

"ENCUESTA DE EVALUACIÓN RÁPIDA SOBRE EL IMPACTO DEL COVID-19" (ENERICOV-2020)" COLOMBIA

Buenos (días/tardes):

La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU MUJERES) y en alianza con el Observatorio Colombiano de las Mujeres estamos realizando una investigación en **Colombia** para conocer cómo la pandemia causada por el Coronavirus (COVID-19) ha afectado a mujeres y hombres en distintos aspectos de su vida. Los resultados de la encuesta serán de utilidad para orientar la respuesta a la crisis y la promoción para mejorar el bienestar de las personas, durante y después de la pandemia.

Completar esta encuesta toma aproximadamente 15 minutos. Toda la información que proporcione se mantendrá con carácter estrictamente confidencial. ¿Aceptaría participar?

1. Sí
2. Sí, pero en otro momento *[Agradecer y reprogramar entrevista]*
3. No *[Agradecer y terminar]*

A. IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO/A

1. Por favor, dígame ¿cuál es su edad? Años _____

[Si la persona es menor de 18 años, agradecer y terminar llamada]

[En caso de llamar a un teléfono fijo, preguntar si alguien más en el hogar puede contestar]

2. Usted se identifica como, ¿hombre, mujer u otro?

1. Hombre
2. Mujer
3. Otro *[Especifique]*

[¿Por qué se pregunta de esta manera? Con fines estadísticos y en ONU Mujeres estamos comprometidos con la inclusión de todas y todos.]

3. ¿Usted es el principal sostén económico de este/su hogar?

1. Sí *[Pase a A5]*
2. No *[Pase a A4]*

4. ¿Usted qué relación de parentesco tiene con el principal sostén económico de este/su hogar?

[Seleccione la opción indicada por el(la) informante]

1. Padre/Madre
2. Cónyuge/Pareja
3. Hijo(a)
4. Otro parentesco *[Especifique]*
5. Trabajador(a) del hogar/niñera/enfermera *[Agradecer, si es teléfono fijo buscar informante; si no, terminar entrevista]*
6. Sin parentesco *[Especifique]*

5. ¿En qué departamento reside? *[Espontánea]*

1. DC Bogotá
2. Amazonas: Leticia
3. Antioquía: Medellín

...

33. Vichada: Puerto Carreño

6. ¿Actualmente usted se encuentra *[Lea las opciones]*?

1. Viviendo en pareja/Unión libre
2. Casado/a
3. Separado(a)
4. Divorciado(a)
5. Viudo(a)
6. Soltero(a)/Nunca casado(a)
99. No sabe/No contesta

B. CONOCIMIENTO DEL COVID-19

1. ¿Ha escuchado o leído información sobre el COVID-19? *[Espontánea]*
 1. Sí
 2. No *[Pase a sección C]*

2. ¿Cuál es su principal fuente de información sobre la situación del COVID-19? *[Espontánea, en caso de que el(la) informante no conteste lea cada una de las opciones sin mencionar los ejemplos y ANOTE SOLO UNA] [Si el(la) entrevistado(a) contesta varias fuentes de información preguntar, “¿Cuál es la principal?”]*
 1. Redes sociales (Facebook/Twitter/Instagram/etc.)
 2. Sitios Web oficiales del gobierno
 3. Medios de comunicación (Radio/Televisión/Periódico)
 4. Anuncio de servicio público (Perifoneo)
 5. Teléfono/celular (Texto/Llamada/WhatsApp)
 6. Por miembros de su comunidad, incluyendo familiares y amistades
 7. Centro de salud o su médico familiar
 8. Otra (Organización no gubernamental/organización de la sociedad civil/etc.)
[Especifique]

3. En general, ¿la información que recibió sobre COVID-19 le ha parecido útil para prevenirse ante la pandemia? *[Espontánea]*
 1. Sí
 2. No

