

## Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2024

### DICCIONARIO DE VARIABLES

#### CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
1	ANIO	AÑO		A	4
2	MES	MES DE LA ENCUESTA		A	2
3	CONGLOMERADO	Nº DE CONGLOMERADO		A	7
4	VIVIENDA	Nº DE VIVIENDA		A	6
5	HOGAR	HOGAR Nº		N	1
6	P201	Nº DE ORDEN		N	11
7	PER	PERIODO		N	11
8	NSELV	Nº DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA		A	4
9	TSELV	TIPO SELECCIÓN DE LA VIVIENDA		N	11
			1: Urbano 4: SemiRural 5: Rural		
10	VIVREM	¿ES UNA VIVIENDA DE REEMPLAZO?		N	11
			1: Sí 2: No		
11	NUMVIVREM	ANOTE EL NÚMERO DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA REEMPLAZADA		N	4
12	AREA	ÁREA		N	1
			1: Urbano 2: Rural		
13	CCDD	CÓDIGO DE DEPARTAMENTO		A	2
14	NOMBREDD	NOMBRE DE DEPARTAMENTO		A	100
15	CCPP	CÓDIGO DE PROVINCIA		A	2
16	NOMBREPP	NOMBRE DE LA PROVINCIA		A	100
17	CCDI	CÓDIGO DEL DISTRITO		A	2
18	NOMBREDI	NOMBRE DEL DISTRITO		A	100
19	TOT_HOGAR	¿CUÁNTOS HOGARES OCUPA ESTA VIVIENDA?		N	1

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
20	RESFIN	RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA HOGAR		N	1
			1: COMPLETA 2: INCOMPLETA		
21	P300C_A	PERSONA N°		N	2
22	P300C_C	INFORMANTE N°		N	2
23	P300C_D	DNI DE LA PERSONA N° DEL CAPÍTULO 300		N	1
			1: No tiene 2: No quiso brindar 3: No sabe/No recuerda 4: Número		
24	P300C_E	TELÉFONO CELULAR DE LA PERSONA N° DEL CAPÍTULO 300		N	1
			1: No tiene 2: No quiso brindar 3: No sabe/No recuerda 4: N° Nacional		
25	P301_1	¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA: VER, AÚN USANDO ANTEOJOS?		N	1
			1: Sí 2: No		
26	P301_2	¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA: OIR, AÚN USANDO AUDÍFONOS?		N	1
			1: Sí 2: No		
27	P301_3	¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA: HABLAR O COMUNICARSE, AÚN USANDO LA LENGUA DE SEÑAS U OTRO?		N	1
			1: Sí 2: No		
28	P301_4	¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA: MOVERSE O CAMINAR, PARA USAR BRAZOS O PIERNAS?		N	1
			1: Sí 2: No		
29	P301_5	¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA: ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)?		N	1
			1: Sí 2: No		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
30	P301_6	¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA: RELACIONARSE CON LOS DEMÁS POR SUS PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, EMOCIONES O CONDUCTAS?		N	1
			1: Sí 2: No		
31	P301_7	¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE PARA: TIENE ALGUNA OTRA DIFICULTAD CONOCIDA COMO AUTISMO?		N	1
			1: Sí 2: No		
32	P302_1	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A ..... ¿USTED PRESENTÓ ALGÚN: PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MEDICA INMEDIATA?		N	1
			1: Sí 2: No		
33	P303_1	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CUÁNTAS VECES USTED PRESENTÓ ALGÚN: PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?		N	2
34	P304_1_1	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Bomberos		N	1
			0: Pase 1: Bomberos		
35	P304_1_2	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Seguro Privado		N	1
			0: Pase 1: Seguro Privado		
36	P304_1_3	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: SAMU		N	1
			0: Pase 1: SAMU		
37	P304_1_4	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Ministerio de Salud		N	1
			0: Pase 1: Ministerio de Salud		
38	P304_1_5	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: ESSALUD		N	1
			0: Pase 1: ESSALUD		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
39	P304_1_6	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Clínica		N	1
			0: Pase 1: Clínica		
40	P304_1_7	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Curandero		N	1
			0: Pase 1: Curandero		
41	P304_1_8	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Otro		N	1
			0: Pase 1: Otro		
42	P304_1_8_O	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Otro_Especifique		A	100
43	P304_1_9	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Acudió por cuenta propia		N	1
			0: Pase 1: Acudió por cuenta propia		
44	P304_1_10	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Recibió orientación por teléfono		N	1
			0: Pase 1: Recibió orientación por teléfono		
45	P304_1_11	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?: Llamó y no acudieron		N	1
			0: Pase 1: Llamó y no acudieron		
46	P305_1	EL...PROBLEMA DE SALUD, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?		N	1
			1: Sí 2: No		
47	P302_2	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A ..... ¿USTED PRESENTÓ ALGÚN: ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?		N	1
			1: Sí 2: No		
48	P303_2	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CUÁNTAS VECES USTED PRESENTÓ ALGÚN: ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA?		N	2

