

MARQUE ASÍ: NO MARQUE ASÍ: ■

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z

Instituto Nacional
de Estadística
y Censos

indec

Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2021

CARÁCTER ESTRÁCTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley N° 17.622

BLOQUE DEL HOGAR (BH)

IDENTIFICACIÓN (ID)

Último dígito del N° en el listado:

UPS

Departamento

Código
de área

N° en el
listado

N°

Vivienda

N°

Cantidad
de hogares
en la vivienda

Persona
entrevistada

Provincia:

Localidad:

UBICACIÓN (UB)

N° en el listado	Manzana	Lado	Calle	Número	Piso	Dept./ Habitación	Tipo de vivienda	Descripción

Encuestador

Supervisor Sí (1) →

No (2)

Jefe de equipo

VISITAS EFECTUADAS AL HOGAR (VH)

Visita n°	Fecha	Hora	Nombre de usuario	Role	Resultado	Código de resultado
1	/ /	:				
2	/ /	:				
3	/ /	:				
4	/ /	:				
5	/ /	:				
6	/ /	:				
7	/ /	:				
8	/ /	:				
9	/ /	:				

1. RESPUESTA DEL HOGAR (RH)

Indique si el hogar es respondiente Sí (1)

No (2) → ATENCIÓN: registre la no respuesta en la contratapa (NRH).

2. DETECCIÓN DE VIVIENDAS Y HOGARES (DV) - (APLICAR SOLO AL PRIMER HOGAR)

Responde un miembro de 18 años y más por todos los miembros del hogar.

1 ¿Existen otras viviendas en esta misma dirección?

Sí (1)

No (2)

3 ¿En este/estos hogar/es hay ...

...servicio doméstico con cama adentro?

...pensionistas?

Sí (1) No (2)

(1) (2)

Atención: hay más de un hogar.

2 ¿Todas las personas que residen en esta vivienda comparten los gastos de comida?

Sí (1)

No (2) → Atención: hay más de un hogar.

4 Anote la cantidad de hogares que residen en esta vivienda.

Hogar: persona o grupo de personas, parientes o no, que habitan bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV) - (APLICAR SOLO AL PRIMER HOGAR)

1 **Tipo de vivienda** (*Se completa por observación*)

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----|
| Casa | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Rancho | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Casilla | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Departamento | <input type="checkbox"/> | (4) |
| Pieza en inquilinato | <input type="checkbox"/> | (5) |
| Pieza en hotel familiar o pensión | <input type="checkbox"/> | (6) |
| Local no construido para habitación | <input type="checkbox"/> | (7) |
| Otro (<i>especificar</i>)..... | <input type="checkbox"/> | (8) |

2 **¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene la vivienda en total?** (*Sin contar baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje*)

3 **¿Cuál es el material predominante de los pisos?**

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Cemento o ladrillo fijo | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Tierra o ladrillo suelto | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Otros (<i>especificar</i>)..... | <input type="checkbox"/> | (4) |

4 **¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?**

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| Cubierta asfáltica o membrana | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Baldosa o losa (<i>sin cubierta</i>) | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Pizarra o teja | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Chapa de metal (<i>sin cubierta</i>) | <input type="checkbox"/> | (4) |
| Chapa de fibrocemento o plástico | <input type="checkbox"/> | (5) |
| Chapa o cartón | <input type="checkbox"/> | (6) |
| Caña, tabla o paja con barro, paja sola | <input type="checkbox"/> | (7) |
| Ns./Nc.-depto. en propiedad horizontal | <input type="checkbox"/> | (8) |
| Otros (<i>especificar</i>)..... | <input type="checkbox"/> | (9) |

5 **En el techo, ¿tiene cielorraso/revestimiento interior?**

- Sí (1)
 No (2)
 Ns/Nc (99)

6 **¿Para cocinar, utiliza principalmente...**

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-----|
| ...gas de red? | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ...gas de tubo/garrafa? | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ...kerosene/leña/carbón? | <input type="checkbox"/> | (3) |
| ...electricidad? | <input type="checkbox"/> | (4) |
| ...otro? (<i>especificar</i>)..... | <input type="checkbox"/> | (5) |

7 **¿Tiene agua...**

- | | | |
|--|--------------------------|-----|
| ...por cañería dentro de la vivienda? | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ...fuera de la vivienda pero dentro del terreno? | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ...fuera del terreno? | <input type="checkbox"/> | (3) |

8 **¿Obtiene el agua a través de...**

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| ...red pública (<i>agua corriente</i>)? | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ...perforación con bomba a motor? | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ...perforación con bomba manual? | <input type="checkbox"/> | (3) |
| ...aljibe o pozo? | <input type="checkbox"/> | (4) |
| ...otro? (<i>especificar</i>)..... | <input type="checkbox"/> | (5) |

9 **¿Tiene baño/letrina?**

Sí (1)

No (2) → **Si hay más de un hogar, pase a P2 (HO).**
Si hay un solo hogar, pase a P3 (HO).

