

Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Extremadura - Plan Vital de Inclusión Social a mujeres vulnerables

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 Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Extremadura, 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	10
2.1 INTRODUCCIÓN.....	10
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL	12
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	12
3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	14
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO.....	14
3.2 HIPÓTESIS	17
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	18
3.4 INDICADORES	19
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO	22
4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	25
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	25
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA	28
4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS	33
5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	35
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS	35
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	36
6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN	42
BIBLIOGRAFÍA	45
APÉNDICES	47
GESTIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA	47
EQUILIBRIO ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES.....	49

Resumen ejecutivo

- El **Ingreso Mínimo Vital**, establecido en mayo de 2020, es una política de renta mínima que tiene como objetivo garantizar unos mínimos ingresos a los colectivos vulnerables y proporcionar vías que fomenten su integración sociolaboral.
- En el marco de esta política, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) impulsa una estrategia para el fomento de la inclusión mediante proyectos piloto de innovación social, que se vehicula en el **Laboratorio de Políticas de Inclusión**. Estos proyectos se evalúan conforme a los estándares de rigor científico y usando la metodología de **ensayos aleatorizados** (*Randomized Controlled Trials*, en inglés).
- Este documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del proyecto “Plan Vital de Inclusión Social”, que ha sido llevado a cabo en **cooperación entre el MISSM y la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Extremadura**.
- Este estudio evalúa una **intervención de apoyos personalizados e integrales en los ámbitos sociolaboral y de salud** dirigida a mujeres entre 18 y 45 años de edad, con menores a su cargo y beneficiarias de la Renta Garantizada Extremeña o el Ingreso Mínimo Vital. El **grupo de tratamiento 1** recibió intervenciones del ámbito sociolaboral. El **grupo de tratamiento 2** recibió intervenciones del ámbito sanitario. El **grupo de tratamiento 3** recibió intervenciones del ámbito sociolaboral y de salud. El **grupo de control** recibió los servicios habituales ofrecidos por Servicios Sociales, Empleo y Salud por parte de la Junta de Extremadura.
- El proyecto tuvo lugar en la Comunidad Autónoma de Extremadura en las áreas de salud de Cáceres, Badajoz, Zafra-Llerena y Navalmoral de la Mata. Participaron un total de 851 personas (209 en el grupo de control y 214 en cada uno de los grupos de tratamiento).
- Un 41% de las personas participantes residen en el área de salud de Badajoz, un 26% en la de Cáceres, un 18% en la de Navalmoral de la Mata y el 16% restante en la de Zafra-Llerena. La edad media de la muestra es de 36,5 años, con un 80% de personas entre 30 y 45. Un 13% de las participantes no tienen estudios, un 38% tienen primaria y un 24% tienen secundaria. Finalmente, un 58% de la muestra se encuentra desempleada y un 16% trabajando.
- El 53% de las participantes asignadas al grupo de tratamiento 1, el 50% de las asignadas al grupo de tratamiento 2 y el 50% de las asignadas al grupo de tratamiento 3 ha participado en alguna actividad.
- Los principales resultados de la evaluación son los siguientes:
 - **Calidad de vida:** se observa un impacto positivo y significativo de un 4,75% en el indicador de calidad de vida para el grupo de tratamiento sociolaboral.
 - **Empleabilidad:** se observa un impacto positivo y significativo del 10,24% en la empleabilidad en el grupo de tratamiento sanitario.
 - **Expectativas de empleo:** se observa un impacto positivo de un 1,8% si se consideran los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, que no se observa de forma desagregada por tratamientos.

- **Inserción laboral:** se observa un impacto positivo y significativo de un 66% para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control en el número autorreportado de horas trabajadas en la semana anterior (1,5 horas trabajadas más). Este efecto no se observa con el indicador de días trabajados obtenido de registros administrativos de vidas laborales.
- **Calidad del empleo:** se observa un impacto positivo y significativo de un 74% (40,74€) para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control en los ingresos salariales mensuales autorreportados. Si se analiza en cada grupo por separado, el coeficiente del indicador es en todos los casos positivo, y es significativo para el grupo de tratamiento 3.

1 Introducción

Marco Normativo General

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

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

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

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

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

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

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

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

Con el fin de respaldar la implementación de políticas públicas y sociales basadas en evidencia empírica, el Gobierno de España decidió evaluar los proyectos piloto de inclusión social mediante la metodología de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized 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 serie de variables de interés, y permite analizar el efecto de esta medida, lo que ayuda a determinar si la política es adecuada para alcanzar los objetivos de política pública planeados. Las evaluaciones experimentales permiten obtener resultados del efecto de la intervención rigurosos, es decir, qué cambios han experimentado en sus vidas los participantes debidos a la intervención. Además, estas evaluaciones facilitan un análisis exhaustivo del programa y sus efectos facilitando aprendizajes sobre

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).

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 de futuras evaluaciones y el fomento de la toma de decisiones en base a evidencia empírica. La Administración General del Estado ha tenido una triple función como impulsora, evaluadora y ejecutiva de los diferentes programas. Diferentes administraciones autonómicas y locales y organizaciones del Tercer Sector de Acción Social han implementado los programas, colaborando estrechamente en todas sus facetas incluida la evaluación y seguimiento. Además, el Ministerio ha contado con el apoyo académico y científico de JPAL – 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 a “Plan Vital de Inclusión Social”, ejecutado en el marco del Real Decreto 938/2021⁹ por la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Este informe contribuye al cumplimiento del hito 351 del PRTR “Tras la finalización de al menos 18 proyectos piloto publicación de una evaluación sobre la cobertura, efectividad y éxito del IMV, incluyendo recomendaciones para aumentar el nivel de solicitud y mejorar la efectividad de las políticas de inclusión social”.

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 07/06/2023 emitió un informe favorable para la realización del proyecto objeto del informe.

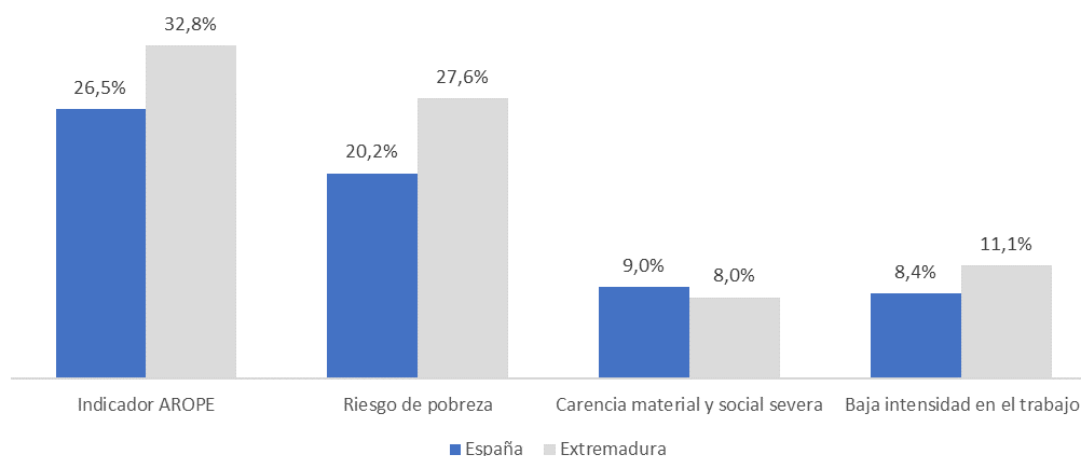
⁹ Con fecha 27 de enero de 2022, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la SGI y la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sociales para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» con fecha 21 de febrero de 2022 (BOE núm.44). Posteriormente, con fecha 3 de abril de 2024, se publica en el «Boletín Oficial del Estado» (BOE núm.82) la Adenda al Convenio con la Comunidad Autónoma de Extremadura, para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, firmada el 25 de marzo de 2024.

Contexto del proyecto

Extremadura registra una de las tasas de riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE¹⁰) más altas de España junto con Andalucía, después de la ciudad autónoma de Ceuta.

En particular, la tasa de riesgo de pobreza y exclusión social es 6,3 puntos porcentuales más elevada en Extremadura que la media nacional, situándose en el 32,8% (Instituto Nacional de Estadística, 2023a). Por su parte, si se analizan los distintos componentes de esta tasa, el riesgo de pobreza es 7,4 puntos porcentuales más elevado en Extremadura y la proporción de personas en hogares con baja intensidad en el trabajo es 2,7 puntos porcentuales más alta.

Figura 1: Riesgo de pobreza y exclusión social y sus componentes (2023)

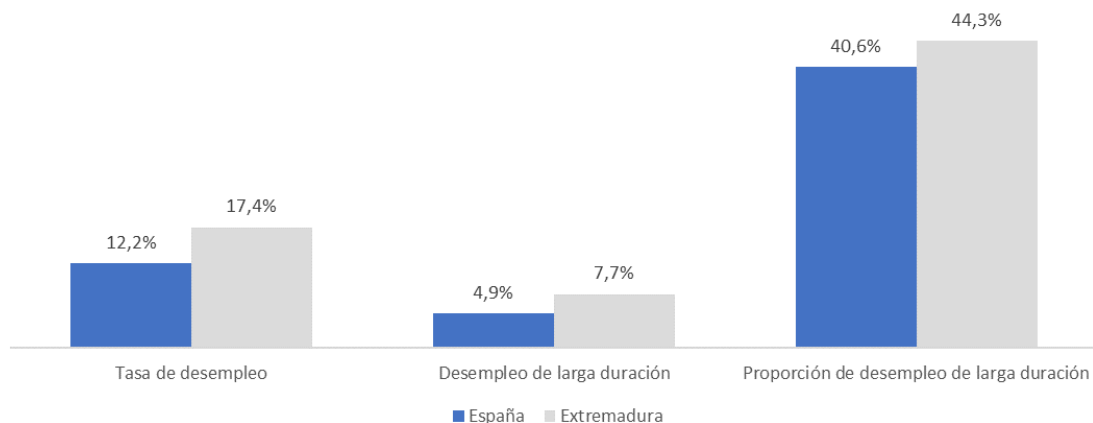


Fuente: INE (Encuesta de Condiciones de Vida)

Por otro lado, en relación con el mercado de trabajo, los resultados para la Comunidad Autónoma de Extremadura presentan una situación relativamente más desfavorable que la del total de España (Instituto Nacional de Estadística, 2023b). En la **Figura 2** se muestra que la tasa de paro en 2023 en esta comunidad autónoma fue del 17,4% (5,2 puntos porcentuales por encima de la media estatal), con un porcentaje de parados de larga duración sobre el total del 44,3% (3,8 puntos porcentuales más que la media española). De esta forma, la tasa de paro para aquellos que llevan más de un año en búsqueda activa de empleo se situó en el 7,7%, por encima de la media española (2,76 puntos porcentuales más).

¹⁰ La población en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE) 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) o (3) en hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año anterior al de la entrevista).

Figura 2: Situación laboral (2023)



Fuente: INE (Encuesta de Población Activa)

Marco normativo y estratégico asociado al proyecto

Este proyecto piloto se encuentra en línea con el marco establecido en la Agenda 2030 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En particular, el proyecto piloto objeto de este informe está alineado con las estrategias europeas y nacionales en el ámbito de la activación social de personas en situación de vulnerabilidad social, así como con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, contribuyendo específicamente a los ODS 1, 3, 5, 8 y 10.

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

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

- **Pilar Europeo de Derechos Sociales (PEDS).** Además de la relevancia de los derechos recogidos en el Capítulo I (relativo a igualdad de oportunidades y acceso al mercado de trabajo), destaca, en su Capítulo III (“Protección e inclusión social”), el hecho de que “para las personas que pueden trabajar, las prestaciones de renta mínima deben combinarse con incentivos a la (re)integración en el mercado laboral”.
- **Recomendación del Consejo sobre una renta mínima adecuada que procure la inclusión activa.** Tiene por objeto luchar contra la pobreza y la exclusión social promoviendo una ayuda a la renta adecuada, en particular mediante una renta mínima, el acceso efectivo de las personas que carecen de recursos suficientes a servicios esenciales y de capacitación y la promoción de la inserción laboral de aquellas personas que pueden trabajar, de acuerdo con

el enfoque de inclusión activa, con vistas a garantizar una vida digna en todas las etapas de la vida.

- **Recomendación del Consejo sobre la integración de los desempleados de larga duración en el mercado laboral.** En ella, se recomienda a los estados miembros apoyar la inscripción de los solicitantes de empleo y una mayor orientación hacia el mercado laboral de las medidas de integración, facilitar una evaluación individual a los desempleados de larga duración inscritos en los servicios de empleo y elaborar una oferta específica de un acuerdo de integración laboral a más tardar antes de que los desempleados de larga duración lleven dieciocho meses en paro.

Por su parte, cabe destacar que **España** dispone tanto de documentos normativos como estratégicos y de políticas públicas relacionados con la activación social de personas en situación de vulnerabilidad social. En concreto, destacan:

- La **Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023**, que tiene como objetivo combatir la pobreza, especialmente la infantil, y reducir la desigualdad y la disparidad de los niveles de rentas. Esta Estrategia se desarrolla a través de Planes Operativos anuales.
- La **Red de Inclusión Social**, espacio financiado y promovido por el Fondo Social Europeo con el fin de mejorar las políticas y la práctica para la inclusión social. Esta red es producto de una iniciativa conjunta de la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, del Ministerio de Trabajo y Economía Social, y de la Dirección General para la Diversidad Familiar y Servicios Sociales del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Además, en el ámbito concreto de la salud mental, la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026** recoge, a lo largo de 10 líneas estratégicas, una serie de objetivos y recomendaciones orientados a la mejora de la salud mental de la población, detección precoz y atención efectiva a las personas con problemas de salud mental. Por su parte, el **Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024** se plantea como un instrumento para facilitar la implantación de los objetivos y recomendaciones recogidos en la Estrategia de Salud Mental 2022-2026.

En la Comunidad Autónoma de Extremadura, la **Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura**, recoge en su artículo 4 que Sistema Público de Servicios Sociales tiene entre sus finalidades “garantizar a toda persona, grupo o comunidad la cobertura tanto de las necesidades personales básicas como de las necesidades sociales, asegurando la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos, el apoyo para promover las actitudes y capacidades que faciliten la autonomía y bienestar, la inclusión e integración social, la prevención, la convivencia adecuada, la participación social, la promoción igualitaria y el derecho a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida”. Finalmente, cabe destacar la **Ley 5/2019, de 20 de febrero, de Renta Extremeña Garantizada**, destinada a asegurar los mínimos de una vida digna a las personas y unidades familiares y a promover la integración laboral y social de aquellos que se encuentren en situación o riesgo de exclusión social.

El objetivo científico del proyecto es evaluar el impacto que tiene en las personas el recibir apoyos personalizados e integrales en los ámbitos sociolaboral y de salud frente a los tratamientos habituales

que se vienen ofreciendo desde los servicios sociales, de empleo y de salud. Asimismo, se pretende evaluar el impacto cuando ambos tratamientos (sociolaboral y de salud) personalizados e integrales se aplican conjuntamente frente a cuando se aplica sólo uno de los dos.

