



REPÚBLICA DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE ECONOMÍA



MINISTERIO DE ECONOMÍA

Dirección General de Estadística y Censos

ENCUESTA DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES 2020

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTA ENCUESTA SON CONFIDENCIALES, ESTÁ AMPARADA POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1784 LEY ORGÁNICA DEL SERVICIO ESTADÍSTICO NACIONAL

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

ORDEN DE LA VISITA	ENCUESTADOR(A)				VERIFICACIÓN Y REENTREVISTA DEL SUPERVISOR(A)			
	FECHA	PRÓXIMA VISITA		CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)
		FECHA	HORA					
Primera								
Segunda								
Tercera								
Cuarta								

RESULTADO DE LA ENCUESTA

Fecha	
Resultado	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO DE LA VISITA		
TIPO A	TIPO B	TIPO C
1. COMPLETA 2. AUSENTE TEMPORAL 3. REHÚSO 4. OTROS _____ _____ (Especifique)	5. DESOCUPADA 6. VACANTE USADA TEMPORALMENTE PARA NEGOCIO O ALMACENAJE	7. OTROS _____ _____ (Especifique) 8. SIN ACCESO A LA INFORMACIÓN _____ _____ (Especifique)

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR(A):

CÓDIGO DEL SUPERVISOR(A):

NÚMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE:

BOLETA ANEXA: 1. Sí 2. No

SECCIÓN 0: NÚMERO DE MIEMBROS FUERA DEL HOGAR

1. ¿ALGUNOS(AS) DE LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR SE ENCUENTRA RESIDIENDO ACTUALMENTE EN EL EXTRANJERO (POR TRABAJO PERMANENTE O BECADO(A) SIN GASTO PARA EL HOGAR, POR MÁS DE 3 MESES)?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A 2** 840 - Estados Unidos 724 - España 999 - Otros _____
 124 - Canadá 484 - México (Especifique)
 ¿CUÁNTOS(AS)? 036 - Australia

TOTAL	HOMBRES	MUJERES	¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO? (Registrar el/la más reciente)	¿PAÍS(ES) DE RESIDENCIA?			
				A	B	C	D

2. TIENE EN EL HOGAR PUPILOS(AS)?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A 3**

¿CUÁNTOS(AS)?

TOTAL	HOMBRES	MUJERES

3. ¿HA REALIZADO USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR, ALGÚN VIAJE (DESPLAZAMIENTO FUERA DE SU ENTORNO HABITUAL) INCLUYENDO TODOS LOS VIAJES EN EL SALVADOR Y EN EL EXTRANJERO CON FINES DE OCIO O NEGOCIO, DISTINTOS AL DE EMPLEARSE EN DESTINO, INCLUIDAS EXCURSIONES Y VIAJES A SEGUNDA RESIDENCIA DURANTE EL MES ANTERIOR?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A 6**

	CON PERNOCTACIÓN	DE UN DÍA
4. DE LOS VIAJES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, ¿CUÁNTOS REALIZÓ CON PERNOCTACIÓN Y CUÁNTOS NO (VIAJES DE EXCURSIÓN)?		
5. ¿CUÁNTO FUE EL GASTO POR LOS VIAJES CON PERNOCTACIÓN Y DE UN DÍA?		

6. ¿EXISTE EN ESTE HOGAR ALGÚN NIÑO O NIÑA MENOR DE 18 AÑOS QUE SU PADRE O MADRE NO VIVA(N) EN ESTE HOGAR?

Sí..... 1 No..... 2 → **FINALIZAR SECCIÓN**

N°	MUERTE	MIGRACIÓN	ABANDONO	OTROS
ORDEN Anote el código de la TRH que aplique	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	Especifique

NOTA: LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR QUE SEAN ANOTADOS EN LAS PREGUNTAS 1 Y 2, NO SE REGISTRARÁN EN LA SECCIÓN 1: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS".

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

101	102	103	104	105		106	107		108									
				¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (...)?			PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD	PARA PERSONAS DE 0 A 17 AÑOS DE EDAD	TRH PADRE	TRH MADRE								
				MES	AÑO		¿CUÁL ES EL ESTADO FAMILIAR DE (...)?	¿QUIÉN ES EL PADRE Y LA MADRE DE (...)?										
N° DE ORDEN	¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE RESIDEN EN ESTA VIVIENDA? (No olvide registrar a los(as) miembros ausentes temporales por un período menor de 4 meses, recién nacidos(as) y domésticas puertitas adentro, estudiantes en el extranjero y/o enfermos(as) financiados por el hogar)	¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE (...) CON EL(LA) JEFE(A) DEL HOGAR? 01. Jefe(a) 02. Esposa(o), compañera(o) 03. Hijo(a) 04. Padre/Madre 05. Hermano(a) 06. Yerno/Nuera 07. Nieto(a) 08. Suegro(a) 09. Otros familiares 10. Empleada(o) doméstica(o) 11. Otros _____ (Especifique)	¿EL SEXO DE (...) ES? 1. Hombre 2. Mujer			¿QUÉ EDAD TIENE (...) EN AÑOS CUMPLIDOS? (Anote 00 para los menores de 1 año)			¿QUIÉN ES EL PADRE Y LA MADRE DE (...)? (Anote 99 si el padre y/o la madre no es miembro del hogar)									
				01	01													
				02														
				03														
				04														
				05														
				06														
				07														
				08														
				09														
				10														
				11														
				12														
				13														
				14														
				15														
				16														
				17														
				18														
19																		

OBSERVACIONES:

