

ANEXOS

República de Cuba
Centro de Estudios de Población y Desarrollo
Oficina Nacional de Estadísticas
Fondo de Población de las Naciones Unidas

ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD
2009

Los datos anotados en los cuestionarios tienen carácter estrictamente confidencial y no podrán ser divulgados en forma alguna por los funcionarios que tengan acceso a la información individual, ni podrán ser usados para otros fines distintos a la formación de resúmenes numéricos de los resultados de la encuesta.
 (Artículo 12 de la Ley 578 de 25-IX-1959)

CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR
 (PARA TODAS LAS VIVIENDAS SELECCIONADAS)

IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA				Número de Libro (para uso de la oficina)		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
Provincia	Municipio	Parte	Distrito	Área	Sección	T. Rot.	No. Viv
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

CONTROL DE RESIDENTES EN LA VIVIENDA

CANTIDAD DE RESIDENTES PERMANENTES EN LA VIVIENDA -----	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
CANTIDAD DE HOGARES-----	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
CANTIDAD DE PERSONAS DEL HOGAR SELECCIONADO-----	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
NÚMERO DE MUJERES DE 15-54 AÑOS EN EL HOGAR SELECCIONADO-----	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
NÚMERO DE HOMBRES DE 15-54 AÑOS EN EL HOGAR SELECCIONADO-----	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
CANTIDAD DE CUESTIONARIOS ENF-2-----	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
CANTIDAD DE CUESTIONARIOS ENF-3-----	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

OBSERVACIONES DE LA REVISIÓN

	Fecha	Nombre	Observaciones
Enumerador:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mes		
Supervisor:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mes		
Ofic. Municipal:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mes		
Ofic. Provincial:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mes		

HOGAR No. _____

DATOS DEL HOGAR

N U M E R O D E P E R S O N A	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	EDAD	COLOR DE PIEL	5 ¿La madre de (nombre) pertenece a este hogar?	6 ¿El padre de (nombre) pertenece a este hogar?	PARA 15 y + AÑOS
	1-Dígame los nombres de las personas que forman parte de su hogar y que residen habitualmente en esta vivienda, comenzando por el jefe de hogar. ENCUESTADOR Anote primero los nombres de todos los miembros del hogar. Posteriormente realice las preguntas 2 a 7 para cada miembro.	2-¿Cuál es el parentesco con el jefe de hogar? 01-Jefe del hogar 02-Esposa(o) o Compañera(o) 03-Hijo(a) 04-Madre 05-Padre 06-Suegro(a) 07-Nieto(a) 08-Yerno o nuera 09- Otro Pariente 10-No pariente →	3-¿Es varón o hembra? 1-Varón 3-Hembra →	4-¿Cuántos años cumplidos tiene? ENCUESTADOR Anote con dos dígitos siempre. Anote 00 para menos de un año. Anote 99 para 100 años o más →	ENCUESTADOR No preguntar. Marque la casilla 1-Blanco 2-Negro 3-Mulato o mestizo →	¿Quién es la madre de (nombre)? ENCUESTADOR Anote el número de fila del listado. →	¿Quién es el padre de (nombre)? ENCUESTADOR Anote el número de fila del listado. →	7 ¿Convive el (la) esposo (a) o pareja de (nombre) en este hogar? 1-SI ¿Quién es el esposo(a) o pareja de (nombre)? ENCUESTADOR Anote el número de fila del listado. 2-NO / No procede (Anote 99)
	(1)	(2)	(3)	(4)		(5)	(6)	(7)
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								

ENCUESTADOR: Para asegurarse de que no falte por relacionar alguna persona del hogar, pregunte. ¿Además de (lea los nombres relacionados), hay alguna otra persona, con o sin vínculo de parentesco, que comparta el presupuesto, los alimentos, y conviva de forma habitual ocupando esta vivienda a parte de ella?. En caso afirmativo, anótelos y llénelos los datos; en caso negativo, finalice el cuestionario.

República de Cuba
Centro de Estudios de Población y Desarrollo
Oficina Nacional de Estadísticas
Fondo de Población de las Naciones Unidas

ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD

2009

Los datos anotados en los cuestionarios tienen carácter estrictamente confidencial y no podrán ser divulgados en forma alguna por los funcionarios que tengan acceso a la información individual, ni podrán ser usados para otros fines distintos a la formación de resúmenes numéricos de los resultados de la encuesta. (Artículo 12 de la Ley 578 de 25-IX-1959)

CUESTIONARIO INDIVIDUAL FEMENINO

(PARA MUJERES SELECCIONADAS DE 15 A 54 AÑOS EN CADA HOGAR SELECCIONADO)

IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA							Número de Libro (para uso de la oficina)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Provincia	Municipio	Parte	Distrito	Área	Sección	T. Rot.	No. Viv	No. de la persona en la sección Datos del Hogar del ENF-1
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

OBSERVACIONES DE LA REVISIÓN		
	Fecha	Nombre
Enumerador:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____
Supervisor:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____
Ofic. Municipal:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____
Ofic. Provincial:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____
		Observaciones

SECCION 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.01	Sexo	Mujer..... <input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="3"/>																														
1.02	Dígame por favor, ¿cuál es su fecha de nacimiento?	Día <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Mes <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Año <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																														
1.03	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Años <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																														
FILTRO 1:																																
<p>SUME EDAD CON AÑO DE NACIMIENTO Y ANOTE TOTAL AQUÍ _____ . SI LA PERSONA YA CUMPLIÓ AÑOS EN 2009, LA SUMA DEBE SER 2009. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2009 LA SUMA DEBE SER 2008. EN CASO DE INCONSISTENCIA ACLARE CON EL ENTREVISTADO. SI LA PERSONA QUE VA A ENTREVISTAR ES MENOR DE 15 Ó MAYOR DE 54 AÑOS DE EDAD, AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA.</p>																																
1.04	¿Cuál es el nivel educacional más alto que usted terminó completamente?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Ningún grado aprobado.....</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="width: 20px;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Primaria sin terminar.....</td><td style="text-align: right;">2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Primaria terminada.....</td><td style="text-align: right;">3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Secundaria básica.....</td><td style="text-align: right;">4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Obrero calificado.....</td><td style="text-align: right;">5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Preuniversitario.....</td><td style="text-align: right;">6</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Técnico Medio.....</td><td style="text-align: right;">7</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Magisterio o Pedagogía nivel medio.....</td><td style="text-align: right;">8</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Superior o universitario.....</td><td style="text-align: right;">9</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Ningún grado aprobado.....	1	<input type="text"/>	Primaria sin terminar.....	2	<input type="text"/>	Primaria terminada.....	3	<input type="text"/>	Secundaria básica.....	4	<input type="text"/>	Obrero calificado.....	5	<input type="text"/>	Preuniversitario.....	6	<input type="text"/>	Técnico Medio.....	7	<input type="text"/>	Magisterio o Pedagogía nivel medio.....	8	<input type="text"/>	Superior o universitario.....	9	<input type="text"/>			
Ningún grado aprobado.....	1	<input type="text"/>																														
Primaria sin terminar.....	2	<input type="text"/>																														
Primaria terminada.....	3	<input type="text"/>																														
Secundaria básica.....	4	<input type="text"/>																														
Obrero calificado.....	5	<input type="text"/>																														
Preuniversitario.....	6	<input type="text"/>																														
Técnico Medio.....	7	<input type="text"/>																														
Magisterio o Pedagogía nivel medio.....	8	<input type="text"/>																														
Superior o universitario.....	9	<input type="text"/>																														
1.05	Dígame por favor, ¿qué hizo usted la semana pasada? (ENCUESTADOR: Lea las posibles respuestas)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Trabajó.....</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="width: 20px;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Tenía trabajo, pero no trabajó.....</td><td style="text-align: right;">2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Buscaba trabajo.....</td><td style="text-align: right;">3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Jubilado o pensionado.....</td><td style="text-align: right;">4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Rentista o recibe ayuda económica.....</td><td style="text-align: right;">5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Quehaceres del hogar.....</td><td style="text-align: right;">6</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Estudiante.....</td><td style="text-align: right;">7</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Incapacitado para el trabajo.....</td><td style="text-align: right;">8</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No realiza ninguna actividad.....</td><td style="text-align: right;">9</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otra situación.....</td><td style="text-align: right;">10</td><td><input type="text"/></td></tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> } 1.09 </div>	Trabajó.....	1	<input type="text"/>	Tenía trabajo, pero no trabajó.....	2	<input type="text"/>	Buscaba trabajo.....	3	<input type="text"/>	Jubilado o pensionado.....	4	<input type="text"/>	Rentista o recibe ayuda económica.....	5	<input type="text"/>	Quehaceres del hogar.....	6	<input type="text"/>	Estudiante.....	7	<input type="text"/>	Incapacitado para el trabajo.....	8	<input type="text"/>	No realiza ninguna actividad.....	9	<input type="text"/>	Otra situación.....	10	<input type="text"/>
Trabajó.....	1	<input type="text"/>																														
Tenía trabajo, pero no trabajó.....	2	<input type="text"/>																														
Buscaba trabajo.....	3	<input type="text"/>																														
Jubilado o pensionado.....	4	<input type="text"/>																														
Rentista o recibe ayuda económica.....	5	<input type="text"/>																														
Quehaceres del hogar.....	6	<input type="text"/>																														
Estudiante.....	7	<input type="text"/>																														
Incapacitado para el trabajo.....	8	<input type="text"/>																														
No realiza ninguna actividad.....	9	<input type="text"/>																														
Otra situación.....	10	<input type="text"/>																														
1.06	Además de trabajar, ¿se encuentra usted estudiando?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí.....</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="width: 20px;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No.....</td><td style="text-align: right;">3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td style="text-align: right;">9</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Sí.....	1	<input type="text"/>	No.....	3	<input type="text"/>	No responde.....	9	<input type="text"/>																					
Sí.....	1	<input type="text"/>																														
No.....	3	<input type="text"/>																														
No responde.....	9	<input type="text"/>																														
1.07	¿Qué hace usted en su trabajo? (ENCUESTADOR: Lea las posibles respuestas)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Dirigente.....</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="width: 20px;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Trabajador/a Administrativo/a.....</td><td style="text-align: right;">2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Profesional /Técnico/a.....</td><td style="text-align: right;">3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Obrero/a no agropecuario.....</td><td style="text-align: right;">4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Obrero/a o trabajador/a agropecuario.....</td><td style="text-align: right;">5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Trabajador/a de los servicios.....</td><td style="text-align: right;">6</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Trabajador/a no calificado.....</td><td style="text-align: right;">7</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Dirigente.....	1	<input type="text"/>	Trabajador/a Administrativo/a.....	2	<input type="text"/>	Profesional /Técnico/a.....	3	<input type="text"/>	Obrero/a no agropecuario.....	4	<input type="text"/>	Obrero/a o trabajador/a agropecuario.....	5	<input type="text"/>	Trabajador/a de los servicios.....	6	<input type="text"/>	Trabajador/a no calificado.....	7	<input type="text"/>									
Dirigente.....	1	<input type="text"/>																														
Trabajador/a Administrativo/a.....	2	<input type="text"/>																														
Profesional /Técnico/a.....	3	<input type="text"/>																														
Obrero/a no agropecuario.....	4	<input type="text"/>																														
Obrero/a o trabajador/a agropecuario.....	5	<input type="text"/>																														
Trabajador/a de los servicios.....	6	<input type="text"/>																														
Trabajador/a no calificado.....	7	<input type="text"/>																														
1.08	En su ocupación principal, usted es: (ENCUESTADOR: Lea las posibles respuestas)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Trabajador/a estatal.....</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="width: 20px;"><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Contratado/a por privado.....</td><td style="text-align: right;">2</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Trabajador/a sociedades mixtas, firmas y corporaciones.....</td><td style="text-align: right;">3</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Trabajador/a por cuenta propia.....</td><td style="text-align: right;">4</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Trabajador/a UBPC y CPA.....</td><td style="text-align: right;">5</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Pequeño agricultor.....</td><td style="text-align: right;">6</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otra.....</td><td style="text-align: right;">7</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Trabajador/a estatal.....	1	<input type="text"/>	Contratado/a por privado.....	2	<input type="text"/>	Trabajador/a sociedades mixtas, firmas y corporaciones.....	3	<input type="text"/>	Trabajador/a por cuenta propia.....	4	<input type="text"/>	Trabajador/a UBPC y CPA.....	5	<input type="text"/>	Pequeño agricultor.....	6	<input type="text"/>	Otra.....	7	<input type="text"/>									
Trabajador/a estatal.....	1	<input type="text"/>																														
Contratado/a por privado.....	2	<input type="text"/>																														
Trabajador/a sociedades mixtas, firmas y corporaciones.....	3	<input type="text"/>																														
Trabajador/a por cuenta propia.....	4	<input type="text"/>																														
Trabajador/a UBPC y CPA.....	5	<input type="text"/>																														
Pequeño agricultor.....	6	<input type="text"/>																														
Otra.....	7	<input type="text"/>																														

ENCUESTADOR: Diga lo siguiente a la entrevistada:

AHORA LE HARE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LOS LUGARES DONDE USTED HA VIVIDO

1.09	Del lugar donde vivía su madre cuando usted nació, ¿puede precisar..... ENCUESTADOR: si refiere otro país no anotar provincia ni municipio; anotar sólo país	Municipio? _____ 1 <input type="text"/> Provincia? _____ 2 <input type="text"/> País? _____ 3 <input type="text"/>
------	--	--

FILTRO 2:

SI EN PREGUNTA 1.09 SEÑALÓ EL MISMO MUNICIPIO DE RESIDENCIA ACTUAL, HAGA LA PREGUNTA 1.10.

