por las necesidades o problemáticas identificadas y las actividades y recursos necesarios para poder obtener los cambios esperados en los participantes.

Figura 3: Teoría del Cambio



3.2 Hipótesis

Tal y como se detalla en la Teoría del Cambio, el objetivo final del proyecto es reducir el absentismo escolar de las personas menores residentes en zonas desfavorecidas de Andalucía; esto se conseguiría a través de una serie de resultados intermedios relacionados con la mejora de las competencias marentales/parentales, así como de la autoestima y competencias académicas y hábitos escolares de las personas menores y su inclusión en el medio escolar y social. En consecuencia, al evaluar el modelo, se formulan diversas hipótesis alineadas con los resultados intermedios y finales definidos en la Teoría del Cambio. Este enfoque metodológico busca ofrecer un análisis detallado y fundamentado, proporcionando así una base sólida para decisiones informadas y estratégicas en el ámbito de las políticas públicas.

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

1. Mejora de la asistencia escolar

Para evaluar el éxito de la intervención sobre el absentismo de las personas menores se establece la hipótesis de que las intervenciones en competencias parentales/parentales con las familias y en competencias académicas y autoestima con las personas menores, reducen el absentismo escolar.

2. Mejora de las competencias académicas básicas y hábitos escolares

La hipótesis principal postula que las intervenciones en competencias académicas y autoestima con las personas menores mejoran su rendimiento escolar. También se plantean las hipótesis secundarias de que las intervenciones diferenciales del grupo de tratamiento recibidas por las personas menores mejoran su rendimiento escolar autopercebido y sus hábitos escolares autopercebidos.

3. Mejora de la autoestima

Se postula la hipótesis de que las intervenciones en inteligencia emocional recibidas por las personas menores mejoran su autoestima autopercebida.

4. Mejora en competencias parentales/parentales de las unidades familiares

Se formula la hipótesis principal de que las intervenciones en competencias parentales/parentales con las familias mejoran las dinámicas familiares. También se plantea la hipótesis secundaria de que las mencionadas intervenciones mejoran la relación de contacto entre la familia y el centro educativo, así como la actitud de madres/padres hacia el rendimiento educativo de la persona menor.

5. Mejora de la inclusión en el medio escolar y social

Para examinar el impacto en la inclusión en el medio escolar se emplea como hipótesis principal que las intervenciones en competencias académicas y autoestima con las personas menores, mejora la actitud de las personas menores en clase. También se postula la hipótesis secundaria de que las intervenciones en competencias parentales/parentales con las familias mejora la cobertura de necesidades básicas de las personas menores en el aula, y los cuidados cotidianos (necesidades básicas) que reciben.

3.3 Fuentes de información

Para recoger la información necesaria para construir los indicadores de resultado, se recurre a tres cuestionarios ad-hoc:

- **Diagnóstico sobre autovaloración de las dinámicas familiares:** este cuestionario, que debe cumplimentar una persona progenitora o tutora legal del menor, explora diferentes aspectos

de la vida familiar y las dinámicas. Se abordan temas como los cuidados cotidianos, la competencia parental, la relación entre afectividad y límites, la comunicación y el conflicto, y la actitud hacia el rendimiento educativo de las personas menores.

- **Diagnóstico Absentismo Vulnerabilidad:** este cuestionario, que debe cumplimentar la persona tutora del centro escolar al que asiste la persona menor, examina las necesidades y desafíos que enfrentan las personas menores en términos de educación y bienestar social. Incluye un cuestionario que recopila información sobre la edad de la persona menor, contexto educativo, circunstancias personales y situación familiar. El cuestionario abarca áreas como necesidades básicas, comportamiento en el aula, relación con el personal docente, habilidades académicas básicas y relación entre la familia y la institución educativa.
- **Diagnóstico sobre Autoestima y competencias:** este cuestionario, que deben cumplimentar los menores, explora la autopercepción de las personas menores en relación con su autoestima, su interacción con compañeros y familiares, su rendimiento académico y su actitud hacia el colegio. Se crean dos versiones diferentes del cuestionario, una dirigida a menores de 6 a 10 años y otra para aquellos de 11 a 16 años.

La recogida de datos se lleva a cabo desde cada una de las entidades locales que participan en el proyecto en dos momentos distintos: **antes** (encuesta de línea de base) y **al final** (encuesta de línea final) de la intervención.

3.4 Indicadores

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

1. Mejora de la asistencia escolar

Porcentaje de faltas de asistencia: tanto por uno de falta de asistencias de las personas menores a clase sobre el total teórico. El número de faltas de asistencia se contabiliza en días en primaria y en horas de clase en secundaria. Para los datos de línea de base se tiene en cuenta el primer trimestre del curso escolar 2022-2023 y para la encuesta final los días correspondientes al primer trimestre del curso escolar 2023-2024 hasta la finalización de la ejecución del proyecto en el mes de noviembre de 2023.

2. Mejora de las competencias académicas básicas y hábitos escolares

Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral: indicador que recoge el diagnóstico realizado por la persona tutora del centro escolar de la persona menor sobre las competencias académicas en lengua. El indicador sigue una escala del 1 al 3, donde el valor 1 indica carencia o inexistencia de las competencias, el valor 2 refleja la presencia ocasional o esporádica de las mismas, mientras que el valor 3 representa una presencia estable o una calidad superior de las competencias.

Estimación general sobre razonamiento y cálculo: indicador que recoge el diagnóstico realizado por la persona tutora del centro escolar del menor sobre las competencias académicas en matemáticas. El indicador sigue una escala del 1 al 3, donde el valor 1 indica carencia o inexistencia de las competencias, el valor 2 refleja la presencia ocasional o esporádica de las mismas, mientras que el valor 3 representa una presencia estable o una calidad superior de las competencias.

Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral: indicador que mide la autopercepción de las personas menores respecto a sus competencias lectora y de expresión oral. Para las personas menores de 6 a 10 años, el indicador se mide a partir del grado de conformidad de las personas menores con la frase “Me gusta y se me da bien la materia de lengua”, con valores que van del 1 al 3 (1: no, 2: algunas veces, 3: sí). Para los menores de 11 a 16 años, se mide a partir de cinco preguntas que exploran el grado de conformidad del alumnado con afirmaciones relacionadas con el desempeño positivo en actividades concretas. En esta versión, el indicador se calcula como la media de las respuestas a estas cinco preguntas, donde cada respuesta se valora del 1 al 3 (1: levemente, 2: moderadamente, 3: significativamente). A mayor valor, mejor autopercepción sobre la comprensión lectora y expresión oral.

Autopercepción sobre razonamiento y cálculo: indicador que mide la autopercepción de las personas menores respecto a su competencia en matemática. Para las personas menores de 6 a 10 años, el indicador se mide a partir del grado de conformidad de los menores con la frase “Me gusta y se me dan bien las matemáticas”, con valores que van del 1 al 3 (1: no, 2: algunas veces, 3: sí). Para las personas menores de 11 a 16 años, se mide a partir de seis preguntas que exploran el grado de conformidad del alumnado con afirmaciones relacionadas con el desempeño positivo en actividades concretas. En esta versión, el indicador se calcula como la media de las respuestas a estas seis preguntas, donde cada respuesta se valora del 1 al 3 (1: levemente, 2: moderadamente, 3: significativamente). A mayor valor, mejor autopercepción sobre razonamiento y cálculo.

Autovaloración de los hábitos escolares: indicador que mide la autopercepción de las personas menores respecto a sus hábitos escolares. El indicador se mide a partir del grado de conformidad, indicado por el menor, con cuatro (en el caso de los menores de 6 a 10 años) o cinco (en el caso de las personas menores de 11 a 16 años) afirmaciones sobre el éxito en el desarrollo de hábitos escolares. En ambos casos, el indicador se calcula como la media de las respuestas, las cuales se valoran en una escala del 1 al 3, donde un mayor valor implica una mejor autovaloración de sus hábitos escolares.

