

2019

ENCUESTA DE
PROTECCIÓN
SOCIAL

INFORMACIÓN SOBRE ENTREVISTADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección:

Teléfono1 código de área - fono	Comuna:	Región:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Villa / Población:	Localidad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Correo electrónico (e_mail)

Buenos (días/tardes/noches), mi nombre es _____, pertenezco a la empresa IPSOS que, en conjunto con la Subsecretaría de Previsión Social estamos conduciendo la Encuesta de Protección Social 2019. El propósito de este estudio es obtener información estadística sobre la población chilena que será utilizada para elaborar y desarrollar políticas públicas. Estaríamos complacidos si desea participar en este estudio. La entrevista tendrá una duración de aproximadamente una hora. Le recordamos que sus respuestas son confidenciales y su participación es completamente voluntaria, pudiéndose retirar en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Si usted tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactarse con los encargados de éste, al mail info.eps@ipsoschile.cl

GAME CHANGERS



COMUNA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FOLIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA:

Fecha 1ª visita:	Resultado 1ª visita:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha 2ª visita:	Resultado 2ª visita:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha 3ª visita:	Resultado 3ª visita:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha 4ª visita:	Resultado 4ª visita:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha 5ª visita:	Resultado 5ª visita:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha 6ª visita:	Resultado 6ª visita:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de la Entrevista	<input type="text"/>
	2020

Hora de la Entrevista	<input type="text"/>
Inicio	<input type="text"/>
Término	<input type="text"/>

EL SELECCIONADO SE CAMBIÓ DE DIRECCIÓN A:

Dirección:

Teléfono1 código de área - fono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comuna:

Región:

Villa / Población:

Localidad:

Correo electrónico (e_mail)

Observaciones

7

Información general de los integrantes del hogar

TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR					TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR			TODOS LOS ENTREVISTADOS/TODOS LOS INTEGRANTES ACTUALES DEL HOGAR			
<div>A.1 Nombre de pila de todos los integrantes del hogar</div> <div>▼ TOTAL DE PERSONAS DEL HOGAR (INCLUIDOS MENORES Y ANCIANOS). SE ENTIENDE COMO MIEMBRO DEL HOGAR A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE INTEGRAN EL HOGAR Y QUE SE FUERON HACE 12 MESES O MENOS.</div> <div>▼ CONSULTE SI HAY UN NUEVO INTEGRANTE EN EL HOGAR, ANOTE SU NOMBRE.</div> <div>A.8 Sexo</div> <div><div>1. Hombre</div><div>2. Mujer</div></div> <div>A.9 ¿Qué edad tiene?</div>					<div>A.2.b ¿Por qué ya no está en su hogar?</div> <div>▼ LEER NOMBRE DE CADA INTEGRANTE.</div> <div><div>1. Se fue por matrimonio o convivencia</div><div>2. Se fue por razones de trabajo</div><div>3. Se fue por razones de estudio</div><div>4. Se fue por el deseo de vivir solo(a) o con otras personas.</div><div>5. Se fue por malas relaciones familiares</div><div>6. Se fue por otras razones</div><div>7. Falleció</div><div>8. Entrevistado dejó hogar</div><div>9. Error. No se reconoce como miembro del hogar → Pase a la persona siguiente</div><div>10. Error. Nunca vivió en el hogar → Pase a la persona siguiente</div><div>88. No responde</div><div>99. No sabe</div></div> <div>A.3 ¿En qué mes y año se fue, falleció o se incorporó al hogar?</div> <div>▼ LEER NOMBRE DE CADA INTEGRANTE.</div> <div><div>8888. No responde</div><div>9999. No sabe</div></div> <div>▼ SI NO PERTENECE AL HOGAR HACE MÁS DE UN AÑO (A.2.a=2) → PASE A LA PERSONA SIGUIENTE</div>			<div>A.4 ¿Cuál es su relación de parentesco con con el entrevistado?</div> <div>▼ LEER NOMBRE DE CADA INTEGRANTE.</div> <div><div>1. Entrevistado</div><div>2. Esposo(a) o pareja</div><div>3. Hijo(a) de ambos</div><div>4. Hijo(a) sólo del entrevistado</div><div>5. Hijo(a) sólo del esposo(a)/ pareja</div><div>6. Padre o madre</div><div>7. Suegro(a)</div><div>8. Yerno o nuera</div><div>9. Nieto(a)</div><div>10. Hermano(a)</div><div>11. Cuñado(a)</div><div>12. Abuelo(a)</div><div>13. Otro familiar</div><div>14. No familiar</div><div>15. Servicio doméstico puertas adentro</div><div>88. No responde</div><div>99. No sabe</div></div> <div>A.5 ¿Cuál es el parentesco con el Jefe de Hogar de...?</div> <div>▼ LEER NOMBRE DE CADA INTEGRANTE.</div> <div><div>1. Jefe(a) de hogar</div><div>2. Esposo(a) o pareja</div><div>3. Hijo(a) de ambos</div><div>4. Hijo(a) sólo del jefe</div><div>5. Hijo(a) sólo del esposo(a)/ pareja</div><div>6. Padre o madre</div><div>7. Suegro(a)</div><div>8. Yerno o nuera</div><div>9. Nieto(a)</div><div>10. Hermano(a)</div><div>11. Cuñado(a)</div><div>12. Abuelo(a)</div><div>13. Otro familiar</div><div>14. No familiar</div><div>15. Servicio doméstico puertas adentro</div><div>88. No responde</div><div>99. No sabe</div></div>			
TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR											
<div>A.2.a ¿Pertenece actualmente a su hogar?</div> <div>▼ LEER NOMBRE DE CADA INTEGRANTE. SI PERTENECE AL HOGAR, SONDEAR SI CONTINÚA O ES NUEVO RESPECTO A LA MEDICIÓN PASADA.</div> <div><div>1. Sí, continua en el hogar → Pase a A.4</div><div>2. No, ya no pertenece al hogar</div><div>3. Sí, nuevo integrante → Pase a A.3.a</div></div>											
N°	A.1	A.8	A.9	A.2.a	A.2.b	A.3.a	A.3.b	A.4	A.5		
1	ENTREVISTADO										
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Información general de los integrantes del hogar

TODOS LOS ENTREVISTADOS/TODOS LOS INTEGRANTES ACTUALES DEL HOGAR

PERSONAS SIN EDUCACIÓN SUPERIOR (A.12.C.N <=8) EL RESTO → PASE A A.12.d

A.10 Diría que su salud es:
▼ LEER ALTERNATIVAS.

▼ SI DICE QUE SI, PREGUNTAR ¿CUÁL?

1. Excelente
2. Muy Buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala
6. Muy mala
8. No responde
9. No sabe

A.10.b En Chile, la ley reconoce la existencia de 9 pueblos indígenas. ¿Pertenece o es descendiente de alguno de ellos?

1. Aymara
2. Rapa Nui
3. Quechua
4. Mapuche
5. Atacameño
6. Coya
7. Kawaskar
8. Yagan
9. Diaguita
10. Ninguna
88. No responde
99. No sabe

A.11 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educacional?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

A.12.c.n. ¿Cuál es su último nivel y curso aprobado?

▼ ESPONTÁNEA, SONDEAR SI ES NECESARIO.

Nivel

1. Educación Preescolar o Educación Parvularia
2. Educación Básica
3. Educación Diferencial
4. Preparatoria (Sistema Antiguo)
5. Humanidades (Sistema Antiguo)
6. Educación Media Científico-Humanista
7. Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)
8. Educación Media Técnica Profesional
9. Centro de Formación Técnica
10. Instituto Profesional
11. Universitaria
12. Universitaria de Postgrado
13. Ninguno
88. No responde
99. No sabe

Curso

80. Ninguno
88. No responde
99. No sabe

▼ SI FINALIZÓ CON TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR Y A.12.C.N=13, O 88 O 99 → PASE A B.1.a

A.12.e ¿Completó el nivel educacional anteriormente declarado?

1. Sí → Pase a persona siguiente. Si finalizó con todos los integrantes del hogar: → Pase a B.1.a
2. No → Pase a A.12.r
8. No responde → Pase a A.12.r
9. No sabe → Pase a A.12.r

PERSONAS CON EDUCACIÓN SUPERIOR (A.12.C.N=9, 10, 11 ó 12)

A.12.d ¿En qué situación se encuentra?

▼ MOSTRAR TARJETA 1 Y LEER ALTERNATIVAS

1. Titulado
2. Licenciado/a
3. Egresado/a
4. Suspendió sus estudios (congeló estudios)
5. Sigo estudiando
88. No responde (NO LEER)
99. No sabe (NO LEER)

PERSONAS QUE NO HAN COMPLETADO SUS ESTUDIOS, NO SE HAN TITULADO

A.12.r ¿Por qué no ha terminado sus estudios o no se ha titulado?

▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA

1. Dificultad económica
2. Trabaja(ba) o busca(ba) trabajo
3. Ayuda(ba) en casa o quehacer del hogar
4. Maternidad, paternidad, embarazo
5. No le interesa(ba)
6. Tiene una discapacidad o requiere de establecimiento especial
7. Problemas de rendimiento
8. Expulsión o cancelación de la matrícula
9. Dificultad de acceso o movilización
10. Sigue estudiando
11. Terminó de estudiar
12. Otra → Pase a A.12.r.e Especificar
88. No responde
99. No sabe

→ Pase a persona siguiente si finalizó con todos los integrantes del hogar:

- Personas sin educación superior (A.12.c.n<=8) → Pase a B.1.a

- Personas con educación superior (A.12.c.n=9,10,11 o 12) → Pase a A.13

▼ FIN DE LAS PREGUNTAS PARA LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR, SE CONTINÚA ÚNICAMENTE CON EL ENTREVISTADO PRINCIPAL.

A.10	A.10.b	A.11	A.12.c.n Curso	A.12.c.n Nivel	A.12.e	A.12.d	A.12.r	A.12.r.e
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Información general del entrevistado

TODOS LOS ENTREVISTADOS/PERSONAS CON EDUCACIÓN SUPERIOR
(A.12.C.N=9, 10, 11, O 12), RESTO → PASE A B1.A

A.13 Desde enero de 2016 a la fecha, ¿Cuántas carreras diferentes ha estudiado usted?

▼ CONSIDERE COMO CARRERA DIFERENTE UNA MISMA CARRERA EN DISTINTA INSTITUCIÓN.

▼ CONSIDERE CARRERAS DE INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR (INCLUYA MAGÍSTER Y DOCTORADOS)

0. Ninguna → **Pase a B.1.a**

1. 1 carrera

2. 2 carreras

3. 3 carreras

4. 4 carreras

5. 5 carreras o más



OBSERVACIONES

Módulo A: Educación

PERSONAS CON EDUCACIÓN SUPERIOR (A12.N.C=9, 10, 11 O 12)				PERSONAS CON EDUCACIÓN SUPERIOR (A12.N.C=9, 10, 11 O 12)															
<p>▼ REGISTRE EN PRIMER LUGAR LA ÚLTIMA CARRERA ESTUDIADA O LA QUE ESTÉ ESTUDIANDO Y LUEGO LAS CARRERAS ANTERIORES RETROCEDIENDO EN EL TIEMPO.</p> <p>A.14 ¿Cuál es el nombre de la carrera (o las carreras) que estudió? Incluya Magister y Doctorados.</p> <p>A.15 ¿Entre qué años cursó (está cursando) esta carrera?</p> <p>8888. No responde 9999. No sabe</p> <p>A.15.a Anote año de inicio</p> <p>A.15.b Anote año de término</p>				<p>A.16.a ¿En qué tipo de institución estudió o está estudiando esta carrera?</p> <p>▼ LEER ALTERNATIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Centro de Formación Técnica → Pase a A.18 Instituto Profesional → Pase a A.18 Universidad → Pase a A.17.a Universidad, CFT, o IP en el extranjero → Pase a A.17.b <p>A.17.a: ¿Cuál?</p> <p>A.17.b: ¿De qué país?</p> <p>A.18 ¿En qué situación se encuentra?</p> <p>▼ MOSTRAR TARJETA 1 Y LEER ALTERNATIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Titulado/a Licenciado/a → Pase a A.22 Egresado/a → Pase a A.22 Suspensión de estudios (Congelado/a) → Pase a A.22 Sigo estudiando → Pase a A.22 No responde (NO LEER) → Pase a A.22 No sabe (NO LEER) → Pase a A.22 <p>A.19 ¿En qué año se tituló?</p> <p>8888. No responde 9999. No sabe</p>								<p>A.22 ¿Financió o está financiando esta carrera con:</p> <p>▼ (LEER CADA ALTERNATIVA)</p> <p>A.22_1. Fondos propios</p> <p>A.22_2. Crédito Universitario</p> <p>A.22_3. Fondo solidario</p> <p>A.22_4. Arancel diferenciado</p> <p>A.22_5. Crédito CORFO</p> <p>A.22_6. Beca Estatal</p> <p>A.22_7. Beca Privada</p> <p>A.22_8. Gratuidad</p> <p>A.22_9. Otro tipo de crédito</p> <p>▼ PARA CADA OPCIÓN RESPONDA</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí No No responde No sabe <p>▼ VOLVER A CONSULTAR PARA LAS CARRERAS ANTERIORES</p>							
				A.22															
N°	A.14 Nombre carrera	A.15.a	A.15.b	A.16.a	A.17.a	A.17.b	A.18	A.19	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			

Módulo B: Historia Laboral

▼ **ENTREVISTADOR: LEER Y CONFIRMAR ACTIVIDAD REGISTRADA LA ÚLTIMA VEZ QUE RESPONDIÓ LA ENCUESTA.**

▼ **ENTREVISTADOR LEER INSTRUCCIÓN:**

B.1.a Ahora le entregaré una hoja con una línea de tiempo desde el año 2016 hasta ahora.

▼ **INSTRUCCIÓN: Entregar cuadernillo a entrevistado.**

Me gustaría que marcara en ella en que meses se encontraba en cualquiera de las siguientes situaciones:

▼ **MOSTRAR TARJETA 2 Y LEER**

1. Trabajando
2. Realizando trabajos esporádicos o pololos

▼ **CONTINUAR LEYENDO**

Puede marcar el número de la alternativa que corresponde. Si no se encontraba en ninguna de estas situaciones deje en blanco.

▼ **NOTA ENTREVISTADOR: EN LOS PERIODOS DE TRABAJO (OPCIÓN 1), SONDEAR SI EL ENTREVISTADO MANTUVO O CAMBIÓ SUS CONDICIONES LABORALES (CAMBIÓ DE OCUPACIÓN O FUNCIÓN).**

▼ **EN LOS PERIODOS DE TRABAJO (OPCIÓN 1), SONDEAR SI EL ENTREVISTADO RECIBIÓ SU SUELDO POR LA MISMA EMPRESA**

→ **Pregunta se contesta en B.2.a**

▼ **ENTREVISTADOR: UNA VEZ QUE EL ENTREVISTADO HAYA TERMINADO DE RELLENAR EL CUADERNILLO, CONTINUAR CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES/PREGUNTAS.**

▼ **ENTREVISTADOR LEER INSTRUCCIÓN:**

B.1.b En la misma línea de tiempo, en los meses que no marcó alguna alternativa (B.1.a=1 o 2), marque los meses en los que se encontraba en alguna de las siguientes situaciones. Al igual que antes, puede marcar el número de la alternativa:

▼ **MOSTRAR TARJETA 3 Y LEER**

3. Buscando trabajo por primera vez
4. Estudiando
5. Cesante
6. Retirado o Jubilado
7. Cuidando niños
8. En casa con licencia médica
9. Otra situación

3, 4, 6, 7 → Pase a B.26

5 → Pase a B.24.a

9 → Pase a B.25.a

8 → Pase a B.4

Módulo B: Historia Laboral

B.2.a. Primero quiero que me diga en qué situación se encuentra actualmente: ¿Desde qué año y mes se encuentra así?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Y antes de esta situación en cuál se encontraba: ¿Entre qué meses y año/s?

N°	Situación ocupacional	Mes inicio	Año inicio	Mes término	Año término
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ EN LAS SITUACIONES OCUPACIONALES QUE MARCÓ:

- 1, 2 → Pase a B.4
 5 → Pase a B.24.a
 3, 4, 6, 7 → Pase a B.26
 9 → Pase a B.25.a

▼ ENTREVISTADOR LEER INSTRUCCIÓN:

B.25.a Si es que marcó "otra situación" ¿Se estaba refiriendo a algunas de estas alternativas?

▼ MOSTRAR TARJETA 4 Y LEER

10. Enfermedad o discapacidad
11. Otras responsabilidades personales o familiares
12. Embarazo
13. Realizaba la práctica (**)
14. Quehaceres de hogar
15. Rentista
16. No le interesaba trabajar
17. Estaba haciendo el servicio militar
18. Cuidados de personas mayores o personas con Discapacidad
19. Cree que no encontrará trabajo
20. Se cansó de buscar trabajo
21. Algún miembro del hogar no le permite trabajar
22. Vacaciones o permisos (**)
23. Por horario o jornada variable o flexible (**)
24. Huelga, conflicto laboral (**)
25. Trabajo es estacional
26. No tuvo pedidos (clientes) (**)
27. Suspensión temporal del trabajo (**)
28. Otro
88. No responde (NO LEER)
99. No sabe (NO LEER)

(**) SI EL ENCUESTADO MARCA: "13", "22", "23", "24", "26" Y "27" EN ALGUNO DE LOS PERIODOS DEL CUADERNILLO SE LE EXPLICA QUE SE CONSIDERA COMO TRABAJO (1 O 2 EN ESTE CASO), Y SE PREGUNTA AL ENTREVISTADO A QUÉ TRABAJO CORRESPONDEN (1 O 2).

10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 28 → Pase a B.26

13, 22, 23, 24, 26, 27 → Pase a B.4

▼ DESPUÉS DE TERMINAR EL TRABAJO EN PAPEL PREGUNTAR PARA TODAS LAS SITUACIONES OCUPACIONALES EMPEZANDO POR LA SITUACIÓN MÁS RECIENTE:

ENTREVISTADOR: EN LA CELDA "SITUACIÓN OCUPACIONAL" DEBE INGRESAR EL NÚMERO CORRESPONDIENTE A CADA ALTERNATIVA RELLENADA POR EL ENCUESTADO EN EL CUADERNILLO (LINEA DE TIEMPO).

