SEGUNDA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN VENEZOLANA QUE RESIDE EN EL PAÍS

II ENPOVE 2021 - 2022

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO.

DOC.ENPOVE.01

SEGMENTO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA	TIPO DE SELECCIÓN

¿Es una vivienda de reemplazo?	Anote el Nº de Selección de la vivienda que reemplaza
SÍ.....1 →	
NO.....2	

CUESTIONARIO N°	CUESTIONARIO ADICIONAL
	1

UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	
4. CENTRO POBLADO	

UBICACIÓN MUESTRAL	
5. ZONA N°	
6. MANZANA_ ID	
7. VIVIENDA Nº	

8. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA *(Para tipo de vía seleccione sólo un código)*

Tipo de Vía: Avenida..... 1 Jirón.....2 Calle..... 3 Pasaje.....4 Carretera .....5 Prolongación..... 6 Otro (especifique)7

Nombre de Vía	N° de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Nº de Teléfono

9. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA

10. HOGAR N°

INICIE LA ENTREVISTA CON EL/LA JEFE/A DEL HOGAR

Sr./a: Si HOGAR es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.

¿CUÁNTOS HOGARES OCUPAN ESTA VIVIENDA? ☐

11. NOMBRES Y APELLIDOS DEL/LA JEFE/A DEL HOGAR	NOMBRE		APELLIDOS PATERNO	APELLIDOS MATERNO

12. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITA	ENTREVISTADOR/A						SUPERVISOR/A DE CAMPO			
	FECHA	HORA		PRÓXIMA VISITA		RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	HORA		RESULTADO DE LA VISITA (*)
		DE	A	FECHA	HORA			DE	A	
Primera										
Segunda										
Tercera										
Cuarta										

13. RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA	
Fecha:	
Resultado:	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. COMPLETA	4. AUSENTE	7. NUNCA VIVIÓ ALGUNA PERSONA VENEZOLANA EN LA VIVIENDA	1. VERIFICACIÓN DE LA MUESTRA Y/O SUPERVISIÓN PRESENCIAL
2. INCOMPLETA	5. VIVIENDA DESOCUPADA	8. LA PERSONA VENEZOLANA SE MUDÓ DE LA VIVIENDA _____	2. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
3. RECHAZO	6. NO SE INICIÓ LA ENTREVISTA	9. OTRO (Especifique.) _____	3. REVISIÓN DEL CUESTIONARIO

14. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI	NOMBRE Y APELLIDOS
ENTREVISTADOR/A:		
SUPERVISOR/A LOCAL:		
COORDINADOR/A:		
SUPERVISOR/A NACIONAL:		

15. EN ESTE HOGAR, ¿VIVE ALGUNA PERSONA QUE LLEGÓ DE VENZUELA?(Por lo menos una persona de nacionalidad venezolana)	16. TOTAL DE PERSONAS REGISTRADAS EN EL CAP II	17. TOTAL DE PERSONAS REGISTRADAS EN EL CAP II, QUE MIGRARON DE VENEZUELA	18. TOTAL DE PERSONAS VENEZOLANAS DE 0 A 17 AÑOS	19. TOTAL DE PERSONAS VENEZOLANAS DE 3 A 17 AÑOS	20. TOTAL DE PERSONAS VENEZOLANAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
Si.....1 → Nº de personas ☐					
No.....2 → Pase a P21					

Si en P15, marcó código 2 (No), concluya la entrevista con P21.

21. LA VIVIENDA SELECCIONADA ES PARTE DE UN:		
	Hotel, hostal 1	Vivienda particular _____ 3
	Albergue.....2	Otro establecimiento_____4 (especifique)

OBSERVACIONES:

I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DE LA VIVIENDA

POR OBSERVACIÓN DIRECTA

101. TIPO DE VIVIENDA:
(Observe la vivienda y seleccione solo un código)

Casa independiente 1
Departamento en edificio 2
Vivienda en quinta 3
Vivienda en casa de vecindad (callejón, solar o corralón) . 4
Choza o cabaña 5
Vivienda improvisada 6
Local no destinado para habitación humana 7
Otro _____ 8
(Especifique)

102. ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERIORES ES:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

Ladrillo o bloque de cemento? 1
Piedra, sillar con cal o cemento? 2
Adobe? 3
Tapia? 4
Quincha (caña con barro)? 5
Piedra con barro? 6
Madera (pona, tornillo, etc.)? 7
Triplay/calamina/estera? 8
Otro material? _____ 9
(Especifique)

103. ¿EL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PREDOMINANTE EN LOS TECHOS ES:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

Concreto armado? 1
Madera? 2
Tejas? 3
Planchas de calamina, fibra de cemento o similares? 4
Caña o estera con torta de barro o cemento? 5
Triplay/estera/carrizo? 6
Paja, hojas de palmera, etc.? 7
Otro material? _____ 8
(Especifique)

104. ¿EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS ES:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

Parquet o madera pulida? 1
Láminas asfálticas, vinílicos o similares? 2
Losetas, terrazos o similares? 3
Madera (pona, tornillo, etc.)? 4
Cemento? 5
Tierra? 6
Otro material? _____ 7
(Especifique)

105. ¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE LA VIVIENDA, SIN CONTAR EL BAÑO, LA COCINA, LOS PASADIZOS Y GARAGE?

Nº de habitaciones [ ]

106. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SE USAN EXCLUSIVAMENTE PARA DORMIR?

Nº de habitaciones exclusivas para dormir: [ ]

DATOS DEL HOGAR

107. LA VIVIENDA QUE OCUPA ES:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

¿Alquilada? 1
¿Propia, totalmente pagada? 2
¿Propia, por invasión? 3
¿Propia, comprándola a plazos? 4
¿Cedida por otro hogar? 5
¿Cedida por el centro de trabajo? 6
¿Cedida por otra institución? 7
¿Otra? _____ 8
(Especifique)

108A. EL AGUA QUE UTILIZAN EN EL HOGAR ¿PROCEDE PRINCIPALMENTE DE:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

Red pública, dentro de la vivienda? 1
Red pública, fuera de la vivienda,
pero dentro de edificio? 2
Pilón o pileta de uso público? 3
Camión-cisterna u otro similar? 4
Otra? _____ 5
(*Especifique*)

108B. EL BAÑO O SERVICIO HIGIÉNICO QUE TIENE SU HOGAR ¿ESTA CONECTADO A:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

Red pública de desagüe dentro de la vivienda? 1
Red pública de desagüe fuera de la vivienda, pero dentro del edificio? 2
Letrina (con tratamiento)? 3
Pozo séptico, tanque séptico o biodigestor? 4
Otra? _____ 5
(Especifique)