--	--

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA

<p>301. TIPO DE VIVIENDA:</p> <p>1. Casa privada o independiente 2. Apartamento 3. Condominio → PREGUNTAR N° DE PISOS 4. Pieza en una casa 5. Pieza en un mesón 6. Casa improvisada 7. Rancho 8. Temporal (fenómenos naturales: terremoto, inundaciones, etc.) 9. Otro tipo de vivienda _____ (Especifique)</p> <p align="right">Vivienda en Buen Estado (No aplica código 6)</p>		<p>N° DE PISOS</p> <p>1. SÍ 2. NO</p>	<p>311. ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO POSEE ESTA VIVIENDA?</p> <p>1. Electricidad 2. Conexión eléctrica del vecino(a) 3. Kerosene (gas) 4. Candela 5. Panel solar 6. Generador eléctrico 7. Otra clase _____ (Especifique)</p>
<p>302. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES:</p> <p>1. Losa de concreto 2. Teja de barro o cemento 3. Lámina de asbesto o fibra cemento 4. Lámina metálica 5. Paja o palma 6. Materiales de desecho 7. Otros materiales _____ (Especifique)</p> <p align="right">Buen Estado (No aplica código 6)</p>		<p>1. SÍ 2. NO</p>	<p>312. ¿TIENE ESTA VIVIENDA SERVICIO DE AGUA POR CAÑERÍA?</p> <p>1. Dentro de la vivienda con abastecimiento público (ANDA) 2. Dentro de la vivienda con otro tipo de abastecimiento 3. Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con abastecimiento público (ANDA) 4. Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con otro tipo de abastecimiento 4.1. Tubería por poliducto (buen estado) 5. No tiene 6. Tiene pero no le cae (por más de un mes)</p> <p>Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana, ¿cuántos días le cayó agua?</p> <p>Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana, ¿cuántas horas al día le cayó agua?</p> <p align="right">PASE A 314</p>
<p>303. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES:</p> <p>1. Concreto o mixto 2. Bahareque 3. Adobe 4. Madera 5. Lámina metálica 6. Paja o palma 7. Materiales de desecho 8. Otros materiales _____ (Especifique)</p> <p align="right">Material en Buen Estado (No aplica código 7)</p>		<p>1. SÍ 2. NO</p>	<p>313. ¿CÓMO SE ABASTECE DE AGUA ESTA VIVIENDA?</p> <p>01. Cañería del vecino(a) 02. Pila, chorro público o cantarera 03. Camión, carreta o pipa 04. Pozo con tubería privado 04.1. Pozo con tubería público 05. Pozo protegido privado 05.1. Pozo protegido público 06. Pozo no protegido privado 06.1. Pozo no protegido público 07. Ojo de agua, río o quebrada 08. Manantial protegido 09. Manantial no protegido 10. Colecta agua lluvia 11. Acarreo de cañería del vecino(a) 12. Chorro común 13. Otros medios _____ (Especifique)</p>
<p>304. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES:</p> <p>1. Ladrillo cerámico 5. Tierra 2. Ladrillo de cemento 6. Otros materiales _____ 3. Ladrillo de barro (Especifique) 4. Cemento</p>			
<p>305. SIN CONTAR BAÑOS, COCINA, PASILLO NI COCHERA, ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON DE USO EXCLUSIVO DEL HOGAR?</p>			
<p>306. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIOS?</p>			
<p>307. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE PARA TRABAJAR O PARA NEGOCIO? (No lo utilizan o lo comparten anotar 00)</p>			<p>314. ¿TIENE SERVICIO SANITARIO ESTA VIVIENDA?</p> <p>1. Sí, dentro de la vivienda 2. Sí, fuera de la vivienda 3. Sí tiene pero no lo utiliza 4. No tiene</p> <p align="right">PASE A 316</p>
<p>308. ¿CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE ESTA VIVIENDA?</p> <p>1. Inquilino(a) 2. Propietario(a) de la vivienda pero la está pagando a plazos N° de orden <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Propietario(a) N° de orden <input type="text"/> <input type="text"/> 4. Propietario(a) de la vivienda en terreno público 5. Propietario(a) de la vivienda en terreno privado 5.1 Propietario(a) de la vivienda en terreno privado de familiar 6. Colono(a) 7. Guardián de la vivienda 8. Ocupante gratuito 9. Otros _____ (Especifique)</p> <p align="right">PASE A 311</p> <p align="right">PASE A 310 A</p>		<p>↑ CUOTA MENSUAL</p>	<p>315. ¿CUENTA CON ACCESO A SERVICIO SANITARIO?</p> <p>1. Sí, de familiar o amigo(a) 2. No tiene → PASE A 317</p>
<p>309. ¿PAGA CON ALGÚN BIEN O SERVICIO EL USO DE LA VIVIENDA?</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A 310 A</p>			<p>316. ¿EL SERVICIO SANITARIO AL QUE TIENE ACCESO ESTA VIVIENDA ES DE:</p> <p>01. Inodoro a alcantarillado? 02. Inodoro a fosa séptica? 03. Inodoro común a alcantarillado? 04. Inodoro común a fosa séptica? 05. Letrina privada? 06. Letrina común? 07. Letrina abonera privada? 08. Letrina abonera común? 09. Letrina solar privada? 10. Letrina solar común?</p> <p align="right">PASE A 318</p>
<p>310. ¿QUÉ VALOR EN DINERO TENDRÍAN ESTOS BIENES O SERVICIOS AL MES PASADO? \$ <input type="text"/></p> <p align="center">PASE A 311</p>			
<p>310 A. SI TUVIERA QUE ALQUILAR ESTA VIVIENDA, ¿CUÁNTO CREE QUE PAGARÍA POR MES? \$ <input type="text"/></p>			

