



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

Empty box for sample identification.

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	5. DESOCUPADA	7. OTROS _____
2. AUSENTE TEMPORAL		(Especifique)
3. REHÚSO	6. VACANTE USADA TEMPORALMENTE PARA NEGOCIO O ALMACENAJE	8. SIN ACCESO A LA INFORMACIÓN _____
4. OTROS _____		(Especifique)
(Especifique)		

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR(A):

CÓDIGO DEL SUPERVISOR(A):

NÚMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE:

BOLETA ANEXA: 1. Sí 2. No

Empty lines for additional information.

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)				
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 4: EMPLEO E INGRESO

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

401. N° DE ORDEN DE LA TRH		NOMBRE:		402. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE	
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD		407A. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO BUSCANDO TRABAJO DESDE LA ÚLTIMA VEZ QUE TRABAJO O DESDE QUE DECIDIO EMPEZAR A TRABAJAR?		No. de semanas	
403. LA SEMANA ANTERIOR DE LUNES A DOMINGO (...), ¿REALIZÓ ALGÚN TRABAJO PARA GENERAR INGRESOS? (Sin contar los quehaceres del hogar)				No. de meses	
1. Sí → PASE A 411 2. No					
404. LA SEMANA ANTERIOR (...), REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO:		408. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?		PASE A 409 B	
01. Realizando tareas agrícolas o cuidando animales?		1. Estableció contacto con oficinas de empleo		}	
01.1. Pescando o recolectando mariscos		2. Gestionó directamente con empleadores			
02. ¿Trabajó en algún negocio propio o de familiar?		3. Gestionó en lugar de trabajo, fincas, granjas, etc.			
03. ¿Vendió algún producto, lotería, periódicos, etc.?		4. Gestionó valiéndose de amigos(as) y familiares			
04. ¿Cocinó, lavó ropa ajena u otros servicios a particulares?		5. Puso aviso o respondió ofertas aparecidas en periódicos o en sitios de internet			
05. ¿Elaboró tortillas para vender?		6. Buscó terreno, edificio, etc. para establecer su propia empresa o negocio			
06. ¿Hizo comida típica para vender (pupusas, tamales, etc.)?		7. Gestionó para obtener recursos financieros y establecer su propia empresa o negocio			
07. ¿Elaboró algún otro producto en casa para vender?		8. Otros _____			
08. ¿Ayudó a algún familiar en su negocio o trabajó sin remuneración?		(Especifique)			
09. ¿Realizó alguna otra actividad para obtener ingresos?		9. No hizo nada → REGRESE A 407 Y ANOTE CÓDIGO 2			
1. Si 1. No					
2. No 2. No					
3. No 3. No					
4. No 4. No					
5. No 5. No					
6. No 6. No					
7. No 7. No					
8. No 8. No					
9. No 9. No					
SI RESPONDE CÓDIGO 2 EN TODAS LAS PREGUNTAS PASE A 405 A CASO CONTRARIO PASE A 411		409. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCÓ TRABAJO?		PASE A 409 B	
405 A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?		01. Creía que no había trabajo disponible en la zona		}	
1. Sí → PASE A 406 2. No		02. No sabía como buscar trabajo			
		03. Se cansó de buscar trabajo			
		04. Espera ciclo agrícola de Café			
		05. Espera ciclo agrícola de Caña			
		06. Espera ciclo agrícola de Algodón			
		07. Espera ciclo agrícola de otros cultivos			
		08. Asiste a un centro de Educación Formal o está de vacaciones escolares			
		09. Por obligaciones familiares o personales			
		10. Enfermedad o accidente			
		11. Inhabilitado(a) por hecho violento			
		12. Trabajo doméstico y cuidado			
		13. Jubilado(a) o pensionado(a)			
		14. No puede trabajar (discapacitado(a), anciano(a), etc.)			
		15. Asiste a un centro de formación o capacitación			
		16. Otros _____			
		(Especifique)		PASE A 440	
		17. Ya encontró trabajo que empezará pronto		}	
		18. Espera respuesta del empleador(a)			
		19. Si buscó trabajo → REGRESE A 407 Y ANOTE CÓDIGO 1		PASE A 409 A	
405 B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?					
1. Sí → PASE A 412					
2. No → PASE A 406C					
406. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR?				PASE A 412	
01. Vacaciones laborales		}			
02. Incapacidad por enfermedad o accidente (con certificado médico cubierto por el ISSS)					
03. Permisos o licencias (estudios, enfermedad y/o autorizados por la empresa)					
03.1. Permiso o licencia por maternidad (pagada)					
04. Cambio de turno					
05. Huelgas o paro laboral					
06. Suspensión laboral					
07. Término de temporada de trabajo					
08. Falta de materia prima					
09. Mal tiempo o fenómeno natural					
10. Asuntos personales o familiares					
11. Otro					
12. No sabe					
406A. ¿DURANTE ESE PERÍODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O GANANCIAS DEL NEGOCIO?					
1. Sí → PASE A 412 2. No					
406B. ¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÁ (...) AUSENTE DEL TRABAJO (DESDE QUE DEJÓ DE TRABAJAR HASTA QUE PIENSA REGRESAR)?				PASE A 412	
1. Ya se incorporó o regresará en esa misma semana		}			
2. Cuatro semanas o menos					
3. Más de 4 semanas					
4. No hay seguridad de que regrese o cuándo reinicie su actividad					
5. No regresará					
6. No sabe					
DESOCUPADOS(AS)		409A. EN CUANTO TIEMPO MÁS COMENZARÁ A TRABAJAR?			
406C. ¿(...) DESEARÍA TRABAJAR SI SE LE PRESENTARA UNA OPORTUNIDAD DE EMPLEO O DE EMPEZAR UN NEGOCIO?		01. En menos de 1 mes			
1. Sí		02. En más de un mes			
2. No					
407. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...), ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?		409B. SI DURANTE LA SEMANA ANTERIOR (...) HUBIERA ENCONTRADO TRABAJO O CONSEGUIDO CLIENTES, ¿HUBIERA ESTADO DISPUESTO(A) A TRABAJAR EN EL MISMO MOMENTO O A MÁS TARDAR EN DOS SEMANAS?			
1. Sí 2. No → PASE A 409		1. Sí, ahora			
		2. Sí, en dos semanas			
		3. Sí, en los próximos meses			
		4. Sí, más adelante			
		5. No			
		410. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES?			
		1. Sí → PASE A 436			
		2. No → PASE A 440			
		SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS PASE A 447			
		OCUPADOS(AS)			
		OCUPACIÓN PRINCIPAL			
406C. ¿(...) DESEARÍA TRABAJAR SI SE LE PRESENTARA UNA OPORTUNIDAD DE EMPLEO O DE EMPEZAR UN NEGOCIO?		411. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJÓ EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR?		H o r a s	
1. Sí		A. De lunes a viernes Jornada		D í a s	
2. No		1. De 7 a.m. a 6 p.m.		J o r n a d a	
		B. De sábado a domingo			
		2. De 6 p.m. a 7 a.m.			
		3. Mixta			
		SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 413 A			