10 **¿El baño tiene...**

- | | | |
|--|--------------------------|-----|
| ...inodoro con botón/mochila/cadena y arrastre de agua? | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ...inodoro sin botón/mochila/cadena y arrastre de agua (<i>a balde</i>)? | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ...letrina (<i>sin arrastre de agua</i>)? | <input type="checkbox"/> | (3) |

11 **¿El desagüe del inodoro va...**

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----|
| ...a red pública (<i>cloaca</i>)? | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ...a cámara séptica y pozo ciego? | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ...solo a pozo ciego? | <input type="checkbox"/> | (3) |
| ...a hoyo/excavación en tierra? | <input type="checkbox"/> | (4) |

SI HAY UN SOLO HOGAR, PASE A P3 (HO).

SI HAY MÁS DE UN HOGAR, PASE A P1 (HO).

4. CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR (HO)

1 **El baño ¿es de uso exclusivo de este hogar?**

- Sí (1)
 No (2)

2 **¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo?** (*Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje*)

3 **¿Cuántos ambientes/habitaciones usan habitualmente para dormir?**

5. INGRESOS DEL HOGAR (IH)

1 ¿Cuál fue el ingreso total del hogar el último mes?
(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

\$ → **3**

Sin ingresos (2)

Ns/Nc (99)

2 **TARJETA 1 - LADO A**
 ¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso total mensual del hogar?
(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

1 a 10.500 <input type="checkbox"/>	(1)	55.001 a 65.000 <input type="checkbox"/>	(10)
10.501 a 18.000 <input type="checkbox"/>	(2)	65.001 a 75.000 <input type="checkbox"/>	(11)
18.001 a 23.000 <input type="checkbox"/>	(3)	75.001 a 85.000 <input type="checkbox"/>	(12)
23.001 a 28.000 <input type="checkbox"/>	(4)	85.001 a 95.000 <input type="checkbox"/>	(13)
28.001 a 33.000 <input type="checkbox"/>	(5)	95.001 a 110.000 <input type="checkbox"/>	(14)
33.001 a 37.000 <input type="checkbox"/>	(6)	110.001 a 130.000 <input type="checkbox"/>	(15)
37.001 a 43.000 <input type="checkbox"/>	(7)	130.001 a 160.000 <input type="checkbox"/>	(16)
43.001 a 48.000 <input type="checkbox"/>	(8)	160.001 y más <input type="checkbox"/>	(17)
48.001 a 55.000 <input type="checkbox"/>	(9)	Ns/Nc <input type="checkbox"/>	(99)

3 ¿Percibió algún ingreso en dinero o en especie en los últimos 3 meses por...

Sí No Ns/Nc

...Asignación Universal por Hijo? (1) (2) (99)

...otros planes sociales o programas del Estado? (1) (2) (99)

6. COMPONENTES DEL HOGAR (CH)

6. COMPONENTES DEL HOGAR (CH)

6. COMPONENTES DEL HOGAR (CH)

14

¿Está asociado/a a...

Marque con una cruz las opciones que correspondan

1. ...una obra social?
 2. ...PAMI?
 3. ...una prepaga a través de obra social?
 4. ...una prepaga por contratación voluntaria?
 5. ...un servicio de emergencia médica?
 6. ...un programa o plan estatal de salud?
 7. no está asociado a ninguna de las anteriores

99. Ns/Nc

ATENCIÓN

ATENCIÓN
Una vez completadas todas las preguntas
para todos los miembros del hogar

Miembros del hogar de hasta 13 años → Pase a (DC)

Miembros del hogar de 14 años y más → 15

15

¿(Nombre) necesita cuidado o ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, como por ejemplo comer, asearse, cuidar su salud o trasladarse?

incluye estar pendiente, pagar impuestos, hacer trámites, hacer las compras.

- 1. Sí → Incluir marca en la SOLAPA (DC) del cuestionario.**
2. No

Recuerde incluir la marca en la **SOLAPA** del cuestionario:

- Si hay personas de hasta **13 años** inclusive.
 - Si hay personas de **14 AÑOS Y MÁS** que **necesitan cuidado o ayuda** para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 99.

Anote código

A sheet of graph paper featuring a uniform grid of small, empty squares. The grid consists of 8 vertical columns and 16 horizontal rows, creating a total of 128 individual squares across the page.