C. EMPLEO E INGRESOS

1. **Antes del confinamiento**, durante una semana típica/normal, ¿cuál era su **principal** actividad laboral? *[Espontánea] [Seleccione la opción que mejor se adapte con las repuestas del entrevistado(a)]*
 1. Trabajaba para un patrón (ya sea persona, empresa u hogar) *[Pase a C2]*
 2. Ayudaba en un negocio familiar (sin paga) *[Pase a C3]*
 3. Tenía mi propio negocio y empleaba a otras personas *[Pase a C3]*
 4. Tenía mi propio negocio sin emplear a otras personas *[Pase a C3]*
 5. No trabajaba, era pensionado(a), jubilado(a) *[Pase a C6]*
 6. No trabajaba, se dedicaba al hogar *[Pase a C6]*
 7. No trabajaba, era estudiante de tiempo completo *[Pase a C6]*
 8. No trabajaba, por una limitación física/mental que me impide trabajar *[Pase a C6]*
 9. No trabajaba, no buscaba trabajo y no estaba disponible para trabajar *[Pase a C6]*
 10. No trabajaba, pero estaba buscando trabajo *[Pase a C6]*
 11. Otra *[Especifique]*

2. ¿Por su trabajo tenía o tiene alguna prestación como servicio médico, aguinaldo, vacaciones o guardería? *[Espontánea]*
 1. Sí

2. No
99.No sabe/No contesta

3. **Como efecto de la pandemia**, ¿usted perdió su trabajo o cerró su negocio? *[Espontánea]*

1. Sí *[Pase a C6]*
2. No *[Pase a C4]*

4. **Como efecto de la pandemia**, ¿el número de horas que usted dedicaba a su principal actividad laboral ...? *[Lea las opciones y seleccione solo una opción]*

1. Incrementó
2. Permaneció igual
3. Disminuyó

5. **Durante la pandemia**, ¿usted ha estado trabajando... *[Lea las opciones y seleccione solo una]*?

1. Desde su casa
2. En su lugar usual de trabajo
3. En ambos

6. Actualmente, ¿usted cuenta con algún tipo de régimen en salud? *[Seleccione solo una opción]*

1. Sí, Contributivo
2. Sí, Subsidiado
3. Sí, Excepción
4. Sí, Especial
5. Sí, Indeterminado/Pendiente
6. No está afiliado (a) o asegurado(a)
99. No sabe/No contesta

7. **Durante la pandemia**, ¿usted ha recibido alguna ayuda **económica** por parte del gobierno, que **antes no percibía**? *[Espontánea]*

1. Sí
2. No
99. No sabe/No contesta

8. **Durante la pandemia**, ¿usted o algún miembro del hogar ha recibido algún apoyo en **especie** que **antes no percibía**, por ejemplo...? *[Lea cada una de las opciones, en caso necesario use los ejemplos]*

Tipo de apoyo	Sí	No
1. Comida o alimentos	1	2
2. Artículos médicos para prevención (guantes, mascarillas, desinfectante, etc.)	1	2
3. Productos de higiene personal (toallas sanitarias, pañales para bebés, etc.)	1	2
4. Otros <i>[Especifique]</i>	1	2

9. En su hogar... *[lea las siguientes preguntas sobre fuentes de ingreso/apoyo?]*

9A. Antes de la pandemia tenían ingresos/apoyos por ...
[Lea las opciones de fuentes de ingresos/apoyos]

9B. Durante la pandemia, el monto por esta fuente de ingresos/apoyos... *[Lea las opciones de cambio]*

Fuente de ingresos/apoyos	Sí [Pase a la 9B]	No [Marque N/A en 9B y pase a la siguiente fuente]	No sabe/No contesta [Marque N/A en 9B y pase a la siguiente fuente]	Aumentó	Disminuyó	Se mantuvo sin cambios	No aplica (N/A)
1. Trabajo remunerado o negocio	1	2	3	1	2	3	4
2. Rentas, inversiones o ahorros	1	2	3	1	2	3	4
3. Pensiones y/o jubilaciones	1	2	3	1	2	3	4
4. Beneficios del gobierno (becas y otros apoyos)	1	2	3	1	2	3	4
5. Apoyo de organizaciones sin fines de lucro (iglesias, organizaciones civiles, bancos de comida, comedores comunitarios)	1	2	3	1	2	3	4
6. Dinero o bienes recibidos de familiares o amigos que viven en otras partes del país.	1	2	3	1	2	3	4
7. Dinero o bienes recibidos de familiares o amigos que viven en otro país.	1	2	3	1	2	3	4
8. Otras fuentes de ingresos	1	2	3	1	2	3	4