Estimación promedio de la relación entre profesorado y NNA (niñas, niños y adolescentes): indicador que evalúa el nivel de cumplimiento de cinco acciones relacionadas con el comportamiento y el desempeño escolar de los NNA a través del cuestionario cumplimentado por su tutor/a académico/a. Cada acción se valora en una escala del 1 al 3, donde 1 representa la carencia o inexistencia de los aspectos mencionados, 2 indica una presencia ocasional o esporádica de los mismos, y 3 denota una presencia estable o de mayor calidad. El indicador se calcula como la media de los valores asignados a cada acción y un mayor valor implica una mejor relación entre el profesorado y el NNA.

3. Mejora de la autoestima

Diagnóstico autovalorado sobre autoestima: indicador que se calcula a partir de las respuestas de las personas menores a una serie de preguntas que evalúan su grado de acuerdo con diversas afirmaciones relacionadas con su autoestima. La puntuación de cada respuesta varía del 1 al 3, siendo 3 el máximo grado de acuerdo, con una connotación positiva y 1 el mínimo, con una connotación negativa. Para las personas menores de 6 a 10 años se emplean 16 preguntas, mientras que para las personas menores de 11 a 16 años se utilizan 18 preguntas. El valor del indicador se calcula como la media de puntuación de todas las respuestas y un mayor valor implica una mayor autoestima.

4. Mejora en competencias parentales/parentales de las unidades familiares

Diagnóstico autovalorado sobre competencias familiares: indicador que mide cómo las personas adultas se perciben a sí mismas en términos de sus habilidades y emociones como madres y padres. Se basa en el grado de acuerdo expresado en relación con 25 afirmaciones. Cada afirmación se puntúa en una escala del 1 al 3, donde 3 refleja la connotación más positiva y 1 indica la connotación más negativa. El valor del indicador se determina calculando el promedio de las puntuaciones de todas las respuestas. A mayor valor, mejor autopercepción de sus competencias familiares.

Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar: Indicador generado a partir de las respuestas a seis preguntas que exploran el comportamiento y la actitud del alumnado. Cada respuesta se puntúa en una escala del 1 al 3, donde 3 refleja la connotación más positiva y 1 indica la connotación más negativa. El valor del indicador se determina calculando el promedio de las puntuaciones de todas las respuestas. A mayor valor, mejor relación de contacto.

5. Mejora de la inclusión en el medio escolar y social

Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA: indicador que mide el comportamiento y conducta de las personas menores en clase. Se genera a partir de la media de los resultados de 10 variables relacionadas con acciones o comportamientos negativos de la persona menor en clase, que la persona tutora académica del centro al que acude el menor puntúa en una escala del 1 al 3. A mayor valor, mejor comportamiento.

Cobertura de necesidades básicas del NNA: indicador que mide la satisfacción de las necesidades de las personas menores en clase y en familia. Se genera a partir del examen de necesidades del alumnado (a partir de la información proporcionada por la persona tutora del centro académico) y conductas de las personas adultas (valorada por las personas tutoras legales del menor). El indicador varía en una escala de 1 a 3, donde, a mayor valor, mejor cobertura de las necesidades básicas del NNA.

3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el impacto de las intervenciones en los indicadores mencionados, se emplea una evaluación experimental conocida como Ensayo Controlado Aleatorizado (RCT), donde las personas participantes son asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y al grupo de control. A continuación, se describe detalladamente el proceso de reclutamiento y selección de las personas beneficiarias de la intervención, junto con la asignación aleatoria y el cronograma del experimento.

Captación de los beneficiarios de la intervención

El proceso de captación se realiza a través de las entidades locales que participan en el proyecto e involucra, principalmente, llamadas telefónicas, citas presenciales, cartas además de la utilización de medios electrónicos como correo electrónico y SMS, entre otros. En la primera etapa, enfocada en la difusión y captación de las unidades familiares potencialmente beneficiarias, se llevan a cabo intervenciones destinadas a activar la red de colaboración entre diversos sectores, principalmente servicios sociales y educación. Entre las actuaciones incluidas en el proceso de captación se incluyen:

- Organización de jornadas informativas dirigidas a las Jefaturas de Servicio de Servicios Sociales. Estas sesiones ofrecen una visión general del proyecto, su metodología, plazos y pautas de actuación, así como la presentación de un manual de procedimiento elaborado por la Consejería.
- Sesión formativa online para las Delegaciones Territoriales con el fin de presentar el proyecto y solicitar su colaboración.
- Desarrollo de una aplicación digital para el registro y sistematización de las actuaciones realizadas por las Entidades Locales en el proceso de captación de familias participantes.
- Sesiones formativas online dirigidas a orientar a las entidades sobre cómo realizar de manera eficaz la captación de familias participantes.

La captación de las familias se realiza siguiendo una estrategia común en todas las entidades locales participantes en el proyecto, partiendo del universo de familias ofrecidos por los servicios sociales, siendo prioritarias para la captación las familias receptoras de IMV o RMISA. Gran parte de la eficacia del trabajo de difusión y captación realizado, en los plazos de tiempo acotados por la metodología del proyecto piloto, se ha debido al trabajo llevado a cabo en zonas desfavorecidas a través de la anterior Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión y la Inclusión Social, conocida como ERACIS.

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.

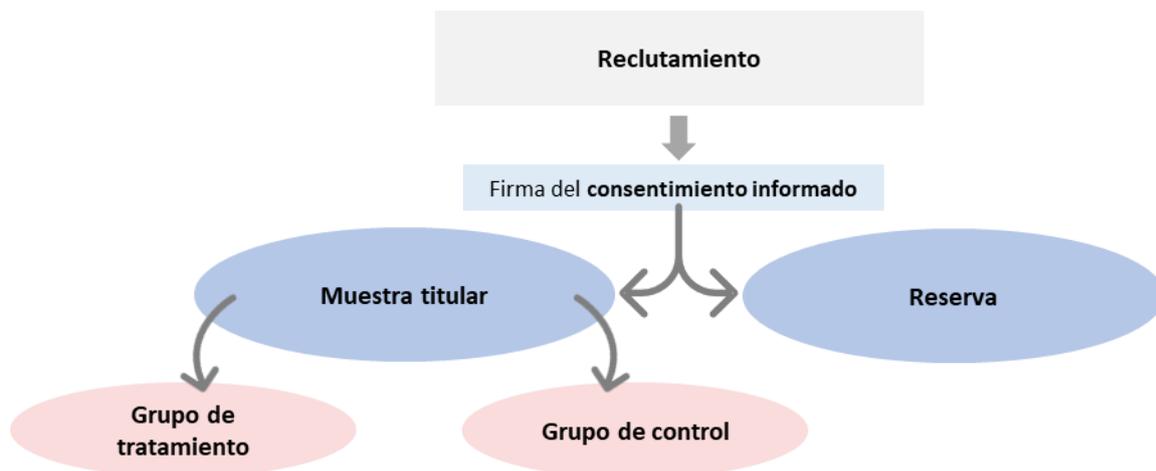
Asignación aleatoria de los participantes

Después de completar el proceso de captación, entre los hogares que firman el consentimiento informado, para cada entidad local, se procede a definir qué familias forman parte de la muestra titular y cuáles de la reserva que se utilizarán en caso de baja de un titular en las primeras semanas del itinerario. Para ello, se asigna aleatoriamente un número entre 0 y 1 a cada registro y se ordena por el valor aleatorio asignado. Siguiendo este orden, las primeras familias hasta alcanzar el número requerido de registros se asignan a la muestra titular y las restantes al grupo de reserva. Este procedimiento se siguió para todas las entidades locales menos seis, en las que se consideró titulares a los primeros captados hasta llegar a la muestra teórica.

