

# 2019

## ENCUESTA DE PROTECCIÓN SOCIAL



### CUESTIONARIO IMPEDIDOS PERMANENTES

Comuna					
--------	--	--	--	--	--

Folio					-	
-------	--	--	--	--	---	--

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:

Fecha de Nacimiento:	Dirección:

Teléfono principal: código de área – fono:	Comuna:	Región:

Villa/Población:	Localidad:

Buenos (días/tardes/noches), mi nombre es \_\_\_\_\_, pertenezco a la empresa IPSOS que, en conjunto con la Subsecretaría de Previsión Social estamos conduciendo la Encuesta de Protección Social 2019.

El propósito de este estudio es obtener información estadística sobre la población chilena que será utilizada para elaborar y desarrollar políticas públicas.

Estaríamos complacidos si pudiese participar de este estudio respondiendo algunas preguntas sobre la situación de (nombre entrevistado impedido). Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 20 minutos. Les recordamos que las respuestas son confidenciales y la participación es completamente voluntaria, pudiéndose retirar en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactarse con los encargados de éste, al mail [info.eps@ipsoschile.cl](mailto:info.eps@ipsoschile.cl)

### GAME CHANGERS



COMUNA					
--------	--	--	--	--	--

FOLIO					
-------	--	--	--	--	--

#### INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Fecha 1ª visita:	Resultado 1ª visita:
2020	
Fecha 2ª visita:	Resultado 2ª visita:
2020	
Fecha 3ª visita:	Resultado 3ª visita:
2020	

Fecha de la Entrevista	
	2020

Hora de la Entrevista	
Inicio	
Término	

Entrevistador(a) las preguntas deben de ser hechas a una persona que conviva o que conozca bien a la persona entrevistada, y que sea mayor de 18 años

Nota:

**Entrevistado:** la persona que ha sido encuestada previamente que está impedida permanente para contestar.

**Informante:** Persona a la que se le realizan las preguntas por el entrevistado.

# I. INFORMACIÓN ENTREVISTADO

**P.1. Nombre de pila del entrevistado/a**

**P.2. Sexo**

- 1. Hombre
- 2. Mujer

**P.3. ¿Cuál era la relación de parentesco del entrevistado con el Jefe(a) de Hogar?**

▼ LEER ALTERNATIVAS

- 1. Jefe(a) del hogar
- 2. Cónyuge o Pareja
- 3. Hijo(a) / Hijastro(a)
- 11. Otro familiar
- 12. No familiar

**P.4. ¿Cuál es el estado civil del entrevistado/a?**

- 1. Casado(a)
- 2. Conviviente
- 3. Anulado(a)
- 4. Con pareja a través de Acuerdo de Unión Civil (AUC)
- 5. Separado(a) de unión legal
- 6. Separado(a) de unión de hecho
- 7. Viudo(a)
- 8. Soltero(a)
- 9. Divorciado
- 88. No responde
- 99. No sabe

**P.5. Aproximadamente ¿cuál ha sido el ingreso mensual del hogar del entrevistado/a en los últimos 12 meses?**

8. No responde

9. No sabe

INDIQUE MONTO MENSUAL  
PROMEDIO EN \$

	Sí	No	No aplica	¿Qué monto le faltó sumar?	Monto \$
1. En este monto sumó todos los sueldos, de todos los integrantes del hogar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. En este monto sumó todas las pensiones, de todos los integrantes del hogar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. En este monto sumó todos los subsidios, de todos los integrantes del hogar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. En este monto sumó toda la ayuda de amigos y/o parientes, que reciben todos los integrantes del hogar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. En este monto sumó lo que reciben por arriendos de propiedades, de bienes, de automóviles, etc.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. En este monto le faltó sumar algo más:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## II. EVALUACIÓN COGNITIVA

**P.6. ¿Cómo evaluaría usted que es la memoria del entrevistado/a en la actualidad?**

▼ LEER

1. Muy buena
2. Buena
3. Más o menos
4. Mala
5. Muy mala

### Test de Pfeffer

>> Se asigna 0 puntos a las categorías "Sí, es capaz" y "Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo"

>> Se asigna 1 punto a las categorías "Con alguna dificultad, pero puede hacerlo" y "Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora"

>> Se asigna 2 puntos a la categoría "Necesita ayuda" y se asigna 3 puntos a la categoría "No es capaz"