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

- La **Comunidad Autónoma de Extremadura**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto a través de la **Consejería de Salud y Servicios Sociales**, actual Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Otros actores relevantes en el proyecto son las tres **Cáritas Diocesanas** con sede en Extremadura (Cáritas Diocesana Mérida-Badajoz, Cáritas Diocesana Plasencia y Cáritas Diocesana Coria-Cáceres), encargadas de la implementación de las intervenciones, y la **Universidad de Extremadura**, entidad colaboradora en el diseño y en la definición metodológica de las herramientas requeridas para la evaluación del proyecto

- 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 Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social (SGOPIS) asume los siguientes compromisos:
 - Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de los potenciales participantes del proyecto piloto.
 - Diseñar la metodología de ensayo controlado aleatorizado (RCT) del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
 - 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.

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 empleo y formación implementados, y el público objetivo al que se dirige la intervención. El objetivo es presentar un diagnóstico de la problemática asociada con el desempleo de larga duración de forma que se justifica la necesaria implementación y evaluación de esta intervención. A continuación, la **sección 3** contiene información relativa al **diseño de la evaluación**, definiéndose la Teoría del Cambio vinculada con el proyecto y las hipótesis, fuentes de información e indicadores utilizados. En la **sección 4** se describe la **implementación de la intervención**, analizando la muestra, los resultados de la aleatorización y el grado de participación y desgaste de la intervención. A este apartado le sigue la **sección 5** donde se presentan **los resultados de la evaluación**, con un análisis pormenorizado del análisis econométrico llevado a cabo y los resultados para cada uno de los indicadores utilizados. Por último, las **conclusiones** generales de la evaluación del proyecto se

describen en la **sección 6**. Finalmente, en el apéndice **Gestión económica y normativa** se aporta información adicional sobre los instrumentos de gestión y la gobernanza del proyecto piloto.

Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social

En el curso de una investigación con seres humanos, ya sea en el ámbito de la biología o de las ciencias sociales, 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 7 de junio de 2023.

2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Extremadura implementó en el marco del proyecto piloto. Se describe el objetivo del proyecto, la población objetivo y ámbito territorial y, las distintas intervenciones realizadas.

2.1 Introducción

Este proyecto pretende mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, fundamentalmente, de personas perceptoras de ingreso mínimo vital (IMV) o renta extremeña garantizada (REG) mediante el diseño y desarrollo de itinerarios de inclusión integrales (Plan Vital de Inclusión Social). La intervención se basa

en un modelo de atención centrado en la persona (itinerario individualizado) y en las estrategias de intervención comunitaria en salud.

Entre los estudios que analizan intervenciones conexas con las evaluadas en este informe, destaca, por ejemplo, el llevado a cabo por Jensen (2012), un estudio experimental que explora el efecto de una mayor disponibilidad de oportunidades de empleo en las decisiones y bienestar de mujeres entre 15 y 21 años en zonas rurales de la India. En particular, las visitas de reclutadores de empresas durante tres años consecutivos aumentaron el conocimiento de estas mujeres sobre potenciales oportunidades de empleo, lo que generó que algunas de estas mujeres invirtieran más en aprender habilidades laborales, una mayor probabilidad que ingresasen al mercado laboral y un cambio sustancial en sus aspiraciones profesionales.

Por su parte, Behaghel, Crépon y Gurgand (2014) analizaron los efectos de un programa de asesoramiento para personas que buscaban empleo y se encontraban bajo riesgo de estar en desempleo a largo plazo en Francia. Haciendo uso de la metodología RCT, el estudio evaluó el impacto de este programa cuando fue ofrecido por el sector privado o por servicios de empleo público, encontrando que los servicios de asesoramiento fueron efectivos, especialmente en los programas de colocación acelerada. Además, la provisión de los servicios por el sector público fue más coste-efectiva que la privada.

Osman y Speer (2022), a través de RCT, estudiaron cómo las complementariedades en habilidades pueden afectar a los resultados del entrenamiento vocacional en graduados universitarios desempleados en Egipto. Los autores trabajaban con una ONG que ofrecía cuatro semanas de programas de entrenamiento en habilidades “blandas” y otras técnicas y encontraron que los tipos de habilidades que se enseñaban en programas vocacionales importaban. Además, los resultados mostraron la importancia de la complementariedad entre los programas de habilidades. Todos los programas aumentaron la probabilidad de encontrar empleo, respecto al grupo que no recibió ningún programa.

También relacionado con habilidades, Bandiera et al. (2017) evaluaron a través de la metodología RCT un conjunto de programas destinados a mujeres en situación de pobreza en Bangladesh: un paquete de activos y un paquete de apoyo y entrenamiento donde se les enseñaba habilidades para cuidar animales. La combinación de estas actividades permitió a las beneficiarias a comenzar a familiarizarse con el cuidado de animales de granja, lo que aumentaba la oferta de trabajo y los ingresos.

Finalmente, en relación con las intervenciones en salud, Lim and Hyun (2021) investigaron, de manera experimental, el impacto de sesiones de pilates y yoga en personas voluntarias de 30 a 49 años. El experimento duró 8 semanas y se asignó a un grupo de voluntarios a hacer yoga de forma regular, otro hizo pilates de forma regular y el grupo de control no hizo ninguno de estos ejercicios. Se observó que aquellas personas que hacían pilates o yoga exhibieron comportamientos que promovían una mejor salud que aquellas del grupo de control. Además, estas personas tenían una mejor percepción de su propia salud.

Por su parte, Ridley et al. (2020) llevaron a cabo un metaanálisis del efecto que tiene el tratamiento de la salud mental en la reducción de pobreza. El estudio se centró en la evidencia que une la pobreza

con desórdenes de ansiedad y depresión, tratando de entender la doble causalidad entre la salud mental y la pobreza; es decir, el hecho de que las enfermedades mentales reducen el empleo, lo que, a su vez, reduce los ingresos y que, al mismo tiempo, shocks económicos negativos pueden causar enfermedades mentales como depresión y ansiedad.

2.2 Población objetivo y ámbito territorial

La población objetivo del proyecto son mujeres de entre 18 y 45 años con hijos menores a cargo que perciban el Ingreso Mínimo Vital o la Renta Garantizada Extremeña, o aquellas que puedan percibir las dos al mismo tiempo.

El proyecto se implementó en cuatro de las áreas de salud existentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura: Cáceres, Badajoz, Zafra-Llerena y Navalmoral de la Mata

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

2.3 Descripción de las intervenciones

El proyecto prevé la realización de una evaluación de impacto mediante RCT donde los participantes en el proyecto serán asignados de manera aleatoria a uno de los cuatro grupos experimentales.

- **Grupo de Control.** Conjunto de personas participantes que no recibe tratamiento ni intervención dentro del Plan Vital. Recibe los servicios habituales ofrecidos por Servicios Sociales, Empleo y Salud por parte de la Junta de Extremadura.
- **Grupo de Tratamiento 1: Tratamiento Sociolaboral.** Conjunto de personas participantes que reciben intervenciones solo del ámbito sociolaboral.
- **Grupo de Tratamiento 2: Tratamiento Salud.** Conjunto de personas participantes que reciben intervenciones sólo del ámbito sanitario.
- **Grupo de Tratamiento 3: Plan Vital Integral.** Conjunto de personas participantes que reciben las intervenciones necesarias derivadas de la elaboración del Plan Vital de Inclusión Social que incluyen el ámbito sociolaboral y de salud.

Figura 3: Esquema de intervención



Las actuaciones, concentradas en las áreas de intervención sociolaboral y de salud, son intervenciones y tratamientos personalizados adicionales respecto a los habituales que ya se vienen ofreciendo por los servicios sociales, de empleo y de salud.

Área de intervención sociolaboral

La intervención comienza por un triaje social, en coordinación con los Servicios Sociales de Atención Social Básica, de las personas en cuanto al grado o nivel de situación de pobreza y exclusión social, tras el cual se diseña un itinerario personalizado de inclusión social a través del cual se ofrece a las personas participantes acompañamiento y seguimiento. En dicho itinerario se incluye la prestación de los servicios y ayudas necesarias para cubrir aquellas necesidades básicas y esenciales, no cubiertas por el sistema de ayudas actual y que obstaculizan el desarrollo de otras competencias, destrezas o habilidades que puedan mejorar su situación personal frente a la pobreza y la exclusión social.

En coordinación con el Servicio Extremeño Público de Empleo (SEXPE), se interviene con las personas participantes, diseñando un itinerario personalizado de inserción laboral a través del cual se ofrece información, orientación, acompañamiento y seguimiento de las prestaciones de servicios y ayudas necesarias, no cubiertas por el sistema de ayudas actual, y que permiten el desarrollo de competencias, destrezas o habilidades que favorezcan su empleabilidad para una inclusión social efectiva.

Las actuaciones y servicios adicionales llevadas a cabo por los equipos de intervención son las siguientes:

- Diagnóstico social exhaustivo e individualizado.
- Diseño del itinerario personalizado y completo de inclusión social.
- Acompañamiento social personalizado, intenso y continuo.
- Atención-soporte y acompañamiento emocional específicos.
- Diagnóstico individualizado y elaboración del perfil profesional.
- Diseño del itinerario personalizado de inclusión para el empleo.
- Acompañamiento en la búsqueda activa de empleo.
- Asesoramiento en autoempleo y emprendimiento.
- Acciones de intermediación.
- Medidas de conciliación.
- Otro tipo de formación.
- Otras actuaciones sociolaborales.

Estas actuaciones pueden llevarse a cabo siempre que no estén cubiertas por los recursos que en ese ámbito de intervención estén fijados en las zonas objeto de intervención y financiados con fondos públicos.

Área de intervención en salud

La intervención comienza por un triaje de las personas en cuanto a su estado de salud, poniendo el foco de manera especial en las situaciones referidas a salud mental y validada por un servicio de

enfermería. Tras este triaje, se interviene a través de la prestación de los servicios, diseñados por un profesional de enfermería, necesarios para cubrir aquellas necesidades derivadas de su estado de salud, principalmente mental, y que obstaculizan el desarrollo de otras competencias, destrezas o habilidades que puedan mejorar su posicionamiento social y laboral para una inclusión social efectiva.

Las actuaciones de esta área son las siguientes:

- Diagnóstico/informe médico individualizado.
- Atención personalizada en el ámbito de la salud mental con sesiones especializadas de terapias psicológicas.
- Terapia física si precisa por parte de fisioterapia.
- Atención personalizada sobre nutrición y hábitos de vida saludables adaptada a las necesidades.

3 Diseño de la evaluación

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

3.1 Teoría del cambio

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

Teoría del cambio

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

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

La teoría del cambio de este proyecto parte de la identificación de los obstáculos y dificultades para la inclusión social y laboral de las mujeres beneficiarias de la Renta Garantizada Extremeña o el Ingreso Mínimo Vital.

Para abordar esta situación, se proponen una serie de acciones (insumos o actividades), que constituyen los recursos y acciones que se requieren para generar los productos del programa¹¹. En particular, un acompañamiento social y emocional personalizado, un itinerario de inserción laboral personalizado (con acompañamiento, orientación, formación y acciones de intermediación), servicios de salud mental personalizados (atención psicológica, adicciones y control de ansiedad), servicios de terapia física personalizados (higiene postural, pilates y yoga) y nutrición y hábitos saludables (higiene bucodental y senderismo).

Como consecuencia de las actuaciones anteriormente descritas, y bajo determinados supuestos (en particular, que las personas disponen de tiempo suficiente y asisten a las sesiones y que están motivadas para realizar las actividades propuestas) se prevé la obtención de una serie de productos. Es decir, como resultado directo de las actividades programadas se espera que las mujeres vean sus

¹¹ La Teoría del Cambio descrita en este apartado hace referencia al denominado “Plan Vital Integral”, que incluye intervenciones tanto en el ámbito sociolaboral como en el ámbito de salud. En relación con los grupos de tratamiento 1 y 2, los insumos/actividades, productos, resultados intermedios y resultados finales serán, respectivamente, los correspondientes a cada una de las áreas de intervención.

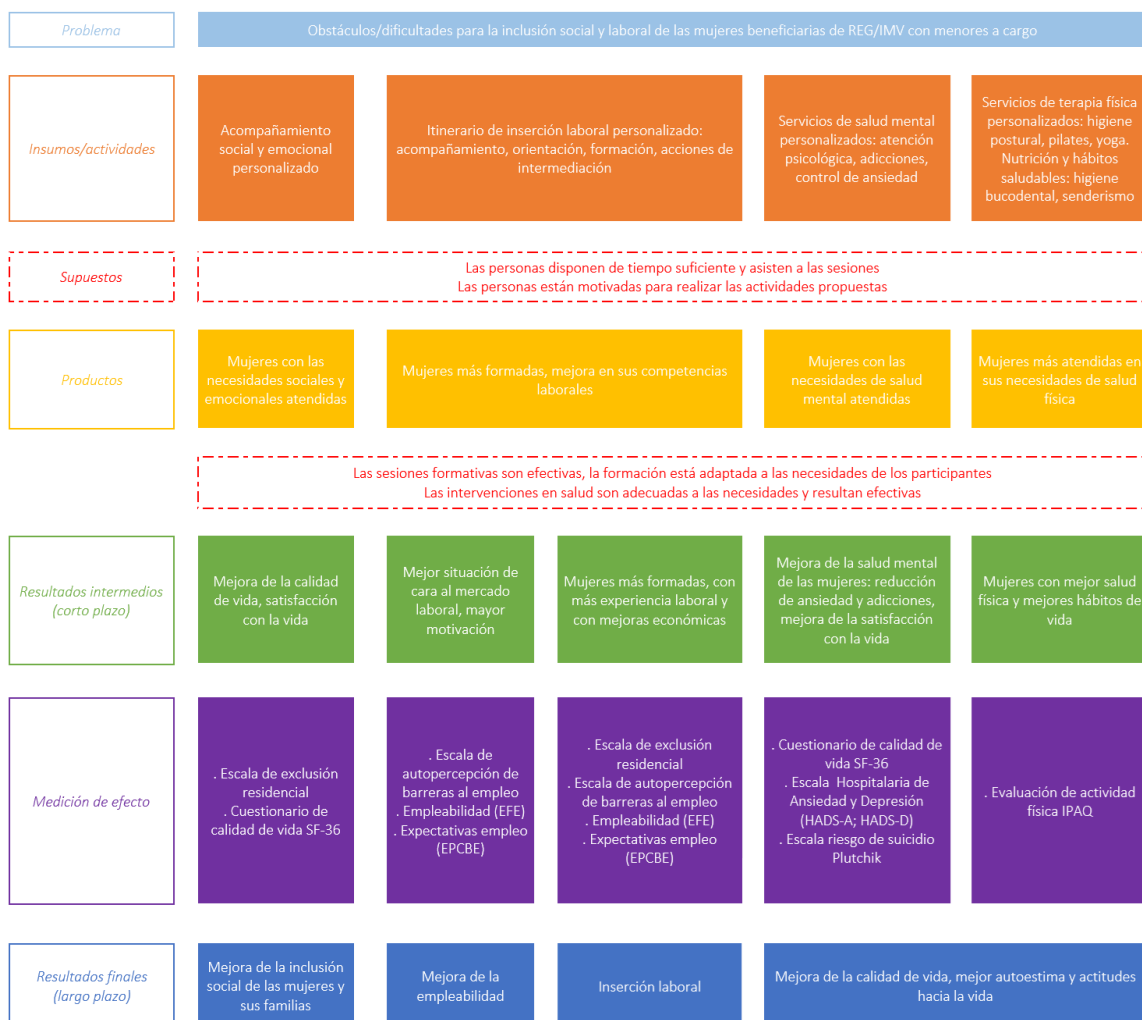
necesidades sociales y emocionales atendidas, que estén más formadas y mejoren sus competencias laborales, y que vean atendidas sus necesidades de salud mental y física.