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
49	P304_2_1	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Bomberos		N	1
			0: Pase 1: Bomberos		
50	P304_2_2	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Seguro Privado		N	1
			0: Pase 1: Seguro Privado		
51	P304_2_3	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: SAMU		N	1
			0: Pase 1: SAMU		
52	P304_2_4	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Ministerio de Salud		N	1
			0: Pase 1: Ministerio de Salud		
53	P304_2_5	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: ESSALUD		N	1
			0: Pase 1: ESSALUD		
54	P304_2_6	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Clínica		N	1
			0: Pase 1: Clínica		
55	P304_2_7	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Curandero		N	1
			0: Pase 1: Curandero		
56	P304_2_8	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Otro		N	1
			0: Pase 1: Otro		
57	P304_2_8_O	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Otro_Especifique		A	100
58	P304_2_9	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Acudió por cuenta propia		N	1
			0: Pase 1: Acudió por cuenta propia		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
59	P304_2_10	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Recibió orientación por teléfono		N	1
			0: Pase 1: Recibió orientación por teléfono		
60	P304_2_11	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: Llamó y no acudieron		N	1
			0: Pase 1: Llamó y no acudieron		
61	P305_2	EL...ACCIDENTE, QUE REQUERÍA ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?		N	1
			1: Sí 2: No		
62	P302_3	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A .....¿USTED PRESENTÓ ALGÚN: OTRO?		N	1
			1: Sí 2: No		
63	P302_3_0	¿A USTED O ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR LE OCURRIÓ ALGÚN: OTRO? ESPECIFIQUE		A	100
64	P303_3	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CUÁNTAS VECES USTED PRESENTÓ ALGÚN: OTRO?		N	2
65	P304_3_1	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Bomberos		N	1
			0: Pase 1: Bomberos		
66	P304_3_2	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Seguro Privado		N	1
			0: Pase 1: Seguro Privado		
67	P304_3_3	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: SAMU		N	1
			0: Pase 1: SAMU		
68	P304_3_4	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Ministerio de Salud		N	1
			0: Pase 1: Ministerio de Salud		
69	P304_3_5	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: ESSALUD		N	1
			0: Pase 1: ESSALUD		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
70	P304_3_6	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Clínica		N	1
			0: Pase 1: Clínica		
71	P304_3_7	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Curandero		N	1
			0: Pase 1: Curandero		
72	P304_3_8	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Otro		N	1
			0: Pase 1: Otro		
73	P304_3_8_O	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Otro_Especifique		A	100
74	P304_3_9	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Acudió por cuenta propia		N	1
			0: Pase 1: Acudió por cuenta propia		
75	P304_3_10	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Recibió orientación por teléfono		N	1
			0: Pase 1: Recibió orientación por teléfono		
76	P304_3_11	¿QUIÉN LLEGÓ Y ATENDIÓ EL OTRO: Llamó y no acudieron		N	1
			0: Pase 1: Llamó y no acudieron		
77	P305_3	EL.....OTRO ¿OCURRIÓ EN EL HOGAR?		N	1
			1: Sí 2: No		
78	P306_1	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: DESAYUNO ESCOLAR QALI WARMA?		N	1
			1: Sí 2: No		
79	P306_2	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: ALMUERZO ESCOLAR QALI WARMA?		N	1
			1: Sí 2: No		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
80	P306_3	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: GUARDERÍA CUNA MÁS/WAWA WASI?		N	1
			1: Sí 2: No		
81	P306_4	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUNA MÁS?		N	1
			1: Sí 2: No		
82	P306_5	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: BECA 18?		N	1
			1: Sí 2: No		
83	P306_6	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: PENSIÓN 65?		N	1
			1: Sí 2: No		
84	P306_7	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: COMEDOR POPULAR?		N	1
			1: Sí 2: No		
85	P306_8	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: VASO DE LECHE?		N	1
			1: Sí 2: No		
86	P306_9	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: JUNTOS?		N	1
			1: Sí 2: No		
87	P306_10	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)?		N	1
			1: Sí 2: No		
88	P306_11	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: OTRO?		N	1
			1: Sí 2: No		
89	P306_11_O	¿ES USTED BENEFICIARIO/A DEL PROGRAMA SOCIAL: OTRO? ESPECIFIQUE		A	100