N°	B.25.a
1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>

Módulo B: Historia Laboral

OCUPADOS (PARA PERÍODOS EN QUE ESTABA TRABAJANDO (B.1.A=1 O 2))

N°	B.5	B.0	B.4	B.6	B.8
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.5 ¿Cuál (era) es su ocupación u oficio, o qué hace o hacía usted en ese trabajo?

▼ DESCRIBA DETALLADAMENTE LA ACTIVIDAD QUE REALIZA(BA). NO BASTA ANOTAR: EMPLEADO, OBRERO, AGRICULTOR, COMERCIANTE, JORNALERO. ANOTE SIEMPRE: ABOGADO/A, CONTADOR/A, SECRETARIO/A, VENDEDOR/A, CHOFER DE TAXI, EMBOTELLADOR DE BEBIDAS, PROFESOR/A, GÁSFITER, INGENIERO AGRÓNOMO, JORNALERO AGRÍCOLA, LOCUTOR DE RADIO, SACERDOTE, MÉDICO, VENDEDOR AMBULANTE, TRABAJADOR/A DE CASA PARTICULAR, ETC.

B.0 ¿Cuál (era) el nombre de la empresa, institución u hogar que le pagó el sueldo en ese trabajo?

B.4 ¿En qué región trabajaba?

▼ ESCUCCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA.

Considere nuevas regiones (1 a 16) u otro país

- 1-13. I a XIII Región
- 14. De los Ríos (Valdivia)
- 15. Arica y Parinacota
- 16. Ñuble (Chillán)
- 80. Fuera de Chile
- 88. No responde
- 99. No sabe

B.6 Este trabajo era de tipo:

▼ LEER ALTERNATIVAS.

- 1. Permanente
- 2. De temporada o estacional
- 3. Ocasional o eventual
- 4. A prueba
- 5. Por plazo o tiempo determinado
- 8. No responde (NO LEER)
- 9. No sabe (NO LEER)

B.8 ¿En esta ocupación, usted trabajaba como:

▼ LEER ALTERNATIVAS.

- 1. Patrón o empleador
→ Pase a B.9.d
- 2. Trabajador por cuenta propia
→ Pase a B.9.d
- 3. Empleado u obrero del sector público
- 4. Empleado u obrero del sector privado
- 5. Servicio doméstico puertas adentro
- 6. Servicio doméstico puertas afuera
- 7. Familiar No remunerado
→ Pase a B.18
- 8. FF.AA. y de Orden
→ Pase a B.12

B.8 = 3, 4, 5, 6 → Pasa a B.9.a

Módulo B: Historia Laboral

OCUPADOS DEPENDIENTES (B.1.A=1 O 2; Y B.8=3,4,5 O 6) PARA PERÍODOS EN QUE ESTABA TRABAJANDO					OCUPADOS DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES (B.1.A=1 O 2; Y B.8=1,2,3,4,5, 6 O 8) PARA PERÍODOS EN QUE ESTABA TRABAJANDO														
B.9.a En este trabajo, ¿firmó contrato de trabajo? ▼ SI DICE QUE NO, PREGUNTAR SI TIENE CONTRATO Y NO HA FIRMADO O NO TIENE CONTRATO. <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, tiene contrato y lo firmó 2. No, tiene contrato pero no ha firmado 3. No, no tiene contrato → Pase a B.9.d 8. No responde 9. No sabe 					B.9.d ¿Qué clase de actividad realiza la empresa, industria o servicio donde desempeña (ba) ese trabajo? ▼ DESCRIBA la actividad a que se dedica la empresa, negocio o establecimiento en que la persona realiza su actividad u ocupación principal. En el caso de los trabajadores que son del tipo transitorio anotar la actividad que realiza la empresa en que presta sus servicios. Por ejemplo: construcción, comercio, fábrica de zapatos, taller de reparación de automóviles, etc. No deberá anotarse simplemente: fábrica, taller, etc., como tampoco el nombre o razón social de ellos. <ol style="list-style-type: none"> 8. No responde 9. No sabe 					B.10 ¿Qué tipo de horario tiene/tenía en este trabajo? ▼ LEER ALTERNATIVAS. <ol style="list-style-type: none"> 1. Diurno 2. Nocturno 3. Diurno y nocturno (Rotativo o turnos) 4. Vespertino 8. No responde (NO LEER) 9. No sabe (NO LEER) 					B.12 ¿Cuál fue el sueldo líquido mensual promedio en este trabajo? ▼ MOSTRAR TARJETA 5 (INCLUYA los descuentos por planilla de: Préstamos y consumos en casa comerciales; Cuotas sindicales o a clubes; Días de licencia médica y subsidio maternal; Ahorro previsional voluntario o ahorro voluntario. EXCLUYA los descuentos legales correspondientes a: Sistema previsional; Sistema de salud; Impuestos a las remuneraciones. EXCLUYA también los pagos por Horas extras; Bonificaciones; Gratificaciones; Aguinaldos y otros beneficios; Asignaciones familiares) ▼ INDIQUE MONTO EN \$ ▼ SI NO TUVO REMUNERACIÓN O INGRESOS, ANOTE 0 Y DE TODOS MODOS, EN B.13 REGISTRE JORNADA TRABAJADA. <ol style="list-style-type: none"> 8. No responde → Pase a B.12.t 9. No sabe → Pase a B.12.t 				
B.9.b La relación contractual de este trabajo es/ era del tipo ▼ LEER ALTERNATIVAS. <ol style="list-style-type: none"> 1. Plazo indefinido 2. Plazo fijo 3. Por obra, faena o servicio 4. De aprendizaje 5. Servicios transitoria 8. No responde (NO LEER) 9. No sabe (NO LEER) 					B.11 ¿En este trabajo usted da(ba) boletas? ▼ SI DICE QUE SÍ, SONDEAR SI SON DE SERVICIOS (HONORARIOS) O DE COMPRA Y VENTA. <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, da boleta de servicios (honorarios) 2. Sí, da boleta de compra y venta (facturas) 3. No 8. No responde 9. No sabe 					B.13 REGISTRE JORNADA TRABAJADA. ▼ MOSTRAR TARJETA 6									
B.9.c ¿Con quién tenía un acuerdo o contrato de trabajo? ▼ LEER ALTERNATIVAS. <ol style="list-style-type: none"> 1. Directamente con la empresa o negocio donde trabaja. 2. Con contratista o subcontratista de bienes o servicios. 3. Con una empresa de servicios transitorios, suministradora de trabajadores o con un contratista laboral (enganchador). 4. Con otro tipo de intermediario → Pase a B.9.c.e 8. No responde (NO LEER) 9. No sabe (NO LEER) 																			
B.9.c.e Especificar																			
N°	B.9.a	B.9.b	B.9.c	B.9.c.e	B.9.d	B.10	B.11	B.12	B.12.t										
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

Módulo B: Historia Laboral

OCUPADOS (PARA PERÍODOS EN QUE ESTABA TRABAJANDO B.1.A=1 O 2)

B.13 ¿Cuántas horas semanales trabajaba en este empleo?

888. No responde
999. No sabe

▼ B.16.A Y B.16.B CONTESTAN TODAS LAS HISTORIAS LABORALES DONDE EL ENTREVISTADO SE DESEMPEÑÓ COMO PATRÓN O EMPLEADOR, EMPLEADO, OBRERO DEL SECTOR PÚBLICO O DEL SECTOR PRIVADO (B.8=1,3 O 4)

B.16.a En este trabajo ¿existía un sindicato o asociación de funcionarios?

1. Sí
2. No → **Pase a B.17**
8. No responde → **Pase a B.17**
9. No sabe → **Pase a B.17**

B.16.b ¿Se encontraba afiliado a algún sindicato?

1. Sí
2. No

B.17 ¿Dónde estaba afiliada esta empresa para el Seguro de Accidentes y Enfermedades del Trabajo?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Mutuality (*Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), o Mutual de Seguridad C.Ch.C.*)
2. INP / ISL
3. Sistema de administración delegada
4. Sistema de las FFAA y de Orden
5. No está afiliada
8. No responde
9. No sabe

N°	B.13	B.16.a	B.16.b	B.17
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Módulo B: Historia Laboral

OCUPADOS (PARA PERÍODOS EN QUE ESTABA TRABAJANDO B.1.A=1 O 2)

▼ INTRODUCCIÓN (LEER):

- Estar **afiliado** significa estar inscrito en alguno de los sistemas de pensiones, como las AFP, IPS, CAPREDENA, DIPRECA, entre otros.
- Estar **cotizando** significa estar imponiendo mensualmente.

B.18 En este periodo, ¿Se encontraba cotizando en algún sistema previsional ?

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR ¿CUÁL?

1. Sí, AFP (Administradora de Fondos de Pensiones)
2. Sí, IPS (ex INP [Servicio de Seguro Social, Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), Caja de Empleados Particulares (EMPART)])
3. Sí, Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA)
4. Sí, Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA)
5. Sí, otra Caja
6. Sí, no sabe dónde cotizó
7. No cotizó → **Pase a B.21.a**
8. No responde } **Pase a B.22**
9. No sabe }

B.19 A usted le cotizaron por: ▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 7

1. Total de mi remuneración o sueldo
2. Por menos de mi remuneración, pero por más que el sueldo mínimo → **Pase a B.21.b**
3. Por el sueldo mínimo, aunque en realidad gano más → **Pase a B.21.b**
8. No responde (NO LEER) } **Pase a B.22**
9. No sabe (NO LEER) }

B.20 ¿Alguna vez se encontró o encuentra en la siguiente situación?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 8

1. Declararon sus cotizaciones y no las pagaron → **Pase a B.21.c**
2. No declararon ni pagaron sus cotizaciones → **Pase a B.21.c**
3. Nunca se encontró en estas situaciones → **Pase a B.22**
8. No responde (NO LEER) } **Pase a B.22**
9. No sabe (NO LEER) }

B.21.a ¿Por qué no cotizó o no le cotizaron?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Por problemas financieros de la empresa
2. Condición de trabajo impuesta por el empleador
3. Condición de trabajo solicitada por el trabajador
4. Por acuerdo mutuo entre empleador y trabajador
5. Por iniciativa personal (no tenía obligación de cotizar)
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

Todos → **Pase a B.22**

B.21.b ¿Por qué le cotizaron por menos de su remuneración?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Por problemas financieros de la empresa
2. Condición de trabajo impuesta por el empleador
3. Condición de trabajo solicitada por el trabajador
4. Por acuerdo mutuo entre empleador y trabajador
5. Por iniciativa personal (no tenía obligación de cotizar)
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

Todos → **Pase a B.22**

B.21.c ¿Por qué no pagaron sus cotizaciones?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Por problemas financieros de la empresa
2. Condición de trabajo impuesta por el empleador
3. Condición de trabajo solicitada por el trabajador
4. Por acuerdo mutuo entre empleador y trabajador
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

N°	B.18	B.19	B.20	B.21.a	B.21.b	B.21.c
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Módulo B: Historia Laboral

OCUPADOS (PARA PERÍODOS EN QUE ESTABA TRABAJANDO B.1.A=1 O 2)					SOLO CESANTES (B.1B=5)			
B.22 ¿Cuál es el motivo del término de la relación laboral? ▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA. <ol style="list-style-type: none"> Mutuo acuerdo de las partes Renuncia Vencimiento del contrato o fin del trabajo o servicio que dio origen al contrato Despido por causa imputable a trabajador Despido por necesidades de la empresa Cierre de la empresa Encontró un mejor trabajo Condiciones de salud o invalidez Se pensionó Caso fortuito o fuerza mayor Otra No aplicable (No ha cambiado de trabajo, alternativa válida sólo en última Historia laboral) → Pase a B.26 No responde No sabe 					B.24.a ¿Recibió usted pago de Seguro de cesantía? ▼ LEER ALTERNATIVAS. <ol style="list-style-type: none"> Sí No → Pase a B.24.c No responde → Pase a B.26 No sabe → Pase a B.26 			
B.23.b Al término de esa relación de trabajo, ¿recibió usted indemnización de su empleador? ▼ SI DICE QUE SI O NO, SONDEAR. <ol style="list-style-type: none"> Sí, me pagaron la indemnización completa → Pase a B.26 Sí, me pagaron parte de la indemnización → Pase a B.23.m No, pero me correspondía → Pase a B.26 No, no me correspondía recibir indemnización → Pase a B.26 No responde → Pase a B.26 No sabe → Pase a B.26 					B.24.b ¿Qué modalidad utilizó para el retiro? <ol style="list-style-type: none"> Retiro en cuenta individual Retiro en Fondo Solidario Ambos No responde No sabe <p style="text-align: right;">Todos → Pase a B.26</p>			
B.23.m ¿Qué monto? ▼ INDIQUE MONTO EN \$ <ol style="list-style-type: none"> No responde No sabe 					B.24.c ¿Por qué razón no recibió pago por Seguro de Cesantía? ▼ ESPONTÁNEA. <ol style="list-style-type: none"> No sabía que existía el beneficio Creía que no calificaba como beneficiario No lo necesitaba Los beneficios son muy bajos Otro. → Pase a B.24.c.e Especifique No responde No sabe 			
B.23.c ¿A qué porcentaje de la indemnización corresponde lo que le pagaron? <ol style="list-style-type: none"> No responde No sabe <p style="text-align: right;">Todos → Pase a B.26</p>								

N°	B.22	B.23.b	B.23.m	B.23.c	B.24.a	B.24.b	B.24.c	B.24.c.e
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Módulo B: Historia Laboral

TODOS		SÓLO SI ACTUALMENTE ESTÁ OCUPADO Y TRABAJANDO COMO DEPENDIENTE ÚLTIMA HISTORIA LABORAL (B.1.A=1 O 2 Y B.8=3, 4, 5, O 6)
<p>B.26 ¿Participó usted en algún Programa de Empleo de Emergencia del Estado (Municipalidad u otro organismo estatal, FOSIS, SENCE, Bonificación a la contratación de mano de obra)?</p> <p>1. Sí 2. No 9. No sabe</p> <p>FIN DE PREGUNTAS PARA CADA SITUACIÓN LABORAL</p> <p>SI ÚLTIMA HISTORIA LABORAL NO OCUPADO (B.1B=3, 4, 5, 6, 7 O 9) → Pase a B.33</p> <p>SI ÚLTIMA HISTORIA LABORAL OCUPADO DEPENDIENTE (B.1A=1 O 2 Y B.8=3, 4, 5 O 6) → Pase a B.27b</p>		<p>B.27.b La empresa, negocio o institución que le paga su sueldo ¿Está registrada en el servicio de impuestos internos o tiene iniciación de actividades?</p> <p>1. Sí 2. No 8. No responde 9. No sabe</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-left: 100px;"></div>
<p>SÓLO SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE OCUPADO Y TRABAJANDO COMO INDEPENDIENTE. ÚLTIMA HISTORIA LABORAL (B.1.A=1 O 2 Y B.8=1, 2)</p> <p>B.27.a ¿Tiene iniciación de actividades o está registrado/a en el servicio de impuestos internos?</p> <p>1. Sí. 2. No 8. No responde 9. No sabe</p> <p style="text-align: right;">Todos → Pase a B.38</p>		<p>B.27 ¿Sabe usted si cuenta con un seguro en caso de accidentes y enfermedades en el trabajo contratado por su empresa?</p> <p>1. Sí 2. No 8. No responde 9. No sabe</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-left: 100px;"></div>
N°	B.26	
1	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
2	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
3	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
4	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
5	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
6	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
7	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
8	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
9	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	
10	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	

Módulo B: Historia Laboral

SÓLO SI ACTUALMENTE ESTÁ OCUPADO Y TRABAJANDO COMO DEPENDIENTE
ÚLTIMA HISTORIA LABORAL (B.1.A=1 O 2 Y B.8=3, 4, 5, O 6)

B.29.c Respecto a su trabajo actual, este requiere que usted:

B.29.c.1 Realice esfuerzo físico.

☐

B.29.c.2 Levante cargas pesadas.

☐

B.29.c.3 Se agache o arrodille.

☐

B.29.c.4 Tenga buena vista.

☐

B.29.c.5 Concentración o atención intensa.

☐

B.29.c.6 Habilidades sociales.

☐

▼ (LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 9):

1. Siempre o casi todo el tiempo
2. La mayoría del tiempo
3. Parte del tiempo
4. Poca parte del tiempo
5. No corresponde
8. No responde
9. No sabe

B.31 Existe en su empresa alguno(s) de los siguientes instrumentos de prevención de riesgos laborales:

B.31_1. Reglamento interno de higiene y seguridad

☐

B.31_2. Departamento de prevención de riesgos

☐

B.31_3. Comité paritario de higiene y seguridad

☐

B.31_4. Sistema de gestión de riesgos laborales

☐

▼ PARA CADA UNA ANOTE (LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 10):

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

SÓLO SI ACTUALMENTE ESTÁ OCUPADO Y TRABAJANDO COMO DEPENDIENTE
ÚLTIMA HISTORIA LABORAL (B.1.A=1 O 2 Y B.8=3, 4, 5, O 6)

B.31.a ¿Estima que los elementos de protección personal son necesarios en su empresa, negocio o institución? Por ejemplo: casco, protectores auditivos, guantes, gafas, pantallas faciales, protección para la respiración, calzado de seguridad, ropa de protección, elementos como sillas adaptables, apoya brazos, apoya pies, protector solar

▼ NOTA ENTREVISTADOR: LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SON CUALQUIER EQUIPO O DISPOSITIVO DESTINADO A SER LLEVADO O SUJETADO POR EL TRABAJADOR PARA QUE LE PROTEJA DE UNO O VARIOS RIESGOS Y QUE PUEDA AUMENTAR SU SEGURIDAD O SU SALUD EN EL TRABAJO.

