

## TEMARIO

---

### III.- La comunicación no verbal.

- 1.- Perspectivas en la definición de la comunicación no verbal.
- 2.- Movimiento del cuerpo o comportamiento cinésico.
  - 2.1.- Emblemas.
  - 2.2.- Ilustradores.
  - 2.3.- Muestras de afecto.
  - 2.4.- Reguladores.
  - 2.5.- Adaptadores.
- 3.- Los efectos del movimiento del cuerpo y la postura.

### IV.- Las reclamaciones del cliente-usuario.

- 1.- Antecedentes emocionales de la reclamación..
  - 2.- Situaciones de queja más frecuentes.
  - 3.- El comportamiento del que protesta.
  - 4.- Tratamiento de las reclamaciones.
    - 4.1.- El papel que jugamos ante una reclamación del cliente-usuario.
    - 4.2.- La primera reacción ante un cliente que reclama.
    - 4.3.- Tras la primera reacción ...
- Anexo1.- ¿Cómo efectuar quejas y reclamaciones?
- Anexo2.- Carta de derechos y deberes del paciente?

### V.- Las peticiones y demandas del cliente-usuario.

- 1.- Accesibilidad.
- 2.- Comunicación.
- 3.- Cortesía.
- 4.- Capacidad de respuesta.
- 5.- Competencia.
- 6.- Compresión.
- 7.- Confort.

### III.- COMUNICACIÓN NO VERBAL

---

*Texto original de Dña. Lillian Restrepo.*

#### 1.- Perspectivas en la definición de la comunicación no verbal.

Conceptualmente, el término no verbal es susceptible de una gran cantidad de interpretaciones, exactamente igual que el término comunicación. La cuestión básica consiste en establecer si los hechos que tradicionalmente se estudian como no verbales lo son realmente. Se dice que Ray Birdwhistell, un pionero en la investigación de lo no verbal, ha comparado el estudio de la comunicación no verbal con el estudio de la fisiología no cardíaca.

En efecto, no es fácil hacer una disección únicamente del comportamiento humano verbal y otra exclusivamente del comportamiento no verbal. Tan íntimamente tejida y tan sutilmente representada está la dimensión verbal como no verbal, que a menudo la expresión no describe correctamente la conducta en estudio. Algunos de los más notables investigadores ligados al estudio del comportamiento no verbal se niegan a separar las palabras de los gestos, razón por la cual utilizan las expresiones más generales de comunicación o interacción cara a cara.

Otra posible fuente de confusión en la definición de la comunicación no verbal estriba en que no se sabe con certeza si se habla de la señal producida (no verbal) o del código interno de interpretación de la señal (a menudo verbal). En general cuando la gente habla de comportamiento no verbal se refiere a señales a las que se ha de atribuir significado y no al proceso de atribución de significado.

La borrosa línea de demarcación entre comunicación verbal y no verbal se complica con una distinción igualmente difícil, la distinción entre fenómenos vocales y no vocales. En vez de tratar de clasificar la conducta como verbal o no verbal, Mehrabian ha optado por usar la dicotomía “explícito-implícito”. En otras palabras, Mehrabian creía que lo que llevaba una señal al dominio de lo no verbal era su sutileza, y la sutileza parecía estar directamente ligada a la ausencia de reglas explícitas de codificación. La obra de Mehrabian se centraba primordialmente en los referentes que se tienen para diversas configuraciones de conducta no verbal y/o implícita, es decir, el significado que uno atribuye a esas conductas.

## **2.- Movimiento del cuerpo o comportamiento cinésico.**

El movimiento del cuerpo o comportamiento cinésico comprende de modo característico los gestos, los movimientos corporales, los de las extremidades, las manos, la cabeza, los pies y las piernas, las expresiones faciales (sonrisas), la conducta de los ojos (parpadeo, dirección y duración de la mirada y dilatación de la pupila, y también la postura). Fruncir el entrecejo, dejar caer los hombros o inclinar la cabeza son todas conductas comprendidas en el campo de la cinésica. Como es obvio, hay diferentes tipos de conducta no verbal. Algunas señales no verbales son muy específicas y otras más generales. Algunas tienen la intención de comunicar, otras son meramente expresivas. Algunas proporcionan información acerca de las emociones mientras que otras dan a conocer rasgos de la personalidad o actitudes. En un esfuerzo por orientarse en el mundo relativamente desconocido de la conducta no verbal, Ekman y Friesen desarrollaron un sistema de clasificación de los comportamientos no verbales. Las categorías que incluye son las siguientes:

**1.- Emblemas.** Se trata de actos no verbales que admiten una trasposición oral directa o una definición de diccionario que consiste, en general, en una o dos palabras o en una frase. Algunos emblemas describen acciones comunes a la especie humana y parecen trascender una cultura particular. El emblema de comer y el de dormir, constituyen dos ejemplos de emblemas que Ekman y sus colegas han observado en varias culturas. También que las diferentes culturas parecen tener emblemas para tipos similares de mensajes, independientemente del gesto que se utilice para describirlos, por ejemplo, los insultos, el estado físico o la emoción. Estos emblemas cambian en cada cultura y adquieren diferente significado. Fruncir la nariz puede querer decir «Estoy disgustado» o «¡Puf!». Para decir «No lo sé» o «Necesito ayuda» o «No estoy seguro», se pueden poner ambas manos con las palmas hacia arriba, encogerse de hombros o ambas cosas a la vez. Ekman cree que los emblemas faciales difieren probablemente de las demás expresiones faciales en que son más convencionales y en que se los presenta de modo más prolongado o más breve. Los emblemas faciales también pueden enfatizar partes especiales del rostro. Por ejemplo, se puede utilizar la sonrisa para indicar felicidad: la sorpresa se puede expresar dejando caer mecánicamente la mandíbula o enarcando dramáticamente las cejas.

**2.- Ilustradores.** Hay actos no verbales directamente unidos al habla o que la acompañan y que sirven para ilustrar lo que se dice verbalmente. Pueden ser movimientos que acentúen o enfatizen una palabra o una frase, esbocen una vía de pensamiento, señalen objetos presentes, describan una relación espacial o el ritmo de un acontecimiento, tracen un cuadro del referente o representen una acción corporal. También puede haber emblemas que se utilicen para ilustrar juicios verbales, bien repitiendo o bien sustituyendo una palabra o una frase. Se los usa intencionadamente para ayudar a la comunicación, pero no tan deliberadamente como los emblemas. Por ejemplo expresar un pensamiento o si al enfrentarse con un receptor que no presta atención o no comprende lo que se trata de decirle. Probablemente los ilustradores se aprenden observando a los demás.

**3.- Muestras de afecto.** Se trata predominantemente de configuraciones faciales que expresan estados afectivos. Si bien es la cara la fuente primaria del afecto, también el cuerpo puede ser leído como juicios globales sobre afectos; por ejemplo, una postura lánguida, un cuerpo triste. Las muestras de afecto pueden repetir, aumentar, contradecir o no guardar relación con las manifestaciones afectivas verbales. Una vez tiene efecto la expresión, lo común es que se tenga un elevado grado de conciencia, pero también puede darse sin conciencia. Corrientemente las expresiones de afecto no intentan comunicar, pero pueden en ocasiones ser intencionales.

**4.- Reguladores.** Hay actos no verbales que mantienen y regulan la naturaleza del hablar y el escuchar entre dos o más sujetos interactuantes. Indican al hablante que continúe, repita, se extienda en detalles, se apresure, haga más ameno su discurso, conceda al interlocutor su turno de hablar, y así sucesivamente. Algunas conductas asociadas al saludo y la despedida pueden ser reguladores en la medida en que indican el inicio o fin de una comunicación cara a cara. Probablemente los reguladores más familiares son los movimientos de cabeza y el comportamiento visual. Se ha encontrado que las personas que tratan de poner término a una conversación disminuyen acusadamente el contacto visual con la otra persona.

**5.- Adaptadores.** Tal vez estas conductas no verbales sean las más difíciles de definir y las que mayor especulación impliquen. Se les

denomina adaptadores porque se piensa que se desarrollan en la niñez como esfuerzos de adaptación para satisfacer necesidades, cumplir acciones, dominar emociones, desarrollar contactos sociales o cumplir una gran cantidad de otras funciones.

Puesto que en la aparición de estas conductas de adaptación parece haber represiones sociales, se aprecian con mayor frecuencia cuando un individuo está solo. Entonces cabe encontrar el acto completo y no precisamente un fragmento del mismo.

