

Desarrollo y Perfeccionamiento de Servicios Telefónicos gratuitos de Ayuda para Abandono de Tabaco

Manual de la Organización Mundial de la Salud



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR THE **Americas**

Desarrollo y Perfeccionamiento de Servicios Teléfonicos Nacionales Gratuitos de Ayuda para Abandono del Tabaco

Manual de la Organización Mundial de la Salud



Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C 20037

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Edición original en inglés: Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: a World Health Organization manual. © World Health Organization 2011

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Desarrollo y perfeccionamiento de servicios telefónicos nacionales gratuitos de ayuda para abandono del tabaco. Manual de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS, 2012.

1. Líneas directas – utilización. 2. Líneas directas – organización y administración. 3. Líneas directas – normas. Dependencia del tabaco – tratamiento. 4. Cese del tabaquismo – métodos. 5. Tabaquismo – prevención y control. 6. Consejo dirigido – métodos. 7. Teléfono. 8. Planificación en salud. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31723-5 (NLM classification: WM 290)

©Organización Mundial de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados.

Edición en español preparada por la Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.

Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América (correo electrónico: pubrights@paho.org).

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación contiene los puntos de vista colectivos de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente las decisiones o las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

Índice

Prefacio	vi
Agradecimientos	vii
Abreviaturas	viii
Glosario	ix
Resumen	1
Introducción	5
1. Fundamentos de la puesta en funcionamiento de las líneas telefónicas de ayuda y sus beneficios	8
1.1 ¿Qué es una línea telefónica de ayuda?.....	8
1.2 ¿Cuáles son los beneficios de las líneas telefónicas de ayuda?	9
1.3 Nuevas ventajas potenciales de las líneas telefónicas de ayuda en los países de ingresos bajos y medianos	10
1.4 Eficacia	11
1.4.1 Orientación	11
1.4.2 Uso de medicamentos	11
1.5 Eficacia en función de los costos	12
1.6 Limitaciones.....	13
2. Situación actual de los servicios nacionales de líneas telefónicas de ayuda en todo el mundo	15
3. Consejos técnicos para poner en marcha y operar servicios de líneas telefónicas de ayuda	19
3.1 Diez pasos para establecer un servicio nacional de línea telefónica de ayuda	19
3.2 Modelos y estructura operativa de las líneas telefónicas de ayuda	23
3.2.1 Modelos	23
3.2.1.1 Líneas telefónicas de ayuda como parte de un servicio más amplio	24
3.2.1.2 Líneas telefónicas de ayuda como servicio unitario relacionado exclusivamente con el abandono del tabaco	24
3.2.1.3 ¿Servicios de líneas telefónicas de ayuda nacionales o de los estados o provincias?	25
3.2.2 Gestión de las líneas telefónicas de ayuda	26
3.2.2.1 Subcontratación de las líneas telefónicas de ayuda	26
3.2.2.2 ¿Quiénes prestan el servicio?.....	27
3.2.3 Problemas operativos	28
3.2.3.1 Desarrollo, prueba y aplicación de protocolos nuevos y revisados	28
3.2.3.1.1 ¿Qué es un protocolo?	28
3.2.3.1.2 Cómo probar y revisar los protocolos	29
3.2.3.2 Velar por calidad de servicio	30
3.2.3.3 Horario de atención, necesidades de espacio y tecnología (requisitos en materia de telefonía e informática)	31
3.2.3.3.1 Horarios de atención	31
3.2.3.3.2 Necesidades de espacio	32

