



SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS

PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿Cuál es el nombre y apellido de cada una de las personas que viven habitualmente en este hogar (empezando por el/la Jefe/a del Hogar)? NO OLVIDE REGISTRAR A LOS TEMPORALMENTE AUSENTES, NIÑOS, RECIÉN NACIDOS, ANCIANOS, ALOJADOS Y EMPLEADAS/OS DEL HOGAR CAMA ADENTRO Y SUS PARIENTES 1.1 ANOTE EL NÚMERO TOTAL DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR QUE FUERON LISTADOS <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; border: 1px solid black;"> RESIDENTE HABITUAL: TODA PERSONA QUE HABITUALMENTE VIVE EN LA VIVIENDA O QUE ESTUVO AUSENTE POR UN PERIODO MENOR A LOS 3 MESES O QUE, SI LA PERMANENCIA ES MENOR A 3 MESES, ESTÁ DISPUESTA A FIJAR SU RESIDENCIA HABITUAL EN ESA VIVIENDA. </div>	2. ¿Es hombre o mujer? 1. Hombre 2. Mujer	3. ¿Cuántos años cumplidos tiene? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> SI TIENE MENOS DE 1 AÑO ANOTE 00 SI TIENE 98 AÑOS O MÁS ANOTE 98 </div>	4. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?		
	1	2	3	Día	Mes	Año
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

SECCIÓN 1 VIVIENDA

PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>1. La vivienda es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casa 2. Choza/ Pahuichi 3. Departamento 4. Cuarto(s) o habitación(es) suelta(s) <input style="float: right;" type="checkbox"/> 5. Vivienda improvisada o vivienda móvil 6. Local no destinado para habitación 	<p>7. ¿Las paredes interiores de esta vivienda tienen revoque?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. No <input style="float: right;" type="checkbox"/> 	<p>13. ¿Me podría mostrar el lugar dónde los miembros de su hogar se lavan más frecuentemente las manos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OBSERVADO <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. NO OBSERVADO
<p>2. La vivienda que ocupa el hogar es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Propia y totalmente pagada? 2. ¿Propia y la están pagando? 3. ¿Alquilada? 4. ¿En contrato Mixto (alquiler y anticrético)? <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREG. 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. ¿En contrato anticrético? 6. ¿Cedida por servicios? 7. ¿Prestada por parientes o amigos? 8. ¿Otra? (Especifique) <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREG. 5</p>	<p>8. ¿Cuál es el material más utilizado en los techos de esta vivienda?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CALAMINA O PLANCHA 2. TEJA (CEMENTO/ARCILLA/FIBROCEMENTO) 3. LOSA DE HORMIGÓN ARMADO 4. PAJA/CAÑA/PALMA/BARRO 5. OTRO (Especifique) <input style="float: right;" type="checkbox"/> 	<p>14. El Hogar cuenta con...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Agua limpia? 2. ¿Jabón (en barra, líquido, polvo)? 3. ¿Toalla limpia? <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1. Si 2. No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. La vivienda fue adquirida u obtenida a través de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Programa de Vivienda Social (FONVIS, PVS, AEVIVIENDA, OTROS)? 2. ¿Crédito de Vivienda Regular (CRÉDITO HIPOTECARIO, DE CONSUMO, OTROS)? 3. ¿Crédito de Vivienda de interés social? 4. ¿Usó sus propios recursos (ahorros, ingresos, venta de otros activos, no necesito crédito)? 5. ¿Herencia? 6. ¿Otra forma? (Especifique) <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREG. 5</p>	<p>9. ¿Cuál es el material más utilizado en los pisos de esta vivienda?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TIERRA 2. TABLÓN DE MADERA 3. MACHIHEMBRE/PARQUET 4. ALFOMBRA/TAPIZÓN 5. CEMENTO 6. MOSAICO/BALDOSAS/CERÁMICA 7. LADRILLO 8. OTRO (Especifique) <input style="float: right;" type="checkbox"/> 	<p>15. ¿Qué tipo de baño, servicio sanitario o letrina utilizan normalmente los miembros de su hogar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baño o letrina con descarga de agua 2. Letrina de pozo ciego con piso <input style="float: right;" type="checkbox"/> 3. Pozo abierto (pozo ciego sin piso) 4. Baño ecológico (seco o de compostaje) 5. Ninguno (Arbusto/Campo) <input style="float: right;" type="checkbox"/> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREG. 17</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREG. 19</p>
<p>4. ¿Cuánto paga mensualmente por concepto de alquiler de esta vivienda?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="font-size: small; text-align: center;">SI EN EL ALQUILER SE ENCUENTRA INCLUIDO EL PAGO DE (AGUA, LUZ, GAS, ETC.), CONSIDERAR SOLAMENTE EL PAGO QUE CORRESPONDE AL ALQUILER DE LA VIVIENDA. ASIMISMO, EN CASO DE CONTRATO MIXTO, SOLO ANOTAR EL MONTO CORRESPONDIENTE AL ALQUILER.</p> </div> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="float: right; margin-left: 10px;" type="checkbox"/> PREG. 6</p>	<p>10. ¿Principalmente el agua para beber, proviene de...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cañería de red dentro de la vivienda? 2. Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno? 3. Pileta pública? 4. Cosecha de agua de lluvia? 5. Pozo perforado o entubado, con bomba? 6. Pozo excavado cubierto, con bomba? 7. Pozo excavado cubierto, sin bomba? 8. Pozo excavado no cubierto? 9. Manantial o Vertiente protegida? 10. Río/Acequia/Vertiente no protegida? 11. Agua embotellada? 12. Carro repartidor (Aguatero)? 13. Otro? (Especifique) <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PREG. 12</p>	<p>16. ¿El baño, servicio sanitario o letrina tiene desagüe...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A la red de alcantarillado? 2. A una cámara séptica? 3. A un pozo de absorción? 4. A la superficie (calle/quebrada/río)? 5. No sabe? <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Si tuviese que pagar alquiler, ¿cuánto debería pagar mensualmente por concepto de alquiler de esta vivienda?</p> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>11. Generalmente, ¿cuántas horas al día dispone del servicio de agua? ¿cuántos días a la semana?</p> <p>Hrs/día <input style="width: 30px;" type="text"/> : <input style="width: 30px;" type="text"/> Días/semana <input style="width: 30px;" type="text"/> : <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p>17. ¿El baño, servicio sanitario o letrina es...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usado sólo por su hogar? <input style="float: right;" type="checkbox"/> PREG. 19 2. Compartido con otros hogares? <input style="float: right;" type="checkbox"/>
<p>6. ¿Cuál es el material de construcción más utilizado en las paredes de esta vivienda?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LADRILLO/ BLOQUES DE CEMENTO/ HORMIGÓN 2. ADOBE / TAPIAL 3. TABIQUE/ QUINCHE 4. PIEDRA 5. MADERA 6. CAÑA/ PALMA/ TRONCO 7. OTRO (Especifique) 	<p>12. ¿Cuánto gastan normalmente en agua para uso del hogar al mes?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="font-size: small; text-align: center;">SI EN EL ALQUILER SE ENCUENTRA INCLUIDO EL PAGO DE AGUA POTABLE, EL INFORMANTE DEBERÁ ESTIMAR SÓLO EL PAGO POR ESTE SERVICIO</p> </div> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>18. ¿Cuántos Hogares comparten el baño, servicio sanitario ?</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"><input style="width: 50px;" type="text"/></p>
<p>7. Si tuviese que pagar alquiler, ¿cuánto debería pagar mensualmente por concepto de alquiler de esta vivienda?</p> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>13. ¿Cuánto gastan normalmente en agua para uso del hogar al mes?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="font-size: small; text-align: center;">SI EN EL ALQUILER SE ENCUENTRA INCLUIDO EL PAGO DE ENERGÍA ELÉCTRICA, EL INFORMANTE DEBERÁ ESTIMAR SÓLO EL PAGO POR ESTE SERVICIO</p> </div> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>19. ¿Usa energía eléctrica para alumbrar esta vivienda?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2. No <input style="float: right;" type="checkbox"/> PREG. 21
<p>8. ¿Cuánto gastan normalmente en agua para uso del hogar al mes?</p> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>20. ¿Cuánto gastan normalmente por el servicio de energía eléctrica al mes?</p> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>20. ¿Cuánto gastan normalmente por el servicio de energía eléctrica al mes?</p> <p>Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 100px;" type="text"/></p>

SECCIÓN 1 VIVIENDA

PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>21. ¿Habitualmente que hace con la basura que genera el hogar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LA TIRA AL RIO 2. LA QUEMA 3. LA TIRA EN UN TERRENO BALDÍO O A LA CALLE 4. LA ENTIERRA 5. LA DEPOSITA EN EL BASURERO PÚBLICO O CONTENEDOR 6. UTILIZA EL SERVICIO PÚBLICO DE RECOLECCIÓN (Carro Basurero) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 7. OTRO (Especifique) 	<p>24. ¿Tiene un cuarto sólo para cocinar?</p> <p style="text-align: center;">1. Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2. No</p>	<p>28. De estos cuartos o habitaciones, ¿cuántos usan exclusivamente para dormir?</p> <p style="text-align: right;">Número de dormitorios <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>																		
<p>22. Durante los últimos doce meses, ¿usted o alguno de los miembros de su hogar gastó dinero en: (Monto sin centavos)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">1. Si</th> <th style="width: 15%;">Monto (Bs)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Reparación de techo, paredes, pisos? (incluye pintado)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Reparación de servicio sanitario, tuberías, pozos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3. Reparaciones eléctricas y de seguridad de la vivienda?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4. Otro? (Especifique)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. Si	Monto (Bs)	1. Reparación de techo, paredes, pisos? (incluye pintado)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2. Reparación de servicio sanitario, tuberías, pozos?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	3. Reparaciones eléctricas y de seguridad de la vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	4. Otro? (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<p>25. Principalmente ¿qué tipo de combustible o energía utiliza para cocinar/ preparar sus alimentos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LEÑA 2. GUANO/BOSTA O TAQUIA 3. GAS LICUADO (garrafa) 4. GAS NATURAL POR RED (cañería) 5. OTRO (Especifique) <p style="margin-top: 10px;">6. ELECTRICIDAD <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 7. NO COCINA <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">PREG. 27</p>	<p>29. ¿El hogar dispone de línea telefónica fija?</p> <p style="text-align: center;">1. Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2. No ➔ PREG. 31</p>			
	1. Si	Monto (Bs)																		
1. Reparación de techo, paredes, pisos? (incluye pintado)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
2. Reparación de servicio sanitario, tuberías, pozos?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
3. Reparaciones eléctricas y de seguridad de la vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
4. Otro? (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
<p>23. Durante los últimos doce meses, ¿usted o alguno de los miembros de su hogar gastó dinero en: (Monto sin centavos)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">1. Si</th> <th style="width: 15%;">Monto (Bs)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Construcción y/o ampliación de cuartos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Construcción de cercas o muros</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3. Colocación de machihombre, parquet, alfombra, tapizon?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>4. Colocación de cortinas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>5. Otro? (Especifique)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. Si	Monto (Bs)	1. Construcción y/o ampliación de cuartos?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2. Construcción de cercas o muros	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	3. Colocación de machihombre, parquet, alfombra, tapizon?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	4. Colocación de cortinas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	5. Otro? (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<p>26. ¿Cuánto gastan normalmente en el combustible que utiliza para cocinar al mes?</p> <p style="text-align: center;">Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/></p>	<p>30. ¿Cuánto gastan normalmente por servicio telefónico fijo al mes?</p> <p style="text-align: center;">Monto (Bs) Sin centavos <input style="width: 80px; height: 40px;" type="text"/></p>
	1. Si	Monto (Bs)																		
1. Construcción y/o ampliación de cuartos?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
2. Construcción de cercas o muros	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
3. Colocación de machihombre, parquet, alfombra, tapizon?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
4. Colocación de cortinas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
5. Otro? (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																		
<p>27. ¿Cuántos cuartos o habitaciones de esta vivienda ocupa su hogar, sin contar baño, cocina, lavandería, garage, depósito o negocio?</p> <p style="text-align: center;">Número de habitaciones <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>31. ¿Tiene el hogar acceso al servicio de internet en su vivienda?</p> <p style="text-align: center;">1. Si <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2. No</p>																			