108C. ¿CUÁL ES EL TIPO DE ALUMBRADO QUE TIENE SU HOGAR:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

Electricidad? 1
Petróleo/gas (lámpara)? 2
Vela? 3
Generador? 4
Otro? _____ 5
(Especifique)
NO UTILIZA 6

I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DE LA VIVIENDA

108D. SU HOGAR, ¿CUENTA CON SERVICIO DE INTERNET?
(*Considere que un hogar cuenta con servicio de internet, si alguno de los miembros del hogar tiene un celular Smartphone con contrato de internet o servicio de internet cableado o inalámbrico)*

Si 1

No 2

109. EN SU HOGAR, ¿LA ENERGÍA O COMBUSTIBLE QUE UTILIZA PARA COCINAR LOS ALIMENTOS ES:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione solo un código)

Electricidad? 1

Gas (balón GLP)? 2

Gas natural (Sistema de tuberías)? 3

Otro? _____ 4
(Especifique)

NO COCINAN 5

110. SU HOGAR TIENE:

	SI	NO
1. ¿Televisor a color?	1	2
2. ¿Cocina a gas?	1	2
3. ¿Licuadora?	1	2
4. ¿Plancha eléctrica?	1	2
5. ¿Computadora / laptop / tableta?	1	2
6. ¿Teléfono celular?	1	2
7. ¿Teléfono fijo?	1	2
8. ¿Radio?	1	2
9. ¿Refrigeradora/congeladora?	1	2
10. ¿Lavadora de ropa?	1	2
11. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2
12. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2
13. ¿Otro? _____ (Especifique)	1	2

111. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE ..... A ..... ¿HAN TENIDO QUE CAMBIAR DE VIVIENDA?

Sí ..... 1 → **111A. ¿Cuántas veces?** _____

No 2

ESCALA DE EXPERIENCIA EN INSEGURIDAD ALIMENTARIA

112. EN EL MES ANTERIOR ..... ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO ADULTO (DE 18 AÑOS Y MÁS EDAD) DE SU HOGAR,
(mes anterior)
DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS HA PASADO POR LAS SITUACIONES SIGUIENTES:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione un código para cada una de ellas)

	SI	NO
1. Se han sentido muy preocupados por no tener suficientes alimentos para comer?	1	2
2. Pudieron comer alimentos saludables y nutritivos o de su preferencia?	1	2
3. Comió solo unos pocos tipos de alimentos?	1	2
4. Tuvo que saltarse una comida por falta de alimentos?	1	2

	SI	NO
5. Comió menos de lo que pensaba que debería/n comer?	1	2
6. Su hogar se quedó sin alimentos?	1	2
7. Tenía hambre, pero no comía por no tener suficiente dinero para alimentarse?	1	2
8. Estuvo sin comer durante un día entero?	1	2

OBSERVACIONES

Informante N°		II. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR

201.	202.		203.	204.		205.		PARA 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD		PARA 14 AÑOSY Y MÁS DE EDAD		PARA TODAS LAS PERSONAS		SOLO PARA MIGRANTES VENEZOLANOS/AS, MENORES DE 18 AÑOS (DE 0 A 17 AÑOS) QUE EN P208 TIENEN MARCADO EL CÓDIGO 1 "SI"														
N°de Orden	¿CUÁL ES EL PRIMER NOMBRE Y APELLIDO DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR Y DE LAS QUE ESTÁN ALOJADAS AQUÍ? *(No olvide registrar a los miembros del hogar ausentes y recién nacidos)*		¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL/LA JEFE/A DEL HOGAR? Jefe/a del hogar.....1 Esposo/a o compañero/a.....2 Hijo/a o hijastro/a...3 Yerno/nuera.....4 Nieto/a.....5 Padres/suegros.....6 Hermano/a.....7 Otro pariente.....8 Trabajado r/a del hogar.....9 Pensionista ..... 10 Otro no pariente.. 11	SEXO		¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? Solo para menores de 1 año		206. ACTUAL-MENTE, ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL? Conviviente.....1 Casado/a .....2 Viudo/a.....3 Divorciado/a.....4 Separado o Ex conviviente .5 Soltero/a 6		207. ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE CELULAR? El Nº es.....1 No quiso dar Nº .2 No tiene .....3 No sabe 4		208. ¿MIGRÓ DE VENEZUELA? Sí..... 1 No..... 2 Concluya la entrevista con esta persona		209. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU PADRE? (Marque código 1 o 2, según corresponda),					210. ¿EN ESTE HOGAR VIVE SU MADRE? (Marque código 1 o 2, según corresponda),					Solo si en p209 y p210 marcó código 2 (No), en ambas preguntas 211. ¿QUÉ PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO? Hermano .....1 Abuelo/a .....2 Tío/a .....3 Otro _____ 4 (Especifique)		
	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	CÓDIGO	H	M	AÑOS	MESES	CÓDIGO	COD.	Nº CELULAR	SÍ	NO	SÍ	Nº Orden (Colum.201)	NO	¿En qué país vive?				SÍ	Nº Orden (Colum.201)	NO	¿En qué país vive?				Nº Orden (Colum. 201)	Nombre	¿Qué relación de parentesco tiene con el menor?
1			1	1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
2				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
3				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
4				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
5				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
6				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
7				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
8				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
9				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
10				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
11				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
12				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			
13				1	2						1	2	1		2	1	2	3	4	1		2	1	2	3	4			

ENTREVISTADOR/A: *Verifique y tenga en cuenta para la* ***pregunta 208:***

- *Para todas las personas que tengan diligenciado el código 1, es decir que* ***Migraron de Venezuela, continúe con la entrevista.***
- ***Por excepción, marque el código 1, para los hijos/as de venezolanos que nacieron en el Perú.***
- *Para todas las personas que en esta pregunta tienen diligenciado el* ***código 2. Concluya la entrevista con esta persona (miembro del hogar).***

¿EN QUÉ PAÍS VIVE? Códigos a registrar:

Perú.....1 Otro país 3
Venezuela .....2 Falleció/No sabe.....4

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

III. SITUACIÓN MIGRATORIA (Para todas las personas)

301. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

DÍA		MES		AÑO			

302. ¿CUÁL ES SU PAÍS DE NACIMIENTO?

_____
(Especifique)

303. ¿EN QUÉ MES Y AÑO INGRESÓ A PERÚ POR ÚLTIMA VEZ?