7. SITUACIÓN LABORAL DE LOS MIEMBROS DE 14 AÑOS Y MÁS (SL)

<p>1</p> <p>La semana pasada, <i>(nombre)</i> trabajó al menos una hora (incluye changas/ayuda en un negocio familiar o fabricación de algo para vender)? (Sin contar las tareas de su hogar)</p> <p>1. Sí 2. No → 3</p>	<p>2</p> <p>¿Es un trabajo pago? (En dinero o en especie)</p> <p>1. Sí → 8 2. No</p>	<p>3</p> <p>¿La semana pasada no trabajó porque...</p> <p>1. ...no deseaba/no quería trabajar? 2. ...no podía trabajar? 3. ...no tenía/no conseguía trabajo? 4. ...no tuvo pedidos/clientes? 5. ...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió?</p>	<p>4</p> <p>¿Cuál es la razón principal por la que la semana pasada <i>(nombre)</i> no deseaba o no podía trabajar?</p> <p>1. Se dedica a las tareas del hogar 2. Tuvo que cuidar a algún familiar 3. Por otras razones</p>	<p>5</p> <p>¿No concurrió por...</p> <p>1. ...vacaciones, licencia? (enfermedades, matrimonio, embarazo, etc.) 2. ...pidió permiso para cuidar a algún familiar? 3. ...causas personales? (viajes, trámites, etc.) 4. ...huelga/conflicto laboral? 5. ...suspensión con pago? 6. ...suspensión sin pago? 7. ...otras causas laborales (mal tiempo, rotura de equipos, falta de materia prima, etc.) y volverá a lo sumo en un mes? 8. ...otras causas laborales (mal tiempo, rotura de equipos, falta de materia prima, etc.) y volverá en más de un mes?</p>
Anote código	Anote código	Anote código	Anote código	Anote código

7. SITUACIÓN LABORAL DE LOS MIEMBROS DE 14 AÑOS Y MÁS (SL)

<p>6</p> <p>En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/as o parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?</p> <p>1. Sí → [IV] 2. No</p>	<p>7</p> <p>¿Durante esos 30 días, no buscó trabajo porque...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ...está suspendido/a? 2. ...tiene un trabajo asegurado y comenzará pronto? 3. ...se dedica a las tareas de la casa? 4. ...tiene que cuidar a algún familiar? 5. ...se cansó de buscar/no cree poder encontrarlo? 6. ...por otras razones? ¿Cuáles? (especificar) <p>→ [IV]</p>	<p>8</p> <p>¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 35 horas semanales 2. Entre 35 y 45 horas semanales 3. Entre 46 y 50 horas semanales 4. Más de 50 horas semanales <p>99. Ns/Nc</p>	<p>9</p> <p>En la ocupación principal (si tiene más de una, aquella que habitualmente le lleva más horas), ¿(nombre) trabaja...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ...para su propio negocio/empresa/actividad? 2. ...como obrero/a o empleado/a para un patrón/empresa/institución? (incluye agencia de empleo) 3. ...como servicio doméstico? 4. ...como trabajador/a familiar sin pago? <p>→ [II]</p> <p>→ [IV]</p>
Anote código	Anote código	Anote código	Anote código

8. TRABAJO VOLUNTARIO DE LOS MIEMBROS DE 14 AÑOS Y MÁS (TV)

10

¿En ese negocio/
empresa/actividad
se emplean personas
asalariadas?

1. Sí
2. No

11

¿Por ese trabajo tiene
descuento jubilatorio?

1. Sí] ➔ **12**
2. No

12

¿Aporta por sí mismo
a algún sistema
jubilatorio?

1. Sí
2. No

1

En el último mes (*nombre*) ¿hizo algún trabajo de manera voluntaria sin recibir pago para una organización sin fines de lucro, para la comunidad o para una persona que no es de su familia y que habita fuera de su hogar?

Recuerde que el trabajo voluntario se lleva a cabo por libre elección y no tiene remuneración.

1. Sí
2. No
99. Ns/Nc

Anote código

Anote código

Anote código

Anote código

9. COMPONENTES DEL HOGAR DEMANDANTES DE CUIDADO (DC)

Solo para los miembros del hogar demandantes de cuidado, con marca en la columna DC de la solapa del cuestionario, es decir:

- TODOS los/las niños/as de 0 a 13 años (responde 0 a 13 en la pregunta 3 del Capítulo 6. COMPONENTES DEL HOGAR [CH]).
 - Personas de 14 años y más que necesitan cuidado o ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (responde "Sí" a la pregunta 15 del Capítulo 6. COMPONENTES DEL HOGAR [CH]).

ATENCIÓN

Se aplica a **CADA UNO** de los componentes demandantes de cuidado (DC).