SECCIÓN 1
PARTE B. ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA- ACCESO A LA ALIMENTACIÓN EN LOS HOGARES
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

Indague quién es la persona responsable de las compras del hogar. Marque el código de identificación y continúe la entrevista con esta persona

1. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	2. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
3. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿En su hogar usted o algún adulto dejaron de tener una alimentación nutritiva y saludable ?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	4. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto de su hogar tuvo una alimentación con poca variedad de alimentos?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
5. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto de su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	6. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado a comer?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
7. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto de su hogar sintió hambre pero no comió?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	8. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿Usted o algún adulto de su hogar comió solo una sola vez al día o dejó de comer todo el día?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
9. ¿En su hogar viven personas menores de 18 años?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> SI LA RESPUESTA ES 2. NO CONTINÚE LA ENTREVISTA CON LA PERSONA INFORMANTE PÁG. 4, SECCION 2 </div>			
10. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿algún menor de 18 años de su hogar dejó de tener una alimentación saludable y nutritiva?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	11. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿algún menor de 18 años de su hogar tuvo una alimentación con poca variedad de alimentos?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
12. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿algún menor de 18 años de su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	13. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿algún menor de 18 años de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado a comer?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
14. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿tuvieron que disminuir la cantidad servida de alimentos en las comidas a algún menor de 18 años de su hogar?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	15. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿algún menor de 18 años de su hogar sintió hambre pero no comió?	En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
16. Por falta de dinero u otros recursos, alguna vez ¿algún menor de 18 años de su hogar comió solo una vez al día o dejó de comer todo el día?				En los últimos 3 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>

CONTINÚE LA ENTREVISTA CON LA PERSONA INFORMANTE PÁG. 4, SECCION 2

SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS

PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	5. ¿Qué relación o parentesco tiene (...) con el jefe o jefa del hogar? 1. JEFE O JEFA DEL HOGAR 2. ESPOSA/O O CONVIVIENTE 3. HIJO/A O ENTENADO/A 4. YERNO O NUERA 5. HERMANO/A O CUÑADO/A 6. PADRES 7. SUEGROS 8. NIETO/NIETA 9. OTRO PARIENTE 10. OTRO QUE NO ES PARIENTE 11. EMPLEADA/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO 12. PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR	ENCUESTADOR/A:			7. ¿Qué idiomas habla, incluidos los de las naciones y pueblos indígena originarios?			8. ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?	ENCUESTADOR/A:	PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS
		INDAGUE QUIEN ES EL ESPOSO/A O COMPAÑERO/A, PADRE/PADRASTRO O MADRE/MADRASTRA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE. SI NO SE APLICA ANOTE 00 EN LA CELDA RESPECTIVA			ESPECIFIQUE SEGÚN ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL INFORMANTE, COMENZANDO POR EL MÁS FRECUENTE A. NO HABLA AÚN B. NO PUEDE HABLAR REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y PASE A LA PREG. 9				SI EL ENTREVISTADO ES: 1. MENOR DE 12 AÑOS PASE A LA PÁG. 5, SECC. 3, PREG. 1 2. DE 12 AÑOS O MÁS CONTINÚE CON LA PREG. 10	10. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual? 1. SOLTERO/A 2. CASADO/A 3. CONVIVIENTE O CONCUBINO/A 4. SEPARADO/A 5. DIVORCIADO/A 6. VIUDO/A
		Su esposa/o compañera/o	Su padre/ padrastro	Su madre/ madrastra	1°	2°	3°	Especifique	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	
	5	6			7			8	9	10
01	1									
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										

SECCIÓN 3 MIGRACIÓN (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: MIGRACIÓN

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿Dónde vivía hace 5 años (2013)?					2. ¿Cuál fue la razón por la que dejó ese lugar?		3. ¿Desde que año y mes vive aquí?		4. Como boliviana o boliviano ¿A que nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece?		OBSERVACIONES
	<p>1. Aquí → ANOTE EL CÓDIGO 1 Y CONTINÚE CON LA PREGUNTA 4</p> <p>2. En otro lugar del país → ANOTE EL CÓDIGO 2, EL CÓDIGO DEL DEPARTAMENTO, EL NOMBRE DE LA PROVINCIA, EL DEL MUNICIPIO O CIUDAD Y CONTINÚE CON LA PREGUNTA 2</p> <p>3. En el exterior → ANOTE EL CÓDIGO 3 Y EL NOMBRE DEL PAÍS Y CONTINÚE CON LA PREGUNTA 2</p> <p>4. Aún no había nacido (Nacidos desde el 01 de enero del 2014) → ANOTE EL CÓDIGO 4 Y CONTINÚE CON LA PREGUNTA 4</p>					<p>1. BÚSQUEDA DE TRABAJO</p> <p>2. TRASLADO DE TRABAJO</p> <p>3. EDUCACIÓN</p> <p>4. SALUD</p> <p>5. RAZÓN FAMILIAR</p> <p>6. OTRA RAZÓN (Especifique)</p>				<p>1. Pertenece → ¿A cuál?</p> <p>2. No pertenece</p> <p>3. No soy boliviana o boliviano</p>		
	Cód.	Dpto.	Provincia	Municipio/Ciudad	País	Cód.	Especifique	Año	Mes	Cód.	NPIOC	
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

SECCIÓN 4 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: SALUD GENERAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿(...)Tiene alguna enfermedad crónica que haya sido diagnosticada como:			2. En los últimos 12 meses , ¿se ha enfermado (...) de:			3. En los últimos 12 meses , por problemas de salud, ¿acudió o se atendió en...							4. ¿Está (...) registrada/o o afiliada/o a alguno de los siguientes seguros de salud:			5. ¿En los últimos 12 meses , cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:				
	1. Diabetes? 2. Cáncer? 3. Enfermedad renal? 4. Enfermedad del corazón? 5. Tuberculosis? 6. Chagas? 7. Reumatismo/Artritis/ Artrosis/Osteoporosis? 8. Enfermedades del hígado? 9. Gastritis crónica 10. Hipertensión arterial? 11. Otra enfermedad crónica (Especifique) 12. Ninguna?			1. Malaria? 2. Dengue? 3. Leishmaniasis? 4. Chikungunya ? 5. Zika? 6. Gripe A(H1N1) u otra influenza? 7. Otras (Especifique) 8. Ninguna?			A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)? B. Establecimientos de salud públicos? C. Establecimientos de salud privados? D. Su domicilio, atendido por el Programa "Mi Salud"? E. Su domicilio? F. Médico tradicional? G. La farmacia sin receta médica (automedicación)?							1. Prestaciones del Servicio de Salud Integral - Ley 475 (antes SUMI y SSPAM)? 2. CNS (Caja Nacional de Salud/ Caja de la Banca Privada/Banca Estatal/COSSMIL/ Seguro Universitario)? 3. Seguros de Salud del Gobierno Autónomo Departamental o Municipal? 4. Seguros privados? 5. Otro (Especifique) 6. Ninguno?			A. Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirió pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro? B. Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.? C. Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.? D. Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.? E. Medicinas: Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)?				
	1°	2°	Especifique	1°	2°	Especifique	A	B	C	D	E	F	G	1°	2°	Especifique	A	B	C	D	E
REGISTRE EN ORDEN DE GRAVEDAD			REGISTRE EN ORDEN DE GRAVEDAD			1. Si 2.No										SI NO PAGÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN					
1			2			3							4			5					
Monto (Bs)			Monto (Bs)			Monto (Bs)							Monto (Bs)			Monto (Bs)					
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					

SECCIÓN 4 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: SALUD GENERAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	6. ¿Tiene (...) alguna dificultad permanente, que le limite o impida... A. ver, aún con los anteojos o lentes puestos? B. oír, aún cuando utiliza algún dispositivo auditivo? C. hablar, comunicarse o conversar, aún cuando utilice algún lenguaje de señas u otro medio de comunicación? D. caminar o subir gradas, aún cuando utilice un dispositivo de apoyo? E. recordar o concentrarse, aún estando con medicación o tratamiento ? F. Autocuidado personal como vestirse, bañarse o comer, aún cuando utilice algún dispositivo de apoyo? G. razonar, aprender, adaptarse, comprender la realidad o tiene alteraciones o trastornos mentales o psíquicos, aun estando con							7. ¿El origen de esta condición es de: 1. nacimiento? 2. enfermedad? 3. accidente de tránsito? 4. otros accidentes? (Especifique) 5. edad avanzada ? 6. violencia? 7. otra causa? (Especifique)							8. ¿(...) fue calificado en el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD del Ministerio de Salud o fue registrado en el Instituto Boliviano de la Ceguera (IBC)? 1. Si, con carnet de Discapacidad 2. Si, sin carnet de Discapacidad 3. Si, IBC → PASE A LA PREG. 9 4 No → PASE A PREG. 10	8a. ¿(...) qué tipo y grado de discapacidad presenta? Tipo de discapacidad 1. Física 2. Intelectual 3. Múltiple 4. Sensorial (visual o auditiva) 5. Mental o psíquica Grado de discapacidad 1. Leve 2. Moderado 3. Grave 4. Muy grave		8b. ¿(...) recibe atención integral en rehabilitación? 1. Si 2.No SI EN LA PREG. 8A2 RESPONDE 1 (LEVE) O 2 (MODERADO) PASE A LA PREG.10	9. ¿En los últimos 12 meses, recibió (...) el Bono de Indigencia por ceguera o la Renta Solidaria y/o el Bono mensual para personas con discapacidad? 1. Si → ¿Cuánto recibió? 2.No BONOS REFERIDOS A LA ASISTENCIA ECONÓMICA QUE EL ESTADO PROPORCIONA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, MUY DIFERENTE A LA RENTA DIGNIDAD		ENCUESTADOR/A	
	SI TODAS LAS RESPUESTAS SON 1 PASE A PREGUNTA 10							INDAGAR SI CORRESPONDE CATEGORIZAR COMO DIFICULTAD PERMANENTE Y NO COMO PROCESO NORMAL DE DESARROLLO							OPCIONES DE RESPUESTA 1. Ninguna dificultad 2. Si, algo de dificultad 3. Si, mucha dificultad 4. No puede hacerlo	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Monto	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y HAGA CASO DEL FLUJO SI LA PERSONA ENTREVISTADA ES: 1. MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA PÁG. 9, PREG. 22 2. MUJER DE 6 A 12 AÑOS, PASE A LA PÁG. 10, PREG. 28 3. MUJER ENTRE 13 Y 50 AÑOS, PASE A LA PÁG. 8, PREG. 11 4. MUJER DE 51 AÑOS O MÁS, PASE A LA PÁG. 10, PREG. 28 5. HOMBRE DE 6 O MÁS AÑOS, PASE A LA PÁG. 10, PREG. 28
	A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G	Especifique	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Cód.	Monto	10
6							7							8	8a1	8a2	8b	9		10		
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						

