

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

PROYECTO PARIS OCDE

Versión mayo 2023



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.

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 enérgico/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
- NoIr 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_MPBSPANCESS

- 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_MPBSPASIDEFX

- 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 suela 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 suela 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
- NoIr a P97
- No estoy seguro/aIr 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
- NoIr a P97
- No estoy seguro/aIr 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_AGSCTRUST

- 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 llenado 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.