

## Gracias por colaborar en esta importante investigación.

El Ministerio de Sanidad realiza esta encuesta, que forma parte de un estudio internacional liderado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). El objetivo es mejorar los servicios sanitarios en el ámbito regional y nacional.

En la encuesta se le pregunta sobre su experiencia con la atención proporcionada en su centro de atención primaria. Los servicios de atención primaria suelen ser el primer punto de contacto con los servicios sanitarios para una amplia gama de problemas de salud nuevos y crónicos. Son prestados por equipos de profesionales sanitarios, fundamentalmente médicos de familia y personal de enfermería

También se incluyen algunas preguntas sobre usted y su salud. Sus respuestas son importantes y ayudarán a los responsables políticos y a los profesionales de atención primaria a mejorar la atención sanitaria teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes.

## Para participar

Cumplimentar la encuesta debería llevarle unos **25 minutos** como máximo, en función de las respuestas que proporcione.

La participación en esta encuesta es voluntaria y sus respuestas serán tratadas de manera confidencial. Usted podrá detener la encuesta en cualquier momento que desee no continuar o puede dejar de contestar alguna pregunta específica.

Si tiene alguna duda sobre el cuestionario, llame a nuestro número de atención telefónica xxx xxx xxx o escriba un correo electrónico a [xxxx@xxxx.com](mailto:xxxx@xxxx.com).

### CONSENT

**¿Acepta participar en esta encuesta?**

☐

Sí

☐

No

## Su salud

Las primeras preguntas se refieren a su salud.

Q\_AGE

**01      ¿Cuántos años tiene?**

44 años o menos  
Entre 45 y 49 años  
Entre 50 y 54 años  
Entre 55 y 59 años  
Entre 60 y 64 años  
Entre 65 y 69 años  
Entre 70 y 74 años  
Entre 75 y 79 años  
Entre 80 y 84 años  
85 años o más  
Prefiero no contestar

Q\_GLOBAL01

**02      En general, diría que su salud es**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Pasable  
Mala

Q\_GLOBAL02

**03      En general, diría que su calidad de vida es**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Pasable  
Mala

Q\_GLOBAL03

**04      En general, ¿cómo calificaría su salud física?**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Pasable  
Mala

Q\_GLOBAL04

**05      En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad de pensar?**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Pasable  
Mala

Q\_GLOBAL05

**06      En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas?**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Pasable  
Mala

Q\_GLOBAL9R

**07      En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.)**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Pasable  
Mala

Q\_GLOBAL06

**08      ¿En qué medida es capaz de realizar actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar con la compra o mover una silla?**

Completamente  
En su mayoría  
Moderadamente  
Un poco  
Para nada

Las siguientes preguntas se refieren a síntomas concretos que haya tenido recientemente.

Q\_PROMISDYSCB001

**09 En los últimos 7 días** Me ha faltado el aire para respirar

Nada  
Un poco  
Algo  
Mucho  
Muchísimo

Q\_GLOBAL08R

**10 En los últimos 7 días** En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?

Ninguno  
Leve  
Moderado  
Intenso  
Muy intenso

Q\_PROMISPAIN

**11 En los últimos 7 días** ¿En qué medida el dolor interfirió en sus actividades diarias?

Nada  
Un poco  
Algo  
Mucho  
Muchísimo

Q\_GLOBAL07R

**12 En los últimos 7 días** En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?

0 – Ningún dolor  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10 – El peor dolor

Q\_GLOBAL10R

**13 En los últimos 7 días** ¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?

Nunca  
Rara vez  
Algunas veces  
A menudo  
Siempre

**Para responder a las siguientes preguntas, piense en cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas.**

QWHO5\_A

**14 Me he sentido alegre y de buen humor**

Todo el tiempo  
La mayor parte del tiempo  
Más de la mitad del tiempo  
Menos de la mitad del tiempo  
De vez en cuando  
Nunca

QWHO5\_B

**15 Me he sentido tranquilo/a y relajado/a**

Todo el tiempo  
La mayor parte del tiempo  
Más de la mitad del tiempo  
Menos de la mitad del tiempo  
De vez en cuando  
Nunca

QWHO5\_C

**16 Me he sentido activo/a y energético/a**

Todo el tiempo  
La mayor parte del tiempo  
Más de la mitad del tiempo  
Menos de la mitad del tiempo  
De vez en cuando  
Nunca

QWHO5\_D

**17 Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan**

Todo el tiempo  
La mayor parte del tiempo  
Más de la mitad del tiempo  
Menos de la mitad del tiempo  
De vez en cuando  
Nunca

QWHO5\_E

**18 Me he despertado fresco/a y descansado/a**

Todo el tiempo  
La mayor parte del tiempo  
Más de la mitad del tiempo  
Menos de la mitad del tiempo  
De vez en cuando  
Nunca

## Gestión de su salud y de la atención sanitaria

Las siguientes preguntas se refieren a su actividad física, dieta y consumo de tabaco y alcohol recientes, así como a la asistencia que pueda haber recibido de los profesionales sanitarios (medicina, enfermería y otros profesionales sanitarios).