SECCIÓN 4 SALUD (SÓLO PARA MUJERES ENTRE 13 Y 50 AÑOS)

PARTE B: FECUNDIDAD

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	11. ¿Está o estuvo alguna vez embarazada?		12. ¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos ha tenido? (aunque después hayan muerto)		13. De ellos ¿Cuántos están vivos actualmente?		14. ¿En qué mes y año nació su última hija o hijo nacido vivo? (aunque después haya muerto)		15. ¿Quién atendió su último parto?		16. ¿Por qué no se hizo atender por médico/enfermera?		17. ¿Dónde fue atendido el parto de su último/a hijo/a nacido vivo?		18. ¿La atención de su último parto estuvo cubierta por alguno de los siguientes seguros:		19. En su último embarazo, ¿se ha inscrito al Bono Juana Azurduy (BJA)?		20. En los últimos 12 meses, ¿cobró usted el Bono Juana Azurduy por:		21. En su último embarazo, ¿recibió el Subsidio Universal Prenatal del Estado?	
	¿Cuántas veces? (incluyendo el actual embarazo)		SI NO TUVO ANOTE "00" Y PASE A LA PREG. 19		SI NACIÓ A PARTIR DEL AÑO 2013, CONTÍNE CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS; CASO CONTRARIO: PASE A LA PREG. 19		PASE A PREG. 17		PASE A PREG. 17		PASE A PREG. 17		PASE A PREG. 17		PASE A PREG. 17		PASE A PREG. 17		PASE A PREG. 17		PASE A PREG. 17	
	Cód.	Nro. de veces	Mes	Año	Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	A		B		Cód.	Nº de meses
																	1. Si	Nº de Controles	1. Si	2. No		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21											
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						

SECCIÓN 4. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MENORES DE 6 AÑOS)

PARTE C: CENTROS INFANTILES

SECCIÓN 4. SALUD (MENORES DE 5 AÑOS)

PARTE D : ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA) E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	22. Durante este año, ¿(...) asiste o asistió a algún centro infantil que no sea pre kinder ni kinder?	23. ¿A que tipo de establecimiento asiste o asistió (...)?	24. ¿En las últimas dos semanas, (...) tuvo diarrea?	25. ¿En las últimas dos semanas (...) tuvo tos, resfrío o gripe, bronquitis o pulmonía?	26. ¿Alguna vez inscribieron a (...) al Bono Juana Azurduy?	27. En los últimos 12 meses, ¿cobró usted el Bono Juana Azurduy por los controles integrales de salud de (...)?	
	1. Si 2. No ↓ MENORES DE 5 AÑOS PASE A LA PREG. 24 DE 5 AÑOS PASE PÁG. 10 A LA PREG. 28	1. Centro Infantil Público /Fiscal o de Convenio 2. Centro Infantil Privado DE 5 AÑOS PASE PÁG.10 A LA PREG. 28	1. Si 2. No DIARREA ES LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA PORQUE EL NIÑO/A TIENE DEPOSICIONES LÍQUIDAS TRES O MÁS VECES AL DÍA	1. Si 2. No	1. Si 2. No ↓ MENORES DE 4 AÑOS FIN DE LA ENTREVISTA DE 4 AÑOS PASE A LA PÁG.11, PREG.1	1. Si → ¿Cuántos controles cobró? 2. No EL BJA PAGA POR UN MÁXIMO DE 6 CONTROLES INTEGRALES DE SALUD EN UN AÑO MENORES DE 4 AÑOS FIN DE LA ENTREVISTA DE 4 AÑOS PASE A LA PÁG.11, PREG.1	Cód.
	22	23	24	25	26	27	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	SÓLO PARA PERSONAS DE 5 O MÁS AÑOS DE EDAD						SÓLO PARA PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS						ENCUESTADOR/A	34. ¿Qué tan segura(o) se siente (...) caminando sola(o) cerca de su vivienda cuando es de noche?				35. ¿En los últimos 12 meses, (...) ha sido víctima de:							
	28. ¿(...) en el trabajo o en sus tareas cotidianas requiere /necesita realizar una actividad física intensa o moderada en al menos 30 minutos consecutivos/continuos? (Ej: levantar productos, trabajos de construcción, repartir productos, etc.)		29. ¿(...) para trasladarse al trabajo/realizar alguna actividad, camina o usa una bicicleta en al menos 30 minutos consecutivos/continuos?		30. ¿(...) en su tiempo libre practica algún deporte o actividad física en al menos 30 minutos consecutivos/continuos? (Ej: correr, manejar en bicicleta, hacer ejercicios en el gimnasio o en su casa, etc.)		31. ¿Qué tipos de espacios o instalaciones utiliza (...) para hacer deporte o actividad física?						32. ¿Durante los últimos 12 meses (...) ha fumado cigarrillos?		33. ¿Durante los últimos 12 meses (...) ha consumido bebidas alcohólicas?		LA PERSONA ENTREVISTADA ES:	MARQUE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INFORMANTE Y CONTINÚE CON LA ENTREVISTA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atraco (Robo a personas) en la vía pública 2. Robo en su vivienda o negocio 3. Robo de vehículo o accesorios 4. Lesiones graves o gravísimas ocasionadas por otra persona 5. Violación o abuso sexual 6. Estafa o abuso de confianza 7. Despojo de su inmueble 8. Trata de personas 9. Extorsión 10. Secuestro 11. Otros hechos delictivos (Especifique) 12. Ninguno 						
	1. Si	Número de días	1. Si	Número de días	1. Si	Número de días	A	B	C	D	E	F	Cód.	FRECUENCIA	Cód.	FRECUENCIA							1. Muy inseguro	2. Inseguro	3. Seguro
28	29	30		31						32		33		34a	34	35									
01																									
02																									
03																									
04																									
05																									
06																									
07																									
08																									
09																									
10																									
11																									
12																									

SECCIÓN 5 EDUCACIÓN (PERSONAS DE 4 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: FORMACIÓN EDUCATIVA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿Sabe leer y escribir?	1a. ¿Es (...) capaz de sumar o multiplicar números, ya sea en papel o mentalmente?	2. ¿Cuál fue el NIVEL Y CURSO más alto de instrucción que aprobó?	3. Para ingresar a ese nivel ¿Cuál fue el NIVEL Y CURSO anterior de educación que aprobó?	4. ¿Cuál es su título profesional o técnico universitario obtenido?	5. Durante este año, ¿se inscribió o matriculó en algún curso o grado de educación escolar, alternativa, superior o postgrado?	5a. ¿Por qué razón no se inscribió/matriculó? (Indague la razón más importante)	6. ¿A qué NIVEL Y CURSO de educación escolar, alternativa, superior o postgrado se inscribió/matriculó este año?						
	1. Si 2. No	1. Si 2. No	11. NINGUNO 12. CURSO DE ALFABETIZACIÓN 13. EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/KINDER) SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO 21. BÁSICO (1 A 5 AÑOS) 22. INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS) 23. MEDIO (1 A 4 AÑOS) SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR 31. PRIMARIA (1 A 8 AÑOS) 32. SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS) SISTEMA ESCOLAR ACTUAL 41. PRIMARIA (1 A 6 AÑOS) 42. SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS) EDUCACIÓN DE ADULTOS (Sistema Antiguo) 51. EDUCACIÓN BÁSICA DE ADULTOS (EBA) 52. CENTRO DE EDUCACIÓN MEDIA DE ADULTOS (CEMA) EDUCACIÓN ALTERNATIVA Y ESPECIAL 61. EDUCACIÓN JUVENIL ALTERNATIVA (EJA) 62. EDUCACIÓN PRIMARIA DE ADULTOS (EPA) 63. EDUCACIÓN SECUNDARIA DE ADULTOS (ESA) 64. PROGRAMA NACIONAL DE POST ALFABETIZACIÓN 65. EDUCACIÓN ESPECIAL EDUCACIÓN SUPERIOR 71. NORMAL (ESCUELA SUP. DE FORMACIÓN DE MAESTROS) 72. UNIVERSIDAD 73. POSTGRADO DIPLOMADO 74. POSTGRADO MAESTRÍA 75. POSTGRADO DOCTORADO 76. TÉCNICO DE UNIVERSIDAD SI CURSO O GRADO = 8 ,PASE A PREG.4, CASO CONTRARIO PASE A PREG.5 77. TÉCNICO DE INSTITUTO TECNICO /TECNOLOGICO (Duración mayor o igual a 2 años) 78. FORMACION SUPERIOR ARTÍSTICA 79. INSTITUTOS DE FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL 80. EDUCACIÓN TÉCNICA DE ADULTOS (ETA)	11. NINGUNO SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO 21. BÁSICO (1 A 5 AÑOS) 22. INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS) 23. MEDIO (1 A 4 AÑOS) SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR 31. PRIMARIA (1 A 8 AÑOS) 32. SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS) SISTEMA ESCOLAR ACTUAL 41. PRIMARIA (1 A 6 AÑOS) 42. SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS) EDUCACIÓN DE ADULTOS (Sistema Antiguo) 51. EDUCACIÓN BÁSICA DE ADULTOS (EBA) 52. CENTRO DE EDUCACIÓN MEDIA DE ADULTOS (CEMA) EDUCACIÓN ALTERNATIVA Y ESPECIAL 61. EDUCACIÓN JUVENIL ALTERNATIVA (EJA) 62. EDUCACIÓN PRIMARIA DE ADULTOS (EPA) 63. EDUCACIÓN SECUNDARIA DE ADULTOS (ESA) 64. PROGRAMA NACIONAL DE POST ALFABETIZACIÓN 65. EDUCACIÓN ESPECIAL	1. Si 2. No	1. Si 2. No	1. CULMINÓ SUS ESTUDIOS 2. POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/ DISCAPACIDAD 3. POR EMBARAZO 4. FALTÓ DINERO PARA COMPRAR ÚTILES, ETC. 5. EL ESTABLECIMIENTO ES DISTANTE 6. EL ESTABLECIMIENTO NO ES SEGURO 7. LA ENSEÑANZA NO ES BUENA/ADECUADA O NO SE APRENDE NADA 8. FALTA INTERÉS (de la persona no matriculada) 9. POR REALIZAR LABORES DE CASA/CUIDADO DE NIÑOS/AS 10. POR AYUDAR EN EL NEGOCIO/ACTIVIDAD DE MI FAMILIA 11. POR TRABAJO (EXCLUYENDO 10) 12. POR APRENDER UN OFICIO (de manera empírica) 13. LA EDUCACIÓN NO ES IMPORTANTE 14. OTRO	13. EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE-KINDER/KINDER) 41. PRIMARIA (1 A 6 AÑOS) 42. SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS) EDUCACIÓN ALTERNATIVA Y ESPECIAL 61. EDUCACIÓN JUVENIL ALTERNATIVA (EJA) 62. EDUCACIÓN PRIMARIA DE ADULTOS (EPA) 63. EDUCACIÓN SECUNDARIA DE ADULTOS (ESA) 64. PROGRAMA NACIONAL DE POST ALFABETIZACIÓN 65. EDUCACIÓN ESPECIAL EDUCACIÓN SUPERIOR 71. NORMAL (ESCUELA SUP. DE FORMACIÓN DE MAESTROS) 72. UNIVERSIDAD 73. POSTGRADO DIPLOMADO 74. POSTGRADO MAESTRÍA 75. POSTGRADO DOCTORADO 76. TÉCNICO DE UNIVERSIDAD (Duración mayor o igual a 2 años) 77. TÉCNICO DE INSTITUTO TECNICO/TECNOLOGICO (Duración mayor o igual a 2 años) 78. FORMACIÓN SUPERIOR ARTÍSTICA 79. INSTITUTOS DE FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL 80. EDUCACIÓN TÉCNICA DE ADULTOS (ETA) 81. OTROS CURSOS (Duración menor a 2 años)						
	1	1a	2	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO	3	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO	4	5	5a	6	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