1. Sí
2. No

☐

B.29.a En su empresa, ¿Le han informado o capacitado sobre la forma de prevenir riesgos para su salud?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

Módulo B: Historia Laboral

SÓLO SI ACTUALMENTE ESTÁ OCUPADO Y TRABAJANDO COMO DEPENDIENTE
ÚLTIMA HISTORIA LABORAL (B.1.A=1 O 2 Y B.8=3, 4, 5, O 6)

B.31.b ¿En su empresa, negocio o institución le entregaron elementos de protección personal?

1. Sí
2. No → Pase a B.32.a
8. No responde → Pase a B.32.a
9. No sabe → Pase a B.32.a

☐

B.31.c. ¿Usted utiliza los elementos de protección personal entregados?

1. Sí → Pase a B.32.a
2. No
8. No responde → Pase a B.32.a
9. No sabe → Pase a B.32.a

☐

B.32 ¿Cuáles son los principales motivos por los que no utiliza los elementos de protección personal en su empresa?

▼ MOSTRAR TARJETA 11 Y LEER ALTERNATIVAS

▼ RESPUESTA MÚLTIPLE, MÁXIMO 3 RESPUESTAS

1. No sabe usarlos
2. Son incómodos
3. No le quedan bien
4. Le molestan para trabajar
5. Son feos
6. Son innecesarios

☐
☐
☐

B.32.a En su actual trabajo, ¿qué tan probable cree que es sufrir un accidente por la actividad que realiza?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Muy probable
2. Poco probable
3. Nada probable
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

☐

SÓLO SI ACTUALMENTE NO ESTÁ TRABAJANDO, ÚLTIMA HISTORIA LABORAL
(B.1B=3, 4, 5, 6, 7 O 9)
SI ACTUALMENTE ESTÁ TRABAJANDO (ÚLTIMA HISTORIA LABORAL B.1A=1 O 2)
→ PASA A B.38

B.33 ¿Ha estado buscando trabajo durante el último mes?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

B.36 Si alguna persona del hogar encuentra un trabajo estable, ¿usted dejaría de buscar trabajo?

1. Sí → Pase a Módulo C
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

B.37 ¿Espera usted trabajar en el futuro?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

Todos → Pase a Módulo C

Módulo B: Historia Laboral

SÓLO SI ACTUALMENTE ESTÁ TRABAJANDO, ÚLTIMA HISTORIA LABORAL B.1.A=1 O 2

B.38 En su actual trabajo, ¿sufrió usted algún accidente en el lugar de trabajo o en el trayecto desde o hacia el trabajo?

1. Sí
2. No → Pase a B.39

☐

B.38.e ¿Fue a alguna consulta o atención médica producto de ese accidente?

1. Sí → Pase a B.38.g
2. No
8. No responde → Pase a B.38.k
9. No sabe → Pase a B.38.k

☐

B.38.a Ahora, en su trabajo actual y pensando en el accidente más reciente, ¿Cuándo ocurrió este accidente?

▼ ANOTE MES Y AÑO

(ANOTAR LA FECHA MÁS PRECISA QUE LA PERSONA RECUERDE)

Mes

88. No responde

99. No sabe

Año

8888. No responde

9999. No sabe

B.38.f. ¿Por qué no se atendió?

Todos → Pase a B.38.k

B.38.b ¿Cómo calificaría este accidente?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 12

1. Leve (No estuvo en riesgo la vida de ningún trabajador)
2. Grave (estuvo en riesgo la vida de algún trabajador)
3. Fatal (algún fallecido)
4. Otro
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

☐

B.38.g ¿Dónde se atendió?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Mutualidad (Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción, Instituto de Seguridad del Trabajo – IST)
2. Centro de atención público
3. Centro de atención privado
4. En instalación de la empresa
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

☐

B.38.h Esa atención, ¿generó alguna intervención, operación, hospitalización o tratamiento médico?

1. Sí
2. No → Pase a B.38.k
8. No responde → Pase a B.38.k
9. No sabe → Pase a B.38.k

☐

B.38.c ¿En qué lugar sucedió el accidente?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. En el lugar de trabajo
2. En el trayecto desde o hacia el trabajo

☐

B.38.d ¿El empleador le dio alguna indicación de dónde atenderse o quien cubriría los gastos?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

B.38.i ¿Dónde se realizó la intervención o tratamiento médico?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Mutualidad (Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción, Instituto de Seguridad del Trabajo – IST)
2. Centro de atención público
3. Centro de atención privado
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

☐

Módulo B: Historia Laboral

SÓLO SI ACTUALMENTE ESTÁ TRABAJANDO, ÚLTIMA HISTORIA LABORAL B.1.A=1 O 2

B.38.j ¿Quién pagó los costos de esa intervención y/o tratamiento médico?

▼ SI DICE QUE ÉL/ELLA MISMO/A, PREGUNTAR SI FUE CON BONO FONASA, BONO ISAPRE O PARTICULAR.

1. La empresa donde trabajaba
2. Mutua / ISL (ex INP)
3. Yo mismo, con bono Fonasa
4. Yo mismo, con bono Isapre
5. Yo mismo, particular
8. No responde
9. No sabe

☐

B.39 ¿Usted tiene o ha tenido alguna enfermedad diagnosticada que ha sido provocada por su actual trabajo? ¿o una enfermedad previa que ha sido agravada por su actual trabajo?

1. Sí
2. No → Pase a Módulo C

☐

B.39.a Por esta enfermedad, ¿fue atendido?

1. Sí → Pase a B.39.c
2. No

B.39.b ¿Cuál fue la principal razón por la que no recibió atención?

▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA.

1. No lo consideró necesario, no hizo nada, utilizó remedios por su cuenta
2. No tuvo facilidades en el trabajo para acudir
3. No supo dónde acudir
4. No tuvo dinero para pagar la atención o el transporte
5. No tuvo tiempo
6. Acudió a un lugar de atención pero no fue atendido
7. Otra razón
8. No responde
9. No sabe

☐

Todos → Pase a Módulo C

☐

B.39.c Esta enfermedad, ¿fue reconocida como enfermedad profesional?

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR SI FUE RECONOCIDA O ESTÁ EN TRÁMITE DE RECONOCIMIENTO.

1. Sí, reconocida
2. Sí, está en trámite de reconocimiento
3. No, no fue reconocida
8. No responde
9. No sabe

☐

B.39.d Por esta enfermedad, ¿dónde ha sido o fue atendido principalmente?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Establecimiento público de salud, (posta, consultorio, SAMU, SAPU, servicio urgencia, hospital)
2. Clínica, centro médico u hospital de las FFAA
3. Policlínico de la empresa
4. Policlínico u hospital del seguro del trabajo (mutualidad)
5. Médico particular
6. Otro lugar
8. No responde (NO LEER)
9. No responde (NO LEER)

☐

B.38.k Como resultado de este accidente, ¿sufrió algún impedimento para trabajar?

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR SI EL IMPEDIMENTO FUE TEMPORAL O PERMANENTE.

1. Sí, temporalmente → Pase a B.38.m
2. Sí, permanente
3. No → Pase a B.39

☐

B.38.l ¿Quién calificó su invalidez?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. COMPIN
2. Comisión Médica Regional
3. Mutualidad
4. Comisión Médica de Reclamo (COMERE)
5. No fue calificada
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

☐

B.38.m ¿Tuvo que tramitar licencia para esto?

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR SI FUE EN COMPIN O ISAPRE.

1. Sí, COMPIN
2. Sí, Isapre
3. No
8. No responde
9. No sabe

☐

B.38.n ¿Quién le pagó el ingreso asociado a los días no trabajados por la licencia?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Mutualidad (Asociación Chilena de Seguridad, Mutua Cámara Chilena de la Construcción, Instituto de Seguridad del Trabajo-IST)
2. ISL
3. Empleador
4. Isapre
5. Fonasa
8. No responde
9. No sabe

☐

Módulo C: Ingresos del entrevistado e Ingreso Total del Hogar

REVISAR **HISTORIA LABORAL** DE ÚLTIMOS 12 MESES.

SI EN NINGÚN PERÍODO DEL ÚLTIMO AÑO TRABAJÓ (NUNCA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES B.1A=1 O 2), ES DECIR NO TRABAJÓ EN TODO EL ÚLTIMO AÑO
→ A C.16

PREGUNTAS C.6 A C.15, SÓLO PARA QUIENES TRABAJARON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Sólo Trabajador dependiente en algún periodo de los últimos 12 meses (considerar el último trabajo dependiente principal, si en historia laboral de los últimos 12 meses B.8= 3, 4, 5, 6 u 8)

C.6.i ¿Cuándo trabajó como dependiente en los últimos 12 meses, recibió...?

▼ LEER ALTERNATIVAS. CONSIDERE ÚLTIMO TRABAJO COMO DEPENDIENTE.

1. Sí
2. No → Pase a C.8

C.6.p.i Indique periodicidad de...

1. Una vez al año
2. Una vez cada semestre
3. Todos los meses
4. Otro → Pase a C.6.p.e

C.6.p.e Especifique

C.6.m.i Indique monto total anual de la

▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde → Pase a C.6.t
9. No sabe → Pase a C.6.t

C.6.t.i ¿En qué tramo se ubicaría el monto total anual de la?

▼ MOSTRAR TARJETA 13

C.6_01 Bonificación o gratificación

C.6.i	C.6.p.i	C.6.p.e	C.6.m.i	C.6.t.i
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C.6_02 Remuneración en especies o regalías

C.6.i	C.6.p.i	C.6.p.e	C.6.m.i	C.6.t.i
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sólo Trabajador independiente en algún periodo de los últimos 12 meses (Si en Historia Laboral de los últimos 12 meses B.8=1, 2)

C.8 Cuando trabajó como independiente, ¿usó productos, bienes o servicios de su empresa, negocio o actividad por cuenta propia, que usó para su consumo personal o del hogar?

▼ CONSIDERE PERÍODO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

1. Sí
2. No → Pase a C.9

C.8.p Indique periodicidad

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Una vez al año
2. Una vez cada semestre
3. Todos los meses
4. Otro → Pase a C.8.p.e

C.8.p.e Especifique

C.8.m Indique monto total de los productos, bienes o servicios de su empresa, negocio o actividad por cuenta propia, que usó para su consumo personal o del hogar en los últimos 12 meses

▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde → Pase a C.8.t
9. No sabe → Pase a C.8.t

 → Pase a C.9

C.8.t ¿En qué tramo se ubicaría el monto total de los productos, bienes o servicios de su empresa, negocio o actividad por cuenta propia, que usó para su consumo personal o del hogar en los últimos 12 meses?

▼ MOSTRAR TARJETA 13

Módulo C: Ingresos del entrevistado e Ingreso Total del Hogar

SOLO QUIENES TRABAJARON LOS ÚLTIMOS 12 MESES (B.1A=1 O 2)

C.9 Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido otra u otras ocupaciones además del trabajo principal?

1. Sí
2. No → Pase a C.16

☐

C.10 ¿Cuántos meses trabajó durante el último año en estas otras ocupaciones?

C.11 ¿Cuál fue el ingreso líquido mensual promedio de todas estas otras ocupaciones? ▼ *INDIQUE MONTO PROMEDIO MENSUAL EN \$*

8. No responde → Pase a C.11.t
9. No sabe → Pase a C.11.t

→ Pase a C.13

C.11.t ¿En qué tramo se ubicaría el ingreso mensual promedio de todas estas otras ocupaciones?

▼ *MOSTRAR TARJETA 14*

TODOS LOS ENTREVISTADOS

C.16 ¿Realizó su declaración de impuesto a la renta en abril de 2019, correspondiente al año 2018?

1. Sí → Pase a C.16.a.0
2. No → Pase a C.17
8. No responde → Pase a C.17
9. No sabe → Pase a C.17

☐

SÓLO PARA QUIENES TRABAJARON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES COMO PATRÓN, EMPLEADOR O TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA (ÚLTIMA HISTORIA LABORAL B.8=1 O 2)

C.16.a.0 Usted emitió boleta de honorarios durante el año 2018?

1. Sí
2. No → Pase a C.17
8. No responde → Pase a C.17
9. No sabe → Pase a C.17

☐

C.16.a.1. ¿Usted cotizó por:

▼ *LEER ALTERNATIVAS.*

1. El total de la renta imponible, con derecho a Cobertura Completa
2. Una base imponible inferior, con derecho a Cobertura Parcial
3. No estaba obligado a cotizar
8. No responde
9. No sabe

☐

TODOS LOS ENTREVISTADOS. PARA CADA UNA DE LAS PENSIONES QUE RECIBA ANOTE: INSTITUCIÓN QUE LA PAGA, MONTO MENSUAL RECIBIDO Y DESDE CUANDO LO RECIBE. ESPECIFIQUE CUANDO SE TRATE DE OTRO TIPO DE PENSIÓN U OTRA INSTITUCIÓN DE PAGO

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

C.17 ¿Recibió ingresos por concepto de:

▼ *LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 15*

1. Sí
2. No → Pase a siguiente
8. No responde
9. No sabe

C.18 ¿Qué institución le paga este ingreso?

▼ *LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 16*

1. AFP
2. IPS (ex INP)
3. CAPREDENA
4. DIPRECA
5. Mutual de Accidentes del Trabajo
6. Cía. de Seguros
7. Administrador de Fondos Cesantía
8. Otra institución. → Pase a C.18.e
88. No responde
99. No sabe

C.18.e Especifique

C.19 ¿Cuánto recibe mensualmente por...?

C.19.m: Indique monto en pesos

8. No responde → Pase a C.19.t
9. No sabe → Pase a C.19.t

C.19.t: ¿En qué tramo se ubicaría el monto por...?

▼ *MOSTRAR TARJETA 17*

C.20 ¿A partir de qué año recibe usted su...?

8888. No responde
9999. No sabe

PENSIONES	C.17	C.18	C.18.e	C.19.m	C.19.t	C.20
1. Pensión de vejez o Jubilación, incluyendo anticipada	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Pensión de invalidez laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Pensión de invalidez no laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Pensión de viudez (Montepío)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Pensión de orfandad	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Otro tipo de pensión → Pase a C.17.6.e	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.17.6.e Especifique ¿Cuál?:	<input type="text"/>					

▼ *SI CONTESTÓ NO (C.17=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS → Pase a C.29*

Módulo C: Ingresos del entrevistado e Ingreso Total del Hogar

C.29 En los últimos 12 meses, ¿recibió algún Subsidio Único Familiar SUF? ▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 18

INDICAR SI RECIBIÓ O NO, PARA CADA TIPO DE SUF

1. Sí → Indicar cantidad, monto o tramo de lo recibido para cada tipo de SUF
 2. No recibió
 8. No responde
 9. No sabe
- } Pase a siguiente

C.29.n: Indicar cantidad de veces de cada uno

C.29.m: Indique monto en \$

8. No responde → Pase a C.29.t
9. No sabe → Pase a C.29.t

C.29.t: Si no recuerda monto, consultar por tramo

▼ LEER CADA SUF Y MOSTRAR TARJETA 19

	C.29	C.29.n	C.29.m	C.29.t
1. SUF al menor o recién nacido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. SUF a la mujer embarazada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. SUF a la madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. SUF por deficiencia mental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. SUF por invalidez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ SI CONTESTÓ NO RECIBIÓ (C.29=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS
→ Pase a C.28.a

C.28.a En los últimos 12 meses, ¿recibió asignación familiar?

1. Sí
2. No → Pase a C.30
8. No responde → Pase a C.30
9. No sabe → Pase a C.30

C.28.b En los últimos 12 meses, ¿cuál es el monto por carga que recibe o recibió?

C.28.b.m: Indique monto mensual en \$

8. No responde → Pase a C.28.b.t
9. No sabe → Pase a C.28.b.t

C.28.b.t ¿En qué tramo se ubicaría?

▼ MOSTRAR TARJETA 20

C.28.c En los últimos 12 meses, ¿cuántas cargas le pagan mensualmente?

C.28.d En los últimos 12 meses, ¿esta asignación familiar está incluida en su sueldo líquido, jubilación o pensión que reportó anteriormente?

1. Sí
2. No
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

	C.28.a	C.28.b.m	C.28.b.t	C.28.c	C.28.d
Asignación familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C.30 En los últimos 12 meses, ¿recibió algún otro tipo de subsidio que no haya indicado anteriormente?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 21

INDICAR SI RECIBIÓ O NO, PARA CADA TIPO DE SUBSIDIO

1. Sí → Indique monto mensual C.30.m en \$
2. No recibió → Pase a siguiente
8. No responde → Pase a siguiente
9. No sabe → Pase a siguiente

C.30.m: Indique monto mensual en \$

8. No responde → Pase a C.30.t
9. No sabe → Pase a C.30.t

C.30.t: Si no recuerda monto, consultar por tramo

▼ MOSTRAR TARJETA 22

	C.30	C.30.m	C.30.t
1. Cesantía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Agua potable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Otro subsidio. → Pase a C.30.3.e	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.30.3.e Especifique ¿Cuál?	<input type="text"/>		
4. Ingreso Ético Familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Aporte Familiar Permanente (Ex Bono Marzo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C.30 – C.30.M – C.30.T, ALTERNATIVA 6 Y 7 PARA MAYORES DE 65 AÑOS			
6. Bono Invierno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Aguinaldos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ SI CONTESTÓ NO RECIBIÓ (C.30=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS
→ Pase a C.31

Módulo C: Ingresos del entrevistado e Ingreso Total del Hogar

C.31 En los últimos 12 meses, ¿recibió algún ingreso por? ▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 23. INDICAR SI RECIBIÓ O NO, PARA CADA TIPO DE INGRESO

1. Sí → Indique monto mensual C.31.m
 2. No
 8. No responde } Pase a siguiente
 9. No sabe }

C.31.m: Indique monto mensual en \$

8. No responde → Pase a C.31.t
 9. No sabe → Pase a C.31.t

C.31.t: Si no recuerda monto, consultar por tramo

▼ MOSTRAR TARJETA 24

	C.31	C.31.m	C.31.t
1. Pensión de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ayuda en dinero aportado por familiar ajeno a su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Ayuda en dinero aportado por no familiar ajeno a su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Donación de institución	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ SI CONTESTÓ NO (C.31=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS
 → Pase a C.32

C.32 En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por concepto de arriendo de ?: ▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 25. INDICAR SI RECIBIÓ O NO, PARA CADA TIPO DE INGRESO

1. Sí → Indique monto mensual C.32.m en \$
 2. No recibió
 8. No responde } Pase a siguiente
 9. No sabe }

C.32.m: Indique monto mensual en \$

8. No responde → Pase a C.32.t
 9. No sabe → Pase a C.32.t

C.32.t: Si no recuerda monto, consultar por tramo

▼ MOSTRAR TARJETA 26

	C.32	C.32.m	C.32.t
1. Propiedades urbanas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Propiedades agrícolas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Propiedades vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Maquinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Vehículos de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Herramientas o implementos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ SI CONTESTÓ NO RECIBIÓ (C.32=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS
 → Pase a C.33

C.33 En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por concepto de?: ▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 27

1. Sí → Indique monto mensual C.33.m en \$
 2. No recibió
 8. No responde } Pase a siguiente
 9. No sabe }

C.33.m: Indique monto mensual en \$

8. No responde → Pase a C.33.t
 9. No sabe → Pase a C.33.t

C.33.t: Si no recuerda monto, consultar por tramo

▼ MOSTRAR TARJETA 28

	C.33	C.33.m	C.33.t
1. Interés por depósitos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ganancia por acciones	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Retiro de utilidades de su negocio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Retiro productos de su negocio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Productos huerto familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Venta de productos caseros	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Finiquito o indemnización laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ SI CONTESTÓ NO RECIBIÓ (C.33=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS
 → Pase a C.34

C.34 Aproximadamente ¿cuál ha sido el ingreso mensual de su hogar en los últimos 12 meses?