3.2.3.3.3 Necesidades en materia de telefonía.....	32
3.2.3.3.4 Requisitos del sistema informático.....	33
3.3 Supervisión de la dotación de personal y de los contratos.....	33
3.3.1 Dotación de personal.....	33
3.3.2 Capacitación de orientadores.....	35
3.4 Uso de medicamentos.....	36
3.4.1 Implicancias para la capacitación de los orientadores.....	38
3.4.2 Apoyo a los orientadores.....	38
4. Financiamiento.....	40
4.1 Alianzas entre los sectores público y privado.....	40
4.2 Financiamiento por parte de los usuarios.....	41
4.3 Elaboración de un presupuesto.....	41
5. Variedad de servicios.....	43
5.1 Orientación telefónica.....	43
5.2 Enfoques prácticos y teóricos.....	44
5.2.1 Enfoques prácticos.....	44
5.2.2 Enfoques teóricos.....	46
5.3 ¿Líneas de ayuda reactivas o proactivas?.....	48
5.4 Duración de las llamadas.....	48
5.5 Sincronización de las llamadas de seguimiento.....	49
5.6 Necesidades especiales de la población que pueden afectar las características de la orientación.....	51
5.7 Accesibilidad a diferentes idiomas.....	52
5.8 ¿Las llamadas de seguimiento a un usuario deben ser realizadas por el mismo orientador?.....	54
5.8.1 Materiales de autoayuda.....	55
5.8.2 Derivación a los servicios locales de apoyo en persona al abandono del tabaco.....	55
5.9 Otros servicios dignos de consideración.....	56
5.9.1 Servicios basados en la internet.....	56
5.9.2 Apoyo de medicación para el abandono del tabaco.....	56
6. Creación de la demanda de los servicios.....	57
6.1 Los cambios de políticas pueden provocar un aumento de la demanda de las líneas telefónicas de ayuda.....	57
6.2 Promoción de los servicios de líneas telefónicas de ayuda.....	60
6.2.1 Estrategias promocionales concretas.....	61
6.2.1.1 Medios de información pública (televisión, radio y medios impresos).....	61
6.2.1.2 Avisos pagados.....	62
6.2.1.3 Avisos gratuitos.....	63
6.2.1.4 Anuncios y materiales no difundidos por los medios de difusión.....	63
6.2.1.5 Derivación de los trabajadores de atención de salud.....	64
6.2.1.6 Concursos “Abandone y Gane”.....	64
6.2.1.7 Mercadeo viral.....	64
6.2.1.8 Medicamentos gratuitos.....	64
6.2.1.9 Estrategias activas para captar usuarios.....	65
6.3 ¿Cómo superar los obstáculos concretos al uso de las líneas telefónicas de ayuda?.....	66
6.4 Creación de una imagen institucional y una atracción positiva.....	67

7. Integración de las líneas telefónicas de ayuda a los sistemas de salud	68
7.1 ¿Cómo pueden ayudar a los sistemas de salud las líneas telefónicas de apoyo?.....	69
7.2 ¿Cómo pueden ayudar los sistemas de salud a las líneas telefónicas de ayuda?.....	73
8. Vigilancia del desempeño y evaluación de resultados	75
8.1 Presentación de informes	75
8.2 Evaluación	75
8.2.1 ¿Por qué evaluar las líneas telefónicas de apoyo?.....	75
8.2.2 Evaluación excesiva de las líneas telefónicas de apoyo	76
8.3 ¿Y la investigación?.....	77
9. Comunicación entre las líneas y apoyo mutuo	79
10. Conclusiones	80
11. Recursos	81
11.1 Líneas telefónicas de ayuda de carácter general	81
11.2 Tratamientos de la adicción al tabaco en general	83
11.3 Investigación y evaluación	83
11.4 Promoción	84
11.5 Atención de salud	84
11.6 Operación y gestión de proyectos	85
11.7 La teoría en un vistazo	85
Bibliografía	86
Apéndices	91
Apéndice 1. Consorcios, redes y situación mundial	91
Apéndice 2. Uso de la gestión de proyectos para poner en marcha o mejorar una línea telefónica de ayuda.....	95
Apéndice 3: Ejemplo abreviado de una convocatoria de ofertas para una línea telefónica de ayuda	99
Apéndice 4. Ejemplo de un protocolo de llamada	102
Apéndice 5. Vigilancia de la calidad	107
Apéndice 6. Herramientas de apoyo a la capacitación	110
Apéndice 7. Materiales complementarios de orientación	115
Apéndice 8. Desarrollo y promoción de una relación con los sistemas de salud	120
Apéndice 9. Consideraciones sobre las evaluaciones	122
Apéndice 10. Lista de verificación	126



Prefacio

¿A quienes puede ser útil el presente manual?

Para poner en marcha una línea telefónica de ayuda para abandonar el tabaco y velar por que cumpla plenamente su cometido, es necesaria la participación de un gran número de personas e instituciones con intereses y conocimientos especializados muy diversos. Este manual se ha preparado de manera tal que resulte útil a una gran variedad de asociados, como los que puedan financiar estas líneas telefónicas, los encargados de tomar decisiones en materia de control del tabaco, los responsables de elaborar programas, los proveedores de servicios y los evaluadores. Algunas secciones son muy específicas, como las dedicadas a la dotación de personal de las líneas y pueden interesar más a los que tienen que ver directamente con su operación. Otras son más teóricas y puede ser de mayor interés para quienes trabajan en la integración de las líneas de ayuda en el marco más amplio del control del consumo de tabaco.