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</p> <p>SI PREGUNTA 418 ES 4 A 10 PASE A PREGUNTA 432</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>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td align="center">1. SÍ, afiliado</td> <td align="center">2. SÍ, cotizante</td> <td align="center">3. No</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>		1. SÍ, afiliado	2. SÍ, cotizante	3. No	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	2. SÍ, cotizante	3. No																																					
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>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>	<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>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>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>																																							
<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>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>
	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>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>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>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:								
1. Sí 2. No → PASE A 440					1. Cuidar, atender sin pago a niños(as) (hermanos o hermanas), ancianos, enfermos o discapacitados? (bañar, cambiar, trasladarlos, etc.)								
439 B. SI SE LE PRESENTARA UNA OPORTUNIDAD PARA TRABAJAR MÁS HORAS POR SEMANA, ¿PODRÍA EMPEZAR AHORA MISMO O EN LAS PRÓXIMAS DOS SEMANAS?					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					SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 FINALICE SECCIÓN			
02. En los próximos quince días													
03. En un mes más													
04. No tiene disponibilidad → PASE A 440													

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°	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	506	507	508	509						510				511	
		¿(...) ESTUVO HOSPITALIZADO(A)? 1. Sí 2. No ↓ Pase a 510	¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A) (...)? 1. Hospital MINSAL 2. Hospital del ISSS y unidades médicas 3. Hospital Militar 4. Hospital o clínica particular 5. Otros _____ (Especifique)	¿CUÁNTOS DÍAS ESTUVO HOSPITALIZADO(A) (...)?	¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN: 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)			EN EL MES ANTERIOR, ¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN MEDICINAS? Códigos para cobertura: 1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros _____ 7. Hospital o clínica particular (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros) (Especifique)				Si en pregunta 503 contestó del 4 al 7, o en 504 contestó del 7 al 12 continúe, caso contrario pase a 512	
					SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1						SI CONTESTÓ CÓDIGO 10 EN 502, FINALICE CON MIEMBRO				¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE (...) NO CONSULTÓ AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA (MINSAL, ISSS, BIENESTAR MAGISTERIAL Y HOSPITAL MILITAR)? 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)	
					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				7	8		
02					1		1		1				7	8		
03					1		1		1				7	8		
04					1		1		1				7	8		
05					1		1		1				7	8		
06					1		1		1				7	8		
07					1		1		1				7	8		
08					1		1		1				7	8		
09					1		1		1				7	8		
10					1		1		1				7	8		
11					1		1		1				7	8		
12					1		1		1				7	8		
13					1		1		1				7	8		
14					1		1		1				7	8		
15					1		1		1				7	8		
16					1		1		1				7	8		
17					1		1		1				7	8		
18					1		1		1				7	8		
19					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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 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 </div> <div style="width: 45%;"> 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 </div> </div>	<p>¿POR QUÉ NO ASISTIRÍA A UN CENTRO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 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 </div> <div style="width: 45%;"> 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 </div> </div>

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> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <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> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <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 _____	11	1	2						
Especifique									

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"/>