Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Junta de Extremadura - Plan Vital de Inclusión Social

Octubre 2025

Financiado por la Unión Europea NextGenerationEU

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia

JUNTA DE EXTREMADURA

J-PAL

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

https://cpage.mpr.gob.es

© Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Madrid, 2025

Autor:

Secretaría General de Inclusión

Edita y distribuye:

Secretaría General de Inclusión

Calle Agustín de Betancourt, 19. 28003 Madrid

Correo electrónico: sg.inclusion@inclusion.gob.es

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

NIPO PDF 121-25-042-8

Como citar:

Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2025). Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación. Junta de Extremadura - Plan Vital de Inclusión Social.

Financiado por la Unión Europea NextGenerationEU

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia

JUNTA DE EXTREMADURA

J-PAL

Este informe ha sido realizado por la Secretaría General de Inclusión (SGI) del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) en el marco del Laboratorio de Políticas de Inclusión. En la elaboración de este informe se ha contado con la colaboración de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, como entidad responsable de la ejecución del proyecto. Esta entidad colaboradora fue una de las que implementaron los proyectos piloto, y colaboró con la SGI para el diseño de la metodología de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized Controlled Trial* o RCT por sus siglas en inglés), participando activamente en la provisión de la información necesaria para el diseño, seguimiento y evaluación del itinerario de inclusión social. Asimismo, su colaboración fue esencial para recabar los consentimientos informados, garantizando que las personas participantes en el itinerario fueron adecuadamente informadas y que su participación fue voluntaria.

La colaboración con J-PAL Europa ha sido un componente vital en los esfuerzos de la SGI por mejorar la inclusión social en España. Su equipo proporcionó apoyo técnico y compartió experiencia internacional, asistiendo a la SGI en la evaluación integral de los programas piloto. A lo largo de esta asociación, J-PAL Europa 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 29

4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS 34

5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN **36**

5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONOMÉTRICO: REGRESIONES ESTIMADAS 36

5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 37

6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN **45**

BIBLIOGRAFÍA **48**

APÉNDICES **51**

GESTIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA 51

EQUILIBRIO ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES 53

Resumen ejecutivo

- El **Ingreso Mínimo Vital (IMV),** establecido en mayo de 2020, es una política de renta mínima que tiene como objetivo garantizar unos mínimos ingresos a los colectivos vulnerables y proporcionar vías que fomenten su integración sociolaboral.
- En el marco de esta política, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) impulsó una estrategia para el fomento de la inclusión mediante proyectos piloto de innovación social, que se vehiculizó en el **Laboratorio de Políticas de Inclusión**. Estos proyectos se evaluaron conforme a los estándares de rigor científico y usando la metodología de **ensayo controlado aleatorizado** (*Randomized Controlled Trial*, o RCT por sus siglas en inglés).
- Este documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del proyecto **"Plan Vital de Inclusión Social"**, que fue llevado a cabo en cooperación entre el **MISSM** y la **Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta 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, con menores a su cargo y perceptoras de IMV o de la Renta Extremeña Garantizada (REG). 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 40% de las mujeres participantes residían 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 era de 36,5 años, con un 80% de personas entre 30 y 45. Un 13% de las participantes no tenían estudios, un 38% tenían educación primaria y un 24% educación secundaria. Finalmente, un 58% de la muestra se encontraba 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 participaron en alguna actividad.
- Los principales resultados de la evaluación fueron los siguientes:
    - **Calidad de vida:** se observó un impacto positivo y significativo de un 4,7% en el indicador de calidad de vida para el grupo de tratamiento sociolaboral.
    - **Empleabilidad:** se observó un impacto positivo y significativo del 6.9% en la empleabilidad en el grupo de tratamiento sanitario.

- **Expectativas de empleo:** se observó un impacto positivo de un 2,5% si se consideraban los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, que no se observó de forma desagregada por tratamientos.
- **Inserción laboral:** se observó un impacto positivo y significativo de un 66,1% 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 observó con el indicador de días trabajados obtenido de registros administrativos de vida laboral.
- **Calidad del empleo:** se observó 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 analizaba en cada grupo por separado, el efecto sólo era significativo para el grupo de tratamiento 3.

1 Introducción

Marco Normativo General

El Ingreso Mínimo Vital (IMV), regulado por la Ley 19/2021[1], 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 (AGE), junto con el apoyo de las comunidades autónomas, el Tercer Sector de Acción Social y las corporaciones locales[2]. 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) participó de forma relevante en el Componente 23 «Nuevas políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo», encuadrado en la política palanca 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 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 decidió pilotar diferentes programas e intervenciones con el fin de evaluarlas y generar conocimiento que permitiera priorizar ciertas acciones. Con el apoyo de la inversión 7 enmarcada en el Componente 23, el MISSM estableció un nuevo marco de proyectos piloto de itinerarios de inclusión, basados en la experimentación y evaluación, a través del Real

[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.

Decreto 938/2021, que contribuyó al cumplimiento del hito número 350[4] y al indicador de seguimiento 351.1[5] del PRTR. Surge así un laboratorio de innovación en políticas públicas de referencia a nivel mundial, denominado Laboratorio de Políticas de Inclusión, en el que se han impulsado proyectos piloto de itinerarios de inclusión, evaluados acorde a los más altos estándares científicos.

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

Concretamente, el RCT es un método experimental de evaluación de impacto en el que una muestra representativa de la población potencialmente beneficiaria de un programa o política pública se asigna aleatoriamente o a un grupo que recibe la intervención o a un grupo de comparación que no la recibe durante la duración de la evaluación. Gracias a la aleatorización en la asignación del programa, esta metodología es capaz de identificar estadísticamente el impacto causal de una intervención en una serie de variables de interés, y permite analizar el efecto de esta medida, lo que ayuda a determinar si la política es adecuada para alcanzar los objetivos de política pública planeados. Las evaluaciones experimentales permiten obtener resultados del efecto de la intervención rigurosos, es decir, qué cambios han experimentado las personas participantes en sus vidas debidos a la intervención. Además, estas evaluaciones facilitan un análisis exhaustivo del programa y sus efectos, facilitando aprendizajes sobre por qué el programa fue eficaz, quién se benefició más de las intervenciones, si estas tuvieron efectos indirectos o no esperados, y qué componentes de la intervención funcionaron y cuáles no.

Estas evaluaciones se enfocaron en el fomento a la inclusión sociolaboral en las personas beneficiarias del IMV, de rentas mínimas autonómicas y en otros colectivos vulnerables. De esta manera, se estableció un diseño y una evaluación de impacto de políticas de inclusión orientadas a resultados, para ofrecer evidencia para la toma de decisiones y su potencial aplicación en el resto de los

[4] 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».

[5] 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».

territorios. El impulso y coordinación de más de 30 proyectos piloto desde el Gobierno de España constituye el Laboratorio de Políticas de Inclusión.

Para la puesta en marcha y desarrollo del Laboratorio de Políticas de Inclusión, la SGI estableció un marco de gobernanza que permitió aplicar una metodología clara y potencialmente escalable para el diseño de futuras evaluaciones y el fomento de la toma de decisiones en base a evidencia empírica. La AGE tuvo una triple función como impulsora, evaluadora y ejecutiva de los diferentes programas. Diferentes administraciones autonómicas y locales y organizaciones del Tercer Sector de Acción Social implementaron los programas, colaborando estrechamente en todas sus facetas incluida la evaluación y seguimiento. Además, el Ministerio contó con el apoyo académico y científico de J-PAL Europa y del Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI), como socios estratégicos para asegurar el rigor científico en las evaluaciones. Asimismo, el Laboratorio de Políticas de Inclusión cuenta con un Comité Ético[6], que vela por el más estricto cumplimiento de la protección de los derechos de las personas participantes en los itinerarios de inclusión social.