SI EN PREGUNTA 1.09 SEÑALÓ UN MUNICIPIO DISTINTO AL DE RESIDENCIA ACTUAL, HAGA LA PREGUNTA 1.11

1.10	¿Usted siempre ha vivido en este municipio?	Sí1 <input type="checkbox"/> → 1.13 No3 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/>
1.11	¿En que provincia, municipio o país residía usted antes de trasladarse a este municipio? ENCUESTADOR: Si nació en otro país no anote provincia ni municipio; anote sólo país	Municipio? _____ 1 <input type="text"/> Provincia? _____ 2 <input type="text"/> País? _____ 3 <input type="text"/>
1.12	¿Cuánto tiempo ha vivido en este municipio desde que se trasladó del anterior municipio o país?	Años..... <input type="text"/> Menos de un año..... 00 <input type="text"/> No sabe..... 99 <input type="text"/>
1.13	¿Tiene Ud la intención de trasladarse a otra provincia o país en un futuro no lejano?	Si, a otra provincia.....1 <input type="checkbox"/> Si, a otro país.....2 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No sabe.....8 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>

SECCION 2. HISTORIA DE EMBARAZOS

ENCUESTADOR: Lea el siguiente texto a la persona que va a entrevistar:
A continuación voy a abordar el tema de la reproducción, y para ello tendré que hacerle algunas preguntas acerca de su vida sexual. Usted no está obligado/a a responder, pero le aseguro que la información que usted nos brinda es de gran importancia para la investigación y de carácter estrictamente confidencial, es decir, nadie podrá conocer sus respuestas.

2.01	Dígame, por favor, ¿usted alguna vez ha tenido relaciones sexuales con un hombre?	Sí1 <input type="checkbox"/> No3 <input type="checkbox"/> → SECCIÓN 3 No responde9 <input type="checkbox"/>
2.02	¿A que edad tuvo su primera relación sexual con un hombre? (ENCUESTADOR: SI NO SABE O NO RESPONDE ANOTE "99")	Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/>
2.03	¿Ha estado usted embarazada alguna vez en un momento distinto al actual?	Sí1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> → 2.29 No responde.....9 <input type="checkbox"/>
2.04	¿Ha tenido usted algún hijo o hija nacido vivo?	Sí1 <input type="checkbox"/> No3 <input type="checkbox"/> → 2.08
2.05	Ahora me gustaría preguntarle acerca de sus hijos e hijas. En total, ¿cuántos hijos e hijas vivos tiene usted en la actualidad?	Número de hijos e hijas vivos actualmente.... <input type="text"/> <input type="text"/>
2.06	¿Alguna vez tuvo un hijo o una hija que nació vivo pero que falleció después?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2 <input type="checkbox"/> → 2.09
2.07	¿Cuántos hijos e hijas han muerto?	Número de hijos e hijas muertos actualmente <input type="text"/> <input type="text"/>
2.08	ENCUESTADOR: Sume las respuestas 2.05 y 2.07 y anote el total de hijos nacidos vivos durante toda su vida. Pregunte entonces al entrevistado si durante toda su vida ha tenido el número de hijos anotado. Si no coincide, indague y corrija según corresponda	Hijos nacidos vivos durante toda su vida. <input type="text"/> <input type="text"/>
2.09	¿Usted ha tenido embarazos que hayan terminado en nacidos muertos o abortos provocados o espontáneos, o se ha hecho alguna regulación menstrual?	Sí..... 1 <input type="checkbox"/> No..... 3 <input type="checkbox"/> → 2.11 No responde..... 9 <input type="checkbox"/>
2.10	¿Me podría decir cuántos embarazos usted tuvo que terminaron en nacidos muertos, y/o abortos provocados o espontáneos, y cuántas regulaciones menstruales se ha hecho?: (ENCUESTADOR: Lea las opciones. Si NINGUNO anote "00". Si "No recuerda" o "No responde", anote "99")	A) Nacidos muertos..... <input type="text"/> <input type="text"/> (5 meses o más de embarazo) B) Abortos espontáneos..... <input type="text"/> <input type="text"/> (Menos de 5 meses de embarazo) C) Abortos provocados..... <input type="text"/> <input type="text"/> (Menos de 5 meses de embarazo) D) Regulaciones menstruales..... <input type="text"/> <input type="text"/>

3. MORTINATOS (NACIDOS MUERTOS)

VER PREGUNTA 2.10. A)

2.18
¿Ha tenido alguna hija o hijo que haya nacido muerto?

Sí.....1 → 2.19 ¿Cuántos?

No.....2 → PASE A 2.22

PREGUNTE LA FECHA DE PÉRDIDA (2.17) PARA (primer, segundo, etc.) MORTINATO ANTES DE PREGUNTAR 2.20

2.20
¿A los cuántos meses de embarazo tuvo a su primer (segundo, etc.) hijo nacido muerto?
ENCUESTADOR: Escriba en el renglón correspondiente de acuerdo a 2.17

2.21
¿Supo el sexo que tenía?
1. Varón
2. Hembra
8. No sabe (marque con una cruz)

	MESES	V	H	NO SABE
1	<input type="text"/>	1	2	8
2	<input type="text"/>	1	2	8
3	<input type="text"/>	1	2	8
4	<input type="text"/>	1	2	8
5	<input type="text"/>	1	2	8
6	<input type="text"/>	1	2	8
7	<input type="text"/>	1	2	8
8	<input type="text"/>	1	2	8
9	<input type="text"/>	1	2	8
10	<input type="text"/>	1	2	8
11	<input type="text"/>	1	2	8
12	<input type="text"/>	1	2	8
13	<input type="text"/>	1	2	8
14	<input type="text"/>	1	2	8
15	<input type="text"/>	1	2	8
16	<input type="text"/>	1	2	8
17	<input type="text"/>	1	2	8
18	<input type="text"/>	1	2	8

4. ABORTOS ESPONTANEOS O PROVOCADOS

VER PREGUNTA 2.10. B) y/o C)

2.22
¿Ha tenido algún aborto espontáneo o provocado?

Sí.....1 → 2.23 ¿Cuántos?

No.....2 → PASE A 2.26

PREGUNTE LA FECHA APROXIMADA (2.17) EN QUE OCURRIÓ EL (primer, segundo, etc.) ABORTO ANTES DE PREGUNTAR 2.24

2.24
¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ocurrió su primer (segundo, etc.) pérdida (aborto)?
ENCUESTADOR: Escriba en el renglón correspondiente de acuerdo a 2.17

2.25
¿Su primer (segundo, etc.) aborto ocurrió espontáneamente o fue realizado por un médico?
(Marque con una cruz)

	MESES	Espontáneo	Provocado
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2
	<input type="text"/>	1	2

5. REGULACIONES MENSTRUALES

VER PREGUNTA 2.10. D)

2.26
¿Se ha realizado alguna regulación menstrual?
Sí.....1

No.....2 → PASE A SECCION 3

2.27 ¿Cuántas?

PREGUNTE LA FECHA APROXIMADA (2.17) DE CADA REGULACION (primera, segunda, etc.) ANTES DE PREGUNTAR 2.28

2.28 ¿La regulación menstrual realizada fue por:
1. Embarazo?
2. Sospecha de embarazo?
3. Desarreglos menstruales?
(Marque con una cruz)

	Embarazo	Sospecha	Desarreglos	
	1	2	3	1
	1	2	3	2
	1	2	3	3
	1	2	3	4
	1	2	3	5
	1	2	3	6
	1	2	3	7
	1	2	3	8
	1	2	3	9
	1	2	3	10
	1	2	3	11
	1	2	3	12
	1	2	3	13
	1	2	3	14
	1	2	3	15
	1	2	3	16
	1	2	3	17
	1	2	3	18

VERIFIQUE que la suma total de nombres de 2.11 y 2.14 coincide con el total de nacidos vivos de 2.08:

Sí Coinciden



No coinciden →

Indague y corrija según corresponda

VERIFIQUE el total de nacidos muertos 2.19 coincide con 2.10 A); que el total de abortos provocados y espontáneos 2.22 coincide con la suma de 2.10 B) y C); que el total de regulaciones menstruales 2.26 coincide con 2.10 D)

Sí Coinciden



No coinciden →

Indague y corrija según corresponda

2.29	¿Está embarazada actualmente?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No sabe.....8 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/>
2.30	¿Alguna vez en su vida mantuvo relaciones sexuales estables por espacio de dos años o más, sin usar algún método anticonceptivo, y no quedó embarazada?	Sí..... 1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/> → SECCIÓN 3
2.31	¿Han seguido (o siguieron) algún tratamiento para solucionar este problema?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No responde 9 <input type="checkbox"/>

SECCION 3. ANTICONCEPCIÓN

3.01 Existen varios métodos para retardar o evitar un embarazo, ¿qué métodos conoce usted, o de cuáles ha oído hablar?

ENCUESTADOR:

No lea opciones. Inicialmente, marque el **Código 1** en las que mencione **espontáneamente**.

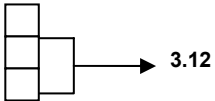
Las que no mencionó, usted las leerá y si las recuerda o identifica marque el **Código 2**.

Marque el **Código 3** para aquellas que no conozca.

01	1. PÍLDORA: Se refiere a la pastilla que se toma la mujer todos los días para no quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
02	2. PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE: Se refiere a la pastilla que se toma inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, y se sospecha que puede quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
03	3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): Son los dispositivos que coloca el médico a las mujeres en la matriz y que son conocidos como anillos, asas, T, etc.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
04	4. INYECCIÓN: La mujer se aplica una inyección cada mes o cada tres meses para evitar quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
05	5. IMPLANTES SUBDÉRMICOS (NORPLANT): Consiste en la colocación de unas cápsulas a las mujeres en la parte alta del brazo para evitar un embarazo durante cinco años.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
06	6. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA) : La mujer es sometida a una operación o procedimiento (laparoscopia) por medio del cual se obstruyen las trompas para que no pueda tener hijos.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
07	7. ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMÍA): El hombre es sometido a una operación para que la mujer no quede embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
08	8. PRESERVATIVO O CONDON: Es la funda de material flexible en la cual el hombre introduce el pene, o la mujer en la vagina para evitar que el semen fecunde a la mujer durante el acto sexual.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
09	9. DIAFRAGMA: Es una goma grande, circular, que la mujer se coloca en la vagina antes de las relaciones sexuales	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
10	10. OTROS MÉTODOS QUÍMICOS FEMENINOS: Incluyen las jaleas, cremas, óvulos, supositorios y otros elementos químicos que las mujeres se colocan en la vagina antes de las relaciones sexuales.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
11	11. RITMO: Se refiere a no tener relaciones sexuales desprotegidas entre una menstruación y otra en los días en que la mujer puede quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
12	12. RETIRO (COITO INTERRUPTO): El hombre retira el pene de la vagina y derrama el semen afuera	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
13	13. LACTANCIA MATERNA: Consiste en alargar el período de lactancia materna como vía para evitar o espaciar los embarazos	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
14	14. OTRO	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>

FILTRO 3
REVISE LA PREGUNTA P2.01
Si no ha tenido relaciones sexuales (P 2.01 = 3 ó 9) : Pase a SECCIÓN 4
Si ha tenido relaciones sexuales (P 2.01 = 1) : Continúe

3.02	¿Desde que tuvo su primera relación sexual, en sus relaciones sexuales usted (o alguna pareja suya) ha usado un método anticonceptivo alguna vez?. La esterilización femenina (ligadura) y masculina (vasectomía) se consideran métodos anticonceptivos	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde.....9 <input type="checkbox"/>
------	--	--