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA

317. ¿QUÉ HACEN CON LAS EXCRETAS? 1. Las depositan en servicio sanitario 2. Se depositan en un pozo o resumidero 3. Se depositan en una quebrada o río 4. Va a la calle o al aire libre 5. Otros _____ (Especifique)	A B C	322. ¿CÓMO SE DESHACEN DE LA BASURA EN ESTE HOGAR? 1. Recolección domiciliaria pública 2. Recolección domiciliaria privada 3. La depositan en contenedores 4. La entierran 5. La queman 6. La depositan en cualquier lugar 7. Otros _____ (Especifique) 8. La recicla	
318. ¿CÓMO SE DESHACEN EN LA VIVIENDA DE LAS AGUAS RESIDUALES (GRISES)? 1. Alcantarillado 2. Pozo o resumidero 3. Fosa séptica 4. Quebrada o río 5. A la calle o al aire libre 6. Otros _____ (Especifique)		323. EQUIPAMIENTO DEL HOGAR 1. ¿Radio? 2. ¿Equipo de sonido? 3. ¿T.V.? 4. ¿Video casetera o DVD? 5. ¿Refrigeradora? 6. ¿Lavadora? 7. ¿Licuadora? 8. ¿Ventilador? 9. ¿Computadora? 10. ¿Secadora de ropa? 11. ¿Máquina de coser? 12. ¿Vehículo (uso del hogar)? (carro, lancha) 13. ¿Plancha? (ropa) 14. ¿Horno microonda? 15. ¿Videojuegos (Nintendo)? 16. ¿Generador de electricidad? 17. ¿Aire acondicionado? 18. ¿Tanque o cisterna? 19. ¿Motocicleta?	1. Sí 2. No ¿Cuántos?
319. ¿QUÉ BENEFICIOS RECIBE EL HOGAR DE PARTE DEL GOBIERNO? 1. Subsidio de Gas 2. Subsidio de Energía Eléctrica 3. Bonos Comunidades Solidarias Rurales 4. Bonos Comunidades Solidarias Urbanas 5. Pensión Básica Universal 6. Subsidio de Agua 7. Otros _____ (Especifique) 8. Paquete agrícola	1. SÍ 2. NO 3. NS/NR 1 1 2 3 2 1 2 3 3 1 2 3 4 1 2 3 5 1 2 3 6 1 2 3 7 1 2 3 8 1 2 3	324. AHORA HABLAREMOS SOBRE DAÑOS A SU VIVIENDA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES CUANDO LLUEVE, ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNA CORRIENTE DE AGUA EN SU CASA O SE INUNDA PARTE DE ELLA? 1. Sí 2. No ➔ PASE A 326	
320. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PREDOMINANTEMENTE PARA COCINAR? 1. Electricidad 2. Kerosene (gas) 3. Gas propano 4. Leña 5. Carbón 6. Ninguno 7. Otros _____ (Especifique)		325. ¿QUÉ DAÑOS HA SUFRIDO DEBIDO A LA INUNDACIÓN O CORRENTADA? 1. Daños en la vivienda 2. Pérdida de muebles o enseres 3. Pérdida de alimentos 4. Pérdida de animales de granja 5. Lesiones a un miembro del hogar 6. Enfermedad en un miembro del hogar 7. Otros daños	1. SÍ 2. NO
321. ¿TIENE USTED EN USO? 1. Teléfono Fijo 2. Teléfono Celular 3. Internet 3.1. Internet Móvil 4. Cable 5. Cable del vecino	1. SÍ 2. NO ¿Cuántos? 1 2 3 3.1 4 5	326. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA SUFRIDO EN SU TERRENO O VIVIENDA ALGÚN DERRUMBE O ALUD? 1. Sí 2. No	
327. ¿HAY ALGUNA CÁRCAVA O QUEBRADA CERCANA QUE PUEDA CAUSAR UN DERRUMBE QUE AFECTE SU VIVIENDA? 1. Sí 2. No			

328. EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL EN ... FUE:									
	¿PAGADO O COMPRADO?	¿DONADO O REGALADO?	¿AUTOCONSUMO, AUTOSUMINISTRO?	¿INCLUIDO EN EL ALQUILER?	¿NO GASTÓ?	¿NO SABE, NO RESPONDE?	¿CUÁNTO FUE EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL?		
							Dólares	Centavos	
1. Agua (Serv. ANDA)	1	2		4	5	6			1
1.1. Agua envasada	1	2	3		5	6			1.1
1.2. Agua (otras fuentes)	1	2	3	4	5	6			1.2
2. Electricidad	1	2		4	5	6			2
3. Kerosene	1	2	3		5	6			3
4. Gas propano	1	2	3		5	6			4
5. Candela	1	2	3		5	6			5
6. Leña	1	2	3		5	6			6
7. Carga de batería	1	2	3		5	6			7
8. Internet móvil	1	2			5	6			8
9. Teléfono fijo	1	2			5	6			9
10. Celular	1	2			5	6			10
11. Cable/Cable del vecino	1	2		4	5	6			11
12. Internet (hogar)	1	2		4	5	6			12
13. Cybercafé	1	2			5	6			13
14. Impuestos municipales	1	2			5	6			14
15. Pago de vigilancia	1	2			5	6			15
16. Recolección de basura	1	2			5	6			16
17. Paquete de servicios	1	2		4	5	6			17
18. Otros _____	1	2	3		5	6			18
(Especifique)									
19. Empleadas(os) domésticas(os)	1				5				19
TOTAL \$									