Por favor responda en relación a su experiencia con la atención y el tratamiento dispensados por su centro de atención primaria. Los centros de atención primaria suelen ser el primer punto de contacto con los servicios sanitarios para una amplia gama de problemas de salud nuevos y crónicos.

Q\_EXERCISE

- 19 En la última semana, ¿cuántos días hizo al menos 30 minutos de algún tipo de actividad intensa o moderada (por ejemplo, correr, nadar, montar en bicicleta, caminar rápido o bailar)?**

**Las actividades físicas vigorosas son las que generalmente le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal, mientras que las actividades moderadas le hacen respirar algo más fuerte de lo normal.**

Todos los días  
De 5 a 6 días  
De 3 a 4 días  
De 1 a 2 días  
No he realizado ningún tipo de actividad intensa o moderada durante la última semana  
No estoy seguro/a

Q\_ADVPHYSACT

- 20 En los últimos 12 meses, ¿algún profesional sanitario ha hablado con usted acerca de su actividad física?**

Sí  
No  
No estoy seguro/a

Q\_EHISFR

- 21 ¿Con qué frecuencia come fruta (excluyendo zumos de fruta fresca o a partir de concentrado)?**

Más de vez al día  
Una vez al día  
De 4 a 6 veces a la semana  
De 1 a 3 veces a la semana  
Menos de una vez a la semana  
Nunca

Q\_EHISVG

- 22      ¿Con qué frecuencia come verduras o ensaladas (excluyendo patatas y zumos de fruta fresca o a partir de concentrado)?**

Más de vez al día  
Una vez al día  
De 4 a 6 veces a la semana  
De 1 a 3 veces a la semana  
Menos de una vez a la semana  
Nunca

Q\_ADVDIET

- 23      En los últimos 12 meses, ¿algún profesional sanitario ha hablado con usted acerca de la alimentación saludable?**

Sí  
No  
No estoy seguro/a

Q\_EHISSK01

- 24      ¿Podría decirme si fuma (excluyendo cigarrillos electrónicos u otros dispositivos electrónicos similares)?**

Sí, a diario..... Ir a P26  
Sí, de vez en cuando..... Ir a P26  
No  
No contesta.....Ir a P27

Q\_EHISSK04

- 25      ¿Alguna vez ha fumado (excluyendo cigarrillos u otros dispositivos electrónicos similares) a diario o casi a diario durante al menos un año?**

Sí  
No .....Ir a P27  
No contesta..... Ir a P27

Q\_CWF2014IHP

- 26      En los últimos 12 meses, ¿algún profesional sanitario ha hablado con usted acerca de los riesgos para la salud del consumo de tabaco y de los métodos para dejar de fumar?**

Sí  
No  
No estoy seguro/a

Q\_EHIS

- 27      Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (cerveza, vino, sidra, bebidas espirituosas, cócteles, bebidas alcohólicas preparadas, licores, bebidas alcohólicas caseras...)?**

A diario o casi a diario  
5-6 días por semana  
3-4 días por semana

1-2 días por semana  
2-3 días en un mes  
Una vez al mes  
Menos de una vez al mes  
Nunca en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol  
Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida..... Ir a P29  
No contesta.....Ir a P29

Q\_CWF2017IHP

**28 En los últimos 12 meses, ¿algún profesional sanitario ha hablado con usted acerca del consumo de alcohol?**

Sí  
No  
No estoy seguro/a

**Las siguientes preguntas se refieren a la forma en que usted y los profesionales sanitarios que suelen atenderle contribuyen a su salud y atención sanitaria. Por favor responda en relación a su experiencia con la atención y el tratamiento dispensados por su centro de atención primaria.**

Q\_PN\_PN1

**29 Confío en que los profesionales sanitarios me digan todo lo que necesito saber para cuidar mi salud**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN2

**30 La mayoría de los temas de salud son demasiado complejos como para que yo pueda entenderlos**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN3

**31 Intento prevenir de forma activa las enfermedades y dolencias**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo



Q\_PN\_PN4

**32 Dejo que los profesionales sanitarios tomen las decisiones adecuadas acerca de mi salud**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN5

