MÓDULO DE PROTECCIÓN SOCIAL

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Estado _____|___|___| Municipio _____|___|___|___|

Localidad _____|___|___|___|___|

AGEB |___|___|___| - |___| Manzana |___|___| Segmento |___|___| Vivienda |___|___| Hogar |___| de |___|

NÚMERO DE VISITA	1	2	3	4
FECHA	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*	|___|___| - |___|___| - 20__ *Día Mes Año*
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR				
CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|	|___|___|___|___|
HORA DE INICIO	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos
HORA DE TÉRMINO	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos	|___|___| : |___|___| Horas Minutos
RESULTADO *	|____|____|	|____|____|	|____|____|	|____|____|

**** CÓDIGO DE RESULTADO***

INFORMANTE ADECUADO 1/:

1. Entrevista completa
2. Entrevista incompleta (anote en observaciones)
3. Ausente temporal
4. Ausente en el momento de la visita
5. Cita / Aplazada
6. Se negó a dar información

HOGAR:

7. Nadie en casa
8. Informante inadecuado 2/
9. Otros (anote en observaciones)

NOTA 1/ *Los códigos 1 a 6 identifican el resultado de contactar al informante adecuado para responder al cuestionario. Los códigos 7 y 8 corresponden al resultado de las visitas al hogar.*

NOTA 2/ *El código 8 (Informante inadecuado) se utiliza cuando al momento de hacer la visita a la vivienda no se logra contactar a un miembro del hogar que proporcione la información necesaria. Esto es, se encuentra a personas menores de **12 años o de 60 años o más**, empleados domésticos, visitantes del hogar o personas impedidas física o mentalmente, incluyendo a personas en estado de ebriedad.*

ENTREVISTADOR:
- ✓ ***RECUERDE QUE LOS CÓDIGOS 5 (CITA) Y 8 (INFORMANTE INADECUADO) NO PUEDEN REGISTRARSE COMO CÓDIGOS FINALES.***
- ✓ ***EN CASO DE REGISTRAR LOS CÓDIGOS DE RESULTADO 2 A 9, ESPECIFIQUE EN "OBSERVACIONES"***

OBSERVACIONES _____

_____

¿De quién se solicita información?_____ **Número de Renglón |___|___|**

Nombre de la persona que proporcionó la información_____ **Número de Renglón |___|___|**

ENTREVISTADOR

- ✓ ***ESTE CUESTIONARIO SE APLICA A UN MIEMBRO DEL HOGAR ENTRE 12 Y 59 AÑOS CUMPLIDOS QUE VIVA NORMALMENTE EN LA VIVIENDA, EXCLUYENDO HUÉSPEDES Y TRABAJADORES DOMÉSTICOS. LA PERSONA SELECCIONADA SERÁ EL INFORMANTE DIRECTO DE LA ENTREVISTA.***
- ✓ ***LA SELECCIÓN DEL INFORMANTE ES ALEATORIA Y NO SE PUEDE SUSTITUIR.***

SUPERVISADO POR: _____|____|____|____|____|

FECHA: |____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año* Tipo de supervisión: 1. DIRECTA 2. POSTERIOR

EXCLUSIVO PARA GABINETE:		REVISIÓN EN CAMPO	REVISIÓN EN GABINETE	CAPTURADO POR
	NOMBRE			
	NÚMERO	|____|____|____|____|	|____|____|____|____|	|____|____|____|____|
	FECHA	|____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año*	|____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año*	|____|____| - |____|____| - 20__ *Día Mes Año*

INSTRUCCIONES GENERALES DE LLENADO DEL CUESTIONARIO

1. Lea textualmente las preguntas.

2. Llene todos los campos del cuestionario al momento de la entrevista.

3. Escriba con tinta azul, si necesita corregir no raye ni borre, sólo trace dos líneas horizontales sobre la respuesta incorrecta.

4. Registre la nueva respuesta a un lado de la que anuló, ya sea escribiendo textualmente la respuesta o circulando el código correspondiente.

5. En las preguntas con opciones, registre un solo código, excepto donde se indique que se acepta más de una respuesta.

6. Cuando anote un número, hágalo en los espacios destinados para ello, cuide que sean claros para que no aparenten otro número que pudiera alterar la respuesta.

7. Al anotar respuestas textuales, escríbalas con letra legible, de preferencia en mayúsculas y con letra de molde, no use abreviaturas.

OBSERVACIONES _____

SECCIÓN I. CONDICIÓN DE OCUPACIÓN

Iniciaremos la entrevista con preguntas relacionadas a la seguridad social, al trabajo y al ingreso en caso de que lo reciba.

1.01 ¿Alguna vez ha contribuido o cotizado a alguna institución de seguridad social, como el IMSS, ISSSTE, PEMEX Defensa o Marina u otra institución?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	 ➔ **PASE A 1.03** ➔ **PASE A 1.03**
1.02 Aproximadamente, ¿cuánto tiempo ha contribuido o cotizado a alguna institución de seguridad social?	|____|____| AÑOS . . . . . 1 MENOS DE UN AÑO. . . . . 2 NO SABE. . . . . 8 NR 9	
1.03 Durante el mes pasado ¿usted trabajó?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	➔ **PASE A 1.18**
1.04 Durante el mes pasado, ¿realizó actividades como…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** vender o hacer algún producto o realizar trabajos de albañilería, plomería o carpintería, etc.?. . . . . 1 prestar algún servicio a cambio de un pago? *(cortar el cabello, dar clases, lavar ropa ajena, etc.)*?. . . . . 2 actividades agropecuarias por su cuenta como cultivar, criar animales, etc.?. . . . . 3 ayudar en las tierras o en el negocio de un familiar u otra persona?. . . . . 4 estuvo ausente de su trabajo . . . . . 5 no trabaja. . . . . 6 NR. 9	**PASE A 1.18** ➔**CONTINÚE** ➔**PASE A 1.06**
1.05 ¿Cuál es la razón principal por la que no trabajó el mes pasado?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Tenía permiso por enfermedad, para realizar trámites, etc.. . . . . 1 Estaba recibiendo capacitación para su trabajo o de vacaciones. . . . . 2 Había un conflicto laboral o huelga.. . . . . 3 No tenía materias primas, clientes o el equipo estaba descompuesto.. . . . . 4 No era temporada de trabajo agrícola . . . . . 5 Había mal clima u otro fenómeno natural . . . . . 6 Ninguna de las anteriores . . . . . 7 NR. 9	**PASE A 1.18**

1.06 Entonces el mes pasado…	**LEA OPCIONES 1 A 5 Y CIRCULE RESPUESTAS AFIRMATIVAS** ¿Estuvo buscando trabajo? . . . . . 1 ¿Rentó o alquiló alguna propiedad?. . . . . 2 ¿Es pensionado o jubilado? . . . . . 3 ¿Se dedicó a los quehaceres del hogar?. . . . . 4 ¿Se dedicó a estudiar? . . . . . 5 ES UNA PERSONA CON ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA O MENTAL QUE LE IMPIDE TRABAJAR POR EL RESTO DE SU VIDA **(ESPONTÁNEA)** . . . . . 6 ESTÁ EN OTRA SITUACIÓN DIFERENTE A LAS ANTERIORES (**ESPONTÁNEA**) (**ESPECIFIQUE**) _____.. 7 NR. 9	
1.07 ¿Depende usted económicamente de alguna persona?	SI. . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	**→PASE A 1.14** **→PASE A 1.14**
1.08 ¿De quién depende económicamente?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** CÓNYUGE. . . . . 1 HIJOS(AS). . . . . 2 PADRE/MADRE. . . . . 3 ABUELO(A) . . . . . 4 HERMANOS(AS). . . . . 5 OTRO FAMILIAR . . . . . 6 OTRA PERSONA . . . . . 7 NR. 9	
1.09 ¿La persona que me mencionó vive en este hogar?	SI . . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	**→PASE A 1.11** **→PASE A 1.11**
1.10 ¿Podría decirme su nombre? **ENCUESTADOR: REGISTRE EL NOMBRE DE LA PERSONA Y EL NÚMERO DE RENGLÓN QUE LE CORRESPONDE DE ACUERDO AL CUESTIONARIO DE HOGAR.**	**ANOTE NOMBRE Y NÚMERO DE RENGLÓN** _____|_____|_____| NR 99	

Ahora vamos a hablar de algunos casos que no han ocurrido en la realidad. Aunque no hayan ocurrido, quisiéramos conocer lo que usted cree que pasaría si sucedieran.

1.11 Si la persona de la que depende económicamente falleciera ¿usted tendría derecho a una pensión?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR. 9	
1.12 Si la persona de la que depende económicamente sufriera un accidente o una enfermedad grave ¿esa persona recibiría un pago por incapacidad por parte de su trabajo?	SI . . . . . 1 NO . . . . . .2 LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE NO TRABAJA. . . . .3 NO SABE . . . . . 8 NR 9	
1.13 Si por alguna razón usted dejara de recibir el apoyo económico de esa persona ¿qué haría?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** TRABAJAR O BUSCAR TRABAJO . . . . 1 PEDIR AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS. . . . . 2 PEDIR AYUDA O APOYO DE PROGRAMAS DE GOBIERNO. .... . 3 VENDER ALGÚN BIEN . . . . . 4 UTILIZAR LOS AHORROS . . . . . 5 NO LO HA PENSADO . . . . . 6 OTRO (**ESPECIFIQUE**)_____ .7 NO SABE . . . . . 8 NR 9	
1.14 En los últimos doce meses, es decir, de noviembre de 2008 a la fecha ¿usted trabajó?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	→**PASE A 10.01**
1.15 En los últimos doce meses, es decir, de noviembre de 2008 a la fecha, ¿realizó actividades como…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** vender o hacer algún producto o realizar trabajos de albañilería, plomería o carpintería, etc.?. . . . . 1 prestar algún servicio a cambio de un pago? (*cortar el cabello, dar clases, lavar ropa ajena, etc.*) . . . . . 2 actividades agropecuarias por su cuenta como cultivar, criar animales, etc.?. . . . . 3 ayudar en las tierras o en el negocio de un familiar u otra persona?. . . . . 4 estuvo ausente de su trabajo . . . . . 5 no trabaja. . . . . 6 NR. 9	**PASE A 10.01**

1.16 ¿Cuál es el motivo por el que usted no ha trabajado en los últimos doce meses?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** AMO/AMA DE CASA . . . . . 01 ESTUDIANTE . . . . . 02 MATERNIDAD/CUIDADO DE LOS HIJOS. . . . . 03 EMBARAZO . . . . . 04 MATRIMONIO/UNIÓN. . . . . 05 RETIRO/JUBILACIÓN . . . . . 06 ENFERMEDAD O INCAPACIDAD. . . . . 07 NO HA ENCONTRADO TRABAJO. . . . . 08 CUIDADO DE ALGÚN FAMILIAR ENFERMO O MAYOR .. . . . 09 OTRO . . . . . 10 NR 99	
1.17 ¿Ha trabajado alguna vez en su vida…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE LAS INDICADAS POR EL INFORMANTE** por un pago o un salario? . . . . . 1 por su cuenta? . . . . . 2 ayudando en el negocio o actividad económica de alguna persona? . . . . . 3 Nunca ha trabajado . . . . . 4 NR 9	**PASE A 10.01** **➔PASE A 11.03**
1.18 Si tiene más de un trabajo o actividad, hablaremos sólo de su **trabajo principal,** ¿lo realizó dentro del país?	SI . . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	
1.19 ¿Cuáles son las tareas o funciones principales que desempeñó en este trabajo el mes pasado? **ANOTE RESPUESTA TEXTUAL**	***DESCRIBA CON DETALLE LAS TAREAS O FUNCIONES, ADEMÁS PREGUNTE Y REGISTRE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN EL TIPO DE ACTIVIDADES A QUE SE DEDIQUE, EJEMPLOS:*** ✓ ***SI SIEMBRA O CULTIVA, EL TIPO DE PRODUCTO: MAÍZ, FRIJOL, ALFALFA, AJO, CAFÉ, ETC.*** ✓ ***SI CRÍA ANIMALES, EL TIPO DE ANIMAL: CERDOS, GALLINAS, MOSCOS, ABEJAS, ETC.*** ✓ ***SI SUPERVISA, ESPECIFICAMENTE QUÉ SUPERVISA: PROCESO PRODUCTIVO O TRABAJADORES, ETC.*** ✓ ***SI VENDE ALGO, QUÉ VENDE: CALZADO, JUGUETES, GANADO EN PIE, LOTES DE PANTEONES, ETC.*** ✓ ***SI HACE O FABRICA: ALIMENTOS, BOLSAS DE PIEL, ESCULTURAS DE CANTERA Y SI EMPLEA MAQUINARIA O LO HACE MANUALMENTE ETC.*** _____ _____ NR 9	
1.20 ¿Cuál fue el nombre del oficio, puesto o cargo? **ANOTE RESPUESTA TEXTUAL**	***ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO, EJEMPLOS:*** ✓ ***AGRICULTOR, PIZCADOR, GERENTE DE GRANJA AVÍCOLA.*** ✓ ***CRIADOR DE ABEJAS, PESCADOR, CRIADOR DE PÁJAROS.*** ✓ ***SUPERVISOR DE PRODUCCIÓN, CAPITÁN DE MESEROS.*** ✓ ***COMERCIANTE DE ABARROTES O AGENTE VENDEDOR DE SEGURO.*** ✓ ***CARPINTERO, ENSAMBLADOR DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS*** _____|_____| _____ NR 9	

1.21 ¿Cuánto tiempo tarda en trasladarse desde su casa hasta su lugar de trabajo? **SÓLO INCLUYA EL VIAJE DE IDA**	HORAS |_____|_____| MINUTOS |_____|_____|. . . . . 1 TRABAJA EN SU PROPIA VIVIENDA . . . . . 2 NO TIENE LUGAR FIJO DE TRABAJO. . . . . 3 NR. 9	**PASE A 1.24**
1.22 ¿Generalmente qué medio de transporte utiliza para trasladarse a su lugar de trabajo?	**ESCUCHE Y CIRCULE UNO O MÁS CÓDIGOS** PESERO, MICROBÚS O AUTOBÚS . . . . . 01 METRO . . . . . 02 AUTO PARTICULAR . . . . . 03 TAXI . . . . . 04 BICICLETA . . . . . 05 MOTOCICLETA . . . . . 06 LANCHA, FERRY, PANGA O BARCO . . . . . 07 CARRETA, CABALLO U OTRO MEDIO DE TRACCIÓN ANIMAL . . . . . 08 TRANSPORTE DE LA EMPRESA . . . . . 09 CAMINANDO . . . . . 10 OTRO . . . . . 11 NR. 99	**→PASE A 1.24**
1.23 ¿Cuánto gasta diariamente para llegar a su lugar de trabajo?	**ANOTE CANTIDAD** $|____| , |____|____|____|	
1.24 ¿En su trabajo tuvo un jefe(a) o supervisor(a)?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	**→PASE A 2.01**
1.25 Entonces, ¿se dedicó a un negocio o actividad por su cuenta?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	**→PASE A 2.01** **→PASE A 2.01**
1.26 ¿Tuvo empleados o le ayudaron personas en su negocio o actividad?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	**PASE A 3.01**
SECCIÓN II. CARACTERÍSTICAS E INGRESOS DEL <u>TRABAJO PRINCIPAL</u> PARA <u>SUBORDINADOS</u>		
2.01 ¿En ese trabajo…	Recibe un pago? . . . . . 1 es un(a) trabajador(a) sin pago en un negocio del hogar?. . . . . 2 es un(a) trabajador(a) sin pago en un negocio que no es del hogar? . . . . . 3 NR 9	**PASE A 2.11**
2.02 ¿En su trabajo cuenta con un contrato escrito?	SI. . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR 9	**PASE A 2.11**
2.03 ¿El contrato es…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** temporal o por obra determinada?. . . . . .1 de base, planta o por tiempo indeterminado? . . . . . .2 NO SABE . . . . . 8 NR 9	

2.04 ¿En este trabajo le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado?

LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA PARA CADA TIPO DE PRESTACIÓN

PRESTACIONES	SI	NO	NS	NR
01. Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad	1	2	8	9
02. Aguinaldo	1	2	8	9
03. Vacaciones con goce de sueldo	1	2	8	9
04. Reparto de utilidades	1	2	8	9
05. Crédito de vivienda	1	2	8	9
06. Guarderías y estancias infantiles	1	2	8	9
07. Tiempo para cuidados maternos o paternos	1	2	8	9
08. SAR o AFORE	1	2	8	9
09. Seguro de vida	1	2	8	9
10. Préstamos personales y/o caja de ahorro	1	2	8	9
11. Prima vacacional	1	2	8	9
12. Becas y apoyos educativos	1	2	8	9
13. Servicios de comedor	1	2	8	9
14. Crédito FONACOT	1	2	8	9
15. Ayuda de despensas	1	2	8	9
16. Ayuda o exención de pago de luz, agua, teléfono, etc.	1	2	8	9
17. Pensión en caso de invalidez	1	2	8	9
18. Pensión para sus familiares en caso de fallecimiento	1	2	8	9
19. Seguro privado de gastos médicos	1	2	8	9
20. Otras prestaciones (**ESPECIFIQUE**) _____	1	2	8	9

2.05 FILTRO: ¿EL INFORMANTE MENCIONÓ AL MENOS UN SÍ EN 2.04?

SI. . . . . 1 → **CONTINÚE**
NO. . . . . 2 → **PASE A 2.11**

2.06 ¿Alguna vez le han negado alguna de las prestaciones que me mencionó?

SI 1
NO . . . . . 2 → **PASE A 2.09**
NR . . . . . 9 → **PASE A 2.09**

2.07 ¿Cuál (cuáles) le han negado?

ACEPTE HASTA TRES MENCIONES Y ANOTE EL (LOS) CÓDIGO(S) CORRESPONDIENTE(S) SEGÚN PREGUNTA 2.04

1. _____|___|___|
2. _____|___|___|
3. _____|___|___|

NR. 99

2.08 ¿Por qué razones se las negaron?

ANOTE RESPUESTA TEXTUAL

_____
_____
_____

NR. 9

2.09 ¿Su patrón o empleador lo/la ha dado de alta y de baja de la seguridad social cada cierto tiempo?	SI . . . . . 1 NO. . . . . 2 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	
2.10 ¿El salario o sueldo sobre el que se calculan sus aportaciones a la seguridad social se hace con base en todo su salario o sólo a una parte de él?	Con base en la totalidad del salario . . . . . 1 Con base en una parte del salario . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR. 9	
2.11 El mes pasado en este trabajo, ¿cuántas horas a la semana trabajó?	|_____|_____| HORAS . . . . . 1 NR 9	
2.12 ¿A qué se dedica esta empresa, negocio o institución para la que trabajó o ayudó? **ANOTE RESPUESTA TEXTUAL**	***DESCRIBA A QUÉ SE DEDICA PRINCIPALMENTE LA UNIDAD ECONÓMICA:*** ✓ ***SI FABRICA O MAQUILA, SEÑALE EL PRODUCTO Y EL TIPO DE MATERIAL EMPLEADO: TEJE SOMBREROS DE PALMA, HACE GELATINAS, EMBOTELLA REFRESCOS, ETC.*** ✓ ***SI PRESTA ALGÚN SERVICIO, ESPECIFIQUE EN QUÉ CONSISTE Y EL LUGAR DONDE LO HACE: REPARA EQUIPO INFORMÁTICO A DOMICILIO, GUÍA A TURISTAS, ETC.*** ✓ ***SI VENDE ALGÚN PRODUCTO ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRODUCTO Y EL LUGAR DONDE SE EFECTÚA LA VENTA: MEDICAMENTOS EN FARMACIAS Y CONSULTORIOS MÉDICOS: JOYERÍA EN EL DOMICILIO DE LOS CLIENTES, DISTRIBUYE CERVEZA A TIENDAS, ETC.*** _____ _____ NR. 9	
2.13 Entonces, ¿estamos hablando de que esta empresa es…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** de tipo independiente, personal o familiar? . . . . . 1 una compañía o empresa del sector privado? (*sociedad mercantil, anónima o bajo otra modalidad, trasnacional, cadena comercial, bancaria o de servicios*) . . . . . 2 una institución de gobierno? . . . . . 3 una institución no administrada por el gobierno? . . . . . 4 NR 9	
2.14 Durante el mes pasado, ¿cuántas personas incluyéndose usted trabajaron en esta empresa o negocio?	**ESCUCHE LA RESPUESTA Y CLASIFIQUE EN EL RANGO CORRESPONDIENTE** UNA PERSONA. . . . . .01 DE 2 A 5 PERSONAS. . . . . .02 DE 6 A 10 PERSONAS. . . . . .03 DE 11 A 15 PERSONAS. . . . . .04 DE 16 A 20 PERSONAS. . . . . .05 DE 21 A 30 PERSONAS. . . . . .06 DE 31 A 50 PERSONAS . . . . . 07 DE 51 A 100 PERSONAS . . . . . 08 DE 101 A 250 PERSONAS . . . . 09 DE 251 A 500 PERSONAS. . . . .10 DE 501 A MÁS PERSONAS. . . . 11 NO SABE 98	

2.15 FILTRO: ¿EL INFORMANTE RECIBE UN PAGO? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREG. 2.01)**	**SI** . . . . . 1 **NO**. 2	**➔CONTINÚE** **➔PASE A 2.22**

2.16 ¿Cuánto dinero recibió por…

IMPORTANTE: Incluya en su ingreso los pagos que se hacen por algún préstamo en efectivo, pagos que hace porque la empresa le prestó dinero para comprar su casa y el pago que usted realiza si adquirió un seguro voluntario.

Excluya de los ingresos reportados los descuentos por concepto de pago de impuesto, de pago a instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE o similar) por pensión, jubilación o retiro o pago al sindicatos, entre otros.

REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA
ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

INGRESO DEL MES PASADO	**INGRESOS MENSUALES**				
_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|

CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P003	comisiones y propinas?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P004	horas extras?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P001	sueldos o salarios?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P002	destajo?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

2.17 FILTRO: ¿EL INFORMANTE RECIBIÓ INGRESOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?	**SI** . . . . . 1 **NO** 2	**➔PASE A 2.20** **➔CONTINÚE**
2.18 ¿Por qué causa no recibió ingresos por ese trabajo en los meses que me indicó?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Le pagaron en especie. . . . . 01 Empezó a trabajar recientemente . . . . . 02 No le han pagado . . . . . 03 Está contratado pero no ha iniciado sus actividades . . . . . 04 Estaba enfermo(a) o sufrió un accidente y no recibía paga . . . . . 05 Por conflicto laboral o huelga . . . . . 06 Tenía permiso sin goce de sueldo . . . . . 07 Porque era un(a) trabajador(a) sin paga. . . . . 08 Por falta de trabajo (cierre temporal de la empresa, negocio o comercio) . . . . . 09 Por escasez de materiales y reparación del equipo para la producción o venta . . . . . 10 Era un trabajo temporal . . . . . 11 Otros . . . . . 12 NR 99	**PASE A 2.20**
2.19 ¿Estuvo buscando trabajo durante los meses que no recibió ingresos?	SI. . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	

2.20 En los últimos seis meses, ¿cuánto dinero recibió en total por (**MENCIONE CONCEPTO**)? **LEA OPCIONES Y ANOTE LA CANTIDAD**	**CLAVE**	**CONCEPTO**	**CANTIDAD**
	P005	Incentivos, gratificaciones o premios	$ I___I___I,I___I___I___I
	P006	Bono, percepción adicional o sobresueldo	$ I___I___I,I___I___I___I
	P007	Primas vacacionales y otras prestaciones en efectivo	$ I___I___I,I___I___I___I
2.21 ¿Cuánto dinero recibió en total por (**MENCIONE CONCEPTO**)? **LEA OPCIONES Y ANOTE LA CANTIDAD**	**CLAVE**	**CONCEPTO**	**CANTIDAD**
	P008	Reparto de utilidades del ejercicio 2008	$ I___I___I,I___I___I___I
	P009	Aguinaldo del ejercicio 2008	$ I___I___I,I___I___I___I

2.22 Además de este trabajo, ¿tuvo algún otro el mes pasado?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 8.01** **➔PASE A 8.01**
2.23 ¿Por qué motivo tuvo más de un trabajo?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** PORQUE NO ALCANZA EL DINERO . . . . . 1 PARA GANAR MÁS DINERO . . . . . 2 PARA TENER OTRA ACTIVIDAD . . . . . 3 POR GUSTO .... 4 OTROS (**ESPECIFIQUE**) _____.... 5 NR. 9	
2.24 ¿Este trabajo lo realizó en la misma empresa o tiene el mismo patrón que en su trabajo principal?	SI. . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	**PASE A 4.01**

SECCIÓN III. CARACTERÍSTICAS E INGRESOS DEL TRABAJO PRINCIPAL PARA INDEPENDIENTES

3.01 FILTRO: ¿EL INFORMANTE SE DEDICÓ A UN NEGOCIO O ACTIVIDAD POR SU CUENTA? (VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREG 1.25)	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	**➔CONTINÚE** **➔PASE A 3.26**
3.02 El mes pasado, ¿cuántas horas a la semana trabajó en su negocio o empresa?	I____I____I HORAS . . . . . 1 NR 9	
3.03 ¿En este trabajo usted recibió o tuvo asignado un sueldo?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 3.09** **➔PASE A 3.09**

3.04 ¿En este negocio o trabajo usted tuvo derecho a las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado? **LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA PARA CADA TIPO DE PRESTACIÓN**	**PRESTACIONES**	**SI**	**NO**	**NS**	**NR**	
	01. Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad	1	2	8	9	
	02. Aguinaldo	1	2	8	9	
	03. Vacaciones con goce de sueldo	1	2	8	9	
	04. Reparto de utilidades	1	2	8	9	
	05. Crédito de vivienda	1	2	8	9	
	06. Guarderías y estancias infantiles	1	2	8	9	
	07. Tiempo para cuidados maternos o paternos	1	2	8	9	
	08. SAR o AFORE	1	2	8	9	
	09. Seguro de vida	1	2	8	9	
	10. Préstamos personales y/o caja de ahorro	1	2	8	9	
	11. Prima vacacional	1	2	8	9	
	12. Becas y apoyos educativos	1	2	8	9	
	13. Servicios de comedor	1	2	8	9	
	14. Crédito FONACOT	1	2	8	9	
	15. Ayuda de despensas	1	2	8	9	
	16. Ayuda o exención de pago de luz, agua, teléfono, etc.	1	2	8	9	
	17. Pensión en caso de invalidez	1	2	8	9	
	18. Pensión para sus familiares en caso de fallecimiento	1	2	8	9	
	19. Seguro privado de gastos médicos	1	2	8	9	
	20. Otras prestaciones (**ESPECIFIQUE**)_____	1	2	8	9	
3.05 FILTRO ¿EL INFORMANTE MENCIONÓ AL MENOS UN SÍ EN 3.04?	SI. . . . . 1 NO. 2					**→PASE 3.09**
3.06 ¿Alguna vez le han negado alguna de las prestaciones que me mencionó?	SI. . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9					 **→PASE 3.09** **→PASE 3.09**
3.07 ¿Cuál (cuáles) le han negado?	**ACEPTE HASTA TRES MENCIONES Y ANOTE EL (LOS) CÓDIGO(S) CORRESPONDIENTE(S) SEGÚN PREGUNTA 3.04** 1. _____|___|___| 2. _____|___|___| 3. _____|___|___| NR 99					
3.08 ¿Por qué razones se las negaron?	**ANOTE RESPUESTA TEXTUAL** _____ _____ _____ NR. 9					