3.03	¿Cuáles métodos han sido utilizados por usted -o por alguna pareja suya- desde que inició sus relaciones sexuales? ((La esterilización femenina (ligadura) y masculina (vasectomía) se consideran métodos anticonceptivos)) ENCUESTADOR: Admite varias respuestas. Para cada método que marque, pregunte 3.03a)	<table border="0"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Píldora</td> <td>01</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Píldora del día siguiente.....</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIU.....</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inyecciones.....</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Implantes subdérmicos.....</td> <td>05</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esterilización femenina.....</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esterilización masculina.....</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Preservativo o condón</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diafragma.....</td> <td>09</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Métodos femeninos químicos</td> <td>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ritmo.....</td> <td>11</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Retiro</td> <td>12</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lactancia materna.....</td> <td>13</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>14</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No recuerda, no responde.....</td> <td>99</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Píldora	01	<input type="checkbox"/>	Píldora del día siguiente.....	02	<input type="checkbox"/>	DIU.....	03	<input type="checkbox"/>	Inyecciones.....	04	<input type="checkbox"/>	Implantes subdérmicos.....	05	<input type="checkbox"/>	Esterilización femenina.....	06	<input type="checkbox"/>	Esterilización masculina.....	07	<input type="checkbox"/>	Preservativo o condón	08	<input type="checkbox"/>	Diafragma.....	09	<input type="checkbox"/>	Métodos femeninos químicos	10	<input type="checkbox"/>	Ritmo.....	11	<input type="checkbox"/>	Retiro	12	<input type="checkbox"/>	Lactancia materna.....	13	<input type="checkbox"/>	Otro	14	<input type="checkbox"/>	No recuerda, no responde.....	99	<input type="checkbox"/>
Píldora	01	<input type="checkbox"/>																																																
Píldora del día siguiente.....	02	<input type="checkbox"/>																																																
DIU.....	03	<input type="checkbox"/>																																																
Inyecciones.....	04	<input type="checkbox"/>																																																
Implantes subdérmicos.....	05	<input type="checkbox"/>																																																
Esterilización femenina.....	06	<input type="checkbox"/>																																																
Esterilización masculina.....	07	<input type="checkbox"/>																																																
Preservativo o condón	08	<input type="checkbox"/>																																																
Diafragma.....	09	<input type="checkbox"/>																																																
Métodos femeninos químicos	10	<input type="checkbox"/>																																																
Ritmo.....	11	<input type="checkbox"/>																																																
Retiro	12	<input type="checkbox"/>																																																
Lactancia materna.....	13	<input type="checkbox"/>																																																
Otro	14	<input type="checkbox"/>																																																
No recuerda, no responde.....	99	<input type="checkbox"/>																																																

3.03a)
 ¿Ha quedado embarazada alguna vez. usando este método?
 1. SI 2 No

3.04	¿A qué edad usó por primera vez un método anticonceptivo en una relación sexual (usted o su pareja)? (ENCUESTADOR: Si No recuerda o no responde, anote "99")	Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------	--	--

3.05	¿Cuál fue el primer método anticonceptivo que empleó (usted o su pareja)? (ENCUESTADOR: Admita varias respuestas si se combinaron varios métodos)	<table border="0"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Píldora</td> <td>01</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Píldora del día siguiente.....</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIU.....</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inyecciones.....</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Implantes subdérmicos.....</td> <td>05</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esterilización femenina.....</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esterilización masculina.....</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Preservativo o condón</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diafragma.....</td> <td>09</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Métodos femeninos químicos</td> <td>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ritmo.....</td> <td>11</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Retiro</td> <td>12</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lactancia materna.....</td> <td>13</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>14</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No recuerda, no responde.....</td> <td>99</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Píldora	01	<input type="checkbox"/>	Píldora del día siguiente.....	02	<input type="checkbox"/>	DIU.....	03	<input type="checkbox"/>	Inyecciones.....	04	<input type="checkbox"/>	Implantes subdérmicos.....	05	<input type="checkbox"/>	Esterilización femenina.....	06	<input type="checkbox"/>	Esterilización masculina.....	07	<input type="checkbox"/>	Preservativo o condón	08	<input type="checkbox"/>	Diafragma.....	09	<input type="checkbox"/>	Métodos femeninos químicos	10	<input type="checkbox"/>	Ritmo.....	11	<input type="checkbox"/>	Retiro	12	<input type="checkbox"/>	Lactancia materna.....	13	<input type="checkbox"/>	Otro	14	<input type="checkbox"/>	No recuerda, no responde.....	99	<input type="checkbox"/>
Píldora	01	<input type="checkbox"/>																																																
Píldora del día siguiente.....	02	<input type="checkbox"/>																																																
DIU.....	03	<input type="checkbox"/>																																																
Inyecciones.....	04	<input type="checkbox"/>																																																
Implantes subdérmicos.....	05	<input type="checkbox"/>																																																
Esterilización femenina.....	06	<input type="checkbox"/>																																																
Esterilización masculina.....	07	<input type="checkbox"/>																																																
Preservativo o condón	08	<input type="checkbox"/>																																																
Diafragma.....	09	<input type="checkbox"/>																																																
Métodos femeninos químicos	10	<input type="checkbox"/>																																																
Ritmo.....	11	<input type="checkbox"/>																																																
Retiro	12	<input type="checkbox"/>																																																
Lactancia materna.....	13	<input type="checkbox"/>																																																
Otro	14	<input type="checkbox"/>																																																
No recuerda, no responde.....	99	<input type="checkbox"/>																																																

FILTRO 4:
REVISE P2.03
Si ha estado embarazada alguna vez (P2.03=1): Continúe
Si no ha estado embarazada (P2.03 = 3 ó 9), REVISE P2.29
Si no está embarazada actualmente (P2.29 =3, 8 ó 9): Pase a Filtro 6
Si está embarazada actualmente (P2.29 =1): Continúe

3.06	¿Ha salido embarazada alguna vez usando un método anticonceptivo (usted o su pareja)?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>
------	---	--

3.07	Antes de quedar embarazada por primera vez, ¿usted o su pareja usaron algún método anticonceptivo?	Sí usó.....1 <input type="checkbox"/> No usó.....3 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>
------	--	--



3.08	<p>¿Cuál fue el motivo principal por el que no usó anticonceptivos antes de quedar embarazada por primera vez?</p> <p>ENCUESTADOR: No leer opciones. Aceptar sólo una respuesta</p>	<p>Dificultad para obtenerlos.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>Desaprobación social.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>Temor a los padres.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Desconocimiento para su uso.....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo inesperado de la relación sexual.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Le restaba valor al acto sexual.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja no quería.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Le resultaba molesto a Ud.08 <input type="checkbox"/></p> <p>Le resultaba molesto a la pareja.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>Quería Ud salir embarazada.....10 <input type="checkbox"/></p> <p>Querían ambos ese embarazo.....11 <input type="checkbox"/></p> <p>Descuido.....12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro.....13 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no responde99 <input type="checkbox"/></p>
------	--	---

FILTRO 5:
REVISE LA PREGUNTA P2.08
 Si no ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 = 00): Pase a FILTRO 6
 Si ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 ≥ 1): Continúe

3.09	<p>¿Cuántos hijos e hijas había tenido usted cuando usó por primera vez un método anticonceptivo (usted o su pareja)?</p> <p>(ENCUESTADOR: Incluye hijos vivos y fallecidos. Si No recuerda o no responde, anote "99")</p>	<p>Hijos e hijas <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>
------	---	--

FILTRO 6:
REVISE LA PREGUNTA P2.28
 Si está embarazada actualmente (P2.28 = 1): Pase a SECCION 4
 Si no está embarazada actualmente (P2.28 = 3, 8, ó 9): Continúe

3.10	<p>¿Actualmente usted o su pareja utilizan algún método para aplazar o evitar un embarazo?</p>	<p>Sí1 <input type="checkbox"/></p> <p>No2 <input type="checkbox"/> → 3.12</p> <p>No tiene pareja.....3 <input type="checkbox"/> → SECCION 4</p> <p>No responde9 <input type="checkbox"/></p>
------	--	---

3.11	<p>¿Qué métodos están usando usted o su pareja actualmente?</p> <p>(ENCUESTADOR: Marque todas las que mencione)</p>	<p>Píldora01 <input type="checkbox"/></p> <p>Píldora del día siguiente.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>DIU.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Inyecciones.....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Implantes subdérmicos.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Esterilización emenina.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Esterilización masculina.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Preservativo o condón08 <input type="checkbox"/></p> <p>Diafragma.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>Métodos femeninos químicos10 <input type="checkbox"/></p> <p>Ritmo.....11 <input type="checkbox"/></p> <p>Retiro12 <input type="checkbox"/></p> <p>Lactancia materna.....13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro14 <input type="checkbox"/></p> <p>No recuerda, no responde.....99 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">SECCION 4</p>
------	--	--

3.12	<p>¿Cuál es el principal motivo por el que usted y/o su pareja actualmente no usan ningún método anticonceptivo para evitar un embarazo?</p> <p>ENCUESTADOR: No leer opciones. Aceptar sólo una respuesta</p>	<p>No tiene pareja estable.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene relaciones sexuales.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones sexuales poco frecuentes.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Menopausia (de la mujer)...04 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de infertilidad.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Posparto/lactancia (de la mujer)06 <input type="checkbox"/></p> <p>Desea más hijos.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Embarazo (de la mujer).....08 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja se opone09 <input type="checkbox"/></p> <p>Descuido.....10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro11 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe/ No responde.....99 <input type="checkbox"/></p>
------	--	--

SECCION 4. NUPCIALIDAD

4.01	¿Cuál es su estado conyugal actualmente?	Unida.....1 <input type="checkbox"/> Casada.....2 <input type="checkbox"/> Divorciada.....3 <input type="checkbox"/> Separada.....4 <input type="checkbox"/> Viuda.....5 <input type="checkbox"/> Soltera.....6 <input type="checkbox"/>
		4.06 4.17
4.02	¿En qué fecha se casó o unió con su actual esposo o compañero?	Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.03	¿Usted y su pareja viven habitualmente juntos o en viviendas separadas?	Juntos.....1 <input type="checkbox"/> En viviendas separadas.....2 <input type="checkbox"/> No responde.....3 <input type="checkbox"/>
		4.06
4.04	¿Desde cuándo se mantiene esta situación?	Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.05	¿Por qué razón no vive su esposo o compañero con Ud. en su hogar? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Aceptar sólo una respuesta)	Poco espacio en la vivienda.....01 <input type="checkbox"/> Tiene otro hogar.....02 <input type="checkbox"/> No se lleva con sus familiares.....03 <input type="checkbox"/> Prefieren vivir de esa forma.....04 <input type="checkbox"/> Pareja vive/ trabaja fuera de la provincia/municipio.....05 <input type="checkbox"/> Pareja vive/ trabaja habitualmente fuera del país.....06 <input type="checkbox"/> Pareja vive/ trabaja temporalmente fuera del país.....07 <input type="checkbox"/> Están separados08 <input type="checkbox"/> Otro motivo09 <input type="checkbox"/> No responde.....99 <input type="checkbox"/>
4.06	¿Qué edad tenía el hombre con el que usted se casó o unió por primera vez?	Edad de la pareja <input type="text"/> <input type="text"/>
4.07	¿Qué edad tenía Ud cuando se casó o unió por primera vez?	Edad <input type="text"/> <input type="text"/>
4.08	¿Cuál fue el motivo principal por el que se casó o unió la primera vez? (ENCUESTADOR: Lea las opciones. Aceptar sólo una respuesta)	Para poder mantener relaciones sexuales libremente.....1 <input type="checkbox"/> Por sentirse enamorada.....2 <input type="checkbox"/> Por estar embarazada.....3 <input type="checkbox"/> Por deseo de formar una familia.....4 <input type="checkbox"/> Por conveniencia económica.....5 <input type="checkbox"/> Por salir de la casa.....6 <input type="checkbox"/> Otro.....7 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>
4.09	Dígame por favor, ¿Cuántas veces usted se ha casado o unido?	Número de matrimonios o uniones <input type="text"/> <input type="text"/> ENCUESTADOR: Si número de uniones es igual a 01, Pase a
		4.13

MATRIMONIOS O UNIONES ANTERIORES (excluye el actual).