MES		AÑO	

304. ¿POR QUÉ CIUDAD INGRESÓ A PERÚ LA ÚLTIMA VEZ?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Tumbes 1
Tacna 2
Iñapari (Madre de Dios) 3
Lima - Aeropuerto 4
Otro lugar _____ 5
(Especifique)

305. LA ÚLTIMA VEZ QUE INGRESÓ A PERÚ, ¿REGISTRÓ SU ENTRADA EN UN PUESTO DE CONTROL MIGRATORIO?

Sí .....1 No 2

306. ¿QUÉ DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE SU PAÍS TIENE CON USTED?
*(Espere la respuesta y seleccione **uno o más códigos**)*

Cédula de identidad vigente 1
Cédula de identidad vencida 2
Pasaporte vigente 3
Pasaporte vencido 4
Certificado o partida de nacimiento 5
Otro _____ 6
(Especifique)
NO TIENE NINGÚN DOCUMENTO 7

307. ¿ACTUALMENTE, QUÉ TIPO DE PERMISO MIGRATORIO TIENE PARA ESTAR EN PERÚ?
*(Espere la respuesta y seleccione **un código**)*

Carné de Permiso Temporal de Permanencia (CPP).. 1
Carné de extranjería por calidad migratoria humanitaria(CMH) 2
Carné de extranjería por PTP 3
Carné de extranjería por vulnerabilidad 4
Carné de extranjería por familiar de residente 5
Carné de extranjería para trabajador 6
Carné de extranjería por refugiado 7
Otro tipo de carné de extranjería _____ 8
(Especifique)
Permiso Temporal de Permanencia (PTP) 9
Permiso Temporal de Permanencia (PTP) vencido .. 10
Visa humanitaria que no fue canjeada por carné de extranjería, pero fue prorrogada 11
Turista vigente 12
DNI 13
Otro tipo de permiso _____ 14
(Especifique)

Pase a 308

NO CUENTA CON UN PERMISO MIGRATORIO..... 15

307A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO CUENTA CON PERMISO MIGRATORIO PARA ESTAR EN PERÚ?
*(Espere la respuesta y seleccione **un código**)*

No me enteré de que existían estas posibilidades 1
No tengo documentación 2
Tengo multa y no he podido cancelarla 3
No tengo alternativas migratorias 4
No tengo los medios electrónicos para ingresar a la Plataforma de Migraciones 5
No tengo interés en tramitarlo/solicitarlo 6
Otro _____ 7
(Especifique)

308. ¿USTED, HA SOLICITADO REFUGIO?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Sí, solicité refugio, decisión pendiente 1
Sí, solicité, pero abandoné mi solicitud.....2
Sí, soy refugiado reconocido, con carné de extranjería 3
Sí, pero fue denegada 4

Pase 310

No solicité refugio 5

309. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO HA SOLICITADO REFUGIO?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

No tengo información/no sé qué es 1
No sé cómo hacerlo 2
Lo intenté, pero la plataforma no funciona..... 3
Lo intenté, pero no recibieron mi solicitud 4
Me dijeron que no era necesario 5
Problemas económicos 6
Lejanía de oficina migratoria 7
No he necesitado ..... 8 → **¿Por qué motivo?**
(Marque una alternativa)
Cuenta con Carné Extranjería 1
Cuenta con DNI 2
Otro (Especifique).....3

Otro _____ 9
(Especifique)

310. ¿EN QUÉ ESTADO DE VENEZUELA VIVÍA PERMANENTEMENTE ANTES DE INICIAR SU VIAJE?

Estado:_____

Municipio:_____

311. USTED, ¿PIENSA QUEDARSE A VIVIR EN PERÚ?

Sí .....1 → Pase a 313
No 2

312. DE NO QUEDARSE EN PERÚ, ¿A QUÉ PAÍS PIENSA CONTINUAR SU VIAJE?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Chile 1
Argentina 2
Otro país _____ 3
(Especifique)
Regresar a Venezuela 4

1

Para personas de 12 años y más de edad

313. USTED, ¿DEJÓ EN VENEZUELA, PARTE DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR CON QUIENES VIVÍA?

Sí .....1 →
No .....2 ↓ **Pase a Cap. IV**

¿A quiénes dejó en Venezuela? (Relación de parentesco)	Sexo Hombre.....1 Mujer.....2		Edad (Años cumplidos)	¿Piensa traer a sus familiares en los próximos 12 meses?	
(código)	H	M		Si	No
	1	2		1	2
	1	2		1	2
	1	2		1	2
	1	2		1	2

Papá..... 1
Mamá 2
Esposo/a o compañero/a 3
Hijo/a o hijastro/a 4
Yerno/nuera 5
Nieto/a 6
Suegros 7
Hermano/a.....8
Otro/a pariente 9

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

IV. SALUD (Para todas las personas)

401. ¿EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD AL CUAL USTED ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE, ES:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione uno o más códigos)

ESSALUD?..... 1
Seguro Privado de Salud?..... 2
Seguro Integral de Salud – SIS? 3
Otro?_____ 4
(Especifique)
NO ESTÁ AFILIADO..... 5

402. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí 1
No .....2 → **Pase a 405**

403. ¿QUÉ ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO PADECE?
(Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

Artritis 1
Hipertensión 2
Asma 3
Reumatismo 4
Diabetes 5
Tuberculosis 6
Colesterol 7
Enfermedad pulmonar 8
Cáncer 9
Alteraciones de salud mental 10
Enfermedad del corazón 11
VIH/SIDA 12
Otras infecciones de transmisión sexual 13
Otro_____ 14
(Especifique)

404. ¿RECIBE USTED TRATAMIENTO EN EL PERÚ PARA LA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO QUE PADECE?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Sí, con la frecuencia necesaria 1
Sí, pero no con la frecuencia necesaria..... 2
NO RECIBE TRATAMIENTO..... 3

1

405. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL ..... AL ....., ¿PRESENTÓ USTED ALGÚN/A:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione uno o más códigos)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.)? 1
Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2
Recaída de enfermedad crónica?..... 3
Accidente? 4
Molestia o problema como: depresión, miedo, enojo, ansiedad, estrés, etc.? 5
Embarazo?..... 6
NO TUVO ENFERMEDAD, SÍNTOMA, RECAÍDA, ACCIDENTE ..... 7 → **Pase a 408**

406. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?
(Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

Centro de Salud MINSA.....1
Centro de atención ESSALUD.....2
Consultorio particular.....3
Clínica particular 4
} **Pase a 408**
Farmacia o botica 5
Se automedicó.....6
Otro _____ 7
(Especifique)
NO BUSCÓ ATENCIÓN 8

407. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?
(Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

No tuvo dinero..... 1
Se encuentra lejos 2
Demora mucho en atender 3
No confía en los médicos..... 4
No era tan grave/no fue necesario..... 5
No tiene seguro 6
Se automedicó, repitió receta anterior..... 7
Falta de tiempo 8
Por maltrato de personal de salud..... 9
Por falta de documentos..... 10
Temor por su situación migratoria 11
No confía en las prácticas de salud y parto..... 12
Otro _____ 13
(Especifique)

DISCAPACIDAD

A continuación, le haré algunas preguntas para saber si Usted presenta alguna limitación o dificultad PERMANENTE, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

408. ¿TIENE USTED LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione un código para cada una de ellas)

	SI	NO
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando lenguaje de señas u otro?	1	2
4. Oír, aun usando audífonos?	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	1	2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2

ENTREVISTADOR/A**: Si en **pregunta 408,** alguna de las alternativas tiene marcado el código 1, **continúe con 409,** caso contrario **pase a 410:

409. ¿QUE PERSONA DEL HOGAR ES RESPONSABLE DE SU CUIDADO?:

CAPÍTULO II		*¿Qué relación de parentesco tiene con el responsable de su cuidado?*
Nº DE ORDEN	*NOMBRE Y APELLIDO*	
		Padre/madre ....1 Esposo/a ....2 Abuelo/a ....3 Suegro/a ....4 Tío/a ....5 Otro _____6 (Especifique)

SOY RESPONSABLE DE MI CUIDADO.....1

COVID 19

Sr(a), ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos en relación a la COVID_19, para saber si padece o padeció de esta enfermedad y recibió atención para su recuperación.