10. En su hogar, **durante la pandemia** ¿han dejado de pagar la renta o hipoteca de su vivienda o servicios básicos como agua o electricidad por falta de ingresos? **[Espontánea]**

1. Sí
2. No
99. No sabe/No contesta

11. ¿Usted diría que el ingreso total mensual de su hogar le(s) alcanza o no le(s) alcanza para vivir? **[Lea cada una de las opciones]**

1. No alcanza, se tienen grandes dificultades
2. No alcanza, se tienen dificultades
3. Alcanza justo, sin grandes dificultades
4. Alcanza bien, pueden ahorrar
99. No sabe/No contesta

D. CARACTERÍSTICAS, ACTIVIDADES Y DISTRIBUCIÓN DE LAS TAREAS DEL HOGAR

Con fines estadísticos le preguntaré por algunas características de su hogar, así como de las tareas de mantenimiento y cuidado en el hogar.

1. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven permanentemente en su hogar? Recuerde incluir a personas adultas mayores, niñas y niños pequeños. *[Si el número de personas=1, pase a 8]* Número de personas _____
[¿Por qué preguntan sobre los integrantes de mi hogar? contestar: " Como efecto de la pandemia, sabemos que la dinámica familiar se ha visto afectada y queremos conocer cómo les ha afectado a los miembros de su hogar."]

2. ¿Cuántas personas tienen entre 0 y 5 años? Número de personas _____
 3. ¿Cuántas personas tienen entre 6 y 11 años? Número de personas _____
 4. ¿Cuántas personas tienen entre 12 y 17 años? Número de personas _____
 5. ¿Cuántas personas tienen entre 18 y 64 años? Número de personas _____
 6. ¿Cuántas personas tienen 65 años o más? Número de personas _____

7. En su hogar, ¿alguna persona necesita de cuidados especiales por enfermedad o discapacidad?
 1. Sí
 2. No
 99. No sabe/No contesta

8. En su hogar, *[lea las siguientes preguntas sobre uso del tiempo]*

8A. Antes de la pandemia, ¿quién pasaba la mayor parte del tiempo haciendo..., <i>[lea las siguientes opciones de actividades, no incluya ejemplos, solo en caso de ser necesario]</i>					8B. Durante la pandemia, ¿usted considera que el tiempo destinado a esta actividad <i>[lea las opciones de cambio]</i>			
Actividad	Yo	Otro miembro del hogar	Trabajador a del hogar, niñera o enfermera	No aplica (N/A)	Aumentó	Disminuyó	Se mantuvo sin cambio	No aplica (N/A)
1. Quehaceres del hogar (cocinar, lavar, planchar, limpiar, barrer) <i>Aplicar a todos</i>	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Reparación y mantenimiento de la vivienda <i>Aplicar a todos</i>	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Administración del hogar (compras, pagos, trámites) <i>Aplicar a todos</i>	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Recolectar agua o leña <i>Aplicar a todos</i>	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Cuidado a los niños/as mientras al mismo tiempo se realizan otras tareas (por ejemplo, trabajo remunerado, labores del hogar) <i>Aplicar si D2>0 D3>0</i>	1	2	3	4	1	2	3	4

6. Cuidado de niños/as, incluyendo su alimentación, limpieza, y juego Aplicar si D2>0 D3>0	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Enseñar y ayudar con las tareas escolares a los niños(as) Aplicar si D2>0 D3>0	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Ayudar a personas adultas mayores, enfermos o con discapacidad con la atención médica, alimentación, limpieza y administración y pago de las cuentas Aplicar si D6>0 D7=1	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Ayuda a otras personas o familiares fuera del hogar (por ejemplo, comunidad, vecindario, actividades de trabajo voluntario) Aplicar a todos	1	2	3	4	1	2	3	4
10. Cuidado de animales domésticos y plantas Aplicar a todos	1	2	3	4	1	2	3	4