El presente informe se refiere al proyecto piloto "Plan Vital de Inclusión Social", ejecutado en el marco del Real Decreto 938/2021[7] por la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta 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".

Contexto del proyecto

Extremadura registra una de las tasas de riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE[8]) más altas de España junto con Andalucía, después de la ciudad autónoma de Ceuta.

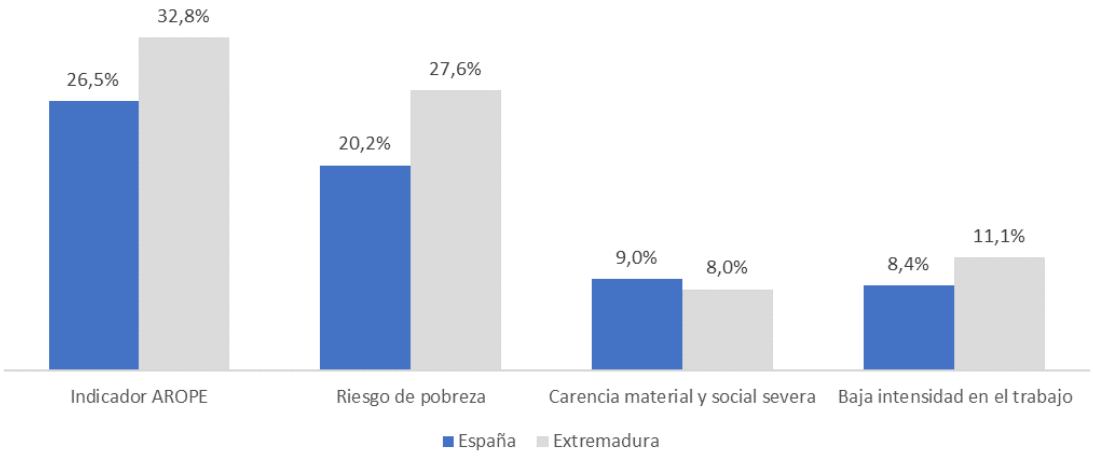
[6] Regulado por la Orden ISM/208/2022, de 10 de marzo, por la que se crea el Comité Ético vinculado a los itinerarios de inclusión social, con fecha de 07/06/2023 emitió un informe favorable para la realización del proyecto objeto del informe.

[7] Con fecha 27 de enero de 2022, se suscribió un 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.

[8] 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).

De acuerdo con los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) 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% (INE, 2023). 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.

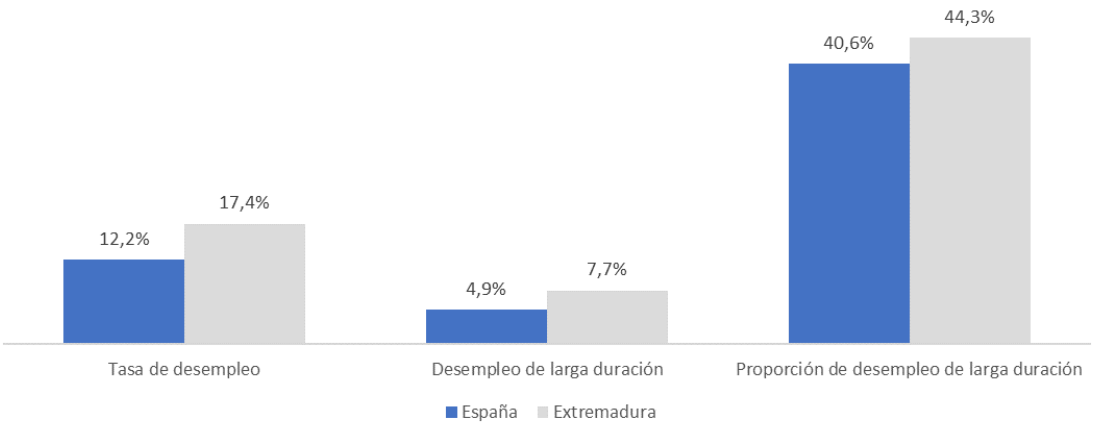
Figura 2: Riesgo de pobreza y exclusión social y sus componentes (2023)



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 (INE, 2023b). En la Figura 3 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).

Figura 3: 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 el 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 era evaluar el impacto que tenía en las personas el recibir apoyos personalizados e integrales en los ámbitos sociolaboral y de salud frente a los tratamientos habituales que se venían ofreciendo desde los Servicios Sociales, de Empleo y de Salud. Asimismo, se pretendía evaluar el impacto cuando ambos tratamientos (sociolaboral y de salud) personalizados e integrales se aplicaban conjuntamente frente a cuando se aplicaba sólo uno de los dos.

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

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

  Otros actores relevantes en el proyecto fueron 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 Migracione**s, como financiador del proyecto y como principal responsable del proceso de evaluación RCT. Para ello, la SGI asumió 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 las potenciales participantes del proyecto piloto.
    - Diseñar la metodología 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 apoyaron al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el presente informe sigue la siguiente estructura. En la **sección 2** se realiza una **descripción del proyecto**, detallándose la problemática que se quería resolver, las intervenciones concretas asociadas a cada uno de los modelos de atención sociolaboral y sanitaria implementados, y el público objetivo al que se dirigió la intervención. A continuación, la **sección 3** contiene información relativa al **diseño de la evaluación**, definiéndose la Teoría del Cambio vinculada con el proyecto y las hipótesis, fuentes de información e indicadores utilizados. En la **sección 4** se describe la **implementación de la intervención**, analizando la muestra, los resultados de la aleatorización y el grado de participación y desgaste de la intervención. A este apartado le sigue la **sección 5** donde se presentan **los resultados de la evaluación**, con un análisis pormenorizado del análisis econométrico llevado a cabo y los resultados para cada uno de los indicadores utilizados. Por último, las conclusiones generales de la evaluación del proyecto se describen en la **sección 6**. Finalmente, en el **apéndice Gestión económica y normativa** se aporta información adicional sobre los instrumentos de gestión y la gobernanza del proyecto piloto.

Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social

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

Con el objetivo de proteger los derechos de 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 creó el Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social. El Comité Ético, adscrito a la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social, se componía por un presidente- con una destacada trayectoria profesional en defensa de los valores éticos, un perfil científico social de reconocido prestigio y experiencia en procesos de evaluación- y dos expertos designados como vocales.

El Comité Ético llevó a cabo el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter ético que surgieron en la ejecución, desarrollo y evaluación de los itinerarios, formulado propuestas en aquellos casos que presentaban 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 Junta 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 pretendía mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, fundamentalmente, de personas perceptoras de IMV o Renta Extremeña Garantizada (REG), mediante el diseño y desarrollo de itinerarios de inclusión integrales (Plan Vital de Inclusión Social). La intervención se basaba 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 exploró 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 personas reclutadoras 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 y 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 personas voluntarias 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 eran mujeres de entre 18 y 45 años con hijos menores a cargo que percibían el Ingreso Mínimo Vital o la Renta Extremeña Garantizada, o aquellas que percibieran 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.

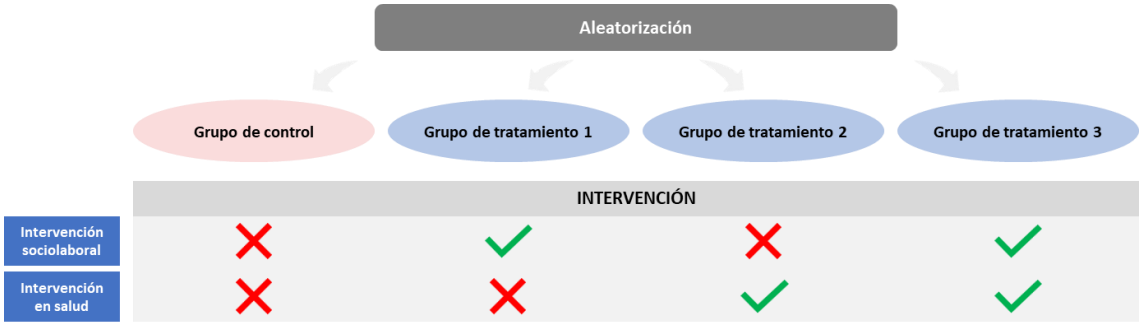
Se proporcionan más detalles sobre el proceso de captación en la **sección 3.5** en el marco del diseño de la evaluación.