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO

<p>419. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?</p> <p>1. Sí, duración indefinida 6. Sí, otro tipo de contrato 2. Sí, por un plazo fijo 7. No 3. Sí, contrato de prueba 8. NS/NR 4. Sí, para realizar un servicio 5. Sí, contrato para interinato</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL ES LA DURACIÓN DE SU CONTRATO?</p> <p align="center">MESES</p>	<p>425 B. ¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, ¿LA EMPRESA/ INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA HA LLEVADO A CABO UNA NEGOCIACIÓN COLECTIVA EN RELACIÓN CON LOS SALARIOS U OTRAS CONDICIONES DE TRABAJO?</p> <p>1. Sí 2. No 3. NS/NR</p>																																								
<p>SI PREGUNTA 418 ES 9 PASE A PREGUNTA 422</p>																																									
<p>420. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?</p> <p>1. Privado 3. Organismo internacional 2. Público 4. Otros _____ (Especifique)</p>	<p>426. ¿LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA:</p> <p>1. En el hogar del entrevistado? 2. En otro lugar fijo? 3. Se desplaza? 4. En la calle como ambulante? 5. En un medio de transporte? 6. En puesto fijo en mercado? 7. En puesto fijo en vía pública? 8. En un local comercial o industrial? 9. En el domicilio del empleador ó en el domicilio u oficina de clientes?</p>																																								
<p>421. ADEMÁS DE (...) ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJARON LA SEMANA PASADA EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA? (Anotar la cantidad de personas)</p> <p><i>[Si no sabe con precisión, utilice los códigos de la tabla siguiente]</i></p> <p>1. 0-4 2. 5-10 3. 11-50 4. 51-100 5. 100 Y MÁS</p>	<p>426 A. EN LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA, ¿LLEVAN CONTABILIDAD?</p> <p>1. Sí con registros completos 3. No 2. Sólo de ingresos y gastos 4. NS/NR</p>																																								
<p>MÁS DE 998 ANOTAR 998</p>																																									
<p>422. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?</p> <p>A. ISSS? B. Bienestar Magisterial? C. IPSFA? D. Colectivo? E. Individual (Privado)? F. AFP? G. INPEP?</p>	<p>426 B. ¿EL NEGOCIO O EL LUGAR DONDE TRABAJA, ¿ESTÁ REGISTRADO EN LAS OFICINAS DE IMPUESTOS Y/O DE SEGURIDAD SOCIAL?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">1. SÍ</td> <td align="center">2. NO</td> <td align="center">3. NS</td> </tr> <tr> <td>A. Oficinas de impuestos</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>B. Seguridad social</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>		1. SÍ	2. NO	3. NS	A. Oficinas de impuestos	1	2	3	B. Seguridad social	1	2	3																												
	1. SÍ	2. NO	3. NS																																						
A. Oficinas de impuestos	1	2	3																																						
B. Seguridad social	1	2	3																																						
<p>INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE SI PREGUNTA 418 ES 4 A 10 PASE A PREGUNTA 432</p>																																									
<p>427. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE (...) INGRESO POR LA VENTA DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS DE SU EMPRESA, NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO AGROPECUARIO?</p> <p>1. Diaria 4. Mensual 7. Semestral 2. Semanal 5. Bimensual 8. Anual 3. Quincenal 6. Trimestral 9. Por obra o destajo (promedio mensual)</p>	<p>426 B. ¿EL NEGOCIO O EL LUGAR DONDE TRABAJA, ¿ESTÁ REGISTRADO EN LAS OFICINAS DE IMPUESTOS Y/O DE SEGURIDAD SOCIAL?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">1. SÍ</td> <td align="center">2. NO</td> <td align="center">3. NS</td> </tr> <tr> <td>A. Oficinas de impuestos</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>B. Seguridad social</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>		1. SÍ	2. NO	3. NS	A. Oficinas de impuestos	1	2	3	B. Seguridad social	1	2	3																												
	1. SÍ	2. NO	3. NS																																						
A. Oficinas de impuestos	1	2	3																																						
B. Seguridad social	1	2	3																																						
<p>SI PREGUNTA 418 ES 1 A 3 PASE A PREGUNTA 426</p>																																									
<p>INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE</p>																																									
<p>423. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?</p> <p>1. Diaria 4. Mensual 2. Semanal 5. Por obra o destajo (promedio mensual) 3. Quincenal 6. No recibe salario en efectivo</p> <p>Pase a 425, si en pregunta 418 responde códigos 5 u 8</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1. Sí, afiliado</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2. Sí, cotizante</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3. No</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	1. Sí, afiliado	1	2	3	2. Sí, cotizante	1	2	3	3. No	1	2	3	A	1	2	3	B	1	2	3	C	1	2	3	D	1	2	3	E	1	2	3	F	1	2	3	G	1	2	3
1. Sí, afiliado	1	2	3																																						
2. Sí, cotizante	1	2	3																																						
3. No	1	2	3																																						
A	1	2	3																																						
B	1	2	3																																						
C	1	2	3																																						
D	1	2	3																																						
E	1	2	3																																						
F	1	2	3																																						
G	1	2	3																																						
<p>INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE SI PREGUNTA 418 ES 4 A 10 PASE A PREGUNTA 432</p>																																									
<p>424. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERÍODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?</p> <p align="right">\$ <input style="width:100px;" type="text"/></p> <p>¿LE DEDUCEN DE SU SUELDO O SALARIO EL IMPUESTO SOBRE LA RENTA?</p> <p>1. SÍ 2. NO 3. NS/NR</p>	<p>427. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE (...) INGRESO POR LA VENTA DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS DE SU EMPRESA, NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO AGROPECUARIO?</p> <p>1. Diaria 4. Mensual 7. Semestral 2. Semanal 5. Bimensual 8. Anual 3. Quincenal 6. Trimestral 9. Por obra o destajo (promedio mensual)</p>																																								
<p>EN EL CASO DE ACTIVIDAD AGROPECUARIA COLOCAR ITEM=8 EN PREGUNTA 427 Y CONSIDERAR EL CICLO AGRÍCOLA 2019 / 2020 (01/05/2019 AL 30/04/2020) PARA PREGUNTAS 428, 429 Y 431</p>																																									
<p>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO, ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">MONTO (\$)</td> <td align="center">VECES AL AÑO</td> </tr> <tr><td>1. Pago por horas extras</td><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2. Salario vacacional</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3. Aguinaldo</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4. Bonificaciones, comisiones, viáticos</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5. Alimentos o refrigerios</td><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6. Ropa, uniformes o calzado</td><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7. Mercaderías (en especie)</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8. Vivienda</td><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9. Transporte o combustible</td><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10. Seguro privado de salud</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11. Propinas</td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>12. Otros _____</td><td>12</td><td></td></tr> </table> <p align="center">(Especifique)</p>		MONTO (\$)	VECES AL AÑO	1. Pago por horas extras	1		2. Salario vacacional	2		3. Aguinaldo	3		4. Bonificaciones, comisiones, viáticos	4		5. Alimentos o refrigerios	5		6. Ropa, uniformes o calzado	6		7. Mercaderías (en especie)	7		8. Vivienda	8		9. Transporte o combustible	9		10. Seguro privado de salud	10		11. Propinas	11		12. Otros _____	12		<p>428. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO [PERÍODO] DE LA EMPRESA, NEGOCIO Ó ACTIVIDAD AGROPECUARIA DE (...)?</p> <p align="right">\$ <input style="width:100px;" type="text"/></p>	
	MONTO (\$)	VECES AL AÑO																																							
1. Pago por horas extras	1																																								
2. Salario vacacional	2																																								
3. Aguinaldo	3																																								
4. Bonificaciones, comisiones, viáticos	4																																								
5. Alimentos o refrigerios	5																																								
6. Ropa, uniformes o calzado	6																																								
7. Mercaderías (en especie)	7																																								
8. Vivienda	8																																								
9. Transporte o combustible	9																																								
10. Seguro privado de salud	10																																								
11. Propinas	11																																								
12. Otros _____	12																																								
<p>429. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL [PERÍODO] DE LA EMPRESA, NEGOCIO O ACTIVIDAD AGROPECUARIA DE (...)?</p> <p align="right">\$ <input style="width:100px;" type="text"/></p>	<p>429. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL [PERÍODO] DE LA EMPRESA, NEGOCIO O ACTIVIDAD AGROPECUARIA DE (...)?</p> <p align="right">\$ <input style="width:100px;" type="text"/></p>																																								
<p>430. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A 431B</p>	<p>430. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL (...), ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A 431B</p>																																								
<p>SOLO PARA ACTIVIDAD AGROPECUARIA CASO CONTRARIO PASE A 431B</p>																																									
<p>431A. DE LO QUE PRODUCE, ¿DESTINA UNA PARTE PRINCIPALMENTE PARA LA VENTA?</p> <p>1. Sí, más de la mitad de lo que produce 2. Sí, una parte, pero menos de la mitad de lo que se produce 3. No, todo lo que se produce es para consumo del hogar o la familia</p> <p align="right">PASE A 407 Y 409B, LUEGO CONTINUAR CON 431B</p>	<p>431. ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS POR (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR?</p> <p align="right">\$ <input style="width:100px;" type="text"/></p>																																								
<p>SOLO PARA CÓDIGO 6 Ó 7 EN PREGUNTA 418 SI NO PASE A 426</p>																																									
<p>425 A. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, HA PARTICIPADO EN ALGÚN CURSO EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA?</p> <p>1. Sí 2. No 3. NS/NR</p>	<p>431B. ¿CUÁL ES EL TIPO DE PROPIEDAD DE LA EMPRESA/ NEGOCIO DONDE TRABAJA?</p> <p>1. Propietario individual 2. Sociedad con miembros del mismo hogar 3. Sociedad con miembros de dos o más hogares 4. Sociedad de capital 5. Otros _____ (Especifique)</p>																																								