Se estratifica la muestra a nivel de entidad local y de una variable (situación familiar) que determina si hay o no al menos una persona menor con un protocolo de absentismo abierto en la familia, creando un total de 56 estratos. En cada estrato (formado por la entidad local y la situación familiar), para la muestra titular, se asignan de forma aleatoria la mitad de las familias al grupo de control y la otra mitad al grupo de tratamiento. Para las familias en la reserva, se establece aleatoriamente un orden de sustitución en cada estrato. En caso de bajas, se utiliza la primera reserva disponible del estrato

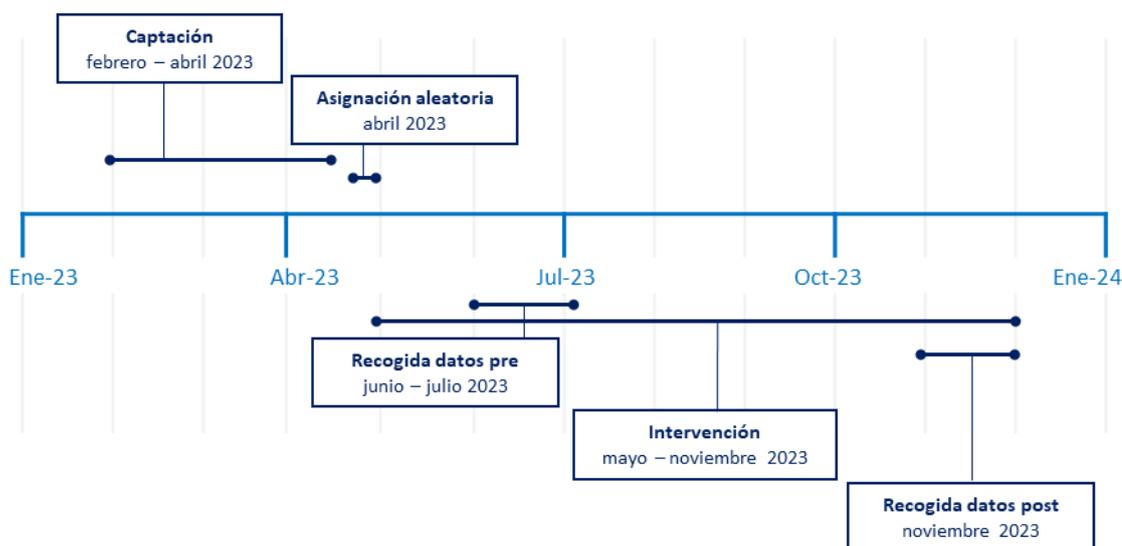
correspondiente y se le asigna el grupo (control o tratamiento) correspondiente a la baja a la que sustituye.

Figura 4: Diseño de la muestra



La **Figura 5** muestra el marco temporal en el que se desarrolla la implementación y evaluación. La captación comienza en febrero 2023 y, al terminar el proceso de reclutamiento, en abril de 2023, se realiza la asignación aleatoria de los participantes entre los distintos grupos experimentales. La intervención se desarrolla desde mayo hasta noviembre de 2023. La recopilación de los datos de línea de base se lleva a cabo antes de iniciar la intervención diferencial del grupo de tratamiento, en los meses de junio y julio. Por último, la recolección de los datos finales se realiza una vez acabada la intervención diferencial, en noviembre de 2023.

Figura 5: Marco temporal de la implementación y 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 las personas participantes y otros aspectos logísticos relevantes para contextualizar los resultados de la evaluación.

4.1 Descripción de la muestra

De una población inicial de posibles participantes de 3.931 hogares¹³, el 14,9% no pudieron ser contactadas. De aquellas contactadas, que suman un total de 3.344 hogares, el 69,8% (2.333) mostraron interés y confirmaron su disponibilidad para participar. Del 30% restante, 115 hogares no cumplían los requisitos (3,4%), 302 (9%) no muestran interés en el proyecto y el resto no puede participar por diferentes motivos (enfermedad, cambio de residencia, etc.). Finalmente, el proceso de captación se salda con 2.313 hogares que firman el consentimiento informado (CI). La **Tabla 1** resume los resultados principales del proceso de captación.

Tabla 1: Registro del proceso de captación

Potenciales beneficiarios	3.931
Número hogares no contactados	587
Número hogares contactados	3.344
No quieren/no pueden participar/ No cumplen los requisitos	1.011
Quieren/pueden participar	2.333
No firman el CI	20
Firman el CI	2.313

Características de la muestra final de la evaluación

De los 2.313 hogares (con un total de 3.739 menores) que firmaron el consentimiento informado y fueron aleatorizados, 1.447 hogares (2.361 menores) formaban parte de la muestra titular y 866 hogares (1.378 menores) de la muestra reserva.

La **Tabla 2** presenta estadísticas descriptivas de las variables relacionadas con la intervención, según la información recopilada en la encuesta de línea de base. Se incluyen un total de 2.199 observaciones

¹³ No se incluyen los datos de Puente Genil (Córdoba) donde no se llegaron a realizar las intervenciones con las personas participantes, aunque sí se llevaron a cabo la captación y la recogida de datos PRE

individuales (a nivel de menor) en la muestra inicial. La tabla tiene seis columnas: el nombre de la variable, la media, la desviación típica, el valor mínimo, el valor máximo y el número de observaciones.

La muestra revela una mayor participación femenina entre las personas tutoras legales, con solo un 15% identificándose como hombres. Respecto al nivel educativo de estos, el 50% no posee estudios, mientras que el 30% alcanza únicamente estudios primarios. La mayoría de las personas tutoras, un 84%, tienen nacionalidad española, mientras que un 1% proviene de otros países de la Unión Europea y un 14% de fuera de la Unión Europea. Respecto a los menores participantes, se observa una distribución equilibrada por género. La mayoría, un 67%, estudia en Primaria, mientras que el 33% lo hace en Secundaria. Respecto a la situación en relación con el absentismo, un 26% de las personas menores pertenece a hogares en los que al menos una de ellas tiene abierto un protocolo de absentismo, mientras que el resto pertenecen a hogares en los que ninguna persona menor tiene aún abierto el mencionado protocolo.

El análisis de los indicadores, descritos en la **sección 3.4**, muestra que, en promedio, antes de iniciar la intervención diferencial, las personas menores no asisten, en media, al 12% del total lectivo teórico. La valoración general de las competencias en matemáticas y lenguaje se sitúa en torno a 2 de un total de 3, lo que indica la existencia ocasional o esporádica de estas habilidades para el estudiante promedio. Sin embargo, la autopercepción de estas mismas competencias revela un promedio más alto, en torno al 2,3 para ambas áreas. En congruencia con estos resultados, la valoración promedio de las personas menores con respecto a sus actitudes y comportamientos es de 2,52, mientras que la autovaloración sobre los hábitos escolares alcanza un promedio de 2,39.

El promedio del diagnóstico autovalorado sobre autoestima es de 2,45, mientras que el promedio del diagnóstico autovalorado sobre las competencias familiares es de 2,4. Además, la valoración promedio de la relación entre el profesorado y los menores es de 2,18, y la relación entre el centro y la unidad familiar tiene un promedio de 2,44.

Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la muestra

Variable	Obs.	Desviación		Mínimo	Máximo
		Media	Típica		
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</i>					
Sexo del tutor legal. Hombre.	2199	0,15	0,35	0	1
Nivel educativo del tutor legal. Sin estudios	2199	0,49	0,50	0	1
Nivel educativo del tutor legal. Estudios primarios	2199	0,30	0,46	0	1
Nivel educativo del tutor legal. Estudios secundarios	2199	0,19	0,39	0	1

Variable	Obs.	Media	Desviación		
			Típica	Mínimo	Máximo
Nivel educativo del tutor legal. Estudios universitarios	2199	0,02	0,13	0	1
Nacionalidad del tutor legal. España	2199	0,84	0,36	0	1
Nacionalidad del tutor legal. UE (sin España)	2199	0,01	0,11	0	1
Nacionalidad del tutor legal. Fuera de la UE	2199	0,14	0,35	0	1
Sexo del NNA. Mujer	2199	0,47	0,50	0	1
Sexo del NNA. Hombre	2199	0,53	0,50	0	1
Sexo del NNA. Trans	2199	0,00	0,03	0	1
Edad del NNA	2199	10,55	2,96	5	16
Etapa escolar del NNA. Primaria	2199	0,67	0,47	0	1
Etapa escolar del NNA. Secundaria	2199	0,33	0,47	0	1
Etapa escolar del NNA. FP	2199	0,00	0,05	0	1
Situación familiar. Absentismo	2199	0,26	0,44	0	1
<i>Indicadores de resultados</i>					
Faltas de asistencias en tanto por uno	2197	0,12	0,16	0	1
Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral	2188	1,92	0,76	1	3
Estimación general sobre razonamiento y cálculo	2188	1,91	0,75	1	3
Diagnóstico autovalorado sobre autoestima	2196	2,45	0,37	1	3
Diagnóstico autovalorado sobre competencias familiares	2199	2,40	0,23	1	3
Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA	2186	2,52	0,43	1	3
Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral	2196	2,37	0,58	1	3
Autopercepción sobre razonamiento y cálculo	2196	2,28	0,65	1	3
Autovaloración de los hábitos escolares	2197	2,39	0,45	1	3