		Sí, es capaz	Nunca lo ha hecho pero podría hacerlo	Con alguna dificultad	Nunca lo ha Hecho y tendría dificultad ahora	Necesita ayuda	No es capaz
P.7	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de administrar su propio dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.8	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de hacer compras solo(a) (por ejemplo la comida o ropa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.9	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la cocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.10	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de preparar la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.11	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.12	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo del periódico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.13	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.14	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de administrar y manejar sus propios medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.15	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.16	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de saludar a sus amigos(as) adecuadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.17	El/la entrevistado/a, ¿es capaz de quedarse solo(a) en casa sin problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntaje total PFEFFER						<input type="text"/>	<input type="text"/>

### III. SALUD

**P.18. ¿Cómo calificaría el estado de salud del entrevistado/a?**

▼ LEER ALTERNATIVAS

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo

**P.19. El/la entrevistado/a, ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones permanentes o de larga duración?**

▼ LEER ALTERNATIVAS

	Sí	No
1. Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dificultad para desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dificultad para ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificultad para escribir o tomar cosas con las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dificultad para memorizar o recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P.20. El/la entrevistado/a, ¿le había sido diagnosticada alguna de las siguientes condiciones médicas por un doctor?**

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

P20_01 Asma o Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>
P20_02 Depresión	<input type="checkbox"/>
P20_03 Diabetes	<input type="checkbox"/>
P20_04 Hipertensión o Presión alta	<input type="checkbox"/>
P20_05 Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>
P20_06 Cáncer	<input type="checkbox"/>
P20_07 Artritis o Artrosis	<input type="checkbox"/>
P20_08 Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
P20_09 Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>
P20_10 Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>
P20_11 VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>

**P.21. El/la entrevistado/a, ¿Toma medicamentos o remedios diariamente?**

1. Sí
2. No → Pasa a P.23

**P.22. El/la entrevistado/a, ¿En qué medida necesita tomar medicamentos para realizar sus actividades diarias?**

1. Nada
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho

**P.23. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece el/la entrevistado/a)?**

"SI ENTREVISTADO/A DICE FONASA, PREGUNTAR POR EL GRUPO (A, B, C, O D)"

1. Sistema público FONASA Grupo A (indigente)
2. Sistema público FONASA Grupo B
3. Sistema público FONASA Grupo C
4. Sistema Público FONASA Grupo D
5. Sistema público FONASA. No sabe el grupo
6. FF.AA. y de Orden
7. ISAPRE. Especifique → Pase a P.23.e
8. Ninguno (Particular) → Pase a P.26.a
9. Otro Sistema. Especifique → Pase a P.23.e
88. No Responde → Pase a P.26.a
99. No sabe → Pase a P.26.a

**P.23.e Especifique**

**P.24. ¿El/la entrevistado/a) es cotizante o carga familiar?**

1. Cotizante → Pase a P.26.a
2. Carga
8. No Responde → Pase a P.26.a

**P.25. El/la entrevistado/a ¿de quién es carga familiar?**

1. Padre
2. Madre
3. Hijo(a)
4. Cónyuge
5. Otro
8. No Responde
9. No sabe

**ENTREVISTADOR LEER:** Las siguientes preguntas son acerca de las dificultades que pudiera haber tenido el/la entrevistado/a, para realizar ciertas actividades, debido solo a su ESTADO DE SALUD y sin considerar dispositivos de ayuda o personas que le ayuden.

**P.26.a El/la entrevistado/a ¿cuánta dificultad tiene para realizar las siguientes actividades?**

▼ LEER TODAS LAS ALTERNATIVAS.

- Ninguna → Pase a P.27.a
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema /no puede hacerlo

**P.26.b El/la entrevistado/a, ¿con qué frecuencia recibió ayuda de otra persona para realizar las siguientes actividades?**

▼ LEER TODAS LAS ALTERNATIVAS. RESPUESTA MÚLTIPLE

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Muchas veces
- Siempre
- No sabe/ No responde

P.26.a P.26.b

P.26_01. Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_02. Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_03. Moverse/desplazarse dentro de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_04. Utilizar el W.C. o retrete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_05. Acostarse y levantarse de la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_06. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_07. Salir a la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_08. Hacer compras o ir al médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_09. Realizar sus tareas del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_10. Hacer o recibir llamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_11. Caminar largas distancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.26_12. Ejercicio extenuante o intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P.27.a ¿Requiere el entrevistado/a o algún miembro de su hogar de 15 años o más ser cuidado por alguna persona?**