**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
90	P307	¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA CON EL QUE APRENDIÓ HABLAR EN SU NIÑEZ:		N	2
			1: Quechua? 2: Aimara? 3: Asháninka? 4: Awajún/Aguaruna? 5: Shipibo - Conibo? 6: Shawi/Chayahuita? 7: Matsigenka/Machiguenga? 8: Achuar? 9: Otra lengua nativa u originaria? 10: Castellano? 11: Portugués? 12: Otra lengua extranjera? 13: Lengua de señas peruanas 14: No escucha/Ni habla		
91	P307_O	¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA CON EL QUE APRENDIÓ HABLAR EN SU NIÑEZ: OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA_ESPECIFIQUE		A	100
92	P308	¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO NIVEL Y GRADO O AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ?		N	2
			1: Sin nivel 2: Educación Inicial 3: Primaria incompleta 4: Primaria completa 5: Secundaria incompleta 6: Secundaria completa 7: Básica Especial 8: Sup. no universitaria incompleta 9: Sup. no universitaria completa 10: Sup. universitaria incompleta 11: Sup. universitaria completa 12: Postgrado		
93	P308_ANIO	¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ? AÑO		N	1
94	P308_GRADO	¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ? GRADO		N	1
95	P308_CE	¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ? CENTRO DE ESTUDIOS		N	1
			1: Estatal 2: No estatal		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
96	P309	¿SABE LEER Y ESCRIBIR?		N	1
			1: Sí 2: No		
97	P309A	PARA TODAS LAS PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD, QUE CIRCULÓ 1 EN RESPUESTA ESPONTÁNEA...RESPUESTA CON CARTILLA DE LECTURA		N	1
			1: Sí 2: No 3: No se aplicó cartilla		
98	P310	ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGUNA INSTITUCIÓN O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?		N	1
			1: Sí 2: No		
99	P311	¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?		N	2
			1: Inicial 2: Primaria incompleta 3: Secundaria incompleta 4: Básica Especial 5: Sup. no universitaria incompleta 6: Sup. universitaria incompleta 7: Postgrado		
100	P311_ANIO	¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?...AÑO		N	1
101	P311_GRADO	¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?...GRADO		N	1
102	P311_CE	¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?...CENTRO DE ESTUDIOS		N	1
			1: Estatal 2: No estatal		
103	P312	POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS, ¿USTED SE SIENTE O CONSIDERA:		N	2
			1: Quechua? 2: Aimara? 3: Nativo o indígena de la Amazonia? 4: Perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario? 5: Negro, moreno, zambo, mulato/pueblo Afroperuano o afrodescendiente? 6: Blanco? 7: Mestizo? 8: Otro? 9: No sabe		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
104	P312_O	POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS, ¿USTED SE SIENTE O CONSIDERA: OTRO_ESPECIFIQUE		A	100
105	P313	¿USTED PERTENECE O SE CONSIDERA PARTE DE UN PUEBLO INDÍGENA?		N	1
			1: Sí 2: No 3: No sabe		
106	P314	¿A QUÉ PUEBLO INDÍGENA PERTENECE? ESPECIFIQUE:		A	100
107	P315	EN LOS PRÓXIMOS 12 MESES DE..... A....., ¿CREE USTED QUE PODRÍA SER VÍCTIMA DE ALGÚN HECHO DELICTIVO?		N	1
			1: Sí 2: No 3: No sabe		
108	P316	¿CUÁL DE ESTAS ALTERNATIVAS DEFINE MEJOR SU ORIENTACIÓN SEXUAL?		N	2
			1: Heterosexual 2: Homosexual (gay o lesbiana) 3: Bisexual 4: Pansexual 5: Asexual 6: Otra 7: Ninguna 8: No responde/No contesta 9: No sabe		
109	P316_O	¿CUÁL DE ESTAS ALTERNATIVAS DEFINE MEJOR SU ORIENTACIÓN SEXUAL? OTRA_ESPECIFIQUE		A	100
110	P317	¿CUÁL DE ESTAS ALTERNATIVAS DEFINE MEJOR SU IDENTIDAD DE GÉNERO?		N	1
			1: Mujer 2: Hombre 3: Mujer trans/Trans femenina 4: Hombre trans/Trans masculino 5: Otra 6: Ninguna 7: No responde/No contesta 8: No sabe		

**CAPÍTULO 300C: DISCAPACIDAD, EMERGENCIAS MÉDICAS, PROGRAMAS SOCIALES, EDUCACIÓN, AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA, PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO (Para todas las edades)**

Nro.	Nombre del Campo	Descripción	Valor	Tipo	Longitud
111	P317_O	¿CUÁL DE ESTAS ALTERNATIVAS DEFINE MEJOR SU IDENTIDAD DE GÉNERO? OTRA_ESPECIFIQUE		A	100
112	P204	¿ES MIEMBRO DEL HOGAR?		N	2
			1: Sí 2: No		
113	P205	¿SE ENCUENTRA AUSENTE DEL HOGAR 6 MESES O MÁS?		N	2
			1: Sí 2: No		
114	P206	¿ESTÁ PRESENTE EN EL HOGAR 6 MESES O MÁS?		N	2
			1: Sí 2: No		
115	P207	SEXO		N	2
			1: Hombre 2: Mujer		
116	P208_A	¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE? AÑOS		N	4
117	P208_B	¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE? MESES		N	4
118	REGIONNATU	REGIÓN NATURAL		A	1
			1: Costa 2: Sierra 3: Selva		
119	FACTOR	FACTOR DE EXPANSIÓN ANUAL		N	12