Variable	Obs.	Media	Desviación		
			Típica	Mínimo	Máximo
Estimación promedio de la relación entre profesorado y NNA	2186	2,18	0,57	1	3
Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar	2192	2,44	0,36	1	3
Cobertura de necesidades básicas del NNA	2176	2,53	0,31	1	3

4.2 Resultados de la asignación aleatoria

Una vez definida la muestra se procede a la asignación aleatoria de las personas participantes, dentro del grupo de control o grupo de tratamiento según lo explicado en la **sección 3.5**. Se realizó la asignación aleatoria de 2.313 hogares¹⁴ (3.739 menores), de los cuales 1.447 (2.361 menores) formaban parte de la muestra titular y 866 (1.378 menores) eran reservas para sustituir a posibles bajas que se produjesen en los primeros días de la intervención. La siguiente tabla muestra los resultados de la asignación aleatoria, detallando el número de participantes asignados a cada grupo y desglosando esta información según las diferentes variables de estratificación.

Tabla 3: Resultados asignación aleatoria

Entidad local	Titulares									Reserva			Total		
	Absentistas (ABS)			En prevención (PREV)			Total			Total	ABS	PREV	TOTAL	ABS	PREV
	Total	GC	GT	Total	GC	GT	Total	GC	GT						
Ayto. El Ejido	4	2	2	40	20	20	44	22	22	18	9	9	62	13	49
Ayto. Níjar	1	0	1	16	8	8	17	8	9	27	1	26	44	2	42
Ayto. Roquetas de Mar	5	2	3	26	13	13	31	15	16	23	2	21	54	7	47
Ayto. Algeciras	11	6	5	48	24	24	59	30	29	88	17	71	147	28	119
Ayto. Arcos de la Frontera	18	9	9	12	6	6	30	15	15	56	30	26	86	48	38
Ayto. Barbate	2	1	1	29	14	15	31	15	16	12	2	10	43	4	39
Ayto. Cádiz	2	1	1	77	38	39	79	39	40	41	1	40	120	3	117
Ayto. Chiclana de la Frontera	4	2	2	37	19	18	41	21	20	21	2	19	62	6	56
Ayto. Jerez de la Frontera	22	11	11	154	77	77	176	88	88	106	17	89	282	39	243
Ayto. San Roque	3	2	1	10	5	5	13	7	6	2	0	2	15	3	12
Ayto. Córdoba	35	17	18	66	33	33	101	50	51	70	28	42	171	63	108
Ayto. Palma del Río	13	7	6	14	7	7	27	14	13	21	3	18	48	16	32

¹⁴ No se incluyen los datos de Puente Genil (Córdoba) donde no se llegaron a realizar las intervenciones con las personas participantes, aunque sí se llevaron a cabo la captación y la recogida de datos PRE

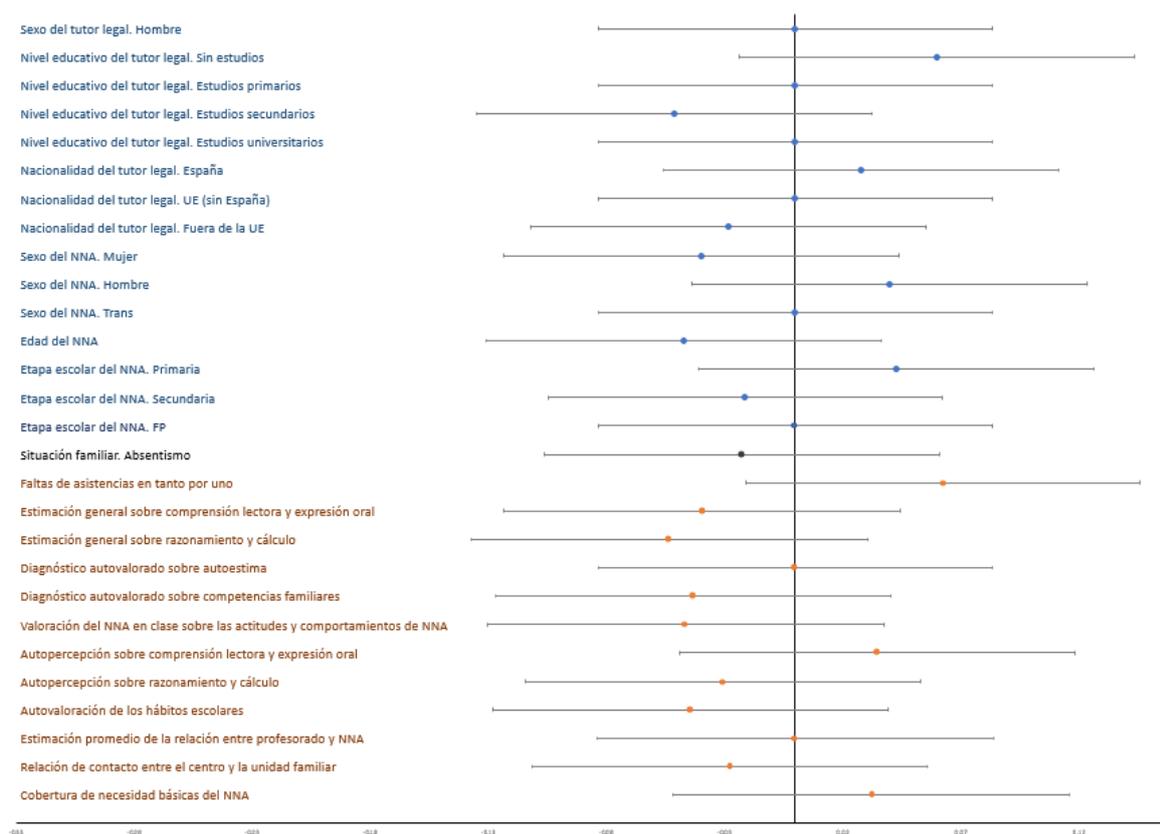
Entidad local	Titulares									Reserva			Total		
	Absentistas (ABS)			En prevención (PREV)			Total			Total	ABS	PREV	TOTAL	ABS	PREV
	Total	GC	GT	Total	GC	GT	Total	GC	GT	Total	ABS	PREV	TOTAL	ABS	PREV
Ayto. Granada	18	9	9	145	73	72	163	82	81	23	2	21	186	20	166
Ayto. Loja	17	8	9	20	10	10	37	18	19	21	14	7	58	31	27
Ayto. Motril	13	6	7	47	23	24	60	29	31	41	10	31	101	23	78
Ayto. Huelva	16	8	8	78	39	39	94	47	47	92	18	74	186	34	152
Ayto. Isla Cristina	11	6	5	13	7	6	24	13	11	6	2	4	30	13	17
Diputación Huelva	2	1	1	35	18	17	37	19	18	22	1	21	59	3	56
Ayto. Málaga	95	48	47	85	43	42	180	91	89	26	14	12	206	109	97
Ayto. Marbella	4	2	2	10	5	5	14	7	7	26	10	16	40	14	26
Ayto. Torremolinos	2	1	1	31	15	16	33	16	17	17	0	17	50	2	48
Ayto. Vélez-Málaga	14	7	7	16	8	8	30	15	15	12	4	8	42	18	24
Diputación Málaga	1	1	0	16	8	8	17	9	8	9	0	9	26	1	25
Ayto. Coria del Río	6	3	3	7	3	4	13	6	7	10	4	6	23	10	13
Ayto. Dos Hermanas	21	10	11	16	8	8	37	18	19	29	14	15	66	35	31
Ayto. Los Palacios y Villafranca	12	6	6	14	7	7	26	13	13	9	0	9	35	12	23
Ayto. Morón de la Frontera	3	1	2	12	6	6	15	7	8	15	3	12	30	6	24
Ayto. San Juan de Aznalfarache	16	8	8	2	1	1	18	9	9	23	23	0	41	39	2
TOTAL	371	185	186	1076	538	538	1447	723	724	866	231	635	2313	602	1711

Con el objetivo de comprobar que la asignación aleatoria 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 las personas participantes en ambos grupos son iguales. A continuación, se muestran los resultados de los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento en la **Figura 6**¹⁵. Todos los datos reflejados en esta figura se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención (línea de base). Para cada variable observable, se representa mediante un punto la diferencia entre la media de dicha variable en el grupo de tratamiento y de control y, centrado en ella, el intervalo de confianza al 95% de tal diferencia. Un intervalo de confianza que contiene al cero, es decir, el eje vertical, indicará que la diferencia de medias entre grupos no es estadísticamente significativa o, en otras palabras, no es estadísticamente diferente de cero. Se concluirá, por tanto, que los grupos de intervención están 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.

