REPÚBLICA DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE ECONOMÍA

ENCUESTA DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES 2019

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
124 - Canadá
036 - Australia
724 - España
484 - México
999 - Otros_____ **(Especifique)**

¿CUÁNTOS(AS)?

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	
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 puertas 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	¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (...)?		¿QUÉ EDAD TIENE (...) EN AÑOS CUMPLIDOS? (Anote 00 para los menores de 1 año)	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD ¿CUÁL ES EL ESTADO FAMILIAR DE (...)? 1. Acompañado(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Soltero(a)	PARA PERSONAS DE 0 A 17 AÑOS DE EDAD ¿QUIÉN ES EL PADRE Y LA MADRE DE (...)? (Anote 99 si el padre y/o la madre no es miembro del hogar)	
				MES	AÑO			TRH PADRE	TRH MADRE
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 2: EDUCACIÓN

201		201 A	202		203	204		205	206		207	208	209	210		
		PARA PERSONAS DE 0 A 3 AÑOS	PARA PERSONAS DE 4 AÑOS Y MÁS						SÓLO PARA CÓDIGOS 2 Ó 3 EN PREGUNTA 204							
N° DE ORDEN	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	¿ASISTE (...) A UN CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL? 1. Sí → PASE A 210 2. No → FINALIZAR CON MIEMBRO	A. ¿SABE (...) LEER Y ESCRIBIR? 1. Sí 2. No → PASE A 203 3. Sí, sólo leer B. ¿DÓNDE APRENDIÓ? 1. Centro educativo o escuela 2. Familiares, amigo(a) o vecino(a) 3. Círculos de alfabetización 4. Escuela nocturna 5. Otros_____ (Especifique)		¿ESTUDIA (...) ACTUALMENTE? 1. Sí 2. No → PASE A 212	¿QUÉ NIVEL Y GRADO CURSA O ASISTE (...) ACTUALMENTE? 0. Educación inicial 1. Parvularia (1° a 3°) 2. Básica (1° a 9°) 3. Media (10° a 13°) 4. Superior universitario (1° a 15°) 4.1. Curso de nivelación (1°) 5. Superior no universitario (1° a 3°) 6. Educación especial (ciclos I, II, III, IV) 7. Otros_____ (Especifique) SI NIVEL = 0 PASE A 220		¿A QUÉ JORNADA ASISTE (...) PREDOMINANTEMENTE? 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Fin de semana	A. ¿(...) ESTÁ REPITIENDO ACTUALMENTE EL GRADO O CURSO QUE ESTUDIA? 1. Sí 2. No → PASE A 209 B. ¿CUÁNTAS VECES?		¿POR QUÉ ESTÁ REPITIENDO (...) EL GRADO O CURSO? 1. Abandonó los estudios antes de finalizar el año escolar 2. Reprobó o aplazó el año escolar 3. Padre/Madre le matricularon en el mismo grado 4. Otros_____ (Especifique)	¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE ABANDONÓ O REPROBÓ (...) LOS ESTUDIOS? 01. Necesita trabajar 02. Problemas en el hogar 03. Muy caro 04. Por enfermedad 05. Discapacidad 06. Padre y/o madre no quieren que estudie 07. Por la edad 08. La escuela está muy lejos 09. No le interesa estudiar 10. Trabajo doméstico y cuidado 11. Repite mucho 12. Docentes no enseñan 13. La escuela está inhabilitada 14. Por las maras 15. Otros_____ (Especifique)	¿ESTUDIÓ (...) LA PARVULARIA? 1. Sí 2. No	A. ¿EL CENTRO ESCOLAR AL QUE ASISTE (...) ES? 1. Público 2. Laico 3. Religioso SI TIENE DE 0 A 3 AÑOS PASE A 220 ¿TIENE EL CENTRO ESCOLAR SERVICIO DE: B. Centro de cómputo o aula informática? C. Biblioteca? 1. Sí 2. No		
			A	B		NIVEL	GRADO		A	B	SI CONTESTA ÍTEMS 3 Ó 4 PASE A 209			A	B	C

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 2: EDUCACIÓN

N° DE ORDEN		SÓLO PARA 204 = 1, 2, 3 Ó 6, CASO CONTRARIO PASE A 220								SÓLO PARA PERSONAS DE 4 AÑOS Y MÁS										
		211								212	213	214	215		216		217	218	219
	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	¿EN EL CENTRO DE ENSEÑANZA RECIBE (...) SIN PAGO O GRATIS? A. Asistencia médica B. Alimentos C. Textos D. Beca para matrícula E. Beca cuota escolar F. Zapatos G. Útiles escolares H. Uniformes 1. Sí 2. No								¿SE MATRICULÓ (...) DURANTE ESTE AÑO LECTIVO? 1. Sí 2. No	¿HA ASISTIDO (...) ALGUNA VEZ A UN CENTRO DE ENSEÑANZA? 1. Sí 2. No → PASE A 219	¿EL CENTRO DE ENSEÑANZA AL QUE ASISTIÓ (...) ERA? 1. Público 2. Laico 3. Religioso	¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO NIVEL ESTUDIADO Y GRADO QUE APROBÓ (...) EN ESE NIVEL? 0. Educación inicial 1. Parvularia (1° a 3°) 2. Básica (1° a 9°) 3. Media (10° a 13°) 4. Superior universitario (1° a 15°) 5. Superior no universitario (1° a 3°) 6. Educación especial (ciclos I, II, III, IV) 7. Otros_____ (Especifique) 8. Ninguno → PASE A 219		SI EN NIVEL CONTESTÓ DE 2 A 3 ¿REPITIÓ (...) ESE ÚLTIMO GRADO?		¿QUÉ TÍTULO O DIPLOMA OBTUVO (...) EN EL NIVEL MÁS ALTO QUE APROBÓ? 01. No obtuvo 02. Bachillerato general 03. Bachillerato técnico 04. Profesorado 05. Técnico superior no universitario 06. Título Univ. de 3 años } PASE A 219 07. Título Univ. de 5 años (Lic., Ing.) 08. Título Univ. De más de 5 años (medicina) 09. Post-grado 10. Otros_____ (Especifique) } PASE A 219	¿CUÁL ES LA CARRERA? 1. Admón. de empresas Mercadeo 2. Contabilidad 3. Derecho 4. Comunicaciones 5. Medicina 6. Ingeniería 7. Psicología 8. Otros_____ (Especifique)	¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE NO ESTUDIA (...) ACTUALMENTE? 01. Necesita trabajar 02. Causas del hogar 03. Muy caro 04. Enfermedad 05. Discapacidad 06. Padre y/o madre no quieren 07. Por la edad 08. Finalizó sus estudios 09. No hay escuela cercana 10. No le interesa 11. Repite mucho 12. Trabajo doméstico y cuidado 13. Centro de enseñanza inhabilitado 14. No hay escuela para adultos 15. Por embarazo 16. Por maternidad 17. Otros_____ (Especifique) 18. Violencia o inseguridad
		PASE A 220																	
		A	B	C	D	E	F	G	H				NIVEL	GRADO	1. SÍ 2. NO	N° DE VECES			FINALIZAR CON MIEMBRO