410A. ¿SE HA VACUNADO USTED CONTRA LA COVID-19?

Sí ..... 1 → **410B. ¿Qué número de dosis le aplicaron?**
(Marque una alternativa)
Primera dosis.....1
Segunda dosis.....2
Tercera dosis.....3

No 2

410. ¿USTED TUVO O TIENE LA COVID-19?

Si tiene.....1 No tiene..... 3
Si tuvo.....2 No sabe..... 4
} **Pase a 413**

411. ¿LE REALIZARON ALGUNA PRUEBA PARA DESCARTAR LA COVID - 19?

Sí .....1 No 2

412. ¿USTED RECIBIÓ ATENCIÓN POR LA COVID - 19?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Si, Consulta en Centro de Salud MINSA/Centro de atención ESSALUD 1
Si, consulta en consultorio particular o clínica particular 2
Sí, me hospitalicé 3
No fue necesario consulta ni hospitalización 4
Necesité, pero no recibí atención médica u hospitalización 5

Para niños/as menores de 5 años de edad (0 a 4 años)

413. EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES DE..... A... ¿EL/LA NIÑO/A MENOR DE 5 AÑOS DE SU HOGAR:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione un código para cada una de ellas)

	SI	NO
1. Tuvo control de crecimiento y desarrollo?	1	2
2. Recibió vacunas?	1	2
3. Recibió consejería (presencial o por teléfono o similar)?	1	2
4. Recibió suplemento de hierro?	1	2

NO HAY NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS..... 5

Para mujeres de 12 a 49 años de edad

414. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, DE ..... A ..... ¿ESTUVO EMBARAZADA?

Si..... 1
No 2
No hay mujeres de 12 a 49 años.... 3
} **Pase a 417**

415. ¿TUVO ALGÚN CONTROL PRENATAL?

Si..... 1 No ..... 2 → **Pase a 417**

416. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA REALIZAR EL CONTROL PRE NATAL?
(Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

Centro de Salud MINSA..... 1
Centro de atención ESSALUD..... 2
Consultorio particular..... 3
Clínica particular 4
Otro _____ 5
(Especifique)
No sabe 6

Para personas de 15 años y más de edad

Sr(a): Ahora me gustaría conversar con usted sobre salud sexual y reproductiva; es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una persona puede usar para evitar un embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual.

417. ¿HA TENIDO USTED O SU PAREJA ACCESO A:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione un código para cada una de ellas)

	SI	NO	No conoce	Diligencie solo si en la alternativa 1 marcó el código 1 417.A. ¿Qué método anticonceptivo utiliza Usted o su pareja: (Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)
1. Métodos anticonceptivo?	1	2	3	Esterilización femenina.....1 Esterilización masculina (Vasectomía).....2 Píldora.....3 Inyección.....4 Implantes .....5 Condón .....6 Condón femenino.....7 Espumas, jaleas, óvulos (vaginales) .....8 Lactancia exclusiva (MELA) .9 Abstinencia periódica.....10 Retiro .....11 Anticoncepción oral de emergencia .....12 Otro _____ 13 (Especifique)
2. Prueba de VIH y otras infecciones de transmisión sexual?	1	2	3	
3. Educación y consejería sobre salud sexual y reproductiva?	1	2	3	
4. Otro servicio sobre salud sexual y reproductiva? _____ (Especifique)	1	2	3	

SOLO PARA EL JEFE/A DEL HOGAR

418. DE LAS PERSONAS QUE VIVÍAN PERMANENTEMENTE EN EL HOGAR ¿ALGUNA FALLECIÓ POR COVID-19?

Sí ..... 1 →
No 2

418A. ¿La persona era venezolana?
Sí.....1 No 2

1

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

V. EDUCACIÓN (Para personas de 3 años y más de edad)

501A. EL ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS QUE APROBÓ, LO REALIZÓ EN:

¿Venezuela? 1
¿Perú?.....2 → **Pase a 501B**
Sin nivel educativo.....3 → **Pase a 503**

501. EN VENEZUELA ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIOS QUE APROBÓ?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Sin nivel 1
Preescolar 2
Educación Básica Incompleta 3
Educación Básica Completa..... 4
Educación Media Diversificada Incompleta..... 5
Educación Media Diversificada Completa 6
} **Pase a 503**

Técnico Superior Incompleta 7
Técnico Superior Completa 8
Superior Universitaria Incompleta..... 9
Superior Universitaria Completa..... 10
Maestría/ Doctorado 11
} **Pase a 502**

501B. EN PERÚ ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?

Sin nivel..... 1
Educación inicial 2
Primaria incompleta 3
Primaria completa 4
Secundaria incompleta..... 5
Secundaria completa 6
Básica especial 7
} **Pase a 503**

Superior No universitaria incompleta 8
Superior No universitaria completa 9
Superior Universitaria incompleta……..10
Superior Universitaria completa…… .11
Maestría/Doctorado……12

502. ¿CUÁL ES LA CARRERA SUPERIOR UNIVERSITARIA O NO UNIVERSITARIA QUE USTED ESTUDIA O HA ESTUDIADO?

_____
(Especifique)

503. EL AÑO 2020, ¿ESTUVO INSCRITO/MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR EN PERÚ?

Sí.....1 No .....2 → **Pase a 505**

504. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTIÓ EL AÑO 2020?
(Espere la respuesta)

	Año	Grado	Centro Estudios	
			Estatal	No Estatal
Educación Inicial 1			1	2
Primaria 2			1	2
Secundaria 3			1	2
Básica especial 4			1	2
Superior no universitaria ...5			1	2
Superior universitaria 6			1	2
Maestría/Doctorado 7			1	2

505. EL AÑO 2021, ¿ESTUVO INSCRITO/MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR A DISTANCIA O PRESENCIAL EN PERÚ?

