

INE

51
 REPUBLICA DE HONDURAS
 DESPACHO DE LA PRESIDENCIA
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
 ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES DE PROPOSITOS MULTIPLES

FORMA DE
 CARACTER CONFIDENCIAL
 Los datos individuales serán
 estrictamente confidenciales
 Decreto 86-2000, art.31
 Julio 2000

I. IDENTIFICACION GEOGRAFICA Y MUESTRAL

REGION DEPTO. MUESTRA VIVIENDA NO. HOGAR No.
 MUNICIPIO:
 BARRIO O COLONIA _____
 LUGAR POBLADO: _____
 DIRECCION: _____ MANZANA VIVIENDA No.

¿Cuántos hogares hay en la vivienda? II. DATOS DE LA VIVIENDA

1. TIPO DE VIVIENDA
 1- Casa o apartamento independiente
 2- Rancho
 3- Cuarto en mesón o cuartería
 4- Barracón
 5- Casa improvisada
 6- Local no construido para habitación pero usada como vivienda
 7- Otro _____
 especifique _____

2. MATERIAL PREDOMINANTE EN LA CONSTRUCCION DE LAS PAREDES
 1- Ladrillo, piedra o bloque
 2- Adobe
 3- Madera
 4- Bahareque, vara o caña
 5- Desechos
 6- Otro _____
 especifique _____

3. MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO
 1- Ceramica
 2- Ladrillo de cemento
 3- Ladrillo de barro
 4- Plancha de cemento
 5- Madera
 6- Tierra
 7- Otro _____
 especifique _____

4. SERVICIO DE AGUA
 a. ¿De dónde proviene el agua que utiliza?
 1- Servicio público
 2- Servicio colectivo o privado
 3- Pozo malacate o con bomba
 4- Río, riachuelo, manantial, ojo de agua
 5- Otro _____
 Especifique _____
 b. ¿Cómo la obtiene?
 6- Dentro de la vivienda
 7- Fuera de la vivienda y dentro
 8- Fuera de la propiedad

5. SERVICIO SANITARIO
 a. ¿Qué tipo de servicio sanitario tiene?
 1- Inodoro conectado a red de alcantarilla
 2- Inodoro conectado a pozo séptico
 3- Letrina con cierre hidráulico
 4- Letrina con pozo séptico
 5- No tiene (pase a 6)
 b. ¿Es de uso individual o colectivo?
 7- Individual
 8- Colectivo

6. SERVICIO DE ELECTRICIDAD
 ¿Qué tipo de electricidad tiene?
 1- Suministro ENEE
 2- Planta colectiva
 3- Planta individual
 4- Energia solar
 5- No tiene.

7. TENENCIA DE LA VIVIENDA
 ¿En carácter de que ocupan esta vivienda?
 1- Propietario y está pagada totalmente
 2- Propietario y la está pagando } LPS Pago Mensual
 3- Alquilada
 4- Cedida sin pago
 5- Recuperada legalizada
 6- Recuperada sin legalizar

8. ¿EN QUE AÑO CONSTRUYO SU VIVIENDA?
 1- _____
 2- No sabe

9. ¿DESDE CUANDO VIVE EN ESTA VIVIENDA?
 1- Meses _____ (cantidad)
 2- Años _____ (cantidad)

10. SI EL TIEMPO QUE TIENE DE VIVIR EN ESTA VIVIENDA ES DESPUES DE 1998:
 ¿Su vivienda fue dañada por el huracán Mitch?
 1- SI 2- NO

11. CANTIDAD DE PIEZAS DE LA VIVIENDA
 a- ¿Cuántas piezas tiene esta vivienda? (incluya la cocina pero no el baño)
 b- ¿Cuántas piezas utilizan para dormir?

III. COMPOSICION DEL HOGAR

¿cuántas personas en total residen habitualmente en el hogar?