OBSERVACIONES:

SECCION 2: EDUCACIÓN

		220												221							
Nº DE ORDEN	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO ANUAL DE (...) EN: A. Matrícula? B. Útiles? C. Uniformes? D. Textos? E. Calzado escolar? F. Cuota de padres/madres de familia? (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)												¿A CUÁNTO ASCIENDE EL GASTO MENSUAL DE (...) EN: A. Cuota escolar? B. Transporte? C. Refrigerio? D. Otros gastos? (Pupilaje, renta, etc.) (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)							
		Si no gastó, encierre el código 1												Si no gastó, encierre el código 1							
		A		B		C		D		E		F		A		B		C		D	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA

301. TIPO DE VIVIENDA:

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)**

N° DE PISOS

1. SÍ 2. NO

Vivienda en Buen Estado (No aplica código 6)

302. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES:

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)**

1. SÍ 2. NO

Buen Estado (No aplica código 6)

303. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES:

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)**

1. SÍ 2. NO

Material en Buen Estado (No aplica código 7)

304. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES:

1. Ladrillo cerámico
2. Ladrillo de cemento
3. Ladrillo de barro
4. Cemento
5. Tierra
6. Otros materiales_____ **(Especifique)**

305. SIN CONTAR BAÑOS, COCINA, PASILLO NI COCHERA, ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON DE USO EXCLUSIVO DEL HOGAR?

306. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIOS?

307. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE PARA TRABAJAR O PARA NEGOCIO?
(No lo utilizan o lo comparten anotar 00)

308. ¿CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE ESTA VIVIENDA?

1. Inquilino(a) → **PASE A 311**
2. Propietario(a) de la vivienda pero la está pagando a plazos → **PASE A 310 B**
   N° de orden
3. Propietario(a)
   N° de orden
4. Propietario(a) de la vivienda en terreno público
5. Propietario(a) de la vivienda en terreno privado
6. Colono(a)
7. Guardián de la vivienda
8. Ocupante gratuito
9. Otros_____ **(Especifique)**

PASE A 310 A

$

CUOTA MENSUAL

309. ¿PAGA CON ALGÚN BIEN O SERVICIO EL USO DE LA VIVIENDA?

1. Sí
2. No → **PASE A 310 A**

310. ¿QUÉ VALOR EN DINERO TENDRÍAN ESTOS BIENES O SERVICIOS AL MES PASADO? $

PASE A 311

310 A. SI TUVIERA QUE ALQUILAR ESTA VIVIENDA, ¿CUÁNTO CREE QUE PAGARÍA POR MES? $

PASE A 311 SI RESPONDIÓ EN PREGUNTA 309 CÓDIGO 2

310 B. ¿ESTÁ EL TERRENO INSCRITO EN EL CENTRO NACIONAL DE REGISTRO A NOMBRE DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR?

1. Sí
2. No
3. Está en trámite
4. No sabe

¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ INSCRITO? (IDENTIFICAR MIEMBRO DEL HOGAR)

N° DE ORDEN

311. ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO POSEE ESTA VIVIENDA?

1. Electricidad
2. Conexión eléctrica del vecino(a)
3. Kerosene (gas)
4. Candela
5. Panel solar
6. Generador eléctrico
7. Otra clase_____ **(Especifique)**

312. ¿TIENE ESTA VIVIENDA SERVICIO DE AGUA POR CAÑERÍA?

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)

PASE A 314

5. No tiene
6. Tiene pero no le cae (por más de un mes)

Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana, ¿cuántos días le cayó agua?

Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana, ¿cuántas horas al día le cayó agua?

313. ¿CÓMO SE ABASTECE DE AGUA ESTA VIVIENDA?

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)**

314. EL SERVICIO DE BAÑO LO SATISFACE POR:

1. Regadera o pila dentro de la vivienda
2. Regadera o pila fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad
3. Regadera o pila de baño común
4. Río, quebrada u ojo de agua
5. Barril o pila al aire libre
6. Otros medios_____ **(Especifique)**

315. ¿TIENE SERVICIO SANITARIO ESTA VIVIENDA?

1. Sí, dentro de la vivienda
2. Sí, fuera de la vivienda
3. Sí tiene pero no lo utiliza
4. No tiene

PASE A 317

316. ¿CUENTA CON ACCESO A SERVICIO SANITARIO?

1. Sí, de familiar o amigo(a)
2. No tiene → **PASE A 319**

317. ¿EL SERVICIO SANITARIO AL QUE TIENE ACCESO ESTA VIVIENDA ES DE:

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?

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA

318. ¿COMPARTE ESTE HOGAR EL SERVICIO SANITARIO QUE UTILIZA CON OTROS HOGARES?

1. SÍ 2. NO	¿Cuántos hogares?

PASE A 320

319 ¿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	

320. ¿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)**

321. ¿QUÉ BENEFICIOS RECIBE EL HOGAR DE PARTE DEL GOBIERNO?

		1. SÍ	2. NO	3. NS/NR
1. Subsidio de Gas	1	1	2	3
2. Subsidio de Energía Eléctrica	2	1	2	3
3. Bonos Comunidades Solidarias Rurales	3	1	2	3
4. Bonos Comunidades Solidarias Urbanas	4	1	2	3
5. Pensión Básica Universal	5	1	2	3
6. Subsidio de Agua	6	1	2	3
7. Otros_____ **(Especifique)**	7	1	2	3
8. Paquete agrícola	8	1	2	3

322. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PREDOMINANTEMENTE PARA COCINAR?

1. Electricidad
2. Kerosene (gas)
3. Gas propano
4. Leña
5. Carbón
6. Ninguno
7. Otros_____ **(Especifique)**

323. ¿TIENE USTED EMPLEADAS(OS) DOMÉSTICAS(OS)?

1. Sí 2. No → **PASE A 324**

¿CUÁNTO LE(S) PAGA MENSUALMENTE? $

324. ¿TIENE USTED EN USO?