Sí ..... 1 No ..... 2 → **Pase a 510**

506. EL AÑO 2021, ¿ASISTIÓ A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR A DISTANCIA O PRESENCIAL EN PERÚ?

Sí ..... 1 No ..... 2 → **Pase a 510**

506A. ¿EN QUÉ MODALIDAD?
(Marque una alternativa)
Presencial 1
Remota 2
Mixta 3

507. ¿CUÁL ES EL AÑO O GRADO DE ESTUDIOS EN EL QUE ESTUVO INSCRITO/MATRICULADO O ASISTIENDO?
(Espere la respuesta)

	Año	Grado	Centro Estudios	
			Estatal	No Estatal
Educación Inicial 1			1	2
Primaria 2			1	2
Secundaria 3			1	2
Básica especial 4			1	2
Superior no universitaria ...5			1	2
Superior universitaria 6			1	2
Maestría/Doctorado 7			1	2

Para personas de 3 a 17 años de edad

508. A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO ACCEDIÓ AL CONTENIDO DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O "CLASES A DISTANCIA"
(Lea cada alternativa y seleccione uno o más códigos)

¿Televisión?..... 1
¿Radio/equipo de sonido?..... 2
¿Plataforma virtual /página Web (Computadora o Tablet o celular)? 3
¿Otros? _____ 4
(Especifique)

1

509. ¿QUÉ DIFICULTADES TUVO CON LAS CLASES DEL PROGRAMA "APRENDO EN CASA" O CLASES A DISTANCIA?
(Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

No hubo quien acompañe al niño/a mientras veía el programa (Falta de tiempo) 1
Pocos equipos (computadora, laptop, celular, etc.) en casa para todos 2
La conexión de internet o plan datos era mala o inestable 3
Su paquete de internet o plan de datos era limitado, no pudo comprar más 4
El profesor no interactuaba continuamente con el niño/a 5
Era complicado para el niño/a o para los padres acceder al programa/plataforma virtual 6
Otras _____ 7
(Especifique)
NO TUVO DIFICULTADES 8

Para todas las personas

Solo Si en Pgta. 503, marcó código 1, diligencie Pgta. 510

510. EL RESULTADO QUE OBTUVO EL AÑO 2020 FUE:

¿Aprobado? 1
¿Desaprobado? 2
¿Retirado? 3
¿Otro? _____ 4
(Especifique)
¿No aprueba, ni desaprueba (inicial)? 5

Para personas de 3 a 25 años de edad
(Que en el año 2021 NO asistieron a un centro de educación básica o superior)

511. ¿CÚAL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE NO ESTUVO MATRICULADO O NO ASISTIÓ A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Problemas económicos 1
Estuve trabajando/ayudando a la familia en el trabajo 2
Desconocimiento del sistema educativo (no sabía cómo acceder) 3
No tenía documentos 4
No tuvo computadora, laptop, Tablet o teléfono celular ... 5
No tenia TV o radio 6
No tenía acceso a internet o plan de datos 7
No conocía sobre el programa "Aprendo en casa" 8
No me interesa/no me gusta el estudio 9
Se dedicó a los quehaceres del hogar 10
No consiguió vacante, no lo aceptaron, no sabía el procedimiento de la matricula 11
Otra razón _____ 12
Especifique

Solo si la persona respondió el código 10 u 11 en 501

512. ¿OBTUVO USTED EL TÍTULO QUE ACREDITE SUS ESTUDIOS?

Sí 1
No ..... 2 → **Pase a 515**

513. ¿HA HOMOLOGADO SU TÍTULO EN PERÚ?

Sí ..... 1 → **Pase a 515**
No 2

514. ¿POR QUÉ NO HA HOMOLOGADO SU TÍTULO?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

No conozco el procedimiento 1
No traje mis diplomas 2
No tengo dinero 3
Otra razón _____ 4
(Especifique)

Para personas de 14 años y más de edad

ETNICIDAD

515. POR SUS COSTUMBRES Y SUS ANTEPASADOS, ¿USTED SE SIENTE O SE CONSIDERA:
(Entregue la tarjeta Nº 1, espere la respuesta y seleccione solo un código)

Negro/a? 1
Afrodescendiente? 2
Moreno/a? 3
Blanco/a? 4
Mestizo? 5
Otro? _____ 6
(Especifique)
NO SABE 7

ORIENTACIÓN SEXUAL
Sr(a): Orientación Sexual, es la capacidad de sentir atracción emocional, afectiva y sexual por personas del género opuesto (varón o mujer), de su mismo género o varios géneros.

516. DE ACUERDO A SU ORIENTACIÓN SEXUAL ¿USTED ACTUALMENTE SE CONSIDERA:
(Entregue la tarjeta Nº 2, espere la respuesta y seleccione solo un código)

Heterosexual? 1
Gay? 2
Lesbiana? 3
Bisexual? 4
Pansexual? 5
Asexual? 6
Otro? _____ 7
(Especifique)
NO SABE 8

OBSERVACIONES

1

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

VI. EMPLEO (Para personas de 5 años y más de edad)

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

601. LA SEMANA PASADA, DEL ..... AL ..... ¿TUVO ALGÚN TRABAJO? (sin contar los quehaceres del hogar)

Sí 1
No .....2 → **Pase a 603**

602. EL TRABAJO QUE REALIZÓ LA SEMANA PASADA, DEL ..... AL ....., ¿FUE A CAMBIO DE UN PAGO O GANANCIA EN DINERO O ESPECIE? (Como pago en especie considere el pago en alimentos crudos o preparados, ropa, transporte, vivienda, entre otros.)

Sí *1*
No *2*
} **Pase a 609**

603. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí .....1 → **Pase a 606**
No 2

604. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí .....1 → **Pase a 606**
No 2

605. LA SEMANA PASADA REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

	Si	No
1. ¿Trabajando en un negocio propio o de un familiar?....	1	2
2. ¿Ofreciendo algún servicio?.....	1	2
3. ¿Haciendo algo en casa para vender?.....	1	2
4. ¿Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, entre otros?.....	1	2
5. ¿Realizando alguna labor artesanal?.....	1	2
6. ¿Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?	1	2
7. ¿Trabajando para un hogar particular?.....	1	2
8. ¿Fabricando algún producto?.....	1	2
9. ¿Realizando labores remuneradas en la chacra o cuidado de animales?.....	1	2
10. ¿Ayudando a un familiar de su hogar, sin remuneración?.....	1	2
11. ¿Ayudando con el empleo de algún miembro de su hogar?.....	1	2
12. ¿Otra? _____ (Especifique)	1	2

1

A. **ENTREVISTADOR/A:** Verifique la pregunta **605**.

Si todas las alternativas tienen circulado el código 2 → ***Pase a 626***

De lo contrario → **Pase a 609**

606. LA SEMANA PASADA DEL ..... AL ....., ¿POR QUÉ ESTUVO AUSENTE DEL TRABAJO?

Turno de trabajo, horario flexible, naturaleza del trabajo 1
Vacaciones, días feriados..... 2
Enfermedad, dolencia, accidente..... 3
Licencia por maternidad, paternidad..... 4
} **Pase a 609**
Licencia por estudios o capacitación 5
Otra licencia personal (cuidar de la familia, obligaciones cívicas) 6
Suspensión temporal, menos clientes, pausa en el trabajo 7
Mal clima, desastres naturales 8
Huelga o conflicto laboral..... 9
Discapacidad de larga duración..... 10
Trabajo de temporada..... 11
Otro _____ 12
(Especifique)

607. ¿SIGUE RECIBIENDO INGRESOS POR SU TRABAJO DURANTE ESTA AUSENCIA?