**33 Me parece importante informarme sobre temas de salud**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN6

**34 Necesito tener conocimientos sobre temas de salud para que mi familia y yo podamos mantenernos sanos**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN7

**35 Me resulta difícil entender mucha de la información que leo sobre salud**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN8

**36 Los profesionales sanitarios que me atienden y yo trabajamos juntos en el cuidado de mi salud**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN9

**37 Cuando leo o me entero de algo que es relevante para mi atención sanitaria, lo comento con los profesionales sanitarios que me atienden**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PN10

**38 Intento comprender los riesgos personales para mi salud**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_PN\_PREOS2m

**39 Cuando creo que algo va mal en la atención sanitaria que recibo, planteo mis dudas a los profesionales sanitarios que me atienden**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_CONFIDENT\_P3CEQ10

**40 ¿En qué medida se siente seguro/a a la hora de poder cuidar de su salud y bienestar?**

Muy seguro/a  
Seguro/a  
Relativamente seguro/a  
Nada seguro/a

Q\_CONFIDENT\_MPBSPAINSTRC

**41 ¿En qué medida se siente seguro/a a la hora de seguir las instrucciones de los profesionales sanitarios acerca de cómo debería cuidarse en casa?**

Muy seguro/a  
Seguro/a  
Relativamente seguro/a  
Nada seguro/a

Q\_CONFIDENT\_MPBSPAMEDREC

**42      ¿En qué medida se siente seguro/a a la hora de seguir las instrucciones de los profesionales sanitarios acerca de cómo cambiar de hábitos o estilo de vida?**

Muy seguro/a  
Seguro/a  
Relativamente seguro/a  
Nada seguro/a

Q\_CONFIDENT\_MPBSPANECES

**43      ¿En qué medida se siente seguro/a a la hora de identificar si necesita recibir atención médica?**

Muy seguro/a  
Seguro/a  
Relativamente seguro/a  
Nada seguro/a

Q\_CONFIDENT\_MPBSPASIDEX

**44      ¿En qué medida se siente seguro/a a la hora de identificar si está sufriendo algún efecto secundario de la medicación?**

Muy seguro/a  
Seguro/a  
Relativamente seguro/a  
Nada seguro/a  
No es aplicable

Q\_CONFIDENT\_eHEALS

**45      ¿En qué medida se siente seguro/a a la hora de usar la información de Internet para tomar decisiones relacionadas con la salud?**

Muy seguro/a  
Seguro/a  
Relativamente seguro/a  
Nada seguro/a  
No es aplicable

## Su experiencia con la atención sanitaria

Por favor responda en relación a su experiencia con la atención proporcionada y el tratamiento dispensados por su centro de atención primaria.

Q\_CWF1130

**46 ¿Tiene usted un único profesional de referencia al que suele acudir para la mayoría de sus problemas de salud?**

Sí, un/a médico/a

Sí, otro profesional sanitario..... Ir a P50

No, no tengo un único profesional sanitario de referencia al que suele acudir para la mayoría de mis problemas de salud..... Ir a P53

No estoy seguro/a..... Ir a P53

No contesta..... Ir a P53

Q\_USUALDR1

**47 ¿Qué tipo de médico/a es esta persona?**

Un/a médico/a de atención primaria (medico/a de cabecera)

Otro/a médico/a especialista

No estoy seguro/a

Q\_CWF1140

**48 ¿Cuánto tiempo lleva acudiendo a este/a médico/a?**

Un año o menos

De 2 a 3 años

De 4 a 5 años

De 6 a 10 años

Más de 10 años

No estoy seguro/a

Q\_USUALDR2

**49 ¿Cuántas veces ha visto a este/a médico/a en los últimos 12 meses? Puede haber sido en persona, por teléfono, por videollamada o por mensajería online.**

Ninguna en los últimos 12 meses

Una vez

Dos veces

Tres veces

Cuatro veces

Cinco veces o más

No estoy seguro/a

Ir a P53

Q\_USUALDR3

**50 ¿Qué tipo de profesional sanitario es esta persona?**

Un profesional de enfermería

Un profesional sanitario de apoyo, como pueden ser fisioterapeutas, dietistas o podólogos

Otro tipo de profesional

No estoy seguro/a ..... Ir a P53  
No contesta.....Ir a P53

Q\_USUALDR4

**51      ¿Cuánto tiempo lleva acudiendo a este profesional sanitario?**

Un año o menos  
De 2 a 3 años  
De 4 a 5 años  
De 6 a 10 años  
Más de 10 años  
No estoy seguro/a

Q\_USUALDR5

**52      ¿Cuántas veces ha acudido a este profesional sanitario en los últimos 12 meses?  
Puede haber sido en persona, por teléfono, por videollamada o por mensajería  
online.**