		1. SÍ 2. NO	¿Cuántos?
1. Teléfono Fijo	1		
2. Teléfono Celular	2		
3. Internet	3		
3.1. Internet Móvil	3.1		
4. Cable	4		
5. Cable del vecino	5		

325. ¿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

326. EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

		1. SÍ 2. NO	¿Cuántos?
1. ¿Radio?	1		
2. ¿Equipo de sonido?	2		
3. ¿T.V.?	3		
4. ¿Video casetera o DVD?	4		
5. ¿Refrigeradora?	5		
6. ¿Lavadora?	6		
7. ¿Licuadora?	7		
8. ¿Ventilador?	8		
9. ¿Computadora?	9		
10. ¿Secadora de ropa?	10		
11. ¿Máquina de coser?	11		
12. ¿Vehículo (uso del hogar)? (carro, lancha)	12		
13. ¿Plancha? (ropa)	13		
14. ¿Horno microonda?	14		
15. ¿Videojuegos (Nintendo)?	15		
16. ¿Generador de electricidad?	16		
17. ¿Aire acondicionado?	17		
18. ¿Tanque o cisterna?	18		
19. ¿Motocicleta?	19		

327. 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 329**

328. ¿QUÉ DAÑOS HA SUFRIDO DEBIDO A LA INUNDACIÓN O CORRENTADA?

		1. SÍ	2. NO
1. Daños en la vivienda	1	1	2
2. Pérdida de muebles o enseres	2	1	2
3. Pérdida de alimentos	3	1	2
4. Pérdida de animales de granja	4	1	2
5. Lesiones a un miembro del hogar	5	1	2
6. Enfermedad en un miembro del hogar	6	1	2
7. Otros daños	7	1	2

329. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA SUFRIDO EN SU TERRENO O VIVIENDA ALGÚN DERRUMBE O ALUD?

1. Sí 2. No

330. ¿HAY ALGUNA CÁRCAVA O QUEBRADA CERCANA QUE PUEDA CAUSAR UN DERRUMBE QUE AFECTE SU VIVIENDA?

1. Sí 2. No

331. 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. Cibercafé	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			16
18. Otros_____ **(Especifique)**	1	2	3		5	6			17
						TOTAL			

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

403. LA SEMANA ANTERIOR (...), ¿REALIZÓ ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? (Sin contar los quehaceres del hogar)

1. Sí → **PASE A 411**
2. No

404. LA SEMANA ANTERIOR (...), REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO:

01. ¿Realizó labores en su terreno o cuidó sus animales?
02. ¿Trabajó en algún negocio propio o de familiar?
03. ¿Vendió algún producto, lotería, periódicos, etc.?
04. ¿Cocinó, lavó ropa ajena u otros servicios a particulares?
05. ¿Elaboró tortillas?
06. ¿Hizo comida típica para vender (pupusas, tamales, etc.)?
07. ¿Elaboró algún otro producto en casa para vender?
08. ¿Ayudó a algún familiar en su negocio o trabajó sin remuneración?
09. ¿Realizó alguna otra actividad para obtener ingresos?
10. No realizó ninguna actividad

SI RESPONDE CÓDIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 403 Y ANOTE CÓDIGO 1

405 A. AUNQUE YA ME DIJO QUE (...) NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

1. Sí → **PASE A 406** 2. No

405 B. ¿TIENE (...) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

1. Sí → **PASE A 412**
2. No → **PASE A 407**

406. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE (...) NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR?

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. Huelgas o paro laboral
05. Cambio de turno
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

Si responde del 1 al 5, ¿cuántas semanas al año dejó de trabajar?

Si dejó de trabajar menos de 5 días, anotar número de días

SI CONTESTÓ DEL 1 AL 5 PASE A 412

406 A. ¿DURANTE ESE PERÍODO DE AUSENCIA (...) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA?

1. Sí → **PASE A 412** 2. No

406 B. ¿EN CUÁNTO TIEMPO (...) REGRESARÁ A ESE MISMO TRABAJO?

1. Ya se incorporó o regresará en esa misma semana } **PASE A 412**
2. En cuatro semanas o menos } **PASE A 412**
3. En más de 4 semanas
4. No hay seguridad de que regrese o cuándo reinicie su actividad
5. No regresará
6. No sabe

DESOCUPADOS(AS)

407. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES (...), ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?

1. Sí 2. No → **PASE A 409**

408. ¿QUÉ HIZO (...) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?

1. Estableció contacto con oficinas de empleo
2. Gestionó directamente con empleadores
3. Gestionó en lugar de trabajo, fincas, granjas, etc.
4. Gestionó valiéndose de amigos(as) y familiares
5. Puso aviso o respondió ofertas aparecidas en periódicos o en sitios de internet
6. Buscó terreno, edificio, etc. para establecer su propia empresa o negocio
7. Gestionó para obtener recursos financieros y establecer su propia empresa o negocio
8. Otros_____ **(Especifique)**

} **PASE A 409 A**

9. No hizo nada → **REGRESE A 407 Y ANOTE CÓDIGO 2**

409. ¿POR QUÉ (...) NO BUSCÓ TRABAJO?

01. Creía que no había trabajo disponible en la zona
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

} **PASE A 409 A**

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 444**

17. Ya encontró trabajo que empezará pronto } **PASE A 409 A**
18. Espera respuesta del empleador(a) } **PASE A 409 A**
19. Si buscó trabajo → **REGRESE A 407 Y ANOTE CÓDIGO 1**

SI RESPONDIO ITEM DE 08 A 16 Y TIENE EDAD ENTRE 5 A 17 AÑOS PASE A PREGUNTA 410

409 A. 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

410. ¿(...) HA TRABAJADO ANTES?

1. Sí → **PASE A 436**
2. No → **PASE A 444**

SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS PASE A 445 F

OCUPADOS(AS)

OCUPACIÓN PRINCIPAL

411. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJÓ EFECTIVAMENTE (...) LA SEMANA ANTERIOR?

	Jornada	Horas	Días	Jorn.
A. De lunes a viernes	1. De 7 a.m. a 6 p.m.			
B. De sábado a domingo	2. De 6 p.m. a 7 a.m.			
	3. Mixta			

SI RESPONDIO 40 HORAS O MÁS PASE A 413 A

412. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA (...) HABITUALMENTE A LA SEMANA?

	Jornada	Horas	Días	Jorn.
A. De lunes a viernes	1. De 7 a.m. a 6 p.m.			
B. De sábado a domingo	2. De 6 p.m. a 7 a.m.			
	3. Mixta			

SI RESPONDIO 40 HORAS O MÁS PASE A 413 A

SECCIÓN 4. EMPLEO E INGRESO

413. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS?