¹⁵ Véase la **Tabla 13** en el Apéndice relativa al **Equilibrio entre los grupos experimentales**.

Como se observa en la figura, los grupos no muestran diferencias significativas ni en las variables sociodemográficas ni en los indicadores antes de comenzar la intervención, por lo que se concluye que todas las variables están equilibradas en línea de base.

Figura 6: Diferencia de medias estandarizadas entre grupo de tratamiento y grupo de control (intervalo de confianza del 95%)



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

4.3 Grado de participación y desgaste por grupos

El grupo firmante del consentimiento informado constituye la muestra experimental que fue asignada aleatoriamente a los grupos de control y de tratamiento. No obstante, tanto la participación en el programa como la respuesta a las encuestas inicial y final son voluntarias. Por un lado, es conveniente analizar el grado de participación en el programa, puesto que la estimación de resultados se referirá a los efectos en media de ofrecer el mismo, dado el grado de participación. Por ejemplo, si la participación en las actividades del tratamiento es baja, los grupos de tratamiento y control se parecerán mucho y será más difícil encontrar un efecto. Por otro lado, en esta sección se comprueba si la no cumplimentación de la encuesta final por algunas de las personas participantes reduce la

comparabilidad de los grupos de tratamiento y de control después de la intervención, en el caso de que la tasa de respuesta sea distinta entre grupos o según las características demográficas de los participantes de cada grupo.

Grado de participación

Como se menciona en la **sección 3.5** se establece un grupo de reserva en casos de abandonos del grupo de tratamiento. Finalmente, el total de reservas aleatorizadas utilizadas fueron 449 hogares (725 menores) de las cuales 187 (290 menores) pasaron a formar parte del grupo de control, 176 (290 menores) del grupo de tratamiento y a 86 (145 menores) no se les llegó a asignar grupo al no haber participado en ningún momento en el proyecto (por negativa o no poder contactar con ellos).

Para examinar el grado de participación se dispone de información de los 2.199 menores (y sus unidades familiares) que cumplimentaron el cuestionario de línea de base. Las personas participantes del grupo de tratamiento y del grupo de control, disponían de al menos 6 sesiones de actuaciones individualizadas con las familias (4 dirigidas a los adultos de la unidad familiar y 2 dirigidas a los menores) y 3 sesiones de acción tutorial dirigidas a la persona tutora académica del menor. Además, los participantes del grupo de tratamiento disponían de al menos 16 sesiones adicionales (6 sesiones grupales de dinámicas familiares y capacitación digital dirigidas a las personas adultos de la unidad familiar y 10 sesiones grupales de inteligencia emocional y competencias académicas dirigidas a las personas menores). Este mínimo teórico de sesiones debía ser proporcionado de forma homogénea por todas las entidades locales.

Para un 93% de las personas participantes del grupo de control que cumplimentaron la línea de base, la persona menor y su unidad familiar asistieron al menos al mínimo teórico total de sesiones asignadas a su grupo (6). En concreto, un 96% de las personas menores del grupo de control y un 92% de las personas adultas asistieron al mínimo de sesiones implementadas en todas las entidades locales (2 y 4 respectivamente).

En cuanto al grupo de tratamiento, para más del 78% de las familias que cumplimentaron la línea de base, la persona menor y su unidad familiar (UF) asistieron al menos al mínimo teórico total de sesiones asignadas a su grupo (22). En concreto, más de un 76% de las personas menores del grupo de tratamiento y un 77% de las personas adultas asistieron al mínimo de sesiones implementadas en todas las entidades locales (12 y 10 respectivamente).

Tabla 4: Distribución de las personas participantes según su asistencia a las formaciones

Asistencia	Sesiones menores			Sesiones UF			Sesiones totales		
	Total	GC	GT	Total	GC	GT	Total	GC	GT
Por debajo del mínimo teórico	311 (14%)	48 (4%)	263 (24%)	343 (16%)	91 (8%)	252 (23%)	310 (14%)	78 (7%)	232 (22%)
Al menos el mínimo teórico	1888 (86%)	1072 (96%)	816 (76%)	1856 (84%)	1029 (92%)	827 (77%)	1889 (86%)	1042 (93%)	847 (78%)
Total	2199	1120	1079	2199	1120	1079	2199	1120	1079

Por otro lado, para considerar el itinerario como completo, se estableció que las personas participantes del grupo de control tenían que asistir al menos a tres de las cuatro sesiones individuales para el diseño y desarrollo de los itinerarios con las familias, mientras que las personas participantes del grupo de tratamiento tenían que asistir a un total de 16 sesiones, de las que 13 debían ser las siguientes: al menos dos de las cuatro sesiones individuales para el diseño y desarrollo de los itinerarios con las familias; un mínimo de tres de las seis sesiones grupales para adultos de las que al menos una tenía que ser de competencias digitales y dos de dinámicas familiares; al menos ocho de las 10 sesiones grupales para menores de inteligencia emocional y competencias académicas. Atendiendo a estos criterios, la adherencia al proyecto ha sido alta, puesto que más del 94% de las personas participantes del grupo de control y un 83% de los del grupo de tratamiento que cumplieron la línea de base completaron el itinerario.

Desgaste por grupos

La **Tabla 5** proporciona información sobre la participación y respuesta a las encuestas de línea base (PRE) y de línea final (POST) en los grupos de tratamiento y control. De las 3.086 personas menores de la muestra titular y las reservas utilizadas, 887 no cumplieron ningún cuestionario, 366 procedentes del grupo de control, 376 del grupo de tratamiento y 145 que no estuvieron asignadas a ningún grupo. De las 2.199 personas que respondieron a la encuesta de línea base, 2.033, el 92%, también cumplieron la encuesta final. Todas las personas que respondieron a la encuesta final respondieron también a la encuesta inicial. En el grupo de tratamiento, de las 1.455 personas asignadas, un 66%, es decir, 958 individuos, cumplieron tanto la encuesta inicial como la final (i.e. desgaste del 34%), mientras que, en el grupo de control, ese porcentaje asciende al 72% (i.e. desgaste del 28%).

Tabla 5: Registro participantes y realización de encuestas

Grupo	Total	Ninguna encuesta	Solo encuesta PRE	Encuesta PRE Y POST
Total	3.086	887 (29%)	166 (5%)	2.033 (66%)
Grupo de Control	1.486	366 (25%)	45 (3%)	1.075 (72%)
Grupo de Tratamiento	1.455	376 (26%)	121 (8%)	958 (66%)
Sin grupo	145	145 (100%)	-	-

Para evaluar si la diferencia en la tasa de desgaste de la muestra entre los grupos experimentales es estadísticamente significativa, se realiza una regresión simple donde la variable dependiente toma el valor 1 si la persona participante no ha respondido a la encuesta final y 0 en caso contrario. Como queda reflejado en la **Tabla 6**, el coeficiente de la regresión es de 0,06, con un nivel de significancia del 1%, es decir, hay un 6% más de personas en grupo de tratamiento que en el grupo de control que no cumplieron el cuestionario POST entre el total de personas participantes titulares y reservas utilizadas que tienen grupo asignado. En cuanto al desgaste selectivo, se identifica que el tratamiento tiene un efecto diferencial en el desgaste por sexo de la persona menor, nacionalidad de las personas tutoras legales y la situación familiar en relación con el absentismo.