Se entiende por cuidado:

Estar pendiente de ellos, darles de comer o asearlos, cuidar de su salud, acompañarlos o trasladarlos.

En el caso de los/las niños/as se considera también prepararlos para que vayan a la escuela, jugar y conversar, darles apoyo escolar y de aprendizaje, etc.

1 Habitualmente, excluyendo la escuela/colegio, ¿a (nombre) lo/la cuidan...

Lea **TODAS** las subpreguntas y registre la respuesta para cada una de ellas.

Registre el código de respuesta según corresponda:

Sí (1) No (2) o Ns/Nc (99)

1. ...un familiar de otro hogar que no recibe pago?
 2. ...otra persona que no recibe pago?
 3. ...una organización comunitaria/barrial?
 4. ...una institución del Estado (o centro de primera infancia/centro de día)?
 5. ...usted o algún miembro del hogar?

6. ...una persona o institución a quien se le paga?

7. Otro (especificar)

8. Nadie lo cuida (*solo si respondió "No" a todas las anteriores*)

|| ¿Este pago lo realiza...

Lea todas las categorías de respuesta y marque todas las opciones que correspondan.

Registre el código de respuesta según corresponda:

Si (1), No (2) o Ns/Nc (99)

1.usted o alguien de su hogar?
 2.un familiar de otro hogar?
 3.una obra social, mutual, sindicato?
 4.una prepaga?
 5.PAMI/un programa del Estado?
 6.otro? *(especificar)*

ATENCIÓN

Aplique cada una de las preguntas del capítulo DC a TODOS los miembros del hogar demandantes de cuidado. Si ya finalizó, pase al capítulo siguiente (AH).

Sí para todos los miembros registró “NO” (2) en la subpregunta 6 pase a (AH).

10. PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS A CARGO DEL HOGAR (AH)

1 ¿Alguna persona de 65 años y más que no viva aquí (en este hogar) demanda cuidado o ayuda de parte de alguna/s persona/s de este hogar?

Se entiende por cuidado: estar pendiente de ellos, cuidar de su salud, acompañarlos o trasladarlos; ayudarlos con la limpieza o la comida; ocuparse de su estadía en alguna institución para personas mayores (a nivel económico o personal), etc.

Sí (1)

No (2) → **(TD)**

Ns/Nc (99) → **(TD)**

3 Esta/s persona/s mayores, ¿tiene/n un cuidador/a que recibe pago?

Por ejemplo, un enfermero/a u otra persona a quien se le paga.

Si (1) → **4**

No (2) →

Si respondió "Sí" en la subpregunta 2.1 → **4**

Si respondió "No" o "Ns/Nc" en la subpregunta 2.1 → **(TD)**

2 ¿Esta o estas personas mayores...

Lea todas las subpreguntas y consigne la respuesta en cada una de ellas. Si hay más de una persona mayor que demanda cuidado o ayuda señale **TODAS** las opciones que correspondan.

Sí	No	Ns/Nc
2.1 ...vive actualmente en un hogar de ancianos o geriátrico? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ...vive en otro hogar? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 ...otro? (especificar) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió "Sí" a 2.2 → 3		
Si respondió "Sí" a 2.1 y "No" o "Ns/Nc" a 2.2 → 4		
Si respondió "No" o "Ns/Nc" a 2.1 y 2.2 → (TD)		

4 Del pago del cuidador/hogar de ancianos/geriátrico, ¿se hace cargo...

Lea todas las subpreguntas y consigne la respuesta en cada una de ellas. Si hay más de una persona mayor que demanda cuidado o ayuda señale **TODAS** las opciones que correspondan.

ATENCIÓN: NO PUEDE RESPONDER "NO" EN TODAS LAS OPCIONES.

Sí	No	Ns/Nc
4.1 ...la/s persona/s mayor/es? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ...este hogar? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 ...un familiar de otro hogar? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ...una obra social, mutual o sindicato? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 ...una prepaga? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 ...PAMI/un programa del Estado? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 ...otro? (especificar) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. HOGAR: ACTIVIDADES DE TRABAJO DOMÉSTICO (TD)

1 Habitualmente, el trabajo doméstico del hogar ¿lo realiza...

Se entiende por trabajo doméstico preparar y servir comida, limpiar la vivienda, la ropa o el calzado, mantener o hacer reparaciones menores en el propio hogar, administrar el hogar, hacer las compras, cuidar mascotas y plantas, etc. Se excluyen todas las actividades realizadas en los hogares cuyo resultado esté orientado a su venta en el mercado o por las cuales se obtiene una remuneración.

Lea todas las categorías y consigne "Sí" o "No" según corresponda en cada una de ellas.