Sí .....1 → **Pase a 609**
No 2

608. TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL TIEMPO QUE USTED ESTUVO AUSENTE, ¿REGRESARÁ AL MISMO EMPLEO O NEGOCIO:

En 3 meses o antes? 1
Después de 3 meses? 2
No está seguro de regresar **(NO LEER)**.....3

OCUPADOS

OCUPACIÓN PRINCIPAL

609. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?

_____
(Especifique)

610. ¿QUÉ TAREAS REALIZÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

_____
_____
(Especifique)

611. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

_____
(Especifique)

612. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:

¿Empleador o patrono? 1
¿Trabajador independiente? 2
} **Pase a 614**
¿Empleado u obrero?.....3
¿Ayudante en un negocio de la familia? 4
¿Ayudante en el empleo de un familiar?.....5
} **Pase a 614**
¿Trabajador del hogar?.....6
¿Aprendiz/practicante remunerado? 7
¿Practicante sin remuneración?.....8

613. USTED, ¿HA FIRMADO ALGÚN CONTRATO LABORAL O BRINDÓ ALGÚN COMPROBANTE DE PAGO POR SUS SERVICIOS?

Sí .....1 No 2

614. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:

Hasta 20 personas? 1
De 21 a 50 personas? 2
De 51 a 100 personas? 3
De 101 a 500 personas? 4
Más de 500 personas? 5
} [ ] ***Nº de personas***

615. LA SEMANA PASADA, DEL ..... AL ..... ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL Y EN SUS OCUPACIONES SECUNDARIAS? (DÍA POR DÍA)

Ocupación principal

Dom.	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vie.	Sáb.

Ocupación/es secundaria/s ***Total de horas***

Dom.	Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vie.	Sáb.	

616. EN TOTAL UD. TRABAJÓ___ HORAS LA SEMANA PASADA. ¿NORMALMENTE TRABAJA ESAS HORAS A LA SEMANA?

Sí .....1 → **Pase a 617**
No 2

616A.NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA EN TODAS SUS OCUPACIONES?

[ ] ***Número de Horas***

617. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA TRABAJAR MÁS HORAS DE LAS QUE NORMALMENTE TRABAJA?

Sí 1
No .....2 → **Pase a (B)**

618. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR MÁS HORAS?

Sí .....1 No 2

(B) **ENTREVISTADOR/A:** *Verifique pregunta **612.***
Igual a 4 o 5 → ***Pase a (D)***
Diferente de 4 o 5 → ***Continúe con 619***

619. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO BUSCANDO OTRO TRABAJO?

Sí ..... 1 No 2

(C) **ENTREVISTADOR/A:** *Verifique pregunta **612.***
Igual a 1 o 2 → ***Pase a Pgta. 623***
Igual a 3, 6, 7 u 8 → ***Continue con P620***

DEPENDIENTES

620. LA SEMANA PASADA, ¿HA REALIZADO SU TRABAJO:

De manera presencial, en su centro de trabajo, todos los días laborales, como de costumbre? 1
De manera presencial, en su centro de trabajo, solo algunos días laborales? 2
Realizando trabajo mixto (presencial algunos días Laborales y trabajo remoto desde su domicilio)? 3
Desde su domicilio, realizando trabajo remoto todos los días laborales (usando una computadora, laptop, entre otros)?..... 4
Por teletrabajo? 5
Estaba de vacaciones, licencia, descanso médico, entre otros? 6
Otra modalidad? _____ 7
(Especifique)

INGRESO POR TRABAJO

INGRESO DE LA OCUPACION PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE

621. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿LA FRECUENCIA CON QUE A USTED LE PAGAN ES:
(Lea cada alternativa y seleccione solo un código)

Diario?..... 1
Semanal?..... 2
Quincenal?..... 3
Mensual? 4
No recibió pago alguno..... 5 → **PASE A 625**

622. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL SIN DESCUENTOS EN EL/LA ..... ANTERIOR, INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC.?

	En dinero		En especie
S/.	[ ] (En enteros)	S/.	[ ] (En enteros)

INGRESO DE LA OCUPACION PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE (Solo para empleador o patrono / trabajador independiente)

623. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CUÁL FUE SU GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR? (Si solo recibe ingreso en especie valorícelo)

	En dinero		En especie
S/.	[ ] (En enteros)	S/.	[ ] (En enteros)

NO SABE / NO TIENEN GANANCIA 1

1

INGRESO DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

624. EN SU/S OCUPACIÓN/ES SECUNDARIA/S, ¿CUÁL FUE SU INGRESO EN EL MES ANTERIOR?

	En dinero		En especie
S/.		S/.	
	(En enteros)		(En enteros)

SIN REMUNERACIÓN *1*
NO TUVO ACTIVIDAD SECUNDARIA *2*

625. EL CENTRO DE TRABAJO DONDE DESEMPEÑA SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿ESTÁ UBICADO:

Aquí, en este distrito? 1

En otro distrito? ..... 2 →

Distrito: _____

Provincia: _____

Departamento: _____

D. ENTREVISTADOR /A: *Transcriba código de la Pregunta **612:***

[ ] → *Si es diferente a 4 o 5* → **Pase a E**

*Igual a 4, transcriba el total de horas de pregunta **615:***

[ ] → *Si es menor de 15 horas* → *continúe con **626***

Si es 15 a más horas → **Pase a 634**

Igual a 5 continúe con la P626

E. ENTREVISTADOR/A: *Si **607=2 y 608=2 o 3,** entonces:*

[ ] → *Si la respuesta coincide con alguna de las condiciones señaladas* → *Continúe con **626***

Si la respuesta es diferente → **Pase a 634**

DESOCUPADOS

626. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL ..... AL ....., ¿HIZO ALGO PARA CONSEGUIR TRABAJO?