3.09 El mes pasado ¿A qué se dedicó su empresa o negocio? **ANOTE RESPUESTA TEXTUAL Y EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE SEGÚN LAS ACTIVIDADES DESCRITAS ABAJO**	***DESCRIBA A QUÉ SE DEDICA PRINCIPALMENTE LA UNIDAD ECONÓMICA:*** ✓ ***SI FABRICA O MAQUILA, SEÑALE EL PRODUCTO Y EL TIPO DE MATERIAL EMPLEADO: TEJE SOMBREROS DE PALMA, HACE GELATINAS, EMBOTELLA REFRESCOS, ETC.*** ✓ ***SI PRESTA ALGÚN SERVICIO, ESPECIFIQUE EN QUÉ CONSISTE Y EL LUGAR DONDE LO HACE: REPARA EQUIPO INFORMÁTICO A DOMICILIO, GUÍA A TURISTAS, ETC.*** ✓ ***SI VENDE ALGÚN PRODUCTO ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRODUCTO Y EL LUGAR DONDE SE EFECTÚA LA VENTA: MEDICAMENTOS EN FARMACIAS Y CONSULTORIOS MÉDICOS: JOYERÍA EN EL DOMICILIO DE LOS CLIENTES, DISTRIBUYE CERVEZA A TIENDAS, ETC.*** _____ _____ |_____| *Tipo de Actividad* NR. . . . . 9 *01.* ✓ *CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, AMPLIACIONES O REMODELACIONES, TRABAJOS DE ALBAÑILERÍA, PLOMERÍA, ELECTRICIDAD, ACABADOS DE INTERIORES, ETC.* ✓ EXTRACCIÓN DE ARENA, PIEDRA, GRAVA, ETC. ✓ ELABORACIÓN DE GELATINAS, DONAS, PAN, PASTELES, FABRICACIÓN DE PRENDAS DE VESTIR, PRODUCTOS DE MADERA, ARTESANÍAS, JOYERÍA, ELABORACIÓN DE PULQUE, PRODUCTOS LÁCTEOS, TORTILLERIAS, ETC. *02.* ✓ COMPRA VENTA DE ABARROTES, DULCES, REFRESCOS, PRODUCTOS DE DESECHO, EXPENDIO DE PAN, HUEVO O CARNICERÍAS, RECAUDERÍAS, PAPELERÍAS, ETC. *03.* ✓ *PREPARACIÓN DE ALIMENTOS PARA CONSUMO INMEDIATO COMO QUESADILLAS, SOPES, TORTAS, JUGOS, LICUADOS, ETC* ✓ TRANSPORTE DE PERSONAS, MERCANCÍAS, CAFÉ, INTERNET, SERVICIOS COMO MÉDICOS, ABOGADOS, NOTARIOS, SERVICIOS DE EDUCACIÓN, HOSPEDAJE, SERVICIO DOMÉSTICO, SALONES DE BELLLEZA, MECÁNICOS, ETC. ✓ REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ARTÍCULOS PARA EL HOGAR Y PERSONALES, ETC. *04.* ✓ ACTIVIDADES AGRÍCOLAS COMO SEMBRAR, COSECHAR, PREPARAR LA TIERRA, ETC. INCLUYE LA ACUICULTURA VEGETAL. *05.* ✓ ACTIVIDADES DE CRÍA Y EXPLOTACIÓN DE ANIMALES COMO VACAS, OVEJAS, CERDOS, GALLINAS, ABEJAS, ETC. INCLUYE LA ACUICULTURA ANIMAL. *06.* ✓ ACTIVIDADES DE RECOLECCIÓN COMO NOPALES, HONGOS, FRUTAS SILVESTRES, RESINAS, LECHUGUILLAS, ETC. *07.* ✓ REFORESTACIÓN Y TALA DE ÁRBOLES *08.* ✓ ACTIVIDADES DE CAZA Y CAPTURA DE ANIMALES. 09. ✓ ACTIVIDADES DE PESCA	
3.10 Entonces, ¿estamos hablando de que esta empresa es…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** de tipo independiente, personal o familiar?.. . . . . 1 una compañía o empresa del sector privado? (*sociedad mercantil: anónima o bajo otra modalidad; trasnacional, cadena comercial, bancaria o de servicios)*. . . . . 2 NR 9	
3.11 Durante el mes pasado, ¿cuántas personas incluyéndose usted trabajaron en esta empresa o negocio?	**ESCUCHE Y CLASIFIQUE EN EL RANGO CORRESPONDIENTE** UNA PERSONA .. . . . . 01 DE 2 A 5 PERSONAS . . . . . 02 DE 6 A 10 PERSONAS . . . . . 03 DE 11 A 15 PERSONAS . . . . . 04 DE 16 A 20 PERSONAS. . . . . 05 DE 21 A 30 PERSONAS . . . . . 06 DE 31 A 50 PERSONAS . . . . . 07 DE 51 A 100 PERSONAS . . . . . 08 DE 101 A 250 PERSONAS . . . . . 09 DE 251 A 500 PERSONAS . . . . . 10 DE 501 A MÁS PERSONAS. . . . . 11 NO SABE 98	**PASE A 3.15**
3.12 ¿Su negocio cuenta con un registro ante el notario como <u>sociedad o cooperativa</u>?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE. . . . . 8 NR 9	➔**PASE A 3.22**

3.13 En este negocio o actividad, ¿se cuenta con los servicios de un contador?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE. . . . . 8 NR 9	
3.14 ¿Qué tipo de comprobantes de venta expide a sus clientes?	Expide facturas . . . . . 1 Sólo expide notas o ticket de venta . . . . . 2 NINGUNO . . . . . 7 NR. 9	**➔PASE A 3.22**
3.15 ¿Existe alguna otra persona en el hogar que también sea dueño de este negocio? **ESCRIBA NOMBRE DE HASTA 2 PERSONAS Y NÚMERO DE RENGLÓN**	SI . . . . . 1 ¿Quién es? (Quiénes son?)_____|___|___| *Nombre* *Num. Renglón* _____|___|___| *Nombre* *Num. Renglón* NO . . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 3.18** **➔PASE A 3.18**
3.16 ¿Quién es la persona que podría proporcionar información sobre este negocio? (*Información económica, financiera, de recursos humanos, etc.*)	_____|___|___| *Nombre* *Num. Renglón*	
3.17 FILTRO: ¿LA PERSONA ENTREVISTADA ES LA QUE PROPORCIONARÁ LA INFORMACIÓN DEL NEGOCIO?	**SI . . . . . 1** **NO 2**	 **➔PASE A 3.26**
3.18 Además de la actividad mencionada, el mes pasado, ¿realizó alguna otra actividad en su negocio?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	 **➔ PASE A 3.26** **➔ PASE A 3.26**
3.19 ¿Cuál o cuáles? **ANOTE EN LAS CASILLAS EL CODIGO CORRESPONDIENTE (VERIFIQUE CÓDIGOS DE PREGUNTA 3.09)**	**ANOTE RESPUESTA TEXTUAL DE LA ACTIVIDAD** 1._____|___| *Tipo de actividad* 2._____|___| *Tipo de actividad* 3._____|___| *Tipo de actividad* NR. 9	
3.20 ¿Esta(s) actividad(es) la(s) realizó en el mismo lugar o establecimiento que la actividad principal?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	
3.21 ¿El personal empleado es el mismo que utilizó en la actividad principal?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	**PASE A 3.26**

INGRESOS DEL TRABAJO PROVENIENTES DE COOPERATIVAS, SOCIEDADES Y EMPRESAS QUE FUNCIONAN COMO SOCIEDADES (VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 3.12)

3.22 ¿Cuánto dinero recibió por…		**REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA**					
		INGRESO DEL MES PASADO	**INGRESOS MENSUALES**				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P011	sueldos o salarios?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P012	ganancias o utilidades?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P013	Otros ingresos? (**ESPECIFIQUE**) _____	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

3.23 FILTRO: ¿EL INFORMANTE RECIBIÓ INGRESOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	**➔PASE A 3.26**
3.24 ¿Por qué causa no recibió ingresos por ese trabajo?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Le pagaron en especie . . . . . 01 No le han pagado... . . . . 02 Estaba enfermo (a) o sufrió un accidente y no recibía paga.. . . . . 03 Por conflicto laboral... . . . . 04 Porque no vendió la cosecha.. . . . . 05 Porque perdió la cosecha.. . . . . 06 Por falta de trabajo (cierre temporal de la empresa, negocio o comercio).... . . . . 07 Por escasez de materiales y reparación del equipo para la producción o venta... . . . . 08 Otros. . . . . 09 NR. 99	**PASE A 3.26**
3.25 ¿Estuvo buscando trabajo durante los meses que no recibió ingresos?	S . . . . . .1 NO . . . . . 2 NR 9	
3.26 Además de su trabajo, ¿tuvo algún otro el mes pasado?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	**➔PASE A 8.01** **➔PASE A 8.01**
3.27 ¿Por qué motivo tuvo más de un trabajo?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** PORQUE NO ALCANZA EL DINERO . . . . . 1 PARA GANAR MÁS DINERO . . . . . 2 PARA TENER OTRA ACTIVIDAD . . . . . 3 POR GUSTO .... 4 OTROS (**ESPECIFIQUE**) _____.... 5 NR. 9	
SECCIÓN IV. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO SECUNDARIO		
4.01 Este trabajo ¿lo realizó dentro del país?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	
4.02 ¿Cuáles son las tareas o funciones principales que desempeñó en este trabajo el mes pasado? **ANOTE RESPUESTA TEXTUAL**	***DESCRIBA CON DETALLE LAS TAREAS O FUNCIONES, ADEMÁS PREGUNTE Y REGISTRE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN EL TIPO DE ACTIVIDADES A QUE SE DEDIQUE, EJEMPLOS:*** ✓ ***SI SIEMBRA O CULTIVA, EL TIPO DE PRODUCTO: MAÍZ, FRIJOL, ALFALFA, AJO, CAFÉ, ETC.*** ✓ ***SI CRÍA ANIMALES, EL TIPO DE ANIMAL: CERDOS, GALLINAS, MOSCOS, ABEJAS, ETC.*** ✓ ***SI SUPERVISA, ESPECÍFICAMENTE QUÉ SUPERVISA: PROCESO PRODUCTIVO O TRABAJADORES, ETC.*** ✓ ***SI VENDE ALGO, QUÉ VENDE: CALZADO, JUGUETES, GANADO EN PIE, LOTES DE PANTEONES, ETC.*** ✓ ***SI HACE O FABRICA: ALIMENTOS, BOLSAS DE PIEL, ESCULTURAS DE CANTERA Y SI EMPLEA MAQUINARIA O LO HACE MANUALMENTE ETC.*** _____ _____|_____| NR. 9	

4.03 ¿Cuál fue el nombre del oficio, puesto o cargo? **ANOTE RESPUESTA TEXTUAL**	***ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO, EJEMPLOS:*** ✓ ***AGRICULTOR, PIZCADOR, GERENTE DE GRANJA AVÍCOLA.*** ✓ ***CRIADOR DE ABEJAS, PESCADOR, CRIADOR DE PÁJAROS.*** ✓ ***SUPERVISOR DE PRODUCCIÓN, CAPITÁN DE MESEROS.*** ✓ ***COMERCIANTE DE ABARROTES O AGENTE VENDEDOR DE SEGUROS*** ✓ ***CARPINTERO, ENSAMBLADOR DE CIRCUITOS ELECTRÓNICOS.*** _____ _____|_____| NR. 9	
4.04 ¿En su trabajo tuvo un jefe(a) o supervisor(a)?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	**➔PASE A 5.01**
4.05 Entonces ¿se dedicó a un negocio o actividad por su cuenta?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	 **➔PASE A 5.02** **➔PASE A 5.02**
4.06 ¿Tuvo empleados o le ayudaron personas en su negocio o actividad?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	**PASE A 6.01**
SECCIÓN V. CARACTERÍSTICAS E INGRESOS DEL <u>TRABAJO SECUNDARIO</u> PARA SUBORDINADOS		
5.01 FILTRO: ¿EL INFORMANTE TUVO UN (A) JEFE (A) O SUPERVISOR (A) EN SU TRABAJO SECUNDARIO? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 4.04)**	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	 **➔PASE A 6.01**
5.02 ¿En ese trabajo…	recibe un pago? . . . . . .1 es un(a) trabajador(a) sin pago en un negocio del hogar? . . . .2 es un trabajador(a) sin pago en un negocio que no es del hogar? . . . . 3 NR. 9	**PASE A 5.06**
5.03 ¿En su trabajo cuenta con un contrato escrito?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR 9	**PASE A 5.06**
5.04 ¿El contrato es...	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** temporal o por obra determinada? . . . . . 1 de base, planta o por tiempo indeterminado? . . . . . 2 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	

5.05 ¿En este trabajo le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado?

LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA

PRESTACIONES	SI	NO	NS	NR
01. Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad	1	2	8	9
02. Aguinaldo	1	2	8	9
03. Vacaciones con goce de sueldo	1	2	8	9
04. Reparto de utilidades	1	2	8	9
05. Crédito de vivienda	1	2	8	9
06. Guarderías y estancias infantiles	1	2	8	9
07. Tiempo para cuidados maternos o paternos	1	2	8	9
08. SAR o AFORE	1	2	8	9
09. Seguro de vida	1	2	8	9
10. Préstamos personales y/o caja de ahorro	1	2	8	9
11. Prima vacacional	1	2	8	9
12. Becas y apoyos educativos	1	2	8	9
13. Servicios de comedor	1	2	8	9
14. Crédito FONACOT	1	2	8	9
15. Ayuda de despensas	1	2	8	9
16. Ayuda o exención de pago de luz, agua, teléfono, etc	1	2	8	9
17. Pensión en caso de invalidez	1	2	8	9
18. Pensión para sus familiares en caso de fallecimiento	1	2	8	9
19. Seguro privado de gastos médicos	1	2	8	9
20. Otras prestaciones (**ESPECIFIQUE**) _____	1	2	8	9

5.06 El mes pasado en este trabajo, ¿cuántas horas a la semana trabajó?

|_____|_____| HORAS 1

NR 9

5.07 ¿A qué se dedica esta empresa, negocio o institución para la que trabajó o ayudó?