Este manual se refiere principalmente a las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar nacionales, regionales y de los estados, pero no a los servicios telefónicos y de la internet que prestan los dispensarios, los sistemas de salud, los empleadores, las empresas farmacéuticas o las organizaciones no gubernamentales. Tampoco se ocupa de los servicios complementarios que brindan las empresas farmacéuticas a través de la internet a las personas que utilizan sus productos. Si bien el manual toma como base la experiencia de las líneas telefónicas de ayuda de todo el mundo, su principal objetivo es ayudar a los países de ingresos bajos y medianos en las primeras etapas de desarrollo de estas líneas. Sin embargo, muchas secciones también serán de interés para quienes dirigen las líneas existentes, que están ansiosos por mejorar los servicios y el desempeño y aumentar el alcance o el financiamiento.



Agradecimientos

Este manual fue elaborado por la Iniciativa “Liberarse del Tabaco” de la OMS. Agradecemos a los consultores regionales de la Iniciativa y sus equipos por su ayuda para recopilar datos sobre la situación actual de los servicios nacionales de líneas telefónicas de ayuda a quienes desean abandonar el tabaco. Un gran número de expertos internacionales pertenecientes a distintas instituciones y organismos contribuyó en esta tarea.

La producción del manual fue coordinada por Dongbo Fu, bajo la supervisión y con el apoyo de Armando Peruga. El apoyo administrativo estuvo a cargo de Miriamjoy Aryee-Quansah.

El texto fue escrito por Tim McAfee y contribuyeron Linda Bailey, Thao Diep, Dongbo Fu, Abigail Halperin, Armando Peruga, Andy Roberts, Gillian Schauer, Etta Short, Gary Tedeschi, Ken Wassum y Susan Zbikowski.

El documento fue revisado en distintas etapas de su preparación por Wael Safwat Abdelmageed, OA Ayo-Yusuf, Linda Bailey, Anita Dessaix, Michael Fiore, Dongbo Fu, Tom Glynn, Jagdish Kaur, Harry Lando, Tim McAfee, Cristina Perez, Armando Peruga, Martín Raw, Teresa Salvador-Llivina, Robert West, Dan Xiao y Shu-Hong Zhu.

Raymond Mailhot ayudó a recopilar los datos sobre las líneas telefónicas nacionales existentes de ayuda a quienes deseen abandonar el tabaco.

El desarrollo de este manual ha sido posible gracias al apoyo económico de Bloomberg Philanthropies y la OMS.

La traducción al español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud bajo la supervisión de Adriana Blanco. La misma fue factible gracias a un subsidio de Health Canada.

Abreviaturas

CMCT OMS	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
EUA	Estados Unidos de América
OMS	Organización Mundial de la Salud
TRN	Tratamiento de Reemplazo Nicotínico
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



Glosario

Abandono del tabaco

El proceso de terminar con el uso de cualquier producto de tabaco, con o sin ayuda.

Adicción al tabaco o dependencia del tabaco

Un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan a raíz del consumo reiterado de tabaco y que habitualmente incluyen: un fuerte deseo de consumir tabaco; dificultades para controlar su uso; la persistencia en el consumo pese a lo perjudicial de sus consecuencias; la priorización del consumo de tabaco por sobre otras actividades y obligaciones; una tolerancia creciente al tabaco, y en algunos casos el síndrome físico de abstinencia¹.

Apoyo a la toma de decisiones

Asistencia objetiva que se brinda a las personas para ayudarles a sopesar las ventajas y desventajas de distintas alternativas, haciendo todo lo posible por transmitir los datos probatorios en un lenguaje llano.

Apoyo conductual

Apoyo dirigido a ayudar a las personas a dejar de consumir tabaco, pero sin la administración de medicamentos. Puede incluir diferentes aspectos como impartir conocimientos sobre el consumo de tabaco y su abandono, brindar apoyo y enseñar aptitudes y estrategias para cambiar las conductas.

Apoyo telefónico proactivo

La realización de llamadas telefónicas de seguimiento a una persona que recurrió a la línea de ayuda, en muchos casos siguiendo un calendario relacionado con la etapa del proceso de abandono del consumo de tabaco.

Apoyo telefónico reactivo

La prestación de orientación y otros servicios se provee a las personas que llaman a la línea telefónica de ayuda (en contraposición con las líneas telefónicas proactivas).

Consejo breve Asesoramiento, de unos minutos de duración, sobre la forma de dejar de consumir tabaco, que se brinda a todos los consumidores de tabaco en el transcurso de una consulta o interacción corrientes.

Centro de llamadas

Una organización, o parte de ella, que presta servicios o realiza transacciones por vía telefónica.

Consumidor de tabaco Persona que dice utilizar algún producto del tabaco en la actualidad en forma diaria u ocasional.