2.3 Descripción de las intervenciones

El proyecto preveía la realización de una evaluación de impacto mediante RCT donde lasparticipantes en el proyecto fueron asignadas de manera aleatoria a uno de los cuatro grupos experimentales.

- **Grupo de Control.** Conjunto de participantes que no recibió tratamiento ni intervención dentro del Plan Vital. Recibieron 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 participantes que recibieron intervenciones solo del ámbito sociolaboral.
- **Grupo de Tratamiento 2: Tratamiento Salud.** Conjunto de participantes que recibieron intervenciones sólo del ámbito sanitario.
- **Grupo de Tratamiento 3: Plan Vital Integral.** Conjunto de participantes que recibieron las intervenciones necesarias derivadas de la elaboración del Plan Vital de Inclusión Social que incluían actuaciones en el ámbito sociolaboral y de salud.

Figura 3: Esquema de intervención



Las actuaciones, concentradas en las áreas de intervención sociolaboral y de salud eran intervenciones y tratamientos personalizados adicionales respecto a los habituales que ya se venían ofreciendo por los Servicios Sociales, de Empleo y de Salud.

Área de intervención sociolaboral

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

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

Las actuaciones y servicios adicionales llevadas a cabo por los equipos de intervención fueron 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 podían llevarse a cabo siempre que no estuvieran cubiertas por los recursos que en ese ámbito de intervención estaban fijados en las zonas objeto de intervención y financiados con fondos públicos.

Área de intervención en salud

La intervención comenzaba 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 intervino 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 obstaculizaban el desarrollo de otras competencias, destrezas o habilidades que pudieran mejorar su posicionamiento social y laboral para una inclusión social efectiva.

Las actuaciones de este área fueron las siguientes:

- Diagnóstico/informe médico individualizado.
- Atención personalizada en el ámbito de la salud mental con sesiones especializadas de terapias psicológicas.
- Terapia física 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 contrastan en la evaluación, las fuentes de información para construir 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 partía de la identificación de los obstáculos y dificultades para la inclusión social y laboral de las mujeres beneficiarias de la REG o el IMV.

Para abordar esta situación, se propusieron una serie de acciones (insumos o actividades), que constituían los recursos y acciones que se requerían para generar los productos del programa[9]. 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 disponían de tiempo suficiente y asistían a las sesiones y que estaban motivadas para realizar las actividades propuestas) se previó la obtención de una serie de productos. Es decir, como resultado directo de las actividades programadas se esperaba que las mujeres vieran

[9] 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.

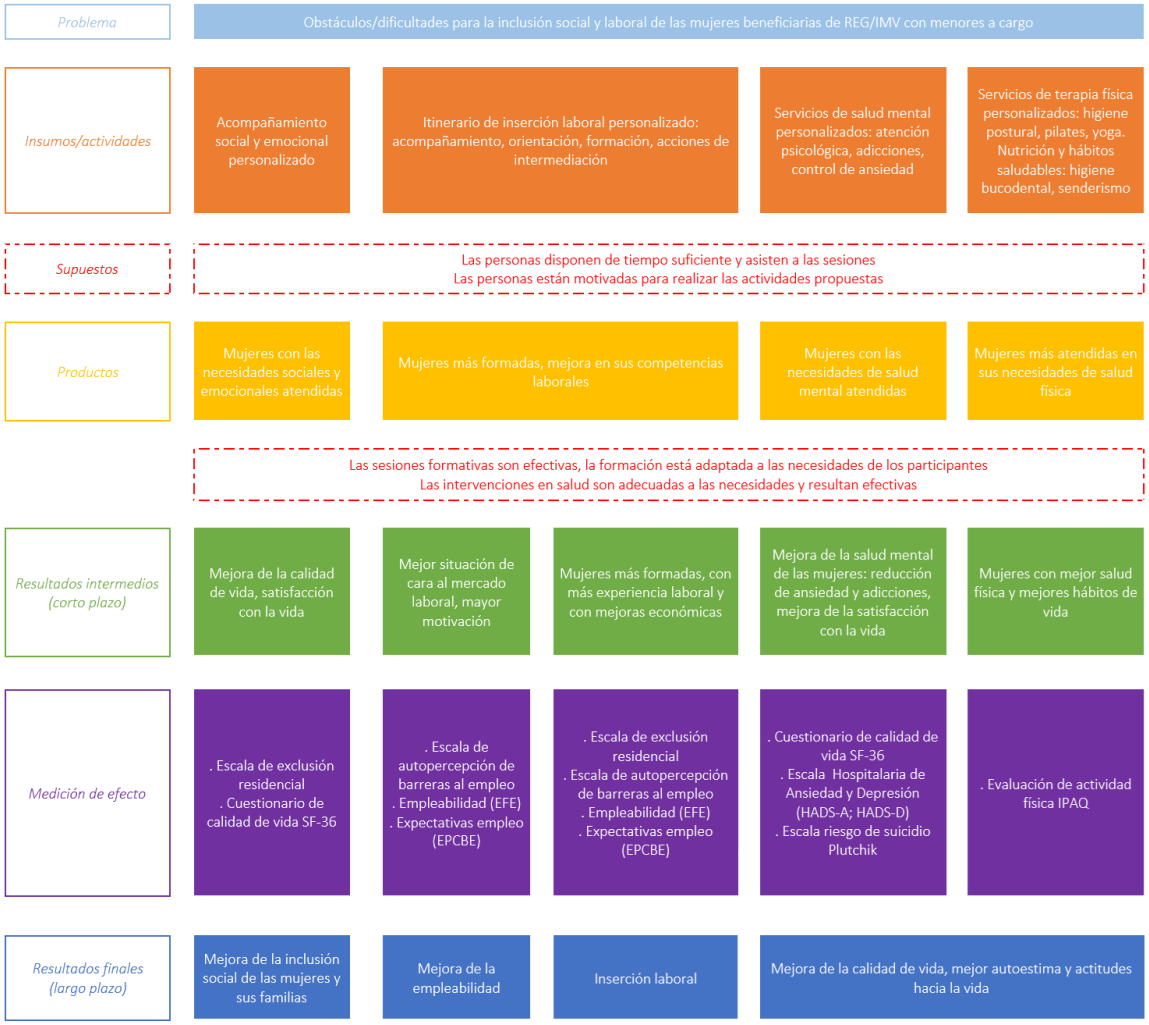
sus necesidades sociales y emocionales atendidas, que estuvieran más formadas y mejoraran sus competencias laborales, y que vieran atendidas sus necesidades de salud mental y física.

El desarrollo del proyecto, bajo determinados supuestos (que las sesiones formativas eran efectivas, que la formación estaba adaptada a las necesidades de las participantes y que las intervenciones en salud eran adecuadas a las necesidades y resultaban efectivas), posibilitaría 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 esperaba 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 abarcaba una serie de componentes que hicieran posible estos cambios y que vinieran 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 pretendía contrastar si se producía 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 era que existiría una mejora en la calidad de vida. Como hipótesis secundarias, se preveía contrastar si se producía una reducción de la ansiedad y depresión y una mejora de la actividad física.

Mejora de la empleabilidad

En relación con la empleabilidad, se preveía contrastar, como hipótesis principal, si existía mejora en la empleabilidad. Asimismo, se preveían contrastar dos hipótesis secundarias: si se producía una mejora en la autopercepción de barreras al empleo y si mejoraban las expectativas de empleo.