ANOTE RESPUESTA TEXTUAL

DESCRIBA A QUÉ SE DEDICA PRINCIPALMENTE LA UNIDAD ECONÓMICA:

- ✓ ***SI FABRICA O MAQUILA, SEÑALE EL PRODUCTO Y EL TIPO DE MATERIAL EMPLEADO: TEJE SOMBREROS DE PALMA, HACE GELATINAS, EMBOTELLA REFRESCOS, ETC.***
- ✓ ***SI PRESTA ALGÚN SERVICIO, ESPECIFIQUE EN QUÉ CONSISTE Y EL LUGAR DONDE LO HACE: REPARA EQUIPO INFORMÁTICO A DOMICILIO, GUÍA A TURISTAS, ETC.***
- ✓ ***SI VENDE ALGÚN PRODUCTO ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRODUCTO Y EL LUGAR DONDE SE EFECTÚA LA VENTA: MEDICAMENTOS EN FARMACIAS Y CONSULTORIOS MÉDICOS: JOYERÍA EN EL DOMICILIO DE LOS CLIENTES, DISTRIBUYE CERVEZA A TIENDAS, ETC.***

_____

_____|_____|

NR. 9

5.08 Entonces, ¿estamos hablando de que esta empresa es…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** de tipo independiente, personal o familiar? .. . . . . 1 una compañía o empresa del sector privado? (*sociedad mercantil, anónima o bajo otra modalidad, trasnacional, cadena comercial, bancaria o de servicios*) . . . . . 2 una institución de gobierno? . . . . . 3 una institución no administrada por el gobierno?. . . . . 4 NR. 9	
5.09 Durante el mes pasado, ¿cuántas personas incluyéndose usted trabajaron en esta empresa o negocio?	**ESCUCHE RESPUESTA Y CLASIFIQUE EN EL RANGO CORRESPONDIENTE** UNA PERSONA. . . . . 01 — DE 31 A 50 PERSONAS. . . . . 07 DE 2 A 5 PERSONAS. . . . . 02 — DE 51 A 100 PERSONAS. . . . . 08 DE 6 A 10 PERSONAS. . . . . 03 — DE 101 A 250 PERSONAS. . . . . 09 DE 11 A 15 PERSONAS. .. . . . 04 — DE 251 A 500 PERSONAS. . . . . 10 DE 16 A 20 PERSONAS. . . . . 05 — DE 501 A MÁS PERSONAS. . . . 11 DE 21 A 30 PERSONAS. . . . . 06 — NO SABE. 98	
5.10 FILTRO: ¿EL INFORMANTE RECIBE UN PAGO EN SU TRABAJO SECUNDARIO? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREG. 5.02)**	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	**➔PASE A 7.01**

5.11 ¿Cuánto dinero recibió por ese trabajo?

ENTREVISTADOR:
- **SUME TODOS LOS INGRESOS MONETARIOS REPORTADOS.**
- **EXCLUYA EL VALOR DE LOS PRODUCTOS QUE EL INTEGRANTE HAYA RECIBIDO COMO REMUNERACION EN ESPECIE**

REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA
ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

INGRESOS DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|

CLAVE	CONCEPTO	ANOTE CANTIDAD					
P018	Ingresos	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

5.12 FILTRO: ¿EL INFORMANTE RECIBIÓ INGRESOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	**➔PASE A 5.15**
5.13 ¿Por qué causa no recibió ingresos por ese trabajo en los meses que me indicó?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Le pagaron en especie. . . . . 01 Empezó a trabajar recientemente . . . . . 02 No le han pagado . . . . . 03 Está contratado pero no ha iniciado sus actividades . . . . . 04 Estaba enfermo(a) o sufrió un accidente y no recibía paga . . . . . 05 Por conflicto laboral o huelga . . . . . 06 Tenía permiso sin goce de sueldo. . . . . 07 Porque entonces era un trabajador(a) sin paga . . . . . 08 Por falta de trabajo (cierre temporal de la empresa, negocio o comercio). . . . . 09 Por escasez de materiales y reparación del equipo para la producción o venta. . . . . 10 Era un trabajo temporal . . . . . 11 Otros . . . . . 12 NR. 99	**PASE A 5.15**

5.14 ¿Estuvo buscando trabajo durante los meses que no recibió ingresos?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	

5.15 ¿Cuánto dinero recibió en total por el reparto de utilidades y aguinaldo? **LEA OPCIONES Y ANOTE LA CANTIDAD**	**CLAVE**	**CONCEPTO**	**CANTIDAD**	**PASE A 7.01**
	P019	Utilidades y aguinaldo del ejercicio 2008	$ I___I___I,I___I___I___I	

SECCIÓN VI. CARACTERÍSTICAS E INGRESOS DEL TRABAJO SECUNDARIO PARA INDEPENDIENTES

6.01 FILTRO: ¿EL INFORMANTE ES INDEPENDIENTE EN SU TRABAJO SECUNDARIO? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREG. 4.05)**	**SI . . . . . 1** **NO 2**	**➔PASE A 7.01**
6.02 El mes pasado, ¿cuántas horas a la semana trabajó en su negocio o empresa?	I_____I_____I HORAS . . . . . 1 NR 9	
6.03 ¿En este trabajo usted recibió o tuvo asignado un sueldo?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 6.05** **➔PASE A 6.05**

6.04 ¿En este negocio o trabajo usted tuvo derecho a las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado?

LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA PARA CADA TIPO DE PRESTACIÓN

PRESTACIONES	**SI**	**NO**	**NS**	**NR**
01. Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad	1	2	8	9
02. Aguinaldo	1	2	8	9
03. Vacaciones con goce de sueldo	1	2	8	9
04. Reparto de utilidades	1	2	8	9
05. Crédito de vivienda	1	2	8	9
06. Guarderías y estancias infantiles	1	2	8	9
07. Tiempo para cuidados maternos o paternos	1	2	8	9
08. SAR o AFORE	1	2	8	9
09. Seguro de vida	1	2	8	9
10. Préstamos personales y/o caja de ahorro	1	2	8	9
11. Prima vacacional	1	2	8	9
12. Becas y apoyos educativos	1	2	8	9
13. Servicios de comedor	1	2	8	9
14. Crédito FONACOT	1	2	8	9
15. Ayuda de despensas	1	2	8	9
16. Ayuda o exención de pago de luz, agua, teléfono, etc.	1	2	8	9
17. Pensión en caso de invalidez	1	2	8	9
18. Pensión para sus familiares en caso de fallecimiento	1	2	8	9
19. Seguro privado de gastos médicos	1	2	8	9
20. Otras prestaciones (**ESPECIFIQUE**) _____	1	2	8	9

6.05 El mes pasado ¿a qué se dedicó su empresa o negocio?	***DESCRIBA A QUÉ SE DEDICA PRINCIPALMENTE LA UNIDAD ECONÓMICA:*** ✓ ***SI FABRICA O MAQUILA, SEÑALE EL PRODUCTO Y EL TIPO DE MATERIAL EMPLEADO: TEJE SOMBREROS DE PALMA, HACE GELATINAS, EMBOTELLA REFRESCOS, ETC.*** ✓ ***SI PRESTA ALGÚN SERVICIO, ESPECIFIQUE EN QUÉ CONSISTE Y EL LUGAR DONDE LO HACE: REPARA EQUIPO INFORMÁTICO A DOMICILIO, GUÍA A TURISTAS, ETC.*** ✓ ***SI VENDE ALGÚN PRODUCTO ESPECIFIQUE EL TIPO DE PRODUCTO Y EL LUGAR DONDE SE EFECTÚA LA VENTA: MEDICAMENTOS EN FARMACIAS Y CONSULTORIOS MÉDICOS: JOYERÍA EN EL DOMICILIO DE LOS CLIENTES, DISTRIBUYE CERVEZA A TIENDAS, ETC.*** _____ _____ |_____| *Tipo de Actividad* NR. 9	
ANOTE RESPUESTA TEXTUAL Y EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE SEGÚN LAS ACTIVIDADES DESCRITAS ABAJO	*01.* ✓ *CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, AMPLIACIONES O REMODELACIONES, TRABAJOS DE ALBAÑILERÍA, PLOMERÍA, ELECTRICIDAD, ACABADOS, DE INTERIORES, ETC.* ✓ EXTRACCIÓN DE ARENA, PIEDRA, GRAVA, ETC. ✓ ELABORACIÓN DE GELATINAS, DONAS, PAN, PASTELES, FABRICACIÓN DE PRENDAS DE VESTIR, PRODUCTOS DE MADERA, ARTESANÍAS, JOYERÍA, ELABORACIÓN DE PULQUE, PRODUCTOS LÁCTEOS, TORTILLERIAS, ETC. *02.* ✓ COMPRA VENTA DE ABARROTES, DULCES, REFRESCOS, PRODUCTOS DE DESECHO, EXPENDIO DE PAN, HUEVO O CARNICERÍAS, RECAUDERÍAS, PAPELERÍAS, ETC. *03.* ✓ *PREPARACIÓN DE ALIMENTOS PARA CONSUMO INMEDIATO COMO QUESADILLAS, SOPES, TORTAS, JUGOS, LICUADOS, ETC.* ✓ TRANSPORTE DE PERSONAS, MERCANCÍAS, CAFÉ, INTERNET, SERVICIOS COMO MÉDICOS, ABOGADOS, NOTARIOS, SERVICIOS DE EDUCACIÓN, HOSPEDAJE, SERVICIO DOMÉSTICO, SALONES DE BELLLEZA, MECÁNICOS, ETC. ✓ REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ARTÍCULOS PARA EL HOGAR Y PERSONALES, ETC. *04.* ✓ ACTIVIDADES AGRÍCOLAS COMO SEMBRAR, COSECHAR, PREPARAR LA TIERRA, ETC. INCLUYE LA ACUICULTURA VEGETAL *05.* ✓ ACTIVIDADES DE CRÍA Y EXPLOTACIÓN DE ANIMALES COMO VACAS, OVEJAS, CERDOS, GALLINAS, ABEJAS, ETC. INCLUYE LA ACUICULTURA ANIMAL. *06.* ✓ ACTIVIDADES DE RECOLECCIÓN COMO NOPALES, HONGOS, FRUTAS SILVESTRES, RESINAS, LECHUGUILLAS, ETC. *07.* ✓ REFORESTACIÓN Y TALA DE ÁRBOLES *08.* ✓ ACTIVIDADES DE CAZA Y CAPTURA DE ANIMALES. 09. ✓ ACTIVIDADES DE PESCA	
6.06 Entonces, ¿estamos hablando de que esta empresa es:	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** de tipo independiente, personal o familiar?. . . . . 1 una compañía o empresa del sector privado? (*sociedad mercantil, anónima o bajo otra modalidad, trasnacional, cadena comercial, bancaria o de servicios*) . . . . . 2 NR. 9	
6.07 Durante el mes pasado, ¿cuántas personas incluyéndose usted trabajaron en esta empresa o negocio?	**ESCUCHE RESPUESTA Y CLASIFIQUE EN EL RANGO CORRESPONDIENTE** UNA PERSONA. . . . . 01 DE 2 A 5 PERSONAS . . . . . 02 DE 6 A 10 PERSONAS . . . . . 03 DE 11 A 15 PERSONAS. . . . . 04 DE 16 A 20 PERSONAS. . . . . 05 DE 21 A 30 PERSONAS . . . . . 06 DE 31 A 50 PERSONAS . . . . . 07 DE 51 A 100 PERSONAS . . . . . 08 DE 101 A 250 PERSONAS . . . . . 09 DE 251 A 500 PERSONAS. . . . . 10 DE 501 A MÁS PERSONAS. . . . . 11 NO SABE. 98	**PASE A 6.11**
6.08 ¿Su negocio cuenta con un registro ante el notario como <u>sociedad o cooperativa</u>?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR 9	**➔PASE A 6.18**

6.09 En este negocio o actividad, ¿se cuenta con los servicios de un contador?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR 9	
6.10 ¿Qué tipo de comprobantes de venta expide a sus clientes?	Expide facturas . . . . . 1 Sólo expide notas o ticket de venta . . . . . 2 NINGUNO . . . . . 7 NR. 9	**➔PASE A 6.18**
6.11 ¿Existe alguna otra persona en el hogar que también sea dueño de este negocio? **ANOTE EL NOMBRE DE HASTA 2 PERSONAS Y NÚMERO DE RENGLÓN**	SI . . . . . 1 ¿Quién es? (Quiénes son?) _____|___|___| *Nombre* *Num. Renglón* _____|___|___| *Nombre* *Num. Renglón* NO . . . . . 2 NR 9	 **➔PASE A 6.14** **➔PASE A 6.14**
6.12 ¿Quién es la persona que podría proporcionar información sobre este negocio? (*Información económica, financiera, de recursos humanos, etc.*)	_____|___|___| *Nombre* *Num. Renglón*	
6.13 FILTRO: ¿LA PERSONA ENTREVISTADA ES LA QUE RESPONDERÁ LA INFORMACIÓN DEL NEGOCIO?	**SI . . . . . 1** **NO 2**	 **➔PASE A 7.01**
6.14 Además de la actividad mencionada, el mes pasado, ¿realizó alguna otra actividad en su negocio?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 7.01** **➔PASE A 7.01**
6.15 ¿Cuál o cuáles? **ANOTE EN LAS CASILLAS EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE (VERIFIQUE CÓDIGOS DE PREGUNTA 6.05)**	**ANOTE RESPUESTA TEXTUAL DE LA ACTIVIDAD** 1._____|____| *Tipo de actividad* 2._____|____| *Tipo de actividad* 3._____|____| *Tipo de actividad* NR. 9	
6.16 ¿Esta(s) actividad(es) la(s) realizó en el mismo lugar o establecimiento que la actividad principal?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	
6.17 ¿El personal empleado es el mismo que utilizó en la actividad principal?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	**PASE A 7.01**

INGRESOS DEL TRABAJO PROVENIENTES DE COOPERATIVAS, SOCIEDADES Y EMPRESAS QUE FUNCIONAN COMO SOCIEDADES (VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 6.08)

6.18 ¿Cuánto dinero recibió por…

REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA
ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

		INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P011	sueldos o salarios?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P012	ganancias o utilidades?	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P013	otros ingresos? (**ESPECIFIQUE**) _____	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__||	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

6.19 FILTRO: ¿EL INFORMANTE RECIBIÓ INGRESOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?	**SI** . . . . . **1** **NO** **2**	**➔PASE A 7.01** **➔CONTINÚE**
6.20 ¿Por qué causa no recibió ingresos por ese trabajo?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Le pagaron en especie . . . . . .01 No le han pagado . . . . . 02 Estaba enfermo (a) o sufrió un accidente y no recibía paga.. .....…03 Por conflicto laboral. . . . . 04 Porque no vendió la cosecha . . . . . 05 Porque perdió la cosecha... . . . . 06 Por falta de trabajo (cierre temporal de la empresa, negocio o comercio).. . . . . 07 Por escasez de materiales y reparación del equipo para la producción o venta.. . . . . 08 Otros . . . . . 09 NR 99	**PASE A 7.01**
6.21 ¿Estuvo buscando trabajo durante los meses que no recibió ingresos?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	

SECCIÓN VII. INGRESOS DE OTROS TRABAJOS DEL MES PASADO

7.01 ¿Recibió dinero por algún trabajo realizado el mes pasado y que no hubiera mencionado?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 8.01** **➔PASE A 8.01**

7.02 ¿Cuánto dinero recibió por este (esos) trabajos en…?

REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA
ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

		INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P020	Ingresos	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

SECCIÓN VIII. INGRESOS DE LOS TRABAJOS REALIZADOS ANTES DEL MES PASADO

8.01 Durante los meses de_____ a_____¿recibió dinero por algún trabajo realizado en los cinco meses anteriores al mes pasado y que no hubiera mencionado?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 ➔**PASE A 9.01** ➔**PASE A 9.01**

8.02 ¿Cuánto dinero recibió por este (esos) trabajos en…?

REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA
ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

		INGRESO DEL MES PASADO	**INGRESOS MENSUALES**				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P021	Ingresos	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

SECCIÓN IX. PROTECCIÓN SOCIAL AL TRABAJADOR

9.01 En el último año, es decir, de noviembre de 2008 a la fecha ¿alguna vez dejó de trabajar por un tiempo?	SI . . . . . 1 ↳ **9.01.1** ¿Cuántas veces? I___I___I VECES NO . . . . . 2 NR 9	
9.02 En el último año, es decir, de noviembre de 2008 a la fecha ¿alguna vez cambió de trabajo?	SI . . . . . 1 ↳ **9.02.1** ¿Cuántas veces? I___I___I VECES NO . . . . . 2 NR 9	
9.03 FILTRO: ¿EL INFORMANTE CAMBIO DE TRABAJO O DEJÓ DE TRABAJAR POR UN TIEMPO? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 9.01 O 9.02)**	**SI. . . . . 1** **NO. 2**	 ➔**PASE A 9.06**
9.04 ¿Por qué razón(es) dejó o cambió su trabajo?	**ESCUCHE OPCIONES Y CIRCULE UNO O MÁS CÓDIGOS** POR DESPIDO. . . . . 01 PORQUE CERRÓ LA EMPRESA O NEGOCIO. . . . . 02 PORQUE NO LE PAGABAN . . . . . 03 POR ENFERMEDAD . . . . . 04 PORQUE ERA UN TRABAJO TEMPORAL. . . . . 05 PORQUE CAMBIÓ DE RESIDENCIA. . . . . 06 PORQUE PERDIÓ O NO VENDIÓ LA COSECHA . . . . . 07 PORQUE NO LE GUSTABA SU TRABAJO . . . . . 08 PORQUE CONSIGUIÓ UN MEJOR TRABAJO . . . . . 09 PORQUE DECIDIÓ ESTUDIAR. . . . . 10 PORQUE DECIDIÓ DEDICARSE A LOS QUEHACERES DEL HOGAR .. 11 POR EL HORARIO . . . .12 OTRA **(ESPECIFIQUE)** _____.....13 NR 99	 **PASE A 9.06**

9.05 ¿Qué hizo para enfrentar esta situación?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** BUSCAR TRABAJO . . . . . 01 PEDIR AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS... . . . . 02 PEDIR AYUDA O APOYO DE PROGRAMAS DE GOBIERNO . . . . . 03 VENDER ALGÚN BIEN . . . . . 04 UTILIZAR AHORROS DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR. . . . . 05 PEDIR UN PRÉSTAMO..... . . . . 06 OTRA **(ESPECIFIQUE)** _____....07 NR. 09	
9.06 ¿Usted diría que es *muy probable, probable, poco probable o nada probable* que usted pierda su trabajo en los próximos seis meses?	Muy probable . . . . . 1 Probable . . . . . 2 Poco probable . . . . . 3 Nada probable . . . . . 4 NI PROBABLE, NI IMPROBABLE (**ESPONTÁNEA**) . . . . . 5 NO SABE . . . . . 8 NR 9	

SECCIÓN X. APOYOS ECONÓMICOS

10.01 Durante los meses de_____ a_____¿recibió dinero por algún trabajo realizado hace más de seis meses y que no hubiera mencionado?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 ➔**PASE A 10.03** ➔**PASE A 10.03**

10.02 ¿Cuánto dinero recibió por este (estos) trabajos en…?

REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA
ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

		INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P022	Ingresos	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

10.03 ¿Cuántas personas dependen de usted económicamente?	|___|___| En este hogar . . . . . 1 |___|___| En otros hogares . . . . . 2 NINGUNA. . . . . 7 NR 9	 ➔**PASE A 11.01** ➔**PASE A 11.01**

10.04 ¿Podría decirme quién(es) depende(n) de usted?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE EL (LOS) CÓDIGO (S) INDICADOS** Cónyuge . . . . . 01 Padre . . . . . 02 Madre . . . . . 03 Hijo(s) . . . . . 04 Hermanos(as). . . . . 05 Tíos(as) . . . . . 06 Primos . . . . . 07 Abuelos . . . . . 08 Suegros . . . . . 09 Nietos . . . . . 10 Otro familiar . . . . . 11 Otra persona sin parentesco . . . . . 12 NR 99	
10.05 De las personas que dependen de usted, ¿recibirían una pensión en caso de que usted falleciera…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** todas? . . . . . .1 algunas? . . . . . .2 ninguna? . . . . . 7 NO SABE . . . . . 8 NR 9	
SECCIÓN XI. INGRESOS AJENOS AL TRABAJO		
11.01 ¿A qué edad empezó a trabajar?	I___I___I AÑOS	
11.02 ¿Podría decirme, durante cuánto tiempo aproximadamente ha trabajado en su vida? *(No considere los períodos en los que no haya trabajado por cuidar a sus hijos, por estudiar, por desempleo u otro motivo)*	I___I___I AÑOS I___I___I MESES. . . . . 1 NR. 9	
11.03 Si en este momento usted buscara trabajo, ¿qué tan fácil o difícil le sería conseguirlo?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Muy Fácil. . . . . 1 Fácil . . . . . 2 Difícil. . . . . 3 Muy difíci. . . . . 4 NI FÁCIL NI DIFÍCIL **(ESPONTÁNEA)**. . . . . 5 NR 9	
11.04 En los últimos seis meses, ¿recibió usted dinero por alquiler de tierras, terrenos, casas, edificios, locales u otros inmuebles?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	 ➔**PASE A 11.06** ➔**PASE A 11.06**

11.05 ¿Cuánto dinero recibió por…? **LEA OPCIONES Y ANOTE CANTIDAD.**		**REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA**					
		INGRESO DEL MES PASADO	**INGRESOS MENSUALES**				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P023	Alquiler de tierras y terrenos, dentro y fuera del país	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P024	Alquiler de casas, edificios, locales y otros inmuebles que están dentro del país	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P025	Alquiler de casas, edificios, locales y otros inmuebles que están fuera del país	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

11.06 En los últimos seis meses, ¿recibió usted dinero por intereses de inversiones, intereses de cuentas de ahorros o intereses de préstamos a terceros?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 ➔ ***PASE A 11.08*** ➔ ***PASE A 11.08***

11.07 ¿Cuánto dinero recibió por…? **LEA OPCIONES Y ANOTE CANTIDAD**		**INGRESO DEL MES PASADO**	**INGRESOS MENSUALES**				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P026	Intereses provenientes de inversiones a plazo fijo	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P027	Intereses provenientes de cuentas de ahorro	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P028	Intereses provenientes de préstamos a terceros	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

11.08 En los últimos seis meses, ¿recibió usted dinero por rendimientos provenientes de bonos o cédulas, alquiler de marcas, patentes y derechos de autor, otros ingresos por renta de propiedad no considerados en los anteriores?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR 9	 ➔ **PASE A 11.10** ➔ **PASE A 11.10**

11.09 ¿Cuánto dinero recibió por…? **LEA OPCIONES Y ANOTE CANTIDAD**		**INGRESO DEL MES PASADO**	**INGRESOS MENSUALES**				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P029	Rendimientos provenientes de bonos o cédulas	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P030	Alquiler de marcas, patentes y derechos de autor	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P031	Otros ingresos por renta de la propiedad no considerados en los anteriores (**ESPECIFIQUE**) _____	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

11.10 ¿Recibió usted dinero por… **LEA OPCIONES Y ANOTE CANTIDAD** **PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA PREGUNTE POR EL INGRESO DE LOS ULTIMOS SEIS MESES, SOLICITE EL INGRESO DE CADA MES**		**REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA**					
		INGRESO DEL MES PASADO	**INGRESOS MENSUALES**				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P032	Jubilaciones y/o pensiones originadas dentro del país	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P033	Jubilaciones y/o pensiones provenientes de otro(s) país(es)	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

11.11 En los últimos seis meses. ¿recibió usted dinero por indemnizaciones por seguros contra riesgos a terceros, indemnizaciones por accidentes de trabajo, indemnizaciones por despido o retiro?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	 ➔**PASE A 11.13** ➔**PASE A 11.13**

11.12 ¿Cuánto dinero recibió por…? **LEA OPCIONES Y ANOTE CANTIDAD**		**INGRESO DEL MES PASADO**	**INGRESOS MENSUALES**				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P034	Indemnizaciones recibidas de seguros contra riesgos a terceros	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P035	Indemnizaciones por accidentes de trabajo	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P036	Indemnizaciones por despido o retiro voluntario	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

11.13 ¿Recibió usted dinero por…?

LEA OPCIONES Y ANOTE CANTIDAD.

PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA PREGUNTE POR EL INGRESO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SOLICITE EL INGRESO DE CADA MES.

REGISTRE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA
ESCRIBA EL NOMBRE Y NÚMERO DEL MES ANTES DE INICIAR LA ENTREVISTA

		INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
		_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P037	Becas provenientes de instituciones privadas o de organismos no gubernamentales	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P038	Becas provenientes del gobierno	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P039	Donativos provenientes de organizaciones no gubernamentales	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P040	Donativos en dinero provenientes de otros hogares	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P041	Ingresos provenientes de otros países	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

11.14 En los últimos seis meses, ¿recibió usted dinero por beneficio de Oportunidades, Procampo, del programa de adultos mayores o beneficio de otros programas sociales?

SI 1
NO . . . . . 2 → **PASE A 11.16**
NR . . . . . 9 → **PASE A 11.16**

11.15 ¿Cuánto dinero recibió por…?

LEA OPCIONES Y ANOTE CANTIDAD

		INGRESO DEL MES PASADO	INGRESOS MENSUALES				
		_____ |__|__|	_____ _ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|	_____ |__|__|
CLAVE	**CONCEPTO**	**ANOTE CANTIDAD**					
P042	Beneficio de OPORTUNIDADES	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P043	Beneficio de PROCAMPO	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P044	Programa para adultos mayores	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P045	Beneficios del Programa Empleo Temporal (PET)	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|
P046	Beneficios de otros programas sociales (**ESPECIFIQUE**) _____	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|	|__|__|,|__|__|__|

11.16 ¿Actualmente usted…

LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO

vive con su pareja en unión libre? 1
está casado? 2
está separado?. 3
está divorciado? 4
es viudo? 5
está soltero?. 6
NR. 9

} **PASE A 11.18**

11.17 Cree usted que si se divorciara o separara ¿tendría problemas económicos?	SI. . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	
11.18 ¿Se siente usted seguro (a) o inseguro (a) de que su hogar mantenga un ingreso estable en los próximos seis meses?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Muy seguro. . . . . 1 Seguro. . . . . 2 Inseguro. . . . . 3 Muy inseguro. . . . . 4 NI SEGURO, NI INSEGURO (**ESPONTÁNEA**) . . . . . 5 NO SABE. . . . . 8 NR 9	
11.19 ¿Alguno de sus padres habla o hablaba alguna lengua indígena?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR. 9	
SECCIÓN XII. SERVICIOS DE SALUD		
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas relacionadas a los servicios médicos y a su estado de salud.		
12.01 ¿Actualmente se encuentra usted afiliado(a) o inscrito(a) al seguro popular?	SI. . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	
12.02 ¿Actualmente se encuentra usted afiliado(a) o inscrito(a) para recibir atención médica de parte de alguna institución?	SI. . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 12.05** **➔PASE A 12.05**
12.03 ¿Está usted afiliado(a) o inscrito(a) en…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** el IMSS?. . . . . 1 el ISSSTE? . . . . . 2 PEMEX, la Defensa o Marina? . . . . . .3 seguro privado de gastos médicos?. . . . . 4 otro? (**ESPECIFIQUE**)_____.....5 NR 9	
12.04 ¿Está inscrito(a) o afiliado(a) por…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** prestación del trabajo? . . . . . .1 jubilación o invalidez? . . . . . 2 algún familiar en el hogar?. . . . . 3 muerte del asegurado?. . . . . 4 ser estudiante?. . . . . 5 contratación propia?. . . . . 6 algún familiar de otro hogar? . . . . . 7 por algún programa de gobierno?. . . . . 8 NR. 9	
12.05 FILTRO. ¿EL INFORMANTE ESTA AFILIADO O INSCRITO AL SEGURO POPULAR? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN 12.01)**	**SI . . . . . 1** **NO. 2**	 **➔PASE A 12.08**