01. No desea trabajar más horas
02. Reducción de actividad o falta de trabajo
03. Sólo encontró trabajo a tiempo parcial
04. Jornada habitual de trabajo
05. Razones familiares
06. Tiene otro trabajo
07. Por estudios
08. Por enfermedad o accidente
09. Inhabilitado(a) por hecho violento
10. Por Trabajo doméstico y cuidado
11. Otros_____
(Especifique)

PASE A 414

413 A. ¿POR QUÉ RAZÓN (...) TRABAJA 40 O MÁS HORAS EN LA SEMANA?

1. Jornada habitual de trabajo
2. Porque se lo exigen en el trabajo
3. Para ganar más
4. Porque es negocio propio y tiene que estar presente
5. Por temor a que lo despidan
6. Porque le gusta trabajar más horas
7. Otros_____
(Especifique)

414. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE (...) REALIZA?

_____

_____

415. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA?

_____

_____

416. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA?

_____

_____

_____
NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)

417. ¿EN SU EMPLEO (...) TRABAJA:

		1. SÍ	2. NO
1. Con herramientas peligrosas? (cortopunzantes, máquinas en movimiento, etc.)	1	1	2
2. Con químicos? (pinturas, salas de belleza, pesticidas, etc.)	2	1	2
3. Llevando cargas pesadas?	3	1	2
4. En ambiente con gases, fuego?	4	1	2
5. En ambiente con polvo, humo?	5	1	2
6. Con explosivos?	6	1	2
7. En alturas?	7	1	2
8. Bajo el agua, en altamar o en manglares?	8	1	2
9. Bajo tierra?	9	1	2
10. Con temperaturas o humedad extrema?	10	1	2
11. En ambiente bullicioso?	11	1	2
12. Con luz insuficiente?	12	1	2
13. Mota u otras partículas?	13	1	2
14. Otros?_____ **(Especifique)**	14	1	2
15. Riesgo de accidentes graves?	15	1	2
16. Agresiones verbales o amenazas?	16	1	2

SI RESPONDE CÓDIGO 2 EN TODAS LAS PREGUNTAS PASE A 418

417 A. PARA PROTEGERLO(A) DE ESAS CONDICIONES, ¿SE PROVEE O LE PROVEEN A (...) MEDIDAS O EQUIPO DE SEGURIDAD?

1. Sí
2. No

418. ¿EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (...) TRABAJA EN CALIDAD DE:

01. Empleador(a) o patrono(a)?
02. Cuenta propia con local?
03. Cuenta propia sin local?
04. Cooperativista?
05. Familiar no remunerado?
06. Asalariado(a) permanente? → **PASE A 419**
07. Asalariado(a) temporal?
08. Aprendiz?
09. ¿Servicio doméstico?
10. Otros_____
(Especifique)

418 A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO TRABAJA COMO EMPLEADO PERMANENTE?

1. Porque no encuentro trabajo asalariado
2. Porque necesito flexibilidad con el tiempo
3. Porque tengo que cuidar hijos/familiares
4. Porque ganó más así
5. Porque no me gusta ser asalariado
6. Por trabajar con la familia
7. Porque no me lo permite alguien de la familia
8. Por cuidar la casa/bienes debido a la inseguridad
9. Otros_____
(Especifique)

SI CONTESTÓ ITEMS DEL 1 AL 5 EN 418, PASE A 421

419. ¿HA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?

1. Sí, duración indefinida
2. Sí, por un plazo fijo
3. Sí, contrato de prueba
4. Sí, para realizar un servicio
5. Sí, contrato para interinato
6. Sí, otro tipo de contrato
7. No
8. NS/NR

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL ES LA DURACIÓN DE SU CONTRATO? MESES

SI PREGUNTA 418 ES 9 PASE A PREGUNTA 422

420. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (...)?

1. Privado
2. Público
3. Organismo internacional
4. Otros_____
(Especifique)

421. ADEMÁS DE (...) ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA?
(Anotar la cantidad de personas)

MÁS DE 998 ANOTAR 998

422. ¿(...) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?

		1. Sí, afiliado	2. Sí, cotizante	3. No
A. ISSS?	A	1	2	3
B. Bienestar Magisterial?	B	1	2	3
C. IPSFA?	C	1	2	3
D. Colectivo?	D	1	2	3
E. Individual (Privado)?	E	1	2	3
F. AFP?	F	1	2	3
G. INPEP?	G	1	2	3

SI PREGUNTA 418 ES 1 A 3 PASE A PREGUNTA 426

INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE

423. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (...) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?

1. Diaria
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Por obra o destajo (promedio mensual)
6. No recibe salario en efectivo →

Pase a 425, si en pregunta 418 responde códigos 5 u 8

424. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ (...) EN EL ÚLTIMO [PERÍODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL? $ _____

¿LE DEDUCEN DE SU SUELDO O SALARIO EL IMPUESTO SOBRE LA RENTA? 1. SÍ 2. NO 3. NS/NR

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO

425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO, ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

		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_____ (Especifique)	12		

SÓLO PARA CÓDIGO 6 Ó 7 EN PREGUNTA 418

425 A. ¿HA PARTICIPADO EN ALGÚN CURSO EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA?

1. Sí 2. No 3. NS/NR

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?

1. Sí 2. No 3. NS/NR

SI EN 418 ES CÓDIGOS DEL 04 AL 10 PASE A 426 A

INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE

426. ¿LA ACTIVIDAD QUE REALIZA (...) LA EFECTÚA:

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 u oficina de clientes?

426 A. EN LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA, ¿LLEVAN CONTABILIDAD?

1. Sí con registros completos
2. Sólo de ingresos y gastos
3. No
4. NS/NR

426 B. ¿EL NEGOCIO O EL LUGAR DONDE TRABAJA, ¿ESTÁ REGISTRADO EN LAS OFICINAS DE IMPUESTOS Y/O DE SEGURIDAD SOCIAL?

	1. SÍ	2. NO	3. NS
A. Oficinas de impuestos	1	2	3
B. Seguridad social	1	2	3

SI PREGUNTA 418 ES 4 A 9 PASE A PREGUNTA 432

SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO(A) YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 431. A

427. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE (...) INGRESO POR LA VENTA DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS DE SU EMPRESA, ESTABLECIMIENTO O NEGOCIO?

1. Diaria
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimensual
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual
9. Por obra o destajo (promedio mensual)

428. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO [PERÍODO] DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)? $

429. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL [PERÍODO] DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE (...)? $

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?

1. Sí 2. No → **PASE A 431 A**

431. ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS POR (...) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR? $

431 A. ¿CUÁL ES EL TIPO DE PROPIEDAD DE LA EMPRESA/ NEGOCIO DONDE TRABAJA?

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)

EMPLEO SECUNDARIO

432. ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿TIENE (...) OTRO TRABAJO?