SECCION 5 EDUCACION (PERSONAS DE 4 AÑOS O MAS DE EDAD)

PARTE A: FORMACIÓN EDUCATIVA

PARTE B: CAUSAS DE INASISTENCIA

PARTE C: ACOSO ESCOLAR

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	7. En esta gestión, ¿recibió Desayuno/ Almuerzo o merienda escolar ?		8. ¿Recibió el Bono Juancito Pinto el año pasado (2017)?	9. El establecimiento en el que se matriculó es:	10. Actualmente, ¿asiste al nivel y curso al que se matriculó éste 2018?	11. ¿Por qué razón no asiste actualmente? (indague la razón más importante)	11a. Actualmente, ¿Se encuentra en periodo de vacación, descanso pedagógico o receso?	ENCUESTADOR/A	13. Durante esta gestión 2018, en la unidad educativa a la que asiste/asistió o alrededores (...) pasó por alguna(s) de estas situaciones?	14. De parte de quién recibió el acoso/bullying?	15. Cuál fue el motivo principal del acoso/bullying?	ENCUESTADOR/A
	Cód.	Nº de meses	1. Si	1. Si	1. ASISTE	1. VACACIÓN (DESCANSO PEDAGÓGICO/RECESO) 2. CULMINÓ SUS ESTUDIOS	1. Si	REVISE LA PREGUNTA 6 DE LA PÁG. 11 Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE 1. SI NIVEL ES: 13, 41, 42, 65 PASE A PREG. 13 2. SI NIVEL ESTA ENTRE: 61 A 64 O 71 A 81 PASE A PREG. 16 REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	A. Se burlaron de el/ella B. Le insultaron C. Le golpearon o le dieron empujones D. Le amenazaron/chantajearon E. Le excluyeron/aislaron/ignorarón F. Le quitaron o destruyeron algo que le pertenecía G. Dijeron mentiras/rumores sobre el/ella H. Otro (Especifique)	1. Un(a) alumno(a) 2. Varios alumnos(as) 3. Todo el curso 4. El profesor 5. Otro (Especifique)	1. Contextura física (gordo, flaco, alto, bajo) 2. Personalidad (tímido, callado, introvertido) 3. Condición económica o social 4. Condición étnica (indígena, originario) 5. No sabe 6. Otro (Especifique)	LA PERSONA ENTREVISTADA ES: 1. DE 5 AÑOS O MÁS, PASE A LA PÁG. 13 PREG. 17 2. MENOR DE 5 AÑOS FIN DE LA ENTREVISTA
			2. No	2. No	2. NO ASISTE	3. POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/ DISCAPACIDAD 4. POR EMBARAZO 5. FALTÓ DINERO PARA COMPRAR ÚTILES, ETC. 6. EL ESTABLECIMIENTO ES DISTANTE 7. EL ESTABLECIMIENTO NO ES SEGURO 8. LA ENSEÑANZA NO ES BUENA/ADECUADA O NO SE APRENDE NADA 9. FALTA INTERÉS 10. POR REALIZAR LABORES DE CASA/CUIDADO DE NIÑOS/AS 11. POR AYUDAR EN EL NEGOCIO/ACTIVIDAD DE MI FAMILIA 12. POR TRABAJO (EXCLUYENDO 11) 13. POR APRENDER UN OFICIO (de manera empírica) 14. OTRO	2. No		SI RESPONDIÓ 1 A TODAS LAS SITUACIONES PASE A PREG. 16 SI RESPONDIÓ 2, 3, 4 Ó 5 AL MENOS UNA DE LAS SITUACIONES CONTINUE CON LA PREG. 14	1. Nunca 2. Unas cuantas veces al año 3. Unas cuantas veces al mes 4. Una o más veces por semana 5. Todos los días	Cód. Especifique	
	7	8	9	10	11	11a	12	A B C D E F G H Especifique	13	14	15	16
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

SECCIÓN 5 EDUCACIÓN (PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE D: USO INDIVIDUAL DE TIC

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	17. ¿(...) dispone de teléfono celular para uso personal?		18. ¿En los últimos 3 meses, (...) ha utilizado teléfono celular?		19. ¿En los últimos 3 meses, (...) ha utilizado computadora (de escritorio, laptop, tablet) en cualquier lugar?		20. ¿En los últimos 3 meses, (...) ha utilizado internet en cualquier lugar?		21. ¿Dónde ha utilizado usted internet en los últimos 3 meses?			22. ¿Para cuál de las siguientes actividades usó internet en los últimos 3 meses (desde cualquier lugar)?												ENCUESTADOR/A
	1. Si	2. No	1. Si	2. No	1. Si → ¿Con qué frecuencia? 1. Al menos una vez al día 2. Al menos una vez por semana, pero no todos los días. 3. Menos de una vez por semana.	2. No	1. Si → ¿Con qué frecuencia? 1. Al menos una vez al día 2. Al menos una vez por semana, pero no todos los días. 3. Menos de una vez por semana.	2. No	1. En el Hogar? 2. En el Trabajo? 3. En el lugar de estudio? 4. En el hogar de otra persona ? 5. En un lugar comunitario con acceso a internet? 6. En un local de acceso comercial a internet (café Internet) ? 7. A través de un teléfono celular móvil? 8. A través de otros dispositivos de acceso móvil? 9. Otro (Especifique)	A. Para obtener información sobre bienes y servicios. B. Para obtener información relacionada a servicios de salud. C. Para interactuar con organizaciones públicas y privadas en general. D. Para comunicación, enviar o recibir correo electrónico, chatear E. Para compra y venta de bienes o servicios F. Para operaciones bancarias por Internet (transferencias, depósitos, pago de cuenta, banca móvil, etc) G. Para actividades educativas o de capacitación H. Para buscar empleo, trabajo I. Actividades de entretenimiento (descargar video juegos, películas, música) J. Descarga de programas informáticos K. Lectura y descarga de archivos relacionados con prensa escrita L. Otra actividades (Especifique)												1. DE 7 AÑOS O MÁS PÁG. 14 SECC. 6, PREG. 1		
	Cód.	Frecuencia	Cód.	Frecuencia	1ª	2ª	Especifique	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	Especifique	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE			
	17	18	19	20	21	22	22												23					
01																								
02																								
03																								
04																								
05																								
06																								
07																								
08																								
09																								
10																								
11																								
12																								

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. Durante la semana pasada , ¿trabajó al menos una hora?	2. Durante la semana pasada , dedicó al menos una hora a:	3. ¿La semana pasada , tuvo algún empleo, negocio o empresa propia en la cual no trabajó por:	4. ¿La semana pasada quería usted trabajar y estaba disponible para hacerlo?	5. Durante las últimas cuatro semanas ¿buscó trabajo o hizo gestiones para establecer algún negocio propio?	6. ¿Qué gestiones hizo para buscar trabajo o establecer un negocio propio?				7. ¿Ha trabajado alguna vez anteriormente?	
	1. Si ↓ PASE A PÁG. 15 PREG. 11a 2. No	1. ¿Trabajar en cultivos agrícolas o en la crianza de animales para consumo del hogar o la familia? 2. ¿Trabajar en cultivos agrícolas o en la crianza de animales para vender? 3. ¿Atender o ayudar en algún negocio propio o familiar? 4. ¿Vender en la calle en un puesto o como ambulante? 5. ¿Preparar alimentos, hilar, tejer, coser u otras actividades para la venta? 6. ¿Prestar servicios a otras personas por remuneración (lavar ropa ajena, cortar cabello, dar clases particulares, etc.)? 7. ¿Realizar alguna otra actividad por la cual ganó dinero? ↓ PASE A PÁG. 15 PREG. 11a 8. NINGUNA ACTIVIDAD	1. Vacaciones o permisos? 2. Licencia de maternidad? 3. Enfermedad o accidente? 4. Falta de materiales o insumos? 5. Temporada baja? 6. Huelga, paro o conflicto laboral? 7. Mal tiempo? 8. Estar suspendido? 9. Problemas personales o familiares? ↓ PASE A PÁG. 15 PREG. 11a 10. NINGUNO	1. Si 2. No	1. Si ↓ PASES A PÁG. 15 PREG. 9	1. Consultó con empleadores 2. Asistió a una entrevista de trabajo 3. Puso o contestó anuncios 4. Acudió a la bolsa de trabajo del gobierno 5. Consultó en internet 6. Consultó con amigos, parientes o personas conocidas 7. Trató de conseguir capital, clientes, etc. 8. Realizó consultas continuas a periódicos 9. Colocó su curriculum vitae en alguna de las redes sociales 10. Otro (Especifique)	1 ^a	2 ^a	3 ^a	Especifique	1. Si ↓ PASE A PÁG. 27 SECC. 7 PREG. 1
	1	2	3	4	5	6				7	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