12.06 ¿Una persona inscrita al Seguro Popular puede ser atendida por cualquier padecimiento o enfermedad?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NO SABE . . . . . 8 NR. 9	 **➔PASE A 12.08** **➔PASE A 12.08**
12.07 ¿Cómo se enteró de esa información…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** lo vio en la televisión?. . . . . 01 lo escuchó en la radio? . . . . . .02 lo leyó en el periódico? . . . . . .03 lo leyó en un cartel?. . . . . .04 lo leyó en un folleto? . . . . . .05 le dijo un médico o enfermera? . . . . 06 por autoridades del municipio, delegación u otra dependencia gubernamental? . . . . 07 por amigos o familiares? . . . . . .08 otro? . . . . .09 NR 99	
12.08 Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende generalmente?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Centros de Salud (Secretaría de Salud) . . . . . .01 Hospital o Instituto (Secretaría de Salud). . . . . 02 Seguro Social o IMSS . . . . . .03 IMSS- Oportunidades . . . . . 04 ISSSTE. . . . . 05 Otro servicio médico público (PEMEX, DEFENSA, MARINA, DIF, GDF) . . . . 06 Consultorios de farmacia . . . . . 07 Farmacias . . . . . .08 Otros consultorios privados . . . . . 09 Curandero, hierbero, comadrona, brujo, etc.. . . . . .10 Dispensario médico . . . . . 11 Se automedica. . . . . .12 Consulta a sus familiares, amigos, vecinos, etc.. . . . .13 No ha tenido la necesidad. . . . . .14 Otro (**ESPECIFIQUE**)_____....15 NR. 99	
12.09 ¿En caso de una emergencia a qué institución de salud acudiría para que lo (la) atendieran?	**ANOTE RESPUESTA TEXTUAL** _____ NO SABE. . . . . 98 NR. 99	 **➔PASE A 12.13** **➔PASE A 12.13**

12.10 ¿Esta institución se encuentra…

LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO

muy lejos de su casa?. 1
lejos de su casa?. 2
cerca de su casa? 3
muy cerca de casa?. 4
NI LEJOS NI CERCA (**ESPONTÁNEA**) 5
NR 9

12.11 ¿Esta institución es …

LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO

un centro de salud público? 1
un hospital público? 2
una clínica pública? 3
una institución privada?. 4
otra (**ESPECIFIQUE**)_____ 5
NR 9

12.12 En esa institución…

LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

SERVICIOS	**SI**	**NO**	**NS**	**NR**
1. ¿atienden sábados y domingos?	1	2	8	9
2. ¿atienden días feriados?	1	2	8	9
3. ¿atienden partos?	1	2	8	9
4. ¿hay rayos X?	1	2	8	9
5. ¿hay servicios de emergencia?	1	2	8	9
6. ¿las personas se pueden hospitalizar?	1	2	8	9

12.13 Sin considerar los seguros otorgados por trabajo, ¿usted ha contratado un…

LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN	**SI**	**NO**	**NS**	**NR**
1. SAR AFORE o fondo de pensiones?	1	2	8	9
2. seguro privado de gastos médicos?	1	2	8	9
3. seguro de vida?	1	2	8	9
4. seguro de invalidez?	1	2	8	9
5. otro tipo de seguro?	1	2	8	9

12.14 En los últimos doce meses, ¿algún médico o enfermera le ha tomado alguna muestra de sangre para la detección de diabetes?

SI 1
NO 2
NR 9

12.15 En los últimos doce meses, ¿algún médico o enfermera le ha medido su presión arterial?

SI 1
NO 2
NR 9

12.16 En los últimos doce meses, ¿algún médico o enfermera lo ha pesado y medido?

SI 1
NO 2
NR 9

12.17 ¿Podría decirme si alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

MUESTRE TARJETA 1 Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS

Bronquitis crónica o enfisema. . . . . 01 Cáncer, leucemia o tumores malignos . 02 Tuberculosis . . . . . 03 Enfermedades del corazón . . . . . 04 Fiebre reumática. . . . . ..05 Asma. . . . . 06 Enfermedades de transmisión sexual . .07 VIH/SIDA. . . . . 08 Diabetes. 09	Hipertensión arterial. . . . . 10 Artritis. . . . . .11 Cirrosis. . . . . 12 Enfermedades renales . . . . . 13 Obesidad . . . . . 14 Otra_____ .77 NINGUNA DE LAS ANTERIORES. . . . . 97 NR. 99	→**PASE A 12.19**
12.18 ¿En los últimos doce meses ha tenido algún control, crisis o recaída debido a esta (s) enfermedad (es)?	SI. . . . . ..1 NO. . . . . 2 NR. 9	→**PASE A 12.21**

12.19 En los últimos doce meses se ha enfermado o ha padecido de…

MUESTRE TARJETA 2 Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS

infecciones respiratorias (tos, catarro, neumonía)?. . . . . .15 infección de oído? . . . . . 16 conjuntivitis?. . . . . .17 diarrea?.. . . . . 18 infección de vías urinarias?. . . . . 19 parasitosis intestinal? . . . . . 20 dolor de cabeza sin otra manifestación?. . . . . .21 fiebre sin otra manifestación?. . . . . .22 varicela, rubéola, escarlatina, sarampión ?. . . . .23 gastritis o úlcera gástrica? . . . . . .24 colitis? . . . .25 hepatitis? . . . . .26 embolia o derrame cerebral?. . . . . .27 alergias? 28	problemas de la piel?. . . . . 29 enfermedad buco dental?. . . . . 30 paludismo? . . . . 31 dengue?.. . . . . 32 intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña?. . . . . 33 lesión física por accidente?. . . . . 34 lesión física por agresión? . . . . 35 pérdida de la memoria? . . . . 36 estrés?. . . . . 37 depresión? . . . . . 38 susto, empacho, mal de ojo o aire?.. . . . . 39 otro problema? (**ESPECIFIQUE**) _____ 77 NINGUNO. . . . . 97 NR. 99

12.20 FILTRO: ¿EL INFORMANTE SEÑALÓ AL MENOS UN PROBLEMA DE SALUD?	SI . . . . 1 NO. 2	→**PASE A 12.64**
ENCUESTADOR: SI EL ENTREVISTADO SÓLO MENCIONÓ UN PROBLEMA DE SALUD, REGISTRE Y PASE A 12.22, **SI MENCIONÓ MÁS DE UNO, CONTINÚE** **12.21** De los problemas de salud que me mencionó, ¿cuál es el más importante que tuvo durante los últimos doce meses?	**PROBLEMA DE SALUD No. 1** _____|____|____| **ANOTE No. DE CLASIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD MENCIONADO EN PREGUNTA NÚMERO 12.17 ó 12.19**	

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre (**MENCIONE PROBLEMA DE SALUD REGISTRADO EN 12.22**)

12.22 Cuando tuvo este problema de salud, ¿se atendió con un médico…	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** siempre? . . . . . 1 casi siempre? . . . . . 2 algunas veces? . . . . . 3 nunca? . . . . . 4 NR. 9	**PASE A 12.25** ➔ **CONTINUE**

12.23 Entonces, ¿se atendió…

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES	**SI**	**NO**	**NR**
01. con un homeópata ?	1	2	9
02. con una enfermera?	1	2	9
03. en una farmacia?	1	2	9
04. con un acupunturista?	1	2	9
05. con un hierbero?	1	2	9
06. con un huesero?	1	2	9
07. con una partera?	1	2	9
08. con el naturista?	1	2	9
09. con un curandero, chamán, brujo(a)?	1	2	9
10.se automedicó o no se atendió?	1	2	9
11. con remedios caseros?	1	2	9
12. con algún otro?	1	2	9

12.24 ¿Cuál es el motivo principal por el que no se atendió con un médico?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** ES CARO. . . . . 01 NO TENÍA DINERO . . . . . 02 LA UNIDAD MÉDICA, CLÍNICA U HOSPITAL QUEDA LEJOS. . . . . 03 NO LO (LA) ATIENDEN AUNQUE VAYA A LA UNIDAD MÉDICA. . . . . 04 NO LE TIENE CONFIANZA (NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS) . . . . . 05 LO (LA) TRATAN MAL . . . . . 06 NO HABLAN LA MISMA LENGUA QUE USTED . . . . . 07 NO ERA NECESARIO, NO ERA GRAVE O LE DIO POCA IMPORTANCIA . . . . . 08 HAY QUE ESPERAR MUCHO PARA SER ATENDIDO (A). . . . . 09 NO LE DAN EL MEDICAMENTO QUE NECESITA . . . . . 10 NO TUVO TIEMPO. . . . . 11 LA UNIDAD MÉDICA NO ESTABA ABIERTA. . . . . 12 LE DIERON UNA CITA HASTA MUCHO TIEMPO DESPUÉS . . . . . 13 NO HABÍA MÉDICO EN LA UNIDAD . . . . . 14 SE LO IMPIDIÓ UN INTEGRANTE DE SU HOGAR. . . . . 15 SE AUTOMEDICÓ O AUTORECETÓ. . . . . 16 OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ . . . . . 17 NO SABE . . . . . 98 NR. 99	**PASE A 12.56**

12.25 En alguna de esas ocasiones ¿se atendió en un servicio público de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, MARINA, ETC)?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	➔**PASE A 12.29**
12.26 ¿Por qué razón no se atendió en un servicio público por (**MENCIONE PROBLEMA DE SALUD REGISTRADO EN 12.21)?**	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** NUNCA SE ATIENDEN EN UN SERVICIO PÚBLICO . . . . . 01 TIENE UN SEGURO PRIVADO . . . . . 02 POR LA MALA **CALIDAD** DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS. . . . . 03 POR LA MALA **ATENCIÓN** DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS . . . . . 04 PORQUE EL TIEMPO DE ESPERA ES MUCHO. . . . . 05 FUERON PERO NO LO/LA ATENDIERON . . . . . 06 PORQUE ESTÁ MUY LEJOS. . . . . 07 PORQUE ES DIFÍCIL CONSEGUIR UNA CITA . . . . . 08 NO HAY MÉDICO O ESPECIALISTA . . . . . 09 NO ESTÁ AFILIADO. . . . . 10 NO QUISO/NO LE GUSTA . . . . . 11 SE ATENDIÓ EN UN SERVICIO PRIVADO . . . . . 12 NO TENÍA TIEMPO . . . . . 13 NO ERA GRAVE . . . . . 14 OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ . . . . 15 NR 99	
12.27 ¿En alguna de las ocasiones en que se atendió en un servicio de salud privado tuvo que pedir prestado para cubrir los gastos?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	
12.28 En alguna de esas ocasiones ¿le sucedió que no pudo obtener los medicamentos o hacerse los exámenes, pagar el hospital u otros servicios por falta de dinero?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	**PASE A 12.56**
12.29 ¿En qué institución/es públicas se ha atendido usted la mayoría de las veces por ese problema de salud?	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** IMSS. . . . . 1 IMSS-OPORTUNIDADES. . . . . 2 ISSSTE. . . . . 3 PEMEX, Defensa o Marina . . . . . 4 Instituto u Hospital de la Secretaría de Salud (SSA) . . . . . 5 Centros de Salud . . . . . 6 OTRA INSTITUCIÓN (**ESPECIFIQUE**) . . . . . 7 _____ NR. 9	
12.30 ¿Cuál de los siguientes servicios ha utilizado cuando se ha atendido por este problema de salud?	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** Consulta general . . . . . 1 Consulta con especialista . . . . . 2 Hospitalización. . . . . 3 Rehabilitación . . . . . 4 Otro. . . . . 5 NR. 9	

12.31 En general ¿cómo calificaría la calidad de la atención que recibió en las clínicas y hospitales públicos cuando se atendió por **(MENCIONE PROBLEMA DE SALUD REGISTRADO EN 12.21)?**	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Muy buena. . . . . 1 Buena . . . . . 2 Mala. . . . . 3 Muy mala . . . . . 4 REGULAR **(ESPONTÁNEA)**. . . . . 5 NR 9	
12.32 ¿Le recetaron algún medicamento?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	 ➔**PASE A 12.41** ➔**PASE A 12.41**
12.33 De los medicamentos que le recetaron, ¿la institución le dio…	todos?. . . . . .1 casi todos? . . . . . .2 algunos?. . . . . 3 ninguno? . . . . . 7 NR 9	**PASE A 12.35**
12.34 ¿Tuvo que pagar por alguno de ellos?	SI . . . . . 1 ↳ **12.35.1** ¿Cuánto tuvo que pagar? $I___I___I___I, I___I___I___I NO . . . . . 2 NR 9	**PASE A 12.41**
12.35 ¿Pudo conseguir todos los medicamentos que no le dio la institución?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	➔**PASE A 12.37**
12. 36 ¿Logró conseguir al menos uno de los medicamentos que no le dio la institución?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	 ➔**PASE A 12.40** ➔**PASE A 12.40**
12.37 ¿Qué tuvo que hacer para conseguir los medicamentos que le recetaron y que no le dio la institución?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** LOS COMPRÓ CON SU DINERO. . . . . .1 LE PRESTARON DINERO PARA PAGARLOS . . . . . .2 UN FAMILIAR O AMIGO/A SE LOS DIO . . . . . .3 SE LOS REGALARON OTRAS PERSONAS . . . . . .4 OTRO (**ESPECIFIQUE**):_____.....5 NR. 9	**PASE A 12.39**
12.38 En los últimos doce meses, ¿Cuánto pagó en total por los medicamentos que le recetaron para **(MENCIONE PROBLEMA DE SALUD REGISTRADO EN 12.21)?**	**ESCUCHE Y ANOTE LA CANTIDAD** $I___I___I___I , I___I___I___I . . . . . 1 NR 9	
12.39 FILTRO ENCUESTADOR, EL INFORMANTE ¿CONSIGUIÓ TODOS LOS MEDICAMENTOS? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 12.35)**	**SI . . . . . .1** **NO. 2**	➔**PASE A 12.41**