INDIQUE MONTO MENSUAL PROMEDIO EN \$

8. No responde
 9. No sabe

	Sí	No	No aplica	¿Qué monto le faltó sumar? Monto \$
1. En este monto sumó todos los sueldos, de todos los integrantes del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. En este monto sumó todas las pensiones, de todos los integrantes del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. En este monto sumó todos los subsidios, de todos los integrantes del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. En este monto sumó toda la ayuda de amigos y/o parientes, que reciben todos los integrantes del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. En este monto sumó lo que reciben por arriendos de propiedades, de bienes, de automóviles, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. En este monto le faltó sumar algo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Módulo D: Activos y Patrimonio del Entrevistado y Total del Hogar

VIVIENDA / TODOS LOS ENTREVISTADOS

D.1 Indique el tipo de vivienda que ocupa el entrevistado.

▼ NO LEER ALTERNATIVAS, REGISTRE A PARTIR DE SUS PROPIAS OBSERVACIONES EL TIPO DE VIVIENDA QUE HABITA LA PERSONA ENTREVISTADA.

1. Casa
2. Casa en cité
3. Casa en condominio
4. Departamento en edificio
5. Pieza en casa o departamento
6. Pieza en casa antigua o conventillo
7. Mediagua, Mejora u Otro tipo

D.7 La vivienda que ocupa es:

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Propia pagada
2. Propia pagándose
3. Propia compartida con otros hogares
4. Arrendada
5. Cedita por empresa
6. Cedita por familiar o amigo
7. Allegados
8. Usufructo
9. Heredada
88. No responde (NO LEER)
99. No sabe NO LEER)

D.4 ¿De dónde proviene el agua de esta vivienda?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Red pública con medidor propio
2. Red pública con medidor compartido
3. Red pública sin medidor
4. Pozo o noria
5. Río, vertiente o estero
6. Otra fuente
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

D.8.a Aproximadamente ¿Cuánto se paga de arriendo mensual en este sector por viviendas similares a la suya?

▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde → Pase a D.8.t

9. → Pase a D.8.t

D.8.t ¿En qué tramo se ubicaría este monto mensual?

▼ MOSTRAR TARJETA 29

D.5 La vivienda que ocupa, ¿dispone de energía eléctrica?

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR SI PROVIENE DE LA RED PÚBLICA CON MEDIDOR, SIN MEDIDOR O DE OTRA FUENTE.

1. Sí, de la red pública con medidor
2. Sí, de la red pública sin medidor
3. Sí, de otra fuente
4. No dispone de energía eléctrica
8. No responde
9. No sabe

Módulo D: Activos y Patrimonio del Entrevistado y Total del Hogar

SÓLO SI LA VIVIENDA ES PROPIA (D.7=1, 2, O 3)
SI VIVIENDA NO ES PROPIA (D.7=4, 5, 6, 7 U 8) → PASE A D.18.a

D.9.a.1 ¿Quién es el propietario de esta vivienda?

▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA.

1. Entrevistado → Pase a D.9.b
2. Cónyuge del entrevistado → Pase a D.9.b
3. Otro miembro del hogar → Pase a D.9.a.2
4. Otro familiar que no vive en el hogar → Pase a D.13
5. Otra persona no familiar y que no vive en el hogar → Pase a D.13
88. No responde → Pase a D.13
99. No sabe → Pase a D.13

D.9.a.2 ¿Alguno de los que mencionó anteriormente?

Todos → Pase a D.13

D.9.b ¿Cómo compró la vivienda?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Al contado
2. Crédito hipotecario
3. Otro crédito
4. Herencia
5. Otra forma → Pase a D.9.b.e
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

D.9.b.e Especifique

D.10 ¿En qué año compró o adquirió la vivienda?

8888. No responde
9999. No sabe

D.11 ¿Recibió subsidio por la adquisición de la vivienda?

▼ SI DICE QUE SÍ, LEER LOS TIPOS DE SUBSIDIO.

1. Sí, Subsidio Habitacional
2. Sí, Subsidio Renovación Urbana
3. Sí, Subsidio Rural
4. Sí, Subsidio Vivienda Básica
5. Sí, Subsidio Vivienda Progresiva
6. Sí, Vivienda Social Dinámica sin deuda
7. Sí, otro beneficio → Pase a D.11.e
8. No → Pase a D.12.b
88. No responde → Pase a D.12.b
99. No sabe → Pase a D.12.b

D.11.e Especifique

D.12 Aproximadamente, ¿qué proporción del valor de su vivienda representó el subsidio? ▼ INDIQUE %

- 888 No responde
999 No sabe

D.12.b ¿Cuánto paga trimestralmente de contribuciones?

▼ ANOTE

- 0 No paga (exento)
8 No responde
9 No sabe

PREGUNTA D.13 A D.16
SÓLO SI VIVIENDA ES PROPIA PAGÁNDOSE (D.7= 2)
RESTO → A D.17

D.13 ¿Está pagando su crédito hipotecario actualmente?

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR SI ESTÁ AL DÍA O CON ATRASO EN SUS DIVIDENDOS.

1. Sí, está pagando al día sus dividendos
2. Sí, está pagando con atraso sus dividendos
3. No está pagando, aunque tiene deuda pendiente
8. No responde
9. No sabe

D.14 ¿Cuánto dinero paga o debería pagar al mes por concepto de dividendos y préstamos para comprar su casa?

8. No responde → Pase a D.14.t
9. No sabe → Pase a D.14.t

▼ INDIQUE MONTO EN \$

→ Pase a D.15

D.14.t ¿En qué tramo se ubicaría este monto mensual?

▼ MOSTRAR TARJETA 30

D.15 ¿Cuántos años ha pagado por su casa?

▼ SI HA PAGADO MENOS DE UN AÑO ANOTE 0 EN AÑOS (D.15_01) Y LOS MESES EN (D.15_02)

D.15_01 años

88. No responde
99. No sabe

D.15_02 meses

88. No responde
99. No sabe

D.16 ¿Cuántos años le faltan para terminar de pagar?

▼ SI LE FALTA PAGAR MENOS DE UN AÑO ANOTE 0 EN AÑOS (D.16_01) Y LOS MESES EN D.16_02

D.16_01 años

88. No responde
99. No sabe

D.16_02 meses

88. No responde
99. No sabe

SÓLO SI LA VIVIENDA ES PROPIA (D.7=1, 2, O 3)
SI VIVIENDA NO ES PROPIA (D.7=4, 5, 6, 7 U 8) → A D.18.a

D.17.a ¿Cuál cree que es el valor de una vivienda como la suya en este sector? ▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde → Pase a D.17.t
9. No sabe → Pase a D.17.t

→ Pase a D.18.a

D.17.t ¿En cuál de los siguientes tramos se ubicaría el valor actual de su propiedad? ▼ MOSTRAR TARJETA 31

Módulo D: Activos y Patrimonio del Entrevistado y Total del Hogar

BIENES RAÍCES / TODOS LOS ENTREVISTADOS

▼ A CONTINUACIÓN VARIAS PREGUNTAS PRESENTARÁN EL AUC DENTRO DE SUS OPCIONES. ESTO SE REFIERE AL ACUERDO DE UNIÓN CIVIL (AUC), QUE ES UNA NUEVA LEY QUE PERMITE QUE PERSONAS, SIN IMPORTAR SU GÉNERO, CONTRAIGAN UNA UNIÓN CIVIL, LA QUE LES PERMITE TENER REGÍMENES DE BIENES COMPARTIDOS, HEREDAR PENSIONES DE SOBREVIVENCIA, ETC.

D.18.a ¿Usted o algún miembro de su hogar son propietarios de alguna otra vivienda o propiedad (lote, tierra, casa, etc.)?

1. Sí, una
2. Sí, más de una
3. No → **Pase a D.23.a**
8. No responde → **Pase a D.23.a**
9. No sabe → **Pase a D.23.a**

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR SI ES UNA O MÁS DE UNA.

D.19.a ¿Cuánto cree que es el valor de propiedad(es), similares a la suya, en ese sector?

▼ **INDIQUE MONTO EN \$**

8. No responde
9. No sabe

→ **Pase a D.20**

D.19.t ¿En cuál de los siguientes tramos cree usted que se encontraría este valor? ▼ **MOSTRAR TARJETA 31**

D.20 ¿Esta(s) propiedad(es) está(n) completamente pagada(s)?

1. Sí → **Pase a D.23.a**
2. No
8. No responde → **Pase a D.23.a**
9. No sabe → **Pase a D.23.a**

D.21 ¿Aproximadamente cuánto dinero le falta pagar por esta(s) propiedad(es)?

▼ **INDIQUE MONTO EN \$**

8. No responde → **Pase a D.21.t**
9. No sabe → **Pase a D.21.t**

→ **Pase a D.23.a**

D.21.t ¿En cuál de los siguientes tramos cree usted que se encontraría este valor? ▼ **MOSTRAR TARJETA 31**

D.18.b ¿Quién o quienes son propietarios de otras viviendas?

▼ SI ÉL/ELLA ES EL ÚNICO INTEGRANTE DEL HOGAR, MARCAR SÍ EN FILA 1 (USTED) Y NO EN EL RESTO DE FILAS.

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

D.18.b_1: Usted.

D.18.b_2: Su cónyuge.

D.18.b_3: Su pareja bajo AUC.

D.18.b_4: Ambos (Cónyuge o AUC).

D.18.b_5: Otro miembro del hogar.

OTROS BIENES / TODOS LOS ENTREVISTADOS

D.23.a ¿Es Usted propietario de vehículos para uso personal o de trabajo? ▼ **LEER ALTERNATIVAS UNA POR UNA Y MOSTRAR TARJETA 32**

1. Sí
2. No → **Pase a siguiente**
8. No responde → **Pase a siguiente**
9. No sabe → **Pase a siguiente**

D.24 ¿Cuántos vehículos de cada tipo posee?

D.25 Si vendiera este/os vehículo/s, ¿cuánto cree usted que obtendría aproximadamente por él/ellos?

▼ **INDIQUE MONTO EN \$**

8. No responde
9. No sabe

	D.23.a	D.24	D.25
1. Autos o camionetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Motos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Furgones o utilitarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Otros vehículos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ NO POSEE VEHÍCULOS, D.23.A=2 EN TODAS LAS ALTERNATIVAS → **Pase a D.27.a**

Módulo D: Activos y Patrimonio del Entrevistado y Total del Hogar

BIENES DE CAPITAL / TODOS LOS ENTREVISTADOS

D.27.a ¿Usted tiene alguno de los siguientes ahorros, inversiones, acciones o similares? ▼ LEER ALTERNATIVAS UNA POR UNA Y MOSTRAR TARJETA 33

1. Sí → **Pase a D.27.m**
 2. No
 8. No responde
 9. No sabe
- } **Pase a siguiente**

D.27.m. ¿Cuál es el monto aproximado ahorrado o invertido? ▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde
 9. No sabe

	D.27	D.27.m
1. Ahorro para la vivienda (Banco)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ahorro Previsional Voluntario	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Ahorro en Cuenta 2 AFP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Cuenta de ahorro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Depósitos a plazo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Inversiones en Fondos Mutuos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Otros ahorros (efectivo, dólares, "polla", préstamos a terceros, Administradora de Fondo de Vivienda, acciones o bonos en empresas, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼ SI CONTESTÓ NO (D.27.A=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS → **Pase a D.28.a**

D.28.a ¿Usted tiene los siguientes bienes? ▼ NO INCLUIDOS EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES. LEER ALTERNATIVAS UNA POR UNA Y MOSTRAR TARJETA 34

1. Sí
 2. No → **Pase a siguiente**
 8. No responde → **Pase a siguiente**
 9. No sabe → **Pase a siguiente**

D.29 ¿Cuánto cree usted que valen estos bienes si los vendiera? ▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde
 9. No sabe

D.30 ¿Cuál es la deuda total pendiente de estos bienes? ▼ SI NO TIENE DEUDA ANOTE CERO. INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde
 9. No sabe

	D.28.a	D.29	D.30
1. Maquinarias y/o equipos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Terreno y/o instalaciones agrícolas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Animales (ganado)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Otros. → Pase a D.28.a.4.e	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D.28.a.4.e Especifique ¿Cuál?

▼ SI CONTESTÓ NO (D.28.A=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS → **Pase a D.31.a**

Módulo D: Activos y Patrimonio del Entrevistado y Total del Hogar

EMPRESAS O NEGOCIOS / TODOS LOS ENTREVISTADOS

D.31.a Usted o algún miembro de su hogar, ¿es propietario o socio de algún negocio o empresa?

▼ SI DICE QUE SÍ, PREGUNTAR SI ES UNA O MÁS DE UNA.

1. Sí, una
2. Sí, más de una
3. No → Pase a D.37.a
8. No responde → Pase a D.37.a
9. No sabe → Pase a D.37.a

☐

D.31.b ¿Quién o quiénes son dueños de alguna empresa o negocio?

▼ SI ÉL/ELLA ES EL ÚNICO INTEGRANTE DEL HOGAR, MARCAR SÍ EN FILA 1 (USTED) Y NO EN EL RESTO DE FILAS.

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

D.31.b_1: Usted.

☐

D.31.b_2: Su cónyuge.

☐

D.31.b_3: Su pareja bajo AUC.

☐

D.31.b_4: Ambos (Cónyuge o AUC).

☐

D.31.b_5: Otro miembro del hogar.

☐

DEUDAS Y OTROS GASTOS / TODOS LOS ENTREVISTADOS

D.37.a Usted, ¿posee alguno de los siguientes instrumentos financieros?

▼ LEER ALTERNATIVAS UNA POR UNA Y MOSTRAR TARJETA 35. RESPONDA PARA LA DEUDA TOTAL Y NO EL MONTO MENSUAL QUE DEBE PAGAR.

1. Sí → Pase a D.37.m Al día de hoy, ¿tiene deuda en este instrumento financiero?
 2. No
 8. No responde
 9. No sabe
- Pase a siguiente

	D.37	D.37.m
1. Cuenta corriente	<input type="checkbox"/>	
2. Línea de crédito bancaria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Tarjetas de crédito bancarias	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Casas comerciales	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Préstamos de consumo bancario	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Préstamos de consumo en financieras	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7. Créditos automotrices	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8. Crédito social (CCAF)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9. Deudas educacionales (crédito universitario, préstamos, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10. Préstamos de parientes o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
11. Créditos de prestamistas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12. Otras deudas → Pase a D.37.12.e	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D.37.12.e Especificar	<input type="text"/>	

▼ SI CONTESTÓ NO (D.37.A=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS → Pase a D.38.a

D.38.a Si debido a una emergencia usted necesita conseguir en total medio año de ingreso de su hogar, ¿podría conseguir dicha suma de dinero, en el plazo de un mes?

1. Sí → Pase a D.38.c
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

Módulo D: Activos y Patrimonio del Entrevistado y Total del Hogar

DEUDAS Y OTROS GASTOS / TODOS LOS ENTREVISTADOS

D.38.b.i ¿Cuánto cree que podría conseguir?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Más de la mitad
2. La mitad
3. Menos de la mitad
4. Nada
8. No responde
9. No sabe

D.40 Aproximadamente, ¿cuál fue el gasto anual en educación de sus hijos, menores a cargo u otras personas, que usted o su cónyuge realizan en los siguientes ítems?

▼ LA ALTERNATIVA 5 (PENSIÓN/MANTENCIÓN) SE REFIERE A CASOS DE ESTUDIANTES FUERA DEL HOGAR, PERO QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL ENTREVISTADO (O SU CÓNYUGE); POR EJEMPLO, PENSIÓN EN OTRAS CIUDADES, MANUTENCIÓN GENERAL PARA QUE LA PERSONA PUEDA ESTUDIAR (COMIDA/SALUD/ETC.).

8. No responde
9. No sabe

▼ INDIQUE MONTO EN \$. SI NO TIENE GASTO EN ALGÚN ÍTEM, ANOTE CERO.

▼ LUEGO REALIZAR SUMA PARA DETERMINAR GASTO TOTAL

1. Colegiaturas

2. Matrículas

3. Útiles

4. Transporte y / o movilización

5. Pensión / Mantención

6. Gasto Total

D.38.c ¿Dónde acudiría para obtener este monto?

▼ LEER CADA ALTERNATIVA.