Sí	No	Ns/Nc
1 ... un familiar miembro de otro hogar que no recibe pago? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... otra persona que no recibe pago (ya sea un vecino, amigo)? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... una persona a quien se le paga? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ... uno o más miembros de su hogar? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ...otro? (especificar) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SELECCIÓN DEL COMPONENTE PARA EL BLOQUE INDIVIDUAL (SC)

Anote aquí:

**Letra de orden
según edad**

Para personas de
14 años o más.

Comience con la letra **A**
a partir de la persona de
mayor edad y continúe.

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA TABLA: SOLO APLICAR A PERSONAS DE 14 AÑOS Y MÁS

1. Complete la columna que está a su izquierda, “**Letra de orden según edad**”, ordenando los componentes de 14 años y más según las indicaciones.
2. Complete el recuadro “**Total de personas en el rango**” con la cantidad de personas con posibilidad de selección para responder el Bloque Individual.
3. Luego, en la **fila superior** de la “**TABLA PARA SELECCIONAR LA PERSONA A ENCUESTAR**” tilde el número que figura en la etiqueta del Bloque del Hogar como “**Último dígito del N° de listado**”.
4. Tilde en la **columna “Total de personas en el rango”** de dicha tabla el número que anotó en el recuadro “**Total de personas en el rango**”.
5. Ubique la intersección de fila y columna. Marque con un círculo la letra asignada y observe a cuál de todos los miembros le corresponde la letra, entre las personas listadas de 14 años y más.
6. Marque con un círculo el **Nº de componente** seleccionado en la solapa del cuestionario.
7. Transcriba el número en el casillero del **CUADRO RESUMEN: N° de componente seleccionado de 14 años y más**.

**Total de personas
en el rango**

--	--

TABLA PARA SELECCIONAR LA PERSONA A ENCUESTAR

Total de personas en el rango	Último dígito del N° en el listado									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	B	A	B	A	A	B	A	A	B	B
3	A	C	C	B	B	A	B	B	A	C
4	B	A	A	C	C	B	D	C	D	A
5	C	B	E	D	A	E	A	D	C	B
6	F	D	B	A	E	C	E	A	F	D
7	E	C	D	G	G	F	C	B	B	A
8	D	G	A	E	C	D	B	F	H	C
9	G	E	H	C	B	I	H	D	A	F
10	A	H	F	B	D	J	G	C	I	E

CUADRO RESUMEN

1 N° de componente **SELECCIONADO** de 14 años y más

--

2 Ningún componente de 14 años y más

(88) → **FIN DE LA ENTREVISTA**

Antes de finalizar la entrevista aquí, indague si registró a todos los miembros del hogar.

BLOQUE INDIVIDUAL (MIEMBRO SELECCIONADO DE 14 AÑOS Y MÁS) (BI)

IDENTIFICACIÓN (ID)

Encuestador

Persona seleccionada

Jefe de equipo

Supervisor Sí (1) →

No (2)

VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (VH)

Visita nº	Fecha	Hora	Código	Resultado
1	/ /	:	/ /	
2	/ /	:	/ /	
3	/ /	:	/ /	
4	/ /	:	/ /	
5	/ /	:	/ /	
6	/ /	:	/ /	
7	/ /	:	/ /	
8	/ /	:	/ /	
9	/ /	:	/ /	

1. RESPUESTA INDIVIDUAL (RI)

1 Indique si el miembro seleccionado responde a la encuesta

Sí (1) → (UT)

No (2)

2 Razón de no respuesta

Ausencia (7) → FIN DE LA ENTREVISTA.
PASE A (TH).

Rechazo (8) _____

Otras causas (9) _____

FIN DE LA ENTREVISTA.
PASE A (TH)

3 Causa de no respuesta

Negativa rotunda (1)

Rechazo por portero eléctrico (2)

Se acordaron entrevistas que no se concretaron (3)

La encuesta demanda mucho tiempo (4)

No quiere hablar del tema (5)

Desconfía de qué van a hacer con los datos (6)

FIN DE LA ENTREVISTA.
PASE A (TH).

2. USO DEL TIEMPO: INTRODUCCIÓN (UT)

Esta encuesta nos permitirá conocer la vida cotidiana de personas de distintas edades y el tiempo que le dedican a las actividades que realizan dentro y fuera de los hogares (por ejemplo, el trabajo, las tareas domésticas, el cuidado de niños/as o personas mayores, el tiempo libre, etc.). Para eso, le preguntaré sobre las actividades que realizó ayer (mencionar día), y voy a guiarle para que podamos recordar qué fue lo que hizo en cada horario. Nos interesa todo lo que hizo. Todas las actividades son igual de importantes.