12.40 ¿Por qué motivo no pudo conseguir todos los medicamentos?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** NO LOS PUDO PAGAR. . . . . 1 NO LOS PUDO ENCONTRAR . . . . 2 NO CONSIDERÓ QUE TODOS FUERAN NECESARIOS. .. .. 3 SE SINTIÓ MEJOR . . . .4 YA TENÍA ALGUNOS EN CASA. . . . .5 OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ ..6 NR 9	
12.41 ¿Le pidieron hacerse algún examen o prueba de laboratorio?	SI . . . .1 NO . . . . 2 NR 9	➔**PASE A 12.51** ➔**PASE A 12.51**
12.42 De los exámenes o pruebas de laboratorio que le pidieron hacerse ¿la institución le hizo…	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** todos?. . . . . 1 casi todos?. . . . . 2 algunos?. . . . . .3 ninguno?. . . . . 7 NR. 9	➔**PASE A 12.44**
12.43 ¿Le cobraron por alguno de los exámenes o pruebas de laboratorio que tuvo que hacerse?	SI . . . . 1 ↳ **12.44.1** ¿Cuánto tuvo que pagar? $I___I___I___I, I___I___I___I NO . . . . 2 NR 9	**PASE A 12.50**
12.44 ¿Consiguió hacerse todos los exámenes o pruebas de laboratorio que no le hizo la institución?	SI . . . .1 NO . . . . .2 NR. 9	➔**PASE A 12.46**
12. 45 ¿Consiguió hacerse al menos uno de los exámenes o pruebas de laboratorio que no le hizo la institución?	SI . . . . 1 NO . . . . 2 NR. 9	➔**PASE A 12.49** ➔**PASE A 12.49**
12.46 ¿Qué tuvo que hacer para lograr hacerse los exámenes o pruebas de laboratorio que no le hizo la institución?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** PAGARON POR ELLOS CON SU DINERO . . . . 1 LE PRESTARON DINERO PARA PAGARLOS . . . . 2 UN FAMILIAR LE AYUDÓ A CONSEGUIRLOS (SIN PAGO). . . . . 3 OTRA PERSONA LE AYUDÓ A CONSEGUIRLOS (SIN PAGO) . . . ... 4 OTRO (**ESPECIFIQUE**)_____ ..6 NR. 9	**PASE A 12.48**
12.47 En los últimos doce meses, ¿Cuánto pagó en total por los exámenes y/o pruebas de laboratorio?	**ANOTE LA CANTIDAD** $I___I___I___I, I___I___I___I . . . . .1 NR 9	

12.48 FILTRO ENCUESTADOR, EL INFORMANTE ¿CONSIGUIÓ HACERSE TODOS LOS EXÁMENES O PRUEBAS DE LABORATORIO? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN PREGUNTA 12.44)**	**SI** . . . . . **1** **NO**. **2**	**➔PASE A 12.50**
12.49 ¿Por qué motivo no pudo conseguir todos los exámenes o pruebas de laboratorio?	**ESCUCHE Y CIRCULE UN CÓDIGO** NO LOS PUDO PAGAR . . . . . 1 NO ENCONTRÓ DÓNDE HACERLO . . . . . 2 NO CONSIDERÓ QUE TODOS FUERAN NECESARIOS . . . . 3 SE SINTIÓ MEJOR . . . . . 4 OTRO (**ESPECIFIQUE**)._____...5 NR. 9	
12.50 Durante los exámenes o pruebas de laboratorio que le hizo la institución pública, ¿lo (la) trataron con respeto…	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** siempre?. . . . . 1 casi siempre?. . . . . .2 algunas veces?. . . . . 3 nunca? . . . . . 4 LA INSTITUCIÓN NO LE HIZO NINGUNO . . . . . 5 NR 9	
12.51 ¿Les cobraron alguna cuota por material médico como gasa, inyecciones, vendas, etc.?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** SI . . . . . 1 ↳ **12.52.1**¿Cuánto tuvo que pagar? $I___I___I___I, I___I___I___I NO . . . . . 2 NR 9	
12.52 ¿Le cobraron alguna cuota por algún otro servicio?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** SI . . . . . .1 ↳ **12.53.1**¿Cuánto tuvo que pagar? $I___I___I___I, I___I___I___I NO . . . . . 2 NR 9	
12.53 ¿Alguna vez la institución donde se atiende regularmente le pidió llevar medicamentos o material médico para su tratamiento?	SI . . . . . 1 NO . . . .2 NR 9	
12.54 ¿Alguna vez le pidieron llevar donadores de sangre, para seguir o darle tratamiento por su problema de salud?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	

12.55 ¿Usted cree que el equipamiento (médicos, medicinas, aparatos) para su tratamiento es o era …	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** muy adecuado?. . . . . .1 adecuado?. . . . . 2 inadecuado? . . . . 3 muy inadecuado? . . . . .4 NI ADECUADO, NI INADECUADO **(ESPONTÁNEA)** . . . . .5 NO SABE. . . . . .8 NR 9	
Ahora quisiera preguntarle sobre los problemas que puede significar una enfermedad y sus consecuencias.		
12.56 Por alguno de esos padecimientos ¿dejó de realizar sus actividades cotidianas?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	 ➔**PASE A 12.64** ➔**PASE A 12.64**
12.57 ¿Alguno de esos padecimientos le impidió…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES** / **SI** / **NO** / **NR** 1. trabajar? 1 2 9 2. cuidar a los hijos? 1 2 9 3. estudiar? 1 2 9 4. realizar labores del hogar? 1 2 9 5. realizar actividades deportivas? 1 2 9 6. realizar alguna otra actividad? **(ESPECIFIQUE)**_____ 1 2 9	
12.58 FILTRO: ENCUESTADOR, ¿ALGUNO DE ESOS PADECIMIENTOS LE IMPIDIÓ TRABAJAR AL INFORMANTE? **(VERIFIQUE CÓDIGO 1 EN INCISO1 "TRABAJAR", PREGUNTA 12.57)**	**SI . . . . . 1** **NO 2**	 ➔**PASE A 12.64**
12.59 ¿Por cuánto tiempo dejó de trabajar?	**ESCUCHE Y ANOTE** I___I___I Días I___I___I Meses I___I___I Años NR 9	
12.60 ¿Durante el tiempo que no trabajó recibió algún pago por incapacidad de parte de su empleador, del IMSS, ISSSTE u otra institución?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	
12.61 ¿A causa de ese problema de salud dejó de recibir el total o una parte de lo que gana habitualmente?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	 ➔**PASE A 12.63** ➔**PASE A 12.63**
12.62 ¿Entonces qué hizo para cubrir sus gastos durante su incapacidad?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** BUSCÓ APOYO DE ALGÚN FAMILIAR O AMIGO . . . . 01 PIDIÓ UN PRÉSTAMO . . . . . 02 CON AHORROS DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR . . . . . 03 VENDIÓ ALGÚN BIEN..... . . . .04 OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ 05 NR. 99	

12.63 ¿Algún miembro de su hogar dejó de trabajar para cuidarlo a usted?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	
12.64 En los últimos cinco años le ha sucedido que..	**LEA OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** ¿aunque buscó atención médica no la obtuvo?. . . . . 1 ¿siempre que buscó atención médica la obtuvo? . . . . . 2 ¿nunca buscó atención en una institución pública? . . . . . 3 NR 9	**PASE A 12.66**
12.65 ¿Por qué motivo no obtuvo atención médica?	**ESCUCHE Y CIRCULE EL CÓDIGO INDICADO** SU SEGURO NO LO CUBRÍA. . . . . 01 LE COBRABAN. . . . . 02 NO PUDO HACER LOS TRÁMITES . . . . . 03 LA UNIDAD MÉDICA ESTABA CERRADA. . . . . 04 LA UNIDAD MÉDICA ESTABA MUY LEJOS. . . . . 05 LA UNIDAD MÉDICA NO CONTABA CON MÉDICOS O ESPECIALISTAS . . . . . 06 LA UNIDAD NO CONTABA CON APARATOS O MEDICAMENTOS . . 07 NO ALCANZÓ FICHA . . . . . 08 OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ 09 NR. 99	
12.66 ¿Podría decirme las tres cosas que usted mejoraría en las instituciones públicas de salud?	**ESCUCHE Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** FALTA DE AMBULANCIAS O ESTAN EN MAL ESTADO. ……. . . .. 01 MALA ATENCIÓN O MAL TRATO DEL PERSONAL . . . . . 02 MEDICAMENTOS INSUFICIENTES O EN MAL ESTADO . . . . . 03 TRÁMITES DEMASIADO LARGOS . . . . . 04 HAY QUE ESPERAR MUCHO…….. . . . . 05 FALTA DE MÉDICOS O DE ESPECIALISTAS . . . . . 06 IRRESPONSABILIDAD/NEGLIGENCIA DE MÉDICOS . . . . 07 NO HAY MATERIAL, EQUIPO O INSTRUMENTOS. . . .. 08 NO ABREN TODOS LOS DÍAS. . . . . 09 NO HAY SERVICIO LA 24 HORAS . . . . . 10 COBRAN . . . . . 11 INSTALACIONES INSUFICIENTES O EN MAL ESTADO…….. . . . . 12 ESTÁ MUY LEJOS . . . . . 13 NO TIENE DEFICIENCIAS……... . . . . .14 OTRO (**ESPECIFIQUE**) _____ 15 NO SABE . . . . . 98 NR. 99	
SECCIÓN XIII. ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y MATERNIDAD		
Continuaremos con algunas preguntas relacionadas con servicios preventivos de salud, embarazo y maternidad.		
13.01 FILTRO: ¿EL INFORMANTE ES …?	**HOMBRE . . . . . .1** **MUJER 2**	**➔PASE A 14.01**

13.02 En los últimos doce meses, ¿algún médico o enfermera le ha revisado los senos para detectar tumores?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	
13.03 En los últimos doce meses, ¿le han realizado la prueba del Papanicolau para detectarle cáncer cérvico uterino?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	
13.04 ¿Ha estado embarazada alguna vez en su vida?	SI. . . . . .1 NO . . . . . 2 NR 9	 **➔PASE A 13.24** **➔PASE A 13.24**
13.05 En total, ¿cuántas hijas o hijos que nacieron vivos ha tenido?	I___I___I HIJOS 00. NINGUNO**➔PASE A 10.25**	
13.06 De sus hijas e hijos ¿cuántos han muerto?	I___I___I HIJOS 00. NINGUNO	
13.07 ¿Cuántas de sus hijas o hijos viven actualmente aunque no residan en esta vivienda?	I___I___I HIJOS 00. NINGUNO	
13.08 FILTRO ¿LA ENTREVISTADA ES MENOR DE 50 AÑOS?	**SI . . . . . 1** **NO. 2**	 **➔PASE A 14.01**
13.09 En los últimos 2 años, ¿ha estado embarazada?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 13.24** **➔PASE A 13.24**
13.10 ¿Cuántos embarazos ha tenido en los últimos 2 años?	I___I___I EMBARAZOS	
13.11 ¿Quién la (revisó/revisa) la mayoría de las veces en su último embarazo (este embarazo)?	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Partera o comadrona . . . . . 01 Auxiliar o promotor(a) de salud. . . . . 02 Enfermera (o) . . . . . 03 Médico . . . . . 04 Otra persona . . . . . 05 No se revisó . . . . . 06 NR. 99	 **➔PASE A 13.17** **➔PASE A 13.17**
13.12 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?	I___I___I MESES NR. 99	
13.13 En su último embarazo, la mayoría de las veces ¿a qué institución o lugar fue a que la revisaran (va a que la revisen)?	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** IMSS. . . . . 01 ISSSTE . . . . . .02 Pemex, Defensa o Marina . . . . . 03 Instituto u Hospital de la Secretaria de Salud (SSA) . . . . . 04 Centro de salud . . . . . 05 Clínica, unidad médica u hospital privado . . . . . 06 Casa de partera o comadrona. . . . . 07 Otra casa particular.. . . . . 08 Otra institución (**ESPECIFIQUE**)_____09 NR. 99	

13.14 ¿En total cuántas revisiones le (hicieron/ han hecho)?	I___I___I REVISIONES	
13.15 ¿Tuvo que pagar por las revisiones?	SI. . . . . .1 NO . . . . . 2 NR. 9	 **➔PASE A 13.17** **➔PASE A 13.17**
13.16 ¿En promedio cuánto paga/pagó por cada revisión?	**ANOTE CANTIDAD** $ I___I___I___I, I___I___I___I NR. 9	
13.17 ¿Cuál fue el resultado de su último embarazo?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Hijo nacido vivo . . . . . .1 Hijo nacido muerto. . . . . .2 Aún no nace . . . . . 3 Aborto. . . . . 4 NR 9	 **➔PASE A 13.24** **➔PASE A 13.24**
13.18 ¿Quién la atendió (ayudó) durante el parto (pérdida o aborto)?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** Partera o comadrona. . . . . 1 Auxiliar o promotor(a) de salud. . . . . 2 Médico(a).. . . . . 3 Enfermera(o).. . . . . .4 Otra (**ESPECIFIQUE**)_____...5 NR. 9	
13.19 ¿Dónde la atendieron (ayudaron) durante el parto (pérdida o aborto)?	**ESCUCHE Y CIRCULE UNA RESPUESTA** IMSS . . . . . 01 ISSSTE. . . . . 02 PEMEX, DEFENSA O MARINA . . . . . 03 INSTITUTO U HOSPITAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD (SSA).....04 CLINICA, UNIDAD MÉDICA U HOSPITAL PRIVADO . . . . . 05 CASA DE PARTERA O CAMADRONA. . . . . 06 CASA PARTICULAR. . . . . 07 OTRA INSTITUCIÓN (**ESPECIFIQUE**)_____ 08 NR 99	
13.20 ¿El parto tuvo un costo?	SI. . . . . .1 NO. . . . . 2 NR 9	 **➔PASE A 13.22** **➔PASE A 13.22**
13.21 ¿Cuánto pagó en total por el parto?	**ANOTE CANTIDAD** $ I___I___I___I, I___I___I___I NR. 9	
13.22 Actualmente, ¿está dando el pecho?	SI. . . . . .1 NO. . . . . 2 NR. 9	