### **3.- Los efectos del movimiento del cuerpo y la postura.**

El cuerpo humano es el núcleo más importante del estudio no verbal humano y su movimiento durante los contactos interpersonales. Se ha pasado revista a docenas de estudios, que se han resumido y clasificado. Dado que se subdivide y clasifica un complejo conjunto de comportamientos se ha de considerar que, en realidad, las conductas no aparecen aisladas, sino que operan en grupos y constituyen haces de señales. El significado de estas conductas se encuentra en un contexto específico, con personas específicas de ese mismo contexto. Lo que no equivale a decir que una conducta particular no pueda ser mejor sopesada que otra en una situación cualquiera; sólo se trata de pensar respecto a que a la hora de analizar la conducta no verbal es preciso evitar la excesiva simplificación.

Cuando se observa un lenguaje corporal, lo que se ve es un sistema que mantiene algunos paralelismos con el lenguaje hablado. Los datos presentes muestran que la cinésica no es un sistema de comunicación que posea exactamente la misma estructura que el lenguaje hablado. Sin embargo, los movimientos del cuerpo mayores o menores aparentan tener una clara relación con las correspondientes unidades del habla grandes o pequeñas. Los movimientos no se producen al azar, sino que están íntimamente ligados al habla humana.

El papel de los adaptadores demuestra que en general, están ligados a sentimientos negativos, angustia, disconformidad, hostilidad encubierta, preocupaciones respecto de sí mismo y baja participación en el acontecimiento de la comunicación.

DOCUMENTACIÓN TEMA 13: Gestión de Hostelería y Servicios Generales.

ÁREA 1: Técnicas de atención al cliente-usuario.

Puede verse en los individuos, cómo verdaderos haces de conducta no verbal pueden contribuir a comunicar diferentes ideas comunes e importantes. Igualmente las actitudes de gusto y disgusto se relacionan con las percepciones de estatus y poder.

## **IV.- LAS RECLAMACIONES DEL CLIENTE-USUARIO.**

---

*Texto original de D. Juan José Guerrero Castillo.*

*“Una queja es la mejor oportunidad para convertir a un cliente insatisfecho en un cliente fiel”*

Las objeciones y reclamaciones de un cliente pueden ser objetivas y francas, o pueden ser puramente subjetivas y emocionales. Además existen objeciones de tipo táctico, que también hay que conocer.

Muchas quejas se derivan de **OPINIONES NEGATIVAS PRECONCEBIDAS**, a veces por experiencia propia, a veces por estereotipos sociales que tienen un gran poder de influencia en el comportamiento de los usuarios. Estos prejuicios son comprensibles, aunque se deben en gran parte a ignorancia o conocimiento deformado de los hechos.

### **1.- Antecedentes emocionales de la reclamación:**

Existen gran cantidad de factores “internos”, en absoluto razonados u objetivos, pero que llevan a las personas a actuar de modo irracional, y que resultan difíciles de controlar y manejar.

✓ A veces, los clientes se ofuscan por **AMOR PROPIO**, y lo único que pretenden es llevar la razón y que los demás lo reconozcan públicamente. Es la típica queja “por principios”, no es que se quejen de algo real, o que verdaderamente les haya perjudicado; es simplemente por que quede claro que ellos no se van a dejar avasallar.

✓ Otro elemento muy frecuente es la **NECESIDAD DE SEGURIDAD Y COMODIDAD** que siente todo individuo. La resistencia a cambiar costumbres es una barrera enorme cuando nuestra organización introduce cualquier cambio, incluso aunque sean mejoras demostradas.

✓ Finalmente, cuando es su primer contacto con nosotros, un cliente puede sentir por principio cierta **DESCONFIANZA** hacia el servicio que se les vaya a prestar, lo que les hace estar especialmente atentos a cualquier fallo o aspecto negativo.

✓ **LAS QUEJAS “TÁCTICAS”**: Además de los motivos de queja más o menos justificados, existen muchos casos en el que el cliente presenta su objeción o reclamación por motivos tácticos, es decir, intencionadamente, con el fin de obtener algún beneficio directo (incluidas indemnizaciones).

## **2.- Situaciones de queja mas frecuente:**

Porque alguien les trató de modo desconsiderado: ”POR TRATO”.