		1	2	3	4	5
4.10	¿En qué fecha comenzó su primer (segundo, tercer,.....) matrimonio o unión. (ENCUESTADOR: ESPECIFIQUE EL TIPO) 1.Matrimonio 3.Unión consensual	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>
4.11	¿Cómo terminó su primer (segundo, tercer,...) matrimonio o unión? (ENCUESTADOR: LEA LAS OPCIONES)	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>
4.12	¿En qué fecha dejó de vivir con su primer (segundo, tercer,.....) esposo o compañero?	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>

VERIFIQUE que el número de columnas llenadas a partir de la pregunta 4.10 sea igual al número de uniones o Matrimonios que se registró en la pregunta 4.09. En el caso de las que están casadas o unidas actualmente, la cantidad de columnas llenadas debe ser una (1) menos que el número de uniones de 4.09.

Sí ↓

No

→ INDAGUE Y CORRIJA 4.10, 4.11 Y 4.12

4.13	<p>¿Cuál fue el nivel educacional más alto terminado completamente por su último (o actual) esposo o compañero? ENCUESTADOR: Anote el nivel más alto terminado completamente</p>	<p>Ningún grado aprobado.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>Primaria sin terminar.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>Primaria terminada.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Secundaria básica.....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Obrero calificado.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Preuniversitario.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Técnico Medio.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Magisterio o Pedagogía nivel medio.....08 <input type="checkbox"/></p> <p>Superior o universitario.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, No recuerda, no responde.....99 <input type="checkbox"/></p>
4.14	<p>Dígame por favor, ¿a qué se dedicaba su último (o actual) esposo o compañero?</p>	<p>Trabajaba.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscaba trabajo.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>Jubilado o pensionado.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Rentista o recibía ayuda económica.....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Quehaceres del hogar.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Estudiante.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Incapacitado para el trabajo.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>No realizaba ninguna actividad.....08 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra situación.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, No recuerda, no responde.....99 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 4.16</p>
4.15	<p>¿Qué hacía (hace) en su trabajo su último (actual) esposo o compañero? (ENCUESTADOR: Se refiere al trabajo principal)</p>	<p>Dirigente.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajador/a Administrativo/a2 <input type="checkbox"/></p> <p>Técnico/a3 <input type="checkbox"/></p> <p>Obrero/a no agropecuario4 <input type="checkbox"/></p> <p>Obrero/a o trabajador/a agropecuario.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajador/a de los servicios.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajador/a no calificado.....7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, No recuerda, no responde.....9 <input type="checkbox"/></p>
4.16	<p>¿Cuál considera Ud. que es la mejor situación para una pareja: el matrimonio, la unión estable, o la unión libre.</p>	<p>Matrimonio.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Unión estable.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Unión libre.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no responde9 <input type="checkbox"/></p>
4.17	<p>En lo particular, ¿considera usted el matrimonio algo prioritario en sus aspiraciones como mujer?</p>	<p>Si.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>No.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no contesta9 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 4.19</p>
4.18	<p>¿Cuál es la razón principal por la que considera el matrimonio como algo prioritario en sus aspiraciones como mujer? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Acepte sólo una respuesta)</p>	<p>Porque es la mejor vía de formar una familia.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque el padre ayuda en la crianza de los hijos.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Por seguridad económica.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque socialmente es la forma aceptada de vivir con un hombre.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque es lo tradicional.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque no quiere quedarse sola6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra.....7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no contesta9 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ Sección 5</p>
4.19	<p>¿Cuál es la razón principal por la que no considera el matrimonio como algo prioritario en sus aspiraciones como mujer? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Acepte sólo una respuesta)</p>	<p>Porque igualmente se vive en unión o sola.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque prioriza otros aspectos del desarrollo personal.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque no quiere formar una familia.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque perdería libertad con ello.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque cree que el matrimonio destruye el amor.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque si se casa podría disfrutar menos de la vida.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no contesta9 <input type="checkbox"/></p>

SECCION 5. IDEALES REPRODUCTIVOS Y DE PAREJA

5.01	<p>Si usted pudiera escoger exactamente el número de hijas e hijos para tener en toda su vida (si pudiera regresar a la época en la que no tenía hijos), ¿cuántos tendría?</p> <p>ENCUESTADOR: Si No sabe o no responde, anote "99"</p>	<p>Número de hijos..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 99</p>
5.02	<p>En líneas generales, ¿usted cree que en Cuba las mujeres tienen más hijos que los que desean tener, los hijos que desean tener, o menos hijos que los que desean tener?</p>	<p>Más hijos que los que desean tener.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Menos hijos que los que desean tener.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Los hijos que desean tener.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe.....8 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No responde.....9 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.03	<p>¿Cuáles cree usted que sean las razones principales por las que actualmente en Cuba algunas mujeres no desean tener hijos, o tienen menos hijos de los que en realidad desearían?</p> <p>ENCUESTADOR: No leer opciones. Marque todas las que mencione la entrevistada</p>	<p>Carga familiar/doméstica de la mujer.....01 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>El trabajo que dan los hijos02 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Nivel educacional de las mujeres.....03 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Participación laboral de la mujer y dificultad de combinar el trabajo con los hijos04 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Superación personal y profesional.....05 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Inestabilidad de las parejas06 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Falta de ingresos o recursos suficientes07 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Situación con la vivienda08 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Falta de apoyo social (círculo infantiles, horario extraescolar, recreación, alimentos).....09 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Otra10 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / No responde99 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.04	<p>En su caso personal, en este momento usted: tiene más hijos de los que desearía tener; menos hijos que los desearía tener; o la cantidad de hijos que desearía tener (se debe incluir el embarazo actual en los casos que corresponda)? ENCUESTADOR: Leer opciones. Se acepta sólo una respuesta</p>	<p>Tiene más hijos que los que desearía tener.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Tiene menos hijos que los que desearía tener.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Tiene la cantidad de hijos que desearía tener3 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No responde.....9 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.05	<p>Independientemente de los hijos que tenga en este momento (si los tiene) y del embarazo actual (si lo hubiera), ¿tiene usted la intención de tener algún (otro) hijo en el futuro?.</p>	<p>Si.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / no está seguro/a.....8 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No responde9 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">➔ 5.10</p>
5.06	<p>¿Cuántos hijos en total tiene la intención de tener, contando a los que ya tiene, o los que está esperando (en el caso de las embarazadas)?</p> <p>ENCUESTADOR: Si No sabe o no responde, anote 99</p>	<p>Número de hijos..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 99</p>
5.07	<p>¿Cuál es el motivo que más ha influido en su deseo de tener algún hijo en el futuro?</p> <p>ENCUESTADOR: No lea las opciones. Se admiten hasta tres marcas</p>	<p>Desea ser madre.....01 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Desea tener una niña / niño02 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Conveniencia de que los hijos tengan hermanos.....03 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Su pareja lo desea04 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Se volvió a unir o casar.....05 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Los hijos unen más al matrimonio.....06 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Para tener en el futuro quien se ocupe de Usted.....07 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Siempre quiso tener esa cantidad de hijos.....08 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Otro motivo.....09 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / no responde.....99 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.08	<p>Dígame por favor, ¿cuál es la razón principal por la que usted aún no ha tenido ese –siguiente– hijo que piensa tener?</p> <p>ENCUESTADOR: No lea las opciones. Marque todas las que mencione</p>	<p>Acaba de parir; hijos muy pequeños.....01 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Considera que todavía está joven.....02 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Desea estudiar/ superarse03 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Desea o necesita trabajar.....04 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No tiene pareja /no ha encontrado la pareja ideal.....05 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Su pareja no desea.....06 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Lo ha intentado sin lograrlo07 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Espera mejorar económicamente.....08 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Espera tener o mejorar vivienda09 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Su pareja no está en Cuba.....10 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Intención de emigrar y/o viajar al exterior.....11 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Otro motivo.....12 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / no responde99 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>

5.09	¿A qué edad piensa tener ese hijo? ENCUESTADOR: Si No sabe o no responde, anote 99	Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 5.11
5.10	¿Cuál es el motivo que más influyó en que usted no haya tenido (más) hijos? ENCUESTADOR: No lea las opciones. Se admiten hasta 4 marcas	Carga familiar/doméstica (exceso de trabajo en el hogar).....01 <input type="checkbox"/> El trabajo que dan los hijos (pasó mucho trabajo con sus hijos anteriores, no tiene ayuda, etc).....02 <input type="checkbox"/> Pérdida de vida social, libertad y tiempo para otras cosas03 <input type="checkbox"/> Deseo de estudiar, superarse04 <input type="checkbox"/> Deseo o necesidad de trabajar fuera del hogar05 <input type="checkbox"/> Pareja no estable06 <input type="checkbox"/> A causa de su estado conyugal, o el de su pareja07 <input type="checkbox"/> Problemas o molestias de salud08 <input type="checkbox"/> Demasiada edad para tener hijos.....09 <input type="checkbox"/> Por la edad que tienen sus otros hijos10 <input type="checkbox"/> Hace malos (o con riesgo) los embarazos.....11 <input type="checkbox"/> Temor a que su hijo nazca con problemas de salud.....12 <input type="checkbox"/> No puede tener hijos13 <input type="checkbox"/> Razones económicas (insuficientes recursos, muy caro tener hijos etc.)14 <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda (vivienda pequeña, no tienen vivienda).....15 <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social (círculos infantiles, horarios extraescolares, recreación, alimentación)16 <input type="checkbox"/> Tiene/tenía intención de emigrar_.....17 <input type="checkbox"/> Ya tiene la cantidad de hijos que deseaba tener.....18 <input type="checkbox"/> No sabe / no responde99 <input type="checkbox"/>
PARA TODAS LAS ENTREVISTADAS		
5.11	En su opinión, ¿con cuáles condiciones debe contar una mujer para tener su <u>primer hijo</u> ? Marque todas las que mencione. ENCUESTADOR: No lea las opciones. Marque todas las que mencione	Tener ayuda para criarlo01 <input type="checkbox"/> Haber disfrutado su juventud/matrimonio.....02 <input type="checkbox"/> Haber terminado los estudios.....03 <input type="checkbox"/> Haberse superado profesionalmente.....04 <input type="checkbox"/> Ser independiente económicamente.....05 <input type="checkbox"/> Tener una pareja estable06 <input type="checkbox"/> Tener buena situación económica (dinero/recursos).....07 <input type="checkbox"/> Tener vivienda08 <input type="checkbox"/> Nada sólo hay que desearlo09 <input type="checkbox"/> Otra.....10 <input type="checkbox"/> No sabe / No responde99 <input type="checkbox"/>
5.12	En su opinión, ¿cuáles condiciones serían las más importantes para que una mujer que ya tiene un hijo se decida a tener <u>otro hijo</u> ? ENCUESTADOR: No lea las opciones. Marque todas las que mencione	Tener quien se los cuide01 <input type="checkbox"/> Tener quien le haga las cosas en la casa.....02 <input type="checkbox"/> Que ambos cónyuges compartan las tareas domésticas03 <input type="checkbox"/> Haber disfrutado su juventud/matrimonio04 <input type="checkbox"/> Ser independiente económicamente.....05 <input type="checkbox"/> Haberse superado profesionalmente.....06 <input type="checkbox"/> Tener facilidades para combinar trabajo y hogar07 <input type="checkbox"/> Tener una pareja estable08 <input type="checkbox"/> Que su esposo no tenga hijos09 <input type="checkbox"/> Tener buena situación económica (dinero/recursos).....10 <input type="checkbox"/> Tener una vivienda adecuada11 <input type="checkbox"/> Nada, sólo hay que desearlo12 <input type="checkbox"/> Otra.....13 <input type="checkbox"/> No sabe / No responde99 <input type="checkbox"/>

FILTRO 7 REVISE LA PREGUNTA P2.03

Si ha estado embarazada alguna vez (P2.03=1): Continúe
 Si nunca ha estado embarazada (P2.03 = 3, ó 9), REVISE LA PREGUNTA P2.29
 Si no está embarazada actualmente (P2.29 =3, 8 ó 9): Pase a SECCION 6
 Si está embarazada actualmente (P2.29 =1): Continúe