El desarrollo del proyecto, bajo determinados supuestos (que las sesiones formativas son efectivas, que la formación está adaptada a las necesidades de los participantes y que las intervenciones en salud son adecuadas a las necesidades y resultan efectivas), posibilita la consecución de resultados intermedios a corto plazo. En concreto, una mejora de la calidad de vida y de la satisfacción con la vida, una mejor situación de cara al mercado laboral y una mayor motivación, una mejora de la salud mental de las mujeres (una reducción de la ansiedad y las adicciones y una mejora de la satisfacción con la vida), una mejor salud física y mejores hábitos de vida y una mayor formación, con más experiencia laboral y con mejoras económicas.

Finalmente, se espera obtener una serie de resultados finales a largo plazo: una mejora de la inclusión social de las mujeres y sus familias; una mejora de la empleabilidad; una mejora de la calidad de vida, mejor autoestima y mejores actitudes hacia la vida; y una mayor inserción laboral.

En la siguiente figura se ilustra esta secuencia causal de acciones, iniciada por las actividades y recursos necesarios para poder obtener los cambios esperados en las participantes. Para ello, cada fase abarca una serie de componentes que hacen posible estos cambios y que vienen determinados por las actuaciones llevadas a cabo en la fase anterior.

Figura 4: Teoría del Cambio



3.2 Hipótesis

A continuación, se exponen las hipótesis a contrastar para cada uno de los distintos ejes de análisis.

Mejora en la inclusión social

En base a la intervención, se pretende contrastar si se produce una mejora en la inclusión social de las mujeres y sus familias.

Mejora de la calidad de vida, autoestima y actitudes hacia la vida

En relación con este aspecto, la hipótesis principal es que existe una mejora en la calidad de vida. Como hipótesis secundarias, se prevé contrastar si se produce una reducción de la ansiedad y depresión y una mejora de la actividad física.

Mejora de la empleabilidad

En relación con la empleabilidad, se prevé contrastar, como hipótesis principal, si esta mejora. Asimismo, se prevén contrastar dos hipótesis secundarias: si se produce una mejora en la autopercepción de barreras al empleo y si mejoran las expectativas de empleo.

Mejora de la inserción laboral

Finalmente, en este ámbito, la hipótesis principal es que existe una mejora de la inserción laboral. Como hipótesis secundarias, se prevé contrastar si se produce una mejora en la satisfacción con el empleo y si mejora la calidad del empleo.

3.3 Fuentes de información

Para recoger la información necesaria para construir los indicadores de resultado se recurre principalmente a encuestas dirigidas a las participantes del itinerario, así como a datos de registros administrativos.

Los cuestionarios son suministrados por parte de los equipos territoriales de intervención a través de una aplicación web encriptada diseñada al efecto por parte del equipo de la Universidad de Extremadura (UEX). Se realizan dos mediciones: una antes de iniciar las intervenciones (**encuesta de línea de base**) y otra al final (**encuesta de línea final**).

En particular, se utilizan los siguientes cuestionarios:

- **Cuestionario de variables sociodemográficas.** En este cuestionario se recoge información personal, datos académicos, datos laborales y datos de la unidad de convivencia.
- **Escala de exclusión residencial.** Este cuestionario recoge el grado en el que determinadas afirmaciones se perciben como un problema en relación con la situación habitacional en los últimos seis meses.
- **Escala de autopercepción de barreras al empleo.** Recoge el grado en el que determinadas afirmaciones se perciben como una barrera para acceder al empleo.
- **Escala de factores de empleabilidad.** En este cuestionario se recoge el grado de acuerdo con determinadas afirmaciones sobre factores de empleabilidad. En particular, se pregunta por circunstancias sociales, circunstancias personales, formación básica, experiencia profesional, competencias técnicas y búsqueda de empleo.
- **Escala de expectativas de control percibido de búsqueda de empleo (ECPBE).** Recoge el grado de acuerdo o desacuerdo con determinadas afirmaciones relativas a la autoeficacia en la búsqueda de empleo, el éxito de búsqueda de empleo, el locus de control interno y la experiencia profesional.

- **Cuestionario de inserción laboral.** Se recoge información relativa al número de horas trabajadas en el último mes, el grado de calidad en el empleo y el grado de satisfacción con el empleo¹².
- **Cuestionario de calidad de vida SF-36.** Recoge información sobre la función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional, la salud mental, la evolución declarada de la salud y la evaluación general de la salud.
- **Escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Hamilton (HADS-A y HADS-D).** A través de este cuestionario se recoge información sobre determinadas afirmaciones relacionadas con la ansiedad y la depresión.
- **Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ).** Se recoge información cuantitativa (en días o minutos) sobre actividad física vigorosa, moderada y leve.
- **Cuestionario de riesgo de suicidio (Plutchik Suicide Risk Scale).** Recoge información sobre determinadas cuestiones relacionadas con el riesgo de suicidio.

Por su parte, los registros administrativos de vidas laborales de Seguridad Social ofrecen información sobre el número de días trabajados y la intensidad del empleo. Se utilizan datos administrativos de vidas laborales, obtenidos por la SGI en base al convenio¹³ suscrito para tal fin.

3.4 Indicadores

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

Inclusión social

Para comprobar la hipótesis principal relativa a la mejora en la inclusión social de las mujeres y sus familias se emplea un indicador:

Indicador de exclusión residencial. Indicador construido a partir de las ocho preguntas de la escala de exclusión residencial. Se construye el indicador compuesto utilizando el método propuesto por Anderson (2008), que agrega la información de un conjunto de variables que intentan medir una variable latente común. Intuitivamente, el método calcula una media ponderada de todas las variables, donde el peso asignado a cada una de ellas depende de lo correlacionada que está con las

¹² Las preguntas relacionadas con los dos primeros indicadores toman como referencia la Encuesta de Población Activa (ver <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epacues05.pdf>). Las preguntas empleadas para la medición del grado de satisfacción con el empleo se han adaptado de diferentes fuentes: encuestas de otros proyectos piloto, la Encuesta de Población Activa y Eurostat (2017) “Final report of the expert group on quality-of-life indicator” (disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7870049/7960327/KS-FT-17-004-EN-N.pdf/f29171db-e1a9-4af6-9e96-730e7e11e02f?t=1490716665000>).

¹³ Convenio entre la Secretaría de Estado de Seguridad Social y Pensiones, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina, la Tesorería General de la Seguridad Social, la Gerencia de Informática de la Seguridad Social y la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social, para el suministro de datos necesarios para la evaluación de las estrategias de inclusión, https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-25107.

demás (a menor correlación, mayor peso). El valor final del indicador se estandariza para que tome media de 0 y desviación típica de 1.

Calidad de vida, autoestima y actitudes hacia la vida

La comprobación de la hipótesis principal relativa a la mejora en la calidad de vida se basa en un indicador:

Indicador de calidad de vida. Indicador construido a partir del cuestionario de calidad de vida SF-36¹⁴, que contiene preguntas cuyas respuestas toman valores entre 0 (peor calidad de vida) y 100 (mejor calidad de vida). La construcción del indicador de evaluación general de la salud se realiza como la media de todas las preguntas.

Por su parte, la hipótesis secundaria relativa a la reducción de la ansiedad y depresión se evalúa mediante dos indicadores:

Indicador de ansiedad y depresión. Indicador construido a partir de la escala de Hamilton¹⁵ como la suma de los valores (entre 0 y 3) de las respuestas a las 14 preguntas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, que toma valores entre 0 y 42. En función de las preguntas que se agreguen, se pueden construir dos subescalas (“ansiedad” y “depresión”), que miden la ausencia (0-7 puntos), consideración (8-10 puntos) o presencia de sintomatología relevante (más de 11 puntos), es decir, posible presencia de ansiedad y/o depresión. Asimismo, puede construirse un indicador global considerando todas las respuestas.

Indicador de riesgo de suicidio. Indicador construido a partir de la escala de riesgo suicida de Plutchik¹⁶ como la suma de los valores (0 o 1) de las respuestas a las 15 preguntas del cuestionario de riesgo de suicidio, que toma valores entre 0 y 15. El punto de corte para riesgo de suicidio se sitúa en puntuaciones de 6 o superior, de manera que una mayor puntuación se corresponde con un mayor riesgo.

Finalmente, la hipótesis secundaria sobre mejora de la actividad física se evalúa mediante un indicador:

¹⁴ Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B, SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.

¹⁵ Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E; Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. Med Clin (Barc). 2002 Apr 13;118(13):493-9. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(02)72429-9. PMID: 11975886.

¹⁶ Guirao Goris J, Gallud J. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. In: Guirao Goris J, Gallud J, editors Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006. p. 113-5

Indicador de actividad física. Indicador construido a partir del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)¹⁷, como la suma de todas las actividades semanales. La unidad de medida del cuestionario es el MET, que se calcula a partir de la actividad física (leve, moderada o vigorosa). A partir de los resultados, en días o en MET, se puede interpretar el nivel de actividad física¹⁸.

Empleabilidad

La hipótesis principal relativa a la mejora de la empleabilidad se evalúa mediante un indicador:

Indicador de empleabilidad. Indicador construido a partir de las preguntas de la escala de factores de empleabilidad¹⁹, que toma valores entre -33 (empleabilidad muy baja) y 99 (empleabilidad muy alta). Aunque en todos los ítems la persona evaluadora tiene que elegir, en una escala de 1 (“nada de acuerdo”) a 4 (“totalmente de acuerdo”), la opción que mejor refleje la situación de la persona, a efectos de puntuación de la escala, las preguntas relativas a circunstancias sociales y circunstancias personales se puntúan de -3 a 0, entendiendo que tener puntuaciones altas no añade a la empleabilidad, pero tener puntuaciones bajas sí las reduce. En el resto de secciones, la escala 1 a 4 se traduce en puntuaciones de 0 a 3, entendiendo que la mínima puntuación no suma y que, a partir de ahí, las sucesivas puntuaciones sí añaden elementos de empleabilidad.

Por su parte, la hipótesis secundaria relativa a la mejora en la autopercepción de barreras al empleo se evalúa mediante un indicador:

Indicador de barreras al empleo. Indicador compuesto a partir de las 16 preguntas de la escala de autopercepción de barreras al empleo, cada una de las cuales se puntúa entre 1 (“nada de acuerdo”) y 5 (“totalmente de acuerdo”), indicando valores más altos una mayor autopercepción de estas. El indicador se construye con el método de Anderson reseñado más arriba y estandarizado con media 0 y desviación típica 1.

Finalmente, la hipótesis secundaria sobre mejora en las expectativas de empleo se evalúa mediante un indicador:

Indicador de expectativas de empleo. Indicador construido como la suma de los valores, entre 1 (“nada de acuerdo”) y 5 (“totalmente de acuerdo”) de las respuestas a las 12 afirmaciones de la escala

¹⁷ Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003 Aug;35(8):1381-95. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB. PMID: 12900694.

¹⁸ Actividad física vigorosa corresponde a actividad física vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET o 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET. Actividad física moderada corresponde a 3 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 20 minutos por día, 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día, o 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET. Actividad física leve corresponde al no cumplimiento de los criterios anteriores.

¹⁹ Martínez-Rueda, N., & Galarreta, J. (2021). La Evaluación de la Empleabilidad en las Empresas de Inserción. Escala de Factores de Empleabilidad (EFE) Gizatea. Manual Profesional. Gizatea.

de expectativas de control percibido de búsqueda de empleo (EPCBE)²⁰, que toma valores entre 12 y 60.

Inserción laboral

La comprobación de la hipótesis principal relativa a la mejora de la inserción laboral se basa en dos indicadores:

Horas trabajadas autorreportadas en la última semana. Número de horas trabajadas en la última semana (construido según la respuesta al cuestionario de inserción laboral).

Días trabajados equivalentes a tiempo completo en el mes de referencia. Número de días de alta en Seguridad Social transformando los días de trabajo a tiempo parcial en el equivalente a tiempo completo. Este indicador se construye con datos de registros administrativos de vidas laborales de la seguridad social. Como mes de referencia para los datos de línea final se considera noviembre de 2023.

Finalmente, la hipótesis secundaria sobre mejora en la calidad del empleo se evalúa mediante un indicador:

Ingresos salariales autorreportados. Indicador del salario mensual, en euros, en la última semana (construido según la respuesta al cuestionario de inserción laboral).

Para estos tres indicadores, se ha considerado que, para todas aquellas participantes que no han trabajado en la semana o en el mes de referencia de referencia, el valor es 0.

3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el efecto de los tratamientos frente al grupo de control en los indicadores anteriores, se utiliza una evaluación experimental (RCT) en el que se asigna aleatoriamente a los participantes a los grupos de tratamiento y el de control.

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

Captación de los beneficiarios de la intervención

Las personas potencialmente participantes son mujeres entre 18 y 45 años de edad, con menores a su cargo y beneficiarias de la Renta Garantizada Extremeña o el Ingreso Mínimo Vital. Sus datos de contacto se obtienen a partir de las bases de datos de ambas prestaciones: en el caso de la REG por parte de la Junta de Extremadura y en el caso del IMV por parte del MISSM.

²⁰ Gómez, R. P., Morejón, A. R., & Palenzuela, D. L. (2016). Validación de una escala de control personal: una medida específica de las expectativas de control percibido de búsqueda de empleo. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 32(3), 153–161.

El proceso de captación de participantes se lleva a cabo en colaboración con los Servicios Sociales de Atención Social Básica de cada una de las localidades pertenecientes a las zonas en las que se ejecutará el Plan Vital de Inclusión Social. Los Servicios Sociales de Atención Social Básica, a partir de la base de datos de las potenciales personas participantes, contactan con estas, principalmente a través de llamadas telefónicas, pudiendo ser complementadas y apoyadas mediante la realización de sesiones informativas donde se entregue documentación de adhesión al proyecto piloto. Estas sesiones informativas pueden ser grupales, individuales o combinadas o, cuando se considere necesario, con cita de manera presencial.