Porque el personal con quien ha contactado refleja una “actitud negativa”, una imagen de que “eso que pide, no se puede hacer”.

Estas dos primeras son las reclamaciones más frecuentes que el personal de enfermería suele recibir.

Porque “siente” que nadie se está esforzando en prestarle un servicio que satisfaga sus necesidades.

Porque no obtienen lo que esperan.

Porque nadie escucha sus preocupaciones.

Etc.

## **3.- El comportamiento del que protesta.** (usuario, familiar del paciente, amigo...etc.).

Los clientes que se quejan desean, en primer lugar, que alguien le escuche, les muestre simpatía, se excuse, y si es posible, corrijan el error.

Debemos de tener presente que el ser humano ante situaciones de tensión abandona toda racionalidad.

Una persona furiosa, deja de pensar con lógica y frialdad.

Un cliente que reclama, tiende a exagerar, perdiendo el sentido de la realidad y la proporción: llegará un momento en que no sabe con exactitud cómo y cuándo pasó lo que pasó, y si realmente tuvo tanta importancia.



El cliente que reclama tiende a generalizar. Termina quejándose de toda la organización, y no sólo del problema concreto que realmente se haya podido producir.

### **3.4.- Tratamiento de las reclamaciones:**

#### **3.4.1.- El papel que jugamos ante una reclamación del cliente.**

Cualquier queja puede tener consecuencias graves para nuestra organización, a corto y a largo plazo, si no la manejamos de modo adecuado.

En primer lugar, debemos ser conscientes que los que trabajan cara al público, son en definitiva, los auténticos administradores de las relaciones empresa/cliente, se ven arrastrados a asumir responsabilidades ante las reclamaciones que se les plantea.

En segundo lugar, el cliente ve a la persona que tiene delante como representante o embajador de toda la organización, aunque no sea su función concreta, y este representante tendrá, en muchos casos injustamente, que “pagar por los platos rotos” de otros.

Por ende, y aunque lo deseable es que todo empleado de cara al público cuente con el apoyo total de sus superiores y de la organización en su globalidad, deberá ser consciente de que su papel de cara al público abarca las siguientes facetas:

Actuará como parachoques: por lo general es uno de los primeros, a quien se dirige el cliente. Y en la medida de lo posible debe de “quitar hierro” al asunto...

Deberá actuar como apuntador: es el canal de comunicación entre el cliente y los que realmente tienen que resolver el problema.

También desempeñará una función de controlador, asegurándose de que el problema se resuelve efectivamente y en qué modo. Y ser consciente de que en un futuro el trabajador puede volver a tener relación con dicho usuario/paciente/familiar.

### **3.4.2.- La primera reacción ante un cliente que reclama.**

Por lo general se tiende a aceptar todo lo que dice. Si aceptamos sin más todas las reclamaciones dando la razón automáticamente al cliente, podemos provocar unas consecuencias negativas:

al no alterarnos ante la queja planteada, inconscientemente damos a entender que las reclamaciones son algo habituales para nuestra organización, que aceptamos la posibilidad de que cometemos fallos con frecuencia, y que es lógico que los clientes reclamen.

si aceptamos pasivamente lo que nos plantean, no conoceremos el auténtico motivo de la reclamación, y seremos incapaces de detectar quejas de tipo “táctico” o engañosas.

si el motivo del problema no era responsabilidad de la organización, sino del uso que el cliente hizo del servicio, al admitirlo como fallo nuestro no estaremos solucionando el problema originario, y éste se volverá a producir antes o después, con el consiguiente descrédito para la organización.

Por ello, en lugar de adoptar una actitud de pasiva complacencia, son mucho más aconsejable estas reglas:

Mostrar ligero asombro: el cliente percibirá que no es un problema habitual, y que es algo fuera de lo corriente que se haya producido en ese momento.

Permitir desahogarse al cliente: tiene un efecto tranquilizante automático. No intentemos frenarle en su explosión, porque lo único que conseguiremos será enojarle aún más.

Nunca contraatacar o llevar la contraria al cliente. La percepción del cliente es totalmente subjetiva, y no atiende a los criterios racionales que nosotros conocemos. Es mejor escuchar en silencio hasta el final.

### **3.4.3.- Y tras al primera reacción....:**

a) La estrategia básica: escuchar.