Ninguna en los últimos 12 meses  
Una vez  
Dos veces  
Tres veces  
Cuatro veces  
Cinco veces o más  
No estoy seguro/a

Q\_CHRONCOND01 a Q\_CHRONCOND13

**53      ¿Algún/a médico/a le ha dicho alguna vez que usted tiene alguno de los  
siguientes problemas de salud?**

**Seleccione TODAS las opciones que correspondan.**

Tensión alta  
Enfermedad cardiovascular o del corazón  
Diabetes (tipo 1 o 2)  
Artritis o un problema persistente de espalda o articulaciones  
Enfermedad respiratoria (por ejemplo, asma o EPOC)  
Enfermedad de Alzheimer u otra causa de demencia  
Depresión, ansiedad u otro problema de salud mental (por  
ejemplo, trastorno bipolar o esquizofrenia) (en curso)  
Trastorno neurológico (por ejemplo, epilepsia o migraña)  
Enfermedad renal crónica  
Enfermedad hepática crónica  
Cáncer (diagnóstico o tratamiento en los últimos 5 años)  
Otros problemas de carácter crónico.....  
Nunca me ha dicho un/a médico/a que tenga alguno de estos  
problemas.....Ir a P71  
No contesta.....Ir a P71

**Las siguientes preguntas se refieren a la atención que pueda haber recibido en relación con estos problemas de salud.**

Por favor, responda en relación a su experiencia con la atención y el tratamiento dispensados por su centro de atención primaria.

Q\_P3CEQ6

**54      ¿Tiene usted un único profesional de referencia que coordine la atención que recibe?**

Sí

No..... Ir a P57

No recibo atención de más de un profesional.....Ir a P57

No estoy seguro/a..... Ir a P57

No contesta..... Ir a P57

Q\_P3CEQ5m1

**55      ¿Es el mismo profesional al que acude para la mayoría de sus problemas de salud?**

Sí..... Ir a P57

No

No estoy seguro/a ..... Ir a P57

No contesta..... Ir a P57

Q\_P3CEQ5m2

**56      ¿Qué tipo de profesional es esta persona?**

Un/a médico/a de atención primaria (médico/a de cabecera)

Otro/a médico/a especialista

Un profesional de enfermería

Un profesional sanitario de apoyo, como pueden ser fisioterapeutas, dietistas o podólogos

Otro tipo de profesional sanitario

No estoy seguro/a

Q\_P3CEQ5

**57      ¿La atención sanitaria que recibe está organizada de una manera que es útil para usted y le funciona?**

Definitivamente sí

Más bien sí

Más bien no

Definitivamente no

No estoy seguro/a

Q\_P3CE\_P3CEQ1

**58      ¿Habla con los profesionales sanitarios que le atienden sobre lo que es más importante para usted a la hora de cuidar su propia salud y bienestar?**

Definitivamente sí  
Más bien sí  
Más bien no  
Definitivamente no  
No estoy seguro/a

Q\_P3CE\_P3CEQ2

**59      ¿Se ha sentido tan implicado/a como deseaba en las decisiones que se han tomado sobre su atención?**

Definitivamente sí  
Más bien sí  
Más bien no  
Definitivamente no  
No estoy seguro/a

Q\_P3CE\_P3CEQ3

**60      ¿Se ha sentido tratado/a como una persona en lugar de tan solo como una enfermedad o problema de salud?**

Definitivamente sí  
Más bien sí  
Más bien no  
Definitivamente no  
No estoy seguro/a

**A veces los profesionales sanitarios ayudan a los pacientes a definir sus objetivos en cuanto a la salud. Se trata de cosas que son importantes para usted y que quiere que le ayuden a conseguir (como actividad física, reducir la necesidad de medicamentos, afrontar o comprender mejor sus enfermedades)**

Q\_PCMH4

**61      ¿Con qué frecuencia algún profesional sanitario de su centro de atención primaria habla con usted sobre objetivos concretos relacionados con su salud?**

Siempre  
A menudo  
A veces  
Casi nunca  
Nunca  
No estoy seguro/a

Las siguientes preguntas se refieren a los planes de atención (o planes de cuidados). Se trata de un conjunto de instrucciones en el que se detalla la atención sanitaria que usted recibirá durante un periodo de tiempo prolongado y cómo se prestará esta atención, también incluye lo que usted debe realizar. No todo el mundo cuenta con un plan de atención (o plan de cuidados).

Por favor, responda con relación a su experiencia con la atención y el tratamiento dispensados por su centro de atención primaria.