1. Sí
2. No → **PASE A 444**

433. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ (...) LA SEMANA ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA? HORAS

434. ¿CUÁL FUE EL INGRESO NETO O SALARIO QUE RECIBIÓ (...) EL MES ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA? $

435. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO, ¿RECIBIÓ (...) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

		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_____ (Especifique)	12		

EMPLEO SECUNDARIO U OCUPACIÓN ANTERIOR

436. ¿CUÁL ES(ERA) LA OCUPACIÓN QUE (...) DESEMPEÑA(BA)?

_____

_____

_____

437. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE (...) DESEMPEÑA(BA) EN DICHA OCUPACIÓN?

_____

_____

_____

438. ¿A QUÉ SE DEDICA(BA) LA EMPRESA O INSTITUCIÓN PARA LA CUAL TRABAJA(BA)?

_____

_____

_____

NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)

439. ADEMÁS DE (...), ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJA(N)(BAN) EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA?

MÁS DE 998 ANOTAR 998

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO

SI VIENE POR EMPLEO SECUNDARIO PASE A 444

440. ¿EN SU TRABAJO ANTERIOR (...) TRABAJABA EN CALIDAD DE:

01. Empleador(a) o patrono(a)?
02. Cuenta propia con local?
03. Cuenta propia sin local?
04. Cooperativista?
05. Familiar no remunerado(a)?

} **PASE A 443**

06. Asalariado(a) permanente?
07. Asalariado(a) temporal?
08. Aprendiz?
09. Servicio doméstico?
10. Otros_____ **(Especifique)**

441. ¿HABÍA FIRMADO (...) CONTRATO DE TRABAJO?

1. Sí
2. No

SI PREGUNTA 440 ES 9 PASE A PREGUNTA 443

442. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJABA (...)?

1. Privado
2. Público

443. ¿POR QUÉ DEJÓ (...) SU OCUPACIÓN ANTERIOR?

01. Ganaba poco
02. Cerró el establecimiento o finalizó el trabajo
03. Enfermedad o accidente
04. Inhabilitado(a) por hecho violento
05. Se redujo el personal
06. Terminó su contrato de trabajo
07. Por política de reducción del Gobierno
08. Quería estudiar
09. Se jubiló o pensionó
10. Debía realizar tareas del hogar
11. Consiguió un trabajo remunerado
12. Porque recibe remesa
13. Acoso laboral (incluye acoso sexual)
14. Otros_____ **(Especifique)**

OTROS INGRESOS NO LABORALES

444. ¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS RECIBIÓ (...) INGRESOS POR:

		MONTO ($)	VECES AL AÑO
1. Remesas de familiares desde el exterior?	1		
2. Ayuda de familiares o amigos(as) que residen en el país?	2		
3. Cuota alimenticia?	3		
4. Alquiler de viviendas?	4		
5. Alquiler de negocios o máquinas?	5		
6. Alquiler de terrenos?	6		
7. Jubilación, pensión de invalidez o vejez?	7		
8. Depreciación de vehículo?	8		
9. Pensión por sobrevivencia?	9		
10. Ahorros?	10		
11. Otros ingresos mensuales?_____ **(Especifique)**	11		

OTROS INGRESOS ANUALES

445. ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (...) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE?

		MONTO ($)
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 del exterior	9	
10. Remesas eventuales locales	10	
11. Aguinaldo	11	
12. Otros_____ **(Especifique)**	12	

SI PREGUNTA 410 ES 2 O SI EN 409 CONTESTÓ ÍTEMS DEL 08 AL 16 PASE A PREGUNTA 445 F

445 A. ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A TRABAJAR?

445 B. ¿ES (...) MIEMBRO ACTIVO(A) DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES?

		1. SÍ	2. NO
A. Cooperativa	A	1	2
B. Sindicato	B	1	2
C. Asociación gremial	C	1	2
D. Asociación profesional	D	1	2
E. Asociación de empresas	E	1	2
F. Otro_____ **(Especifique)**	F	1	2

445 C. ¿HAY ALGUNA ÉPOCA DEL AÑO EN QUE (...) (POR SU OCUPACIÓN) NO SE CONSIGUE TRABAJO?

1. Sí 2. No → **PASE A 445 E**

445 D. ¿CUÁNTOS DÍAS PASA SIN TRABAJAR EN ESA ÉPOCA DEL AÑO?

1. 1 a 14 días
2. 15 a 30 días
3. 1 a 2 meses
4. 3 a 4 meses
5. 5 a 6 meses
6. Más de 6 meses

445 E. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS HA PASADO SIN PODER TRABAJAR CONTRA SU VOLUNTAD?

1. Ninguno
2. 1 a 14 días
3. 15 a 30 días
4. 1 a 2 meses
5. 3 a 6 meses

445 F. DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿CUÁNTO TIEMPO DEDICÓ A:

	HORAS	MINUTOS
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?		

SI RESPONDIÓ CÓDIGO 2 EN 410 Y LA EDAD ES DE 5 A 9 AÑOS FINALICE SECCIÓN

ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DEL HOGAR POR TRABAJO

446 LA SEMANA ANTERIOR, EL ALIMENTO O BEBIDA QUE CONSUMIÓ (...) FUERA DE SU HOGAR CORRESPONDIÓ A:	Sí	NO	447 ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA?	448 GENERALMENTE, ¿CUÁNTO PAGÓ EN PROMEDIO CADA VEZ? MONTO Dólares	Centavos
1. ¿Desayuno?	1	2			
2. ¿Almuerzo?	1	2			
3. ¿Cena?	1	2			
4. ¿Refrigerio?	1	2			
5. ¿Otros?_____ **(Especifique)**	1	2			

OTROS GASTOS POR ACTIVIDADES LABORALES

449 ¿LA SEMANA ANTERIOR TUVO (...) GASTOS EN:	Sí	NO	450 ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA?	451 GENERALMENTE, ¿CUÁNTO PAGÓ EN PROMEDIO CADA VEZ? MONTO Dólares	Centavos
1. Transporte público?	1	2			
2. Teléfono público?	1	2			
3. Combustible, reparación de vehículo?	1	2			
4. Hospedaje?	1	2			

452. ¿DURANTE EL CICLO AGRÍCOLA 2018/2019 TUVO (...) EN POSESIÓN (PROPIETARIO) TIERRA CON VOCACIÓN AGROPECUARIA?