5.13	Dígame por favor, ¿alguna vez ha tenido un embarazo que ocurriera en un momento en que no lo deseaba, o en que no lo estaban buscando?	Si.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No recuerda / No responde / No procede..... 9 <input type="checkbox"/>
5.14	¿Ese embarazo (o alguno de ellos), terminó con un hijo nacido vivo?	Si.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/>
5.15	¿Por qué ocurrió ese embarazo si no lo planificó? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Acepte sólo una respuesta)	No disponía de anticonceptivos.....1 <input type="checkbox"/> Falló el anticonceptivo.....2 <input type="checkbox"/> No sabía como evitarlo.....3 <input type="checkbox"/> No pensó que podía embarazarse.....4 <input type="checkbox"/> Por lo inesperado de la relación sexual.....5 <input type="checkbox"/> Descuido.....6 <input type="checkbox"/> Otro7 <input type="checkbox"/> No sabe.....8 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>
5.16	En la época en la que usted quedó embarazada de su (último) hijo, quería tener hijos en ese momento, quería esperar más tiempo, o ya no quería tener más hijos?	Tenerlo en ese momento.....1 <input type="checkbox"/> Esperar más tiempo.....2 <input type="checkbox"/> No quería tener más hijos.....3 <input type="checkbox"/> No Sabe/ No responde.....9 <input type="checkbox"/>

SECCION 6

SECCIÓN 6. REDES DE APOYO FAMILIARES Y SOCIALES

FILTRO 8. REVISE LA PREGUNTA P2.08

Si no ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 = 00): Finalice la entrevista

Si ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 ≥ 1): Continúe

Ahora me gustaría preguntarle algunas cuestiones relacionadas con el nacimiento y la crianza de su primer hijo

	Dígame por favor si Ud. presentó –o está presentando- alguna de las siguientes situaciones durante el nacimiento y la crianza de su primer hijo:	SI	NO	NS / No responde																																							
6.01	a) Durante el embarazo o el parto de su primer hijo tuvo problemas o complicaciones que pusieron en peligro su vida o la de su bebé.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	b) Tuvo su bebé alguna complicación seria de salud durante el primer año de vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	c) A su niño le fue diagnosticada alguna discapacidad, malformación congénita o enfermedad crónica.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	d) El papá del niño vivió en el mismo hogar con usted durante todo el primer año del niño.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	e) Durante los primeros cinco años de vida de su primer hijo generalmente tuvo/ha tenido quien le ayude con las tareas domésticas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	f) Durante los primeros cinco años de vida de su primer hijo tuvo/ha tenido quien le ayude con el cuidado y atención del niño.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	g) Al quedar embarazada de su primer hijo -o después de dar a luz- tuvo que abandonar sus estudios o desarrollo profesional, sin poder continuar después.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	h) Su primer hijo asistió al círculo infantil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	i) Durante la infancia de su primer hijo tuvo /ha tenido que pagar para que se lo cuiden, para usted poder trabajar o hacer las tareas cotidianas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	j) Al quedar embarazada de su primer hijo -o después de dar a luz- tenía un trabajo por el cuál obtenía ingresos, que tuvo que abandonar de manera definitiva.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9																																							
	Continúe	Pase a 6.03	Pase a 6.03																																								
6.02	¿Por qué no siguió trabajando? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Admite hasta tres marcas)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>No tenía con quien dejar al niño.....</td><td style="text-align: right;">.01</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Le gusta estar en la casa.....</td><td style="text-align: right;">.02</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>El bebé era enfermizo.....</td><td style="text-align: right;">.03</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Oposición de la pareja.....</td><td style="text-align: right;">.04</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otra situación familiar.....</td><td style="text-align: right;">.05</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Empleo temporal/ Terminó su contrato</td><td style="text-align: right;">.06</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bajo salario.....</td><td style="text-align: right;">.07</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lejanía, transporte.....</td><td style="text-align: right;">.08</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Horarios poco flexibles.....</td><td style="text-align: right;">.09</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Problemas de salud.....</td><td style="text-align: right;">.10</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mucha carga entre hogar y trabajo.....</td><td style="text-align: right;">.11</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otra razón</td><td style="text-align: right;">.12</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>NS/NR</td><td style="text-align: right;">.99</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>			No tenía con quien dejar al niño.....	.01	<input type="checkbox"/>	Le gusta estar en la casa.....	.02	<input type="checkbox"/>	El bebé era enfermizo.....	.03	<input type="checkbox"/>	Oposición de la pareja.....	.04	<input type="checkbox"/>	Otra situación familiar.....	.05	<input type="checkbox"/>	Empleo temporal/ Terminó su contrato06	<input type="checkbox"/>	Bajo salario.....	.07	<input type="checkbox"/>	Lejanía, transporte.....	.08	<input type="checkbox"/>	Horarios poco flexibles.....	.09	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud.....	.10	<input type="checkbox"/>	Mucha carga entre hogar y trabajo.....	.11	<input type="checkbox"/>	Otra razón12	<input type="checkbox"/>	NS/NR99	<input type="checkbox"/>
No tenía con quien dejar al niño.....	.01	<input type="checkbox"/>																																									
Le gusta estar en la casa.....	.02	<input type="checkbox"/>																																									
El bebé era enfermizo.....	.03	<input type="checkbox"/>																																									
Oposición de la pareja.....	.04	<input type="checkbox"/>																																									
Otra situación familiar.....	.05	<input type="checkbox"/>																																									
Empleo temporal/ Terminó su contrato06	<input type="checkbox"/>																																									
Bajo salario.....	.07	<input type="checkbox"/>																																									
Lejanía, transporte.....	.08	<input type="checkbox"/>																																									
Horarios poco flexibles.....	.09	<input type="checkbox"/>																																									
Problemas de salud.....	.10	<input type="checkbox"/>																																									
Mucha carga entre hogar y trabajo.....	.11	<input type="checkbox"/>																																									
Otra razón12	<input type="checkbox"/>																																									
NS/NR99	<input type="checkbox"/>																																									
6.03	¿Cuanto tiempo pasó después de este primer parto hasta que comenzó –o regresó- a trabajar?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nunca ha trabajado</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Menos de un año</td><td style="text-align: right;">2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>De 1 a 5 años.....</td><td style="text-align: right;">3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Más de 5 años</td><td style="text-align: right;">4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No ha trabajado más.....</td><td style="text-align: right;">5</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td style="text-align: right;">9</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>			Nunca ha trabajado	1	<input type="checkbox"/>	Menos de un año	2	<input type="checkbox"/>	De 1 a 5 años.....	3	<input type="checkbox"/>	Más de 5 años	4	<input type="checkbox"/>	No ha trabajado más.....	5	<input type="checkbox"/>	No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																					
Nunca ha trabajado	1	<input type="checkbox"/>																																									
Menos de un año	2	<input type="checkbox"/>																																									
De 1 a 5 años.....	3	<input type="checkbox"/>																																									
Más de 5 años	4	<input type="checkbox"/>																																									
No ha trabajado más.....	5	<input type="checkbox"/>																																									
No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																									
6.04	¿Si pudiera regresar a la época en que tuvo su primer hijo, y pudiera decidir nuevamente sobre su embarazo, cree que hubiera tenido ese primer hijo en ese momento, hubiera esperado más tiempo, o lo hubiera tenido antes?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Tenerlo en ese momento.....</td><td style="text-align: right;">1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Esperar más tiempo.....</td><td style="text-align: right;">2</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lo tendría antes.....</td><td style="text-align: right;">3</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No tendría hijos.....</td><td style="text-align: right;">4</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No Sabe/ No responde.....</td><td style="text-align: right;">9</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>			Tenerlo en ese momento.....	1	<input type="checkbox"/>	Esperar más tiempo.....	2	<input type="checkbox"/>	Lo tendría antes.....	3	<input type="checkbox"/>	No tendría hijos.....	4	<input type="checkbox"/>	No Sabe/ No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																								
Tenerlo en ese momento.....	1	<input type="checkbox"/>																																									
Esperar más tiempo.....	2	<input type="checkbox"/>																																									
Lo tendría antes.....	3	<input type="checkbox"/>																																									
No tendría hijos.....	4	<input type="checkbox"/>																																									
No Sabe/ No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																									

FILTRO 9 Verifique P 2.13: si edad de ningún hijo actualmente vivo ≤ 12 años: Agradezca a la entrevistada y finalice la entrevista.

Si la edad de algún hijo actualmente vivo es ≤ 12 años (es decir, tiene algún hijo de 12 años o menos): Continúe

	Recibe usted con alguna sistematicidad por parte de familiares, amigos, o por su centro de trabajo u otras instituciones algunos de los siguientes servicios de apoyo. Específicamente de quién recibe lo siguiente: ENCUESTADOR: Repetir las opciones de respuesta en cada fila. Admite varias marcas	Familiar en Cuba	Familiar en el exterior	Amigos/ otra persona	Centro de trabajo	Otras instituciones	No recibe
6.11		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	a) Artículos (alimentos, ropas, aseo personal, otros)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	b) Servicios (cuidado de niños, lavandería, tareas domésticas, mensajero)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	c) Dinero (incluye estimulación salarial)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Encuestador: Agradezca a la entrevistada su participación y termine la entrevista

República de Cuba
Centro de Estudios de Población y Desarrollo
Oficina Nacional de Estadísticas
Fondo de Población de las Naciones Unidas

ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD

2009

Los datos anotados en los cuestionarios tienen carácter estrictamente confidencial y no podrán ser divulgados en forma alguna por los funcionarios que tengan acceso a la información individual, ni podrán ser usados para otros fines distintos a la formación de resúmenes numéricos de los resultados de la encuesta. (Artículo 12 de la Ley 578 de 25-IX-1959)

CUESTIONARIO INDIVIDUAL MASCULINO

(PARA HOMBRES SELECCIONADOS DE 15 A 54 AÑOS EN CADA HOGAR SELECCIONADO)

IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA							Número de Libro (para uso de la oficina)		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Provincia	Municipio	Parte	Distrito	Área	Sección	T. Rot.	No. Viv	No. de la persona en la sección Datos del Hogar del ENF-1	
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

OBSERVACIONES DE LA REVISIÓN			
	Fecha	Nombre	Observaciones
Enumerador:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____	_____
Supervisor:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____	_____
Ofic. Municipal:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____	_____
Ofic. Provincial:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> día mes	_____	_____

SECCION 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.01	Sexo	Hombre..... <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="1"/>
1.02	Dígame por favor, ¿cuál es su fecha de nacimiento?	Día <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Mes <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Año <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
1.03	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Años <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>

FILTRO 1:

SUME EDAD CON AÑO DE NACIMIENTO Y ANOTE TOTAL AQUÍ _____. SI LA PERSONA YA CUMPLIÓ AÑOS EN 2009, LA SUMA DEBE SER 2009. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2009 LA SUMA DEBE SER 2008. EN CASO DE INCONSISTENCIA ACLARE CON EL ENTREVISTADO. SI LA PERSONA QUE VA A ENTREVISTAR ES MENOR DE 15 Ó MAYOR DE 49 AÑOS DE EDAD, AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA.

1.04	¿Cuál es el nivel educacional más alto que usted terminó completamente?	Ningún grado aprobado.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/> Primaria sin terminar.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/> Primaria terminada.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> Secundaria básica.....4 <input style="width: 20px;" type="text"/> Obrero calificado.....5 <input style="width: 20px;" type="text"/> Preuniversitario.....6 <input style="width: 20px;" type="text"/> Técnico Medio.....7 <input style="width: 20px;" type="text"/> Magisterio o Pedagogía nivel medio.....8 <input style="width: 20px;" type="text"/> Superior o universitario.....9 <input style="width: 20px;" type="text"/>
1.05	Dígame por favor, ¿qué hizo usted la semana pasada? (ENCUESTADOR: Lea las posibles respuestas)	Trabajó.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/> Tenía trabajo, pero no trabajó.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/> Buscaba trabajo.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> Jubilado o pensionado.....4 <input style="width: 20px;" type="text"/> Rentista o recibe ayuda económica.....5 <input style="width: 20px;" type="text"/> Quehaceres del hogar.....6 <input style="width: 20px;" type="text"/> → 1.09 Estudiante.....7 <input style="width: 20px;" type="text"/> Incapacitado para el trabajo.....8 <input style="width: 20px;" type="text"/> No realiza ninguna actividad.....9 <input style="width: 20px;" type="text"/> Otra situación.....10 <input style="width: 20px;" type="text"/>
1.06	Además de trabajar, ¿se encuentra usted estudiando?	Sí.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/> No.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> No responde.....9 <input style="width: 20px;" type="text"/>
1.07	¿Qué hace usted en su trabajo? (ENCUESTADOR: Lea las posibles respuestas)	Dirigente.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/> Trabajador Administrativo.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/> Profesional /Técnico.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> Obrero no agropecuario.....4 <input style="width: 20px;" type="text"/> Obrero o trabajador agropecuario.....5 <input style="width: 20px;" type="text"/> Trabajador de los servicios.....6 <input style="width: 20px;" type="text"/> Trabajador no calificado.....7 <input style="width: 20px;" type="text"/>
1.08	En su ocupación principal, usted es: (ENCUESTADOR: Lea las posibles respuestas)	Trabajador estatal.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/> Contratado por privado.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/> Trabajador sociedades mixtas, firmas y corporaciones.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> Trabajador por cuenta propia.....4 <input style="width: 20px;" type="text"/> Trabajador UBPC y CPA.....5 <input style="width: 20px;" type="text"/> Pequeño agricultor.....6 <input style="width: 20px;" type="text"/> Otra.....7 <input style="width: 20px;" type="text"/>