El proceso de captación de las personas participantes en el Plan Vital de Inclusión Social consta de las siguientes acciones:

- Acción I. Disponibilidad de la base de datos de las potenciales personas participantes por parte de los Servicios Sociales de Atención Social Básica.
- Acción II. Contacto directo con las potenciales personas participantes.
- Acción III. Firma del consentimiento informado por parte de las personas participantes que formarán parte de la muestra de la evaluación.

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.

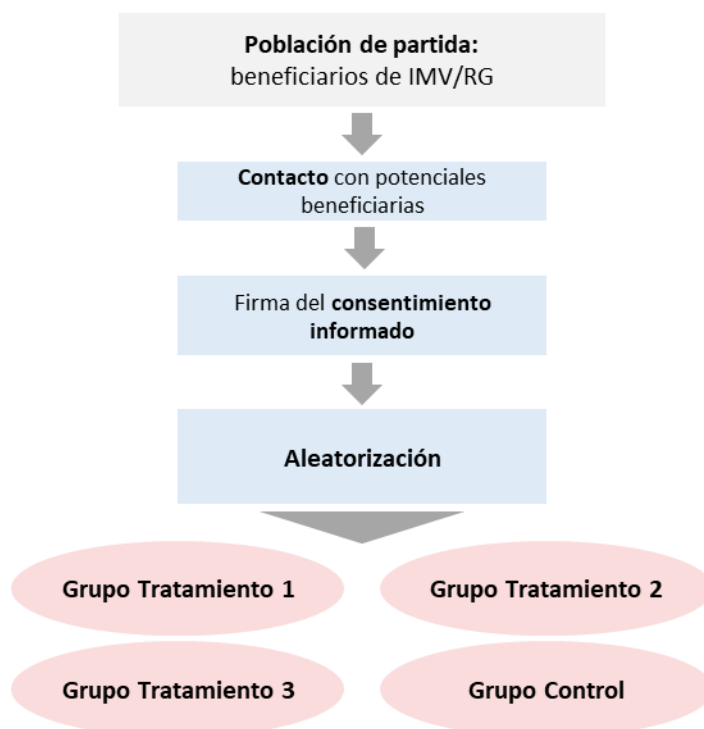
El consentimiento informado es necesario en la gran mayoría de investigaciones y podrá ser oral o escrito dependiendo de diferentes factores como la alfabetización de la población o los riesgos que suponga el consentimiento. Solo bajo circunstancias muy específicas, como cuando los riesgos potenciales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

El proyecto prevé la realización de una evaluación de impacto mediante RCT donde las participantes en el proyecto son asignadas de manera aleatoria a 4 grupos, tal y como se ha descrito en la **sección 2.3**. La muestra prevista inicialmente era de 2.000 personas, por lo que se preveía asignar a 350 personas al grupo de control y a los grupos de tratamiento 1 y 2, y 950 al grupo de tratamiento 3 (Plan Vital).

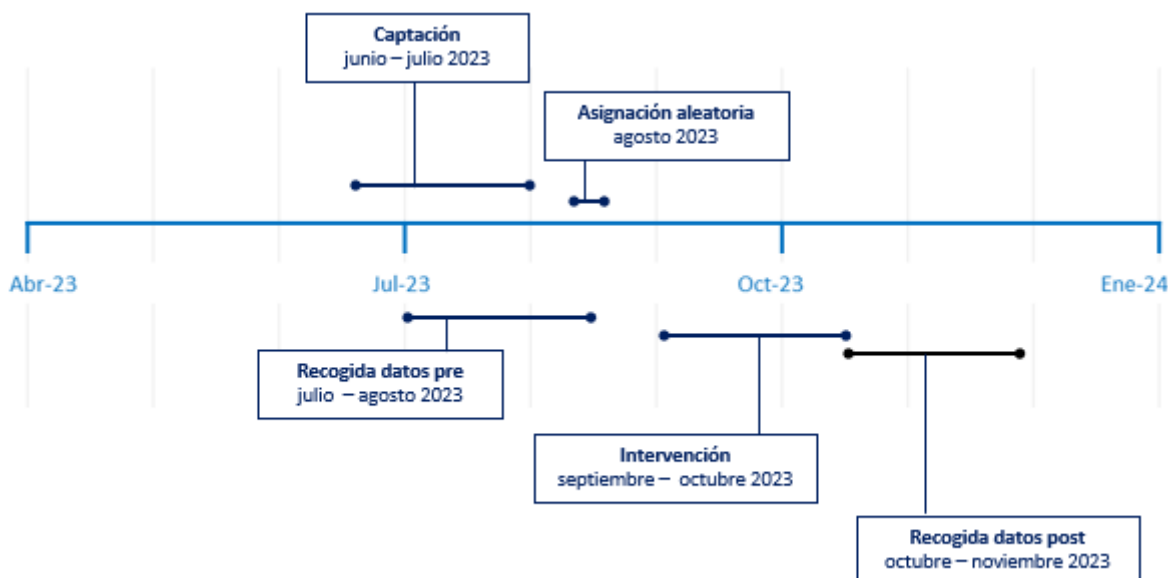
La asignación de la muestra del estudio a cada uno de los cuatro grupos se realiza de manera aleatoria por el MISSM. Para garantizar la equivalencia entre los grupos, en el procedimiento de asignación se tiene en cuenta el área de salud como variable de estratificación, de forma que en cada una de las cuatro áreas de salud la asignación a los cuatro grupos de intervención sea proporcional.

Figura 5: Diseño de la muestra



La **Figura 6** muestra el marco temporal en el que se desarrolla la implementación y evaluación. La captación tiene lugar entre los meses de junio y julio de 2023. Las participantes cumplimentan la encuesta de línea de base entre julio y agosto de 2023. En el mes de agosto de 2023, se realiza la asignación aleatoria de las participantes que cumplen los criterios y que han firmado el consentimiento informado y están interesadas en participar. El desarrollo del itinerario o intervención se extiende desde el mes de septiembre a octubre de 2023. Finalmente, la recogida de los datos post (encuesta de línea final) se llevó a cabo entre octubre y noviembre de 2023.

Figura 6: Marco temporal de la evaluación



4 Descripción de la implementación de la intervención

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

4.1 Descripción de la muestra

A partir de los datos suministrados por parte del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y de la Junta de Extremadura sobre personas beneficiarias del IMV o la REG, se determina que hay 2.752 personas susceptibles de formar parte de este proyecto con las características mencionadas y en los ámbitos territoriales mencionados en el apartado 3.5.

En la **Tabla 1** se muestran las cifras relativas al proceso de reclutamiento, partiendo de la población de potenciales beneficiarias y hasta la firma del consentimiento informado. De un total de 2.752 potenciales beneficiarias se contacta con 1.603, un 58%. De estas, un total de 884 (32%) aceptaron participar y 851 (31%) firmaron el consentimiento informado, pasando a formar parte de la muestra que sería asignada aleatoriamente a los grupos de tratamientos y control. El número final de participantes que responden a la encuesta de línea de base e inician la intervención es de 707 personas (el 26% sobre los potenciales participantes).

Tabla 1: Proceso de reclutamiento

		Total	Provincia de Cáceres	Provincia de Badajoz
Población de potenciales beneficiarios		2.752	941	1.811
Potenciales beneficiarios no contactados		2.742	931	1.811
Total de potenciales participantes que se ha intentado contactar pero no ha sido posible	Sin teléfono en los listados facilitados	567	18	549
	No localizadas tras realizar las 3 llamadas	269	104	165
	Llamadas restringidas	19	7	12
	Teléfono no disponible/no existe teléfono	284	178	106
Número de potenciales participantes contactados		1.603	624	979
Rechazados por incumplir los requisitos		141	19	122
No quieren/no pueden participar		743	232	511
Motivos para rechazar la participación	Trabajando	101	33	68
	Formándose	15	3	12
	Reside en otra área de salud	46	38	8
	Persona en situación de sin hogar	1	0	1
	No acuden a la entrevista	173	44	129
	Sin motivos	109	0	109
	Reside en otro país	6	0	6
	Reside en otra provincia	7	0	7
	Otros motivos varios	120	114	6
Total de potenciales participantes que han aceptado participar		884	373	511
	No firman el CI	33	0	33
	Firman el CI	851	373	478
	Tras firma de CI se niegan a participar o no acuden a citas	143	37	106
	Número final de participantes	707	336	371

Características de la muestra final de la evaluación

Como se ha señalado, participaron en la asignación aleatoria un total de 851 personas, de las cuales 209 fueron asignadas al grupo de control y 214 a cada uno de los tres grupos de tratamiento. De estas, 707 responden a la encuesta de la línea de base.

La **Tabla 2** muestra los estadísticos descriptivos de las distintas variables tomadas en la línea de base. En ella se muestran las variables sociodemográficas (incluida la variable de estratificación, el área de

salud) y los indicadores de resultados. Para cada una de las variables, se muestra la media, la desviación típica, los valores mínimo y máximo y el número de observaciones.

Como puede observarse en la **Tabla 2**, un 41% de las personas residen en el área de salud de Badajoz, un 26% en la de Cáceres, un 18% en Navalmoral de la Mata y el 16% restante en Zafra-Llerena. La edad media de la muestra es de 36,5 años, con un 80% de personas entre 30 y 45. Un 13% de las participantes no tienen estudios, un 38% tienen primaria y un 24% tienen secundaria. Finalmente, un 58% de la muestra se encuentra desempleada y un 16% trabajando.

En relación con los indicadores de resultados, la puntuación media en la escala de ansiedad y depresión es de 12,72 puntos²¹. En la escala de riesgo de suicidio, de 3,8 puntos, por debajo del punto de corte (6 puntos). La media de actividad física es de 1.933,18²². Por su parte, los indicadores de exclusión residencial y barreras al empleo, contruidos con el método de Anderson (2008), tienen media cero. La media de horas trabajadas autorreportadas e ingresos salariales autorreportados mensuales entre las participantes que trabajan es de 21,8 y 558,71€, respectivamente, mientras que, en valores imputados (es decir, considerando un valor 0 para las participantes que no trabajan), es de 4,01 y 102,73€; por su parte, el número medio de días trabajados ETC en julio de 2023 es de 1,87²³. Finalmente, la puntuación media en las escalas de calidad de vida, empleabilidad y expectativas de empleo es, respectivamente, 73,51, 61,73 y 45,21, relativamente elevados o de valor intermedio.

Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la muestra

Variable	Media	Desv. Típica	Mínimo	Máximo	Observaciones
Badajoz	0,41	0,49	0	1	851
Cáceres	0,26	0,44	0	1	851
Navalmoral de la Mata	0,18	0,39	0	1	851
Zafra-Llerena	0,16	0,36	0	1	851
Edad	36,49	6,62	18	53	704
Entre 18 y 29 años	0,17	0,37	0	1	704
Entre 30 y 45 años	0,8	0,4	0	1	704
Más de 45 años	0,03	0,18	0	1	704
Sin estudios	0,13	0,33	0	1	707
Educación primaria	0,38	0,49	0	1	707

²¹ Los puntos de corte hacen referencia a las subescalas, considerándose ausencia de ansiedad y depresión con valores menores a 7.

²² Ver nota al pie 13.

²³ Hay que tener en cuenta que ambos indicadores de inserción laboral (horas trabajadas autorreportadas y días trabajados equivalentes a tiempo completo) difieren tanto en el periodo de referencia, como en la definición, así como en la fuente de datos. Esto da lugar a diferencias entre los mismos, que se pueden explicar por la posible inclusión de empleo informal en el indicador autorreportado, la distinta situación laboral según se considere el periodo de referencia, o la falta de precisión en los datos autorreportados.

Variable	Media	Desv. Típica	Mínimo	Máximo	Observaciones
Educación secundaria (ESO o EGB)	0,24	0,43	0	1	707
Bachillerato o equivalente	0,08	0,27	0	1	707
FP grado medio	0,07	0,25	0	1	707
FP grado superior	0,03	0,17	0	1	707
Estudios universitarios	0,07	0,25	0	1	707
Otros	0,01	0,09	0	1	707
Estudios superiores a secundaria	0,25	0,43	0	1	707
Trabajando	0,16	0,37	0	1	707
Desempleada	0,58	0,49	0	1	707
Otra situación laboral	0,26	0,44	0	1	707
Ansiedad y depresión	12,72	9,04	0	42	706
Riesgo de suicidio	3,80	3,43	0	15	705
Actividad física	1.933,18	3.053,06	0	32.880	704
Exclusión residencial	0,38	1	-1,08	2,13	707
Barreras al empleo	0,53	1	-1,48	3,08	707
Horas trabajadas autorreportadas en la última semana	21,80	18,85	0	168	130
Ingresos salariales autorreportados	558,71	332,21	0	1.300	130
Horas trabajadas autorreportadas en la última semana (imp)	4,01	11,68	0	168	707
Ingresos salariales autorreportados (imp)	102,73	256,67	0	1.300	707
Calidad de vida	73,51	17,55	6,81	99,31	706
Empleabilidad	61,73	21,16	-23	99	707
Expectativas de empleo	45,21	7,77	12	60	707
Días trabajados ETC en julio de 2023	1,87	6,73	0	31	851

4.2 Resultados de la asignación aleatoria

El objetivo del proyecto era llegar a 2.000 participantes, mujeres entre 18 y 45 años, perceptoras del IMV o la REG, con menores de edad en el hogar, distribuidas en cuatro áreas de salud (Badajoz, Cáceres, Navalmoral de la Mata y Llerena-Zafra). Mediante la captación se llega a un total de 851 participantes. Por razones logísticas y para poder extraer conclusiones sobre distintos tipos de territorio (urbano vs. rural), se decide aleatorizar por área de salud, de forma que este es la única variable de estratificación. Si bien inicialmente se preveía que el grupo de tratamiento 3 (que recibe el Plan Vital completo) fuera de mayor tamaño, dado que el tamaño de la muestra resulta ser más pequeño de lo previsto, se decide que los cuatro grupos tengan el mismo tamaño para maximizar la potencia estadística y permitir extraer conclusiones.

Tras calcular el tamaño teórico de cada grupo en cada estrato, se han asignado las participantes a los distintos grupos de tratamiento de forma aleatoria, hasta llegar al tamaño de grupo teórico en el estrato, dejando el resto en el grupo de control.

La **Tabla 3** muestra los resultados de la asignación aleatoria, detallando el número de participantes asignadas a cada grupo y desglosando esta información según las diferentes áreas de salud.

Tabla 3: Resultados de la asignación aleatoria

Área de salud	GC	GT1	GT2	GT3	TOTAL
Badajoz	85	87	87	87	346
Caceres	53	55	55	55	218
Navalmoral de la Mata	38	39	39	39	155
Zafra-Llerena	33	33	33	33	132
TOTAL GENERAL	209	214	214	214	851

Con el objetivo de comprobar que la asignación aleatoria, explicada en la **sección 3.5**, define un grupo de control y unos grupos de tratamientos estadísticamente comparables, se realiza una prueba de equilibrio donde se contrasta que, en media, las características observables de las participantes en ambos grupos son similares. El equilibrio entre los grupos experimentales es clave para poder inferir el efecto causal del programa mediante la comparación de sus resultados.