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO													
EMPLEO SECUNDARIO					439 C. ¿HABITUALMENTE, CUÁNTAS HORAS ADICIONALES A LA SEMANA PODRÍA TRABAJAR EN SU TRABAJO PRINCIPAL O EN OTROS TRABAJOS?			Horas adicionales					
432. ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿TIENE (...) OTRO TRABAJO? 1. Sí 2. No → PASE A 439 A													
433. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ (...) LA SEMANA ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?					HORAS		OTROS INGRESOS NO LABORALES						
434. ¿CUÁL FUE EL INGRESO NETO O SALARIO QUE RECIBIÓ (...) EL MES ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?					\$		440. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:						
435. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO, ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? 1. Pago por horas extras 2. Salario vacacional 3. Aguinaldo 4. Bonificaciones, comisiones, viáticos 5. Alimentos o refrigerios 6. Ropa, uniformes o calzado 7. Mercaderías (en especie) 8. Vivienda 9. Transporte o combustible 10. Seguro privado de salud 11. Propinas 12. Otros _____ (Especifique)					MONTO (\$)		VECES AL AÑO		1. Ayuda de familiares ó amigos(as) que residen en el país? 1.				
									2. Cuota alimenticia? 2.				
									3. Alquiler de viviendas? 3.				
									4. Alquiler de negocios o máquinas? 4.				
									5. Alquiler de terrenos? 5.				
									6. Jubilación, pensión de invalidez o vejez? 6.				
									7. Depreciación de vehículo? 7.				
									8. Pensión por sobrevivencia? 8.				
									9. Ahorros? 9.				
									10. Otros ingresos mensuales? _____ 10.				
									(Especifique)				
					EMPLEO SECUNDARIO U OCUPACIÓN ANTERIOR					OTROS INGRESOS ANUALES			
436. ¿CUÁL ES(ERA) LA OCUPACIÓN QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?					441. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?								
					1. Utilidades empresariales 1.								
					2. Dividendo por acciones 2.								
					3. Intereses 3.								
					4. Herencias, loterías, juegos de azar 4.								
					5. Indemnización por retiro o despido 5.								
					6. Ayuda del gobierno en efectivo 6.								
					7. Por actividades eventuales 7.								
					8. Arrendamiento de tierras 8.								
					9. Remesas eventuales locales 9.								
					10. Aguinaldo 10.								
					11. Otros _____ 11.								
(Especifique)					MONTO (\$)								
SI PREGUNTA 410 ES 2 O SI EN 409 CONTESTÓ ÍTEMS DEL 08 AL 16 PASE A PREGUNTA 447													
437. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA) EN DICHA OCUPACIÓN?					442. ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A TRABAJAR?								
					443. ¿ES (...) MIEMBRO ACTIVO(A) DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES?								
					A. Cooperativa					1. Sí		2. No	
					B. Sindicato					A 1		2	
					C. Asociación gremial					B 1		2	
					D. Asociación profesional					C 1		2	
					E. Asociación de empresas					D 1		2	
F. Otro _____					E 1		2						
(Especifique)					F 1		2						
438. ¿A QUÉ SE DEDICA(BA) LA EMPRESA O INSTITUCIÓN PARA LA CUAL TRABAJA(BA)?					444. ¿HAY ALGUNA ÉPOCA DEL AÑO EN QUE (...) (POR SU OCUPACIÓN) NO SE CONSIGUE TRABAJO?								
NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)					1. Sí 2. No → PASE A 446								
CUALES SON LOS PRINCIPALES PRODUCTOS					445. ¿CUÁNTOS DÍAS PASA SIN TRABAJAR EN ESA ÉPOCA DEL AÑO?								
439. ADEMÁS DE (...), ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJA(N)(BAN) EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA?					CANTIDAD								
[Si no sabe con precisión, utilice los códigos de la tabla siguiente]					CÓDIGO								
1. 0-4 3. 11-50 5. 100 Y MÁS													
2. 5-10 4. 51-100													
MÁS DE 998 ANOTAR 998													
SI RESPONDIÓ CÓDIGO 1 EN 410 PASE A 440													
SI LAS HORAS HABITUALES DEL TRABAJO PRINCIPAL 412 Y/O DEL TRABAJO SECUNDARIO 433 SON 40 HORAS Ó MÁS PASE A 440 U OCUPACIÓN ANTERIOR													
439 A. ¿CONSIDERANDO LAS HORAS QUE TRABAJA HABITUALMENTE, ¿DESEARÍA TRABAJAR MÁS HORAS POR SEMANA EN SU TRABAJO PRINCIPAL O EN OTROS TRABAJOS?					447. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿CUÁNTO TIEMPO DEDICÓ A:			HORAS					
1. Sí 2. No → PASE A 440								MINUTOS					
439 B. SI SE LE PRESENTARA UNA OPORTUNIDAD PARA TRABAJAR MÁS HORAS POR SEMANA, ¿PODRÍA EMPEZAR AHORA MISMO O EN LAS PRÓXIMAS DOS SEMANAS?					448. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿CUÁNTO TIEMPO DEDICÓ A: 1. Cuidar, atender sin pago a niños(as) (hermanos o hermanas), ancianos, enfermos o discapacitados? (bañar, cambiar, trasladarlos, etc.) 2. Reparar o dar mantenimiento a su vivienda, muebles, aparatos domésticos o vehículos? 3. Realizar el quehacer de su hogar? (lavar, planchar, cocinar, lavar trastes, barrer, cuidar) 4. Acarrear leña? 5. Acarrear agua? 6. Cuidar animales domésticos o mascotas del hogar 7. Planificar las finanzas del hogar, pagar cuentas?								
01. Si, de inmediato													
02. En los próximos quince días													
03. En un mes más													
04. No tiene disponibilidad → PASE A 440													
SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 FINALICE SECCIÓN													