1	2	3	4	5	6	7
PN	RELACION	SEXO	EDAD	ESTADO	MADRE	
EU	CON EL JEFE			CIVIL ACTUAL		
RM	Relación con el jefe de cada miembro del hogar	código de sexo 1. Hombre 2. Mujer	Edad en años cumplidos, para menores de un año anote 00	Unión libre, casado, separado, divorciado, viudo, soltero o menor	código	No. De orden de la madre, 00 si no vive en el hogar
SE						
OR						
NO						
AS						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Miembros del hogar: Menores de 5 años De 5 años y más Total

IV. CONTROL DEL TRABAJO

A. RESULTADO DE LA ENTREVISTA	B. PERSONAL PARTICIPANTE	C. CONTROL DE VISITAS			
1- <input type="checkbox"/> Realizada	Enc. _____	No.	FECHA	HORA	RESULTADO
2- <input type="checkbox"/> Rechazada	Fir. _____	1			
3- <input type="checkbox"/> Personas ausentes	Coord. _____	2			
4- <input type="checkbox"/> Vivienda desocupada	Fir. _____	3			
5- <input type="checkbox"/> Vivienda no localizada					

V. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS (PARA 5 AÑOS Y MAS)

Nombre: _____ Autoinformante 1 <input type="checkbox"/> sí 2 <input type="checkbox"/> no No. Pers. Infor. <input type="text"/>	
No. de persona: <input type="text"/>	sexo: 1. <input type="checkbox"/> Hombre 2. <input type="checkbox"/> Mujer
Edad <input type="text"/>	Relación con el jefe <input type="text"/> Estado civil <input type="text"/>
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS
1. ¿DONDE NACIO? Depto. : <input type="text"/> <input type="text"/> Mpio. : <input type="text"/> <input type="text"/> Lugar poblado: <input type="text"/> <input type="text"/> País: <input type="text"/> <input type="text"/>	10. DURANTE LA SEMANA PASADA ¿REALIZO O AYUDO A REALIZAR ALGUN TRABAJO SIN PAGO EN UN NEGOCIO O EN LAS TIERRAS DE UN FAMILIAR U OTRA PERSONA? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 13) 2. <input type="checkbox"/> NO (Continúe con 11)
2. ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE VIVE EN ESTE LUGAR POBLADO? 1. <input type="checkbox"/> Siempre ha vivido aquí (pase a 4) 2. <input type="checkbox"/> Menos de un año 3. <input type="checkbox"/> Un año o más → <input type="text"/> cantidad de años	11. AUNQUE NO TRABAJO LA SEMANA PASADA, ¿TENIA EMPLEO, NEGOCIO EMPRESA O FINCA PROPIA, DEL CUAL ESTUVO AUSENTE (POR ENFERMEDAD, HUELGA, VACACIONES, ETC.) Y AL QUE ESPERA VOLVER? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (Pase a 19)
3. ¿EN QUE DEPARTAMENTO, MUNICIPIO Y LUGAR POBLADO VIVIO ANTES DE VIVIR EN ESTE LUGAR? (SI VIVIA EN EL EXTRANJERO ANOTE EL NOMBRE DEL PAIS) Depto: <input type="text"/> <input type="text"/> Mpio: <input type="text"/> <input type="text"/> Lugar poblado: <input type="text"/> <input type="text"/> País: <input type="text"/> <input type="text"/>	12. ¿PORQUE MOTIVO NO TRABAJO LA SEMANA PASADA? 1. <input type="checkbox"/> Mal tiempo 2. <input type="checkbox"/> Falta de materia prima, dinero etc. 3. <input type="checkbox"/> Huelga o paro 4. <input type="checkbox"/> Problemas familiares o de salud 5. <input type="checkbox"/> Vacaciones, estudio etc. 6. <input type="checkbox"/> Por estacionalidad 7. <input type="checkbox"/> Otro: _____ especifique
CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS	13. ¿TIENE OTRO TRABAJO ADEMÁS DE LA OCUPACION PRINCIPAL? 1. <input type="checkbox"/> SI _____ 2. <input type="checkbox"/> NO Ocupación secundaria _____
4. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO	14. ¿CUANTAS HORAS TRABAJO LA SEMANA PASADA? Ocupación principal <input type="text"/> Ocupación secundaria <input type="text"/> Total (Para uso de oficina) <input type="text"/>
5. ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO	15. ¿CUANTAS HORAS EN TOTAL TRABAJA NORMALMENTE POR SEMANA? Total de horas <input type="text"/>
6. ¿CUAL ES EL NIVEL MAS ALTO DE ESTUDIO QUE ESTA CURSANDO O QUE CURSO? Y ¿CUAL ES EL ULTIMO AÑO APROBADO EN ESE NIVEL? 1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Pre primaria 3. <input type="checkbox"/> Centro de alfabetización 4. <input type="checkbox"/> Primaria 1-6 5. <input type="checkbox"/> Secundaria 1-6 6. <input type="checkbox"/> Técnico formal 1-3 7. <input type="checkbox"/> Superior no universitaria 1-4 8. <input type="checkbox"/> Superior universitaria 1-8 9. <input type="checkbox"/> No sabe, no respondió Pase a 7 ultimo año aprobado <input type="text"/>	16. CUMPLIENDO CON SUS OBLIGACIONES DE TRABAJO, ESTUDIO Y OTROS QUEHACERES, ¿DESEA TRABAJAR MAS HORAS POR SEMANA, Y ESTA DISPONIBLE PARA HACERLO POR UN PAGO O INGRESO NORMAL? 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a 27A)
7. ¿EN EL MES ANTERIOR RECIBIO ENSEÑANZA O FORMACION PROFESIONAL? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 8) 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a 9)	17. ¿CUANTAS HORAS ADICIONALES ESTA DISPUESTO A TRABAJAR POR SEMANA? cantidad de horas <input type="text"/>
8. PRINCIPAL OBJETIVO Y HORAS RECIBIDAS EN EL MES ANTERIOR DE LA ENSEÑANZA O FORMACION PROFESIONAL 1. <input type="checkbox"/> Preparación Profesional en el marco estudiantil 2. <input type="checkbox"/> Enseñanza en el marco de fomento del empleo <input type="text"/> horas 3. <input type="checkbox"/> Formación continua en la empresa <input type="text"/> horas 4. <input type="checkbox"/> Por interés personal <input type="text"/> horas 5. <input type="checkbox"/> Otros objetivos <input type="text"/> horas	18. ¿POR QUE CAUSA NO TRABAJA NORMALMENTE MAS HORAS POR SEMANA? 1. <input type="checkbox"/> Por razones de salud 2. <input type="checkbox"/> Por razones familiares o personales 3. <input type="checkbox"/> Por que no consigue trabajo adicional 4. <input type="checkbox"/> Por otras razones: _____ (pase a 27A)
CONTINUE SOLO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS O MAS	19. DURANTE LA SEMANA PASADA ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIO NEGOCIO O FINCA? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 21) 2. <input type="checkbox"/> NO (cont. Con 20)
CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS	
9. DURANTE LA SEMANA PASADA ¿DEDICO UNA HORA O MAS A ALGUN TRABAJO O ACTIVIDAD, POR LA CUAL RECIBIO PAGO EN DINERO O EN OTRA FORMA U OBTUVO ALGUNA GANANCIA? 1. <input type="checkbox"/> SI (pase a 13) 2. <input type="checkbox"/> NO	

20. AUNQUE NO BUSCO TRABAJO NI TRATO DE ESTABLECER SU PROPIO NEGOCIO O FINCA, LA SEMANA PASADA, ¿HABIA BUSCADO O TRATADO EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES?

1. SI 2. NO (pase a 23)

21. ¿QUE HIZO PRINCIPALMENTE PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIO NEGOCIO O FINCA?

1. Hizo gestiones en empresas, oficinas, cooperativas etc.
 2. Hizo gestiones a través de amigos o familiares
 3. Buscó tierras para trabajar o local para empresa
 4. Hizo tramites, gestionó préstamos
 5. Otro: _____

especifique

22. ¿CUANTO TIEMPO TIENE DE ESTAR BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIO NEGOCIO O FINCA?