- 1. Sí
- 2. No → *Pase a P.28*

**P.27.b Esta persona que cuida del entrevistado/a o de algún miembro de su hogar es:**

- 1. Miembro del hogar
- 2. Familiar que no pertenece al hogar
- 3. Personal de servicio

**P.27.c ¿Cuántos días al mes, en promedio esta persona lo cuida?**

Indique días

**P.27.d ¿Esta persona recibe alguna remuneración por cuidarlo?**

- 1. Sí
- 2. No → *Pase a M.10*

**P.27.e ¿Cuánto le pagan al mes?**

INDIQUE MONTO EN \$

- 8. No responde → *Pase a P.27.e.t*
- 9. No sabe → *Pase a P.27.e.t*

→ *Pase a P.28*

**P.27.e.t ¿En qué tramo se ubicaría este monto?**

▼ MOSTRAR ALTERNATIVAS

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Entre \$0 y \$40.000.       | 6. Entre \$300.001 y \$400.000   |
| 2. Entre \$40.001 y \$80.000   | 7. Entre \$400.001 y \$600.000   |
| 3. Entre \$80.001 y \$120.000  | 8. Entre \$600.001 y \$800.000   |
| 4. Entre \$120.001 y \$160.000 | 9. Entre \$800.001 y \$1.000.000 |
| 5. Entre \$200.001 y \$300.000 | 10. \$1.000.000 o más"           |

## IV. HISTORIA LABORAL

AHORA LE PEDIRÉ QUE DESCRIBA TODAS LAS ACTIVIDADES QUE EL ENTREVISTADO HAYA REALIZADO DESDE HOY HASTA LA ÚLTIMA VEZ QUE RESPONDIÓ LA ENCUESTA.

**P.28. Describa todas las actividades que el/la entrevistado/a haya realizado desde hoy hasta la última vez que respondió la encuesta.**

**P.29. En ese período, ¿en cuál de las siguientes situaciones se encontraba?**

- 1. Trabajando
- 2. Cesante → *Pase a P.38*
- 3. Buscando trabajo por 1ª vez → *Pase a P.38*
- 4. Inactivo (Estar estudiando, estar jubilado, dedicarse a quehaceres del hogar, etc).  
→ *Pase a P.37*
- 8. No responde
- 9. No sabe

Total de Actividades

	mes y año inicio		mes y año término		P29
	P28im	P28ia	P28tm	P28ta	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## IV. HISTORIA LABORAL

### OCUPADOS (PARA PERÍODOS EN QUE ESTABA TRABAJANDO M34=1)

**P.30. ¿Cuál era su ocupación u oficio? Si en este período el entrevistado realizaba más de un trabajo, refiérase al principal**

**P.31. Este trabajo era de tipo:**

1. Permanente
2. De temporada o estacional
3. Ocasional o eventual
4. A prueba
5. Por plazo o tiempo determinado
8. No responde
9. No sabe

**P.32. ¿Qué actividad realiza la empresa, industria o servicio donde desempeñaba este trabajo el entrevistado?**

**P.33. ¿En esta ocupación, el/la entrevistado/a trabajaba como:**

▼LEER ALTERNATIVAS

1. Patrón o empleador
2. Trabajador por cuenta propia
3. Empleado u Obrero del Sector Público
4. Empleado u Obrero del Sector Privado
5. Servicio Doméstico Puertas Adentro
6. Servicio Doméstico Puertas Afuera
7. Familiar No remunerado
8. FF.AA. y de Orden
88. No responde (NO LEER)
99. No sabe (NO LEER)

**P.34. En este trabajo, el/la entrevistado/a, ¿había firmado contrato de trabajo? ▼SI DICE QUE NO, PREGUNTAR SI TIENE CONTRATO Y NO FIRMÓ O O NO TIENE CONTRATO**