SECCIÓN 5: SALUD

APLICA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

N° D E O R D E N	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	501	502	503	504	505									
		¿TIENE (...) ALGÚN SEGURO MÉDICO?	EN EL MES ANTERIOR, ¿CUÁL FUE EL SÍNTOMA, ENFERMEDAD O LESIÓN MÁS RECIENTE QUE TUVO (...)?	EN EL MES ANTERIOR, ¿A QUIÉN CONSULTÓ (...)?	EN EL MES ANTERIOR, ¿EN QUÉ LUGAR CONSULTÓ O ATENDIERON A (...)?	¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN:									
		1. ISSS cotizante 2. ISSS beneficiario(a) 3. ISSS retirado(a) 4. Bienestar Magisterial 5. Hospital Militar 6. Colectivo 7. Individual (Privado) 8. No tiene 9. Otros _____ (Especifique)	01. Dolor de cabeza 02. Dolor de estómago y/o vómito 03. Temperatura, fiebre y/o calentura 04. Mareos/Vértigo 05. Otro _____ (Especifique) 06. Enfermedad 07. Lesión por accidente 08. Lesión por hecho violento 09. Diarrea 10. No tuvo → PASE A 510	1. Doctor(a) 2. Enfermero(a) 3. Promotor(a) de salud 4. Farmacéutico(a) 5. Curandero(a) 6. Familiar o amigo(a) 7. No consultó con nadie	01. Hospital MINSAL 02. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL 03. Hospital del ISSS 04. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS 05. Hospital Militar 06. Bienestar Magisterial 07. Hospital o clínica particular 08. ONG's 09. Farmacia 10. Casa del curandero(a) o clínica natural 11. Casa del enfermo(a) o lesionado(a) 12. Otros _____ (Especifique)	A. Consulta? B. Análisis de laboratorio? C. Rayos X? D. Otros exámenes? Códigos para cobertura: 1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros _____ 7. Hospital o clínica particular (Especifique)									
		SI RESPONDIÓ CÓDIGOS 6 Ó 7 PASE A 510								SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1					
A		B		C		D		A		B		C		D	
Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución
01						1				1				1	
02						1				1				1	
03						1				1				1	
04						1				1				1	
05						1				1				1	
06						1				1				1	
07						1				1				1	
08						1				1				1	
09						1				1				1	
10						1				1				1	
11						1				1				1	
12						1				1				1	
13						1				1				1	
14						1				1				1	
15						1				1				1	
16						1				1				1	
17						1				1				1	
18						1				1				1	
19						1				1				1	