13.23 Actualmente, ¿está usted embarazada?	SI . . . . . 1 NO. . . . . 2 NR. 9	
13.24 En los últimos doce meses, ¿algún médico o enfermera le ha ofrecido algún método anticonceptivo?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	
SECCIÓN XIV. SEGURIDAD SOCIAL EN ADULTOS MAYORES		
14.01 ¿Qué edad tiene usted?	**ANOTE EDAD** I___I___I AÑOS	
14.02 FILTRO: ¿EL ENTREVISTADO TIENE 49 AÑOS O MENOS?	**TIENE 49 AÑOS O MENOS. . . . . 1** **TIENE 50 AÑOS Ó MÁS. 2**	**➔ PASE A 14.05** **➔CONTINÚE**
14.03 ¿Recibe algún ingreso por pensión o jubilación?	SI . . . . . 1 NO . . . . . .2 NR 9	**➔PASE A 14.07**
14.04 ¿Cree usted que pueda gozar de una pensión en el futuro?	SI. . . . . 1 NO. . . . . .2 YA TIENE PENSIÓN. . . . . ..3 NO SABE . . . . . 8 NR 9	**➔PASE A 14.06** **➔PASE A 14.07** **➔PASE A 14.06**
14.05 ¿A qué edad piensa que podrá gozar de una pensión o jubilación?	**ANOTE EDAD** I_____I_____I . . . . . 1 NO SABE. . . . . 8 NR. 9	**PASE A 15.01**
14.06 ¿Cómo piensa obtener recursos para vivir cuando llegue a la vejez?	**ESCUCHE Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** TRABAJANDO. . . . . 01 COMPRANDO O VENDIENDO PROPIEDADES. . . . . 02 ALQUILANDO (RENTANDO) PROPIEDADES. . . . . .03 CÓNYUGE. . . . . 04 MIS HIJOS. . . . . 05 OTROS PARIENTES. . . . . .06 DEL GOBIERNO (PENSIÓN O AYUDA). . . . . .07 PENSIÓN DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR. . . . . 08 LA RENTA DEL NEGOCIO O LA EMPRESA . . . . . .09 CON AHORROS/AHORRANDO . . . . . 10 CON UN NEGOCIO O EMPRESA . . . . . 11 CON LA AFORE . . . . . 12 NUNCA LO HA PENSADO. . . . . 13 OTRO . . . . . .14 NO SABE. . . . . .98 NR. 99	**PASE A 15.01**

14.07 Una vez que inició los trámites de su pensión ¿cuánto tiempo después la empezó a recibir?	SEMANAS I____|____| MESES I____|____| AÑOS I____|____| NO SABE . . . . . 8 NR. 9	
14.08 ¿Cuántas personas dependen de su pensión…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** sólo usted?. . . . . 1 dos personas?. . . . . 2 tres o más personas? . . . . . .3 nadie? . . . . . .4 NR 9	
14.09 Actualmente ¿la pensión que usted recibe le permite:…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO** solventar parte de sus gastos?. . . . . 1 solventar todos sus gastos? . . . .2 solventar todos sus gastos y parte de los gastos de otras personas? . . . . . 3 NR. 9	➔ **PASE A 14.11**
14.10 En el futuro, ¿usted cree que su pensión seguirá solventando todos sus gastos?	SI. . . . . 1 NO. . . . . .2 NR. 9	**PASE A 15.01**
14.11 ¿Cómo hace para pagar el resto de sus gastos?	**LEA OPCIONES Y CIRCULE RESPUESTAS AFIRMATIVAS** Ayuda de familiares en México. . . . . 1 Dinero que le mandan del extranjero . . . . . 2 Programas asistenciales del Gobierno. .. . . . . 3 Ingresos por renta de propiedades, intereses o inversiones….4 Ahorros. . . . . 5 Continúa trabajando. . . . . 6 Otro (**ESPECIFIQUE**)_____...7 NR. 9	
SECCIÓN XV. SITUACIÓN ECONÓMICA DEL PAÍS		
Ahora vamos a hablar sobre la situación económica actual		
15.01 Se dice que actualmente el país está en crisis, usted está… **LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO**	totalmente de acuerdo? . . . . . .1 de acuerdo?. . . . . 2 en desacuerdo? . . . . . 3 totalmente en desacuerdo? . . . . 4 NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO **(ESPONTÁNEA)**. . . . . 5 NR. 9	**PASE A 16.01**

15.02 ¿A usted le ha afectado la crisis?	SI . . . . . 1 NO . . . . . 2 NR 9	**PASE A 15.05**
15.03 ¿Cómo le ha afectado?	**ESCUCHE Y CIRCULE LOS CÓDIGOS INDICADOS** AUMENTO DE PRECIOS . . . . 1 FALTA O PÉRDIDA DE EMPLEO . . . . . 2 DISMINUCIÓN DE INGRESOS . . . . . 3 DEBEMOS COMPRAR MENOS COMIDA . . . . . 4 DEDEMOS COMPRAR MENOS ROPA Y ZAPATOS . . . . .5 EL DINERO NO LE ALCANZA . . . . . 6 Otro (**ESPECIFIQUE**)_____ .7 NO SABE. . . . .8 NR 9	
15.04 ¿Qué tan seguro (a) o inseguro (a) se encuentra usted de superar la crisis? **LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO**	Muy seguro(a) . . . . . 1 Seguro(a) . . . . . 2 Inseguro(a). . . . . 3 Muy inseguro(a).. . . . . 4 NI SEGURO (A), NI INSEGURO (A) **(ESPONTÁNEA)** . . . . . 5 NR. 9	
15.05 ¿Usted cree que México saldrá de la crisis… **LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CÓDIGO**	Muy rápido? . . . . . 1 Rápido? . . . . . 2 Lento?. . . . . .3 Muy lento?. . . . . .4 NI RÁPIDO, NI LENTO **(ESPONTÁNEA)**. . . . . .5 NO SALDRÁ **(ESPONTÁNEA)** . . . . . .6 NR 9	

SECCIÓN XVI. COHESION SOCIAL

Ahora le haré algunas preguntas para conocer su opinión sobre otros temas.

16.01 En el último año, ¿usted participó de manera voluntaria en...

LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN	**SI**	**NO**
1. actividades para el mejoramiento del medio ambiente? (*plantar árboles, crear o cuidar áreas verdes u otros)*	1	2
2. establecer o mejorar el sistema de recolección de basura?	1	2
3. pavimentar o dar mantenimiento a calles, banquetas, drenaje u otros?	1	2
4. construir o dar mantenimiento a centros de salud, comunitarios, escuelas u otros?	1	2
5. acciones para prevenir o apoyar en situaciones de riesgo ante fenómenos naturales como temblores, incendios, inundaciones, etc.?	1	2
6. actividades para mejorar la vigilancia y seguridad en el lugar donde vive?	1	2

16.02 En una escala de 0 a 10, como en la escuela, donde 0 es nada confiable y 10 es totalmente confiable, ¿qué tanto confía usted en las siguientes personas e instituciones?

ANOTE 98 SI NO SABE

ANOTE CALIFICACIÓN POR PERSONA O INSTITUCIÓN	CALIFICACIÓN
01. Lo que dicen en la televisión	I___I___I
02. Los maestros de la escuela	I___I___I
03. La Cruz Roja	I___I___I
04. La policía	I___I___I
05. La gente de su localidad o colonia (comunidad o pueblo)	I___I___I
06. Curas, sacerdotes o ministros religiosos	I___I___I
07. Instituciones encargadas de hacer justicia	I___I___I
08. Su familia	I___I___I
09. El gobierno municipal/delegacional	I___I___I
10. El gobierno Federal	I___I___I
11. Las amistades	I___I___I
12. Los programas de ayuda o apoyo del gobierno	I___I___I
13. Los doctores, médicos	I___I___I
14. Los empresarios	I___I___I
15. El Presidente de la República	I___I___I
16. El ejército	I___I___I
17. El gobierno estatal	I___I___I

16.03 Sin contar a los miembros de su hogar, ¿cree usted que si necesitara…

LEA OPCIONES Y CIRCULE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Imposible conseguirla	Difícil conseguirla	Fácil conseguirla	Muy fácil conseguirla	NI FACIL NI DIFICIL CONSEGUIRLA (ESPONTANEA)	NS
1. pedirle a alguien la cantidad de dinero que se gana en su hogar durante un mes, le sería?	1	2	3	4	5	8
2. pedir ayuda para que lo(la) cuiden a usted en una enfermedad, le sería?	1	2	3	4	5	8
3. pedir ayuda para conseguir un trabajo, le sería?	1	2	3	4	5	8
4. pedir ayuda para que lo(la) acompañen al doctor le sería?	1	2	3	4	5	8
5. pedir cooperación para realizar mejoras en su colonia o localidad, le sería?	1	2	3	4	5	8
SÓLO PARA LOS HOGARES DONDE HAYA MENORES DE 12 AÑOS						
6. pedir ayuda para que cuiden a los(as) niños (as) en este hogar, le sería?	1	2	3	4	5	8

16.04 En el último año ¿usted ha sentido algún trato diferente o lo (la) han excluido de algo...	**LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO**	**SI**	**NO**	**NS**	**NR**
	1. por ser hombre/ mujer?	1	2	8	9
	2. por su color de piel?	1	2	8	9
	3. por su religión?	1	2	8	9
	4. por su edad?	1	2	8	9
	5. por alguna otra razón? (**ESPECIFIQUE**) _____	1	2	8	9

16.05 ¿Cree usted que en su colonia o localidad la mayoría de la gente trataría diferente o excluiría a las personas…	**LEA OPCIONES Y CIRCULE CÓDIGO**	**SI**	**NO**	**NS**	**NR**
	01. por no ser de la comunidad?	1	2	8	9
	02. por provenir de otro país?	1	2	8	9
	03. por pertenecer a un grupo indígena?	1	2	8	9
	04. por su color de piel?	1	2	8	9
	05. por su religión?	1	2	8	9
	06. por su edad?	1	2	8	9
	07. por ser homosexual o lesbiana?	1	2	8	9
	08. por su apariencia física?	1	2	8	9
	09. por no tener dinero?	1	2	8	9
	10. por su nivel educativo?	1	2	8	9
	11. por tener alguna discapacidad?	1	2	8	9
	12. por padecer alguna enfermedad?	1	2	8	9

16.06 La gente a veces pertenece a diferentes tipos de organizaciones, ¿pertenece usted a …				**POR CADA "SI" EN 16.06 PREGUNTE 16.07** **16.07** ¿Asiste usted a reuniones o actividades de ese grupo?		
LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CODIGO	**SI**	**NO**	**NR**	**SI**	**NO**	**NR**
1. un partido político?	1	2	9	1	2	9
2. un sindicato o una asociación profesional o empresarial?	1	2	9	1	2	9
3. una organización religiosa o de la iglesia?	1	2	9	1	2	9
4. una organización de deporte, tiempo libre o cultural?	1	2	9	1	2	9
5. una organización de colonos o vecinal?	1	2	9	1	2	9
6. una organización escolar o de padres de familia?	1	2	9	1	2	9
7. un club social?	1	2	9	1	2	9

↳ **SI TODAS LAS RESPUESTAS SON "NO" PASE A 16.08**

16.08 En el último año frente a algún problema o necesidad que haya tenido su comunidad/colonia, dígame si usted ha participado en alguna de las siguientes actividades que le voy a leer:				**POR CADA "SI" EN 16.08 PREGUNTE 16.09** **16.09** ¿Usted cree que su participación ayudó a resolver este problema o necesidad?			
LEA OPCIONES Y CIRCULE UN CÓDIGO	**SI**	**NO**	**NR**	**SI**	**NO**	**EN PARTE (Espontánea)**	**NR**
01. Unirse con otras personas o grupos para solucionar el problema o necesidad	1	2	9	1	2	3	9
02. Poner denuncias o quejas	1	2	9	1	2	3	9
03. Asistir a manifestaciones	1	2	9	1	2	3	9
04. Pedir apoyo a alguna organización o partido político	1	2	9	1	2	3	9
05. Juntar firmas	1	2	9	1	2	3	9
06.Colocar mantas, carteles o repartir volantes	1	2	9	1	2	3	9
07. NO HA HABIDO PROBLEMAS O NECESIDADES EN LA COMUNIDAD/COLONIA **(ESPONTÁNEA)**	1	2	9	➔ **PASE A 16.10**			

		SI	**NO**	**NR**
16.10 Imagínese que usted va a rentar un cuarto en su casa, ¿usted aceptaría o no aceptaría que personas con las siguientes características vivieran en su casa?	**LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES**			
	1. Una persona con creencias religiosas distintas a las suyas?	1	2	9
	2. Una persona homosexual/lesbiana?	1	2	9
	3. Una persona indígena?	1	2	9
	4. Una persona con preferencias políticas diferentes a las suyas?	1	2	9
	5. Una persona con discapacidad?	1	2	9
	6. Una persona enferma de SIDA?	1	2	9
	7. Una persona de clase social distinta a la de usted?	1	2	9
	8. Un extranjero(a)?	1	2	9
	9. Una persona con tatuajes?	1	2	9

16.11 ¿Tiene usted credencial de elector?

SI 1
NO 2
NR. 9

ENTREVISTADOR(A):

SI EL INFORMANTE ES TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y TIENE UN NEGOCIO CON MENOS DE 16 PERSONAS O <u>NO EXPIDE</u> COMO COMPROBANTES DE VENTA FACTURAS (VERIFIQUE PREGUNTAS 3.11(6.07) Y 3.14(6.10)) ➔ **APLIQUE CUESTIONARIO DE NEGOCIOS**

SI AÚN FALTAN INTEGRANTES DEL HOGAR POR ENTREVISTAR ➔ **SOLICITE ENTREVISTAR A OTRO DE ELLOS LLENANDO EL CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE**

SI YA ENTREVISTÓ A TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR ➔ **TERMINE LA ENTREVISTA**

AGRADEZCA Y TERMINE

REGRESE A LA CARÁTULA PARA ANOTAR LA HORA DE TÉRMINO

Yo entrevistador _____, declaro que seguí todas las indicaciones metodológicas para la selección de la muestra y que toda la información contenida en este cuestionario es verídica. Acepto que si existe algún dato falso en él, se tomen las medidas legales pertinentes.

FIRMA DEL ENTREVISTADOR _____ FECHA DE ENTREVISTA |___|___|-|___|___|-|2|0|__|__|
Día *Mes* *Año*

		SUPERVISIÓN DIRECTA	SUPERVISIÓN DE REGRESO	SUPERVISIÓN DE CAMPO	SUPERVISIÓN OCULTA
EXCLUSIVO PARA SUPERVISIÓN EXTERNA	NOMBRE / FIRMA				
	NÚMERO	|____|____|____|____|	|____|____|____|____|	|____|____|____|____|	|____|____|____|____|
	FECHA	|____|____| |____|____| 20__ *Día Mes Año*	|____|____| |____|____| -20__ *Día Mes Año*	|____|____| |____|____| 20__ *Día Mes Año*	|____|____| |____|____|20__ *Día Mes Año*