En la **Figura 7** y **Figura 8**²⁴ se muestran los resultados de los contrastes de equilibrio entre grupos experimentales. Todos los datos reflejados en esta figura se refieren a la encuesta realizada antes de

²⁴ Véase la **Tabla** en el Apéndice relativo al **Entre los agentes relevantes para la implementación del proyecto se pueden citar:**

- **La Comunidad Autónoma de Extremadura**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto a través de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, actual Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Las tres **Cáritas Diocesanas con sede en Extremadura**: Cáritas Diocesana Mérida-Badajoz, Cáritas Diocesana Plasencia y Cáritas Diocesana Coria-Cáceres, encargadas de la implementación de las intervenciones.
- 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 Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social (SGOPIS) asume los siguientes compromisos:

la intervención (línea de base). Para cada variable observable, se representa mediante un punto la diferencia entre la media de dicha variable en cada grupo de tratamiento y en el grupo de control y, centrado en ella, el intervalo de confianza al 95% de tal diferencia. Un intervalo de confianza que contiene al cero, es decir, el eje vertical, indicará que la diferencia de medias entre grupos no es estadísticamente significativa o, en otras palabras, no es estadísticamente diferente de cero. Se concluirá, por tanto, que los grupos de intervención están equilibrados en dicha característica. En el caso en que el intervalo de confianza de la diferencia de medias no contenga al cero, se podrá concluir que la diferencia es estadísticamente significativa y, por tanto, los grupos están desequilibrados en esa característica.

En la **Figura 7** y la **Figura 8** se observa que los grupos de tratamiento y control no son estadísticamente distintos en la mayoría de las variables. Sin embargo, se observan algunos desequilibrios en la asignación aleatoria, en relación con las siguientes variables sociodemográficas:

- Por edad, el grupo de control tiene una mayor proporción de mujeres entre 30 y 45 años, mientras que los tres grupos de tratamiento tienen una mayor proporción de mujeres entre 18 y 30 años, siendo la diferencia significativa al 10%.
- Por nivel de estudios, el grupo de tratamiento 2 tiene una mayor proporción de mujeres con educación primaria que el grupo de control y el grupo de tratamiento 1. Analizando la comparación entre todos los grupos, se observa desequilibrio para el colectivo de personas sin estudios.
- Los grupos de tratamiento 2 y 3 tienen mayor proporción de mujeres trabajando que el grupo de control y el grupo de tratamiento 2 una mayor proporción de mujeres inactivas que el grupo de control.

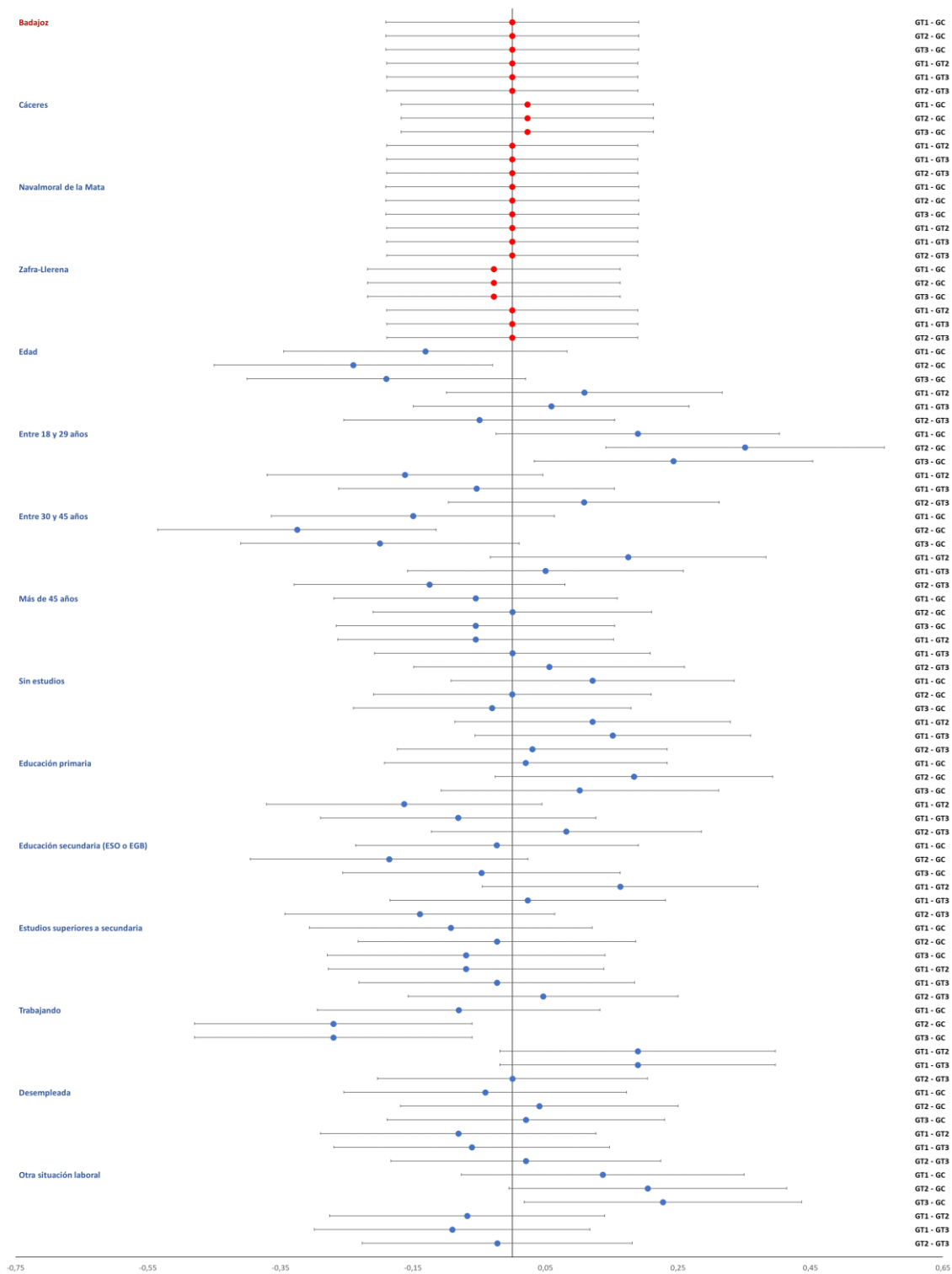
En cuanto a los indicadores de resultado, se encuentran desequilibrios en todos los indicadores excepto en exclusión residencial, ingresos salariales autorreportados, expectativas de empleo y días trabajados equivalentes a tiempo completo.

-
- 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.
 - La **Universidad de Extremadura**, entidad colaboradora en el diseño y en la definición metodológica de las herramientas requeridas para la evaluación del proyecto.
 - **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, para el detalle de los resultados de las pruebas de equilibrio.

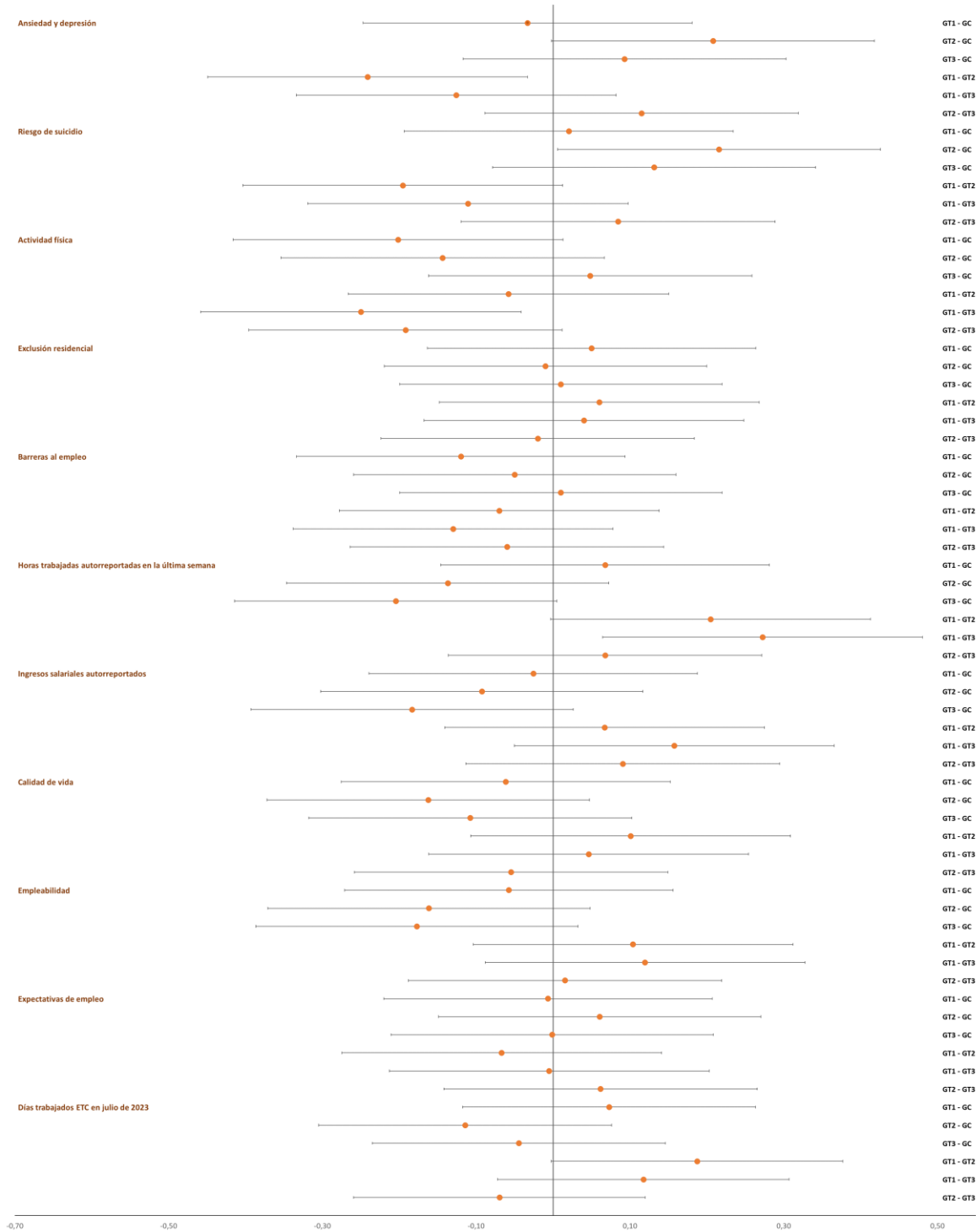
Por tanto, en las regresiones se utilizarán como controles las variables de edad, nivel educativo y ocupación, así como todos los indicadores de impacto excepto los tres para los que no hay desequilibrio, y se incluirá el indicador en línea de base en la especificación principal.

Figura 7: Diferencia de medias estandarizadas entre grupos experimentales – Variables sociodemográficas (intervalo de confianza del 95%)



Nota: en rojo se muestran las variables utilizadas para la estratificación de la muestra y en azul el resto de las variables sociodemográficas.

Figura 8: Diferencia de medias estandarizadas entre grupos experimentales – Indicadores de resultados (intervalo de confianza del 95%)



4.3 Grado de participación y desgaste por grupos

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

Grado de participación

En primer lugar, cabe señalar que todas las mujeres que han participado en las intervenciones lo han hecho en el grupo que les correspondía, excepto una participante del grupo de tratamiento 2 que ha realizado actividades del ámbito sociolaboral (reservadas para participantes de los grupos de tratamiento 1 y 3).

Otro aspecto importante a señalar es que, debido a las limitaciones de tiempo y a que el desarrollo del itinerario fue más corto del previsto, las actividades que se llevaron a cabo en el ámbito de salud en el grupo de tratamiento 3 (Plan Vital integral) no fueron las mismas que se llevaron a cabo en el grupo de tratamiento 2, recibiendo este último una serie de actuaciones con profesionales externos (psicólogos, fisioterapeutas, entre otros) que no estuvieron disponibles para las participantes del grupo 3.

Como se muestra en la **Tabla 4**, el 53% de las participantes asignadas al grupo de tratamiento 1, el 50% de las asignadas al grupo de tratamiento 2 y el 50% de las asignadas al grupo de tratamiento 3 ha participado en alguna actividad.

Tabla 4: Grado de participación en actividades (porcentaje sobre aleatorización)

	Participan en actividades sociolaborales	Participan en actividades de salud	Participan en alguna actividad
GC	0%	0%	0%
GT1	53%	0%	53%
GT2	0%	50%	50%
GT3	48%	45%	50%
Total	26%	24%	38%

Por otro lado, como se muestra en la **Tabla 5**, de las participantes que han respondido a la encuesta de línea final, el 20% del grupo de tratamiento 1, el 24% del grupo de tratamiento 2 y el 29% del grupo de tratamiento 3 no han participado en ninguna actividad.

Tabla 5: Participación en actividades

	Participan en actividades		No participan en actividades		% respuestas PRE que no participan	% respuestas POST que no participan
	Responden encuesta PRE	Responden encuesta POST	Responden encuesta PRE	Responden encuesta POST		
GC	0	0	166	96	100%	100%
GT1	113	80	58	20	34%	20%
GT2	106	82	79	26	43%	24%
GT3	102	80	83	33	45%	29%

Desgaste por grupos

A lo largo de la intervención se dieron 434 bajas, de las cuales 144 no llegaron a contestar la encuesta de línea base. Sobre las 851 participantes que formaron parte de la asignación aleatoria inicial, un total de 707 contestaron a la encuesta de línea base (83%), mientras que 417 contestaron a la encuesta de línea final (49%).

Tabla 6: Participantes con datos en la línea de base/en la línea final

Grupo experimental	Número de personas			% sobre aleatorización		% participantes activos que no responden POST
	Asignación aleatoria	Responden encuesta PRE	Responden encuesta POST	Responden encuesta PRE	Responden encuesta POST	
GC	209	166	96	79%	46%	0%
GT1	214	171	100	80%	47%	30%
GT2	214	185	108	86%	50%	23%
GT3	214	185	113	86%	53%	25%
Total	851	707	417	83%	49%	26%

Nota: se consideran "participantes activos" aquellas que han participado en, al menos, una actividad.

El desgaste en la respuesta a la línea final no está desequilibrado por grupos, no siendo significativa la diferencia (véase la **Tabla 7**). En cuanto a las distintas variables sociodemográficas y los indicadores de resultado en la línea de base, no hay, en general, diferencias significativas en el desgaste entre grupos en relación con estas variables e indicadores. Únicamente se observa alguna diferencia significativa en el desgaste en el grupo de tratamiento 2 para el grupo de edad 30-45 años y para el indicador de calidad de vida (ambas al 10% de significatividad) y en los grupos de tratamiento 2 y 3 para el indicador de riesgo de suicidio (ver **Tablas 17 y 18** en el **Apéndice**).