Mejora de la inserción laboral

Finalmente, en este ámbito, la hipótesis principal era que existiría una mejora de la inserción laboral. Como hipótesis secundarias, se preveía contrastar si se producía una mejora en la satisfacción con el empleo y si mejoraban la calidad del empleo.

3.3 Fuentes de información

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

Los cuestionarios fueron 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 realizaron dos mediciones: una antes de iniciar las intervenciones (**encuesta de línea de base**) y otra al final (**encuesta de línea final**).

En particular, se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- **Cuestionario de variables sociodemográficas.** En este cuestionario se recogía información personal, datos académicos, datos laborales y datos de la unidad de convivencia.
- **Escala de exclusión residencial.** Este cuestionario recogió el grado en el que determinadas afirmaciones se percibían como un problema en relación con la situación habitacional en los últimos seis meses.
- **Escala de autopercepción de barreras al empleo.** Recogía el grado en el que determinadas afirmaciones se percibían como una barrera para acceder al empleo.
- **Escala de factores de empleabilidad.** En este cuestionario se recogía el grado de acuerdo con determinadas afirmaciones sobre factores de empleabilidad. En particular, se preguntaba 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).** Recogía 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 recogía 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 empleo[10].
- **Cuestionario de calidad de vida SF-36.** Recogía 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 recogió información sobre determinadas afirmaciones relacionadas con la ansiedad y la depresión.
- **Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ).** Se recogía información cuantitativa (en días o minutos) sobre actividad física vigorosa, moderada y leve.
- **Cuestionario de riesgo de suicidio (*Plutchik Suicide Risk Scale*).** Recogía información sobre determinadas cuestiones relacionadas con el riesgo de suicidio.

Por su parte, los registros administrativos de vidas laborales de la Seguridad Social ofrecieron información sobre el número de días trabajados y la intensidad del empleo. Se utilizaban datos administrativos de vidas laborales, obtenidos por la SGI en base al convenio[11] 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 empleó un indicador:

Indicador de exclusión residencial: indicador construido a partir de las ocho preguntas de la escala de exclusión residencial. Se construyó 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

[10] 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).

[11] 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.

variables, donde el peso asignado a cada una de ellas depende de lo correlacionada que está con las demás (a menor correlación, mayor peso).

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 basó en un indicador:

Indicador de calidad de vida: indicador construido a partir del cuestionario de calidad de vida SF-36[12], que contiene preguntas cuyas respuestas tomaban valores entre 0 (peor calidad de vida) y 100 (mejor calidad de vida). La construcción del indicador de evaluación general de la salud se realizó como la media de todas las preguntas.

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

Indicador de ansiedad y depresión: indicador construido a partir de la escala de Hamilton[13] que toma valores entre 0 y 42, 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. 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, se construye un indicador global considerando todas las respuestas.

Indicador de riesgo de suicidio: indicador construido a partir de la escala de riesgo suicida de Plutchik[14] que toma valores entre 0 y 15, como la suma de los valores (0 o 1) de las respuestas a las 15 preguntas del cuestionario de riesgo de suicidio. El punto de corte para riesgo de suicidio se situa 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 evaluó mediante un indicador:

---

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

[13] 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.

[14] 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)[15], 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 podía interpretar el nivel de actividad física[16].

Empleabilidad

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

Indicador de empleabilidad: indicador construido a partir de las preguntas de la escala de factores de empleabilidad[17], que toma valores entre -33 (empleabilidad muy baja) y 99 (empleabilidad muy alta). Aunque en todos los ítems la persona evaluadora tenía que elegir, en una escala de 1 ("nada de acuerdo") a 4 ("totalmente de acuerdo"), la opción que mejor reflejara la situación de la persona, a efectos de puntuación de la escala, las preguntas relativas a circunstancias sociales y circunstancias personales se puntuaban de -3 a 0, entendiendo que tener puntuaciones altas no añadiría a la empleabilidad, pero tener puntuaciones bajas sí la reduciría. En el resto de las secciones, la escala 1 a 4 se traducía en puntuaciones de 0 a 3, entendiendo que la mínima puntuación no sumaría y que, a partir de ahí, las sucesivas puntuaciones sí añadirían elementos de empleabilidad.

Por su parte, la hipótesis secundaria relativa a la mejora en la autopercepción de barreras al empleo se evaluó 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 puntuó entre 1 ("nada de acuerdo") y 5 ("totalmente de acuerdo"), indicando valores más altos una mayor autopercepción de estas. El indicador se construyó con el método de Anderson reseñado más arriba.

Finalmente, la hipótesis secundaria sobre mejora en las expectativas de empleo se evaluó 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

[15] 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.

[16] 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 vigorosa por lo 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.

[17] 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)[18], que toma valores entre 12 y 60.

Inserción laboral

La comprobación de la hipótesis principal relativa a la mejora de la inserción laboral se basaba 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 construía con datos de registros administrativos de vidas laborales de la Seguridad Social. Como mes de referencia para los datos de línea final se consideró noviembre de 2023.

Finalmente, la hipótesis secundaria sobre mejora en la calidad del empleo se evaluó 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 consideró que, para todas aquellas participantes que no habían trabajado en la semana o en el mes de referencia, el valor era 0.

3.5 Diseño del experimento

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

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

Captación de las beneficiarias de la intervención

Las personas potencialmente participantes eran mujeres entre 18 y 45 años, con menores a su cargo y beneficiarias de la REG o el IMV. Sus datos de contacto se obtuvieron 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.

[18] 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 llevó a cabo en colaboración con los SSASB de cada una de las localidades pertenecientes a las zonas en las que se ejecutaría el Plan Vital de Inclusión Social. Los SSASB, a partir de la base de datos de las potenciales personas participantes, contactaron con estas, principalmente a través de llamadas telefónicas, pudiendo ser complementadas y apoyadas mediante la realización de sesiones informativas donde se entregaba documentación de adhesión al proyecto piloto. Estas sesiones informativas podían ser grupales, individuales o combinadas o, cuando se considerara necesario, con cita de manera presencial.

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

- Acción I. Disponibilidad de la base de datos de las potenciales participantes por parte de los SSASB.
- Acción II. Contacto directo con las potenciales participantes.
- Acción III. Firma del consentimiento informado por parte de las participantes que formarían 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 las personas participantes del estudio sean informadas sobre la investigación y den su consentimiento para ser incluidas en el estudio. El consentimiento informado se realiza habitualmente como parte de la entrevista inicial y tiene dos partes esenciales: la explicación del experimento al sujeto, y la petición y registro de su consentimiento para participar. El consentimiento debe comenzar con una presentación comprensible de la información clave que ayudará al sujeto a tomar una decisión informada, es decir, comprender la investigación, lo que se espera de él y los posibles riesgos y beneficios. La documentación es necesaria como registro de que el proceso ha tenido lugar y como prueba de consentimiento informado en caso afirmativo.

El consentimiento informado es necesario en la gran mayoría de investigaciones y podrá ser oral o escrito dependiendo de diferentes factores como la alfabetización de la población o los riesgos que suponga el consentimiento. Solo bajo circunstancias muy específicas, como cuando los riesgos potenciales de las personas participantes sean mínimos y el consentimiento informado sea muy complejo de conseguir o perjudique la validez del experimento, se podrá eludir el consentimiento informado o dar información parcial a las personas participantes con la aprobación del Comité de Ética.