1. Sí
2. No
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

} Pase a D39

D38_01 Ahorros propios

D38_02 Banco

D38_03 Financiera

D38_04 Caja de compensación

D38_05 Cooperativas

D38_06 Bienestar de la empresa

D38_07 Casas comerciales

D38_08 Casas de empeño

D38_09 Parientes y / o amigos

D38_10 Prestamistas

D38_11 Otro. → Pase a D.38_11.e

D.38_11.e Especifique

D.41 ¿Cuál es el gasto aproximado mensual que su hogar realiza en:

▼ INDIQUE MONTO EN \$. SI NO TIENE GASTO EN ALGÚN ÍTEM, ANOTE CERO. LUEGO REALIZAR SUMA PARA DETERMINAR GASTO TOTAL

1. Alimento

Monto \$

• En este monto ¿usted sumó todo lo que se gastó mensualmente en alimentos en supermercados, ferias, minimarket, negocios del barrio?

1. Sí
2. No
3. No aplica

¿Qué monto es? Monto\$

2. Vestuario

Monto \$

• En este monto ¿usted sumó todo lo que se gastó mensualmente en vestuario en supermercados, ferias, minimarket, negocios del barrio?

1. Sí
2. No
3. No aplica

¿Qué monto es? Monto\$

D.39 ¿En cuántas personas de su hogar, hijos o menores a su cargo, debe gastar anualmente en educación?

▼ SI NADIE DEL HOGAR ESTUDIA O NO TIENE HIJOS NI MENORES A SU CARGO ESTUDIANDO, ANOTE CERO → Pase a D.41

Módulo D: Activos y Patrimonio del Entrevistado y Total del Hogar

3. Agua, luz, gas (leña o pellet), teléfono, cable, etc.

Monto\$	Agua	Luz	Gas	Teléfono (fijo y celular)	Cable	Gastos Comunes	Otro Servicio Básico

• En este monto ¿usted sumó todo lo que se gastó en agua, luz, gas, teléfono, cable, etc. el último año (recordar dividir por 12)?

1. Sí
2. No
3. No aplica

¿Qué monto es? Monto\$

4. Transporte y movilización

• En este monto ¿usted sumó todo lo que gastaron todos los integrantes del hogar en pasajes de micro, metro, buses, bencina u otro combustible?

Monto\$

Pasajes de micro, metro o buses	Bencina o combustible

5. Servicio doméstico (Puertas adentro, puertas afuera y tiempo parcial)

Monto\$

6. Gasto Total

Monto\$

Confirmación: Entonces, ¿el gasto aproximado mensual de su hogar es Monto\$

SEGUROS / TODOS LOS ENTREVISTADOS

D.42.a ¿Usted tiene algunos de los siguientes seguros?

▼ LEER ALTERNATIVAS UNA POR UNA Y MOSTRAR TARJETA 36

▼ PARA LOS SEGUROS QUE TIENE RESPONDA LO QUE PAGA (PRIMA) Y CAPITAL ASEGURADO EN PESOS

1. Sí
2. No → Pase a siguiente seguro
8. No responde → Pase a siguiente seguro
9. No sabe → Pase a siguiente seguro

D.43 ¿Cuánto paga usted mensualmente por este seguro? Es decir, la prima cancelada

▼ VALOR DE PRIMA \$

8. No responde
9. No sabe

▼ SI NO TIENE DEUDA, ANOTE CERO

	D.42.a	D.43
1. Seguro de Vida	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Seguro de Desgravamen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Seguro de Vida con Ahorro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Casas comerciales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Seguro Automotriz	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Seguro de Terremotos o Robo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Seguro Complementario de Salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Otros. → Pase a D.42.8.e	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D.42.8.e Especifique	<input type="text"/>	

▼ SI CONTESTÓ NO (D.42.A=2) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS → Pase a Módulo E

Módulo E: Protección Social

CONOCIMIENTO GENERAL: PARA CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE INFORMAMOS QUE ESTAR COTIZANDO SIGNIFICA ESTAR IMPONIENDO MENSUALMENTE, Y ESTAR AFILIADO SIGNIFICA HABER COTIZADO AL MENOS ALGUNA VEZ EN SU VIDA, YA SEA EN AFP, IPS (EX INP), CAPREDENA, DIPRECA, ENTRE OTROS.

E.1 Es posible que ya me haya mencionado esto pero, ¿ha cotizado alguna vez en su vida en un sistema de pensiones?

1. Sí
2. No → **Pase a E.4.a**

☐

SÓLO SI EN E.1=1 (SE ENCUENTRA AFILIADO AL SISTEMA DE PENSIONES=SI)

E.2 ¿A qué sistema previsional está afiliado?

1. AFP
2. IPS (ex INP) → **Pase a E.3**
3. CAPREDENA → **Pase a E.3**
4. DIPRECA → **Pase a E.3**
5. Otro sistema → **Pase a E.2.e**
8. No responde → **Pase a E.3**
9. No sabe → **Pase a E.3**

☐

E.2.1 ¿A qué AFP está afiliado?

E.2.e ¿A qué otro sistema está afiliado? Especifique

E.3 Es posible que ya me haya mencionado esto pero ¿Se encuentra cotizando actualmente?

1. Sí → **Pase a E.5**
2. No → **Pase a E.4.b**

☐

NO AFILIADOS

E.4.a (Para NO AFILIADOS) Señale tres razones, en orden de importancia, ¿por qué nunca ha cotizado en un sistema previsional? ▼ (E.1=2)

▼ **ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVAS.**

1. No está obligado
2. Porque obtendré una pensión del Estado (Sistema de Pensiones Solidarias)
3. No le alcanza el dinero
4. No confío en las AFP
5. Tiene otras formas de ahorro
6. Es muy engorroso el trámite
7. No conozco el sistema
8. Las comisiones son muy altas
9. No puede retirar dinero ante emergencias
10. Las pensiones son muy bajas / no vale la pena
11. Hay que cotizar muchos años para obtener una pensión mínima
12. He sido obligado por el empleador / el empleador no me cotizó
13. La tasa de cotización es muy alta → **Pase a E.46**
14. Nunca ha trabajado, no trabaja → **Pase a E.46**
15. Ya estoy jubilado
16. Otro motivo → **Pase a E.4.a.e**
17. Ninguna otra
88. No responde
99. No sabe

E.4.a

E.4.a.e Especifique

1ª RAZÓN

2ª RAZÓN

3ª RAZÓN

Todos → Pasan a E.42 excepto los que responden E.4.a=13 y 14

Módulo E: Protección Social

AFILIADOS NO COTIZANTES

E.4.b (Para NO COTIZANTES) Señale tres razones, en orden de importancia, ¿por qué no cotiza en un sistema previsional? ▼ (E.3=2)

▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVAS.

1. No está obligado
2. Porque obtendré una pensión del Estado (Sistema de Pensiones Solidarias)
3. No le alcanza el dinero
4. No confío en las AFP
5. Tiene otras formas de ahorro
6. Es muy engorroso el trámite
7. No conozco el sistema
8. Las comisiones son muy altas
9. No puede retirar dinero ante emergencias
10. Las pensiones son muy bajas / no vale la pena
11. Hay que cotizar muchos años para obtener una pensión mínima
12. He sido obligado por el empleador / el empleador no me cotizó
13. La tasa de cotización es muy alta
14. Nunca ha trabajado, no trabaja
15. Ya estoy jubilado
16. Otro motivo → **Pase a E.4.b.e**
17. Ninguna otra

88. No responde

99. No sabe

	E.4.b	E.4.b.e Especifique
1ª RAZÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2ª RAZÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3ª RAZÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLO AFILIADOS

E.5 ¿Sabe usted qué porcentaje de su ingreso imponible le descuentan (descontaban o descontarían) mensualmente para el sistema de pensiones?

1. Sí
2. No → **Pase a E.5.t**

E.5.p ¿Qué porcentaje?

Todos → **Pase a E.7**

E.5.t ¿En qué tramo cree usted que se ubica este porcentaje?

▼ MOSTRAR TARJETA 37

E.48 Según la ley, ¿a qué edad puede pensionarse el hombre? ¿Y la mujer?

▼ A TODAS LAS PERSONAS SE LES PREGUNTA TANTO POR LA EDAD DE LOS HOMBRES COMO DE LAS MUJERES

E.48_01 HOMBRE

8. No responde
9. No sabe

E.48_02 MUJER

8. No responde
9. No sabe

Módulo E: Protección Social

SISTEMA CONTRIBUTIVO

SÓLO PARA AFILIADOS A AFP, ES DECIR, SÓLO SI RESPUESTA EN E.2=1. RESTO, RESPUESTA EN E.2<>1 → PASA A E.32

E.10 ¿Sabe usted cuánto hay acumulado en su Cuenta Individual?

1. Sí
2. No → Pase a E.10.t
8. No responde → Pase a E.10.t
9. No sabe → Pase a E.10.t

☐

E.14 Desde enero 2016 a la fecha, ¿se ha cambiado usted de AFP?

1. Sí → Pase a E.16
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

E.10.m ¿Cuánto hay acumulado?

▼ INDIQUE MONTO EN \$

→ Pase a E.11

E.10.t ¿En qué tramo cree usted que se ubica el monto acumulado en su Cuenta Individual?

▼ MOSTRAR TARJETA 38

☐

E.15 ¿Por qué no se ha cambiado?

▼ MOSTRAR TARJETA 40 Y LEER ALTERNATIVAS

1. Mi AFP es la de mayor rentabilidad
2. Mi AFP es la de menor costo (o comisión)
3. Mi AFP es una institución sólida (con prestigio) (me da confianza)
4. No he pensado en cambiarme
5. No sabía que me podía cambiar
6. Lo he intentado pero es muy engorroso el trámite.
7. Lo he pensado pero es difícil saber cuál es la mejor alternativa.
8. Otra razón. → Pase a E.15.e
9. Porque no trabaja / Está pensionado(a)/ jubilado (a)

88. No responde (NO LEER)

99. No sabe (NO LEER)

☐

E.15.e Especifique

Todos → Pase a E.19

E.12 ¿Sabe usted cuánto cobra su AFP en Comisión, por administrar sus fondos?

1. Sí
2. No → Pase a E.12.t
3. No cobran → Pase a E.14

☐

E.16 ¿Cuántas veces se ha cambiado de AFP desde enero 2016?

88. No responde

99. No sabe

☐

E.12.p ¿A qué porcentaje corresponde esta Comisión? (porcentaje)

Todos → Pase a E.12.a

E.12.t ¿En qué tramo cree usted que se ubica el % de esta Comisión?

▼ MOSTRAR TARJETA 39

☐

E.17 Su último cambio de AFP fue realizado a través de:

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Agencia
2. Internet
3. Agente de ventas
4. Otra forma → Pase a E.17.e
8. No responde
9. No sabe

☐

E.17.e Especifique

E.12.a ¿Quién paga las Comisiones?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. El afiliado con su sueldo
2. El afiliado con su fondo de pensiones
3. El empleador
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

☐

E.19 ¿Conoce o ha escuchado hablar de los multifondos?

1. Sí
2. No

☐

Módulo E: Protección Social

SISTEMA CONTRIBUTIVO

SÓLO PARA AFILIADOS A AFP, ES DECIR, SÓLO SI RESPUESTA EN E.2=1. RESTO, RESPUESTA EN E.2<>1 → PASE A E.32

E.20 ¿Sabe usted cuántos son los tipos de fondo que existen?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe
- } Pase a E.32

☐

E.20.a ¿Cuántos tipo de fondos?

E.21 ¿Sabe usted en cuántos de estos fondos puede decidir poner su ahorro previsional?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe
- } Pase a E.22

☐

E.21.a ¿Cuántos tipo de fondos?

E.22 ¿Sabe usted en qué tipo de fondo están sus ahorros previsionales?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

TODOS LOS ENTREVISTADOS AFILIADOS AHORRO PREVISIONAL VOLUNTARIO

E.32 ¿Conoce o ha escuchado hablar del Ahorro Previsional Voluntario que opera desde el año 2002?

1. Sí
2. No → Pase a E.42

☐

E.33 ¿Sabe si el estado otorga algún beneficio por realizar APV?
▼ SI DICE QUE SÍ, ¿CUÁL?

1. Sí, reducción en el pago de impuestos
2. Sí, aporte del estado en la cuenta de capitalización individual
3. No, el estado no otorga ningún beneficio
8. No responde
9. No sabe

☐

E.34 Desde enero 2016 a la fecha, ¿ha realizado Ahorro Previsional Voluntario?

1. Sí
2. No → Pase a E.41

☐

E.35 ¿Sabe el saldo acumulado en su cuenta de APV?

1. Sí
2. No → Pase a E.38
8. No responde → Pase a E.38
9. No sabe → Pase a E.38

☐

E.35.m ¿Qué monto?
▼ INDIQUE MONTO EN \$

Módulo E: Protección Social

E.38 Señale dos razones, en orden de importancia, ¿por qué ha realizado Ahorro Previsional Voluntario?

▼ **ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVAS.**

1. Quiere una pensión más alta
2. Busca rebajar impuestos
3. Quiere un retiro anticipado
4. Es una buena forma de ahorro o inversión
5. Le permite retirar dinero
6. Otra razón. → **Pase a E.38.e**
7. Ninguna otra
8. No responde
9. No sabe

	E.38	E.38.e Especifique
1ª RAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2ª RAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

E.39 ¿Usted está enterado(a) si le cobran o no comisión por administrar su Ahorro Previsional?

1. Sí
2. No → **Pase a E.41**
8. No responde → **Pase a E.41**
9. No sabe → **Pase a E.41**

☐

E.40 ¿Cuál es el valor de la comisión?

▼ **INDIQUE MONTO EN \$** → **Pase a E.41**

8. No responde
9. No sabe

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E.40.t ¿En qué tramo cree usted que se ubica este valor?

▼ **MOSTRAR TARJETA 41**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

E.41 ¿Conoce o ha escuchado hablar del Ahorro Previsional Voluntario Colectivo?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

SÓLO PARA PERSONAS CON EDAD MENOR A JUBILACIÓN (HASTA 64 AÑOS HOMBRE, HASTA 59 AÑOS MUJER). RESTO → PASE A E.45

E.42 Con respecto a su retiro (o jubilación), ¿piensa usted que dejará de trabajar de una vez o reducirá su jornada a alguna edad o año?

▼ **LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 42**

1. Dejará de trabajar de una vez
2. Trabajará hasta que la salud se lo permita
3. Reducirá las horas de trabajo
4. Trabajará como independiente / para sí mismo
5. No sabe o No lo ha pensado → **Pase a E.45**
6. Ya se retiró y dejó de trabajar → **Pase a E.45**
7. Ya se retiró y redujo sus horas de trabajo → **Pase a E.45**
8. No aplica, no trabaja → **Pase a E.45**
88. No responde → **Pase a E.45**
99. No sabe → **Pase a E.45**

☐

E.43 ¿A qué edad cree usted que ocurrirá esto?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.45 Una vez que deje de trabajar, ¿cómo piensa financiar su vejez?

▼ **LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 43. RESPUESTA MÚLTIPLE.**

1. Con una pensión de AFP
2. Con una pensión del IPS (ex INP)
3. Con ayuda de sus hijos
4. Con arriendo de propiedades
5. Con renta de su empresa o negocio
6. Con un seguro de vida con ahorro
7. Con sus ahorros
8. Con una pensión básica solidaria (PBS)
9. Con ayuda del Estado
10. De otra forma
11. No lo ha pensado
12. No aplica, ya está jubilado
13. No aplica, nunca ha trabajado (o cotizado)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Módulo E: Protección Social

TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.46 Si usted falleciera, para mantenerse económicamente, sus familiares tendrían que:

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 44. RESPUESTA MÚLTIPLE.

1. Seguir trabajando como lo hacen actualmente ☐
2. Empezar a trabajar ☐
3. Mantenerse con los bienes heredados ☐
4. Mantenerse con ahorros que tienen ☐
5. Mantenerse con seguro de vida que les dejará ☐
6. Mantenerse con pensión de sobre vivencia que les dejará ☐
7. Mantenerse con la ayuda de familiares ☐
8. Mantenerse de otra forma ☐
9. No aplica, no tiene familiares directos ☐

E.47 Si no estuviese obligado a cotizar (o no hubiese estado obligado en el caso de un pensionado) en el sistema de pensiones, ¿De qué forma invertiría su cotización previsional?

▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA. RESPUESTA ÚNICA.

1. No invertiría, lo gastaría ☐
2. Libretas de ahorro u otros depósitos en bancos ☐
3. Compraría propiedades ☐
4. Compraría autos, camiones botes, etc. ☐
5. Invertiría en mi empresa o negocios ☐
6. Educación de mis hijos ☐
7. Préstamos a amigos o familiares con interés ☐
8. Compraría acciones ☐
9. Seguro de vida con ahorro ☐
10. Renta vitalicia ☐
11. Depósitos en Institución Financieras (Fondos Mutuos, Depósitos a Plazo, etc.) ☐
12. Otro → Pase a E.47.e ☐

E.47.e Especifique

E.47.a ¿Invertiría de alguna otra de estas formas?

1. Sí
2. No → Pase a E.49
8. No responde
9. No sabe

☐

E.47.b ¿Cuál?

TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.49 ¿Conoce cuáles son las distintas modalidades de Pensión por Vejez?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

TODOS EXCEPTO JUBILADOS Y QUE NUNCA HAN TRABAJADO (E.45 = 12 Ó 13)

E.53 ¿A qué edad cree usted que comenzará a obtener una pensión del sistema previsional?

800. Ya se jubiló → Pase a E.58
888. No responde
999. No sabe

E.54 ¿Cuál cree usted que será el monto mensual líquido que obtendrá como pensión cuando se jubile?

▼ INDIQUE MONTO MENSUAL EN \$

8. No responde
9. No sabe

E.55 ¿Ha recibido usted alguna proyección de su pensión?

▼ MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN

1. No ☐
2. Sí, de mi AFP a través de la cartola ☐
3. Sí, de mi AFP en su página Web ☐
4. Sí, porque me quiero pensionar y recibí el certificado de ofertas de pensión del SCOMP ☐
5. Sí, de otra fuente → Pase a E.55.5.e ☐

E.55.5.e Especifique

Módulo E: Protección Social

E.55.a ¿Cuál cree usted que sería un monto de pensión suficiente para responder a sus necesidades a la edad legal de jubilación?