Tabla 7: Desgaste de la muestra por grupos experimentales (general)

	(1)	(2)
Tratamiento	-0,04 (0,04)	
Tratamiento Sociolaboral		-0,01 (0,05)
Tratamiento Salud		-0,05 (0,05)
Plan Vital Completo		-0,07 (0,05)
Observaciones	851	851
R cuadrado	0,00	0,00

Nota: Significatividad ***=.01, **=.05, *=.1. Se han utilizado errores estándar robustos.

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

5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

El modelo de regresión que se especifica para estimar el efecto causal en un experimento aleatorizado suele ser simplemente la diferencia en la variable de interés entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, puesto que estos grupos son estadísticamente comparables gracias a la asignación aleatoria realizada al inicio. Adicionalmente a este análisis, en los resultados que siguen se presentan: (i) regresiones en las que se controla por variables que pueden variar entre el grupo de tratamiento y el grupo de control y pueden afectar al impacto del tratamiento y (ii) regresiones en las que, además de incluir los controles anteriores, se incluye el valor inicial de la variable dependiente, es decir, el valor antes de la intervención, lo que mejora la precisión de las estimaciones. De este modo, se garantiza que las diferencias existentes entre el grupo de tratamiento y el grupo de control antes de realizar la intervención se tienen en cuenta en el análisis.

Se estiman regresiones de la siguiente forma:

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

donde $Y_{i,t=1}$ es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la persona i ; T_i indica si la persona ha sido asignada a alguno de los tres grupos de tratamiento (=1) o al de control (=0), $Y_{i,t=0}$ es el valor inicial de la variable dependiente (es decir, antes de la intervención), $X_{i,t=0}$ es un vector de controles (variables sociodemográficas) y ε_i es el término de error. En este caso, se está estimando el efecto de participar en cualquiera de las tres intervenciones frente al control.

Adicionalmente, se estiman regresiones de la siguiente forma:

$$Y_{i,t=1} = \alpha + \beta_1 T_{1i} + \beta_2 T_{2i} + \beta_3 T_{3i} + \gamma Y_{i,t=0} + \delta X_{i,t=0} + \varepsilon_i$$

donde $Y_{i,t=1}$ es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la persona i ; T_{Ki} indica que la persona ha sido asignada al grupo de tratamiento K (=1) o no (=0), $Y_{i,t=0}$ es el valor inicial de la variable dependiente (es decir, antes de la intervención), $X_{i,t=0}$ es un vector de controles (variables sociodemográficas) y ε_i es el término de error. En este caso, se estima el efecto de participar en cada uno de los grupos de tratamiento por separado.

Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud. En todas las especificaciones con controles se emplean las variables de edad, nivel de estudios y ocupación, así como los indicadores de impacto desequilibrados en la línea de base (es decir, todos menos exclusión residencial, ingresos salariales, expectativas de empleo y días trabajados equivalentes a tiempo completo).

5.2 Análisis de los resultados

5.2.1 Resultados principales y secundarios

En esta sección se presentan los resultados del análisis del contraste de las hipótesis presentadas anteriormente, siguiendo la estructura del esquema de evaluación. Como se ha señalado, para cada variable se presentan tres especificaciones: (i) sin controles, (ii) con controles, y (iii) con controles y con el valor de la variable de interés en la línea de base.

Inclusión social

En la **Tabla 8** se muestran los resultados para el indicador de exclusión residencial. Las tres primeras columnas muestran los resultados de los tres grupos de tratamiento considerados conjuntamente frente al control, mientras que las tres siguientes muestran el impacto de cada grupo de tratamiento de forma diferenciada. No se observan efectos significativos en ninguna de las especificaciones.

Tabla 8: Efectos sobre la inclusión social

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	0,04	0,02	0,04			
	(0,09)	(0,10)	(0,07)			
Tratamiento Sociolaboral				-0,02	-0,02	-0,01
				(0,10)	(0,11)	(0,05)

Tratamiento Salud				0,08	-0,00	0,07
				(0,13)	(0,10)	(0,07)
Plan Vital completo				0,04	-0,03	-0,06
				(0,10)	(0,05)	(0,11)
Observaciones	418	416	416	418	415	415
R cuadrado	0,00	0,05	0,43	0,00	0,24	0,46
Media variable dependiente GC	1,11	1,11	1,11	1,11	1,11	1,11
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Var. Línea Base	No	No	Sí	No	No	Sí
Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital				0,65	0,87	0,74
Tratamiento Salud = Plan Vital				0,56	0,70	0,32
Trat. Sociolaboral = Trat. Salud				0,49	0,87	0,49

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

Calidad de vida, autoestima y actitudes hacia la vida

La **Tabla 9** muestra los efectos sobre el indicador de calidad de vida. Se observa un impacto positivo y significativo al 10% en este indicador de un 4,75% para el grupo de tratamiento 1 (sociolaboral) en comparación al de control. Este impacto se mantiene en todas las especificaciones (sin controles, con controles y con controles y el valor del indicador en la línea de base). Este impacto no se observa en los otros grupos, en los que los coeficientes del indicador son de menor magnitud o de signo contrario y distintos estadísticamente del grupo de tratamiento 1.

Tabla 9: Efectos sobre la calidad de vida

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	-2,01	-1,88	0,41			
	(2,20)	(2,18)	(1,07)			
Tratamiento Sociolaboral				3,16**	3,51**	3,51**
				(0,85)	(1,06)	(1,06)
Tratamiento Salud				-4,87	0,42	0,42
				(2,91)	(0,58)	(0,58)
Plan Vital completo				-3,90	-0,91	-0,91
				(2,75)	(1,91)	(1,91)
Observaciones	418	416	416	418	415	415
R cuadrado	0,00	0,04	0,65	0,03	0,67	0,67
Media variable dependiente GC	74,19	73,96	73,96	74,19	73,96	73,96
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Var. Línea Base	No	No	Sí	No	No	Sí
Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital				0,05	0,05	0,05
Tratamiento Salud = Plan Vital				0,55	0,44	0,44

Trat. Sociolaboral = Trat. Salud 0,03 0,07 0,07

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

Por su parte, la **Tabla 10** muestra los resultados sobre los indicadores de ansiedad y depresión. No se observan efectos significativos en ninguna de las especificaciones para ninguno de los dos indicadores.

Tabla 10: Efectos sobre la ansiedad y depresión

	Ansiedad y depresión						Riesgo de suicidio					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	1,35 (1,15)	1,30 (1,21)	0,72 (0,44)				0,87 (0,44)	0,89 (0,40)	0,05 (0,19)			
Tratamiento Sociolaboral				-0,99 (0,70)	-0,72 (0,61)	-0,72 (0,61)				-0,01 (0,03)	-0,33 (0,32)	-0,33 (0,32)
Tratamiento Salud				3,04 (1,61)	0,58 (0,41)	0,58 (0,41)				1,32 (0,62)	0,06 (0,11)	0,06 (0,11)
Plan Vital completo				1,82 (1,16)	0,71 (0,54)	0,71 (0,54)				1,21 (0,60)	0,29 (0,30)	0,29 (0,30)
Observaciones	418	416	416	418	415	415	418	416	416	418	415	415
R cuadrado	0,00	0,02	0,57	0,03	0,61	0,61	0,01	0,05	0,70	0,03	0,72	0,72
Media variable dependiente GC	12,49	12,62	12,62	12,49	12,62	12,62	3,18	3,19	3,19	3,18	3,19	3,19
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Var. Línea Base	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí
Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital				0,04	0,02	0,02				0,12	0,11	0,11
Tratamiento Salud = Plan Vital				0,16	0,86	0,86				0,63	0,46	0,46
Trat. Sociolaboral = Trat. Salud				0,05	0,19	0,19				0,11	0,30	0,30

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

Finalmente, en la **Tabla 11** se muestran los resultados sobre el indicador de actividad física. En este caso, tampoco se observan efectos significativos en ninguna de las especificaciones para este indicador.

Tabla 11: Efectos sobre la actividad física

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	-428,63 (621,22)	-436,41 (584,18)	-472,95 (513,29)			
Tratamiento Sociolaboral				-560,72 (312,90)	-559,76 (332,33)	-559,76 (332,33)
Tratamiento Salud				-706,04 (1.019,11)	-556,23 (865,94)	-556,23 (865,94)

Plan Vital completo				-45,43 (559,33)	-296,85 (519,15)	-296,85 (519,15)
Observaciones	418	416	415	418	415	415
R cuadrado	0,01	0,13	0,26	0,02	0,29	0,29
Media variable dependiente GC	2.054,27	1.982,16	1.982,16	2.054,27	1.982,16	1.982,16
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Var. Línea Base	No	No	Sí	No	No	Sí
Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital				0,22	0,35	0,35
Tratamiento Salud = Plan Vital				0,26	0,51	0,51
Trat. Sociolaboral = Trat. Salud				0,86	1,00	1,00

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

Empleabilidad

En la **Tabla 12** se muestran los efectos sobre el indicador de empleabilidad. Se observa un impacto positivo de 10,1%, significativo al 5%, en la empleabilidad en el grupo de tratamiento 2 (salud). Este impacto se mantiene en las tres especificaciones, aunque pierde significatividad estadística al aplicar los valores de las variables de resultados en línea de base como controles (columna 4). El grupo de tratamiento 1 tiene un coeficiente positivo, pero no significativo en este indicador, si bien el test de Wald muestra que no se puede afirmar que los coeficientes de los grupos de tratamiento 1 y 2 sean distintos.

Tabla 12: Efectos sobre la empleabilidad

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	0,83 (2,42)	2,55 (2,11)	4,15 (2,72)			
Tratamiento Sociolaboral				5,03 (4,02)	7,87 (4,87)	7,87 (4,87)
Tratamiento Salud				2,47* (1,02)	6,85** (1,72)	6,85** (1,72)
Plan Vital completo				-4,48 (2,42)	-0,16 (2,43)	-0,16 (2,43)
Observaciones	418	416	416	418	415	415
R cuadrado	0,00	0,14	0,34	0,03	0,38	0,38
Media variable dependiente GC	67,07	66,89	66,89	67,07	66,89	66,89
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Var. Línea Base	No	No	Sí	No	No	Sí

Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital	0,01	0,06	0,06
Tratamiento Salud = Plan Vital	0,03	0,10	0,10
Trat. Sociolaboral = Trat. Salud	0,51	0,84	0,84

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

Por su parte, la **Tabla 13** muestra los resultados sobre los indicadores secundarios de empleabilidad. Si se consideran los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, se observa un impacto positivo de 1,6%, significativo al 10%, en el indicador de expectativas de empleo. Este impacto pierde la significatividad en el resto de especificaciones, y no se observa de forma desagregada por tratamientos.

Tabla 13: Efectos sobre las hipótesis secundarias de empleabilidad

	Autopercepción de barreras al empleo						Expectativas de empleo					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	0,30	0,26	0,30				0,43	0,96	0,82*			
	(0,16)	(0,17)	(0,15)				(0,33)	(0,41)	(0,30)			
Tratamiento Sociolaboral				0,22	0,29	0,29				1,75	2,50	2,50
				(0,15)	(0,15)	(0,15)				(0,91)	(1,44)	(1,44)
Tratamiento Salud				0,26	0,14	0,14				0,29	1,25	0,72
				(0,13)	(0,10)	(0,10)				(0,70)	(1,05)	(0,95)
Plan Vital completo				0,42	0,35	0,35				-0,62	0,37	-0,20
				(0,21)	(0,15)	(0,15)				(0,78)	(0,65)	(0,48)
Observaciones	418	416	416	418	415	415	418	416	416	418	415	415
R cuadrado	0,02	0,06	0,40	0,02	0,43	0,43	0,00	0,06	0,24	0,01	0,13	0,27
Media variable dependiente GC	1,34	1,34	1,34	1,34	1,34	1,34	45,48	45,36	45,36	45,48	45,36	45,36
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Var. Línea Base	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí
Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital				0,30	0,71	0,71				0,19	0,34	0,21
Tratamiento Salud = Plan Vital				0,24	0,19	0,19				0,31	0,35	0,36
Trat. Sociolaboral = Trat. Salud				0,59	0,13	0,13				0,38	0,58	0,45

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

Inserción laboral

La **Tabla 14** muestra los resultados sobre los indicadores de inserción laboral. El indicador de horas trabajadas en la semana anterior muestra un impacto positivo de 67,4% para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, significativo al 10%. Este impacto pierde significatividad al analizarlo

en cada grupo por separado y en la especificación sin controles. Sin embargo, los coeficientes del indicador para el análisis por grupos separados muestran el mismo signo y magnitud, y el test de Wald muestra que no son diferentes entre sí, indicando que, aunque con menor significatividad, el impacto se mantiene. Por otra parte, el indicador de días trabajados equivalentes a tiempo completo en noviembre de 2023 no muestra ningún efecto significativo en ninguna de las especificaciones ni de los grupos. Hay que tener en cuenta que ambos indicadores de inserción laboral difieren tanto en el periodo de referencia, como en la definición, así como en la fuente de datos. Esto da lugar a diferencias entre los mismos, que se pueden explicar por la posible inclusión de empleo informal en el indicador autorreportado, la distinta situación laboral según se considere el periodo de referencia, o la falta de precisión en los datos autorreportados.

Tabla 14: Efectos sobre la inserción laboral

	Horas trabajadas autorreportadas en la última semana						Días trabajados ETC en noviembre de 2023					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	0,96	1,51*	1,50*				0,05	-0,03	-0,03			
	(0,54)	(0,51)	(0,50)				(0,07)	(0,32)	(0,32)			
Tratamiento Sociolaboral				1,87	1,13	1,13				0,52	-0,07	-0,07
				(0,98)	(0,71)	(0,71)				(0,60)	(0,70)	(0,70)
Tratamiento Salud				0,48	1,29	1,29				-0,45	-0,04	-0,04
				(0,27)	(0,66)	(0,66)				(0,36)	(0,25)	(0,25)
Plan Vital completo				0,61	1,59	1,59				0,06	0,08	0,08
				(1,23)	(0,83)	(0,83)				(0,47)	(0,14)	(0,14)
Observaciones	418	416	416	418	415	415				851	700	700
R cuadrado	0,00	0,25	0,25	0,01	0,28	0,28				0,00	0,55	0,55
Media variable dependiente GC	2,25	2,27	2,27	2,25	2,27	2,27				1,80	2,02	2,02
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Var. Línea Base	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí
Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital				0,45	0,59	0,59				0,68	0,85	0,85
Tratamiento Salud = Plan Vital				0,93	0,81	0,81				0,53	0,71	0,71
Trat. Sociolaboral = Trat. Salud				0,31	0,91	0,91				0,27	0,95	0,95

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

Finalmente, la **Tabla 15** muestra los efectos sobre la calidad del empleo. El indicador de ingresos salariales mensuales autorreportados muestra un impacto positivo de 74,4% para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, significativo al 1%. Este impacto se mantiene en todas las especificaciones (con controles y retardo, con controles y sin controles). Si se analiza en cada grupo por separado, el coeficiente del indicador es en todos los casos positivo, si bien el impacto sólo es significativo para el grupo de tratamiento 3. Los coeficientes para los grupos de tratamiento 1 y 2

son de menor magnitud y no significativos, si bien el test de Wald no permite distinguir estadísticamente entre los tres.