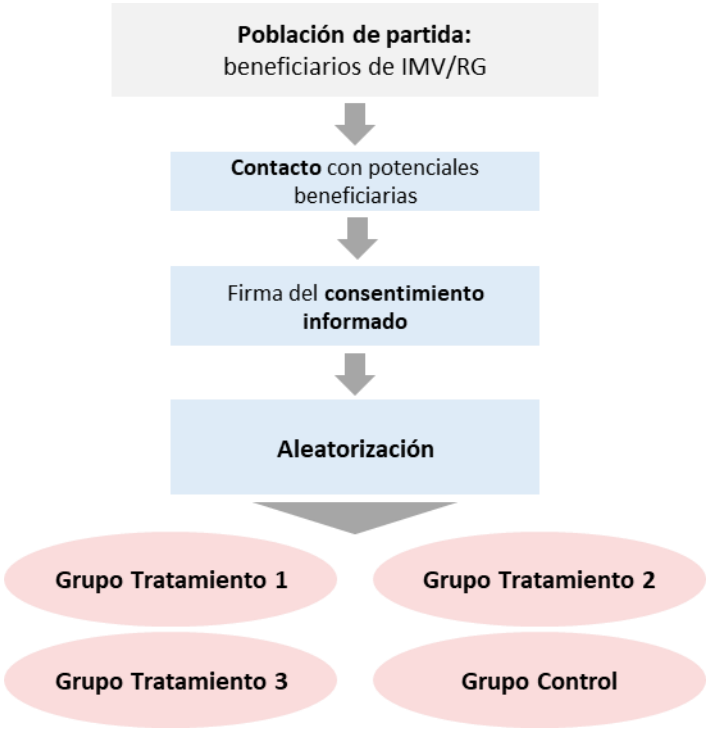
Asignación aleatoria de las participantes

El proyecto preveía la realización de una evaluación de impacto mediante RCT donde las participantes en el proyecto fueron 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).

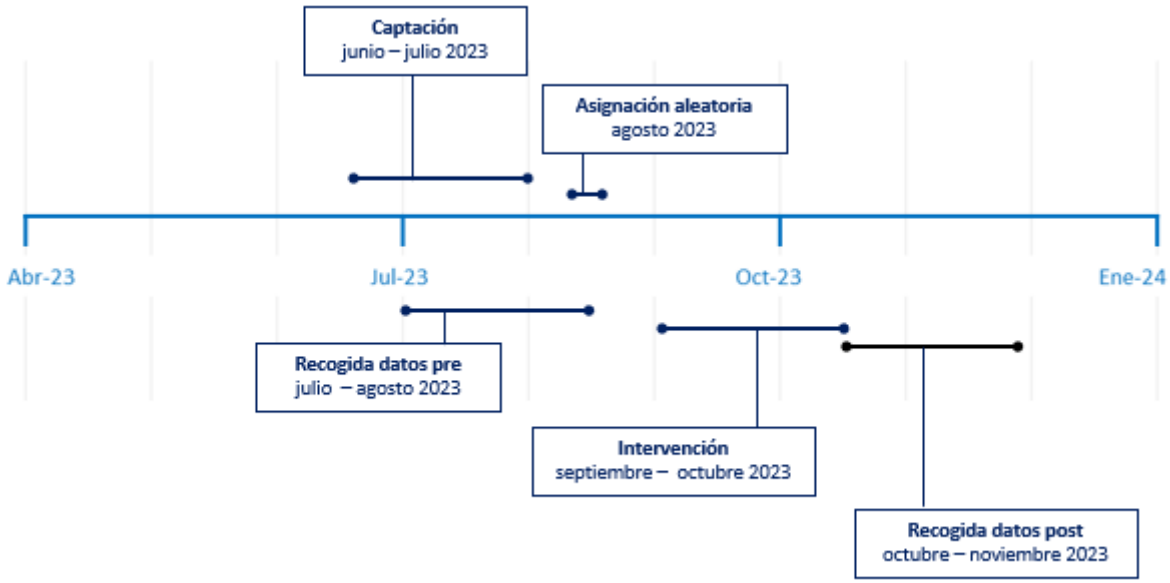
La asignación de la muestra del estudio a cada uno de los cuatro grupos se realizó de manera aleatoria por el MISSM. Para garantizar la equivalencia entre los grupos, en el procedimiento de asignación se tuvo en cuenta el Área de Salud como variable de estratificación, de forma que en cada una de las cuatro Áreas de Salud la asignación a los cuatro grupos de intervención fuera proporcional.

Figura 5: Diseño de la muestra



La **Figura 6** muestra el marco temporal en el que se desarrolló la implementación y evaluación. La captación tuvo lugar entre los meses de junio y julio de 2023. Las participantes cumplimentaron la encuesta de línea de base entre julio y agosto de 2023. En el mes de agosto de 2023, se realizó la asignación aleatoria de las participantes que cumplían los criterios y que habían firmado el consentimiento informado y estaban interesadas en participar. El desarrollo del itinerario o intervención se extendió 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, detallando los resultados del proceso de captación de participantes y otros aspectos logísticos relevantes para contextualizar los resultados de la evaluación.

4.1 Descripción de la muestra

A partir de los datos suministrados por parte del MISSM y de la Junta de Extremadura sobre personas beneficiarias del IMV o la REG, se determinó que había 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 participantes y hasta la firma del consentimiento informado. De un total de 2.752 potenciales participantes se contactó con 1.603, un 58%. De éstas, 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 tratamiento y control. El número final de participantes que respondieron a la encuesta de línea de base e iniciaron la intervención fue de 707 personas (el 26,0% sobre las potenciales participantes).

Tabla 1: Proceso de reclutamiento

		Total	Provincia de Cáceres	Provincia de Badajoz
Población de potenciales participantes		2.752	941	1.811
Potenciales participantes no contactadas		1.139	307	832
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		1.613	634	979
Rechazadas por incumplir los requisitos		151	29	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 éstas, 707 respondieron a la encuesta de línea de base.

La **Tabla 2** muestra los datos estadísticos descriptivos de las distintas variables tomadas en la línea 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 40% de las personas residían 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 era de 36,5 años, con un 80% entre 30 y 45. Un 13% de las participantes no tenían estudios, un 38% tenía estudios de Educación Primaria y un 24% de Educación Secundaria. Finalmente, un 58% de la muestra se encontraba desempleada y un 16% trabajando.

En relación con los indicadores de resultados, la puntuación media en la escala de ansiedad y depresión era de 12,7 puntos[19]. En la escala de riesgo de suicidio, de 3,8 puntos, por debajo del punto de corte (6 puntos). La media de actividad física era de 1.933,18[20]. Por su parte, los indicadores de exclusión residencial y barreras al empleo, construidos con el método de Anderson (2008), tuvieron media cero. La media de horas mensuales trabajadas y autorreportadas, y de ingresos salariales mensuales autorreportados entre las participantes que trabajaban era de 21,8 horas y 558,71€, respectivamente, mientras que, en valores imputados (es decir, considerando un valor 0 para las participantes que no trabajaban), era de 4 y 102,73€; por su parte, el número medio de días trabajados ETC en julio de 2023 era de 1,9[21]. Finalmente, la puntuación media en las escalas de calidad de vida, empleabilidad y expectativas de empleo fue de, respectivamente, 73,5, 61,7 y 45,2, relativamente elevados o de valor intermedio.

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

[20] Ver nota al pie 13.

[21] 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.

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
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 que tuvieran menores de edad en el hogar, y estuvieran distribuidas en cuatro Áreas de Salud (Badajoz, Cáceres, Navalmoral de la Mata y Llerena-Zafra). Mediante la captación se llegó a un total de 851 participantes.

Por razones logísticas y para poder extraer conclusiones sobre distintos tipos de territorio (urbano vs. rural), se decidió aleatorizar por Área de Salud, de forma que fuera la única variable de estratificación. Si bien inicialmente se preveía que el grupo de tratamiento 3 (que recibió el Plan Vital completo) fuera de mayor tamaño, dado que el número final de participantes resultó ser más reducido de lo previsto, se decidió que los cuatro grupos tuvieran el mismo tamaño para maximizar la potencia estadística y permitir extraer conclusiones.