▼ **INDIQUE MONTO EN \$**

8. No responde

9. No sabe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.58 ¿Conoce o ha escuchado hablar de la Pensión Básica Solidaria de Vejez o PBS?

1. Sí

2. No → **Pase a E.63**

8. No responde → **Pase a E.63**

9. No sabe → **Pase a E.63**

☐

E.59 ¿sabe usted cuánto es el monto en pesos de este beneficio?

1. Sí

2. No → **Pase a E.59.t**

☐

E.59.m ¿Qué monto?

▼ **INDIQUE MONTO EN \$**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Todos → Pase a E.60

E.59.t ¿En qué tramo cree Usted que se ubica este monto?

▼ **MOSTRAR TARJETA 45**

--	--

E.60 ¿Cuál es la edad que se requiere para tener derecho a la Pensión Básica Solidaria de Vejez? ¿para el hombre? ¿y la mujer?

E.60.a Hombre

888. No responde

999. No sabe

--	--	--

E.60.b Mujer

888. No responde

999. No sabe

--	--	--

TODOS LOS ENCUESTADOS

E.61 ¿Qué otros requisitos, a parte de la edad, se deben cumplir para tener derecho a la Pensión Básica Solidaria de Vejez o PBS?

▼ **RESPUESTA MÚLTIPLE. NO LEER ALTERNATIVAS**

1. Estar afiliado al sistema de pensiones

☐

2. No tener derecho a otra pensión

☐

3. Pertenecer al 60% más pobre de la población

☐

4. Tener Ficha de Protección Social

☐

5. Haber cotizado un mínimo de años

☐

6. Una residencia mínima

☐

7. Otro. → **Pase a E.61.7.e Especifique**

☐

8. No responde

☐

9. No sabe

☐

E.61.7.e Especifique

SOLO PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS EL RESTO → PASA A E.63

E.57 ¿Cumple usted con los requisitos para acceder a una Pensión Básica Solidaria?

1. Sí

2. No

8. No responde

9. No sabe

☐

E.62.1 ¿Postuló a la PBS?

1. Sí

2. No → **Pase a E.62.b**

☐

E.62.a ¿Obtuvo la PBS? ▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Sí → **Pase a E.63**

2. No → **Pase a E.63**

☐

E.62.b ¿Por qué no postuló?

1. No sabía que existe beneficio

2. No cree que sea beneficiario

3. No lo necesita

4. Los beneficios serán muy bajos

5. No aplica (no cumple con la edad)

6. Otras razones. → **Pase a E.62.b.e**

☐

E.62.b.e Especifique

Módulo E: Protección Social

PILAR SOLIDARIO / TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.63 ¿Conoce o ha escuchado hablar del Aporte Previsional Solidario de Vejez o APS?

1. Sí
2. No → Pase a E.66
8. No responde → Pase a E.66
9. No sabe → Pase a E.66

☐

E.16 ¿Cuáles son los requisitos para obtener el Aporte Previsional Solidario de Vejez?

▼ RESPUESTA MÚLTIPLE. NO LEER ALTERNATIVAS.

1. Recibir una pensión inferior a cierto monto, ¿Cuál es el monto? → Pase a E.16.1
2. Encontrarse en situación de pobreza
3. Haber llenado la ficha de protección social
4. Haber cotizado un mínimo de años, ¿Cuántos años? → Pase a E.16.4
5. Una residencia mínima, ¿Cuántos años? → Pase a E.16.5
6. Tener una edad mínima, ¿Cuántos años? → Pase a E.16.6
7. Otro → Pase a E.16.7
8. No responde
9. No sabe

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

E.16.1 Monto	<input type="text"/>
E.16.4 Años	<input type="text"/>
E.16.5 Años	<input type="text"/>
E.16.6 Años	<input type="text"/>
E.16.7 Especifique	<input type="text"/>

SOLO PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS EL RESTO → PASA A E.66

E.65.a ¿Usted ha postulado a APS?

1. Sí
2. No → Pase a E.65.d

☐

E.65.b ¿Obtuvo la APS?

1. Sí → Pase a E.66
2. No

☐

E.65.c ¿Por qué cree usted que no obtuvo la APS?

Todos → Pase a E.66

E.65.d ¿Por qué no postuló?

1. No sabía que existe beneficio
2. No cree que sea beneficiario
3. No lo necesita
4. Los beneficios serán muy bajos
5. No aplica (no cumple con la edad)
6. Otras razones. → Pase a E.65.d.e

☐

E.65.d.e Especifique

PILAR SOLIDARIO / TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.66 ¿Conoce o ha escuchado hablar del Bono por cada hijo nacido vivo?

1. Sí
2. No → Pase a E.80
8. No responde → Pase a E.80
9. No sabe → Pase a E.80

☐

SÓLO MUJERES DE 65 AÑOS O MÁS. (A.8=2 Y A.9>=65) BONO POR HIJO
EL RESTO → PASA A E.71

E.69 ¿Usted ha postulado para recibir el beneficio del Bono por hijo?

1. Sí → Pase a E.70
2. No
3. No tiene hijos → Pase a E.80
8. No responde → Pase a E.80
9. No sabe → Pase a E.80

☐

E.69.b ¿Por qué no postuló?

1. No sabía que existe beneficio
2. No cree que sea beneficiario
3. No lo necesita
4. Los beneficios serán muy bajos
5. No aplica (no cumple con la edad)
6. Otras razones. → Pase a E.69.b.e

☐

E.69.b.e Especifique

Todos → Pase a E.80

Módulo E: Protección Social

SOLO MUJERES BONO POR HIJO

E.70 ¿Le aprobaron esa postulación para recibir el Bono por hijo?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

SITUACIÓN DE PENSIONADOS/ TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.80 Es posible que ya me haya mencionado esto pero, ¿está usted jubilado o pensionado por alguno de los siguientes motivos?

1. Jubilación o pensión de vejez
2. Jubilación anticipada
3. Pensión de invalidez laboral
4. Pensión de invalidez no laboral
5. No recibe alguna pensión

→ Pase a E.93

☐

SITUACIÓN DE PENSIONADOS/ TODOS LOS ENTREVISTADOS

E.82 ¿Cuál es la institución que le paga su jubilación o pensión?

1. AFP
2. IPS
3. CAPREDENA
4. DIPRECA
5. Mutual de Accidentes del Trabajo
6. Cía. de Seguros
7. Otra institución.

→ Pase a E.82.e

☐

E.82.e Especifique

E.83 ¿Cuál es el monto de su pensión?

▼ INDIQUE MONTO LÍQUIDO EN \$

8. No responde
9. No sabe

E.104 ¿En qué fecha jubiló o se pensionó? Señale mes y año ▼ SI NO RECUERDA EL MES ANOTE "0"

Mes

8888. No responde
9999. No sabe

Año

8888. No responde
9999. No sabe

E.84.a Después de pensionarse, ¿Ha seguido trabajando o ha tenido trabajos esporádicos?

1. Sí
2. No → Pase a E.85

JUBILADOS O PENSIONADOS Y TRABAJANDO

E.84.b ¿Por qué ha seguido trabajando? ▼ RESPUESTA MÚLTIPLE

1. Por necesidad económica

☐

2. Le agrada el trabajo

☐

3. Por mantenerse activo

☐

4. Porque la pensión es muy baja

☐

5. Por otra razón → Pase a E.84.b.5.e

☐

E.84.b.5.e Especifique

▼ SI ENTREVISTADO RECIBE

PENSIÓN DE INVALIDEZ LABORAL (E.80=3) → Pase a E.93
TODOS LOS DEMÁS → Pasan a E.86

JUBILADOS O PENSIONADOS Y NO TRABAJANDO

E.85 ¿Por qué no ha seguido trabajando?

▼ RESPUESTA MÚLTIPLE /

1. No encuentra trabajo

☐

2. Quería dedicarse a otras cosas

☐

3. La salud se lo impide

☐

4. Por otra razón → Pase a E.85.4.e

☐

E.85.4.e Especifique

▼ SI ENTREVISTADO RECIBE

PENSIÓN DE INVALIDEZ LABORAL (E.80=3) → Pase a E.93

Módulo E: Protección Social

SOLO JUBILADOS PENSIÓN DE VEJEZ Y ANTICIPADA (E.80=1 Y 2)
PENSIONADOS POR INVALIDEZ LABORAL Y POR INVALIDEZ NO LABORAL
(E.80=3 Y 4) → PASAN A E.87

E.86 ¿Cuáles fueron las principales razones por la que jubiló o se pensionó? ▼ SEÑALE LAS TRES RAZONES MÁS IMPORTANTE

▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVAS.

1. Quería aumentar sus ingresos con nuevos proyectos laborales
2. Quería usar fondos o excedentes de libre disposición
3. Lo convenció un agente de ventas
4. Por problemas de salud
5. Quería dedicarse a otras actividades no laborales
6. Cumplió años de servicio (INP, DIPRECA o CAPREDENA)
7. La empresa le ofreció un plan de retiro
8. Porque realizaba trabajos pesados
9. Quedó sin trabajo y le quedaba poco tiempo para jubilar
10. Recibió regalo o dinero del agente de ventas
11. Cumplió edad legal de retiro
12. Por discapacidad o invalidez
13. Otra razón → Pase a E.86.e
14. Ninguna otra
88. No responde
99. No sabe

E.86

E.86.e Especifique

1ª RAZÓN

2ª RAZÓN

3ª RAZÓN

TODOS LOS JUBILADOS

E.87 ¿Qué modalidad de pensión tiene usted? Lea las alternativas

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 46

1. Retiro programado
2. Renta vitalicia
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
5. Es del sistema antiguo → Pase a E.93
6. CAPREDENA – DIPRECA → Pase a E.93
7. Otros → Pase a E.87.e
8. No responde (NO LEER) → Pase a E.93
9. No sabe (NO LEER) → Pase a E.93
10. No Aplica. Ej: Extranjeros que reciben pensiones de otros sistemas de pensiones extranjeros. → Pase a E.93

E.87.e Especifique

E.88 ¿Cómo decidió esa modalidad de pensión?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA.

1. Estudió con anticipación cada una de las modalidades
2. Siguió consejo de familiares o amigos
3. Se dirigió a la AFP o Cía de Seguros
4. Lo asesoraron expertos previsionales
5. Fue contactado por promotores o vendedores de la Cía. de Seguros
6. Se informó a través de SCOMP (Sistema de Consulta y Oferta de Montos de Pensiones) → Pase a E.89
7. Otra razón. → Pase a E.88.e

E.88.e Especifique

E.88.a ¿Fue importante la información del certificado SCOMP en su decisión de la modalidad de pensión?

1. Sí → Pase a E.89
2. No

E.88.a.i ¿Conoce el sistema SCOMP?

1. Sí
2. No → Pase a E.89

E.88.b ¿Por qué no fue importante?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. La información era insuficiente
2. La información era poco clara
3. Ya había tomado la decisión
4. Otra razón. → Pase a E.88.b.e

E.88.b.e Especifique

Módulo E: Protección Social

TODOS LOS JUBILADOS

E89. ¿Cuáles fueron las principales razones por la que eligió dicha modalidad de pensión? ▼ SEÑALE TRES EN ORDEN DE IMPORTANCIA
▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA.

1. El monto de la pensión era mayor
2. Le ofrecía pensión para toda la vida
3. Le ofrecía la opción de obtener más ingresos al inicio de la pensión
4. No le alcanzaba para otra modalidad de pensión
5. Por temor a que se le agotaran los fondos y quedarse sin pensión
6. Recibió regalo de promotores
7. Le permite dejar herencia
8. No sabía que existían otras alternativas
9. Para evitar que el monto de la pensión disminuyera en el tiempo
10. Otra razón → **Pase a E.89.e**
11. Ninguna otra

E.89

E.89.e Especifique

1ª RAZÓN

2ª RAZÓN

3ª RAZÓN

E.90 ¿Cuál fue la principal razón para elegir la AFP o Compañía de Seguros que actualmente paga su pensión? ▼ MARQUE SÓLO UNA
▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA.

1. Era la que le daba mayor pensión
2. Era la que le dio mejor información y atención
3. Le dieron un regalo o viaje
4. Era la que le cobraba menos (prima)
5. Lo aconsejaron familiares o amigos
6. Era la misma AFP en que cotizaba
7. El asesor previsional lo ayudó a elegir
8. Otra razón. → **Pase a E.90.e**
9. No aplica (para "cotizó en otra institución" o "nunca cotizó" solo dicho espontáneamente) → **Pase a E.93**
88. No responde
99. No sabe

E.90.e Especifique

E.91 Dada su pensión actual, ¿habría estado dispuesto a jubilarse un año más tarde para recibir una mayor pensión?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

PENSIONADOS POR INVALIDEZ

E.93 Es posible que me haya mencionado esto pero ¿ha solicitado usted la calificación de invalidez por accidente o enfermedad asociada a su trabajo?

1. Sí
2. No → **Pase a E.108**
8. No responde → **Pase a E.108**
9. No sabe → **Pase a E.108**

E.94 ¿Cuál fue el motivo por el cual solicitó la calificación de invalidez?
▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Para acceder a una pensión básica solidaria (PBS) de invalidez
2. Para pensionarse por invalidez
3. Contar con un diagnóstico de invalidez (que le hagan los exámenes gratuitamente)
4. Otro. → **Pase a E.94.e**
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

E.94.e Especifique

E.95 ¿En qué institución presentó la solicitud?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Comisión Médica Superintendencia AFP
2. COMPIN (Comisión Medicina Preventiva e Invalidez)
3. Mutual de Accidentes del Trabajo
4. Otra institución → **Pase a E.95.e**
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

E.95.e Especifique

Módulo E: Protección Social

PENSIONADOS POR INVALIDEZ

E.96 ¿En qué año hizo su última solicitud?

▼ **AÑO A 4 DIGITOS**

8888. No responde

9999. No sabe

E.97 ¿Cuál es el tipo de accidente o enfermedad por el que solicitó esta calificación?

▼ **LEER ALTERNATIVAS.**

1. Invalidez por enfermedad común
2. Invalidez por enfermedad asociada al trabajo
3. Invalidez por accidente común
4. Invalidez por accidente del trabajo

E.98 ¿Cómo fue clasificada su solicitud en el primer dictamen (calificación transitoria)?

▼ **LEER ALTERNATIVAS.**

1. Incapacidad temporal
2. Invalidez parcial
3. Invalidez total
4. Gran invalidez
5. Está en período transitorio
6. No lo calificaron como inválido
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

E.98.a ¿Tiene Usted Pensión Básica Solidaria de Invalidez o Aporte Previsional Solidario de Invalidez?

▼ **SI DICE QUE SÍ, LEER ALTERNATIVAS.**

1. Sí, Pensión Básica Solidaria de Invalidez
2. Sí, Aporte Previsional Solidario de Invalidez
3. No recibió ninguno de los dos → **Pase a E.108**
8. No responde → **Pase a E.108**
9. No sabe → **Pase a E.108**

E.98.a.m ¿Cuál es el monto que obtiene por este beneficio?

▼ **INDIQUE MONTO EN \$**

8. No responde

9. No sabe

SEGURO DE CESANTIA

E.108 Desde enero de 2016 a la fecha, cuando usted ha buscado empleo, ¿ha utilizado alguna bolsa de trabajo o algún sistema de intermediación laboral (apoyo institucional público, municipal o privado), para la búsqueda de trabajo?

1. Si
2. No → **Pase a Módulo F**
3. No ha buscado → **Pase a Módulo F**
8. No responde → **Pase a Módulo F**
9. No sabe → **Pase a Módulo F**

E.109 ¿Cuál de los siguientes sistemas ha utilizado?

▼ **RESPUESTA MÚLTIPLE / ▼ LEER ALTERNATIVAS.**

1. Municipio (OMIL, oficina municipal de intermediación laboral)
2. Bolsa Nacional de Empleo
3. laborum.com
4. Infoempleo
5. trabajando.com
6. Otros sistema → **Pase a E.109.6.e**
8. No responde

E.109.6.e Especifique

Módulo F: Salud

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.1. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted?

▼ RESPUESTA MÚLTIPLE / ▼ SI DICE FONASA, PREGUNTAR POR EL GRUPO (A,B,C O D).

1. Sistema Público FONASA Grupo A (Indigente)

2. Sistema Público FONASA Grupo B

3. Sistema Público FONASA Grupo C

4. Sistema Público FONASA Grupo D

5. Sistema Público FONASA, No sabe el grupo

6. FF. AA y de Orden

7. ISAPRE → Pase a F.1.7.e

8. Ninguno (Particular) → Pase a F.2

9. Otro sistema → Pase a F.1.9.e

88. No responde → Pase a F.3

99. No sabe → Pase a F.3

Pase a F.3

F.3 Desde enero de 2016 a la fecha, ¿cuál ha sido el último cambio en su sistema de salud?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Cambió de una ISAPRE a otra ISAPRE

2. Cambió de FONASA a ISAPRE

3. Cambió de ISAPRE a FONASA

4. De ISAPRE dejó de tener cobertura

5. De FONASA dejó de tener cobertura

6. No tenía cobertura e ingresó a una ISAPRE

7. No tenía cobertura e ingresó a FONASA

8. No ha hecho cambio(s) → Pase a F.5

9. No corresponde (nunca ha estado en el sistema) → Pase a F.5

88. No responde → Pase a F.5

99. No sabe → Pase a F.5

F.3.a ¿En qué año ocurrió este último cambio?

F.4 ¿Cuál fue la razón del último cambio?

▼ ESCUCHAR Y MARCAR ALTERNATIVA.

1. Mejoró su plan por misma cotización

2. Mejoró su ingreso

3. Más establecimientos donde atenderse

4. Prefiere sistema público de salud

5. Prefiere sistema privado de salud

6. Subió el precio de su plan

7. Quedó sin trabajo

8. Empezó a trabajar (dejo de ser carga)

9. Jubiló, se pensionó

10. Otra razón. → Pase a F.4.e

88. No responde

99. No sabe

F.4.e Especifique

F.1.7.e Nombre Isapre

Todos → Pase a F.3

F.1.9.e Especifique

Todos → Pase a F.3

F.2 ¿Por qué usted no tiene sistema previsional de salud? (Sólo F.1=8)

1. No necesita (tiene buena salud)

2. Es muy caro cotizar

3. Recibe atención médica gratuita

4. Indigente sin tarjeta

5. Otra razón. → Pase a F.2.e

8. No responde

9. No sabe

F.2.e Especifique

Todos → Pase a F.5

Módulo F: Salud

SÓLO SI TIENEN SISTEMA DE SALUD (SI F.1=1 A 7 ó 9)
SI F.1=8, 88 ó 99 → PASE A F.8

F.5 ¿Usted es cotizante o carga familiar?