- b) Preguntar.
- c) Informar al cliente.
- d) Actitud
- e) Tomar notas

El calmar la primera explosión del cliente es el requisito indispensable para poder empezar a actuar. Para ello, hay que considerar los siguientes pasos:

- a) Obtener información.
- b) Valorar al cliente.
- c) Actuar.

De esta forma breve, hemos tratado de acercaros a la RECLAMACIÓN, como debe ser vista por el trabajador y como debe ser tratada, dentro de nuestra misión en el hospital que es: CUIDAR.

## **ANEXO1 TEMA IV. ¿CÓMO EFECTUAR QUEJAS Y RECLAMACIONES?**

<http://ww1.msc.es/insalud/territoriales/ceuta/datos/presenta/carta.htm>

Tal y como se contempla en los “Deberes” recogidos en la “*Carta de Derechos y Deberes del paciente*” éste tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos, y de utilizar las vías de reclamación y sugerencias disponibles al efecto.

- Si usted esta siendo asistido por el médico de su localidad (APD) o bien, a través de un Consultorio, Ambulatorio, Centro de Salud o Servicio de Urgencia, podrá presentar sus quejas y reclamaciones ante cualquier anomalía o situación irregular que considere perjudicial para sus derechos, por medio de:
  - El Servicio de Atención y Admisión del Paciente que se encuentra ubicado en el Hospital correspondiente.
  - El libro de Reclamaciones, que existe en todos los Centros Sanitarios del INSALUD
  - La Inspección Médica, cuya dirección figura en su documento de asistencia sanitaria.
  - La Dirección Territorial del INSALUD.

En el caso de que sea asistido en un hospital deberá dirigirse al Servicio de Atención al paciente, ubicado en el mismo, ya que esta especializado en ello. No obstante podrá utilizar si lo desea, cualquiera de las vías anteriormente descritas.

Es necesario que las reclamaciones las presente por escrito.

Dichas reclamaciones serán tramitadas por el responsable correspondiente, comunicándole documentalmente la resolución adoptada.

Las reclamaciones nos ayudan a mejorar continuamente nuestros servicios y la atención que prestamos a los usuarios, y por tanto rogamos su colaboración para que entre todos aumentemos la calidad asistencial.

## **ANEXO2 TEMA IV.**

### **CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE**

---

<http://ww1.msc.es/insalud/territoriales/ceuta/datos/presenta/carta.htm>

La carta de Derechos y Deberes del paciente es un instrumento básico del Plan de Humanización de la Asistencia. El INSALUD da a conocer estos Derechos y Deberes a todos los ciudadanos destinatarios a la asistencia.

#### **Derechos:**

1 El paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos disponibles.

2 El paciente tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.

3 El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluso el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.

4 El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.

5 El paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico en su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos:

- Cuando la urgencia no permita demoras.
- Cuando el no seguir el tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.
- Cuando no este capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.

6 El paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria en las condiciones que señala el punto 6 de Deberes.

ÁREA 1: Técnicas de atención al cliente-usuario.

7 El paciente tendrá derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer, y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.

8 El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la Historia Clínica.

9 El paciente tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán, asimismo, consentimiento expreso del paciente.

10 El paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y a que la estructura de la Institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.

11 El paciente tendrá derecho en caso de hospitalización, a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura y la posibilidad de actividades que fomenten las relaciones sociales y el entretenimiento del ocio.

12 El paciente tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personales.

13 El paciente tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y, en general, para comunicarse con la Administración de las Instituciones. Tiene derecho asimismo, a recibir una respuesta por escrito.

14 El paciente tiene derecho a causar alta voluntaria en todo momento tras firmar el documento correspondiente, exceptuando los casos recogidos en el artículo 5 de los Derechos.

15 El paciente tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. El Hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.

16 El paciente tiene derecho a que las Instituciones Sanitarias proporcionen:

- Una asistencia técnica correcta, con personal cualificado.
- Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles.
- Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

**Deberes:**

1 El paciente tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las Instituciones Sanitarias.

2 El paciente tiene el deber de tratar con el máximo respeto al personal de las Instituciones Sanitarias a los otros enfermos y a sus acompañantes.

3 El paciente tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la Institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre de su médico.