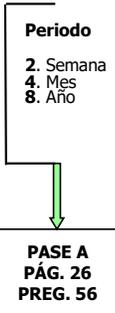
SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE A: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

PARTE B: OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD PRINCIPAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	8. ¿Hace cuánto tiempo que no trabaja o que no ha realizado alguna actividad para ganar dinero?				9. Es usted:		10. ¿Por qué no buscó trabajo?		11a. Durante la semana pasada, ¿cuál fue su ocupación principal?		11b. ¿Qué tareas realiza o qué funciones desempeña?	
	Período 2. Semana 4. Mes 8. Año				1. ¿Estudiante? 2. ¿Ama de casa o responsable de los quehaceres del hogar? 3. ¿Jubilado o benemérito? 4. ¿Enfermo o discapacitado? 5. ¿Persona de edad avanzada? 6. ¿Otro? (Especifique)		1. TIENE TRABAJO ASEGURADO QUE COMENZARÁ EN MENOS DE CUATRO SEMANAS 2. BUSCÓ ANTES Y ESPERA RESPUESTA 3. NO CREE PODER ENCONTRAR TRABAJO 4. SE CANSÓ DE BUSCAR TRABAJO 5. ESPERA PERIODO DE MAYOR ACTIVIDAD 6. POR QUE ESTÁ ESTUDIANDO 7. POR VEJEZ/ JUBILACIÓN 8. CORTA EDAD 9. POR ENFERMEDAD/ ACCIDENTE/ DISCAPACIDAD 10. NO NECESITA TRABAJAR 11. LABORES DE CASA/ EMBARAZO/ CUIDADO DE NIÑOS/AS 12. ESPERA TEMPORADA DE COSECHA O TRABAJO 13. POR OTRAS CAUSAS (Especifique)		EJEMPLOS DE OCUPACIÓN PRINCIPAL: AGRICULTOR DE SOYA PINTOR DE CASAS ARQUITECTO SECRETARIA PORTERA DE COLEGIO RADIOTÉCNICO LOCUTOR DE RADIO JARDINERO		EJEMPLOS DE TAREAS QUE REALIZA EN ESA OCUPACIÓN: PREPARA LA TIERRA, SEMBRAR Y COSECHAR LIJA Y PINTA INTERIORES DE CASAS DISEÑA PLANOS DE CONSTRUCCIÓN HACE CARTAS, REDACTA OFICIOS CUIDADO Y LIMPIEZA DEL COLEGIO REPARA RADIOS Y TELEVISORES CONDUCE UN PROGRAMA DE RADIO RIEGA Y PODA PLANTAS DEL JARDÍN	
	Tiempo	Periodo	Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	10		11a		11b	
	8		9			10		11a		11b		
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

ANTES DE ANOTAR LA DECLARACIÓN, TOMA EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DEL REVERSO DE LA PÁGINA ANTERIOR Y LOS SIGUIENTES EJEMPLOS:



SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE B: OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD PRINCIPAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	12a. ¿Cuál es la actividad económica principal del establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?	12b. ¿Principalmente, qué produce, comercializa o servicio presta, el establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?	13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja?	14. ¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta empresa, institución, negocio o lugar?	15. ¿Hace cuánto tiempo desempeña esta ocupación en esa empresa, institución, negocio o lugar?		
	ANTES DE ANOTAR LA DECLARACIÓN, TOMA EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DEL REVERSO DE LA PÁGINA ANTERIOR Y LOS SIGUIENTES EJEMPLOS:						
	EJEMPLOS DE ACTIVIDAD PRINCIPAL: CULTIVO DE SOYA PINTADO DE EXTERIORES GOBIERNO MUNICIPAL SERVICIOS JURÍDICOS EDUCACIÓN DE NIVEL SECUNDARIO REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES ESTACIÓN DE RADIO HOGAR PARTICULAR	EJEMPLOS DE QUÉ PRODUCE, COMERCIALIZA O SERVICIO PRESTA, PRINCIPALMENTE EL LUGAR: PRODUCE SOYA PINTADO DE EXTERIORES EN CASAS O EDIFICIOS SERVICIOS MUNICIPALES SERVICIOS JURÍDICOS DE PROCESOS PENALES SERVICIOS DE EDUCACIÓN NIVEL SECUNDARIO REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES DIFUSIÓN DE PROGRAMAS RADIALES HOGAR PARTICULAR	EJEMPLOS DE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: SIN NOMBRE ASOCIADOS S.A. GOBIERNO MUNICIPAL DE TARIJA CONSULTORIO JURÍDICO K&G COLEGIO SANTA ROSA RADIOTÉCNICO EL CHAVO RADIO PANAMERICANA HOGAR PARTICULAR	Periodo: 2. Semana 4. Mes 8. Año	Periodo: 2. Semana 4. Mes 8. Año		
	12a	12b	13	14	15		
				Tiempo	Periodo	Tiempo	Periodo
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE B: OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD PRINCIPAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	16. En esta ocupación usted trabaja como: 1. Obrero/a 2. Empleado/a 3. Trabajador/a por cuenta propia 4. Empleador/a o socio/a que sí recibe salario 5. Empleador/a o socio/a que no recibe salario 6. Cooperativista de producción 7. Trabajador/a familiar sin remuneración 8. Aprendiz o persona en formación sin remuneración 9. Empleada/o del hogar	17. En este trabajo, usted... 1. ¿Firmó contrato con fecha de vencimiento o término? 2. ¿No firmó contrato pero tiene compromiso por obra o trabajo terminado? 3. ¿No firmó contrato pero tiene un acuerdo verbal? 4. ¿Es personal de planta con ítem? 5. No firmó contrato	18. La administración de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja es... 1. ¿Administración Pública? 2. ¿Empresa Pública (estratégica)? 3. ¿Privada (Empresa mediana o grande)? 4. ¿Privada (Negocio familiar, micro o pequeña empresa)? 5. ONG (Organización no Gubernamental) y otras sin fines de lucro 6. Organismos internacionales, embajadas	19. La empresa, negocio, taller o establecimiento donde trabaja, ¿cuenta con NIT (Número de Identificación Tributaria)? 1. Sí, en régimen general 2. Sí, en régimen simplificado 3. No tiene/En proceso 4. No sabe	19a. En esta empresa, negocio, taller o establecimiento, donde trabaja: 1. Se llevan libros de contabilidad o se acude a los servicios de un contador 2. Sólo se utiliza un cuaderno personal para llevar las cuentas 3. No se lleva registro contable 4. No sabe	20. ¿Dónde realiza sus labores? 1. En su vivienda particular 2. Local o terreno exclusivo 3. Puesto móvil 4. En quiosco o puesto fijo 5. Vehículo 6. Servicios a domicilio 7. Ambulante 8. Ambulante de preventa 9. Otro (Especifique)	21. ¿Cuántas personas trabajan en la empresa, institución o lugar donde trabaja, incluido usted? SI EL INFORMANTE TRABAJA SOLO, ANOTE 1	21a. En todo el país, ¿Cuántas personas trabajan en esa empresa, institución o lugar donde trabaja, incluido usted? 1. Sólo 1 persona (el entrevistado) 2. De 2 a 4 personas 3. De 5 a 10 personas 4. De 11 a 14 personas 5. De 15 a 19 personas 6. De 20 a 49 personas
		16	17	18	19	19a	20	21
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE B: OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD PRINCIPAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	21b. ¿En este trabajo en los últimos 12 meses recibió capacitación laboral?	22. ¿Cuántos días a la semana trabaja regularmente en su ocupación?	23. ¿Cuántas horas en promedio trabaja al día en su ocupación?	23a. ¿Cuántas horas en promedio más o menos al día que las habituales trabajó efectivamente la semana pasada?		ENCUESTADOR/A:	OBSERVACIONES
	1. Si 2. No	UTILIZA EL NÚMERO 5 PARA IDENTIFICAR LOS MEDIOS DÍAS	SE ACEPTA QUE TENGA MINUTOS EN RANGOS DE 15 COMO SER: 15, 30 Y 45	1. ____ horas menos 2. ____ horas más 3. Trabajó las mismas horas que habitualmente trabaja		REVISE LA PREGUNTA 16 DE LA PÁG. 17 Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE	
						PARA ASALARIADOS: SI RESPONDIÓ 1, 2, 4, 9 → PÁG. 19 PREG. 25	
					PARA NO ASALARIADOS: SI RESPONDIÓ 3, 5, 6 → PÁG. 21 PREG. 31		
					PARA TRABAJADORES NO REMUNERADOS: SI RESPONDIÓ 7, 8 → PÁG. 22 PREG. 39		
	Días a la semana	Horas por día	Cód.	Nº de horas	REGISTRE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE		
	21b	22	23	23a		24	
01	/	:					
02	/	:					
03	/	:					
04	/	:					
05	/	:					
06	/	:					
07	/	:					
08	/	:					
09	/	:					
10	/	:					
11	/	:					
12	/	:					

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE C: INGRESOS DEL TRABAJADOR ASALARIADO

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	25. ¿Cuánto es su salario líquido, excluyendo los descuentos de ley (AFP, IVA)?		26. Durante los últimos doce meses, ¿recibió usted pagos por:		27. ¿Durante los últimos doce meses, recibió usted pagos en efectivo por:				28. Durante los últimos doce meses, ¿recibió usted:			29. ¿En su actual ocupación Ud. recibe o recibirá los siguientes beneficios:		OBSERVACIONES		
			A. Bono o prima de producción?	B. Aguinaldo ?	SI NO RECIBIÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN				A. Subsidio prenatal o de lactancia (Cajas de Salud)? (NO OLVIDE REGISTRAR EL NÚMERO DE MESES).			B. Bono de natalidad?			A. Vacaciones?	B. Seguro de salud?
	Frecuencia de pago: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		SI NO RECIBIÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN		Frecuencia de pago: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de pago: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		EL SUBSIDIO PRENATAL Y DE LACTANCIA SE PAGA MENSUALMENTE A PARTIR DEL 5º MES DE EMBARAZO HASTA LOS DOCE MESES DEL NIÑO. EL BONO DE NATALIDAD SE PAGA UNA SOLA VEZ POR HIJO/A. VERIFIQUE QUE NO SEA LO MISMO QUE EL SUBSIDIO PRENATAL DEL ESTADO						A.	B.
	Monto (Bs)	Frec.	A	B	A	Frec.	B	Frec.	A	B	A	B	A	B		
	25		26		27				28			29				
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE C: INGRESOS DEL TRABAJADOR ASALARIADO