Encuestador: entregue al entrevistado la TARJETA (T2).

Encuestador: indique el día por el cual se responde la encuesta.

Indique el día por el cual se responde la encuesta

- Domingo (1)
- Lunes (2)
- Martes (3)
- Miércoles (4)
- Jueves (5)
- Viernes (6)
- Sábado (7)

2 ¿Fue un día laborable...

...típico? (1) → (DA)

(2) → (DA)

3 ¿Fue un día no laborable...

...típico? (1)

(2)

1 ¿Para usted, el día de ayer (mencione el día de ayer) fue un día...

...laborable? (1) _____

...no laborable? (2) → P3

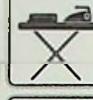
3. USO DEL TIEMPO: DIARIO DE ACTIVIDADES (DA)

Le voy a pedir que me relate todo lo que hizo ayer. Tenga presente que las personas realizamos múltiples actividades, como dormir, comer, trabajar, limpiar, cuidar de otras personas, trasladarnos, reunirnos con amigos/as, hacer deporte, etc. Algunas se realizan de manera simultánea (por ejemplo, cocinar mientras cuidamos a los/as niños/as). iremos registrando las actividades que realizó desde las 00 h. hasta las 24 h. Puede nombrar hasta tres actividades realizadas de manera simultánea.

- ¿Qué estaba haciendo a las 00 horas de ayer?
- ¿Hasta qué hora duró esa actividad? Si no estaba durmiendo, indagar en qué franja horaria durmió.
- ¿Estaba haciendo algo más? (indagar si durmió de corrido o si lo interrumpió para hacer otra actividad)
- ¿Con quién estaba?

- ¿Dónde estaba?
- ¿Con qué finalidad realizó esta actividad?
- ¿A qué hora se despertó?
- ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Hasta qué hora hizo esa actividad?
- Durante ese tiempo estaba haciendo algo más? Completar hasta tres actividades para el mismo período de tiempo si corresponde.

Repetir la Indagación para cada periodo de diez minutos o según corresponda para completar todo el día, teniendo en cuenta las actividades simultáneas.

	Trabajar en una ocupación 11		Viajar para ir y volver al trabajo 14		Limpiar la vivienda 32		Hacer pagos y trámites del hogar 35
	Buscar trabajo o iniciar un negocio 13		Trabajar para consumo propio del hogar 2		Lavar, planchar o arreglar la ropa/calzado 33		Hacer compras para el hogar 36
	Realizar una pasantía no remunerada 12		Preparar y servir la comida 31		Reparar y mantener la vivienda o los bienes del hogar 34		Cuidar mascotas y plantas 37

Hora	Min.	Código de actividad			Observaciones
		Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	
00	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
01	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
02	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
03	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24

Hora	Min.	Código de actividad			Observaciones
		Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	
04	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
05	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
06	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. USO DEL TIEMPO: DIARIO DE ACTIVIDADES (DA)

Le voy a pedir que me relate todo lo que hizo ayer. Tenga presente que las personas realizamos múltiples actividades, como dormir, comer, trabajar, limpiar, cuidar de otras personas, trasladarnos, reunirnos con amigos/as, hacer deporte, etc. Algunas se realizan de manera simultánea (por ejemplo, cocinar mientras cuidamos a los/as niños/as). iremos registrando las actividades que realizó desde las 00 h. hasta las 24 h. Puede nombrar hasta tres actividades realizadas de manera simultánea.

- ¿Qué estaba haciendo a las 00 horas de ayer?
- ¿Hasta qué hora duró esa actividad? Si no estaba durmiendo, indagar en qué franja horaria durmió.
- ¿Estaba haciendo algo más? (indagar si durmió de corrido o si lo interrumpió para hacer otra actividad)
- ¿Con quién estaba?

- ¿Dónde estaba?
- ¿Con qué finalidad realizó esta actividad?
- ¿A qué hora se despertó?
- ¿Qué hizo cuando se despertó? ¿Hasta qué hora hizo esa actividad?
- ¿Durante ese tiempo estaba haciendo algo más? Completar hasta tres actividades para el mismo período de tiempo si corresponde.

Repetir la indagación para cada periodo de diez minutos o según corresponda para completar todo el día, teniendo en cuenta las actividades simultáneas.