1. Sí, tenía contrato y lo firmó
2. No, tenía contrato, pero no lo firmó
3. No tenía contrato
8. No responde
9. No sabe

**P.35. Durante este trabajo, ¿se encontraba el/la entrevistado/a afiliado a algún sindicato?**

1. Sí
2. No
8. No responde
9. No sabe

**P.36. ¿Cuál fue el motivo por el que dejó este trabajo?**

1. Mutuo acuerdo de las partes
2. Renuncia
3. Vencimiento del contrato o fin del trabajo o servicio que dio origen al contrato
4. Despido por causa imputable a trabajador
5. Despido por necesidades de la empresa
6. Cierre de la empresa
7. Encontró un mejor trabajo
8. Condiciones de salud o invalidez
9. Se pensionó
10. Caso fortuito o fuerza mayor
11. Otra
12. No aplicable (fallecido no se cambió de trabajo)
88. No Responde
99. No sabe

Todos → Pase P.38

### INACTIVOS

**P.37. ¿Cuál fue la razón de la inactividad del impedido?**

1. Enfermedad o discapacidad
2. Cuidado de los niños
3. Otras responsabilidades personales o familiares
4. Embarazo
5. Estudiaba o se estaba capacitando
6. Realizaba la práctica
7. Quehaceres de hogar
8. Jubilado, pensionado o montepío
9. Rentista
10. No le interesaba trabajar
11. Estaba haciendo el servicio militar
12. Cuidados de personas mayores o personas con discapacidad
13. Cree que no encontrará trabajo
14. Se cansó de buscar empleo
15. Algún miembro del hogar no le permite trabajar
16. Vacaciones o permisos
17. Licencia médica
18. Por horario o jornada variable o flexible
19. Huelga, conflicto laboral
20. Trabajo es estacional
21. No tuvo pedidos (clientes)
22. Suspensión temporal del trabajo
23. Otro
88. No responde
99. No sabe

## V. PROTECCIÓN SOCIAL

**P.38. ¿El/la entrevistado/a se encontraba cotizando en algún sistema previsional?**

1. Sí
2. No → *Pase a M18*
8. No sabe → *Pase a M18*
9. No responde → *Pase a M18*

**P.39. ¿En qué sistema previsional se encontraba cotizando El/la entrevistado/a?**

▼ *LEER ALTERNATIVAS*

1. AFP
2. INP
3. CAPREDENA
4. DIPRECA
5. Otro sistema. Especifique → *Pase a P.39.e*
8. No responde
9. No sabe

**P.39.e Especifique**

**P.40. El/la entrevistado, ¿recibía ingresos por concepto de:**

▼ *LEER CADA TIPO DE INGRESO*

1. Sí
2. No → *Pase a siguiente*
8. No responde → *Pase a siguiente*
9. No sabe → *Pase a siguiente*

**P.41. ¿Qué institución le pagaba este ingreso?**

1. AFP
2. INP
3. CAPREDENA
4. DIPRECA
5. Mutual de Accidentes del Trabajo
6. Cía. de Seguros
7. Administrador de Fondos Cesantía
8. Otra institución → *Pase a P.41e Especifique*
88. No Responde
99. No sabe

**P.41.e Especifique**

**P.42. ¿Cuánto recibía mensualmente?**

▼ *ANOTE MONTO EN PESOS*

## VI. PENSIONADOS POR VEJEZ

**SÓLO PARA IMPEDIDOS CON JUBILACIÓN O PENSIÓN DE VEJEZ (P.40\_1=1).  
EL RESTO → FIN**

**P.43. ¿En qué fecha jubiló o se pensionó? Señale mes y año**

▼ *SI NO RECUERDA EL MES ANOTE "0"*

88. No responde
99. No sabe

P.43.m. mes	P.43.a. año
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**P.44. Después de pensionarse, ¿siguió trabajando?**

1. Sí
2. No → FIN
8. No sabe / No responde

**P.45. ¿Qué modalidad de pensión tenía el/la entrevistado/a)?**

▼ *LEA LAS ALTERNATIVAS*

1. Retiro programado
2. Renta vitalicia
3. Renta temporal con renta vitalicia diferida
4. Renta vitalicia inmediata con retiro programado
5. Era del sistema antiguo
8. No Responde
9. No sabe

	P.40	P.41	P.42	P.41.e Especifique
1. Jubilación o Pensión de Vejez				
2. Pensión de invalidez				
3. Pensión de viudez (Montepío)				
4. Pensión de orfandad				
5. Otro tipo de pensión				

SI CONTESTÓ NO (P.40=2,8 o 9) EN TODAS LAS ALTERNATIVAS → FIN

# 2019

ENCUESTA DE  
PROTECCIÓN  
SOCIAL