1. Sí → N° de manzanas
2. No

453. EN EL CICLO AGRÍCOLA 2018/2019, ¿HA REALIZADO (...) ACTIVIDADES AGROPECUARIAS COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA?

1. Sí
2. No realizó actividades agropecuarias

} **PASE A SECCIÓN 5**

3. Sólo con producción de patio → **PASE A 513**
4. No → **PASE A SECCIÓN 6**

SECCION 5: ACTIVIDAD DE PRODUCCIÓN AGROPECUARIA

501. N° DE ORDEN DE LA TRH		NOMBRE:	502. N° DE TRH DEL INFORMANTE	

CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD AGROPECUARIA TRABAJADA DURANTE EL CICLO AGRICOLA 2018/2019 (01/05/2018 AL 30/04/2019)

503. EN RELACIÓN A LA TENENCIA DE LA TIERRA QUE TRABAJÓ (...) ES:

1. Propietario(a) → **PASE A 1.1**
   N° de orden del propietario(a) →
2. Arrendatario(a)
3. Colono(a)
4. Cooperativista
5. Aparcero(a) (censo)
6. Ocupante gratuito
7. No utilizó tierra → **PASE A 506**
8. Otra forma_____
   (Especifique)

A

B

1.1 (SI 503 ES CÓDIGO 1), ¿TIENE (...) TÍTULO DE PROPIEDAD INSCRITO EN EL CENTRO NACIONAL DE REGISTRO?

1. Sí 2. No 3. No sabe → **PASE A 504** — 1.1

1.2 ¿SE SIENTE SEGURO(A) (...) DE LA PROPIEDAD DE SU TIERRA?

1. Sí → **PASE A 504** 2. No — 1.2

1.3 ¿QUIÉN RECLAMARÍA SU TIERRA?

1. Hermano
2. Otros parientes
3. Vecino(a)
4. Expropietario(a)
5. Arrendatario(a)
6. Banco
7. Esposo(a)/Compañero(a) de vida
8. Hijos(as)
9. Otros_____ **(Especifique)**

1.3

504. ¿CUÁL ES LA SUPERFICIE TOTAL EN MANZANAS DE LA EXPLOTACIÓN AGROPECUARIA QUE POSEE (...)? **MANZANAS**

505. ¿CUÁL ES LA SUPERFICIE CON...

1. Cultivo? — 1
2. Pastos naturales? — 2
3. En descanso? — 3
4. Bosque o matorrales? — 4
5. Dada en arrendamiento? — 5
6. Con infraestructura bajo techo (invernaderos, granjas, establos, etc.)? — 6
7. Otro tipo de infraestructura (corrales, bebederos, etc.)? — 7
7.1. Sin tierra (pecuaria)? — 7.1
8. Otros?_____ **(Especifique)** — 8

506. ¿A QUÉ ACTIVIDAD AGROPECUARIA SE DEDICÓ (...)?

01. Agrícola
02. Forestal
03. Pecuaria
04. Agrícola-forestal
05. Agrícola-pecuaria
06. Forestal-pecuaria
07. Agrícola-forestal-pecuaria
08. Piscícola
09. Apicultura
10. No especificada

¿CUÁNTOS NIÑOS(AS) Y/O ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS DEL HOGAR PARTICIPAN EN ESTA ACTIVIDAD?

507. ¿SOLICITÓ (...) CRÉDITO PARA LA ACTIVIDAD AGROPECUARIA QUE REALIZÓ?

1. Sí 2. No → **PASE A 510**

508. ¿OBTUVO (...) EL CRÉDITO SOLICITADO?

1. Sí 2. No 3. En trámite

509. ¿A QUIÉN SOLICITÓ (...) EL CRÉDITO?

01. Banco privado
02. Banco de Fomento Agropecuario (BFA)
03. Banco Hipotecario
04. Caja de crédito rural
05. Compradores de cosecha
06. Cooperativa
07. Prestamista
08. Intermediario(a)
09. Familiares o amigos(as)
10. ONG's
11. Agroservicio
12. Otros_____ **(Especifique)**

510. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO (PERÍODO) AGROPECUARIO 2018/2019?

511. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL (PERÍODO) AGROPECUARIO 2018/2019?

PRODUCCIÓN AGROPECUARIA EN EL PATIO DE LA VIVIENDA

512. ¿EN EL PATIO DE SU VIVIENDA (...) DESTINÓ UN ESPACIO FÍSICO PARA EL CULTIVO DE GRANOS, FRUTAS, HORTALIZAS O CRIANZA DE ANIMALES?

1. Sí 2. No → **FINALICE SECCIÓN**

513. ¿QUÉ TIPO DE CULTIVO (GRANOS, FRUTALES U HORTALIZAS) O CRIANZA DE ANIMALES REALIZÓ (...)? (DETALLAR ÁREA UTILIZADA)

		m²			CANTIDAD
A. GRANOS	A		C. FRUTALES	C	
B. HORTALIZAS	B		D. ANIMALES	D	

514. ¿UTILIZÓ ESTA PRODUCCIÓN (...) PARA EL CONSUMO DEL HOGAR O PARA SU COMERCIALIZACIÓN?

1. CONSUMO DEL HOGAR → **PASE A PREGUNTA 515 A**
2. COMERCIALIZACIÓN → **PASE A PREGUNTA 515 B**
3. AMBOS → **CONTESTE 515 A Y 515 B**
4. NO APLICA → **FINALICE SECCIÓN**

515 A. ¿EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE ESTOS PRODUCTOS? (CONSUMO DEL HOGAR) $

515 B. ¿A CUÁNTO ASCIENDE EL INGRESO POR LA VENTA DE LOS PRODUCTOS? (COMERCIALIZACIÓN) $

SECCIÓN 6: SALUD

APLICA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nº DE ORDEN	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	601 ¿TIENE (...) ALGÚN SEGURO MÉDICO?	602 EN EL MES ANTERIOR, ¿CUÁL FUE EL SÍNTOMA, ENFERMEDAD O LESIÓN MÁS RECIENTE QUE TUVO (...)?	603 EN EL MES ANTERIOR, ¿A QUIÉN CONSULTÓ (...)?	604 EN EL MES ANTERIOR, ¿EN QUÉ LUGAR CONSULTÓ O ATENDIERON A (...)?	605 ¿CUÁNTO FUE EL GASTO DE (...) EN: A. Consulta? B. Análisis de laboratorio? C. Rayos X? D. Otros exámenes? (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)
		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 610**	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 **SI RESPONDIÓ CÓDIGOS 6 Ó 7 PASE A 610**	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)**	**Códigos para cobertura:** 1. MINSAL 2. Bienestar Magisterial 3. Hospital Militar 4. ISSS 5. Seguro privado 6. Otros_____ **(Especifique)** 7. Hospital o clínica particular

SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1

Nº DE ORDEN	A		B		C		D	
	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución	Gasto del hogar	Institución
01	1		1		1		1	
02	1		1		1		1	
03	1		1		1		1	
04	1		1		1		1	
05	1		1		1		1	
06	1		1		1		1	
07	1		1		1		1	
08	1		1		1		1	
09	1		1		1		1	
10	1		1		1		1	
11	1		1		1		1	
12	1		1		1		1	
13	1		1		1		1	
14	1		1		1		1	
15	1		1		1		1	
16	1		1		1		1	
17	1		1		1		1	
18	1		1		1		1	
19	1		1		1		1	

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 6: SALUD

APLICA PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nº DE ORDEN		606	607	608	609									610				611
	ANOTAR NOMBRE DE LA PERSONA	¿(...) ESTUVO HOSPITALIZADO(A)? 1. Sí 2. No → Pase a 610	¿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_____ (Especifique) 7. Hospital o clínica particular									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_____ (Especifique) 7. Hospital o clínica particular (Incluya gastos propios del hogar, donados y otros)					Si en pregunta 603 contestó del 4 al 7, o en 604 contestó del 7 al 12 continúe, caso contrario pase a 612 ¿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)
					SI NO GASTÓ, ENCIERRE EL CÓDIGO 1									SI CONTESTÓ CÓDIGO 10 EN 602, 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

612

SI ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR SE ENFERMARA Y NECESITARA ATENCIÓN MÉDICA, ¿ADÓNDE ASISTIRÍA?

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

} **TERMINE SECCIÓN**

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**

613

¿POR QUÉ NO ASISTIRÍA A UN CENTRO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA?

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
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**

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 7: REMESAS FAMILIARES Y OTRAS TRANSACCIONES DEL HOGAR

701. N° DE ORDEN DE LA TRH:		NOMBRE:

702. ACTUALMENTE, ¿ALGÚN(A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR O QUE FUE PARTE DE ÉSTE RESIDE EN EL EXTRANJERO?

1. Sí 2. No

703. USTED O ALGÚN(A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR, ¿RECIBE REGULARMENTE AYUDA ECONÓMICA EN DINERO O EN ESPECIE PROCEDENTE DE FAMILIARES O AMIGOS(AS) RESIDENTES EN EL EXTRANJERO?

1. Sí, en divisas
2. Sí, en especie → **PASE A 706**
3. Sí, ambos
4. Recibe de manera eventual → **PASE A 705**
5. No recibe → **FINALICE SECCIÓN**
6. Recibe de manera eventual y en divisas

704.

a.1 ¿CUÁNTO EN EFECTIVO (BILLETES)? — **a.1 $**

a.2 FRECUENCIA — **a.2**

b.1 ¿CUÁNTO EN OTROS MECANISMOS (TRANSFERENCIAS BANCARIAS)? — **b.1 $**

b.2 FRECUENCIA — **b.2**

CÓDIGOS DE PERIODICIDAD CON QUE RECIBE LA AYUDA

1. Anual
2. Semestral (2 veces al año)
3. Trimestral (4 veces al año)
4. Bimensual (6 veces al año)
5. Mensual
6. Quincenal
7. Otros_____ **(Especifique)**

705. ¿QUÉ DESTINO LE DA A LA AYUDA RECIBIDA EN EFECTIVO?
(Anote cantidad en dólares)

		EVENTUAL ($)	DIVISAS ($)
1. Consumo (alimento, vestido)	1		
2. Vivienda (construcción y reparación)	2		
3. Vivienda cuota alquiler	3		
4. Vivienda cuota compra	4		
5. Negocio (comercio)	5		
6. Gastos médicos consulta permanente	6		
7. Gastos médicos internación	7		
8. Otros gastos médicos permanente (exámenes, medicinas, etc.)	8		
9. Gastos médicos consulta eventual	9		
10. Otros gastos médicos eventuales (exámenes, medicinas, etc.)	10		
11. Gastos en educación	11		
12. Compra de insumos agrícolas	12		
13. Inversión con fines turísticos	13		
14. Pago de compromisos de miembros que residen en el extranjero	14		
15. Ahorro	15		
16. Otros_____ **(Especifique)**	16		

706. EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿HA RECIBIDO AYUDA EN ESPECIE:

1. Sí → **¿Cuál es el monto estimado de lo recibido?**
2. No

1. SÍ 2. NO

MONTO

$

SECCIÓN 8: CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR

(SÓLO PARA EL(LA) JEFE(A) DE HOGAR O PERSONA ENCARGADA DEL GASTO DEL HOGAR)

801. NÚMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE

	802		803		804	805	806		807
	LA SEMANA PASADA (LUNES A DOMINGO), ¿COMPRARON U OBTUVIERON LOS SIGUIENTES ALIMENTOS O BEBIDAS? 1. Sí, comprados o adquiridos en la semana pasada 2. Sí, comprados o adquiridos antes de la semana pasada 3. No **Excluye: (i) gasto de consumo destinado a personas no miembros de este hogar; (ii) gasto para el negocio; (iii) regalos dados, y (iv) donaciones dadas.**		¿CÓMO LO OBTUVO? 1. Comprado 2. Autoconsumo 3. Autosuministro 4. Ayuda familiar 5. Ayuda del Estado 6. Ayuda privada		¿CUÁNTAS VECES REALIZA ESTE GASTO O LO ADQUIERE A 1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. Cuatro veces 5. Cinco veces 6. Seis veces 7. Todos los días 8. Toda la semana	¿EN CUÁNTOS DÍAS CONSUME EL BIEN O PRODUCTO	¿CUÁL FUE EL GASTO TOTAL DE LOS ALIMENTOS QUE COMPRÓ O ADQUIRIÓ?		PRINCIPAL LUGAR DE 01. Supermercado 02. Mercado 03. Tienda informal 04. T. especializada 05. Almacén 06. Restaurante 07. Cafetín 08. Comedor 09. Chalet 10. Carrito 11. Ambulante 12. Otros_____ (Especifique
		Código	A	B			Dólares	Centavos	
0111	Pan y cereales								
0112	Carne								
0113	Pescado								
0114	Leche, queso y huevos								
0115	Aceites y grasas								
0116	Frutas								
0117	Legumbres-Hortalizas								
0118	Azúcar, mermelada, miel, chocolate y dulces de azúcar								
0119	Productos alimenticios n.e.p.								
0121	Café, té y cacao								
0122	Aguas minerales, refrescos, jugos de frutas y de legumbres								
021	Bebidas alcohólicas								
022	Tabaco								
111	Servicios de suministro de comidas por contrato								
	Otros								
	SUMA DE GASTO DE CONSUMO SEMANAL TOTAL								