1. Menos de un mes }
 2. De un mes a un año } } pase a 26
 3. Mas de un año }
 cantidad de meses

23. ¿PORQUE NO BUSCO TRABAJO NI TRATO DE ESTABLECER SU PROPIO NEGOCIO O FINCA?

1. Se incorporará a un trabajo antes de un mes
 2. Tiene trabajo asegurado después de un mes
 3. Espera respuesta a gestiones
 4. Está esperando la siguiente temporada de trabajo
 5. Cree que no encontrara trabajo
 6. Dejó de buscar trabajo momentáneamente
 7. No tiene tierra ni capital
 8. No tiene tiempo para buscar trabajo
 9. No tiene necesidad de trabajar
 10. Otra razón: _____

especifique

24. ¿CUAL ES SU CONDICION ACTUAL?

1. Jubilado o pensionista
 2. Rentista
 3. Estudiante
 4. Realiza los quehaceres del hogar
 5. Incapacitado Permanentemente
 6. Incapacitado temporalmente
 7. Otros: _____

especifique

25. ¿DESEA TRABAJAR Y ESTA DISPONIBLE PARA HACERLO?

1. Si, ahora mismo }
 2. Si, en otra época del año } (fin)
 3. No }
 PERSONA

26. ¿HA TRABAJADO ANTES?

1. SI 2. NO (fin) PERSONA

27A. ¿CUAL ES EL NOMBRE DE LA OCUPACION, PUESTO O CLASE DE EMPLEO QUE DESEMPEÑO EN SU TRABAJO PRINCIPAL?

28A. ¿QUE PRODUCE O A QUE SE DEDICA PRINCIPALMENTE LA OFICINA, NEGOCIO, INDUSTRIA O FINCA DONDE REALIZA(O) SU OCUPACION PRINCIPAL? (si es cuenta propia anote el bien que produce, comercializa o el servicio que presta)

28B. ¿QUE NOMBRE RECIBE LA OFICINA, NEGOCIO, INDUSTRIA O FINCA DONDE TRABAJA(O)?

29. PARA OCUPADOS: ¿CUANTO TIEMPO TIENE DE TRABAJAR EN ESTE EMPLEO, NEGOCIO, INDUSTRIA O FINCA? (PARA CESANTES, ¿CUANTO TIEMPO TRABAJO EN SU ULTIMO EMPLEO, NEGOCIO, INDUSTRIA O FINCA?)

- | | |
|--|--|
| Para Ocupados | Para Cesantes |
| 1. <input type="checkbox"/> Menos de un año | 1. <input type="checkbox"/> Menos de un año |
| 2. <input type="checkbox"/> Un año o más | 2. <input type="checkbox"/> Un año o más |
| 3. <input type="checkbox"/> Cantidad de años | 3. <input type="checkbox"/> Cantidad de años |

30. ¿CUANTAS PERSONAS TRABAJAN PERMANENTEMENTE EN ESA OFICINA, NEGOCIO, INDUSTRIA O FINCA?

1. Menos de diez }
 2. Diez o más } } cantidad de personas no sabe

31. ¿CUAL ES ACTUALMENTE O ERA SU CATEGORIA OCUPACIONAL PRINCIPAL?

- | | |
|--|-------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero público | } pase a 32 |
| 2. <input type="checkbox"/> Empleado u obrero privado (excepto serv.dom.) | |
| 3. <input type="checkbox"/> Servicio doméstico | } pase a 34 |
| 4. <input type="checkbox"/> Miembro de cooperativa, asentamiento, grupo | |
| 5. <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia que no contrata mano de obra temporal | |
| 6. <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia que contrata mano de obra temporal | |
| 7. <input type="checkbox"/> Empleador o socio activo | |
| 8. <input type="checkbox"/> Trabajador familiar no remunerado (fin) | |

INGRESOS

32. ¿EN EL MES PASADO, CUANTO FUE SU INGRESO POR SUELDO, SALARIO O JORNAL?