30. Además de los ingresos recibidos en dinero por su trabajo, en los **últimos doce meses** ¿recibió, usted...

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

<p>A. Alimentos y bebidas para ser consumidos dentro o fuera del lugar de trabajo?</p> <p>1. Si 2. No → B.</p> <p>¿Con qué frecuencia? 1. Diario 5. Bimestral 2. Semanal 6. Trimestral 3. Quincenal 7. Semestral 4. Mensual 8. Anual</p> <p>Si tuviera que comprar estos alimentos en el mercado, ¿cuánto pagaría? (Valorar en Bs)</p>	<p>B. Transporte hacia y desde el lugar de su trabajo?</p> <p>1. Si 2. No → C.</p> <p>¿Con qué frecuencia? 1. Diario 5. Bimestral 2. Semanal 6. Trimestral 3. Quincenal 7. Semestral 4. Mensual 8. Anual</p> <p>Si tuviera que pagar su transporte hacia y desde su trabajo, ¿cuánto pagaría? (Valorar en Bs)</p>	<p>C. Vestidos y calzados utilizados frecuentemente tanto dentro como fuera de su lugar de trabajo?</p> <p>1. Si 2. No → D.</p> <p>¿Con qué frecuencia? 1. Diario 5. Bimestral 2. Semanal 6. Trimestral 3. Quincenal 7. Semestral 4. Mensual 8. Anual</p> <p>Si tuviera que comprar estos artículos en el mercado, ¿cuánto pagaría? (Valorar en Bs)</p>	<p>D. Vivienda o alojamiento que pueden ser utilizados por los miembros del hogar?</p> <p>1. Si 2. No → E.</p> <p>¿Con qué frecuencia? 1. Diario 5. Bimestral 2. Semanal 6. Trimestral 3. Quincenal 7. Semestral 4. Mensual 8. Anual</p> <p>Si tuviera que pagar por la vivienda o alojamiento, ¿cuánto pagaría? (Valorar en Bs)</p>	<p>E. Otros, como servicio de guardería, instalaciones deportivas y/o recreativas?</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>¿Con qué frecuencia? 1. Diario 5. Bimestral 2. Semanal 6. Trimestral 3. Quincenal 7. Semestral 4. Mensual 8. Anual</p> <p>Si tuviera que pagar estos otros servicios, ¿cuánto pagaría? (Valorar en Bs)</p>
--	---	---	--	--

PASE A LA PÁG. 22 PREG. 39

A			B			C			D			E		
1. Si	Frecuencia	Monto (Bs)												
2. No			2. No			2. No			2. No			2. No		

30

01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

PARTE D: INGRESOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	31. ¿Cuánto es su ingreso total en su ocupación principal?		32. ¿Del ingreso total declarado en la pregunta anterior, cuánto utiliza o guarda para...																33. Una vez descontadas todas sus obligaciones (sueldos, salarios, compra de material, mercadería, etc.), ¿cuánto le queda para uso del hogar?															
			A. Comprar materia prima, materiales o mercadería?				B. Pagar por prestación de servicios a terceros para su actividad o negocio?				C. Pagar sueldos, salarios, bonos, gratificaciones, horas extras, AFP a sus empleados?				D. Pagar alquiler del local que dispone para su actividad o negocio?				E. Pagar servicios de agua, luz, gas, teléfono o internet que usa para la actividad o negocio?				F. Pagar cuotas por concepto de microcrédito/crédito para su actividad o negocio?				G. Pagar impuestos, sentajes?				H. Pagar cuotas a sindicatos, gremios, asociaciones?			
			SI NO PAGA NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN (EN CASO DE EXISTIR PAGO, VERIFICAR EL MONTO Y REGISTRO DE LA FRECUENCIA)																															
			Frecuencia de ingreso: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de gasto: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de gasto: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de gasto: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de gasto: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de gasto: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de gasto: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de gasto: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		Frecuencia de ingreso: 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual															
		A.		B.		C.		D.		E.		F.		G.		H.																		
		Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.													
31		32																		33														
01																																		
02																																		
03																																		
04																																		
05																																		
06																																		
07																																		
08																																		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE F: ACTIVIDAD SECUNDARIA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	40a. ¿Cuál es la actividad económica principal de éste otro establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?	40b. ¿Principalmente, qué produce, comercializa o servicio presta, el establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?	41. En esta ocupación usted trabaja como:
	<p style="text-align: center;">ANTES DE ANOTAR LA DECLARACIÓN, TOME EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DEL REVERSO DE LA PÁGINA ANTERIOR</p> <p>EJEMPLOS DE ACTIVIDAD PRINCIPAL: CULTIVO DE SOYA PINTADO DE EXTERIORES GOBIERNO MUNICIPAL SERVICIOS JURÍDICOS EDUCACIÓN DE NIVEL SECUNDARIO REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES ESTACIÓN DE RADIO HOGAR PARTICULAR</p>	<p>EJEMPLOS DE QUÉ PRODUCE, COMERCIALIZA O SERVICIO PRESTA, PRINCIPALMENTE EL LUGAR: PRODUCE SOYA PINTADO DE EXTERIORES EN CASAS O EDIFICIOS SERVICIOS MUNICIPALES SERVICIOS JURÍDICOS DE PROCESOS PENALES SERVICIOS DE EDUCACIÓN NIVEL SECUNDARIO REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES DIFUSIÓN DE PROGRAMAS RADIALES HOGAR PARTICULAR</p>	<p>1. Obrero/a 2. Empleado/a</p> <p>3. Trabajador/a por cuenta propia 4. Empleador/a o socio/a que sí recibe salario 5. Empleador/a o socio/a que no recibe salario 6. Cooperativista de producción 7. Trabajador/a familiar sin remuneración</p> <p>8. Aprendiz o persona en formación sin remuneración</p> <p>9. Empleada/o del hogar</p>
	40a	40b	41
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE G: INGRESO LABORAL DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	42. La administración de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja es...	43. ¿Cuántas personas trabajan en la empresa, institución o lugar donde trabaja, incluido usted?	43a. En todo el país, ¿Cuántas personas trabajan en esa empresa, institución o lugar donde trabaja, incluido usted?	44. ¿Cuántos días trabajó la semana anterior?	45. ¿Cuántas horas en promedio al día trabajó la semana anterior?	45a. ¿Cuántas horas en promedio más o menos al día que las habituales trabajó efectivamente la semana pasada?		ENCUESTADOR/A: REVISE LA PREG. 41 Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE PARA ASALARIADOS SI RESPONDIÓ 1, 2, 4, 9 → PREG. 47 PARA NO ASALARIADOS SI RESPONDIÓ 3, 5, 6 → PÁG. 25 PREG. 49 PARA TRABAJADORES NO REMUNERADOS SI RESPONDIÓ 7, 8 → PÁG. 26 PREG. 52 REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	47. ¿Cuánto es su salario líquido en ésta otra ocupación, excluyendo los descuentos de ley (AFP, IVA)?	48. Durante los últimos doce meses, ha recibido:														
						Frecuencia de ingreso:				A. ¿Pago por horas extras, bono o prima de producción, aguinaldo y/o doble aguinaldo?		B. ¿Alimentos, transporte, vestimenta? (INGRESOS EN ESPECIE-VALORAR)		C. ¿Vivienda, alojamiento, otros? (INGRESOS EN ESPECIE-VALORAR)										
						Monto (Bs)	Frec.			1. Si 2. No	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Monto (Bs)									
	42	43	43a	44	45	45a		46	47	48														
01				/	:																			
02				/	:																			
03				/	:																			
04				/	:																			
05				/	:																			
06				/	:																			
07				/	:																			
08				/	:																			
09				/	:																			
10				/	:																			
11				/	:																			
12				/	:																			

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE G: INGRESO LABORAL DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	49. ¿Cuánto es su ingreso total en ésta otra ocupación?		50. ¿Del ingreso total declarado en la pregunta anterior, cuánto utiliza o guarda para...																51. Una vez pagadas todas sus obligaciones (sueldos, salarios, compra de materiales, etc.), ¿cuánto le queda para uso del hogar?	
			A. Comprar materia prima, materiales o mercadería?		B. Pagar por prestación de servicios a terceros?		C. Pagar sueldos, salarios, bonos, gratificaciones, horas extras a sus empleados, AFP?		D. Pagar alquiler del local que dispone para su actividad o negocio?		E. Pagar servicios de agua, luz, gas, teléfono o internet que usa para la actividad o negocio?		F. Pagar cuotas por concepto de microcrédito/crédito para su actividad o negocio?		G. Pagar impuestos, sentajes?		H. Pagar cuotas a sindicatos, gremios, asociaciones?			
			Frecuencia de ingreso:		Frecuencia de gasto:		Frecuencia de ingreso:													
			1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual	
		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		Monto (Bs) Frec.		
49		50																51		
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				

SECCIÓN 6 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE H: SUBUTILIZACIÓN DE MANO DE OBRA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	52. ¿Desea trabajar más horas de las que trabajó la semana pasada?		53. ¿Está disponible para trabajar más horas?		54. ¿Qué gestión hizo para trabajar más horas?		55. ¿Por qué no trabajó más horas a la semana?		56. ¿Cuál fue el motivo por el que dejó de trabajar en su última ocupación?		57. ¿Ha trabajado alguna vez anteriormente?	58. ¿Está usted afiliado a un gremio, sindicato o asociación laboral?	59. ¿Está usted afiliado a la AFP (Administradora de Fondos de Pensiones)?	60. ¿Actualmente, está usted aportando a la AFP?	OBSERVACIONES																
	1. Si	2. No	1. Si	2. No	1. Consultó con empleadores	2. Puso o contestó anuncios/dejó su CV	3. Acudió a la bolsa de trabajo	4. Consultó con amigos, parientes o personas conocidas	5. Trató de conseguir capital, clientes, etc.	6. Realizó consultas continuas a periódicos	7. Otro (Especifique)	1. NO ENCUENTRA OTRO TRABAJO	2. POR FALTA DE CLIENTES, PEDIDOS O FINANCIAMIENTO	3. FALTA DE MATERIALES, INSUMOS, MAQUINARIA, TIERRA		4. POR ENFERMEDAD	5. POR MOTIVOS PERSONALES O FAMILIARES (Especifique)	6. OTRO (Especifique)	1. RENCUNCIA	2. DESPIDO	3. FIN DE CONTRATO	4. POR FALTA DE CLIENTES, PEDIDO O FINANCIAMIENTO	5. FALTA DE MATERIALES, INSUMOS, MAQUINARIA, TIERRA	6. POR ESTUDIOS	7. POR ENFERMEDAD	8. POR MOTIVOS PERSONALES (Especifique)	9. OTRO (Especifique)	1. Si	2. No	1. Si	2. No
	52	53	54		55		56		57	58	59	60																			
01																															
02																															
03																															
04																															
05																															
06																															
07																															
08																															
09																															
10																															
11																															
12																															

SECCIÓN 7 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: INGRESOS NO LABORALES (MONTOS MENSUALES Y ANUALES)