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 5: SALUD

APLICA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

N° D E O R D E N	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	506	507	508	509						510				511	
		¿(...) ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?	¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A) (...)?	¿CUÁNTOS DÍAS ESTUVO HOSPITALIZADO(A) (...)?	¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN:			EN EL MES ANTERIOR, ¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN MEDICINAS?			Si en pregunta 503 contestó del 4 al 7, o en 504 contestó del 7 al 12 continúe, caso contrario pase a 512		¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE (...) NO CONSULTÓ AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA (MINSAL, ISSS, BIENESTAR MAGISTERIAL Y HOSPITAL MILITAR)?			
		1. Sí 2. No Pase a 510	1. Hospital MINSAL 2. Hospital del ISSS y unidades médicas 3. Hospital Militar 4. Hospital o clínica particular 5. Otros _____ (Especifique)		A. Hospitalización? B. Medicamentos? C. Exámenes de laboratorio, rayos X y otros gastos? (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)	Códigos para cobertura: 1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros _____ 7. Hospital o clínica particular (Especifique)			Códigos para cobertura: 1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros _____ 7. Hospital o clínica particular (Especifique)			(Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)		01. No hay medicinas 02. Falta de atención 03. Muy caro 04. No existe servicio de salud cercano, el lugar de consulta es lejos 05. No hay personal capacitado 06. No fue necesario 07. Gravedad del enfermo(a)	08. Prefiere curarse con remedios caseros 09. No le dieron permiso 10. Tuvo que trabajar 11. Mala atención 12. No había quien lo llevara 13. Prefiere ir a servicios privados 14. Otros _____ (Especifique)	
		SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1						SI CONTESTÓ CÓDIGO 10 EN 502, FINALICE CON MIEMBRO								
		A		B		C		SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1								
Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	No obtuvo medicinas	No necesitó							
01				1		1		1		1		7	8			
02				1		1		1		1		7	8			
03				1		1		1		1		7	8			
04				1		1		1		1		7	8			
05				1		1		1		1		7	8			
06				1		1		1		1		7	8			
07				1		1		1		1		7	8			
08				1		1		1		1		7	8			
09				1		1		1		1		7	8			
10				1		1		1		1		7	8			
11				1		1		1		1		7	8			
12				1		1		1		1		7	8			
13				1		1		1		1		7	8			
14				1		1		1		1		7	8			
15				1		1		1		1		7	8			
16				1		1		1		1		7	8			
17				1		1		1		1		7	8			
18				1		1		1		1		7	8			
19				1		1		1		1		7	8			

SÓLO APLICA PARA LOS HOGARES EN LOS QUE NINGÚN MIEMBRO SE ENFERMÓ

512	513
<p>SI ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR SE ENFERMARA Y NECESITARA ATENCIÓN MÉDICA, ¿ADÓNDE ASISTIRÍA?</p> <p>01. Hospital MINSAL 02. Unidad de salud o eco familiar del MINSAL 03. Hospital del ISSS 04. Unidades médicas, clínicas comunales o empresariales ISSS 05. Hospital Militar 06. Bienestar Magisterial</p> <p align="center">TERMINE SECCIÓN</p> <p>07. Hospital o clínica particular 08. ONG's 09. Farmacia 10. Casa del curandero(a), clínica natural 11. Casa del enfermo(a) o lesionado(a) 12. Otros _____ Especifique</p>	<p>¿POR QUÉ NO ASISTIRÍA A UN CENTRO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA?</p> <p>01. No hay medicinas 02. No lo atienden 03. Muy caro 04. No existe servicio de salud cercano 05. No hay personal capacitado 06. Porque dan mejor servicio en otro centro de salud privado</p> <p>07. Mucho tiempo de espera 08. Prefiere curarse con remedios caseros 09. Porque no me darían permiso en el trabajo 10. Porque no puedo dejar de trabajar 11. Mala atención 12. Otros _____ Especifique</p>

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 9

ALIMENTACIÓN

PREGUNTAS 909 A 915 SÓLO PARA MENORES DE 18 AÑOS

<p>901. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED SE PREOCUPÓ DE QUE LOS ALIMENTOS SE ACABARAN EN SU HOGAR?</p> <p>1. Sí 2. No</p>		<p>909. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR DEJÓ DE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	
<p>902. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR SE QUEDARON SIN ALIMENTOS?</p> <p>1. Sí 2. No</p>		<p>910. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	
<p>903. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR DEJARON DE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?</p> <p>1. Sí 2. No</p>		<p>911. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, ALMORZAR O CENAR?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	
<p>904. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?</p> <p>1. Sí 2. No</p>		<p>912. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	
<p>905. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, ALMORZAR O CENAR?</p> <p>1. Sí 2. No</p>		<p>913. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ TUVIERON QUE DISMINUIR LA CANTIDAD SERVIDA EN LAS COMIDAS A ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD EN SU HOGAR?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	
<p>906. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE DEBÍA COMER?</p> <p>1. Sí 2. No</p>		<p>914. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR SENTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	
<p>907. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SENTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?</p> <p>1. Sí 2. No</p>		<p>915. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR SÓLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER DURANTE TODO EL DÍA?</p> <p>1. Sí 2. No</p>	
<p>908. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SÓLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER DURANTE TODO UN DÍA?</p> <p>1. Sí 2. No</p>			