Q\_P3CEQ7a

**62 ¿Tiene usted un plan de atención (o plan de cuidados) que tenga en cuenta todas sus necesidades en materia de salud y bienestar?**

Sí

No..... Ir a P66

No estoy seguro/a..... Ir a P66

No contesta.....Ir a P66

Q\_P3CEQ7b

**63 ¿Tiene usted acceso a este plan de atención (o plan de cuidados)?**

Sí

No

No estoy seguro/a

P3CEQ7c

**64 ¿En qué medida cree usted que su plan de atención (o plan de cuidados) le es útil a usted para cuidar de su salud y de su bienestar?**

En absoluto

Hasta cierto punto

En gran medida

Totalmente

No estoy seguro/a

P3CEQ7d

**65 ¿En qué medida considera usted que todos los profesionales que le atienden siguen el mismo plan de atención (o plan de cuidados)?**

En absoluto

Hasta cierto punto

En gran medida

Totalmente

No estoy seguro/a

Q\_P3CEQ8

**66 ¿Ha tenido suficiente apoyo de los profesionales sanitarios que lo/la atienden a la hora de ayudarle a usted a gestionar y cuidar su propia salud y bienestar?**

No necesito apoyo

No he recibido ningún apoyo



A veces recibo suficiente apoyo  
A menudo recibo suficiente apoyo  
Siempre recibo suficiente apoyo  
No es relevante  
No estoy seguro/a

P3CEQ9

**67      ¿En qué medida recibe información útil en el momento que la necesita para ayudarle a gestionar y cuidar su salud y su bienestar?**

No recibo ninguna información  
A veces recibo suficiente información  
A menudo recibo suficiente información  
Siempre recibo suficiente información  
Recibo demasiada información  
No es relevante  
No estoy seguro/a

Q\_P3CEQ11b

**68      ¿Los profesionales sanitarios implican a su familia, amigos y/o cuidadores en las decisiones que se toman sobre su atención sanitaria tanto como usted desea?**

Definitivamente no  
Más bien no  
Más bien sí  
Definitivamente sí  
No quiero que mi familia, amigos o cuidadores se involucren en las decisiones  
Mi familia, amigos o cuidadores no quieren involucrarse en las decisiones  
No es aplicable

Q\_MEDCWF1605

**69      ¿Cuántos medicamentos distintos, recetados por un profesional de medicina o de enfermería, toma de forma periódica o continua?**

Ningún medicamento..... Ir a P71  
De 1 a 2 medicamentos  
De 3 a 4 medicamentos  
De 5 a 9 medicamentos  
10 o más medicamentos  
No contesta.....Ir a P71

Q\_MEDCWF71110

**70 En los últimos 12 meses, ¿algún profesional sanitario ha revisado con usted toda la medicación que toma?**

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

**Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con su centro de atención primaria en los últimos 12 meses.**

Q\_P3CEQ4

**71 ¿Se han dado situaciones en las cuales haya tenido que repetir información que debería estar recogida en su historia clínica?**

- Definitivamente sí
- Más bien sí
- Más bien no
- Definitivamente no
- No estoy seguro/a

**Algunos pacientes experimentan algún evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario e involuntario a un paciente, por ejemplo, no conseguir cita cuando lo necesitaba, recibir un diagnóstico o tratamiento erróneo o tardío, o bien problemas de comunicación entre los profesionales sanitarios.**

Q\_PREOS3

**72 ¿Con qué frecuencia cree haber tenido alguno de estos problemas en su centro de atención primaria?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca
- No es aplicable

Q\_PREOS1

**73 ¿Con qué frecuencia ha sentido que los profesionales sanitarios de su centro de atención primaria lo/la han animado a comentar sus dudas con respecto a la atención sanitaria que recibe?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca
- No es aplicable

Q\_OECDACC3

**74      ¿Con qué frecuencia ha tenido un problema de salud, pero no ha acudido a recibir atención sanitaria debido a las dificultades de desplazamiento a su centro de atención primaria?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca
- No es aplicable

Q\_OECDACC46

**75      ¿Con qué frecuencia ha tenido un problema de salud, pero no ha acudido a recibir atención sanitaria o no se ha tomado un medicamento recetado debido a su coste?**

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca
- No es aplicable

**Las siguientes preguntas se refieren a los posibles servicios online que su centro de atención primaria o Consejería/Servicio de Salud ofrece a pacientes como usted (por ejemplo, un sitio web, una aplicación para móvil o videoconsultas).**

Q\_GPPS4

**76      ¿En qué medida le resulta fácil utilizar el sitio web/ aplicación para móvil de su centro de atención primaria para buscar información o acceder a los servicios?**