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. Recibe usted ingresos (rentas) mensuales por:										2. Además de los ingresos mencionados, recibe usted ingresos (rentas) mensuales por:									
	A. ¿Jubilación (vejez)? Excluya el monto de la Renta Dignidad		B. ¿Benemérito? Excluya el monto de la Renta Dignidad		C. ¿Invalidez?		D. ¿Viudez, orfandad?		E. ¿Renta Dignidad?		E1. La mayor parte del dinero de la Renta Dignidad lo gastó en:		E2. ¿Por qué no recibió la Renta Dignidad?		A. ¿Intereses? (por depósitos bancarios, préstamos, etc.)		B. ¿Alquiler de propiedades inmuebles casales, etc.?		C. ¿Otras rentas? (Especifique) <input type="checkbox"/>	
	INDAGUE SI LA RENTA DIGNIDAD ESTA INCLUIDA EN EL MONTO DE LA JUBILACIÓN/RENDA DE BENEMÉRITO					1. Si Monto 2. No PASE A PREG. E2					SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCION					SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCION				
	SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCION					1. Alimentos para el hogar 2. Ropa y calzados 3. Educación 4. Salud 5. Vivienda 6. Ahorro 7. Otros (Especifique)					1. No contaba con documentos (CN o CI) ni con testigos de la comunidad 2. Está en trámite 3. Estaba enfermo 4. Tuvo que viajar 5. No le corresponde por su edad 6. No realizó el trámite de inscripción 7. Todavía trabaja y percibe ingresos del Tesoro General de la Nación (TGN) 8. Es extranjero 9. Otro (Especifique)									
A	B	C	D	E		E1		E2		A	B	C								
Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Cód.	Monto (Bs)	Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Especifique							
1										2										
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				

SECCIÓN 7 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: INGRESOS NO LABORALES (MONTOS MENSUALES Y ANUALES)

PARTE B: INGRESOS POR TRANSFERENCIAS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	3. Durante los últimos doce meses,			4. Además de los ingresos mencionados anteriormente,				5. En los últimos doce meses, ¿recibió usted...																	
	A. Alquileres de propiedades agrícolas?	B. Dividendos, utilidades empresariales o retiros de sociedades?	C. Alquiler de maquinaria y/o equipo?	A. Indemnización por dejar algún trabajo?	B. Indemnización de Seguros?	C. Ingresos por anticrético de propiedades inmuebles, casas, etc.?	D. Otros ingresos extraordinarios (ej. Becas de estudio, derechos de autor, marcas y patentes)?	A. Asistencia familiar por divorcio o separación?	B. Dinero de otras personas que residen en este u otro lugar del país?	C. Alimentos o regalos de otras personas que residen en este u otro lugar del país? (VALORAR EN BS.)	D. Otros bonos sociales en efectivo (Especificar)			E. Otros bonos sociales en especie (Especificar) (VALORAR EN BS.)											
	SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN			SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN				SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN																	
								Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia			Frecuencia								
	A	B	C	A	B	C	D	A	B	C	D	E	2. Semanal		3. Quincenal		4. Mensual		5. Bimestral		6. Trimestral		7. Semestral		8. Anual
Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Especifique	Monto (Bs)	Frec.	Especifique	Monto (Bs)	Frec.	Especifique	Monto (Bs)	Frec.	Especifique	
3			4				5																		
01																									
02																									
03																									
04																									
05																									
06																									
07																									
08																									
09																									
10																									
11																									
12																									

SECCIÓN 7 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE C: REMESAS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	6. En los últimos 12 meses, ¿recibió (...), dinero o encomiendas de otras personas que residen en el exterior del país? 1. Si 2. No ↓ PASE A PREG.10a	7. ¿Con que frecuencia recibió el dinero o encomiendas mencionadas? 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimestral 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual	8. Si recibió dinero, ¿cuál es el monto y en qué moneda lo recibió? SI NO RECIBIÓ DINERO, ANOTE 00 Y PASE A LA PREG. 10 MONEDA 1. Bolivianos 2. Euros 3. Dólares 4. Pesos argentinos 5. Reales 6. Pesos chilenos 7. Otro (Especifique) TOMAR EN CUENTA LA FRECUENCIA DECLARADA EN LA PREG. 7			9. Si recibió dinero, la mayor parte lo gastó en: 1. Construcción o compra de vivienda 2. Ampliación o reparación de la vivienda 3. Insumos, materiales, etc., para su actividad económica 4. Equipamiento del hogar 5. Salud 6. Alimentación 7. Educación (material escolar, uniformes) 8. Otros (Especifique)		10. Si recibió en especie, valorar en Bolivianos. SI NO RECIBIÓ EN ESPECIE, ANOTE 00	ENCUESTADOR/A:
			Monto	Moneda	Especifique	Cód.	Especifique		Monto valorado
	6	7	8			9		10	10a
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

SECCIÓN 8: ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA BASADA EN LA EXPERIENCIA**PARTE A. ACCESO A LA ALIMENTACIÓN EN LOS HOGARES**

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas relacionadas a la alimentación. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ha habido algún momento en que:	1. Si 2. No
1. ¿Usted u otra persona en su hogar se ha preocupado por no tener suficientes alimentos para comer por falta de dinero u otros recursos?	
2. Pensando aún en los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en que usted u otra persona en su hogar no ha podido comer alimentos saludables y nutritivos por falta de dinero u otros recursos?	
3. ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona en su hogar ha comido poca variedad de alimentos por falta de dinero u otros recursos?	
4. ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona en su hogar ha tenido que dejar de desayunar, almorzar o cenar porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos?	
5. Pensando aún en los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez en que usted u otra persona en su hogar ha comido menos de lo que estaba acostumbrado comer por falta de dinero u otros recursos?	
6. ¿Hubo alguna vez en que su hogar se ha quedado sin alimentos por falta de dinero u otros recursos?	
7. ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona en su hogar ha sentido hambre pero no comió porque no había suficiente dinero u otros recursos para obtener alimentos?	
8. ¿Hubo alguna vez en que usted u otra persona en su hogar ha dejado de comer todo un día por falta de dinero u otros recursos?	

SECCION 9 GASTOS

PARTE A: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

1. ¿En el último mes en su hogar compraron, consiguieron o consumieron (....)?

COMPRAS

2. ¿Con qué frecuencia compra (....)?

3. Generalmente, ¿qué cantidad de (....) compra ?

4. ¿Cuánto gasta por comprar esta cantidad?

1. Diario
2. Día por medio
3. Dos veces por semana
4. Semanal
5. Quincenal
6. Mensual
7. Trimestral
8. Semestral
9. Anual

AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO

5. ¿Con qué frecuencia consume (....) de lo que ud. produce o vende?

6. Generalmente, ¿qué cantidad de (....) consume de lo que usted mismo produce o vende?

7. Si tuviera que comprar esa cantidad de (....) en el mercado, ¿cuánto pagaría?

1. Diario
2. Día por medio
3. Dos veces por semana
4. Semanal
5. Quincenal
6. Mensual
7. Trimestral
8. Semestral
9. Anual

OTRAS FUENTES

8. ¿El hogar recibió (....) en el último mes como pago en especie, trueque, donación o regalo?

9. ¿Cuánto pagaría si tuviera que comprar esa cantidad de (....) en el mercado?

EQUIVALENCIAS ENTRE UNIDADES DE MEDIDA

Unidad de medida	Factor de conversión a KILOS
1 Gramo	0,001
1 Onza	0,028
1 Libra	0,454
1/2 Libra	0,227
1/4 Libra	0,113
1 Cuartilla	2,835
1/2 Cuartilla	1,418
1/4 Cuartilla	0,709
1 Arroba	11,340
1/2 Arroba	5,670
1/4 Arroba	2,835
1 Quintal	45,360
1/2 Quintal	22,680
1/4 Quintal	11,340

SI NO COMPRAS, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 5

SI NO CONSUME, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 8

SI NO RECIBIÓ, ANOTE 2 Y PASE A OTRO PRODUCTO



Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)
------------	----------	------------------	------------------

Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)
------------	----------	------------------	------------------

1. Si 2. No	Valor total (Bs)
----------------	------------------

INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Producto	1. Si 2. No
----------	----------------

1

1. PAN Y CEREALES

1	Pan corriente	
2	Pan especial	
3	Galletas	
4	Productos de Pastelería (torta, empanadas al horno, queques, cuñape, etc.)	
5	Productos de pastelería frita	
6	Arroz	
7	Maíz	
8	Quinua	
9	Fideo	
10	Harina (trigo, maíz, etc.)	
11	Otros cereales (Avena, cereales en hojuelas, etc.)	

2. CARNES

12	Carne de res sin hueso (entero, cortes especiales)	
13	Carne de res con hueso (con fibras, de segunda, tercera)	
14	Carne de res molida (corriente/ especial)	
15	Carne de pollo (entero, trozado)	
16	Carne fresca de cerdo (entero, cortes especiales)	

2

3

4

5

6

7

8

9

CONVERSIONES/OBSERVACIONES

SECCIÓN 9 GASTOS

PARTE A: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

1. ¿En el último mes en su hogar compraron, consiguieron o consumieron (....)?		COMPRAS				AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO				OTRAS FUENTES		CONVERSIONES/OBSERVACIONES
		2. ¿Con qué frecuencia compra (....)?	3. Generalmente, ¿qué cantidad de (....) compra ?	4. ¿Cuánto gasta por comprar esta cantidad?	5. ¿Con qué frecuencia consume (....) de lo que ud. produce o vende?	6. Generalmente, ¿qué cantidad de (....) consume de lo que usted mismo produce o vende?	7. Si tuviera que comprar esa cantidad de (....) en el mercado, ¿cuánto pagaría?	8. ¿El hogar recibió (....) en el último mes como pago en especie, trueque, donación o regalo?	9. ¿Cuánto pagaría si tuviera que comprar esa cantidad de (....) en el mercado?			
<p>INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR</p>		SI NO COMPRO, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 5				SI NO CONSUME, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 8				SI NO RECIBIÓ, ANOTE 2 Y PASE A OTRO PRODUCTO		
		Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	1. Si 2. No	Valor total (Bs)	
1		2	3	4	5	6	7	8	9			
9. OTROS PRODUCTOS ALIMENTICIOS												
64	Sal			Kilos			Kilos					
65	Ají en vaina seco			Libra			Libra					
66	Espicias, salsas, condimentos, aderezos y similares											
10. CAFÉ, TÉ, CACAO, COCA												
67	Café			Gramos			Gramos					
68	Té											
69	Hoja de coca			Gramos			Gramos					
70	Polvos a base de chocolate (Toddy, Chocolike, etc.)			Gramos			Gramos					
71	Hierbas naturales (manzanilla, eucalipto, boldo, cedrón, etc.)											
11. AGUAS, REFRESCOS, JUGOS DE FRUTAS Y LEGUMBRES												
72	Bebida Gaseosa en botella/lata			Litro			Litro					
73	Jugos de frutas y hortalizas en vaso, jugos en botella y/o cartón, energizantes											
74	Agua natural envasada			Litro			Litro					
12. BEBIDAS ALCOHÓLICAS, TABACO												
75	Vino, cerveza, destilados (singani, whisky), tabaco(cigarrillos), etc.											
OBSERVACIONES:												