SECCIÓN 9

ESPARCIMIENTO

916		917		918																																	
¿EN SU COLONIA O COMUNIDAD EXISTEN LOS SIGUIENTES ESPACIOS DE RECREACIÓN: (Preguntar al entrevistado por cada uno de los espacios de recreación, si responde "No" en todas las opciones pasar a 919)		DE LOS QUE MENCIONÓ QUE EXISTEN, ¿CUÁLES SON USADOS POR LOS MIEMBROS DE SU HOGAR? (En los espacios de recreación donde la respuesta es "No" pasar a 918) (Si responde "Sí en todos los espacios de recreación pasar a 919)		SI EXISTEN Y NO LOS USAN, ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL PARA NO USARLOS? 1. Están muy congestionados 2. No son agradables 3. No dan ganas de ir 4. Por falta de tiempo 5. No le dan permiso de usarlo 6. Está muy lejos 7. No hay actividades que pueda realizar/No son accesibles 8. Otra _____ Especifique																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1. SÍ</th> <th>2. NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </tbody> </table>	1. SÍ	2. NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>1. SÍ</th> <th>2. NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </tbody> </table>	1. SÍ	2. NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			
1. SÍ	2. NO																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1. SÍ	2. NO																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1	2																																				
1. Cancha deportiva? 2. Parque o zona verde? 3. Áreas de juegos para niños(as)? 4. Casa comunal? 5. Otros? _____ Especifique																																					

SEGURIDAD

919. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HA SIDO VÍCTIMA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DELITOS:		1. Sí	2. No	920. CONSIDERANDO LA SEGURIDAD, EN SU COLONIA O COMUNIDAD, ¿LOS MIEMBROS DEL HOGAR:			1. SÍ	2. NO	3. N/A
1. Alguien entró a su casa sin permiso y usando la fuerza robó o intentó robar algo?	1	1	2	1. Pueden salir de noche?	1	2			
2. Robo o asalto en la calle, autobús, negocio u otro lugar público o privado?	2	1	2	2. Pueden tener un negocio?	1	2			
3. Robo de vehículo?	3	1	2	3. Pueden dejar sola la casa?	1	2			
4. Daño a la propiedad, incluyendo grafitis, rayones en vehículos, etc.?	4	1	2	4. Pueden dejar salir a los niños a jugar?	1	2	3		
5. Engaño o estafa donde no le entregaron lo prometido?	5	1	2	5. Pueden las mujeres transitar con libertad?	1	2	3		
6. Extorsión, o sea, amenazas para exigirle dinero o bienes o que hiciera algo?	6	1	2						
7. Amenazas de alguien que le dijo que le iba a causar daño a usted, su familia, sus bienes o su negocio?	7	1	2						
8. Lesiones físicas causadas por alguien que lo golpeó en una discusión o por actitud agresiva?	8	1	2						
9. Secuestro?	9	1	2						
10. Ataque sexual o violación (aún si sólo fue intento)?	10	1	2						
11. Otros _____ Especifique	11	1	2						

CALIFICACIÓN DEL HOGAR ENTREVISTADO

OBSERVACIONES:

1. Información confiable 2. Información poco confiable 3. Información no confiable

CUADRO RESUMEN A COMPLETAR POR EL SUPERVISOR

1 NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR	2 PERSONAS DE 4 AÑOS DE EDAD Y MÁS	3 PERSONAS DE 5 AÑOS DE EDAD Y MÁS	4 NÚMERO DE PERSONAS QUE SE ENFERMARON	5 NÚMERO DE PERSONAS QUE UTILIZAN INTERNET	6 HOGAR CON BOLETA DE SUBSIDIOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE OFICINA

NOMBRE DEL TÉCNICO(A) DE ENCUESTAS <input type="text"/> <input type="text"/> CÓDIGO <input type="text"/> FECHA: <input type="text"/>	NOMBRE DEL TÉCNICO DE CONTROL DE CALIDAD <input type="text"/> <input type="text"/> CÓDIGO <input type="text"/> FECHA: <input type="text"/>	NOMBRE DEL CRÍTICO(A) CODIFICADOR(A) <input type="text"/> <input type="text"/> CÓDIGO <input type="text"/> FECHA: <input type="text"/>	NOMBRE DEL DIGITADOR(A) <input type="text"/> <input type="text"/> CÓDIGO <input type="text"/> FECHA: <input type="text"/>
--	--	--	---

CONTROL DE SECCIONES A COMPLETAR POR DEPARTAMENTO DE ENCUESTAS

SECCIÓN 2 <input type="text"/>	SECCIÓN 4 <input type="text"/>	SECCIÓN 5 <input type="text"/>	SECCIÓN 6 <input type="text"/>	SECCIÓN 7 <input type="text"/>	SECCIÓN 9 <input type="text"/>
SECCIÓN 10 <input type="text"/>	SECCIÓN 11 <input type="text"/>	SECCIÓN 12 <input type="text"/>	SECCIÓN 13 <input type="text"/>	SECCIÓN 14 <input type="text"/>	SECCIÓN 15 <input type="text"/>