- Muy fácil
- Relativamente fácil
- No muy fácil
- Nada fácil
- No lo he intentado
- Mi centro de atención primaria no tiene sitio web
- No estoy seguro/a

Q\_GPPS5\_1 a Q\_GPPS5\_5 y Q\_GPPS5\_99

**77      Por lo que usted sabe, ¿cuáles de los siguientes servicios online ofrece su centro de atención primaria?**

**Seleccione TODAS las opciones que correspondan.**

- Petición de citas online
- Petición de renovación de recetas online
- Acceso a mi historia clínica online
- Videoconsultas

Ninguno de los anteriores  
No lo sé

Q\_GPPS6\_1 a Q\_GPPS6\_5

**78      ¿Cuáles de los siguientes servicios online de los que ofrece su centro de atención primaria ha utilizado?**

**Seleccione TODAS las opciones que correspondan.**

Petición de citas online  
Petición de renovación de recetas online  
Acceso a mi historia clínica online  
Videoconsultas  
Ninguno de los anteriores

Q\_CWF119

**79      En general, ¿cómo califica la atención médica que ha recibido en los últimos 12 meses de su centro de atención primaria?**

Excelente  
Muy Buena  
Buena  
Regular  
Mala  
No he recibido atención médica en los últimos 12 meses  
No estoy seguro/a

#### **Otros servicios sanitarios**

**Las siguientes preguntas se refieren a otros servicios sanitarios que haya usado en los últimos 12 meses.**

Q\_EMERG

**80      En los últimos 12 meses, ¿ha acudido a un servicio de urgencias hospitalaria para recibir atención médica?**

No  
Sí, una vez  
Sí, dos veces  
Sí, tres veces o más  
No estoy seguro/a

Q\_CWF2016HOSP

**81      En los últimos 12 meses, ¿ha estado ingresado al menos una noche en un hospital?**

No  
Sí, una vez  
Sí, dos veces  
Sí, tres veces o más  
No estoy seguro/a

## Su última consulta

Las siguientes preguntas se refieren a la última vez que tuvo una consulta en atención primaria con un profesional de medicina o enfermería u otro profesional sanitario para recibir atención (se incluyen las consultas presenciales o telefónicas en su centro de atención primaria).

Q\_PURPOS

**82      ¿Cuál fue el motivo principal de la consulta?**

- Primera consulta por un problema nuevo
- Seguimiento de un problema nuevo
- Seguimiento para un problema de carácter crónico
- Atención no rutinaria para un problema de carácter crónico
- Atención preventiva general
- No estoy seguro/a

Q\_OECDACC7a

**83      ¿Quién le atendió en esta última consulta? Si le atendió más de un profesional, seleccione aquel con el que estuvo más tiempo ese día. Por favor selección solo una opción**

- Un/a médico/a de atención primaria (médico/a de cabecera)
- Otro/a médico/a especialista
- Un profesional de enfermería
- Otro profesional sanitario, como un fisioterapeuta, dietista o podólogo
- Otro tipo de profesional sanitario
- No estoy seguro/a

Q\_OECDACC7b

**84      ¿Dónde trabajaba este profesional?**

- En un centro de atención primaria
- Otra opción
- No estoy seguro/a
- No es aplicable

Q\_OECDACC7c

**85      ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el tipo de atención que recibió?**

- Consulta presencial
- Consulta telefónica
- Videoconsulta
- Visita a domicilio
- Otra opción
- No estoy seguro/a

GPPSACCESS

**86      ¿Cuánto tiempo pasó desde que comenzó a intentar concertar la cita hasta que se llevó a cabo la consulta?**

El mismo día  
Un día  
De unos pocos días a una semana  
De una semana a un mes a un mes  
Más de un mes  
No lo recuerdo

Q\_OECDACC9

**87      ¿El tiempo de espera hasta que se llevó a cabo la consulta fue un problema para usted?**

Sí  
No  
No estoy seguro/a

Q\_OECDACC8

**88      ¿Este profesional sanitario le dedicó tiempo suficiente?**

Definitivamente sí  
Más bien sí  
Más bien no  
Definitivamente no  
No estoy seguro/a

Q\_OECDEXP2

**89      ¿Este profesional sanitario le explicó las cosas de una forma fácil de entender?**

Definitivamente sí  
Más bien sí  
Más bien no  
Definitivamente no  
No estoy seguro/a

Q\_GPPSTRUST

**90      ¿Le transmitió seguridad y confianza el profesional sanitario que lo/la atendió o con el que habló?**

Definitivamente sí  
Más bien sí  
Más bien no  
Definitivamente no

No estoy seguro/a

Q\_OECDEXP5

**91 En general, ¿cómo valoraría la calidad de esta consulta?**

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Regular  
Mala  
No estoy seguro/a