4 El paciente tiene el deber de cuidar las instalaciones y de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.

5 El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.

6 El paciente tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.

7 El paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias.

8 El paciente tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

## **V.- LAS PETICIONES Y DEMANDAS DEL CLIENTE-USUARIO.**

---

*Medicina de Familia Vol.4 nº2 mayo 2003.*

Las peticiones y demandas que los usuarios formulan habitualmente a los gestores del sistema sanitario público suelen ser las siguientes.

### **1.- Accesibilidad.**

- Que se agilicen las demandas de atención para las consultas de especialista.
- Tener acceso igualitario al sistema, sin «enchufismos».
- Que se cumplan los horarios de las citas.
- Acceso telefónico para trámites administrativos.
- Flexibilidad en los horarios de consulta (consultas por las tardes).
- Conocer, el día de visita, la fecha de la próxima revisión.

En definitiva el usuario sanitario quiere que cuando tiene un problema de salud lo atiendan pronto, personas cualificadas para tratar su enfermedad y sin trámites engorrosos o complicados que le dificulten el acceso a los niveles sanitarios adecuados.

### **2.- Comunicación.**

- Que se me dedique el tiempo necesario, que se me escuche.
- Que me informen detalladamente del proceso, utilizando un lenguaje sencillo.
- Que se me brinde un trato personalizado.
- Que no se me atemorice o amenace para conseguir un seguimiento del tratamiento o de algunas exploraciones.

Cuando asistimos a una consulta médica lo más importante para nosotros es nuestro problema de salud. Queremos que el profesional nos escuche sin prisas, sin mirar continuamente el reloj ni que esté pendiente de cuantos pacientes más tiene en la sala de espera. Cada uno de nosotros es, no el «enfermo anónimo», sino fulanito de tal con la enfermedad cual. Uno de los componentes más importantes de cualquier enfermedad es la carga de angustia que genera el desconocimiento y por eso pedimos información clara, sencilla y entendible que nos ayude a eliminar esa angustia.



### **3.- Cortesía.**

- Que se cuide la forma en que se comunican las noticias o se hacen las preguntas.
- Que se reciba un trato agradable.
- Que se perciba interés por parte del profesional.

La percepción de que el profesional que nos atiende está verdaderamente interesado por nuestro problema de salud, sin que se note que pueda estar atendiéndonos por una tediosa obligación, abre el camino a una buena comunicación y a depositar en él la confianza necesaria para la adecuada solución del problema médico.

### **4.- Capacidad de respuesta.**

- Que no se den largas al paciente si no existe capacidad o medios para resolverle el problema.
- Que se solicite, si fuera necesario, la opinión de otro/otros especialistas.
- Que no se demore una urgencia.

Entendemos que para un enfermo no hay nada más angustioso que captar la sensación de que quien nos atiende no sabe o no puede, por falta de conocimiento o por falta de medios, resolver nuestro problema médico y va dando largas al caso, sin tomar ninguna decisión eficaz.

### **5.- Competencia.**

- Que los profesionales sean los adecuados.
- Que desde la primera visita se haga un estudio completo, se haga un diagnóstico adecuado y se instaure el tratamiento correspondiente.
- Que se hagan los controles en las fechas adecuadas y con cita previa.
- Que no se tengan que repetir pruebas innecesarias.
- Continuidad en la asistencia sin escalones insalvables.

Queremos ser atendidos por profesionales formados, competentes, dentro de una organización eficaz.

## **6.- Comprensión.**

- Que el médico entienda mi enfermedad y sea comprensivo.

El personal sanitario debe entender que está tratando con un enfermo más o menos grave pero, en definitiva, con una persona preocupada precisamente por eso, por sentirse enferma.

## **7.- Confort.**

- Queremos consultas amplias, confortables, silenciosas y con las condiciones necesarias para salvaguardar la intimidad.
- Queremos centros de atención primaria y hospitales sin masificar.
- Pedimos limpieza y en los hospitales una hostelería digna. No exigimos hoteles de muchas estrellas sino un lugar que se acerque a las condiciones de nuestro hogar.

Sin ser exhaustivos hemos expuesto aquí algunas de las demandas que los usuarios han manifestado como necesarias para lograr una atención sanitaria de calidad y que el modelo asistencial debería contemplar, para dar un autentico salto cualitativo en la atención sanitaria.