Sí ..... 1 No 2

627. LA SEMANA PASADA, ¿HIZO ALGO PARA CONSEGUIR TRABAJO?

Sí ..... *1* → **Pase a 632**
No *2*

628. ¿QUÉ ESTUVO HACIENDO LA SEMANA PASADA:

Hizo trámites, buscó local, gestionó préstamos para establecer su propio negocio? 1
Reparando sus activos (local, máquina, equipo)? .. 2
} **Pase a 633**

Esperando el inicio de un trabajo dependiente (como obrero, empleado o trabajador del hogar)? . 3
Estudiando? 4
Quehaceres del hogar? 5
Vivía de su pensión o jubilación u otras rentas? 6
Enfermo o incapacitado? 7
Otro? _____ 8
(Especifique)

629. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA UD. TRABAJAR?

Sí *1*
No ..... *2* → **Pase a 635**

630. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR?

Sí *1*
No ..... *2* → **Pase a 635**

631. ¿POR QUÉ NO BUSCÓ TRABAJO?

No hay trabajo 1
Se cansó de buscar 2
Por su edad 3
Falta de experiencia 4
Sus estudios no le permiten 5
Los quehaceres del hogar no le permiten 6
Razones de salud 7
Falta de capital 8
Espera los resultados de una búsqueda anterior 9
Por el Covid-19 (para evitar contagio, por ser vulnerable, entre otros) 10
Otro _____ 11
(Especifique)
} **PASE A 635**

Ya encontró trabajo ..... 12 → **PASE A 633**
Si buscó trabajo 13

632. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ HIZO PARA CONSEGUIR TRABAJO? (Acepte una o más alternativas)

Consultó:

Empleador / patrono 1
Agencia de empleo 2
Bolsa de trabajo de Instituciones públicas 3
Bolsa de trabajo de Instituciones privadas 4
Amigos y/o parientes 5
Diarios, revistas o anuncios 6
Envío su currículum vitae a empresas o instituciones 7
Publicó avisos en diarios, revistas o anuncios 8
Buscó clientes o pedidos 9
Otro _____ 10
(Especifique)

Registre el código de la gestión más importante [ ]

633. ¿CUÁNTAS SEMANAS HA ESTADO BUSCANDO TRABAJO, SIN INTERRUPCIONES?

Número de semanas [ ]

SOLO PARA EL JEFE/A DEL HOGAR

ENTREVISTADOR/A, verifique Capítulo II, pregunta 205.

- Si registró personas menores de 18 años de edad aplique 634, caso contrario pase a 635.

634. ¿CON QUIÉN DEJA A LOS/LAS MENORES <u>DE EDAD DEL HOGAR</u>, CUANDO ESTA TRABAJANDO O BUSCANDO TRABAJO?

(Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

Con familiares y parientes 1
En la cuna del colegio 2
Con amigos/as 3
Con vecinos/as 4
Se los lleva al trabajo 5
Se quedan solos 6
Otro _____ 7
(Especifique)

1

Para personas de 5 años y más de edad

TRABAJO EN PERÚ

635. USTED, ¿HA TRABAJADO EN PERÚ O HA DESEMPEÑADO ALGUNA ACTIVIDAD SIN RECIBIR EL PAGO ACORDADO?
(Espere la respuesta y seleccione solo un código)

Sí, recibió menos de lo establecido 1
Sí, no recibió pago alguno 2
No 3
No sabe 4
PREFIERE NO RESPONDER..... 5

TRABAJO ANTERIOR

636. EN VENEZUELA, ¿TENÍA USTED TRABAJO ANTES DE INICIAR SU VIAJE?

Sí 1
No ..... 2 → **Pase a 638**

637. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?

_____
(Especifique)

Para personas de 14 años y más de edad

Sr(a): AHORA VAMOS HABLAR DE SUS INGRESOS NO LABORALES

638. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE ..... A ..... ¿RECIBIÓ INGRESOS POR CONCEPTO DE:
(Seleccione solo un código para cada alternativa)

	SI	NO	Frecuencia				Monto S/.
			Mensual	Bimestral	Semestral	Anual	
a. Pensión de divorcio, alimentos y/o jubilación?	1	2	1	2	3	4	
b. Arrendamientos de casas, maquinarias, vehículos?	1	2	1	2	3	4	
c. Ingresos financieros?	1	2	1	2	3	4	
d. Otros ingresos?	1	2	1	2	3	4	

ENVÍO DE REMESAS

639. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿USTED HA ENVIADO REMESAS/DINERO A:
(Seleccione solo un código para cada alternativa)

	SI	NO	Medios de envío			Frecuencia	Monto S/.
			Transferencias bancarias y/o agencia de envío	Personas independientes	Otro	Diario .....1 Mensual..... 4 Semanal.....2 Bimestral... 5 Quincenal ...3 Trimestral...6 Otro 7	¿0 – 100 soles? .....1 ¿101 – 200 soles? .....2 ¿201 – a más soles?.....3
a. Venezuela?	1	2	1	2	Otro _____ 3 (Especifique)		
b. Otro país?.....	1	2	1	2	Otro _____ 3 (Especifique)		

OBSERVACIONES

1

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

VII. DISCRIMINACIÓN (Para personas de 5 años y más de edad)

701. USTED, ¿SE HA SENTIDO DISCRIMINADO DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ?

Sí 1
No .....2 → **Pase a 705**

702. ¿POR QUÉ MOTIVO SE HA SENTIDO DISCRIMINADO?
(Entregue la tarjeta Nº 3, espere la respuesta y acepte una o más alternativas)

Género 1
Orientación sexual 2
Condición migratoria (no tiene papeles, ilegal.) 3
Condición socioeconómica 4
Nacionalidad 5
Raza y forma de hablar 6
Otro _____ 7
(Especifique)

703. USTED, ¿EN QUÉ LUGARES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO?
(Acepte una o más alternativas)

En su centro de trabajo 1
En la Institución Educativa 2
En el establecimiento de salud 3
En las Instituciones de Justicia 4
En la calle/lugares públicos 5
En el transporte público (bus, colectivo, Metro de Lima, Corredor azul, Metropolitano, etc.) 6
En las oficinas de Migración 7
En las oficinas de la Cancillería 8
En tu comunidad/barrio 9
Otro lugar _____ 10
(Especifique)

704. ¿POR QUIÉN/ES SE HA SENTIDO DISCRIMINADO?
(Acepte una o más alternativas)

Persona de su país 1
Jefe o supervisores o compañeros de trabajo 2
Servidor público 3
Fuerzas del orden 4
Vecino/a 5
Arrendatario 6
Extraño/a 7
Compañeros de colegio 8
Otro _____ 9
(Especifique)

705. EN GENERAL, ¿SIENTE USTED QUE LA DISCRIMINACIÓN DURANTE LA PANDEMIA (DESDE EL 16 DE MARZO DEL 2020):
(Lea cada alternativa y seleccione solo un código)