Tabla 6: Regresiones de la probabilidad de no responder a la entrevista final

	Desgaste diferencial (1)	Desgaste selectivo (2)
Tratamiento	0.06*** (0.02)	0.10 (0.27)
Tratamiento x Hombre		0.05 (0.05)
Tratamiento x Nivel educativo de la persona tutora legal. Sin estudios		-0.09 (0.09)
Tratamiento x Nivel educativo de la persona tutora legal. Estudios primarios		-0.12 (0.09)
Tratamiento x Nivel educativo de la persona tutora legal. Estudios secundarios		-0.11 (0.09)
Tratamiento x Nacionalidad del tutor legal. España		-0.02 (0.04)
Tratamiento x Nacionalidad del tutor legal. UE (sin España)		-0.26** (0.12)
Tratamiento x Sexo del NNA. Mujer		0.13** (0.06)
Tratamiento x Sexo del NNA. Hombre		0.15** (0.06)
Tratamiento x VC_Edad_NNA		0.01 (0.01)
Tratamiento x Etapa escolar del NNA. Primaria		-0.15 (0.21)
Tratamiento x Etapa escolar del NNA. Secundaria		-0.13 (0.21)
Tratamiento x Situación familiar. Absentismo		0.06* (0.04)
Observaciones	2.941	2.199

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).

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

5 Resultados de la evaluación

La asignación aleatoria de la muestra experimental a los grupos de control y de tratamiento garantiza que, con una muestra suficientemente grande, los grupos son estadísticamente comparables y, por tanto, toda diferencia observada después de la intervención puede asociarse causalmente con el tratamiento. El análisis econométrico proporciona, en esencia, esta comparación. Sin embargo, tiene

las ventajas de permitir incluir otras variables para ganar precisión en las estimaciones y de proporcionar intervalos de confianza para las estimaciones. En esta sección, se expone el análisis econométrico realizado y las regresiones estimadas, así como el análisis de los resultados obtenidos.

5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

En el contexto de un experimento aleatorizado, el modelo de regresión típicamente empleado para estimar el efecto causal considera la diferencia entre el grupo de tratamiento y el grupo de control para la variable de interés. Esta elección se basa en la comparabilidad estadística de ambos grupos debido a la aleatorización. Además, también se incluyen regresiones en las que se controla, siempre que sea factible, por el valor inicial de la variable dependiente, mejorando así la precisión de las estimaciones.

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

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

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 persona ha sido asignada al tratamiento (=1) o al control (=0), $Y_{i,t=0}$ es el valor inicial de la variable dependiente (es decir, antes de la intervención), y ε_i es el término de error. Los errores estándar se agrupan a nivel de hogar.

5.2 Análisis de los resultados

5.2.1 Resultados principales y secundarios

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

Asistencia escolar

La **Tabla 7** muestra los resultados de la intervención sobre la asistencia de las personas menores a clase. En ambas especificaciones, tanto con la exclusión como con la inclusión de la variable de interés en la línea de base, el coeficiente asociado a esta variable es próximo a cero y carece de significancia estadística. Esto sugiere que la intervención no tiene un efecto discernible en la disminución de las faltas de asistencia de las personas menores tratadas.

Tabla 7: Efecto sobre la asistencia

	Faltas de asistencias en tanto por uno	
	(1)	(2)
Tratamiento	-0,00 (0,01)	-0,00 (0,01)
Observaciones	2021	2021
R^2	0,00	0,19
Media control var. Dep.	0,11	0,11
Controles adicionales	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).

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

Competencias académicas básicas y hábitos escolares

La **Tabla 8** detalla los efectos del tratamiento en las competencias académicas, específicamente en lengua y matemáticas, evaluando tanto las percepciones de las personas tutoras académicas de las personas menores, como las del alumnado. No se observan impactos significativos, con un nivel de confianza del 5%, ni en las percepciones de las personas tutoras ni en las del alumnado. Estos resultados sugieren que el tratamiento no ha tenido un efecto en las competencias del alumnado a corto plazo.

Tabla 8: Efecto sobre las competencias académicas

	Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral				Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral			
	Estimación general sobre razonamiento y cálculo		Autopercepción sobre razonamiento y cálculo		Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral		Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento	-0,06 (0,04)	-0,06* (0,03)	-0,04 (0,04)	-0,02 (0,03)	-0,00 (0,03)	-0,01 (0,03)	-0,01 (0,03)	-0,00 (0,03)
Observaciones	1961	1956	1939	1935	1961	1960	1963	1962
R^2	0,00	0,17	0,00	0,15	0,00	0,15	0,00	0,30
Media control var. Dep.	2,01	2,01	1,99	1,99	2,37	2,37	2,29	2,29
Controles adicionales	No	No	No	No	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).

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

La **Tabla 9** presenta los resultados de regresiones para evaluar la relación entre el tratamiento y los hábitos escolares, específicamente se observa el impacto en la auto percepción de los hábitos escolares de las personas menores y la estimación de la relación entre profesorado y alumnado. De nuevo, los coeficientes no son significativos en ninguna especificación. Por lo tanto, no se aprecia ningún impacto significativo sobre las variables analizadas.

Tabla 9: Efecto sobre los hábitos escolares y la relación entre profesor y alumnos

	Autovaloración de los hábitos escolares		Estimación promedio de la relación entre profesorado y NNA	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,00 (0,02)	0,01 (0,02)	-0,03 (0,03)	-0,03 (0,03)
Observaciones	1961	1961	1947	1941
R ²	0,00	0,26	0,00	0,14
Media control var. Dep.	2,42	2,42	2,30	2,30
Controles adicionales	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).

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

Autoestima

La **Tabla 10** recoge el impacto del tratamiento sobre la autoestima de las personas menores. Los coeficientes próximos a cero y no significativos indican que el tratamiento no tuvo un efecto observable sobre la autoestima percibida del alumnado participante.

Tabla 10: Efecto sobre la autoestima

	Diagnóstico autovalorado sobre autoestima	
	(1)	(2)
Tratamiento	-0,00 (0,02)	-0,01 (0,01)
Observaciones	1955	1954
R ²	0,00	0,50
Media control var. Dep.	2,47	2,47
Controles adicionales	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).

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

Competencias marentales/parentales de las unidades familiares

La **Tabla 11** presenta el impacto del tratamiento sobre las competencias marentales/parentales de las unidades familiares. En concreto, se evalúa el efecto sobre autopercepción de las competencias familiares de las madres, padres o tutores/as legales, así como en la relación entre el centro y la unidad familiar. Se observa un efecto negativo significativo, aunque reducido, en las competencias familiares, con una significancia del 10%. Sin embargo, no se detecta ningún efecto del tratamiento en la relación de contacto entre el centro y la unidad familiar.

Tabla 11: Efecto sobre las competencias marentales/parentales

	Diagnóstico autovalorado sobre competencias familiares		Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	-0,02*	-0,02*	0,00	0,00
	(0,01)	(0,01)	(0,02)	(0,02)
Observaciones	1957	1957	1842	1839
R^2	0,00	0,28	0,00	0,25
Media control				
var. Dep.	2,46	2,46	2,50	2,50
Controles adicionales	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).

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

Inclusión en el medio escolar y social

La **Tabla 12** proporciona información sobre el efecto de la intervención sobre la actitud de las personas menores en clase y la cobertura de las necesidades básicas de los menores en el aula y los cuidados cotidianos que reciben. La falta de impacto significativo, representada por los coeficientes próximos a cero, señala que el tratamiento no ha alterado el comportamiento de las personas estudiantes en el aula ni ha mejorado la atención de sus necesidades básicas.

Tabla 12: Efecto sobre la inclusión en el medio escolar y social

	Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA		Cobertura de necesidades básicas del NNA	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	-0,02 (0,02)	-0,01 (0,02)	0,00 (0,02)	-0,00 (0,01)
Observaciones	1935	1930	1803	1797
R ²	0,00	0,23	0,00	0,17
Media control				
var. Dep.	2,58	2,58	2,60	2,60
Controles adicionales	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).