**ENCUESTADOR: Diga lo siguiente al entrevistado:
AHORA LE HARE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LOS LUGARES DONDE USTED HA VIVIDO**

1.09	Del lugar donde vivía su madre cuando usted nació, ¿puede precisar..... ENCUESTADOR: si refiere otro país no anotar provincia ni municipio; anotar sólo país	municipio? _____ 1 <input type="text"/> provincia? _____ 2 <input type="text"/> país? _____ 3 <input type="text"/>
------	--	--

FILTRO 2:

**SI EN PREGUNTA 1.09 SEÑALÓ EL MISMO MUNICIPIO DE RESIDENCIA ACTUAL, HAGA LA PREGUNTA 1.10.
SI EN PREGUNTA 1.09 SEÑALÓ UN MUNICIPIO DISTINTO AL DE RESIDENCIA ACTUAL, HAGA LA PREGUNTA 1.11**

1.10	¿Siempre ha vivido en este municipio?	Sí1 <input type="checkbox"/> → 1.13 No3 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/>
------	---------------------------------------	---

1.11	¿En que provincia, municipio o país residía antes de trasladarse a este municipio? ENCUESTADOR: si nació en otro país no anote provincia ni municipio; anote solo país	municipio? _____ 1 <input type="text"/> provincia? _____ 2 <input type="text"/> país? _____ 3 <input type="text"/>
------	--	--

1.12	¿Cuánto tiempo ha vivido en este municipio desde que se trasladó del anterior municipio o país?	Años..... <input type="text"/> Menos de un año..... 00 <input type="text"/> No sabe..... 99 <input type="text"/>
------	---	--

1.13	¿Tiene Ud la intención de trasladarse a otra provincia o país en un futuro no lejano?	Si, a otra provincia.....1 <input type="checkbox"/> Si, a otro país.....2 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No sabe.....8 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>
------	---	--

SECCION 2. HISTORIA DE EVENTOS

ENCUESTADOR: Lea el siguiente texto a la persona que va a entrevistar:

A continuación voy a abordar el tema de la reproducción, y para ello tendré que hacerle algunas preguntas acerca de su vida sexual. Usted no está obligado/a a responder, pero le aseguro que la información que usted nos brinda es de gran importancia para la investigación y de carácter estrictamente confidencial, es decir, nadie podrá conocer sus respuestas.

2.01	Dígame, por favor, ¿usted alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una mujer?	Sí1 <input type="checkbox"/> No3 <input type="checkbox"/> } → SECCIÓN 3 No responde9 <input type="checkbox"/>
2.02	¿A que edad tuvo su primera relación sexual con una mujer? (ENCUESTADOR: SI NO SABE O NO RESPONDE ANOTE "99")	Edad..... <input style="width: 40px;" type="text"/>
2.03	¿Alguna mujer ha estado embarazada de usted alguna vez en un momento distinto al actual?	Sí1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> } → 2.11 No sabe / No responde.....9 <input type="checkbox"/>
2.04	¿Ha tenido usted algún hijo o hija nacido vivo?	Sí1 <input type="checkbox"/> No3 <input type="checkbox"/> → 2.09
2.05	Ahora me gustaría preguntarle acerca de sus hijos e hijas. En total, ¿cuántos hijos e hijas vivos tiene usted en la actualidad?	Número de hijos e hijas vivos actualmente..... <input style="width: 40px;" type="text"/>
2.06	¿Alguna vez tuvo un hijo o una hija que nació vivo pero que falleció después?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2 <input type="checkbox"/> → 2.08
2.07	¿Cuántos hijos e hijas han muerto?	Número de hijos e hijas muertos actualmente..... <input style="width: 40px;" type="text"/>
2.08	ENCUESTADOR: Sume las respuestas 2.05 y 2.07 y anote el total de hijos nacidos vivos durante toda su vida. Pregunte entonces al entrevistado si durante toda su vida ha tenido el número de hijos anotado. Si no coincide, indague y corrija según corresponda.	Hijos nacidos vivos durante toda su vida..... <input style="width: 40px;" type="text"/>
2.09	¿Alguno de los embarazos que Usted ha ocasionado a su(s) parejas han terminado en nacidos muertos, abortos provocados o espontáneos, o en alguna regulación menstrual?	Sí..... 1 <input type="checkbox"/> No..... 3 <input type="checkbox"/> } → 2.11 No responde..... 9 <input type="checkbox"/>
2.10	¿Me podría decir cuántos embarazos de los que Usted ha provocado terminaron en nacidos muertos, y/o abortos provocados o espontáneos, y cuántas regulaciones menstruales se han hecho sus parejas?: (ENCUESTADOR: Lea las opciones. Si NINGUNO anote "00". Si "No recuerda" o "No responde", anote "99")	A) Nacidos muertos..... <input style="width: 40px;" type="text"/> (5 meses o más de embarazo) B) Abortos espontáneos..... <input style="width: 40px;" type="text"/> (Menos de 5 meses de embarazo) C) Abortos provocados..... <input style="width: 40px;" type="text"/> (Menos de 5 meses de embarazo) D) Regulaciones menstruales..... <input style="width: 40px;" type="text"/>
2.11	¿Está embarazada de Usted alguna mujer actualmente?	Sí.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/> No.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> No sabe.....8 <input style="width: 20px;" type="text"/> No responde9 <input style="width: 20px;" type="text"/>
2.12	¿Alguna vez en su vida mantuvo relaciones sexuales estables por espacio de dos años o más, sin usar algún método anticonceptivo, y no embarazó a su pareja?	Sí..... 1 <input style="width: 20px;" type="text"/> No.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> } → SECCION 3 No responde9 <input style="width: 20px;" type="text"/>
2.13	¿Han seguido (o siguieron) Ud. o su pareja algún tratamiento para solucionar este problema?	Sí.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/> No.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/> No responde 9 <input style="width: 20px;" type="text"/>

SECCION 3. ANTICONCEPCIÓN

3.01 Existen varios métodos para retardar o evitar un embarazo, ¿qué métodos conoce usted, o de cuáles ha oído hablar?

ENCUESTADOR:

No lea opciones. Inicialmente, marque el Código 1 en las que mencione espontáneamente.

Las que no mencionó, usted las leerá y si las recuerda o identifica marque el Código 2.

Marque el Código 3 para aquellas que no conozca.

01	1. PÍLDORA: Se refiere a la pastilla que se toma la mujer todos los días para no quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
02	2. PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE: Se refiere a la pastilla que se toma inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, y se sospecha que puede quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
03	3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): Son los dispositivos que coloca el médico a las mujeres en la matriz y que son conocidos como anillos, asas, T, etc.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
04	4. INYECCIÓN: La mujer se aplica una inyección cada mes o cada tres meses para evitar quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
05	5. IMPLANTES SUBDÉRMICOS (NORPLANT): Consiste en la colocación de unas cápsulas a las mujeres en la parte alta del brazo para evitar un embarazo durante cinco años.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
06	6. ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA) : La mujer es sometida a una operación o procedimiento (laparoscopia) por medio del cual se obstruyen las trompas para que no pueda tener hijos.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
07	7. ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMÍA): El hombre es sometido a una operación para que la mujer no quede embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
08	8. PRESERVATIVO O CONDON: Es la funda de material flexible en la cual el hombre introduce el pene, o la mujer en la vagina para evitar que el semen fecunde a la mujer durante el acto sexual.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
09	9. DIAFRAGMA: Es una goma grande, circular, que la mujer se coloca en la vagina antes de las relaciones sexuales	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
10	10. OTROS MÉTODOS QUÍMICOS FEMENINOS: Incluyen las jaleas, cremas, óvulos, supositorios y otros elementos químicos que las mujeres se colocan en la vagina antes de las relaciones sexuales.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
11	11. RITMO: Se refiere a no tener relaciones sexuales desprotegidas entre una menstruación y otra en los días en que la mujer puede quedar embarazada.	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
12	12. RETIRO (COITO INTERRUPTO): El hombre retira el pene de la vagina y derrama el semen afuera	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
13	13. LACTANCIA MATERNA: Consiste en alargar el período de lactancia materna como vía para evitar o espaciar los embarazos	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> Recordado.....2 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>
14	14. OTRO	Espontáneo.....1 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/>

3.08	<p>¿Cuál fue el motivo principal por el que no usaron anticonceptivos antes que apareciera el primer embarazo?</p> <p>ENCUESTADOR: No leer opciones. Aceptar sólo una respuesta</p>	<p>Dificultad para obtenerlos.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>Desaprobación social..... 02 <input type="checkbox"/></p> <p>Temor a los padres.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Desconocimiento para su uso..... 04 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo inesperado de la relación sexual.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Le restaba valor al acto sexual.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja no quería.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Le resultaba molesto a Ud.08 <input type="checkbox"/></p> <p>Le resultaba molesto a la pareja.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>Quería su pareja salir embarazada.....10 <input type="checkbox"/></p> <p>Querían ambos ese embarazo.....11 <input type="checkbox"/></p> <p>Descuido.....12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro.....13 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no responde99 <input type="checkbox"/></p>
------	--	--

FILTRO 5:
REVISE LA PREGUNTA P2.08
 Si no ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 = 00): Pase a 3.10
 Si ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 ≥ 1): Continúe

3.09	<p>¿Cuántos hijos e hijas había tenido usted cuando usó por primera vez un método anticonceptivo (usted o su pareja)?</p> <p>(ENCUESTADOR: Incluye hijos vivos y fallecidos. Si No recuerda o no responde, anote "99")</p>	<p>Hijos e hijas <input type="text"/> <input type="text"/></p>
------	---	--

3.10	<p>¿Actualmente usted o su pareja utilizan algún método para aplazar o evitar un embarazo?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 3.12</p> <p>No tiene pareja..... 3 <input type="checkbox"/> → SECCION 4</p> <p>No responde 9 <input type="checkbox"/></p>
------	--	---

3.11	<p>¿Qué métodos están usando usted o su pareja actualmente?</p> <p>(ENCUESTADOR: Marque todas las que mencione)</p>	<p>Píldora01 <input type="checkbox"/></p> <p>Píldora del día siguiente.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>DIU.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Inyecciones.....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Implantes subdérmicos.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Esterilización femenina.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Esterilización masculina.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Preservativo o condón08 <input type="checkbox"/></p> <p>Diafragma.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>Métodos femeninos químicos10 <input type="checkbox"/></p> <p>Ritmo.....11 <input type="checkbox"/></p> <p>Retiro12 <input type="checkbox"/></p> <p>Lactancia materna.....13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro14 <input type="checkbox"/></p> <p>No recuerda, no responde.....99 <input type="checkbox"/></p>
------	--	--

3.12	<p>¿Cuál es el principal motivo por el que usted y/o su pareja actualmente no usan ningún método anticonceptivo para evitar un embarazo?</p> <p>ENCUESTADOR: No leer opciones. Aceptar sólo una respuesta</p>	<p>No tiene pareja estable.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene relaciones sexuales.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>Relaciones sexuales poco frecuentes.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Menopausia (de la mujer).....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de infertilidad.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Posparto/lactancia (de la mujer).....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Desea más hijos.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Embarazo (de la mujer).....08 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja se opone09 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro10 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe/ No responde.....99 <input type="checkbox"/></p>
------	--	---

SECCION 4. NUPCIALIDAD

4.01	¿Cuál es su estado conyugal actualmente?	Unido.....1 <input type="checkbox"/> Casado.....2 <input type="checkbox"/> Divorciado.....3 <input type="checkbox"/> Separado.....4 <input type="checkbox"/> Viudo.....5 <input type="checkbox"/> Soltero.....6 <input type="checkbox"/>
		→ 4.06 → 4.17
4.02	¿En qué fecha se casó o unió con su actual esposa o compañera?	Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.03	¿Usted y su pareja viven habitualmente juntos o en viviendas separadas?	Juntos.....1 <input type="checkbox"/> En viviendas separadas.....2 <input type="checkbox"/>
		→ 4.06
4.04	¿Desde cuándo se mantiene esta situación?	Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.05	¿Por qué razón no vive su esposa o compañera con Usted. en su hogar? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Aceptar sólo una respuesta)	Poco espacio en la vivienda.....01 <input type="checkbox"/> Tiene otro hogar.....02 <input type="checkbox"/> No se lleva con sus familiares.....03 <input type="checkbox"/> Prefieren vivir de esa forma.....04 <input type="checkbox"/> Pareja vive/ trabaja fuera de la provincia/municipio...05 <input type="checkbox"/> Pareja vive/ trabaja habitualmente fuera del país.....06 <input type="checkbox"/> Pareja vive/ trabaja temporalmente fuera del país.....07 <input type="checkbox"/> Están separados08 <input type="checkbox"/> Otro motivo09 <input type="checkbox"/> No responde.....99 <input type="checkbox"/>
4.06	¿Qué edad tenía la mujer con la que usted se casó o unió por primera vez?	Edad de su pareja..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.07	¿Qué edad tenía Usted cuando se casó o unió por primera vez?	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.08	¿Cuál fue el motivo principal por el que se casó o unió la primera vez ? (ENCUESTADOR: Lea las opciones. Aceptar sólo una respuesta)	Para poder mantener relaciones sexuales libremente.....1 <input type="checkbox"/> Por sentirse enamorado.....2 <input type="checkbox"/> Por estar embarazada su pareja.....3 <input type="checkbox"/> Por deseo de formar una familia.....4 <input type="checkbox"/> Por conveniencia económica.....5 <input type="checkbox"/> Por salir de la casa.....6 <input type="checkbox"/> Otro7 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>
4.09	Dígame por favor, ¿Cuántas veces usted se ha casado o unido?	Número de matrimonios o uniones <input type="text"/> <input type="text"/> ENCUESTADOR: Si número de uniones es igual a 01 pase a → 4.13

MATRIMONIOS O UNIONES ANTERIORES (excluye el actual).