Hora	Min.	Código de actividad			Observaciones
		Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	
08	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cuidados a miembros del hogar	Personales	Por salud	Apoyo escolar	Traslados	Otros	
Discapacidad (todas las edades)	441	442		443	449	
0 a 14 años	411	412	413	414	419	
15 a 64 años	421	422		423	429	
65 años y más	431	432		433	439	
Ver televisión, videos o transmisiones en vivo	82					Comer y beber 921
Reunirse con familiares o amigos		711		Estudiar 61		
Escuchar música o radio	83		712	Viajar para estudiar 62		
Usar computadora o tableta	84		72	Higienizarse o arreglarse 911		
Usar el celular	85		73	Realizar actividades artísticas, juegos o entretenimientos 912		
Leer libros o revistas	81		74	Hacer deportes o ejercicio físico 914		
				Viajar para cuidar su salud		
						Dormir 922
						Descansar, rezar o meditar u otras actividades personales 923
						Hacer trabajo voluntario para: la comunidad 52 instituciones sin fines de lucro 53
						Ayudar a otros hogares: familiares sin pago 54 NO familiares sin pago 55

Hora	Min.	Código de actividad			Observaciones
		Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	
12	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incluir comentarios pertinentes. Si ingresó el código de actividad 999, agregar una descripción de la actividad.
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. USO DEL TIEMPO: DIARIO DE ACTIVIDADES (DA)

Le voy a pedir que me relate todo lo que hizo ayer. Tenga presente que las personas realizamos múltiples actividades, como dormir, comer, trabajar, limpiar, cuidar de otras personas, trasladarnos, reunirnos con amigos/as, hacer deporte, etc. Algunas se realizan de manera simultánea (por ejemplo, cocinar mientras cuidamos a los/as niños/as). iremos registrando las actividades que realizó desde las 00 h. hasta las 24 h. Puede nombrar hasta tres actividades realizadas de manera simultánea.

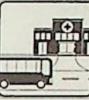
- ¿Qué estaba haciendo a las 00 horas de ayer?
- ¿Hasta qué hora duró esa actividad? Si no estaba durmiendo, indagar en qué franja horaria durmió.
- ¿Estaba haciendo algo más? (indagar si durmió de corrido o si lo interrumpió para hacer otra actividad)
- ¿Con quién estaba?

- ¿Dónde estaba?
- Con qué finalidad realizó esta actividad?
- A qué hora se despertó?
- Qué hizo cuando se despertó? Hasta qué hora hizo esa actividad?
- Durante ese tiempo estaba haciendo algo más? Completar hasta tres actividades para el mismo período de tiempo si corresponde.

Repetir la indagación para cada periodo de diez minutos o según corresponda para completar todo el día, teniendo en cuenta las actividades simultáneas.



Hora	Min.	Código de actividad			Observaciones
		Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98
16	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104
17	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110
18	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116
19	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120

Cuidados a miembros del hogar	Personales	Por salud	Apoyo escolar	Traslados	Otros			
	Discapacidad (todas las edades)	441	442		443	449		
	0 a 14 años	411	412	413	414	419		
	15 a 64 años	421	422		423	429		
	65 años y más	431	432		433	439		
	Ver televisión, videos o transmisiones en vivo	82		Reunirse con familiares o amigos	711		Estudiar	61
	Escuchar música o radio	83		Participar de celebraciones comunitarias, políticas o religiosas	712		Viajar para estudiar	62
	Usar computadora o tableta	84		Asistir a eventos o espectáculos	72		Higienizarse o arreglarse	911
	Usar el celular	85		Realizar actividades artísticas, juegos o entretenimientos	73		Cuidar su salud o hacer terapias y tratamientos	912
	Ler libros o revistas	81		Hacer deportes o ejercicio físico	74		Viajar para cuidar su salud	914

Hora	Min.	Código de actividad			Observaciones
		Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	
20	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. USO DEL TIEMPO: PREGUNTAS DE RESCATE (PR)

IMPORTANTE:

Antes de cerrar la entrevista, lea a la persona entrevistada las siguientes preguntas. Si en alguna de ellas responde "Sí", pero que no mencionó todas las veces en las que realizó dicha actividad, vuelva al Diario y registre la actividad en el horario que corresponda.

Para terminar, y para estar seguros de que no olvidamos nada, le hago las últimas preguntas:

1 ¿Cuidó niños/as de 0 a 13 años en algún momento del día o de la noche de ayer?

Sí (1)
No (2) → **3**

2 ¿Lo mencionó todas las veces en el diario del día anterior que acabamos de completar?

Sí (1)
No (2) → **ATENCIÓN**
Registre esta actividad en el Diario

3 ¿Cuidó personas mayores de 65 años y más en algún momento del día o de la noche de ayer?

Sí (1)
No (2) → **5**

4 ¿Lo mencionó todas las veces en el diario del día anterior que acabamos de completar?

Sí (1)
No (2) → **ATENCIÓN**
Registre esta actividad en el Diario

5 ¿Cuidó personas con discapacidad en algún momento del día o de la noche de ayer?