Tabla 15: Efectos sobre la calidad del empleo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	26,87*** (4,32)	41,71*** (4,84)	40,74*** (3,33)			
Tratamiento Sociolaboral				52,86 (23,90)	33,97* (13,27)	33,93 (15,42)
Tratamiento Salud				8,10 (17,01)	27,57 (23,61)	22,86 (26,28)
Plan Vital completo				21,59 (18,10)	46,85** (13,10)	44,55** (12,43)
Observaciones	418	416	416	418	415	415
R cuadrado	0,00	0,20	0,20	0,01	0,23	0,24
Media variable dependiente GC	54,46	55,03	55,03	54,46	55,03	55,03
Controles	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Retardo	No	No	Sí	No	No	Sí
Tratamiento Sociolaboral = Plan Vital				0,43	0,58	0,67
Tratamiento Salud = Plan Vital Trat. Sociolaboral = Trat. Salud				0,69	0,50	0,50
				0,31	0,87	0,80

Significatividad: ***=0,01, **=0,05, *=0,1. Se han utilizado errores estándar robustos/clusterizados a nivel de área de salud.

6 Conclusiones de la evaluación

El objetivo de este informe es evaluar el impacto del proyecto “Plan Vital de Inclusión Social”, una intervención de apoyos personalizados e integrales en los ámbitos sociolaboral y de salud dirigida a mujeres entre 18 y 45 años de edad, con menores a su cargo y beneficiarias de la Renta Garantizada

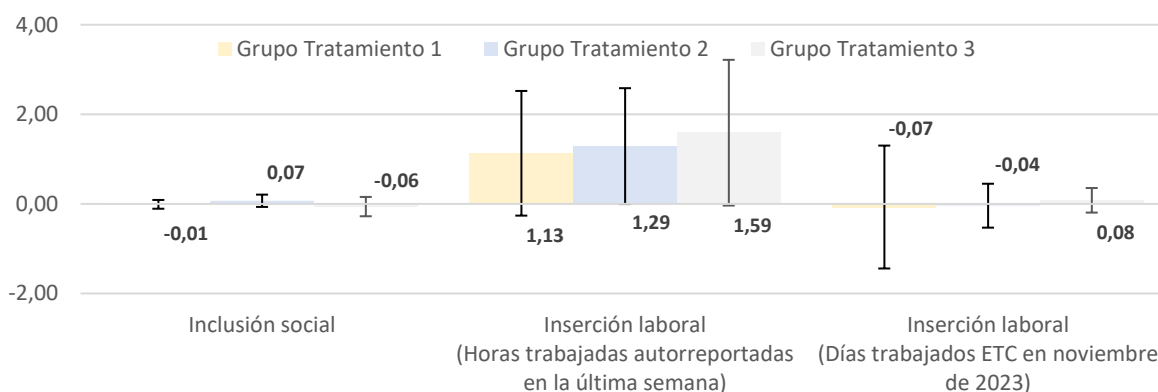
Extremeña o el Ingreso Mínimo Vital. Hay que tener en cuenta que la intervención fue más corta de lo prevista, y que las actividades que se llevaron a cabo en cada uno de los ejes de actuación (sociolaboral y de salud) en los distintos de tratamiento no fueron las mismas, al contrario de como estaba previsto en el diseño original.

Los resultados de la evaluación de impacto muestran que la intervención tiene efectos significativos sobre la calidad de vida, la empleabilidad, las expectativas de empleo, la inserción laboral y la calidad del empleo.

En relación con la calidad de vida, se observa un impacto positivo y significativo de un 4,75% en el indicador de calidad de vida para el grupo de tratamiento sociolaboral. Respecto a la empleabilidad, se observa un impacto positivo y significativo del 10,1% en el grupo de tratamiento de salud. Por otro lado, se observa un impacto positivo de un 2% sobre las expectativas de empleo si se consideran los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, que no se observa de forma desagregada por tratamientos. En relación con la inserción laboral se observa un impacto positivo y significativo del 67% para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control en el número de horas trabajadas en la semana anterior (1,53 horas más); este efecto positivo no se observa al analizar los datos de registros administrativos de vidas laborales. Finalmente, se observa un impacto positivo y significativo para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control en los ingresos salariales mensuales de 40,92 euros (aumento del 74%); en particular, si se analiza en cada grupo por separado, el coeficiente del indicador es en todos los casos positivo, y es significativo para el grupo de tratamiento 3. No se observa ningún otro impacto significativo en el resto de indicadores.

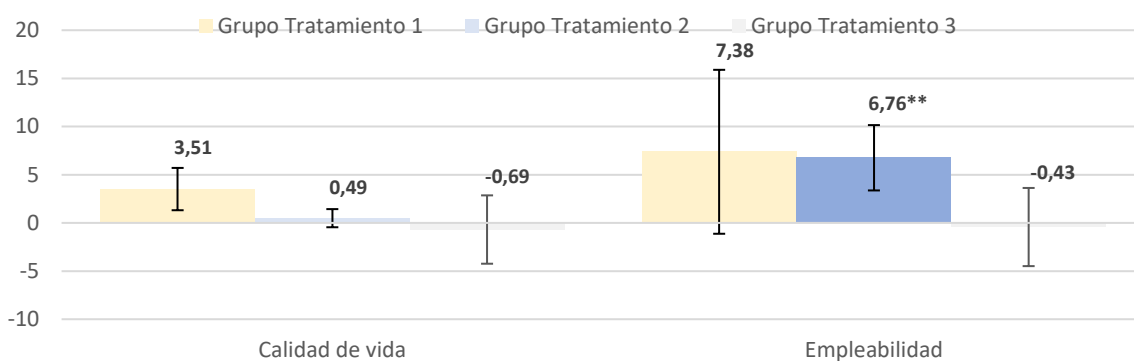
La **Figura 9** y la **Figura 10** muestran el efecto de la intervención en los indicadores de resultados primarios de las cuatro áreas de análisis, agrupados en dos gráficos distintos para mejorar la claridad en la presentación.

Figura 9: Efecto de la intervención en indicadores de resultados primarios (inclusión social e inserción laboral)



Nota: en color oscuro se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 1%; en color de tonalidad intermedia, los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 10%; y en color claro aquellos cuyo efecto del tratamiento no es significativo. Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones con controles y con el valor inicial de la variable dependiente.

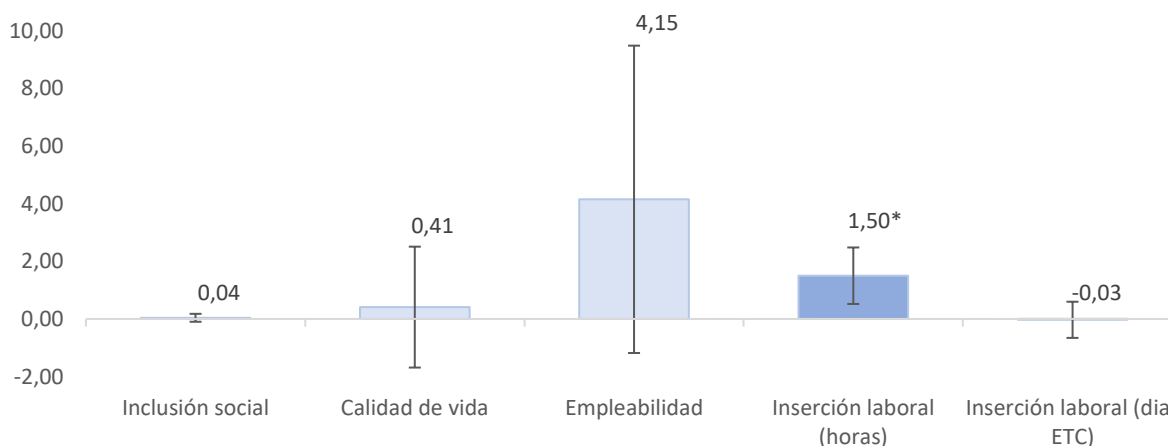
Figura 10: Efecto de la intervención en indicadores de resultados primarios (calidad de vida y empleabilidad)



Nota: en color oscuro se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 1%; en color de tonalidad intermedia, los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 5%; y en color claro aquellos cuyo efecto del tratamiento no es significativo. Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones con controles y con el valor inicial de la variable dependiente.

Por su parte, la **Figura 11** muestra el efecto de la intervención en indicadores de resultados primarios para los tres grupos de tratamiento tomados en su conjunto.

Figura 11: Efecto de la intervención en indicadores de resultados primarios para los tres grupos de tratamiento tomados en su conjunto



Nota: en color oscuro se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 1%; en color de tonalidad intermedia, los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 10%; y en color claro aquellos cuyo efecto del tratamiento no es significativo. Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones con controles y con el valor inicial de la variable dependiente.

Bibliografía

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

Bandiera, O., Burgess, R., Das, N., Gulesci, S., Rasul, I. y Sulaiman, M. (2017). Labor markets and poverty in village economies. *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 132, Issue 2, May 2017, Pages 811–870, <https://doi.org/10.1093/qje/qjx003>

Behaghel, L., Crépon, B. y Gurgand, M. (2014). Private and Public Provision of Counseling to Job Seekers: Evidence from a Large Controlled Experiment. *American Economic Journal: Applied Economics*, 6 (4): 142-74. <https://doi.org/10.1257/app.6.4.142>

Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003 Aug;35(8):1381-95. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB. PMID: 12900694.

Gómez, R. P., Morejón, A. R., & Palenzuela, D. L. (2016). Validación de una escala de control personal: una medida específica de las expectativas de control percibido de búsqueda de empleo. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 32(3), 153–161.

Guirao Goris J, Gallud J. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. In: Guirao Goris J, Gallud J, editors *Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006. p. 113-5.

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Condiciones de Vida. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1928&capsel=9975>

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Población Activa. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=811&capsel=817>

Jensen, R. (2012). Do Labor Market Opportunities Affect Young Women’s Work and Family Decisions? Experimental Evidence from India. *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 127, Issue 2, May 2012, Pages 753–792, <https://doi.org/10.1093/qje/qjs002>

Ley 5/2019, de 20 de febrero, de Renta Extremeña Garantizada. <https://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2019/390o/19010005.pdf>

Lim, E-J. y Hyun, E-J. (2021). The Impacts of Pilates and Yoga on Health-Promoting Behaviors and Subjective Health Status. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Apr 6;18(7):3802. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073802>

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E; Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression

Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. *Med Clin (Barc)*. 2002 Apr 13;118(13):493-9. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(02)72429-9. PMID: 11975886.

Martínez-Rueda, N., & Galarreta, J. (2021). La Evaluación de la Empleabilidad en las Empresas de Inserción. Escala de Factores de Empleabilidad (EFE) Gizatea. Manual Profesional. Gizatea.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2019). Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/contenido-actual-web/estrategia_es.pdf

Ministerio de Sanidad (2021). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

Ministerio de Sanidad (2022). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf

Osman, A. y Speer, J. (2022). Are Soft Skills Enough? Experimental Evidence on Skill Complementarity for College Graduates. <https://ssrn.com/abstract=4178563>

Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F. y Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* 370. <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>

Unión Europea (2016). Recomendación del Consejo Europeo, de 15 de febrero de 2016, sobre la integración de los desempleados de larga duración en el mercado laboral (2016/C 67/01). *Diario Oficial de la Unión Europea*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32016H0220%2801%29>

Unión Europea (2017). Proclamación interinstitucional sobre el pilar europeo de derechos sociales. (2017/C 428/09). *Diario Oficial de la Unión Europea*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX%3A32017C1213%2801%29>

Unión Europea (2023). Recomendación del Consejo de 30 de enero de 2023 sobre una renta mínima adecuada que procure la inclusión activa. (2023/C 41/01). *Diario Oficial de la Unión Europea*. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.C_.2023.041.01.0001.01.SPA&toc=OJ%3AC%3A2023%3A041%3AFULL

Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B, SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.

Apéndices

Gestión económica y normativa

1. Introducción

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

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

El Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia²⁵ 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 mayo²⁶, 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

²⁵ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-17464

²⁶ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-8124

Acción Social para llevar a cabo los proyectos piloto de apoyo a la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios», vinculado al documento *Operational Arrangements*²⁷.

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

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

Con fecha **27 de diciembre de 2021**, se notifica a Comunidad Autónoma de Extremadura la Resolución de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social (SGOPIPS) por la que se concede una subvención por importe de **8.803.049,27 euros** a la Comunidad Autónoma de Extremadura y, con fecha **27 de enero 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 Extremadura 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 21 de febrero de 2022 (BOE núm.44)²⁸.

2. Marco temporal de la intervención;

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

No obstante, de acuerdo con el apartado 2 de la disposición final primera del Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, se da nueva redacción al apartado 4 del artículo 6 y al apartado 1 del artículo 16, para ampliar el plazo máximo de los proyectos piloto de itinerarios de inclusión social objeto de las

²⁷ 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>

²⁸ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2776

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

Con fecha **26 de julio de 2022** la Comunidad Autónoma de Extremadura solicita ampliación del plazo de ejecución hasta el **31 de octubre de 2023**, autorizándose mediante resolución de la SGOPIPS de fecha 15 de agosto de 2022. Asimismo, con fecha 31 de marzo de 2023 solicita ampliación del plazo de ejecución hasta el **31 de diciembre de 2023**, denegándose mediante resolución de la SGOPIPS de fecha 19 de abril de 2023, ya que el plazo solicitado excedía la fecha límite establecida.

Dentro de este marco temporal genérico, la ejecución comienza el **10 de agosto 2023**, con el inicio del itinerario de intervención, continuando las tareas propias de ejecución hasta el **31 de octubre de 2023**, y posteriormente desarrollándose solo tareas de difusión y evaluación del proyecto hasta el **31 de marzo de 2024**.

3. Agentes relevantes

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

- **La Comunidad Autónoma de Extremadura**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto a través de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, actual Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Las tres **Cáritas Diocesanas con sede en Extremadura**: Cáritas Diocesana Mérida-Badajoz, Cáritas Diocesana Plasencia y Cáritas Diocesana Coria-Cáceres, encargadas de la implementación de las intervenciones.
- 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 Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social (SGOPIS) 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.
- La **Universidad de Extremadura**, entidad colaboradora en el diseño y en la definición metodológica de las herramientas requeridas para la evaluación del proyecto.
- **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

La siguiente tabla reporta los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento. Todos los datos reflejados en esta tabla se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención. Se reporta el valor medio de cada variable para ambos grupos, así como el número de observaciones en cada grupo y el p-valor resultante de un contraste de diferencia de medias (utilizando el estadístico t de Student). Cuanto menor es el p-valor, con mayor confianza se puede

rechazar la hipótesis de que la media de la variable en ambos grupos es igual. Por ejemplo, si el p-valor es menor que 0,05, se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias a un nivel de confianza del 5%.