		1	2	3	4	5
4.10	¿En qué fecha comenzó su primer (segundo, tercer,.....) matrimonio o unión. (ENCUESTADOR: ESPECIFIQUE EL TIPO 1.Matrimonio 3.Unión consensual)	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo <input type="checkbox"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>
4.11	¿Cómo terminó su primer (segundo, tercer,....) matrimonio o unión? (ENCUESTADOR: LEA LAS OPCIONES)	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.....2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.....2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.....2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.....2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>	Divorcio.....1 <input type="checkbox"/> Separación.....2 <input type="checkbox"/> Muerte.....3 <input type="checkbox"/>
4.12	¿En qué fecha dejó de vivir con su primer (segunda, tercera,....) esposa o compañera?	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>

VERIFIQUE que el número de columnas llenadas a partir de la pregunta 4.10 sea igual al número de uniones o matrimonios que se registró en la pregunta 4.09. En el caso de los que están casados o unidos actualmente, la cantidad de columnas llenadas debe ser una (1) menos que el número de uniones de 4.09.

Sí
↓

No → **INDAGUE Y CORRIJA 4.10, 4.11 Y 4.12**

4.13	<p>¿Cuál fue el nivel educacional más alto terminado completamente por su última (o actual) esposa o compañera? ENCUESTADOR: Anote el nivel más alto terminado completamente</p>	<p>Ningún grado aprobado.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>Primaria sin terminar.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>Primaria terminada.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Secundaria básica.....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Obrero calificado.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Preuniversitario.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Técnico Medio.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>Magisterio o Pedagogía nivel medio.....08 <input type="checkbox"/></p> <p>Superior o universitario.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, No recuerda, no responde.....99 <input type="checkbox"/></p>
4.14	<p>Dígame por favor, ¿a qué se dedica(ba) su última (o actual) esposa o compañera?</p>	<p>Trabajaba.....01 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscaba trabajo.....02 <input type="checkbox"/></p> <p>Jubilada o pensionada.....03 <input type="checkbox"/></p> <p>Rentista o recibía ayuda económica.....04 <input type="checkbox"/></p> <p>Quehaceres del hogar.....05 <input type="checkbox"/></p> <p>Estudiante.....06 <input type="checkbox"/></p> <p>Incapacitada para el trabajo.....07 <input type="checkbox"/></p> <p>No realizaba ninguna actividad.....08 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra situación.....09 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, No recuerda, no responde.....99 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 4.16</p>
4.15	<p>¿Qué hacía (hace) en su trabajo su última (actual) esposa o compañera? (ENCUESTADOR: Se refiere al trabajo principal)</p>	<p>Dirigente.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajadora Administrativa2 <input type="checkbox"/></p> <p>Técnica3 <input type="checkbox"/></p> <p>Obrera no agropecuario4 <input type="checkbox"/></p> <p>Obrera o trabajadora agropecuario.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajadora de los servicios.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajadora no calificado.....7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe, No recuerda, no responde.....9 <input type="checkbox"/></p>
4.16	<p>¿Cuál considera Usted que es la mejor situación para una pareja: el matrimonio, la unión estable, o la unión libre.</p>	<p>Matrimonio..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Unión estable..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Unión libre..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no responde 9 <input type="checkbox"/></p>
4.17	<p>En lo particular, ¿considera usted el matrimonio algo prioritario en sus aspiraciones como hombre?</p>	<p>Sí..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no contesta 9 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 4.19</p>
4.18	<p>¿Cuál es la razón principal por la que considera el matrimonio como algo prioritario en sus aspiraciones como hombre? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Acepte sólo una respuesta)</p>	<p>Porque es la mejor vía de formar una familia.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque el padre ayuda en la crianza de los hijos.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Por seguridad económica.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque socialmente es la forma aceptada de vivir con una mujer.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque es lo tradicional.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque no quiere quedarse solo6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra.....7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no contesta9 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ Sección 5</p>
4.19	<p>¿Cuál es la razón principal por la que no considera el matrimonio como algo prioritario en sus aspiraciones como hombre? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Acepte sólo una respuesta)</p>	<p>Porque igualmente se vive en unión o solo.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque prioriza otros aspectos del desarrollo personal.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque no quiere formar una familia.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque perdería libertad con ello.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque cree que el matrimonio destruye el amor.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Porque si se casa podría disfrutar menos de la vida.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro7 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / no contesta9 <input type="checkbox"/></p>

SECCION 5. IDEALES REPRODUCTIVOS Y DE PAREJA

5.01	<p>Si usted pudiera escoger exactamente el número de hijas e hijos para tener en toda su vida (si pudiera regresar a la época en la que no tenía hijos), ¿cuántos tendría? ENCUESTADOR: Si No sabe o no responde, anote "99"</p>	<p>Número de hijos..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 99</p>
5.02	<p>En líneas generales, ¿usted cree que en Cuba los hombres tienen más hijos que los que desean tener, los hijos que desean tener, o menos hijos que los que desean tener?</p>	<p>Más hijos que los que desean tener.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Menos hijos que los que desean tener.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Los hijos que desean tener.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe.....8 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No responde.....9 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.03	<p>¿Cuáles cree usted que sean las razones principales por las que actualmente en Cuba algunos hombres no desean tener hijos, o tienen menos hijos de los que en realidad desearían? ENCUESTADOR: No leer opciones. Marque todas las que mencione el entrevistado</p>	<p>Carga familiar/doméstica del hombre.....01 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>El trabajo que dan los hijos02 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Nivel educacional de los hombres.....03 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Participación laboral del hombre y dificultad de combinar el trabajo con los hijos04 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Superación personal y profesional.....05 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Inestabilidad de las parejas06 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Falta de ingresos o recursos suficientes07 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Situación con la vivienda08 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Falta de apoyo social (círculo infantiles, horario extraescolar, recreación, alimentos).....09 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Otra10 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / No responde99 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.04	<p>En su caso personal, en este momento usted: tiene más hijos de los que desearía tener; menos hijos que los desearía tener; o la cantidad de hijos que desearía tener (se debe incluir el embarazo actual en los casos que corresponda)? ENCUESTADOR: Leer opciones. Se acepta sólo una respuesta</p>	<p>Tiene más hijos que los que desearía tener.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Tiene menos hijos que los que desearía tener.....2 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Tiene la cantidad de hijos que desearía tener3 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No responde.....9 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.05	<p>Independientemente de los hijos que tenga en este momento (si los tiene) y del embarazo actual (si lo hubiera en su pareja), ¿tiene usted la intención de tener algún hijo en el futuro?.</p>	<p>Si.....1 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No.....3 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / no está seguro.....8 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No responde9 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">➔ 5.10</p>
5.06	<p>¿Cuántos hijos en total tiene la intención de tener (contando a los que ya tiene, o los que está esperando - en el caso de los que tienen pareja embarazada)? ENCUESTADOR: Si No sabe o no responde, anote 99</p>	<p>Número de hijos..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 99</p>
5.07	<p>¿Cuál es el motivo que más ha influido en su deseo de tener algún hijo en el futuro? ENCUESTADOR: No lea las opciones. Se admiten hasta tres marcas</p>	<p>Desea ser padre.....01 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Desea tener una niña / niño02 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Conveniencia de que los hijos tengan hermanos.....03 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Su pareja lo desea04 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Se volvió a unir o casar.....05 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Los hijos unen más al matrimonio.....06 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Para tener en el futuro quien se ocupe de Usted.....07 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Siempre quiso tener esa cantidad de hijos.....08 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Otro motivo.....09 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / no responde.....99 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
5.08	<p>Dígame por favor, ¿cuál es la razón principal por la que usted aún no ha tenido ese -siguiente- hijo que piensa tener? ENCUESTADOR: No lea las opciones. Marque todas las que mencione</p>	<p>Acaba de parir su pareja; hijos muy pequeños.....01 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Considera que todavía está joven.....02 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Desea estudiar/ superarse03 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Desea o necesita trabajar.....04 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No tiene pareja /no ha encontrado la pareja ideal.....05 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Su pareja no desea.....06 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Lo ha intentado sin lograrlo07 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Espera mejorar económicamente.....08 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Espera tener o mejorar vivienda09 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Su pareja no está en Cuba.....10 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Intención de emigrar y/o viajar al exterior.....11 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Otro motivo.....12 <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>No sabe / no responde99 <input style="width: 20px;" type="text"/></p>

5.09	¿A qué edad piensa tener ese hijo? ENCUESTADOR: Si No sabe o no responde, anote 99	Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 5.11
5.10	¿Cuál es el motivo que más influyó en que usted no haya tenido (más) hijos? ENCUESTADOR: No lea las opciones. Se admiten hasta 4 marcas	Carga familiar/doméstica (exceso de trabajo en el hogar.....01 <input type="checkbox"/> El trabajo que dan los hijos (pasó mucho trabajo con sus hijos anteriores, no tiene ayuda, etc.).....02 <input type="checkbox"/> Pérdida de vida social, libertad y tiempo para otras cosas.....03 <input type="checkbox"/> Deseo de estudiar, superarse04 <input type="checkbox"/> Deseo o necesidad de trabajar fuera del hogar05 <input type="checkbox"/> Pareja no estable06 <input type="checkbox"/> A causa de su estado conyugal, o el de su pareja.....07 <input type="checkbox"/> Problemas o molestias de salud08 <input type="checkbox"/> Demasiada edad para tener hijos.....09 <input type="checkbox"/> Por la edad que tienen sus otros hijos10 <input type="checkbox"/> Hace malos (o con riesgo) los embarazos su pareja.....11 <input type="checkbox"/> Temor a que su hijo nazca con problemas de salud12 <input type="checkbox"/> No puede tener hijos13 <input type="checkbox"/> Razones económicas (insuficientes recursos, muy caro tener hijos etc.)14 <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda (vivienda pequeña, no tienen vivienda).....15 <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social (círculos infantiles, horarios extraescolares, recreación, alimentación)16 <input type="checkbox"/> Tiene/tenía intención de emigrar.....17 <input type="checkbox"/> Ya tiene la cantidad de hijos que deseaba tener.....18 <input type="checkbox"/> No sabe / no responde 99 <input type="checkbox"/>