1. Cotizante → Pase a F.8
2. Carga
8. No responde → Pase a F.8
9. No sabe → Pase a F.8

F.6 ¿De quién es carga familiar?

1. Padre
2. Madre
3. Hijo(a)
4. Cónyuge
5. Otro
8. No responde → Pase a F.8
9. No sabe → Pase a F.8

F.7 ¿Pertenece él (ella) a su hogar?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.8 En relación a hace 2 años atrás; Usted considera que su salud es: ▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Mejor
2. Peor
3. Igual

F.9 ¿Con qué regularidad practica usted deporte o alguna actividad física?

▼ LEER ALTERNATIVAS.

1. Todos los días de la semana
2. 5 a 6 veces por semana
3. 3 a 4 veces por semana
4. 1 a 2 veces por semana
5. 1 a 3 veces al mes
6. Algunas veces al año
7. Nunca o casi nunca
8. No responde (NO LEER)
9. No sabe (NO LEER)

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.10 ¿Cuál es su estatura? ▼ REGISTRE EN CENTÍMETROS.

EJ. SI MIDE 1,71 M ANOTE 171 EN EL RECUADRO, SI MIDE 2,08 M ANOTE 208.

888. No responde
999. No sabe } Pase a F.10.a

Todos → Pase a F.11

F.10.a ¿En qué tramo cree usted que está su estatura? ▼ MOSTRAR TARJETA 48

F.11 ¿Cuál es su peso actual?

888. No responde
999. No sabe } Pase a F.11.a

Todos → Pase a F.12.a

F.11.a ¿En qué tramo se ubica su peso actual? ▼ MOSTRAR TARJETA 49

F.12.a ¿Usted fuma actualmente?

1. Sí
2. No → Pase a F.13
8. No responde → Pase a F.13

F.12.b ¿Cuántos cigarrillos fuma en promedio mensualmente? ▼ INDICAR CANTIDAD MENSUAL

888. No responde
999. No sabe

Módulo F: Salud

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.13 ¿Consume Usted bebidas alcohólicas como....?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 50

1. Sí
2. No → Pase a siguiente
8. No responde → Pase a siguiente

F.14 En el último mes, ¿cuántos días a la semana consumió alguna bebida alcohólica? ▼ SI EN PROMEDIO NO ALCANZA A UN DÍA A LA SEMANA, ENTONCES ANOTE MENOS DE 1 DÍA. ▼ FRECUENCIA (DÍAS A LA SEMANA)

0. Menos de 1 día
1. 1 día
2. 2 días
3. 3 días
4. 4 días
5. 5 días
6. 6 días
7. 7 días
8. No responde
9. No sabe

F.15 De las veces que tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántos vasos o copas tomó aproximadamente?

8888. No responde

9999. No sabe

	F.13	F.14	F.15
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pisco u otro licor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▼ SI NO CONSUME → Pase a F.16.a

▼ ENTREVISTADOR LEER:

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE LAS DIFICULTADES QUE PUDIERA TENER PARA REALIZAR CIERTAS ACTIVIDADES, DEBIDO SOLO A SU ESTADO DE SALUD Y SIN CONSIDERAR DISPOSITIVOS DE AYUDA O PERSONAS QUE LE AYUDEN.

F.16.a Considerando su estado de salud, ¿cuánta dificultad tiene para realizar las siguientes actividades?

▼ LEER TODAS LAS ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 51. RESPUESTA MÚLTIPLE

1. Ninguna → Pase a F.17.c
2. Leve
3. Moderada
4. Severa
5. Extrema /no puede hacerlo

F.16.b Y considerando sólo su estado de salud, ¿con qué frecuencia recibe ayuda de otra persona para realizar las siguientes actividades?

▼ LEER TODAS LAS ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 51. RESPUESTA MÚLTIPLE

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. Muchas veces
5. Siempre
6. No sabe/ No responde

	F.16.a	F.16.b
1. Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Moverse/desplazarse dentro de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Utilizar el W.C. o retrete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acostarse y levantarse de la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Salir a la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hacer compras o ir al médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Realizar sus tareas del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hacer o recibir llamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Caminar largas distancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ejercicio extenuante o intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F.17.c ¿Es usted cuidador de alguna persona con discapacidad, dependencia o de alguien que necesite ayuda para desenvolverse en su vida diaria?

1. Sí
2. No → Pase a F.17.h

F.17.d ¿Qué relación de parentesco tiene usted con la persona que está a su cargo (es decir, con la persona que cuida)?

1. Padre o madre
2. Esposo o pareja
3. Hijo o hijastro
4. Hermano / Cuñado
5. Yerno / Nuera
6. Nieto
7. Otro familiar
8. Otro no familiar
9. Servicio Doméstico

F.17.e ¿Cuántos días al mes, en promedio ayuda a la persona que está a su cargo?

F.17.f ¿Recibe alguna remuneración por cuidar a la persona que está a su cargo?

1. Sí
2. No → Pase a F.17.h

Módulo F: Salud

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.17.g ¿Cuánto le pagan al mes? ▾ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde → Pase a F.17.g.t

9. No sabe → Pase a F.17.g.t

→ Pase a F.17.h

F.17.g.t ¿En qué tramo se ubicaría este monto?

▾ MOSTRAR TARJETA 52

F.17.h ¿Requiere usted o algún miembro de su hogar de 15 años o más ser cuidado por alguna persona?

1. Sí

2. No → Pase a F.18.a

F.17.i Esta persona que cuida de usted o de algún miembro de su hogar es:
▾ LEER ALTERNATIVAS.

1. Miembro del hogar

2. Familiar que no pertenece al hogar

3. Personal de servicio

F.17.j ¿Cuántos días al mes, en promedio, esta persona cuida de usted o de algún miembro de su hogar?

F.17.k ¿Esta persona recibe alguna remuneración por cuidar de usted o de algún integrante de su hogar?

1. Sí

2. No → Pase a F.18.a

F.17.l ¿Cuánto le pagan al mes?

▾ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde → Pase a F.17.l.t

9. No sabe → Pase a F.17.l.t

→ Pase a F.18.a

F.17.l.t ¿En qué tramo se ubicaría este monto?

▾ MOSTRAR TARJETA 53

F.18.a En los últimos 2 años, ¿usted ha concurrido a un centro de salud por alguno de los siguientes motivos? ▾ LEER CADA MOTIVO.

1. Sí

2. No → Pase a siguiente

8. No responde → Pase a siguiente

Si contestó NO (F.18.a=2) en todas las alternativas → Pase a F.26

F.18.b ¿A qué tipo de centro de salud asistió?

1. Consultorio general (Público)

2. Posta rural (Pública)

3. Consultorio especialidades (Público)

4. Hospital público

5. Establecimiento de FFAA y de Orden

6. Consulta o centro médico (Privado)

7. Hospital o clínica (Privado)

8. Mutual de accidentes del trabajo

9. Otro establecimiento

88. No responde

99. No sabe

F.19 En los últimos 2 años, ¿Cuántas veces ha concurrido a un centro de salud por ... ?

888. No responde

999. No sabe

▾ DESCONTANDO LOS REEMBOLSOS, LO QUÉ PAGÓ DE SU BOLSILLO, ES DECIR, LO QUE NO CUBRE SU PLAN DE SALUD

F.20.a ¿Cuánto tuvo que cancelar la última visita por ?

8. No responde

9. No sabe

	F.18.a	F.18.b	F.19	F.20.a
F.18_01. Consulta general	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_02. Consulta de especialidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_03. Consulta de urgencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_04. Atención dental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_05. Exámenes de laboratorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_06. Rayos X o ecografías	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_07. Cirugía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_08. Hospitalización	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_10. Control de embarazo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_11. Control crónico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_12. Control ginecológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.18_13. Control preventivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Módulo F: Salud

SI EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS NO SE REALIZÓ CIRUGÍA (F.18_07=1) Y NO ESTUVO HOSPITALIZADO (F.18_08=1) → Pase a F.26

F.22 En los últimos dos años, ¿por qué razón se hospitalizó o recibió intervención quirúrgica? (Refiérase a la última vez)

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 54

1. Intervención quirúrgica
2. Tratamiento médico
3. Embarazo, parto normal o cesárea
4. Otra razón
8. No responde

F.24 La última vez, ¿en qué establecimiento se hospitalizó?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 55

1. Hospital público
2. Hospital de las FFAA o de Orden
3. Hospital de Mutual de Accidentes del Trabajo
4. Hospital o clínica privada
8. No responde

F.25 La última vez, descontando reembolsos, ¿cuánto tuvo que cancelar? (Considere días cama, honorarios médicos e insumos)

▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde
9. No sabe

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.26 Descontando reembolsos, aproximadamente ¿cuánto gasta su hogar en medicamentos al mes?

▼ INDIQUE MONTO EN \$

8. No responde
9. No sabe

F.27 En los últimos 2 años, descontando reembolsos, ¿cuál ha sido su gasto total (personal) en: ▼ INDIQUE MONTO EN \$

F.27.a Prótesis

8. No responde
9. No sabe

F.27.b Lentes

8. No responde
9. No sabe

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.28 En los últimos 2 años, ¿cuánto gastó mensualmente en cuidado de ancianos en: ▼ INDIQUE MONTO PROMEDIO EN \$. CONSIDERE LOS GASTOS DEL HOGAR DEL ENTREVISTADO

F.28.a Casa de reposo

8. No responde
9. No sabe

F.28.b Enfermera particular

8. No responde
9. No sabe

F.30.a En los últimos 12 meses, ¿ha solicitado licencias médicas? (No considere enfermedades profesionales o provenientes de accidentes del trabajo)

1. Sí

2. No → Pase a F.35

F.35 Es posible que me haya mencionado esto antes pero, ¿tiene usted algún tipo de discapacidad o invalidez?

1. Sí

2. No → Pase a F.38

8. No responde → Pase a F.38

9. No sabe → Pase a F.38

F.35.a ¿Cuál es el origen de la discapacidad?

1. Enfermedad Laboral
2. Enfermedad No Laboral
3. Accidente Laboral
4. Accidente No Laboral
5. Otro

F.35.b Año a partir del cual presenta la discapacidad o invalidez.

8888. No responde
9999. No sabe

Módulo F: Salud

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.36 ¿Qué tipo de discapacidad o invalidez tiene usted?

▼ PARA CADA DISCAPACIDAD RESPONDA

1. Sí
2. No → **Pase a siguiente**

F.37.a ¿Cuánto afecta esta discapacidad o invalidez en su trabajo, estudio o actividades en su vida diaria?

1. Mucho
2. Medianamente
3. Poco
4. Nada
5. No trabaja
8. No responde
9. No sabe

	F.36	F.37.a
1. Discapacidad auditiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Discapacidad para hablar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Discapacidad visual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Discapacidad intelectual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Discapacidad física y/o de movilidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Discapacidad por causa psiquiátrica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Otra. → Pase a F.36.7.e	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.36.7.e Especificar	<input type="text"/>	

▼ SI NO TIENE NINGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD O INVALIDEZ → **Pase a F.37.b**

F.37.b ¿Ha solicitado usted la calificación de invalidez por accidente o enfermedad?

1. Sí
2. No

F.37.b.a ¿A quién?

1. COMPIN
2. Comisión Médica Regional
3. Mutualidad
4. Comisión Médica de Reclamo (COMERE)
5. No fue calificada
8. No responde → **Pase a F.37.d**
9. No sabe → **Pase a F.37.d**

Módulo F: Salud

TODOS LOS ENTREVISTADOS

F.38 ¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones médicas, por un doctor?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 56.

1. Sí → aplicar set a cada condición médica
2. No
8. No responde
9. No sabe

F.38.a.1 ¿Esta condición médica limita sus actividades normales en el hogar o en el trabajo?

▼ SI DICE QUE SÍ, SONDEAR SI LO LIMITA PARCIALMENTE O TOTALMENTE.

1. Sí, parcialmente
2. Sí, totalmente
3. No
8. No responde
9. No sabe

F.38_c: Cuánto gasta al mes por concepto de esta enfermedad?

8. No responde
9. No sabe

F.39 ¿En qué año le fue diagnosticada?

8888. No responde
9999. No sabe

F.40 ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?

1. Sí
2. No → Pase a F.41

F.40.a ¿Ha recibido atención mediante el Plan GES/AUGE?

▼ SI DICE QUE SÍ, SONDEAR SI ES DESDE FONASA O DESDE ISAPRE.

1. Sí, desde FONASA → Pase a siguiente condición
2. Sí, desde ISAPRE → Pase a siguiente condición
3. No → Pase a siguiente condición
8. No responde → Pase a siguiente condición

F.41 ¿Cuál es la principal razón por la que no se encuentra en tratamiento?

1. No es necesario
2. Falta de cobertura (no tiene FONASA o ISAPRE)
3. Falta de cobertura (No hay horas con especialistas)
4. Falta de cobertura (No hay posibilidad de hacerse exámenes)
5. No confía en el sistema de salud (profesionales de la salud)
6. No confía en el sistema de salud (establecimientos de salud)
7. No me interesa tratarme
8. No tengo tiempo para tratamiento
9. Otra razón
10. Ya está recuperado
88. No responde
99. No sabe

CONDICIÓN MÉDICA	F.38	F.38.a.1	F.38_c	F.39	F.40	F.40.a	F.41
1. Asma o enfisema pulmonar (problemas respiratorios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Hipertensión o presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Artritis o artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. VIH SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

▼ SI RESPONDE QUE NO (F.38=2) EN TODAS → Pase a F.54

Módulo F: Salud

TODOS

F.54 En los últimos 2 años ¿ha tenido alguna de las siguientes pruebas o procedimientos médicos? ▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 57

▼ PARA CADA UNA RESPONDA

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

F.54.a. Vacuna contra la influenza

☐

F.54.b. Análisis de sangre para el colesterol.

☐

F.54.c. Análisis para la diabetes

☐

F.54.d. Prueba para la hipertensión o presión alta

☐

SOLO MUJERES

F.54.e En los últimos 2 años, ¿se ha hecho el examen de papanicolaú?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

SOLO HOMBRES

F.54.e.2 En los últimos 2 años, ¿Se ha hecho el examen de la próstata?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

SOLO PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS. EL RESTO → PASE A F.64.A

F.61.a ¿Le ha sido diagnosticado por un doctor presbicia, astigmatismo, miopía o hipermetropía?

1. Sí
2. No → Pase a F.62.a

☐

F.61.b ¿Se ha atendido esta condición médica mediante el Plan GES/AUGE?

1. Sí
2. No

☐

F.62.a ¿Le ha sido diagnosticado por un doctor algún tipo de sordera o dificultad para oír?

1. Sí
2. No → Pase a F.63

MUJERES DE 49 AÑOS O MENOS, RESTO PASE → A F.65

F.64.a ¿Se encuentra embarazada?

1. Sí
2. No → Pase a F.65

☐

F.64.b ¿Cuál es su estado nutricional?

1. Bajo peso
2. Normal
3. Sobrepeso
4. Obeso
8. No responde
9. No sabe

☐

Módulo F: Salud

TODOS

F.65 En los últimos 12 meses, ¿ha solicitado licencias médicas por enfermedad de hijo menor de un año?

1. Sí
2. No

☐

F.69 Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? ▼ *LEER AFIRMACIONES Y MOSTRAR TARJETA 59.*

▼ PARA CADA UNA RESPONDA

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

1. Tener poco interés o placer en hacer cosas

☐

2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza

☐

3. Con problemas para quedarse o mantenerse dormido(a) o dormir demasiado

☐

4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía

☐

5. Tener poco apetito o comer en exceso

☐

6. Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que se decepcionará a si mismo o a su familia

☐

7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer periódico o mirar la televisión

☐

8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente podría darse cuenta de esto, o de lo contrario, está tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo acostumbrado

☐

9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de hacerse daño de alguna manera

☐

▼ "NUNCA" EN TODOS LOS PROBLEMAS —→ Pase a Módulo G

F.69.a Si Usted se identificó con cualquiera de los problemas antes mencionados, ¿Cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

▼ *LEER ALTERNATIVAS.*

1. Nada en absoluto
2. Algo difícil
3. Muy difícil
4. Extremadamente difícil

☐

Módulo G: Capacitación

TODOS LOS ENTREVISTADOS

G.10 Desde enero 2016 a la fecha, ¿ha recibido algún tipo de capacitación laboral, sindical, recreacional u otro curso de nivelación educacional (básico, medio CH o medio TP)?

1. Sí
2. No → **Pase a Módulo I**
8. No responde → **Pase a Módulo I**

☐

G.11 ¿Cuántos cursos de capacitación ha realizado en este periodo?

1. 1 curso
2. 2 cursos
3. 3 cursos
4. 4 ó más cursos

☐

G.12 ¿Cuál era el nombre o título del curso más importante realizado?

G.13 ¿Qué organismo o institución impartió esta capacitación, curso o taller?

1. Universidad
2. Instituto Profesional
3. Centro de Formación Técnica
4. Liceo Ed. Media o Técnica
5. Escuela Básica
6. Organismo capacitador
7. Fabricante o proveedor de equipos
8. Empleador o compañía matriz
9. Organización sin fines de lucro
10. Municipalidad
11. Profesor particular
12. Otra institución. → **Pase a G.13.12.e Especifique**
88. No responde
99. No sabe

☐

G.13.12.e Especifique

Esta capacitación, curso o taller:

G.14 ¿En que año la inició?

G.15 ¿Se encuentra actualmente asistiendo a esta capacitación, curso o taller?

1. Sí
2. No

☐

G.19 ¿En qué medida utiliza o ha utilizado en su trabajo las habilidades o conocimientos adquiridos en esta capacitación, curso o taller?