Tabla 16: Contrastes de equilibrio entre grupos experimentales

Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	Equilibrio entre todos los grupos	(1)-(2)	(1)-(3)	(1)-(4)	(2)-(3)	(2)-(4)	(3)-(4)
	GC	GT1	GT2	GT3		Estadístico F/p-valor	p-valor	p-valor	p-valor	p-valor	p-valor
Badajoz	0,41	0,41	0,41	0,41	0,00	0,95	0,95	0,95	1,00	1,00	1,00
	(16,81)	(17,21)	(17,21)	(17,21)	0,95						
Cáceres	0,25	0,26	0,26	0,26	1,64	0,29	0,29	0,29	.	.	.
	(13,19)	(13,62)	(13,62)	(13,62)	0,29						
Navalmoral de la Mata	0,18	0,18	0,18	0,18	0,14	0,74	0,74	0,74	.	.	.
	(10,36)	(10,63)	(10,63)	(10,63)	0,74						
Zafra-Llerena	0,16	0,15	0,15	0,15	1,09	0,37	0,37	0,37	.	.	.
	(9,26)	(9,30)	(9,30)	(9,30)	0,37						
Edad	37,45	36,58	35,86	36,19	35,87***	0,02**	0,26	0,15	0,54	0,54	0,57
	(1.907,60)	(2.331,89)	(3.157,87)	(2.800,78)	0,01						
Entre 18 y 29 años	0,09	0,16	0,22	0,18	3,88	0,07*	0,05*	0,05*	0,16	0,41	0,32
	(4,55)	(7,81)	(10,62)	(9,24)	0,15						
Entre 30 y 45 años	0,87	0,81	0,74	0,79	3,20	0,31	0,07*	0,15	0,19	0,36	0,23
	(6,36)	(8,88)	(11,83)	(10,24)	0,18						
Más de 45 años	0,04	0,03	0,04	0,03	2,79	0,64	0,80	0,55	0,55	0,85	0,24
	(2,23)	(1,62)	(2,24)	(1,62)	0,21						
Sin estudios	0,12	0,16	0,12	0,11	35,89***	0,41	0,95	0,46	0,33	0,14	0,61
	(5,86)	(7,58)	(6,46)	(5,95)	0,01						
Educación primaria	0,34	0,35	0,43	0,39	33,54***	0,93	0,05**	0,26	0,06*	0,41	0,56
	(12,48)	(12,88)	(15,14)	(14,73)	0,01						
Educación secundaria (ESO o EGB)	0,27	0,26	0,19	0,25	1,51	0,96	0,21	0,79	0,22	0,76	0,14
	(10,78)	(11,05)	(9,46)	(11,69)	0,37						
Estudios superiores a secundaria	0,27	0,23	0,26	0,24	0,89	0,45	0,74	0,69	0,69	0,88	0,75
	(10,93)	(10,21)	(11,85)	(11,35)	0,54						
Trabajando	0,22	0,19	0,12	0,12	131,51***	0,62	0,01**	0,02**	0,14	0,36	1,00
	(9,58)	(8,88)	(6,46)	(6,46)	0,00						
Desempleada	0,58	0,56	0,60	0,59	3,29	0,66	0,37	0,94	0,50	0,75	0,85
	(13,44)	(14,07)	(14,80)	(14,93)	0,18						
Otra situación laboral	0,19	0,25	0,28	0,29	14,92**	0,31	0,04**	0,18	0,48	0,28	0,76
	(8,61)	(10,73)	(12,46)	(12,75)	0,03						
Ansiedad y depresión	12,08	11,78	13,96	12,92	10,74**	0,68	0,32	0,58	0,14	0,22	0,21
	(4.398,27)	(4.523,00)	(5.362,55)	(4.736,31)	0,04						
Riesgo de suicidio	3,47	3,54	4,21	3,92	6,48*	0,66	0,31	0,46	0,25	0,40	0,32

	(642,38)	(655,47)	(751,40)	(691,93)	0,08						
Actividad física	2.158,45	1.542,82	1.719,72	2.305,67	34,02***	0,05**	0,15	0,70	0,23	0,03**	0,05*
	(7,05e+08)	(3,72e+08)	(3,43e+08)	(7,42e+08)	0,01						
Exclusión residencial	0,37	0,42	0,36	0,38	0,14	0,71	0,90	0,95	0,64	0,79	0,92
	(56,33)	(60,29)	(59,68)	(58,93)	0,93						
Barreras al empleo	0,57	0,45	0,52	0,58	22,32**	0,13	0,65	0,92	0,43	0,32	0,19
	(58,02)	(56,65)	(65,02)	(55,01)	0,01						
Horas trabajadas autorreportadas en la última semana	4,86	5,65	3,26	2,47	12,72**	0,48	0,07*	0,02**	0,07*	0,10	0,42
	(7.518,84)	(15.627,18)	(5.107,34)	(3.450,70)	0,03						
Ingresos salariales autorreportados	122,88	116,25	99,08	75,82	1,94	0,84	0,28	0,20	0,44	0,43	0,54
	(4,37e+06)	(4,00e+06)	(4,38e+06)	(2,68e+06)	0,30						
Calidad de vida	75,01	73,93	72,16	73,12	9,48**	0,52	0,42	0,53	0,54	0,72	0,14
	(16.512,25)	(20.058,37)	(18.648,48)	(16.932,72)	0,05						
Empleabilidad	63,90	62,68	60,48	60,15	17,69**	0,43	0,04**	0,14	0,30	0,19	0,91
	(25.040,15)	(23.088,98)	(30.161,39)	(26.479,02)	0,02						
Expectativas de empleo	45,10	45,05	45,57	45,09	0,16	0,88	0,65	0,96	0,61	0,92	0,58
	(2.846,42)	(3.444,54)	(4.088,47)	(3.816,21)	0,92						
Días trabajados ETC en julio de 2023	2,02	2,51	1,25	1,72	1,20	0,23	0,30	0,65	0,26	0,39	0,65
	(3.167,55)	(4.545,42)	(2.127,43)	(2.936,06)	0,44						

Desgaste por grupos

Tabla 17: Desgaste de la muestra por grupos experimentales (tratamiento conjunto)

Laboratorio de Políticas de Inclusión en España

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
Tratamiento														0,01	0,07	0,01	-0,03
														(0,10)	(0,22)	(0,09)	(0,10)
Tratamiento*Ansiedad y depresión	-0,00																
	(0,00)																
Tratamiento*Riesgo de suicidio		0,03**															
		(0,01)															
Tratamiento*Actividad física			-0,00														
			(0,00)														
Tratamiento*Exclusión residencial				0,03													
				(0,04)													
Tratamiento*Barreras al empleo					-0,00												
					(0,04)												
Tratamiento*Horas trabajadas en la última semana						-0,00											
						(0,01)											
Tratamiento*Ingresos salariales							-0,00										
							(0,00)										
Tratamiento*Horas trabajadas en la última semana (imp)								-0,00									
								(0,00)									
Tratamiento*Ingresos salariales (imp)									-0,00								
									(0,00)								
Tratamiento*Calidad de vida										0,00							
										(0,00)							
Tratamiento*Empleabilidad											0,00						
											(0,00)						
Tratamiento*Expectativas de empleo												0,00					
												(0,01)					
Tratamiento*part_num													0,00				
													(.)				
Tratamiento*Badajoz															-0,06		
															(0,12)		
Tratamiento*Caceres															-0,08		
															(0,13)		
Tratamiento*Navalmoral de la Mata															-0,05		
															(0,13)		
Tratamiento*Zafra-Llerena															0,00		
															(.)		
Tratamiento*Entre 18 y 29 años																-0,05	
															(0,26)		
Tratamiento*Entre 30 y 45 años																-0,12	
															(0,22)		
Tratamiento*Más de 45 años															0,00		
															(.)		
Tratamiento*Sin estudios																	-0,01
																	(0,15)
Tratamiento*Educación primaria																	-0,03
																	(0,11)
Tratamiento*Educación secundaria (ESO o EGB)																	0,00
																	(.)
Tratamiento*Estudios superiores a secundaria																	0,00
																	(.)
Tratamiento*Trabajando																	-0,09
																	(0,14)
Tratamiento*Desempleada																	0,05
																	(0,11)
Tratamiento*Otra situación laboral																	0,00
																	(.)
Observaciones	706	705	704	707	707	130	130	707	707	706	707	707	851	851	704	707	707
R cuadrado	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,18	0,04	0,04	0,01	0,01

Nota: Significatividad ***=-.01, **=-.05, *=-.1. Se han utilizado errores estándar robustos.

Tabla 18: Desgaste de la muestra por grupos experimentales (tratamientos separados)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
Tratamiento Sociolaboral														-0,03	-0,29	0,02
														(0,12)	(0,28)	(0,11)
Tratamiento Sociolaboral*Ansiedad y depresión	0,00															
	(0,01)															
Tratamiento Salud														-0,03	0,43*	-0,04
														(0,12)	(0,26)	(0,10)
Tratamiento Salud*Ansiedad y depresión	-0,00															
	(0,01)															
Plan Vital completo														0,09	-0,09	0,04
														(0,12)	(0,28)	(0,10)
Plan Vital completo*Ansiedad y depresión	-0,00															
	(0,01)															
Tratamiento Sociolaboral*Riesgo de suicidio		-0,01														
		(0,02)														
Tratamiento Salud*Riesgo de suicidio			0,04***													
			(0,02)													
Plan Vital completo*Riesgo de suicidio				-0,04**												
				(0,02)												
Tratamiento Sociolaboral*Actividad física			-0,00													
			(0,00)													
Tratamiento Salud*Actividad física				-0,00												
				(0,00)												
Plan Vital completo*Actividad física					-0,00											
					(0,00)											
Tratamiento Sociolaboral*Exclusión residencial					0,05											
					(0,05)											
Tratamiento Salud*Exclusión residencial						0,06										
						(0,05)										
Plan Vital completo*Exclusión residencial							-0,01									
							(0,05)									
Tratamiento Sociolaboral*Barreras al empleo							0,01									
							(0,05)									
Tratamiento Salud*Barreras al empleo								-0,04								
								(0,05)								
Plan Vital completo*Barreras al empleo									0,03							
									(0,05)							
Tratamiento Sociolaboral*Horas trabajadas en la última semana								0,00								
								(0,01)								
Tratamiento Salud*Horas trabajadas en la última semana									-0,00							
									(0,01)							
Plan Vital completo*Horas trabajadas en la última semana										-0,01						
										(0,01)						
Tratamiento Sociolaboral*Ingresos salariales										-0,00						
										(0,00)						
Tratamiento Salud*Ingresos salariales											-0,00					
											(0,00)					
Plan Vital completo*Ingresos salariales												-0,00				
												(0,00)				

Tratamiento Sociolaboral*Horas trabajadas en la última semana (imp)	-0,00 (0,00)	
Tratamiento Salud*Horas trabajadas en la última semana (imp)	-0,00 (0,01)	
Plan Vital completo*Horas trabajadas en la última semana (imp)	-0,00 (0,01)	
Tratamiento Sociolaboral*Ingresos salariales (imp)	-0,00 (0,00)	
Tratamiento Salud*Ingresos salariales (imp)	-0,00 (0,00)	
Plan Vital completo*Ingresos salariales (imp)	-0,00 (0,00)	
Tratamiento Sociolaboral*Calidad de vida	-0,00 (0,00)	
Tratamiento Salud*Calidad de vida	0,01* (0,00)	
Plan Vital completo*Calidad de vida	0,00 (0,00)	
Tratamiento Sociolaboral*Empleabilidad	0,00 (0,00)	
Tratamiento Salud*Empleabilidad	0,00 (0,00)	
Plan Vital completo*Empleabilidad	0,00 (0,00)	
Tratamiento Sociolaboral*Expectativas de empleo	0,00 (0,01)	
Tratamiento Salud*Expectativas de empleo	0,01 (0,01)	
Plan Vital completo*Expectativas de empleo	-0,00 (0,01)	
Tratamiento Sociolaboral*part_num	-0,05 (0,09)	
Tratamiento Salud*part_num	-0,07 (0,09)	
Plan Vital completo*part_num	0,00 (.)	
Tratamiento Sociolaboral*Badajoz	0,08 (0,14)	
Tratamiento Sociolaboral*Caceres	-0,03 (0,15)	
Tratamiento Sociolaboral*Navalmoral de la Mata	-0,01 (0,16)	
Tratamiento Sociolaboral*Zafra-Llerena	0,00 (.)	
Tratamiento Salud*Badajoz	-0,02 (0,14)	
Tratamiento Salud*Caceres	0,01 (0,15)	
Tratamiento Salud*Navalmoral de la Mata	-0,06 (0,16)	
Tratamiento Salud*Zafra-Llerena	0,00	

	(.)	
Plan Vital completo*Badajoz	-0,23	
	(0,14)	
Plan Vital completo*Caceres	-0,20	
	(0,15)	
Plan Vital completo*Navalmoral de la Mata	-0,08	
	(0,16)	
Plan Vital completo*Zafra-Llerena	0,00	
	(.)	
Tratamiento Sociolaboral*Entre 18 y 29 años	0,36	
	(0,32)	
Tratamiento Sociolaboral*Entre 30 y 45 años	0,25	
	(0,29)	
Tratamiento Sociolaboral*Más de 45 años	0,00	
	(.)	
Tratamiento Salud*Entre 18 y 29 años	-0,44	
	(0,30)	
Tratamiento Salud*Entre 30 y 45 años	-	
	0,50*	
	(0,26)	
Tratamiento Salud*Más de 45 años	0,00	
	(.)	
Plan Vital completo*Entre 18 y 29 años	0,10	
	(0,32)	
Plan Vital completo*Entre 30 y 45 años	0,02	
	(0,29)	
Plan Vital completo*Más de 45 años	0,00	
	(.)	
Tratamiento Sociolaboral*Sin estudios	-0,19	
	(0,18)	
Tratamiento Sociolaboral*Educación primaria	0,01	
	(0,14)	
Tratamiento Sociolaboral*Educación secundaria (ESO o EGB)	-0,03	
	(0,15)	
Tratamiento Sociolaboral*Estudios superiores a secundaria	0,00	
	(.)	
Tratamiento Salud*Sin estudios	0,18	
	(0,18)	
Tratamiento Salud*Educación primaria	0,03	
	(0,13)	
Tratamiento Salud*Educación secundaria (ESO o EGB)	0,01	
	(0,15)	
Tratamiento Salud*Estudios superiores a secundaria	0,00	
	(.)	
Plan Vital completo*Sin estudios	0,01	
	(0,19)	
Plan Vital completo*Educación primaria	-0,14	
	(0,14)	
Plan Vital completo*Educación secundaria (ESO o EGB)	-0,09	
	(0,15)	
Plan Vital completo*Estudios superiores a secundaria	0,00	
	(.)	

Observaciones	706	705	704	707	707	130	130	707	707	706	707	707	851	851	704	707
R cuadrado	0,02	0,04	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01	0,19	0,05	0,05	0,02

Nota: Significatividad ***=.01, **=.05, *=.1. Se han utilizado errores estándar robustos.