Sí (1)
No (2) → **(IN)**

6 ¿Lo mencionó todas las veces en el diario del día anterior que acabamos de completar?

Sí (1)
No (2) → **ATENCIÓN**
Registre esta actividad en el Diario

4. USO DEL TIEMPO: INGRESO INDIVIDUAL (IN)

ATENCIÓN

Deberá responder este capítulo solo si respondió "Sí" en la pregunta 1 del capítulo 7 (SL). De lo contrario pase a (TH).

Ahora le voy a hacer una última pregunta sobre sus ingresos individuales:

1 En el último mes calendario, ¿cuál fue el ingreso obtenido por su/s trabajo/s?

Recuerde que refiere sólo al ingreso por la ocupación del entrevistado (no por otras fuentes ni el ingreso total del hogar)

\$ → **TH**
Sin ingresos (2)
Ns/Nc (99)

2

TARJETA 1 - LADO B

¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso individual obtenido por su/s trabajos en el último mes?

Recuerde que refiere sólo al ingreso por la ocupación del entrevistado (no por otras fuentes ni el ingreso total del hogar)

1 a 7.500	<input type="checkbox"/> (1)	43.001 a 48.000	<input type="checkbox"/> (10)
7.501 a 11.500	<input type="checkbox"/> (2)	48.001 a 55.000	<input type="checkbox"/> (11)
11.501 a 14.500	<input type="checkbox"/> (3)	55.001 a 65.000	<input type="checkbox"/> (12)
14.501 a 17.500	<input type="checkbox"/> (4)	65.001 a 75.000	<input type="checkbox"/> (13)
17.501 a 23.000	<input type="checkbox"/> (5)	75.001 a 90.000	<input type="checkbox"/> (14)
23.001 a 27.500	<input type="checkbox"/> (6)	90.001 a 120.000	<input type="checkbox"/> (15)
27.501 a 33.000	<input type="checkbox"/> (7)	120.001 a 150.000	<input type="checkbox"/> (16)
33.001 a 38.000	<input type="checkbox"/> (8)	150.001 y más	<input type="checkbox"/> (17)
38.001 a 43.000	<input type="checkbox"/> (9)	Ns/Nc	<input type="checkbox"/> (99)

12. OBSERVACIONES (OO)

Cuestionario ENUT 2021 • Pliago 2

TELÉFONO DEL HOGAR (TH)

ATENCIÓN: No olvide pedir el/los números de teléfono antes de retirarse del hogar.

Teléfono del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	----------------------

No tiene teléfono (8)

No lo quiso dar (9)

Teléfono celular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
No tiene teléfono	<input type="checkbox"/>	(8)
No lo quiso dar	<input type="checkbox"/>	(9)

RAZÓN DE NO RESPUESTA DE LA VIVIENDA (NRV)

<input type="checkbox"/> (1) Deshabitada (en venta, alquiler, problemas judiciales, etc.)	<input type="checkbox"/> (2) Demolida/en demolición	<input type="checkbox"/> (3) Fin de semana o temporada	<input type="checkbox"/> (4) En construcción o refacción	<input type="checkbox"/> (5) Vivienda usada como establecimiento (oficina, depósito, consultorio, gimnasio, fábrica, establecimiento educativo, vivienda colectiva, etc.)	<input type="checkbox"/> (6) Local o comercio sin vivienda	<input type="checkbox"/> (7) Dirección no existente	<input type="checkbox"/> (8) Área insegura	<input type="checkbox"/> (15) No salió a campo
---	---	--	--	--	---	---	--	--

RAZÓN DE NO RESPUESTA DEL HOGAR (NRH)

Ausencia <input type="checkbox"/> (7)	No se pudo contactar en tres visitas <input type="checkbox"/> (7.1)	Por causas circunstanciales <input type="checkbox"/> (7.2)	Viaje <input type="checkbox"/> (7.3)	Vacaciones <input type="checkbox"/> (7.4)
Rechazo <input type="checkbox"/> (8)	Negativa rotunda <input type="checkbox"/> (8.1)	Rechazo por portero eléctrico <input type="checkbox"/> (8.2)	Se acordaron visitas que no se concretaron <input type="checkbox"/> (8.3)	
Otras causas <input type="checkbox"/> (9)	Duelo <input type="checkbox"/> (9.1)	Ebriedad, discapacidad, idioma extranjero <input type="checkbox"/> (9.2)	Problema de seguridad <input type="checkbox"/> (9.3)	Inaccesible (problemas climáticos u otros) <input type="checkbox"/> (9.4)

OBSERVACIONES GENERALES (OG)

Ingreso realizado