	808		809	810			811		
	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ESTE HOGAR HA REALIZADO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES GASTOS:		¿CON QUÉ FRECUENCIA LO 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimensual 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual	¿LO OBTUVO POR: 1. Compra? 2. Autoconsumo? 3. Autosuministro? 4. Ayuda familiar? 5. Ayuda del Estado? 6. Ayuda privada? 7. Otros?			¿CUÁL FUE EL VALOR DE:		
		1. SÍ 2. NO		A	B	C	Gasto?	Autoconsumo? Autosuministro?	Ayuda?
031	Prendas de vestir								
032	Calzado								
043	Conservación y reparación de la vivienda								
051	Muebles y accesorios, alfombras y otros materiales para pisos								
052	Productos textiles para el hogar								
053	Artefactos para el hogar								
054	Artículos de vidrio y cristal, vajilla y utensilios para el hogar								
055	Herramientas y equipo para el hogar y el jardín								
056	Bienes y servicios para conservación ordinaria del hogar								
061	Productos, artefactos y equipo médicos								
071	Adquisición de vehículos								
072	Funcionamiento de equipo de transporte personal								
073	Servicios de transporte								
082	Equipo telefónico y de facsímile								
091	Equipo audiovisual, fotográfico y de procesamiento de información								
093	Otros artículos y equipo para recreación, jardines y animales domésticos								
094	Servicios de recreación y culturales								
096	Paquetes turísticos								
112	Servicios de alojamiento								
121	Cuidado personal								
123	Efectos personales n.e.p.								
124	Protección social								
125	Seguros								
127	Otros servicios n.e.p.								

SECCIÓN 10: TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS

1001	1002		1003	1004	1005	1006		1007
N° DE ORDEN	**A. ¿UTILIZA (…) TELÉFONO CELULAR?** 1. Sí 2. No **B. ¿UTILIZA (…) COMPUTADORA?** 1. Sí 2. No		**¿UTILIZA (…) INTERNET?** 1. Sí 2. No } **PASE A SIGUIENTE MIEMBRO** 3. No sabe } **PASE A SIGUIENTE MIEMBRO**	**¿DÓNDE UTILIZÓ (…) EL SERVICIO DE INTERNET MÁS FRECUENTEMENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** 1. Hogar 2. Trabajo 3. Centro educativo 4. Centros de acceso gratis 5. Ciber café (Pagado) 6. Casa de un pariente, amigo(a) o vecino(a) 7. Cualquier lugar mediante teléfono celular móvil 8. Cualquier lugar mediante otros dispositivos de acceso móviles 9. Otros_____ **(Especifique)**	**¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZÓ (…) EL SERVICIO DE INTERNET EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** 1. Al menos una vez al día 2. Al menos una vez a la semana, pero no todos los días 3. Al menos una vez al mes, pero no cada semana 4. No sabe	**¿CUÁNTAS HORAS POR SEMANA UTILIZÓ (…) EL SERVICIO DE INTERNET EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** 1. Número de horas promedio por semana 2. No sabe → **PASE A 1007**		**¿PARA QUÉ SERVICIOS Y/O ACTIVIDADES UTILIZÓ (…) MÁS FRECUENTEMENTE EL INTERNET EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** 01. Comunicación (e-mail, chat) 02. Obtener información sobre bienes y servicios 03. Comprar/Ordenar productos o servicios 04. Actividades relacionadas con la salud 05. Actividades relacionadas con educación e investigación 06. Llamadas telefónicas utilizando el Protocolo de Internet 07. Obtención de información sobre organizaciones gubernamentales 08. Uso de banca electrónica u otros servicios financieros 09. Publicación de información o de mensajes instantáneos 10. Uso o descarga de juegos de video o computadora 11. Descarga de películas, imágenes, música y videos o programas de tv o radio 12. Descarga de programas informáticos 13. Lectura o descarga de periódicos o revistas en línea, libros electrónicos 14. Otros
	A	B				1 Ó 2	HORAS	

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 11

ALIMENTACIÓN

1101. 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?

1. Sí 2. No

1102. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR SE QUEDARON SIN ALIMENTOS?

1. Sí 2. No

1103. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ EN SU HOGAR DEJARON DE TENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?

1. Sí 2. No

1104. 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?

1. Sí 2. No

1105. 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?

1. Sí 2. No

1106. 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?

1. Sí 2. No

1107. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SINTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?

1. Sí 2. No

1108. 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?

1. Sí 2. No

PREGUNTAS 1109 A 1115 SÓLO PARA MENORES DE 18 AÑOS

1109. 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?

1. Sí
2. No

1110. 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?

1. Sí
2. No

1111. 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?

1. Sí
2. No

1112. 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?

1. Sí
2. No

1113. 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?

1. Sí
2. No

1114. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS, ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR SINTIÓ HAMBRE PERO NO COMIÓ?

1. Sí
2. No

1115. 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?

1. Sí
2. No

SECCIÓN 11

ESPARCIMIENTO

1116			1117		1118
¿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 1119			**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 1118) (Si responde "Sí en todos los espacios de recreación pasar a 1119)		**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_____
	1. SÍ	**2. NO**	**1. SÍ**	**2. NO**	**Especifique**
1. Cancha deportiva?	1	2	1	2	
2. Parque o zona verde?	1	2	1	2	
3. Áreas de juegos para niños(as)?	1	2	1	2	
4. Casa comunal?	1	2	1	2	
5. Otros?_____	1	2	1	2	
Especifique					

SEGURIDAD

1119. 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**
1. Alguien entró a su casa sin permiso y usando la fuerza robó o intentó robar algo?	1	1	2
2. Robo o asalto en la calle, autobús, negocio u otro lugar público o privado?	2	1	2
3. Robo de vehículo?	3	1	2
4. Daño a la propiedad, incluyendo grafitis, rayones en vehículos, etc.?	4	1	2
5. Engaño o estafa donde no le entregaron lo prometido?	5	1	2
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			

1120. CONSIDERANDO LA SEGURIDAD, EN SU COLONIA O COMUNIDAD, ¿LOS MIEMBROS DEL HOGAR:	**1. SÍ**	**2. NO**	**3. N/A**
1. Pueden salir de noche?	1	2	
2. Pueden tener un negocio?	1	2	
3. Pueden dejar sola la casa?	1	2	
4. Pueden dejar salir a los niños a jugar?	1	2	3
5. Pueden las mujeres transitar con libertad?	1	2	3