9. Por favor, dígame si **desde el inicio de la pandemia...** *[lea las opciones, no incluya ejemplos].*

Filtro	Actividad	Sí	No	No aplica (N/A)
No aplica si D1=1	1. Su pareja participa más con las tareas domésticas y el cuidado de hogar Aplicar si A4=2	1	2	3
	2. Las niñas y las jóvenes en el hogar participan más con las tareas domésticas y el cuidado del hogar.	1	2	3
	3. Los niños y los jóvenes en el hogar participan más con las tareas domésticas y el cuidado del hogar	1	2	3
	4. Otros miembros del hogar participan más con las tareas domésticas y de cuidados	1	2	3
	5. La trabajadora del hogar, niñera o enfermera participa más con las tareas domésticas y de cuidados	1	2	3

9. En escala del 1 al 10, donde 1 es 'Totalmente inconforme' y 10 'Totalmente conforme'. Por favor, dígame el número que se relacione más con, ¿qué tan conforme está con la forma en que se distribuyen las tareas del hogar? **[Espontánea]** _____

1-3 Totalmente inconforme

4-5 Disconforme

6-8 Conforme

9-10 Totalmente conforme

10. ¿Usted diría que durante el confinamiento se han generado problemas de convivencia en su hogar?

[Espontánea] [No aplica si D1=1]

1. Sí, [Pase a D11]
2. No [Pase a D12]

11. ¿Usted diría que han sido [lea las opciones] ... los problemas ocasionados por el confinamiento?

[Pase a sección E]

1. Pocos
2. Algunos
3. Muchos

12. ¿Usted diría que el confinamiento ha mejorado la convivencia dentro de su hogar? [Espontánea]

1. Sí
2. No
99. No sabe/No contesta

E. ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS Y SEGURIDAD

1. Como resultado de la pandemia, ¿usted ha tenido dificultad para acceder (conseguir o comprar) [lea las opciones, en caso necesario mencione los ejemplos]?

Bien/servicio	Sí	No	No aplica (N/A)
1. Productos alimenticios o víveres	1	2	3
2. Artículos médicos (guantes, máscaras, medicamentos, etc.)	1	2	3
3. Productos de higiene personal y sanitarios (toallas sanitarias, pañales para bebés, jabón, alcohol, gel, etc.)	1	2	3
4. Servicio de agua potable (para lavarse las manos/limpieza continua del hogar)	1	2	3
5. Métodos anticonceptivos y de planificación familiar	1	2	3
6. Servicios de salud materna o infantil (consultas de revisión para embarazo, parto y puerperio)	1	2	3
7. Asistencia social para usted o algún miembro de su hogar	1	2	3
8. Servicios escolares (suspensión de clases a niños/adolescentes)	1	2	3
9. Servicio de internet	1	2	3
10. Transporte público	1	2	3

2. Desde el inicio de la pandemia, ¿usted o algún miembro de su hogar ... [lea las opciones]?

Situación	Sí	No	No aplica (N/A)
1. Ha experimentado malestar o enfermedad física	1	2	3
2. Ha experimentado Incapacidad para realizar rutinas habituales de cuidado personal o de salud	1	2	3
3. Se mudó a una ciudad diferente dentro del mismo país	1	2	3

4. Ha migrado o se mudó a un país diferente temporalmente	1	2	3
5. Regresó al país desde el extranjero	1	2	3
6. Desde el inicio de la pandemia, ¿algún miembro de su hogar ha fallecido por algún motivo asociado al COVID-19? <i>[Si E2.2=1, "Lamentamos su pérdida, continuaremos con la entrevista ya faltan pocas preguntas"]</i>	1	2	3