Tras calcular el tamaño teórico de cada grupo en cada estrato, se asignaron 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**
Cáceres	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,** definía un grupo de control y unos grupos de tratamiento estadísticamente comparables, se realizó una prueba de equilibrio donde se contrastó que, de media, las características observables de las participantes en ambos grupos eran similares. El equilibrio entre los grupos experimentales era clave para poder inferir el efecto causal del programa mediante la comparación de sus resultados.

En la **Figura 7** y la **Figura 8**[22] 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 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 contuviera al cero, es decir, el eje vertical, indicaría 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 estaban equilibrados en dicha característica. En el caso en que el intervalo de confianza de la diferencia de medias no contuviera al cero, se podría concluir que la diferencia es estadísticamente significativa y, por tanto, los grupos estarían desequilibrados en esa característica.

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

- Por edad, el grupo de control tenía una mayor proporción de mujeres entre 30 y 45 años, mientras que los tres grupos de tratamiento tenían una mayor proporción de mujeres entre 18 y 30 años, siendo la diferencia significativa al 10%.

[22] 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.
- 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** como financiador del proyecto, y como principal responsable del proceso de evaluación RCT. Para ello, la Secretaría General de Inclusión (SGI) asumió los siguientes compromisos:
    a) Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de las potenciales participantes del proyecto piloto.
    b) Diseñar la metodología RCT del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
    c) Evaluar el proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
- La **Universidad de Extremadura**, entidad colaboradora en el diseño y en la definición metodológica de las herramientas requeridas para la evaluación del proyecto.
- **Centro de Estudios Monetarios y Financieros y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyaron al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

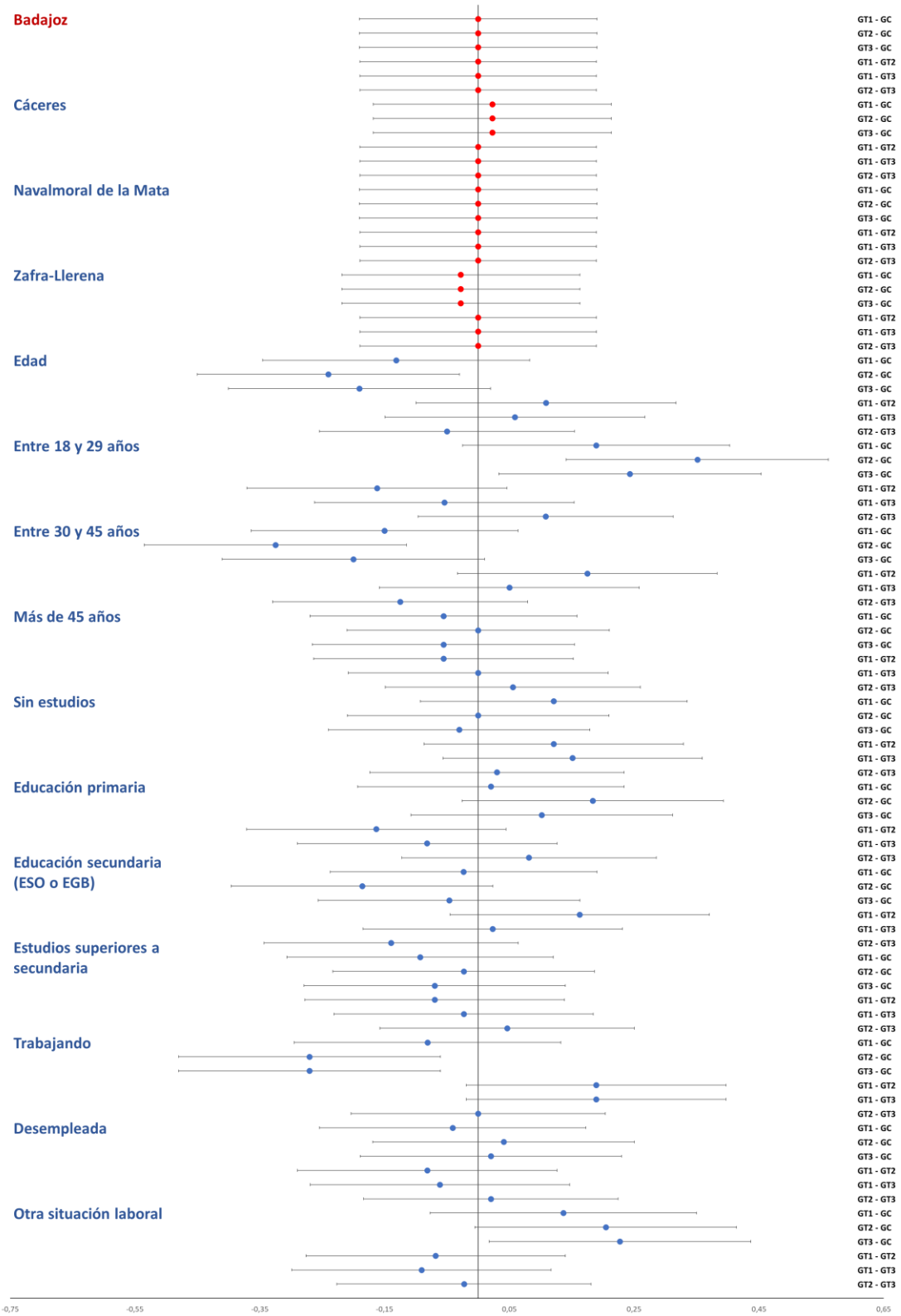
Equilibrio entre los grupos experimentales**,** para el detalle de los resultados de las pruebas de equilibrio.

- Por nivel de estudios, el grupo de tratamiento 2 tenía 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 observó desequilibrio para el colectivo de personas sin estudios.
- Los grupos de tratamiento 2 y 3 tenían 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 encontraron desequilibrios en todos los indicadores excepto en exclusión residencial, ingresos salariales autorreportados, expectativas de empleo y días trabajados equivalentes a tiempo completo.