**Las siguientes preguntas están relacionadas con haber obtenido un resultado positivo para COVID-19 y los síntomas que haya podido tener**

Q\_COVID1

**92 ¿Ha obtenido un resultado positivo para COVID 19 (utilizando una prueba rápida, un autotest o una prueba de laboratorio) o algún profesional sanitario le ha informado de que tiene o ha tenido COVID-19?**

Sí  
No .....Ir a P97  
No estoy seguro/a .....Ir a P97

**Los síntomas a largo plazo pueden incluir: cansancio o fatiga, dificultad para pensar, concentrarse, olvidos o problemas de memoria (a veces denominados "niebla cerebral"), dificultad para respirar o disnea, dolor articular o muscular, taquicardia o latidos fuertes del corazón (también conocidos como palpitaciones), dolor en el pecho, mareos al ponerse de pie, cambios menstruales, cambios en el gusto/olfato o incapacidad para hacer ejercicio.**

Q\_COVID2

**93 ¿Ha tenido algún síntoma de 2 meses o más de duración que no tuviera antes de tener COVID-19?**

Sí, los síntomas me duraron entre 2 y 3 meses  
Sí, los síntomas me duraron entre 3 y 6 meses  
Sí, los síntomas me duraron entre 6 meses y 1 año  
Sí, los síntomas me duraron al menos 1 año  
No .....Ir a P97  
No estoy seguro/a .....Ir a P97

Q\_COVID3

**94 ¿Continúa teniendo estos síntomas a largo plazo?**

Sí  
No.....Ir a P97  
No estoy seguro/a.....Ir a P97

Q\_COVID4

**95 ¿Estos síntomas a largo plazo reducen su capacidad para llevar a cabo las actividades diarias en comparación con antes de tener COVID-19?**

Sí, mucho  
Sí, un poco  
En absoluto  
No estoy seguro/a

## Acerca de usted

Para terminar, le agradeceríamos que nos diese cierta información sobre usted. Es importante recopilar esta información para entender si hay diferencias en la calidad de los servicios que reciben distintos grupos de personas.

Q\_WB151\_kg

**96 ¿Cuánto pesa?**

\_\_\_\_\_kilos  
No lo sé  
Prefiero no contestar

Q\_WB152\_cm

**97 ¿Cuánto mide?**

\_\_\_\_\_centímetros  
No lo sé  
Prefiero no contestar

Q\_ISCED

**98 ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha obtenido?**

No sabe leer ni escribir  
Estudios primarios incompletos (hasta 5º EGB/5º primaria)  
Estudios primarios completos, EGB, hasta 6º o 7º (inclusive) 6º primaria o 1º ESO (inclusive) Estudios secundarios, primer ciclo, EGB hasta 8º o 1º BUP (inclusive), 2º ESO o 3º ESO (inclusive)  
Estudios secundarios, segundo ciclo: Bachillerato  
Estudios secundarios, segundo ciclo: Hasta 2º BUP o 3º BUP  
Estudios secundarios, segundo ciclo: FP, 4º ESO o 1º Bachillerato LOGSE (inclusive)  
Bachillerato y FP: Hasta COU (inclusive)  
2º FP LOGSE, 2º Bachillerato (inclusive)  
Estudios tercer grado, primer ciclo: Facultades universitarias, diplomaturas  
Estudios tercer grado, primer ciclo: Escuelas universitarias no técnicas  
Estudios tercer grado, primer ciclo: Ingenierías técnicas  
Estudios tercer grado, primer ciclo: Otras enseñanzas que exigen el Bachillerato Superior



Estudios de tercer grado, segundo ciclo: Facultades universitarias,  
Licenciaturas o grado  
Estudios de tercer grado, segundo ciclo: Escuelas técnicas superiores  
Escuelas de tercer grado, segundo ciclo: Estudios eclesiásticos,  
militares y otros superiores  
Estudios de tercer grado, segundo ciclo: Estudios no reglados, de nivel  
equivalente al universitario  
Estudios de tercer grado, tercer ciclo: Masters, estudios de  
postgraduado  
Estudios de tercer grado, tercer ciclo: Doctorado

Q\_SEX

**99      ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor?**

Mujer  
Hombre  
Otra \_\_\_\_\_  
Prefiero no contestar

Q\_OECDLGB

**100      Esta pregunta se refiere a su orientación sexual. ¿Cómo se identifica?**

Heterosexual (se siente atraído/a por personas del sexo opuesto)  
Homosexual (gay o lesbiana; se siente atraído/a por personas de su  
mismo sexo)  
Bisexual (se siente atraído/a por personas de ambos sexos)  
Otra opción  
Prefiero no contestar