3. Durante la pandemia, ¿usted se ha sentido *[lea las opciones]*? *[Puede seleccionar más de una opción]*

1. Cansado/a
2. Angustiado/a
3. Ansioso/a
4. Nervioso/a
5. Triste
6. Enojado/a
7. Estresado/a
9. Otro (por ejemplo, miedo) *[Especifique]*
- 99.No sabe/No responde

4. ¿Usted o algún(a) conocido(a) han experimentado alguna forma de discriminación o estigma relacionados con el COVID-19? *[Espontánea]*

1. Sí
2. No
99. No sabe/No contesta

5. Durante la pandemia por COVID-19, ¿usted se ha sentido seguro/a cuando camina solo/a en la calle? *[Espontánea]*

1. Sí
2. No
99. No sabe/No contesta

5. Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, usted ¿se ha sentido seguro/a en su hogar/casa? *[Espontánea]*

1. Sí
2. No
99. No sabe/No contesta

F. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. ¿Cuál es el último nivel y grado que usted aprobó en la escuela?

1. Ninguno
2. Preescolar
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa
7. Bachillerato/Preparatoria/Carrera técnica incompleto
8. Bachillerato/Preparatoria/Carrera técnica completo
9. Licenciatura
- 10.Posgrado
98. Otro *[Especifique]*
- 99.No sabe/ No contesta

2. ¿Cuál es el último nivel y grado de estudios del principal sostén económico de este hogar? **[Aplicar si A3=2]**

1. Ninguno
2. Preescolar
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa
7. Bachillerato/Preparatoria/Carrera técnica incompleto
8. Bachillerato/Preparatoria/Carrera técnica completo
9. Licenciatura
10. Posgrado
98. Otro **[Especifique]**
99. No sabe/ No contesta

3. Con fines estadísticos, le haré unas preguntas estándar de clasificación socioeconómica. En su vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? _____

4. ¿Cuántos baños completos (con baño y regadera) hay en su vivienda? _____

5. ¿Cuántos automóviles o camionetas para uso personal tienen en su hogar? _____

6. En su vivienda, ¿cuenta con teléfono fijo? **[Preguntar si se contacta mediante telefonía móvil]**

1. Sí
2. No

7. En su vivienda, ¿cuenta con teléfono móvil o celular? **[Preguntar si se contacta mediante telefonía fija]**

1. Sí
2. No

8. ¿Su vivienda cuenta con conexión a internet fija? (Dispone de módem/WiFi y sin contar celulares)

1. Sí
2. No

9. Incluyéndolo a usted, ¿cuántas personas de 18 años o más en su hogar cuentan con teléfono móvil o celular? **[Aplicar si D1>1]**

G. AGRADECIMIENTO Y CIERRE

Hemos finalizado la entrevista, agradecemos mucho su colaboración.

1. ¿Tiene algún comentario adicional? _____
2. ¿Desea que guardemos su número para seguimiento?

[¿Qué tipo de seguimiento? Contestar: "Para poder medir la evolución de los efectos de la pandemia"]

1. Sí
2. No

3. ¿Desea que le proporcione un número de WhatsApp de donde puede recibir información verificada sobre COVID-19?

1. Sí. **[El número es: PENDIENTE.]**
2. No

MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR. Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, envíe un correo

electrónico a: (por definir) o consulte las páginas web <<<https://colombia.unwomen.org/es>>>
<<<http://www.observatoriomujeres.gov.co/>>>

- Si durante la entrevista identificó que la(el) entrevistada(o) tuvo o tiene alguna necesidad relacionada con servicios médicos materno-infantiles, proporcione el siguiente número: **PENDIENTE**
- Si durante la entrevista identificó que la(el) entrevistada(o) necesita algún consejo o apoyo emocional, proporcione alguno de los siguientes números: Línea 192 – opción 4, para la atención de problemas relacionadas con salud mental
- Si el(la) entrevistado(a) solicita información médica sobre coronavirus (COVID-19), proporcione los siguientes números y página web: Línea 192 y <<<https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html>>>