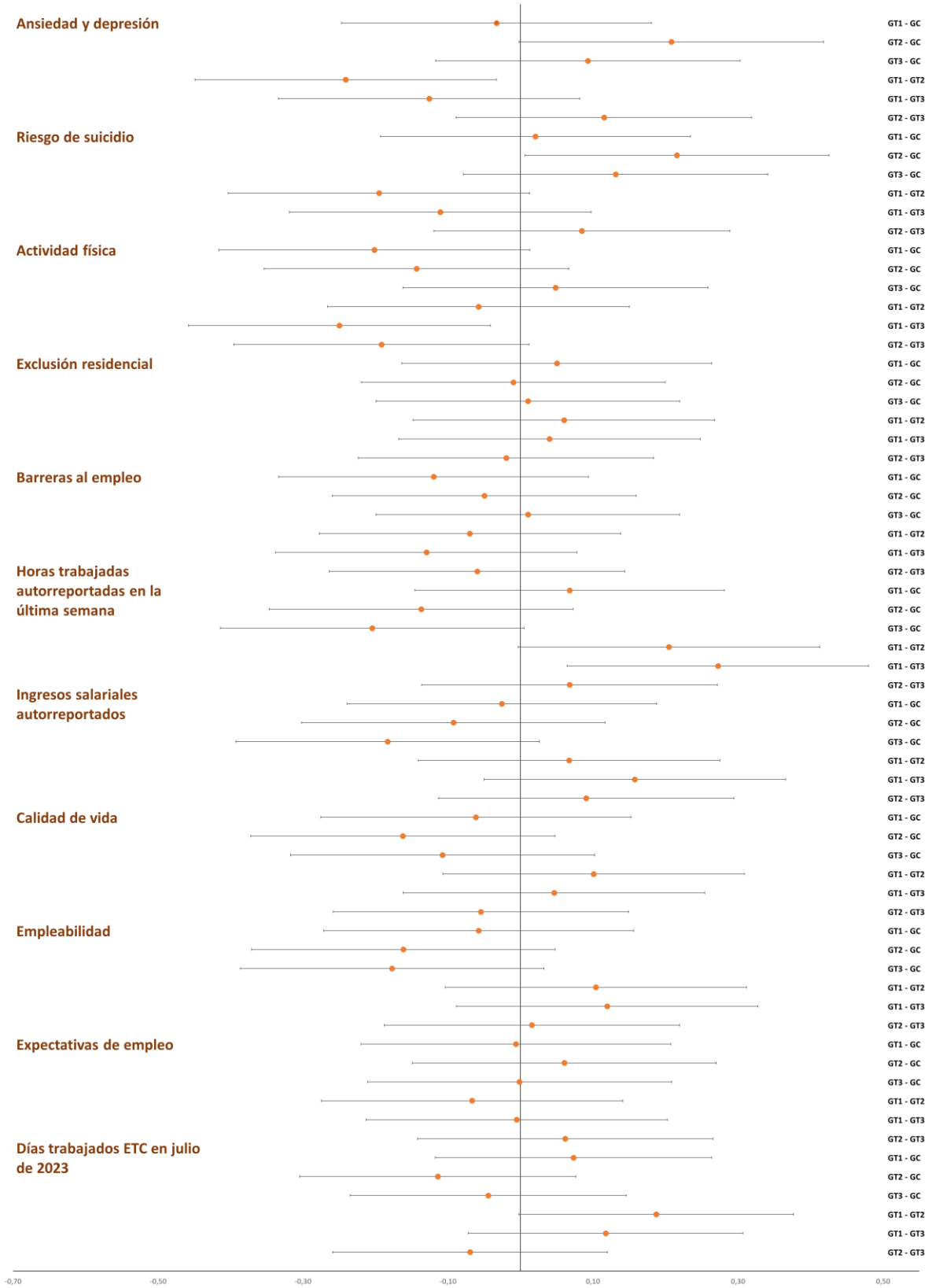
Por tanto, en las regresiones se utilizaron como controles las variables de edad, nivel educativo y ocupación, así como todos los indicadores de impacto excepto los tres para los que no había desequilibrio, y se incluyó el indicador en línea de base en la especificación principal.

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

Grado de participación

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

Otro aspecto importante a señalar fue 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 había 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 habían 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 habían participado en ninguna actividad.

Tabla 5: Participación en actividades

	Participan en actividades		No participan en actividades			
	Responden encuesta PRE	Responden encuesta POST	Responden encuesta PRE	Responden encuesta POST	% respuestas PRE que no participan	% respuestas POST que no participan
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 activas 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 activas" aquellas que han participado en, al menos, una actividad.

El desgaste en la respuesta a la línea final no estaba 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 hubo, en general, diferencias significativas en el desgaste entre grupos en relación con estas variables e indicadores. Únicamente se observó 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. Además, tiene las ventajas de permitir incluir otras variables para ganar precisión en las estimaciones y de proporcionar intervalos de confianza para las estimaciones. En esta sección, se expone el análisis econométrico realizado y las regresiones estimadas, así como el análisis de los resultados obtenidos.

5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

El modelo de regresión que se especifica para estimar el efecto causal en un experimento aleatorizado suele ser simplemente la diferencia en la variable de interés entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, puesto que estos grupos son estadísticamente comparables gracias a la asignación aleatoria realizada al inicio. Adicionalmente a este análisis, en los resultados que siguen se presentan: (i) regresiones en las que se controló por variables que pudieran variar entre el grupo de tratamiento y el grupo de control y podrían 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.

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

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

donde $Y_{i,t=1}$ es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la 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 estimó el efecto de participar en cualquiera de las tres intervenciones frente al control.

Adicionalmente, se estiman regresiones de la siguiente forma:

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

donde $Y_{i,t=1}$ es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la persona i; T_{K_i} 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 estimó el efecto de participar en cada uno de los grupos de tratamiento por separado.

Se utilizaron errores estándar robustos/*clusterizados* a nivel de Área de Salud. En todas las especificaciones con controles se emplearon 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 de control, mientras que las tres siguientes muestran el impacto de cada grupo de tratamiento de forma diferenciada. No se observaron 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 observó un impacto positivo y significativo al 10% en este indicador de un 4,7% para el grupo de tratamiento 1 (sociolaboral) en comparación al de control. Este impacto se mantuvo en todas las especificaciones (sin controles, con controles y con controles y el valor del indicador en la línea de base). Dicho impacto no se observó en los otros grupos, en los que los coeficientes del indicador eran 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 observaron 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	1,30	0,72				0,87	0,89	0,05			
	(1,15)	(1,21)	(0,44)				(0,44)	(0,40)	(0,19)			
Tratamiento Sociolaboral				-0,99	-0,72	-0,72				-0,01	-0,33	-0,33
				(0,70)	(0,61)	(0,61)				(0,03)	(0,32)	(0,32)
Tratamiento Salud				3,04	0,58	0,58				1,32	0,06	0,06
				(1,61)	(0,41)	(0,41)				(0,62)	(0,11)	(0,11)
Plan Vital completo				1,82	0,71	0,71				1,21	0,29	0,29
				(1,16)	(0,54)	(0,54)				(0,60)	(0,30)	(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 observaron 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	-436,41	-472,95			
	(621,22)	(584,18)	(513,29)			
Tratamiento Sociolaboral				-560,72	-559,76	-559,76
				(312,90)	(332,33)	(332,33)
Tratamiento Salud				-706,04	-556,23	-556,23
				(1.019,11)	(865,94)	(865,94)
Plan Vital completo				-45,43	-296,85	-296,85
				(559,33)	(519,15)	(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 observó un impacto positivo de 6,9%, significativo al 5%, en la empleabilidad en el grupo de tratamiento 2 (salud). Este impacto se mantuvo en las tres especificaciones, aunque perdió significatividad estadística al aplicar los valores de las variables de resultados en línea de base como controles (columna 4). El grupo de tratamiento 1 tuvo un coeficiente positivo, pero no significativo en este indicador, si bien el *test* de Wald mostró que no se podía afirmar que los coeficientes de los grupos de tratamiento 1 y 2 eran distintos.

Tabla 12: Efectos sobre la empleabilidad

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento (GT1+GT2+GT3)	0,83	2,55	4,15			
	(2,42)	(2,11)	(2,72)			
Tratamiento Sociolaboral				5,03	7,87	7,87
				(4,02)	(4,87)	(4,87)
Tratamiento Salud				2,47*	6,85**	6,85**
				(1,02)	(1,72)	(1,72)
Plan Vital completo				-4,48	-0,16	-0,16
				(2,42)	(2,43)	(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. Considerando los tres tratamientos de forma conjunta frente al grupo de control, se observó un impacto positivo de 2,5%, significativo al 10%, en el indicador de expectativas de empleo. Este impacto perdía la significatividad en el resto de las especificaciones, y no se observó 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 mostró un impacto positivo de 66,1% para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, significativo al 10%. Este impacto perdía 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 mostraron el mismo signo y magnitud, y el *test* de Wald mostró que no eran diferentes entre sí, indicando que, aunque con menor significatividad, el impacto se mantenía. Por otra parte, el indicador de días trabajados equivalentes a tiempo completo en noviembre de 2023 no mostró ningún efecto significativo en ninguna de las especificaciones ni de los grupos. Hay que tener en cuenta que ambos indicadores de inserción laboral diferían tanto en el periodo de referencia, como en la definición, así como en la fuente de datos. Esto dio lugar a diferencias entre los mismos, que se pudieron explicar por la posible inclusión de empleo informal en el indicador autorreportado, la distinta situación laboral según se considerara 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 mostró un impacto positivo de 74% para los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, significativo al 1%. Este impacto se mantuvo en todas las especificaciones (con controles y retardo, con controles y sin controles). Si se analizaba en cada grupo por separado, el coeficiente del indicador era en todos los casos positivo, si bien el impacto sólo era significativo para el grupo de tratamiento 3. Los coeficientes para los grupos de tratamiento 1 y 2 eran de menor magnitud y no significativos, si bien el *test* de Wald no permitió 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***	41,71***	40,74***			
	(4,32)	(4,84)	(3,33)			
Tratamiento Sociolaboral				52,86	33,97*	33,93
				(23,90)	(13,27)	(15,42)
Tratamiento Salud				8,10	27,57	22,86
				(17,01)	(23,61)	(26,28)
Plan Vital completo				21,59	46,85**	44,55**
				(18,10)	(13,10)	(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				0,69	0,50	0,50
Trat. Sociolaboral = Trat. Salud				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, con menores a su cargo y perceptoras del Ingreso Mínimo Vital (IMV) o de la Renta Garantizada Extremeña (RGE). Hay que tener en cuenta que la intervención fue más corta de lo previsto, y que las actividades que se llevaron a cabo en cada uno de los ejes de actuación