Ha aumentado? 1
Ha disminuido? 2
Sigue igual? 3
} **Pase a 707**

1

706. ¿POR PARTE DE QUIEN/ES HA INCREMENTADO LA DISCRIMINACIÓN?
(Acepte una o más alternativas)

Persona de su país 1
Jefe o supervisores o compañeros de trabajo 2
Servidor público 3
Fuerzas del orden 4
Vecino/a 5
Arrendatario 6
Extraño/a 7
Compañeros de colegio 8
Otro _____ 9
(Especifique)

707. EN LA COMUNIDAD O BARRIO DONDE VIVE, ¿PARTICIPA USTED EN ASOCIACIONES O ESPACIOS DE REUNIÓN COMUNITARIOS, COMO:
(Lea cada una de las alternativas y seleccione uno o más códigos)

Iglesia? 1
Junta de vecinos? 2
Asociaciones de padres? 3
Asociación de venezolanos? 4
Asociación de refugiados? 5
Grupos juveniles? 6
Grupos deportivos? 7
Otra institución? _____ 8
(Especifique)
NO PARTICIPA 9

708. AHORA LE VOY A LEER ALGUNAS ORACIONES, SOLO DEBE DECIRME SI ESTÁ DE ACUERDO O NO:
(Lea cada alternativa y seleccione un código)

	¿Está de acuerdo?	
	Si	No
1. Me siento identificado/a con la sociedad y/o cultura peruana	1	2
2. Me siento como un extraño/a en Perú	1	2
3. Me siento aislado/a por la sociedad y/o cultura peruana	1	2

709. ¿CUÁLES SERÍAN LAS TRES PRINCIPALES NECESIDADES, QUE NO ESTÁN SIENDO CUBIERTAS EN SU HOGAR HOY EN DÍA?
(Espere la respuesta y seleccione solo tres principales necesidades)

Alimentos 1
Acceso a salud 2
Asistencia para regularizar la situación migratoria y/o estatus de refugiado 3
Generación de ingresos/empleo 4
Educación y capacitación 5
Artículos no alimentarios (ropa/cuidado personal, etc.) 6
Alojamiento 7
Acceso a servicios de agua y/o desagüe 8
Reunificación familiar 9
Esparcimiento y diversión 10
Otra necesidad _____ 11
(Especifique)

SUS NECESIDADES YA ESTÁN CUBIERTAS 12

Persona N°		Nombre:	Informante N°	

VIII. GÉNERO Y VICTIMIZACIÓN (Para personas de 18 años y más de edad)

801. ¿EN SU HOGAR, QUIÉN DECIDE CÓMO SE GASTA PRINCIPALMENTE EL DINERO?

Entrevistado/a 1
Esposo/a o compañero/a 2
Ambos 3
Alguien más en el hogar 4
Entrevistado/a y alguien más 5

802. DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ, ¿CONOCE DE ALGUNA PERSONA VENEZOLANA QUE HAYA SIDO VÍCTIMA DE:

	SI	NO	CÓDIGO
1. Maltrato físico?	1	2	
2. Maltrato psicológico?	1	2	
3. Violencia sexual?	1	2	

802A. SABE USTED ¿QUIÉN LLEVÓ A CABO EL MALTRATO? (Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

Cónyuge / pareja 1
Otros familiares 2
Jefes o supervisores /compañeros de trabajo 3
Servidor público 4
Servidor privado 5
Fuerzas del orden 6
Un extraño 7
Otro _____ 8
(Especifique)

A. ***ENTREVISTADOR/A, verifique pregunta 802:***
- *Si seleccionó el código 1 en la alternativa 3 (Violencia sexual),* ***continúe con 803.***
- *Si seleccionó el código 2 en las 3 alternativas,* ***pase a 806.***

803. ¿USTED SABE SI ESTA PERSONA, QUE SUFRIÓ VIOLENCIA SEXUAL, ACUDIÓ A ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN PARA PEDIR AYUDA?

Sí ..... 1 No ..... 2 → **Pase a 805**

804. USTED SABE, ¿A QUIÉN O A DÓNDE RECURRIÓ?
(Entregue la Tarjeta Nº 4, espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

Esposo/a o compañero/a 1
Padre o madre 2
Familiar 3
Amigo/a o vecino/a 4
Iglesia 5
Comisaría 6
Juzgado/Fiscalía 7
Establecimiento de salud 8
DEMUNA 9
Centro de Emergencia Mujer – CEM/MIMP 10
Defensoría del pueblo 11
Organización privada 12
ONG 13
Otro _____ 14
(Especifique)

805. USTED SABE, ¿PORQUÉ NO PIDIÓ AYUDA LA PERSONA QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL?
(Espere la respuesta y seleccione uno o más códigos)

No sabía a donde ir/no conoce los servicios 1
De nada sirve 2
Miedo a las consecuencias 3
Vergüenza 4
No tenía acceso por ser venezolano/a 5
Falta de recursos económicos 6
Falta de tiempo 7
Miedo a ser enviado de vuelta a Venezuela 8
No sabe 9

806. EN SU OPINIÓN, ¿LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA (FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SEXUAL) SON:
(Lea cada alternativa y seleccione un código)

Más frecuentes que antes de la COVID-19? 1
Menos frecuentes que antes de la COVID-19? 2
Igual de frecuentes que antes de la COVID-19? 3

807. DESDE QUE LLEGÓ A PERÚ, ¿SABE O CONOCE DE ALGUNA PERSONA VENEZOLANA QUE SE HA VISTO EN LA NECESIDAD DE TENER SEXO A CAMBIO DE ALGÚN BIEN O SERVICIO?

Sí ..... 1 No 2

TIPO DE ENTREVISTA

Presencial ..... 1 →
Telefónica 2
Otro _____ 3
(Especifique)

Fue entrevistado en:
Su vivienda? 1
Centro de trabajo? 2
Otro lugar? _____ 3
(Especifique)

RESULTADO DE LA ENTREVISTA DE LA PERSONA

1. COMPLETA	6. TIMBRA PERO NO CONTESTA	10. TELÉFONO EQUIVOCADO
2. INCOMPLETA	7. TELÉFONO FUERA DE SERVICIO	11. NO HAY COBERTURA DE RED
3. RECHAZO…(Especifique)	8. TELÉFONO NO EXISTE	12. NO TIENE NÚMERO DE TELÉFONO
4. AUSENTE	9. TELÉFONO NO DISPONIBLE	13. OTRO… (Especifique).....
5. TELÉFONO APAGADO		

AGRADECIMIENTO

Agradezco a usted la oportunidad de colaborar con esta investigación de gran importancia para la integración de la población migrante en la sociedad peruana. La información recolectada se mantendrá privada y confidencial. Muchas gracias.

Email:

1

OBSERVACIONES