- | | | |
|-----------|----------------------------|---------|
| Ocupación | 1. Mensual | } _____ |
| Principal | 2. Quincenal No. quincenas | |
| | 3. Semanal No. semanas | |
| | 4. Diario No. de días | |
| Total | _____ | |

33. EN EL MES PASADO, ¿RECIBIO POR SU TRABAJO PAGOS EN ESPECIE POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES RUBROS?

- | | | | |
|--------------------------------|-------|--------------------------------|---------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Si | _____ | 2. <input type="checkbox"/> No | alimentos |
| 1. <input type="checkbox"/> Si | _____ | 2. <input type="checkbox"/> No | ropa, calzado |
| 1. <input type="checkbox"/> Si | _____ | 2. <input type="checkbox"/> No | habitación |
| 1. <input type="checkbox"/> Si | _____ | 2. <input type="checkbox"/> No | transporte |
| 1. <input type="checkbox"/> Si | _____ | 2. <input type="checkbox"/> No | otros _____ |
- especifique

34. EN LOS ULTIMOS 6 MESES, ¿CUANTO FUE SU INGRESO PROMEDIO MENSUAL POR GANANCIA O BENEFICIOS COMO CUENTA PROPIA O COMO EMPLEADOR EN SU OFICINA, NEGOCIO, INDUSTRIA O FINCA?

- Ocupación principal _____
 Total (para uso de oficina) _____

35. EN LOS ULTIMOS 6 MESES, ¿RETIRO DE SU NEGOCIO, EMPRESA O FINCA PRODUCTOS PARA USO PROPIO O DE SU FAMILIA ? (productos agrícolas, alimentos etc.)

1. SI valor _____ 2. NO

27B. ¿CUALES SON LAS TAREAS O FUNCIONES PRINCIPALES QUE REALIZO EN ESE TRABAJO PRINCIPAL?

DIARREA

MODULO DE SALUD (PARA MENORES DE 5 AÑOS)

N U M E R O D E O R D E N	01. ¿EN LAS PASADAS DOS SEMANAS TUVO DIARREA?	02. ¿DONDE ATENDIERON AL NIÑO (A)?	03. ¿QUIEN ATENDIO AL NIÑO (A)?	04. ¿QUE LE DIO PARA CURAR LA DIARREA?
		1. Si 2. No → pase a 5	1. Hospital público 2. Centro de salud 3. Clínica / Hospital Privado 4. Consultorio / Médico particular 5. Farmacia 6. Su Casa 7. Otra Casa 8. Otro Lugar _____ Especifique	1. Médico 2. Enfermera/Auxiliar de enfermería 3. Responsable o promotor de salud 4. Naturista/ Curandero 5. Farmacéutico 6. Usted mismo 7. Otra persona

OBSERVACIONES

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (I.R.A.)

N U M E R O D E O R D E N	05. ¿EN LAS PASADAS DOS SEMANAS TUVO TOS, RESFRIO, GRIPE, BRONQUITIS O PULMONIA?	06. ¿DONDE ATENDIERON AL NIÑO (A)?	07. ¿QUIEN ATENDIO AL NIÑO (A)?	08. ¿QUE LE DIO O QUE HIZO PARA CURAR LA TOS, RESFRIO, GRIPE BRONQUITIS O PULMONIA?
		1. Tos, Resfrío o gripe 2. Bronquitis o pulmonía 3. No tuvo	1. Hospital público 2. Centro de salud 3. Clínica / Hospital Privado 4. Consultorio / Médico particular 5. Farmacia 6. Su Casa 7. Otra Casa 8. Otro Lugar _____ Especifique	1. Médico 2. Enfermera/Auxiliar de enfermería 3. Responsable o promotor de salud 4. Naturista/ Curandero 5. Farmacéutico 6. Usted mismo 7. Otra persona

OBSERVACIONES