PARA TODAS LOS ENTREVISTADOS

5.11	En su opinión, ¿con cuáles condiciones debe contar un hombre para tener su primer hijo?. Marque todas las que mencione. ENCUESTADOR: No lea las opciones. Marque todas las que mencione	Tener ayuda para criarlo 01 <input type="checkbox"/> Haber disfrutado su juventud/matrimonio.....02 <input type="checkbox"/> Haber terminado los estudios.....03 <input type="checkbox"/> Haberse superado profesionalmente.....04 <input type="checkbox"/> Ser independiente económicamente.....05 <input type="checkbox"/> Tener una pareja estable06 <input type="checkbox"/> Tener buena situación económica (dinero/recursos).....07 <input type="checkbox"/> Tener vivienda08 <input type="checkbox"/> Nada, sólo hay que desearlo.....09 <input type="checkbox"/> Otra.....10 <input type="checkbox"/> No sabe / No responde99 <input type="checkbox"/>
5.12	En su opinión, ¿cuáles condiciones serían las más importantes para que un hombre que ya tiene un hijo se decida a tener otro hijo?. ENCUESTADOR: No lea las opciones. Marque todas las que mencione	Tener quien se los cuide01 <input type="checkbox"/> Tener quien le haga las cosas en la casa.....02 <input type="checkbox"/> Que ambos cónyuges compartan las tareas domésticas03 <input type="checkbox"/> Haber disfrutado su juventud/matrimonio04 <input type="checkbox"/> Ser independiente económicamente.....05 <input type="checkbox"/> Haberse superado profesionalmente.....06 <input type="checkbox"/> Tener facilidades para combinar trabajo y hogar07 <input type="checkbox"/> Tener una pareja estable08 <input type="checkbox"/> Que su esposa no tenga hijos09 <input type="checkbox"/> Tener buena situación económica (dinero/recursos).....10 <input type="checkbox"/> Tener una vivienda adecuada11 <input type="checkbox"/> Nada, sólo hay que desearlo12 <input type="checkbox"/> Otra.....13 <input type="checkbox"/> No sabe / No responde99 <input type="checkbox"/>

FILTRO 6 REVISE LA PREGUNTA P2.03

Si ha embarazado alguna vez a una mujer (P2.03=1): Continúe

Si nunca ha embarazado a alguna mujer (P2.03 = 3, ó 9), REVISE LA PREGUNTA P2.11

Si no tiene embarazada actualmente alguna mujer (P2.11 =3, 8 ó 9): AGRADEZCA AL ENTREVISTADO Y FINALICE LA ENTREVISTA

Si tiene embarazada actualmente alguna mujer (P2.11 =1): Continúe

5.13	Dígame por favor, ¿alguna vez embarazó a una mujer en un momento en que no lo deseaba, o en que no lo estaban buscando?	Si.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No sabe / no recuerda / No responde.....9 <input type="checkbox"/> <div style="float: right; text-align: center;"> PASE a Sección VI </div>
5.14	¿Ese embarazo (o alguno de ellos), terminó con un hijo nacido vivo?	Si.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/>
5.15	¿Por qué ocurrió ese embarazo si no lo planificó? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Acepte sólo una respuesta)	No disponía de anticonceptivos.....1 <input type="checkbox"/> Falló el anticonceptivo.....2 <input type="checkbox"/> No sabía como evitarlo.....3 <input type="checkbox"/> No pensó que podía ocurrir un embarazo.....4 <input type="checkbox"/> Por lo inesperado de la relación sexual.....5 <input type="checkbox"/> Descuido.....6 <input type="checkbox"/> Otro7 <input type="checkbox"/> No sabe.....8 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>
5.16	En la época en la que usted embarazó a su pareja de su (último) hijo, quería tener hijos en ese momento, quería esperar más tiempo, o ya no quería tener más hijos?	Tenerlo en ese momento.....1 <input type="checkbox"/> Esperar más tiempo.....2 <input type="checkbox"/> No quería tener más hijos.....3 <input type="checkbox"/> No Sabe/ No responde.....9 <input type="checkbox"/>

SECCIÓN 6. REDES DE APOYO FAMILIARES Y SOCIALES

FILTRO 7. REVISE LA PREGUNTA P2.08

Si no ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 = 00): Finalice la entrevista

Si ha tenido hijos nacidos vivos (P2.08 ≥ 1): Continúe

Ahora me gustaría preguntarle algunas cuestiones relacionadas con el nacimiento y la crianza de su primer hijo

	Dígame por favor si Ud. presentó –o está presentando- alguna de las siguientes situaciones durante el nacimiento y la crianza de su primer hijo:	SI	NO	NS / No responde															
6.01	a) Durante el embarazo o el parto de su primer hijo hubo problemas o complicaciones que pusieron en peligro la vida de la madre o la de su bebé.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	b) Tuvo su bebé alguna complicación seria de salud durante el primer año de vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	c) A su niño le fue diagnosticada alguna discapacidad, malformación congénita o enfermedad crónica.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	d) Vivió Ud. en el mismo hogar de su hijo durante todo su primer año de vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	e) Durante los primeros cinco años de vida de su primer hijo generalmente tuvo/han tenido quien le ayude con las tareas domésticas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	f) Durante los primeros cinco años de vida de su primer hijo tuvo/han tenido quien le ayude con el cuidado y atención del niño.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	g) Al quedar embarazada la madre de su primer hijo -o después de dar a luz- tuvo Ud. que abandonar sus estudios o desarrollo profesional, sin poder continuar después.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	h) Su primer hijo asistió al círculo infantil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
	i) Durante la infancia de su primer hijo tuvo /ha tenido que pagar para que se lo cuiden, para ustedes poder trabajar o hacer las tareas cotidianas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9															
6.02	¿Si pudiera regresar a la época en que tuvo su primer hijo, y pudiera decidir nuevamente sobre ese embarazo, cree que hubiera tenido ese primer hijo en ese momento, hubiera esperado más tiempo, o lo hubiera tenido antes?.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Tenerlo en ese momento.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td>Esperar más tiempo.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td>Lo tendría antes.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td>No tendría hijos.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td>No Sabe/ No responde.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>			Tenerlo en ese momento.....	1		Esperar más tiempo.....	2		Lo tendría antes.....	3		No tendría hijos.....	4		No Sabe/ No responde.....	9	
Tenerlo en ese momento.....	1																		
Esperar más tiempo.....	2																		
Lo tendría antes.....	3																		
No tendría hijos.....	4																		
No Sabe/ No responde.....	9																		

FILTRO 8. Verifique P 2.05: si tiene algún hijo actualmente vivo.

Si respuesta es ≠ 00 → Pregunte si son ≤ 12 años y continúe

Si son > 12 años: Agradezca al entrevistado y finalice la entrevista

Si respuesta es = 00 → Agradezca al entrevistado y finalice la entrevista

	¿Quiénes realizan regularmente las siguientes tareas en su hogar? ENCUESTADOR: Repetir las opciones de respuesta en cada fila. Admite varias marcas	Usted	Pareja	Ambos	Padres/ suegros	Otro familiar residente	Vecino/ Otra persona	No proc./NR
6.03	a) Recogida de los niños en la escuela....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	b) Ayuda con tareas escolares.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	c) Actividades escolares (reuniones de padres, trabajos voluntarios, matutinos)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	d) Cuidado del menor en semanas de receso docente.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	e) Actividades extraescolares (deportes, círculos de interés, etc).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	f) Preparación de alimentos (comidas y meriendas).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	g) Fregado de losa.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	h) Otras tareas domésticas (lavar, planchar, limpieza del hogar).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	i) Actividades recreativas, de juegos y entretenimiento con los niños.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

6.04	Conoce usted que cuando la madre es trabajadora, y desea reincorporarse a trabajar, el padre tienen derecho por Ley a disfrutar de licencia de paternidad a partir de que su hijo cumple seis meses y hasta cumplir un año de edad.	Si conoce.....1 <input type="checkbox"/> No conoce.....3 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/>																																																		
6.05	¿Ud ha hecho uso de este beneficio con alguno de sus hijos?	Si.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No responde9 <input type="checkbox"/>																																																		
6.06	¿Estaría dispuesto a utilizar este beneficio?	Si.....1 <input type="checkbox"/> No.....3 <input type="checkbox"/> No Sabe / No responde9 <input type="checkbox"/>																																																		
6.07	¿Por qué no lo usaría? (ENCUESTADOR: No leer opciones. Acepte sólo una respuesta)	No volverá a tener hijos01 <input type="checkbox"/> Porque no desea hacerse cargo del menor.....02 <input type="checkbox"/> Porque la madre DEBE hacerse cargo del menor03 <input type="checkbox"/> Porque no les conviene económicamente.....04 <input type="checkbox"/> Porque no se vería bien05 <input type="checkbox"/> Porque la madre no estaría de acuerdo.....06 <input type="checkbox"/> No lo entenderían en su trabajo07 <input type="checkbox"/> Otro motivo.....08 <input type="checkbox"/> No sabe / no responde.....99 <input type="checkbox"/>																																																		
6.08	Con qué frecuencia su esposa o pareja realiza -o participa con Ud. en- las siguientes actividades (ENCUESTADOR: Repetir las opciones de respuesta en cada fila. Admite sólo una marca) a) Recogida de los niños en la escuela..... b) Ayuda en tareas escolares..... c) Actividades escolares (reuniones de padres, trabajos voluntarios, matutinos)..... d) Cuidado del menor en semanas de recesos e) Actividades extraescolares (deportes, círculos de interés, etc)..... f) Aseo de los niños..... g) Preparación de alimentos (comidas y meriendas)..... h) Fregado de losa..... i)) Otras tareas domésticas (lavar, planchar, limpieza del hogar)..... j) Actividades recreativas, de juegos y entretenimiento con los niños.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Frecuente-mente</th> <th>A veces</th> <th>Rara vez</th> <th>Nunca</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Frecuente-mente	A veces	Rara vez	Nunca	NS/NR	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Frecuente-mente	A veces	Rara vez	Nunca	NS/NR																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																
6.09	Recibe usted con alguna sistematicidad por parte de familiares, amigos, o por su centro de trabajo u otras instituciones algunos de los siguientes servicios de apoyo. Específicamente de quién recibe lo siguiente: ENCUESTADOR: Repetir las opciones de respuesta en cada fila. Admite varias marcas a) Artículos (alimentos, ropas, aseo personal, otros) b) Servicios (cuidado de niños, lavandería, tareas domésticas, mensajero) c) Dinero (incluye estimulación salarial)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Familiar en Cuba</th> <th>Familiar en el exterior</th> <th>Amigos/ otra persona</th> <th>Centro de trabajo</th> <th>Otras instituciones</th> <th>No recibe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Familiar en Cuba	Familiar en el exterior	Amigos/ otra persona	Centro de trabajo	Otras instituciones	No recibe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																										
Familiar en Cuba	Familiar en el exterior	Amigos/ otra persona	Centro de trabajo	Otras instituciones	No recibe																																															
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																															
1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																															
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																															

Encuestador: Agradezca al entrevistado su participación y termine la entrevista

HOGAR No. _____

DATOS DEL HOGAR

N U M E R O D E P E R S O N A	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	EDAD	COLOR DE PIEL	5 ¿La madre de (nombre) pertenece a este hogar?	6 ¿El padre de (nombre) pertenece a este hogar?	PARA 15 y + AÑOS
	1-Dígame los nombres de las personas que forman parte de su hogar y que residen habitualmente en esta vivienda, comenzando por el jefe de hogar. ENCUESTADOR Anote primero los nombres de todos los miembros del hogar. Posteriormente realice las preguntas 2 a 7 para cada miembro. ↓	2-¿Cuál es el parentesco con el jefe de hogar? 01-Jefe del hogar 02-Esposa(o) o Compañera(o) 03-Hijo(a) 04-Madre 05-Padre 06-Suegro(a) 07-Nieto(a) 08-Yerno o nuera 09- Otro Pariente 10-No pariente →	3-¿Es varón o hembra? 1-Varón 3-Hembra	4-¿Cuántos años cumplidos tiene? ENCUESTADOR Anote con DOS dígitos siempre. Anote 00 para menos de un año. Anote 99 para 100 años o más →	ENCUESTADOR No preguntar. Marque la casilla 1-Blanco 2-Negro 3-Mulato o mestizo →	5-¿Quién es la madre de (nombre)? ENCUESTADOR Anote el número de fila del listado. →	6-¿Quién es el padre de (nombre)? ENCUESTADOR Anote el número de fila del listado. →	7 ¿Convive el (la) esposo (a) o pareja de (nombre) en este hogar? 1-SI ¿Quién es el esposo(a) o pareja de (nombre)? ENCUESTADOR Anote el número de fila del listado. 2-NO / No procede (Anote 99)
	(1)	(2)	(3)	(4)		(5)	(6)	(7)
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								

ENCUESTADOR: Para asegurarse de que no falte por relacionar alguna persona del hogar, pregunte. ¿Además de (lea los nombres relacionados), hay alguna otra persona, con o sin vínculo de parentesco, que comparta el presupuesto, los alimentos, y conviva de forma habitual ocupando esta vivienda a parte de ella?. En caso afirmativo, anótelos y lléneles los datos; en caso negativo, finalice el cuestionario.