SECCIÓN 9 GASTOS
PARTE B: GASTOS DEL HOGAR

10. Durante el último mes, en su hogar cuánto gastaron en:	
SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00	Valor total (Bs)
10	
ARTÍCULOS DE LIMPIEZA DEL HOGAR	
1. Artículos de limpieza del hogar (detergentes, escobas, servilletas, focos, velas, fósforos, ceras, etc.)	
SERVICIOS DE TRANSPORTE PÚBLICO	
2. Transporte público urbano (micro, taxi, trufi, minibús). No incluir transporte a centros educativos, ni transporte de productos agropecuarios	
3. Transporte público interurbano (minibus, flota)	
SERVICIOS Y ARTÍCULOS DE ESPARCIMIENTO Y CULTURA	
4. Periódicos, libros y revistas	
5. Espectáculos (cine, teatro, concierto, fútbol, alquiler de canchas, etc.)	
6. Discos Compactos (CD), Cassetes, DVD, VCD, videos/Blue Ray	
ARTÍCULOS Y SERVICIOS DE USO PERSONAL	
7. Artículos de limpieza personal (jaboncillo, pasta dental, champú, cepillo, etc.)	
8. Toallas higiénicas, pañales desechables, etc.	
9. Servicios personales (peluquería, barbería, lustrado de calzados)	
SERVICIO DOMÉSTICO	
10. Sueldo o pago empleada(o) doméstica(o), chofer, jardinero, lavandera, etc.	
GASTOS MENSUALES EN EDUCACIÓN	
11. Pensión escolar, universitaria o cuotas regulares?	
12. Transporte público o privado al centro educativo?	
13. Fotocopias, refrigerio o recreo, otros gastos mensuales en Educación?	
ALIMENTOS Y BEBIDAS CONSUMIDOS FUERA DEL HOGAR	
14. Desayunos	
15. Almuerzos	
16. Té	
17. Cenas	
18. Sandwiches, hamburguesas, pollos broaster, pizzas, hot dogs, salteñas, empanadas, comida rápida o al paso	
19. Helados.	
20. Cerveza y/u otras bebidas alcohólicas, cigarrillos.	
21. Refrescos, sodas, jugos en sachet, botellas, lata y/o cartón	

OTROS GASTOS MENSUALES		Valor total (Bs)
22. Cuotas de pago de préstamos hipotecarios (casa).		
23. Cuotas de pago de préstamos hipotecarios (automóvil).		
24. Cuotas de pago por créditos de consumo (compra de electrodomésticos, TV, etc.)		
25. Cuotas de pago de tarjetas de crédito		
26. Transferencias a otros hogares		
27. Guarderías infantiles, parvularios, nidos		
28. Mesada para hijos u otras personas (Asignaciones de dinero mensuales para hijos u otras personas)		
29. Combustible y lubricantes para su automóvil y/o motocicleta		
30. Servicio telefónico celular al mes		
31. Servicios de Internet (dentro y fuera del hogar)		
32. Servicios de televisión por cable		
11. Durante los últimos tres meses, en su hogar cuánto gastaron en:		
SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00	Valor total (Bs)	
11		
COMUNICACIONES		
1. Comunicaciones (cartas, courier, encomiendas)		
VESTIDOS Y CALZADOS		
2. Ropa y calzado para niños y niñas (excepto uniformes escolares)		
3. Ropa y calzado para mujer		
4. Ropa y calzado para hombre		
5. Accesorios de vestir (carteras, sombreros, billeteras)		
6. Productos para confección de vestimentas (telas, hilados, lana)		
ARTICULOS TEXTILES Y PLASTICOS		
7. Artículos textiles y de plástico para el hogar (tapices, manteles, frazadas, cortinas, baldes, bañadores, etc.)		
SERVICIOS A HOGARES		
8. Servicios a hogares (sastrería, limpieza en seco, reparaciones de calzados, de ropa, etc.)		
12. Durante los últimos seis meses, en su hogar cuánto gastaron en:		
SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00	Valor total (Bs)	
12		
GASTOS RELACIONADOS CON EDUCACIÓN		
1. Matricula universitaria.		
REPARACION Y MANTENIMIENTO DE VEHICULOS		
2. Servicio y mantenimiento del vehículo propio, motocicleta.		
PRODUCTOS CONEXOS A LOS ANIMALES DOMESTICOS		
3. Alimento para animales, consulta veterinaria, vacunas, curaciones, servicio para el cuidado de la mascota (baño, peluquería).		

13. Durante los últimos doce meses, en su hogar cuánto gastaron en:	
SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00	Valor total (Bs)
13	
EQUIPAMIENTO DEL HOGAR	
1. Compra de muebles para el hogar	
2. Vajilla, menaje y utensilios	
JOYERIA, BISUTERIA Y RELOJERIA	
3. Joyería, relojes, aretes, cadenas, prendedores, etc.	
ARTÍCULOS DE DISTRACCIÓN	
4. Juguetes	
GASTOS ANUALES EN EDUCACIÓN	
5. Otras matrículas	
6. Uniformes	
7. Textos y útiles?	
8. Aportes o contribuciones a la directiva de padres de familia, a la infraestructura del establecimiento o a pagos de maestros?	
9. Otros gastos anuales relacionados con la gestión escolar o universitaria? (clases particulares, seminarios, etc.)	
OTROS GASTOS ANUALES	
10. Turismo (gastos de transporte y hospedaje, nacional e internacional)	
11. Seguros. Por primas de los seguros voluntarios o planes de salud pre-pagados.	
12. Gastos legales y en seguros (impuestos a la vivienda y/o vehículo)	
13. Misceláneos (ceremonias de bautizo, matrimonio, graduación, religiosas, funerales, caridad y donaciones)	
14. Compra de animales domésticos/mascotas.	

RECUERDE QUE SE DEBE REGISTRAR EL GASTO REALIZADO POR TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR EN CADA UNO DE LOS GRUPOS DE BIENES Y SERVICIOS

SECCIÓN 9 GASTOS
PARTE C: EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

14. ¿El hogar tiene, posee o dispone...		15. ¿Cuántos/as (...) posee o tiene el hogar?	16. ¿Hace cuánto tiempo posee, tiene o compró el/la (...)?	17. ¿Cuánto pagó por el/la (...)?	OBSERVACIONES
<p>1. Si</p> <p>2. No</p>		Número	Años	Monto (Bs)	
14		15	16	17	
1	Juego de living?				
2	Cocina (a gas, eléctrica, etc.), horno?				
3	Horno microondas/ microondas?				
4	Refrigerador/freezer congeladora?				
5	Computadora (laptop o tablet PC, etc.)?				
6	Radio o radiograbador?				
7	Minicomponente o Equipo de sonido?				
8	Televisor?				
9	Lavadora ?				
10	Motocicleta (para uso del hogar)?				
11	Automóvil (para uso del hogar)?				

SELECCIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR A ENCUESTAR

CÓDIGO	1. REGISTRE A LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE 15 AÑOS O MÁS	ENCUESTADOR: APLIQUE LA TABLA DE KISH	
1		2. NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR DE 15 AÑOS O MÁS	3. PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DE FOLIO (DATO DE CARÁTULA)
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

4. TABLA DE KISH PARA LA SELECCIÓN DE UNA PERSONA POR HOGAR											5. RESULTADO DE KISH	6. RESULTADO PERSONA SELECCIONADA
NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR DE 15 AÑOS O MÁS	PENÚLTIMO DÍGITO DEL FOLIO (DATO DE CARÁTULA)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2		
3	1	3	3	2	2	3	1	1	1	3		
4	2	3	1	3	1	2	4	3	2	4		
5	5	4	3	1	4	5	2	5	3	5		
6	4	3	1	6	4	1	1	5	3	4		
7	1	7	6	3	3	2	5	7	4	3		
8	5	6	8	3	1	8	7	3	4	2		
9	7	6	9	4	8	5	2	7	6	3		
10	2	4	7	9	10	1	6	3	5	8		
11	10	3	9	5	4	6	1	2	8	7		
12	5	4	6	2	8	2	3	12	1	9		
13	12	3	13	6	7	10	5	11	12	9		
14	6	12	14	5	10	14	2	1	13	4		
15	7	8	10	14	11	3	7	13	15	1		

7. NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA:		8. CÓDIGO IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
--	--	--	---

**SECCION 10 DISCRIMINACIÓN
(PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS DE EDAD)**

PARTE A: DISCRIMINACIÓN

Sus respuestas a esta sección serán tratadas en forma estrictamente confidencial y ninguna información que brinde permitirá identificarla/lo a usted.

1. ¿En los últimos 12 meses, ha sido discriminado por cualquiera de los siguientes motivos:

1. Si
2. No
3. Prefiere no decirlo
4. No sabe

<p>A. Sexo</p> <p>B. Orientación sexual e identidad de género</p> <p>C. Edad</p> <p>D. Color de la piel</p> <p>E. Pertenencia a Nación, Pueblo, Indígena, Originario, Campesino (NPIOC)</p> <p>F. Idioma</p> <p>G. Vestimenta</p> <p>H. Procedencia regional o nacionalidad extranjera</p> <p>I. Discapacidad</p> <p>J. Religión o creencia</p> <p>K. Condición económica o social</p> <p>L. Otro motivo (Especifique)</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>										

**SI RESPONDIÓ 2, 4 A TODOS LOS MOTIVOS - FIN DE LA ENTREVISTA
SI RESPONDIÓ 1, 3 AL MENOS A UN MOTIVO CONTINUE CON LA PREG. 2**

4. ¿Hubo sanción para el(la) agresor(a)?

1. Si
2. No
3. La denuncia esta en proceso
4. Otro (Especifique)

FIN DE LA ENTREVISTA

5. ¿Por qué no presentó una denuncia formal?

1. Si
2. No

<p>1. Por vergüenza</p> <p>2. No quería que se sepa</p> <p>3. Por miedo</p> <p>4. Porque se trato de un hecho sin importancia</p> <p>5. No sabía que podía denunciar</p> <p>6. No cree en la justicia</p> <p>7. Otro (Especifique)</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>							

2. ¿Presentó una denuncia formal contra el(la) agresor(a)?

1. Si
2. No

PASE A LA PREG. 5

3. ¿Dónde ha acudido para realizar la denuncia formal?

1. Si
2. No

<p>1. Comité Nacional Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación</p> <p>2. Policía</p> <p>3. Ministerio Público (Fiscalía)</p> <p>4. Defensorías</p> <p>5. Servicio Legal Integral Municipal (SLIM)</p> <p>6. Otros (Especifique)</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>					