Q\_OECDLIT5a

**101      ¿Cuál de estas opciones describe mejor su situación laboral actual?**

Autónomo/a (trabaja por cuenta propia)  
Empleado/a (trabaja por cuenta ajena)  
En búsqueda de empleo  
Amo/a de casa  
Incapacitado/a para trabajar por enfermedad o problemas de salud  
Jubilado/a  
Estudiante  
No trabaja ni busca empleo  
Aprendiz  
Otra opción  
No lo sé

Q\_OECDLIT7

**102      ¿En cuál de estas categorías suelen incluirse los ingresos netos de su hogar?**

1.633€ al mes como máximo  
Entre 1.633€ y 2.722€ al mes

2.722€ al mes como mínimo  
No lo sé  
Prefiero no contestar

Q\_MONMED

**103 En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas para pagar alguna factura médica o no ha podido pagarla?**

Sí  
No  
No es aplicable

**En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría que se ha sentido preocupado/a o estresado/a en relación con las siguientes cuestiones?**

Q\_MON\_MONMEAL

**104 Tener dinero suficiente para comprar alimentos saludables**

Siempre  
Habitualmente  
A veces  
Casi nunca  
Nunca

Q\_MON\_MONRENT

**105 Tener dinero suficiente para pagar el alquiler o la hipoteca**

Siempre  
Habitualmente  
A veces  
Casi nunca  
Nunca

Q\_MON\_MONBILLS

**106 Tener dinero suficiente para pagar otras facturas mensuales, como la electricidad, la calefacción y el teléfono**

Siempre  
Habitualmente  
A veces  
Casi nunca  
Nunca

MEDHIMS6 y MEDHIMS6\_Verbatim

**107 ¿Ha nacido en España?**

Sí  
No (indique en qué país nació): \_\_\_\_\_

MEDHIMS7 y MEDHIMS7\_Verbatim

**108 ¿Tiene usted nacionalidad española?**

Sí  
No (indique de qué país es ciudadano/a): \_\_\_\_\_

Q\_OECDLITii

**109 ¿Cuál de estas opciones describe mejor el lugar donde vive?**

Ciudad (zona densamente poblada)  
Pueblo, suburbio o barrio periférico (área de densidad intermedia)  
Área rural (zona poco poblada)  
No lo sé

OECDLIT2a

**110 ¿Cuántos menores de 18 años viven con usted en su hogar?**

\_\_\_\_\_ menores de 18 años

OECDLIT2b

**111 ¿Cuántas personas de 18 años o más viven con usted en su hogar? No se incluya a sí mismo/a**

\_\_\_\_\_ personas de 18 años o más

**En caso de necesitar ayuda, ¿cómo de fácil le resultaría conseguir ayuda de las siguientes personas?**

WHODIS\_WHODIS1

**112 Un familiar cercano (incluyendo a su pareja)**

Muy fácil  
Fácil  
Ni fácil ni difícil  
Difícil  
Muy difícil  
No es aplicable

WHODIS\_WHODIS2

**113 Amigos, vecinos y compañeros de trabajo**

Muy fácil  
Fácil  
Ni fácil ni difícil

Difícil  
Muy difícil  
No es aplicable

WHOWB11

- 114 ¿Necesita algún tipo de atención o apoyo (por ejemplo, ayuda para comer, vestirse, bañarse, moverse por la casa) o ayuda fuera de casa (por ejemplo, para usar el transporte)?**

Sí  
No

Q\_WHOWB12

- 115 ¿Necesita atención o apoyo emocional (por ejemplo, consuelo, asesoramiento u orientación)?**

Sí  
No

Q\_WHOWB13

- 116 ¿Necesita apoyo relacionado con la atención sanitaria (por ejemplo, para administrarle medicamentos, cambiarle vendajes o pedir cita con los profesionales de atención primaria)?**

Sí  
No

Q\_AGSTRUST

- 117 ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con que se puede confiar en los profesionales de su centro de atención primaria?**

Muy en desacuerdo  
En desacuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
De acuerdo  
Muy de acuerdo

Q\_GPPS48m

- 118 ¿Quiénes son las personas principales que han rellenado este cuestionario?**

La persona a quien se invitó a realizar la encuesta  
Un amigo o familiar de la persona a quien se invitó a realizar la encuesta  
La persona a quien se invitó a realizar la encuesta junto con un amigo o familiar  
La persona a quien se invitó a realizar la encuesta con la ayuda de un profesional sanitario o un cuidador remunerado

**Gracias por dedicar unos minutos a responder a este cuestionario.**