1. En gran medida
2. En alguna medida
3. Muy poco
4. Nada
5. No aplicable (no trabaja)
8. No responde
9. No sabe

☐

G.20 ¿En qué momento de su jornada laboral lo realizó?

1. Durante su jornada
2. En parte de su jornada
3. Fuera de su jornada
4. No aplicable (No trabaja)
8. No responde
9. No sabe

☐

G.21 El propósito de esta capacitación, curso o taller fue obtener:

1. Un diploma o certificado de educación
2. Perfeccionamiento profesional
3. Aprendizaje de un oficio
4. Otro
8. No responde
9. No sabe

☐

Si G.21=1, sino → **Pase a G.24**

G.22 ¿Obtuvo su título, diploma o certificado?

1. Sí
2. No → **Pase a G.24**

☐

G.23 ¿En qué año se tituló?

G.24 El curso de capacitación fue financiado por:

▼ RESPUESTA MÚLTIPLE ▼ MARCAR CON UNA X

1. El mismo o su familia
2. Empleador o patrón
3. Gobierno (SENCE u otro)
4. Sindicato u organización gremial
5. Otro → **Pase a G.24.5.e**
6. No se pagaba
8. No responde
9. No sabe

☐

G.24.5.e Especifique

G.25 ¿Cree que la capacitación, curso o taller que usted recibió tendrá efectos importantes en su desempeño laboral futuro?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

☐

Módulo I: Historia Individual

I.1. ¿Cuál es su estado civil actual? ▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 60

1. Casado(a)
2. Conviviente
3. Anulado(a)
4. Con pareja a través de Acuerdo de Unión Civil.
5. Separado(a) de unión legal
6. Separado(a) de unión de hecho
7. Viudo(a)
8. Soltero(a)
9. Divorciado

I.2.a En la entrevista anterior (EPS 2016), usted nos dijo que se encontraba...

▼ ENCUESTADOR: LEA EN SU HOJA DE RUTA EL ÚLTIMO ESTADO CIVIL Y SI CORRESPONDE, ÚLTIMA PAREJA REGISTRADA

¿Usted sigue en la misma situación?

1. Sí, con pareja → Pase a I.18
2. Sí, sin pareja → Pase a I.18
3. No

I.2.b Desde enero 2016 a la fecha ¿Cuántas veces se ha casado o ha convivido con una pareja?

▼ SI CONTESTA 0 → Pase a I.18, sino Pase a I.3

ENTREVISTADOS QUE EN I.2.B RESPONDIERON > A 0

ENTREVISTADOR LEER: Ahora me gustaría hacerle unas breves preguntas sobre la(s) pareja(s) con la(s) que usted ha convivido, se ha casado o ha contraído AUC desde el 2016 hasta hoy.

Le entregaré también esta TARJETA 61 para responder la I.7.

La identificación por nombre de las parejas se solicita para realizar esta sección de preguntas de forma más ordenada, por lo que puede poner nombres de fantasía (no los reales) en la pregunta I.3

I.3 ¿Cuál es el nombre de su cónyuge o pareja?

▼ SI SE HA CASADO, HA CONTRAÍDO AUC O HA CONVIVIDO CON MÁS DE UNA PAREJA, INDICAR QUE DEBE ANOTAR DE LA MÁS ANTIGUA A LA MÁS ACTUAL.

INDICACIÓN PARA PRÓXIMAS PREGUNTAS:

(.....) = INSERTE NOMBRE DE CÓNYUGE O PAREJA A LA QUE SE ESTA REFIRIENDO

COMPLETE DE LA SIGUIENTE FORMA:

- a. 1º CÓNYUGE O PAREJA AUC O PAREJA
- b. 2º CÓNYUGE O PAREJA AUC O PAREJA
- c. 3º CÓNYUGE O PAREJA AUC O PAREJA
- d. 4º CÓNYUGE O PAREJA AUC O PAREJA
- e. 5º CÓNYUGE O PAREJA AUC O PAREJA

I.4 Sexo

1. Hombre
2. Mujer

I.5 ¿A qué edad Ud. se casó o inició su vida en pareja con (.....)?

I.6 ¿Qué edad tenía (.....) al comenzar la vida en pareja?

I.7 ¿Qué situación legal patrimonial tiene actualmente con (.....)? ▼ MOSTRAR TARJETA 61

1. Casado en sociedad conyugal → Pase a I.17
2. Casado con separación de bienes → Pase a I.17
3. Casado con régimen de gananciales → Pase a I.17
4. Acuerdo de Unión Civil → Pase a I.17
5. Separado en sociedad conyugal
6. Separado con régimen de separación de bienes
7. Separado con régimen de gananciales
8. Divorciado en sociedad conyugal
9. Divorciado con régimen de separación de bienes
10. Divorciado con régimen de gananciales
11. Anulado
12. Viudo de unión legal → Pase a I.17
13. Ninguna → Pase a I.9
88. No responde → Pase a I.9
99. No sabe → Pase a I.9

I.8 ¿En que año terminó su matrimonio o convivencia con (.....)?

I.9 ¿Actualmente vive (.....)?

1. Sí
2. No

I.17 ¿Cuántos hijos tuvo con (.....)?

▼ AL TERMINAR TODAS LAS PAREJAS

→ Pase a I.10

Nº	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.17
a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Módulo I: Historia Individual

PARA LA ÚLTIMA O ACTUAL PAREJA

I.10 ¿(...) tiene algún tipo de discapacidad o invalidez?

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

I.11 ¿En qué medida durante este matrimonio o convivencia, (.....) trabajó o trabaja remuneradamente?

1. Gran parte del tiempo
2. Casi la mitad del tiempo
3. Por poco tiempo
4. No trabajó remuneradamente
8. No responde
9. No sabe

TODOS LOS ENTREVISTADOS

I.18 En total, ¿cuántos hijos nacidos vivos y/o adoptivos tiene usted?

▼ ANOTE EL TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y ADOPTIVOS.

▼ SI CONTESTA 0 → Pase a I.26

I.18.a ¿Algunos de esto hijos los tuvo después del 2016?

1. Sí
2. No → Pase a I.26

SOLO LOS QUE HAN TENIDO HIJOS DESDE ENERO DEL 2016 A LA FECHA. RESTO → Pase a I.26

N°	I.19 Nombre	I.20 Sexo 1. Hombre 2. Mujer	I.21 Fecha de nacimiento I.21.1 Mes I.21.2 Año	I.22 ¿Vive actualmente? 1. Sí → Pase a I.24 2. No 8. No responde → Pase a otro hijo 9. No sabe → Pase a otro hijo	I.23 ¿A qué edad falleció? → Pase a otro hijo ▼ ANOTE O SI FALLECIÓ ANTES DEL AÑO DE VIDA. SI NO TIENE (TUVO) MÁS HIJOS → Pase a I.26	I.24 ¿Vive con usted actualmente? 1. Sí 2. No	I.25 ¿Tiene su hijo(a) algún tipo de discapacidad o invalidez? 1. Sí 2. No 8. No responde 9. No sabe
	I.19	I.20	I.21.1 I.21.2	I.22	I.23	I.24	I.25
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TODOS LOS ENTREVISTADOS

I.26 ¿Considera usted tener hijos en el futuro?

▼ HIJOS BIOLÓGICOS O ADOPTIVOS

1. Sí
2. No → Pase a I.27
8. No responde → Pase a I.27
9. No sabe → Pase a I.27

I.26.1 ¿Cuántos hijos considera tener en el futuro?

▼ SI NO HA TENIDO HIJOS (I.18=0) → Pase a Módulo J

I.27 ¿Cuántos nietos tiene usted?

▼ INGRESE NÚMERO DE NIETOS

88. No responde
99. No sabe

Módulo J: Calidad de Vida

J.0.B Considerando todas las cosas, ¿Cuán satisfecho está usted con su vida en este momento? Por favor use esta tarjeta en que 1 significa que usted está “completamente insatisfecho” y 10 significa que usted está completamente satisfecho”.

▼ **MOSTRAR TARJETA 62**

10. Completamente satisfecho
9.
8.
7.
6.
5.
4.
3.
2.
1. Completamente insatisfecho
88. No responde
99. No sabe

--	--

J.5.a Indique la/s organización/es, grupo/s, o club/es en el/los que ha participado en los últimos 12 meses.

▼ **RESPUESTA ESPONTÁNEA Y MÚLTIPLE, MARQUE LAS QUE EL ENTREVISTADO INDIQUE**

▼ **MOSTRAR TARJETA 63 Y LEER ALTERNATIVAS**

	J.5.a	J.6.a
1. Juntas de vecinos u otra organización territorial (comité de guas, comité de allegados, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Club deportivo o recreativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Organización religiosa o de iglesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Agrupaciones artísticas o culturales (grupo folclórico, de teatro, de música, de baile, de danza, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Grupo de identidad cultural (asociaciones indígenas, círculos de inmigrantes, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agrupaciones de mujeres (centros de madres, talleres de mujeres, organizaciones de mujeres y/o género, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Agrupaciones de adulto mayor (club de adulto mayor, asistentes de centros de día, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Grupos de voluntariado (damas de colores, cruz roja, voluntariado en instituciones de caridad, otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, hipertensos, obesos, alcohólicos anónimos, personas con discapacidad, grupos asociados a otros problemas de salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Partido Político	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sindicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Asociación gremial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Centro de padres y apoderados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Otro. Especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▼ **SI NO INDICÓ NINGUNA** → **Pase a Módulo Q**

J.6.a ¿Con qué frecuencia usted se reúne o participa activamente en esa/s organización/es?

▼ **PARA CADA ALTERNATIVA QUE SEÑALÓ ANTERIORMENTE (J.5.A)**

1. Diariamente
2. Al menos una vez a la semana
3. Al menos una vez al mes
4. Al menos una vez en 3 meses
5. Al menos una vez en 6 meses
6. Al menos una vez en el año
7. Con menor frecuencia que las señaladas
8. No responde
9. No sabe

Módulo Q: Coyuntura Previsional y Opinión

Q.0 ¿Cuál es el principal problema al que debe dedicar mayor esfuerzo en solucionar el Gobierno?

▼ RESPUESTA ÚNICA

1. Seguridad ciudadana
2. La atención de salud
3. El desarrollo económico
4. Las Pensiones
5. Las oportunidades de empleo
6. Mejores salarios
7. Vivienda
8. La gratuidad para todos los estudiantes
9. Desigualdad
10. Pobreza
11. La calidad de la educación preescolar
12. Otra, especifique:
88. No responde
99. No sabe

Q.1a, Q.1b, Q.1c En una escala de 1 a 7, donde 1 es “Nada de acuerdo” y 7 es “Muy de acuerdo”, ¿qué tan de acuerdo se encuentra con las siguientes afirmaciones sobre el financiamiento de un sistema de pensiones permanente para Chile?

▼ LEER CADA FRASE.

Afirmaciones	Nada de acuerdo						Muy de acuerdo	NR	NS
A. Cada persona debe financiar la pensión que recibirá en la vejez con su ahorro previsional	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B. Los trabajadores deben financiar la pensión de los jubilados con una cotización previsional	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C. El estado debe financiar las pensiones de los trabajadores a través de impuestos	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Q.2N En una escala 1 a 7, donde 1 es “Nada de acuerdo” y 7 es “Muy de acuerdo” ¿Qué tan de acuerdo se encuentra con las siguientes afirmaciones?

▼ LEER CADA FRASE.

Afirmaciones	Nada de acuerdo						Muy de acuerdo	NR	NS
A. El estado debiera garantizar un nivel suficiente de ingresos o servicios para todos los ciudadanos por igual en períodos de cesantía, incapacidad laboral y vejez.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B. El estado debiera garantizar un nivel suficiente de ingresos o servicios solamente para las personas más pobres del país en períodos de cesantía, incapacidad laboral y vejez.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C. Las instituciones que entregan pensiones, beneficios de cesantía, incapacidad laboral, etc. deben ser administradas por el estado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D. Las instituciones que entregan pensiones, beneficios de cesantía, incapacidad laboral, etc. deben ser administradas por privados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E. El estado debe limitar las ganancias de las instituciones que entreguen pensiones, salud, beneficios de cesantía, etc., en caso que sean administradas por privados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Q.2, Q.3 En una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a “Muy negativa” y 7 a “Muy positiva”.

▼ LEER CADA FRASE.

Preguntas	Muy negativa						Muy positiva	NR	NS
1. ¿Cuál es la imagen que usted tiene de las AFP?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. ¿Cuál es su opinión sobre el sistema de pensiones de Chile?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Módulo Q: Coyuntura Previsional y Opinión

Q.9, Q.10, Q.11, Q.12 y Q.13 En una escala 1 a 7, donde 1 es “Nada de acuerdo” y 7 es “Muy de acuerdo” ¿Qué tan de acuerdo se encuentra con las siguientes afirmaciones sobre el sistema de pensiones?

▼ ENTREVISTADOR: LEER AFIRMACIONES

Afirmaciones	Nada de acuerdo						Muy de acuerdo	NR	NS
A. Los trabajadores independientes que no están cotizando deberían hacerlo para recibir beneficios previsionales (salud, pensiones, etc).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B. Los trabajadores deben destinar un porcentaje de su cotización para mejorar las pensiones de los actuales pensionados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C. Estaría dispuesto a postergar mi edad de jubilación para aumentar el monto de mi pensión.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D. La actual cotización pagada por usted para financiar su pensión debiera aumentarse para mejorar las pensiones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E: Debiera incorporarse una nueva cotización pagada por el empleador que mejore las pensiones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Q.14 ¿Quién preferiría que administrara un posible aumento en la tasa de cotización para pensiones?

▼ LEER ALTERNATIVAS Y MOSTRAR TARJETA 65

1. AFP actuales
2. Administrador de fondos de pensiones sin fines de lucro
3. Entidad estatal
4. Cajas de compensación
5. Cooperativas de ahorro y crédito
6. Administradoras Generales de Fondos (AGP)
7. Compañías de seguro de vida
8. Ninguna



Situación Laboral, de Salud y Previsional del resto de los Integrantes del Hogar

TODOS LOS INTEGRANTES ACTUALES DEL HOGAR (A.2.a = 1 Y 3)

A INTEGRANTES 15 AÑOS Y MÁS		A LOS INTEGRANTES DE 15 AÑOS Y MÁS PERTENECIENTES AL HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES				
A.37.b ¿Se encuentra cotizando en algún sistema previsional? 1. Sí, AFP 2. Sí, INP 3. Sí, CAPREDENA 4. Sí, DIPRECA 5. Sí, Otro sistema. → Pase a A.37.b.e Especifique 6. Está afiliado pero no está cotizando 7. No está afiliado 8. No responde 9. No sabe		C.1 ¿Tuvo algún trabajo remunerado, durante los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No → Pase a C.27.a.i C.3 En su trabajo principal, ¿Cuál fue su ingreso o remuneración líquida mensual promedio de los últimos 12 meses? ▼ ANOTE EL MONTO DECLARADO EN PESOS 8. No responde 9. No sabe ▼ INCLUYE BONOS REGULARES, BONOS POR PRODUCTIVIDAD, COMISIONES POR VENTA, PAGO POR HORAS EXTRAORDINARIAS Y OTROS INGRESOS VARIABLES QUE PUDIERA HABER RECIBIDO. TAMBIÉN INCLUIR LOS BENEFICIOS RECIBIDOS EN EL TRABAJO COMO VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, VESTUARIO, TELÉFONO, BECA DE ESTUDIO, TRANSPORTE, PROPINAS, ETC. PARA LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES INCLUYA RETIRO DE PRODUCTOS DE SU NEGOCIO. EXCLUYE LOS DESCUENTOS LEGALES TALES COMO AFP, ISAPRE, FONASA, IMPUESTOS A LAS REMUNERACIONES, ETC.		C.4 Durante el último año ¿Cuántos meses trabajó en su ocupación principal? ▼ N° DE MESES (MÁXIMO 12) C.9.a Durante los últimos 12 meses, ¿Recibió ingresos de otra(s) ocupación(nes) distinta(s) a la ocupación principal antes mencionado? 1. Sí 2. No		
N°	A.37.b	A.37.b.e	C.1	C.3	C.4	C.9.a
1	ENTREVISTADO RESPONDE EN PARTE A Y F		ENTREVISTADO RESPONDE EN PARTE C			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Situación Laboral, de Salud y Previsional del resto de los Integrantes del Hogar

A INTEGRANTES DE 15 AÑOS Y MÁS PERTENECIENTES AL HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		A INTEGRANTES DE 15 AÑOS Y MÁS		A TODOS			
C.27.a.i Durante los últimos 12 meses, ¿Recibió alguna Pensión Básica Solidaria? 1. Sí, Pensión Básica Solidaria de vejez (\$107.304) 2. Sí, Pensión Básica Solidaria de invalidez (\$107.304) 3. Sí, Aporte Previsional Solidario de vejez 4. Sí, Aporte Previsional Solidario de invalidez 5. No 8. No responde 9. No sabe		C.28.a Durante los últimos 12 meses, ¿recibió Asignación Familiar? 1. Sí 2. No → Pase a C.29 C.28.c ¿Cuántas cargas le pagan mensualmente?		C.29 Durante los últimos 12 meses, ¿Recibió algún Subsidio Único Familiar (SUF)? ▼ RESPUESTA MÚLTIPLE RESPONDER EN C.29.A, C.29.B Y C.29.C CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS 1. Sí, Subsidio familiar al menor o recién nacido (\$12.364) 2. Sí, Subsidio de asistencia maternal (\$123.640, equivalente a 10 meses) 3. Sí, Subsidio familiar a la madre (\$12.364) 4. Sí, Subsidio por invalidez (\$24.728) 5. No 8. No responde 9. No sabe			F.35 ¿Tiene algún tipo de discapacidad o invalidez? 1. Sí 2. No 8. No responde 9. No sabe
N°	C.27.a.i	C.28.a	C.28.c	C.29.A	C.29.B	C.29.C	F.35
1	ENTREVISTADO RESPONDE EN PARTE A						<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2019

ENCUESTA DE
PROTECCIÓN
SOCIAL