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

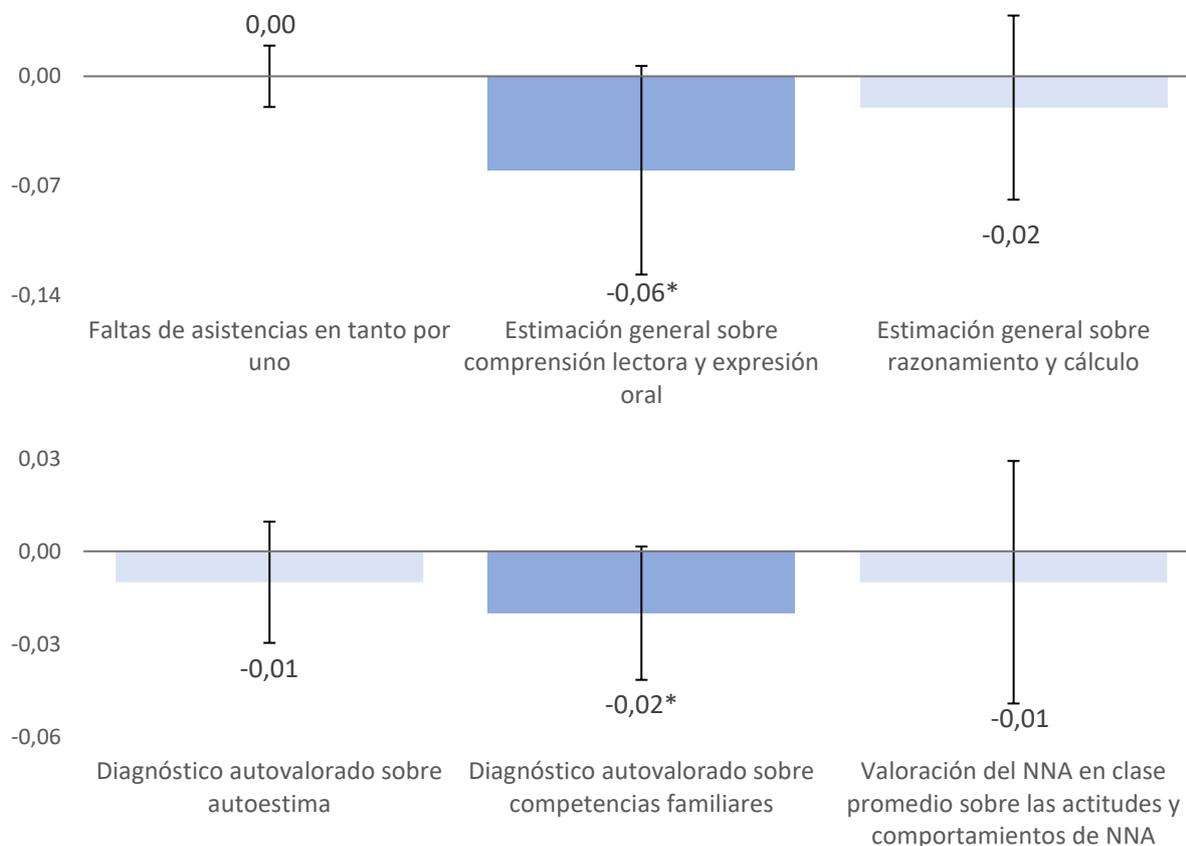
6 Conclusiones de la evaluación

Este informe ha presentado una evaluación exhaustiva del RCT destinado a la problemática del absentismo y la vulnerabilidad social de las personas menores y unidades familiares que residen en zonas desfavorecidas de Andalucía. La intervención evaluada implica la implementación de itinerarios de inclusión sociofamiliar, que incluyen acompañamiento profesional dirigido tanto a las familias como a los menores. El objetivo de la intervención era el de aumentar la participación, uso y adherencia a una serie de recursos públicos y privados de las familias con el fin de mejorar su situación de desventaja social y prevenir o reducir el absentismo escolar.

Los itinerarios implementados se articularon en cuatro áreas principales: actuaciones individualizadas con las familias, sesiones grupales con las personas menores, sesiones grupales con las personas tutoras legales de los menores y coordinación en la acción tutorial. Aunque tanto las personas participantes del grupo de control como del grupo de tratamiento siguieron un itinerario sociofamiliar, las unidades familiares del grupo de tratamiento tuvieron acceso a un mayor número de sesiones, 22 en comparación con las 6 del grupo de control. Además, la cartera de servicios y acciones disponibles para el grupo de tratamiento incluyó recursos proporcionados por Servicios Sociales y entidades del Tercer Sector, mientras que el grupo de control solo contó con los Servicios Sociales.

Al evaluar el modelo, se compara el impacto del itinerario extendido del grupo de tratamiento con el del grupo de control en diferentes ámbitos, como el grado de asistencia, las competencias y hábitos académicos, la satisfacción de las necesidades básicas de la persona menor y las dinámicas familiares. Este enfoque integral permite una evaluación exhaustiva del impacto de la intervención y facilita una comprensión más completa de su efectividad en diversas áreas.

Figura 7: Efecto de la intervención en los indicadores principales



Nota: en azul se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 10% y en azul claro aquellos indicadores que no son significativos. Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones con controles.

Los resultados del análisis econométrico indican que la intervención extendida no tuvo un efecto significativo y positivo en ninguna de las variables consideradas. De hecho, se observa un efecto negativo, aunque reducido, significativo al nivel del 10%, en la estimación general de la comprensión lectora y expresión oral de los menores, así como en la autovaloración de las competencias familiares. Esto último puede ser debido a que, al tratarse de instrumentos basados en la autopercepción, las personas participantes se han autoevaluado, partiendo de respuestas iniciales que incluían una posible sobrevaloración de las habilidades/capacidades especificadas, lo que puede dificultar generar autopercepciones muy diferentes en el cuestionario final. Además, es posible que la duración del proyecto no sea suficiente para provocar cambios a corto plazo en las rutinas de las familias y de las personas menores tratadas. En cualquier caso, cabe resaltar la alta adherencia al proyecto entre las personas que han decidido iniciar el itinerario, a pesar del volumen y la diversidad de entidades locales que lo han ejecutado de manera simultánea. Este aspecto es muy significativo en el contexto de una población en situación de vulnerabilidad o exclusión social, que mantiene unas relaciones muy frágiles con los sistemas y los recursos públicos.

Bibliografía

Alegre, F., Moliner, L., Maroto, A., & Lorenzo-Valentin, G. (2019). Peer tutoring in mathematics in primary education: A systematic review. *Educational Review*, 71(6), 767-791. <https://doi.org/10.3386/w27476>

Eurostat (2024). Living conditions and welfare. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>

Gobierno de España, Ministerio de derechos sociales y agenda 2030 (2022). Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). Aprobado el 5 de julio del 2022. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/Garantia_infantil.htm

Gortazar, L., Hupkau, C., & Roldán, A. (2023). Online tutoring works: Experimental evidence from a program with vulnerable children. CEP Discussion Paper No. 1908. <https://www.esade.edu/ecpol/en/publications/online-tutoring-works-experimental-evidence-from-a-program-with-vulnerable-children/>

Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T., & Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7(1), 117–136. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006374>

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de julio, num. 175 (BOE-A-2015-8222).

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

Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M., & Goldblatt, P. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC public health*, 14, 1-13. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-14-1040>

Nickow, A., Oreopoulos, P., & Quan, V. (2020). The impressive effects of tutoring on prek-12 learning: A systematic review and meta-analysis of the experimental evidence. <https://doi.org/10.1080/00131911.2018.1474176>

Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea. <http://data.europa.eu/eli/reco/2021/1004/oj>

Schonert-Reichl, K. A., Smith, V., Zaidman-Zait, A., & Hertzman, C. (2012). Promoting children's prosocial behaviors in school: Impact of the "Roots of Empathy" program on the social and emotional

competence of school-aged children. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 4(1), 1–21. <https://doi.org/10.1007/s12310-011-9064-7>

Schonert-Reichl, K.A., Oberle, E., Stewart Lawlor, M., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T.F., Diamond, A. (2015). Simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*. 2015;51(1):52–66. <https://doi.org/10.1037/a0038454>

Zambrano, V. V., & Gisbert, D. D. (2013). La tutoría entre iguales como un potente recurso de aprendizaje entre alumnos: efectos, fluidez y comprensión lectora. *Perspectiva Educativa, Formación de Profesores*, 52(2), 154-176. <https://www.redalyc.org/pdf/3333/333328170008.pdf>

Apéndice

Gestión económica y normativa

1. Introducción

En el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la Secretaría General 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 Resiliencia¹⁶ 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 mayo¹⁷, 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

¹⁶ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-17464

¹⁷ 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 Arrangements¹⁸.