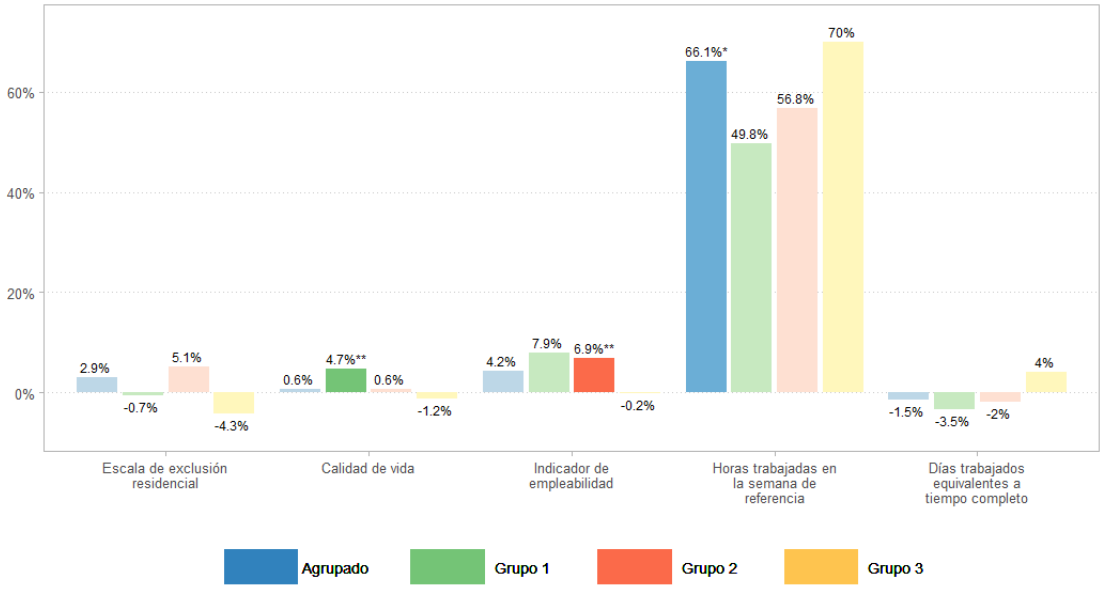
(sociolaboral y de salud) en los distintos tratamientos no fueron las mismas, al contrario de como estaba previsto en el diseño original.

Los resultados de la evaluación de impacto mostraron que la intervención tuvo 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 observó un impacto positivo y significativo de un 4,7% en el indicador de calidad de vida para el grupo de tratamiento sociolaboral. Respecto a la empleabilidad, se observó un impacto positivo y significativo del 6,9% en el grupo de tratamiento de salud. Por otro lado, se observó un impacto positivo de un 2,5% sobre las expectativas de empleo si se consideraban los tres tratamientos de forma conjunta frente al control, que no se observó de forma desagregada por tratamientos. En relación con la inserción laboral se observó un impacto positivo y significativo del 66,1% 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 observó al analizar los datos de registros administrativos de Vidas Laborales. Finalmente, se observó 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 analizaba en cada grupo por separado, el coeficiente del indicador era en todos los casos positivo, y era significativo para el grupo de tratamiento 3. No se observó ningún otro impacto significativo en el resto de los indicadores.

La **Figura 9** muestra el porcentaje incremental de cada indicador de resultado principal (medido al final de la intervención) para cada grupo de tratamiento (y para los tres grupos tomados en conjunto) comparado con el grupo de control.

Figura 9: Efecto de la intervención en los indicadores principales



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

Se indican tres niveles de significatividad: con un nivel de confianza del 99% (***), del 95% (**) o del 90% (*).
Un resultado no significativo se muestra sin estrellas.

Bibliografía

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

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). *Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación*. https://www.hhs.gov/sites/default/files/informe-belmont-spanish.pdf

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

Entre las reformas e inversiones propuestas en este Componente 23 se incluyó 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 planteó, entre otros, el desarrollo de proyectos piloto para la puesta en marcha de itinerarios de inclusión social con las comunidades y ciudades autónomas, entidades locales y entidades del Tercer Sector de Acción Social, así como con los distintos agentes sociales.

El Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia[23] (PRTR) 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, 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 Acción Social para llevar a cabo los proyectos piloto de apoyo*

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

a la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios», vinculado al documento *Operational Arrangements*[24].

Asimismo, tras la ejecución y evaluación de cada uno de los proyectos piloto subvencionados, se llevaría 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 incluye recomendaciones específicas para mejorar la tasa de acceso a la prestación y mejorar la eficacia de las políticas de inclusión social, contribuyó al cumplimiento del hito 351 del PRTR 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 realizó 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 notificó a la Comunidad Autónoma de Extremadura la Resolución de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social (SGOPIPS) por la que se concedió 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 suscribió Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social (SGOPIPS) y la Comunidad Autónoma de Extremadura para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del PRTR, que fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» con fecha 21 de febrero de 2022 (BOE núm.44)[25].

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 debía exceder la fecha límite del 30 de junio de 2023, mientras que la evaluación de los mismos, objeto de la subvención, no se extendería del plazo del 31 de marzo de 2024, con la finalidad de cumplir con los hitos marcados por el PRTR en materia de política de inclusión.

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

[24] 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

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

Con fecha **26 de julio de 2022** la Comunidad Autónoma de Extremadura solicitó 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 solicitó 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 comenzó el **10 de agosto de 2023**, con el inicio del itinerario de intervención, continuando las tareas propias de ejecución hasta el **31 de octubre de 2023**, y posteriormente desarrollándose solo tareas de difusión y evaluación del proyecto hasta el **31 de marzo de 2024**.

3. **Agentes relevantes**

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

- **La Comunidad Autónoma de Extremadura**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto a través de la 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** como financiador del proyecto, y como principal responsable del proceso de evaluación RCT. Para ello, la Secretaría General de Inclusión (SGI) asumió los siguientes compromisos:
    a) Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de las potenciales participantes del proyecto piloto.
    b) Diseñar la metodología RCT del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
    c) Evaluar el proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
- La **Universidad de Extremadura**, entidad colaboradora en el diseño y en la definición metodológica de las herramientas requeridas para la evaluación del proyecto.
- **Centro de Estudios Monetarios y Financieros y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyaron 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 los grupos 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 era menor que 0,1, se podía rechazar la hipótesis de igualdad de medias a un nivel de confianza del 5%.

Tabla 16: Contrastes de equilibrio entre grupos experimentales

Variable	(1) GC Media/(Var)	(2) GT1 Media/(Var)	(3) GT2 Media/(Var)	(4) GT3 Media/(Var)	Equilibrio entre todos los grupos Estadístico F/p-valor	(1)-(2) p-valor	(1)-(3) p-valor	(1)-(4) p-valor	(2)-(3) p-valor	(2)-(4) p-valor	(3)-(4) 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)

	(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.