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 378/2022, de 17 de mayo, 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 21 de octubre de 2022, se notifica a la Comunidad Autónoma de Andalucía, 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 15.000.000,00 euros a la Comunidad Autónoma de Andalucía y, con fecha 24 de octubre de 2022, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social y la Comunidad Autónoma de Andalucía a través de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad 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 8 de noviembre de 2022 (BOE núm.268)¹⁹.

2. Marco temporal de la intervención

El apartado 1 del artículo 17 del Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, 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 noviembre 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.

¹⁸ 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>

¹⁹ <https://www.boe.es/boe/dias/2022/11/08/pdfs/BOE-A-2022-18340.pdf>

Dentro de este marco temporal genérico, la ejecución comienza el 1 de mayo de 2023, con el inicio del itinerario de intervención, continuando las tareas propias de ejecución hasta el 30 de noviembre de 2023, y posteriormente desarrollándose tareas de difusión y evaluación del proyecto hasta el 31 de marzo de 2024.

3. Agentes relevantes

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

- La Comunidad Autónoma de Andalucía, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto, a través de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, y en especial la Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
- Las 29 entidades locales, como responsables de la captación e implantación de las intervenciones en cada uno de los territorios.

ENTIDAD LOCAL	PROVINCIA
1. Ayto. El Ejido	Almería
2. Ayto. Níjar	Almería
3. Ayto. Roquetas de Mar	Almería
4. Ayto. Algeciras	Cádiz
5. Ayto. Arcos de la Frontera	Cádiz
6. Ayto. Barbate	Cádiz
7. Ayto. Cádiz	Cádiz
8. Ayto. Chiclana de la Frontera	Cádiz
9. Ayto. Jerez de la Frontera	Cádiz
10. Ayto. San Roque	Cádiz
11. Ayto. Córdoba	Córdoba
12. Ayto. Palma del Río	Córdoba
13. Ayto. Puente Genil	Córdoba
14. Ayto. Granada	Granada
15. Ayto. Loja	Granada
16. Ayto. Motril	Granada
17. Ayto. Huelva	Huelva

ENTIDAD LOCAL	PROVINCIA
18. Ayto. Isla Cristina	Huelva
19. Diputación Huelva	Huelva
20. Ayto. Málaga	Málaga
21. Ayto. Marbella	Málaga
22. Ayto. Torremolinos	Málaga
23. Ayto. Vélez Málaga	Málaga
24. Diputación Málaga	Málaga
25. Ayto. Coria del Río	Sevilla
26. Ayto. Dos Hermanas	Sevilla
27. Ayto. Los Palacios y Villafranca	Sevilla
28. Ayto. Morón de la Frontera	Sevilla
29. Ayto. San Juan de Aznalfarache	Sevilla

Nota: Finalmente, en Puente Genil (Córdoba) no se llegaron a realizar las intervenciones con las personas participantes, aunque sí se llevaron a cabo la captación y la recogida de datos PRE.

- 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 entre los grupos experimentales

Tabla 13: Contrastes de equilibrio entre grupos experimentales

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Prueba t por pares	
	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	p- valor
<i>Variables sociodemográficas</i>						
Sexo del tutor legal. Hombre	1.120 676	0,15 (0,21)	1.079 680	0,15 (0,20)	2.199 1.356	0,86
Nivel educativo del tutor legal. Sin estudios	1.120 676	0,48 (0,41)	1.079 680	0,51 (0,40)	2.199 1.356	0,28
Nivel educativo del tutor legal. Estudios primarios	1.120 676	0,30 (0,35)	1.079 680	0,30 (0,33)	2.199 1.356	0,82
Nivel educativo del tutor legal. Estudios secundarios	1.120 676	0,20 (0,27)	1.079 680	0,18 (0,23)	2.199 1.356	0,27
Nivel educativo del tutor legal. Estudios universitarios	1.120 676	0,02 (0,03)	1.079 680	0,02 (0,03)	2.199 1.356	0,97
Nacionalidad del tutor legal. España	1.120 676	0,84 (0,22)	1.079 680	0,85 (0,20)	2.199 1.356	0,66
Nacionalidad del tutor legal. UE (sin España)	1.120 676	0,01 (0,02)	1.079 680	0,01 (0,02)	2.199 1.356	0,95
Nacionalidad del tutor legal. Fuera de la UE	1.120 676	0,15 (0,21)	1.079 680	0,14 (0,19)	2.199 1.356	0,64
Sexo del NNA. Mujer	1.120 676	0,48 (0,41)	1.079 680	0,46 (0,40)	2.199 1.356	0,32
Sexo del NNA. Hombre	1.120 676	0,52 (0,41)	1.079 680	0,54 (0,40)	2.199 1.356	0,32
Sexo del NNA. Trans	1.120 676	0,00 (0,00)	1.079 680	0,00 (0,00)	2.199 1.356	0,98
Edad del NNA	1.120 676	10,62 (15,05)	1.079 680	10,48 (13,40)	2.199 1.356	0,27
Etapa escolar del NNA. Primaria	1.120 676	0,66 (0,37)	1.079 680	0,68 (0,35)	2.199 1.356	0,38
Etapa escolar del NNA. Secundaria	1.120 676	0,33 (0,37)	1.079 680	0,32 (0,34)	2.199 1.356	0,30

Etapas escolares del NNA. FP	1.120	0,00	1.079	0,00	2.199	0,17
	676	(0,00)	680	(0,01)	1.356	
Situación familiar. Absentismo	1.120	0,26	1.079	0,25	2.199	0,88
	676	(0,32)	680	(0,30)	1.356	
Indicadores de resultados						
Faltas de asistencia en tanto por uno	1.118	0,12	1.079	0,13	2.197	0,57
	675	(0,04)	680	(0,04)	1.355	
Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral	1.114	1,94	1.074	1,91	2.188	0,33
	675	(0,99)	676	(0,87)	1.351	
Estimación general sobre razonamiento y cálculo	1.114	1,93	1.074	1,89	2.188	0,24
	675	(0,97)	676	(0,85)	1.351	
Diagnóstico autovalorado sobre autoestima	1.119	2,45	1.077	2,45	2.196	0,88
	676	(0,22)	680	(0,21)	1.356	
Diagnóstico autovalorado sobre competencias familiares	1.120	2,41	1.079	2,40	2.199	0,46
	676	(0,08)	680	(0,10)	1.356	
Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA	1.113	2,53	1.073	2,51	2.186	0,32
	675	(0,30)	676	(0,30)	1.351	
Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral	1.119	2,36	1.077	2,38	2.196	0,45
	676	(0,56)	680	(0,52)	1.356	
Autopercepción sobre razonamiento y cálculo	1.119	2,29	1.077	2,27	2.196	0,41
	676	(0,70)	680	(0,68)	1.356	
Autovaloración de los hábitos escolares	1.120	2,40	1.077	2,38	2.197	0,34
	676	(0,36)	680	(0,31)	1.356	
Estimación promedio de la relación entre profesorado y NNA	1.113	2,18	1.073	2,18	2.186	0,97
	675	(0,53)	676	(0,51)	1.351	
Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar	1.116	2,44	1.076	2,43	2.192	0,72
	675	(0,20)	678	(0,24)	1.353	
Cobertura de necesidades básicas del NNA	1.110	2,53	1.066	2,54	2.176	0,80
	674	(0,15)	673	(0,16)	1.347	

Significatividad: ***=.01, **=0.05, *=.1.

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable cluster).