¹ Definición adaptada de: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, Décima Revisión (CIE-10). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

Deslegitimación Políticas y actividades encaminadas a modificar las normas culturales existentes sobre la aceptabilidad del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno.

De venta libre Medicamentos que pueden adquirirse sin una prescripción médica.

Eficacia en función de los costos Un tipo de análisis económico en el que se comparan el gasto relativo (costos) y los resultados (efectos) de las intervenciones posibles.

Elementos mensurables Procesos y resultados importantes que pueden ser medidos.

Línea telefónica de ayuda Servicio telefónico de orientación mediante el cual se pueden prestar tanto orientación proactiva, como reactiva (véanse los términos apoyo telefónico reactivo y apoyo telefónico proactivo).

Orientación Tiene significados diferentes según el país. En el contexto de las líneas telefónicas de ayuda a quienes deseen abandonar el tabaco no significa orientación psicológica profunda y prolongada sino que se refiere a la orientación práctica y a la solución de problemas, sumados a las acciones de apoyo. Puede ser necesario recurrir a algunas aptitudes, como la capacidad para realizar entrevistas cognitivo-conductuales y de motivación, pero no aquellas que se exigen a un psicólogo matriculado. A veces los orientadores de las líneas telefónicas de ayuda también se denominan “orientadores”, “guías”, “especialistas en apoyo conductual” o “consultores”. La orientación también se denomina “apoyo conductual”.

Proveedores de atención de salud Trabajadores de atención de salud, incluidos los médicos y los profesionales paramédicos, que brindan atención a pacientes.

Telefonía Sistemas tecnológicos asociados con la transmisión electrónica de la voz, los faxes u otra información entre partes distantes.

Tratamiento de la dependencia del tabaco Provisión de apoyo conductual o suministro de medicamentos (o ambos), a los consumidores de tabaco, para ayudarlos a que abandonen dicho consumo².

² También llamado apoyo para la cesación.



Resumen

Antecedentes. La mayoría de los consumidores de tabaco tienen dificultades para dejar de consumir dichos productos por su cuenta y puede resultarles útil recibir ayuda y apoyo para superar la dependencia. En el artículo 14 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS) se compromete a todas las Partes a que adopten medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco. Se insta a las Partes a que ejecuten las medidas fundamentales y eficaces recomendadas en las directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT OMS, incluyendo la creación de líneas telefónicas de ayuda.

La OMS recomienda incluir tres tipos de medidas en todas las iniciativas de prevención del consumo de tabaco: i) incorporar la orientación sobre el abandono del tabaco a los servicios de atención primaria de salud; ii) poner en funcionamiento líneas telefónicas de ayuda gratuitas y fácilmente accesibles, y iii) proporcionar acceso a terapias farmacológicas de bajo costo.

Las líneas telefónicas de ayuda son una medida práctica que puede adoptarse en todo el país para ayudar a abandonar el tabaco y también para facilitar la incorporación de orientación sobre el abandono del consumo en el contexto de la atención primaria y el acceso a las terapias farmacológicas de bajo costo. Sin embargo, hasta el 2009 funcionaban líneas telefónicas de ayuda en vivo, nacionales y gratuitas, en menos de la tercera parte de los países. No obstante, la experiencia demuestra que cuando se ponen en funcionamiento las líneas y se operan con un criterio estratégico, pueden contribuir a impulsar los programas de control del tabaco en su conjunto.

Fundamentos y ventajas de las líneas telefónicas de ayuda. Mediante las líneas telefónicas de ayuda se pueden realizar fácilmente actividades de tamizaje y orientación y llamadas de seguimiento, enviar por correo materiales de divulgación y realizar derivaciones a los servicios comunitarios, como los establecimientos que brindan orientación sobre el abandono del tabaco y los grupos de apoyo. Algunas de estas líneas telefónicas permiten obtener ayuda por la internet y orientación sobre medicamentos, acceder a mensajes grabados y respuestas automáticas de correo electrónico y de texto en los teléfonos móviles. Hay amplios datos probatorios que demuestran la eficacia de las líneas telefónicas de ayuda. Los consumidores que recurren a ellas tienen 40% más de probabilidades de abandonar el tabaco que los que no las utilizan. La prestación de servicios más completos, como los sistemas de llamadas de respuesta más activos y los ciclos breves de medicación aumentan la proporción de personas que abandonan el tabaco. Además, se ha demostrado que estas líneas son mucho más eficaces en función de los costos que otras intervenciones de atención de salud.

Las líneas telefónicas de ayuda son un recurso fundamental para los servicios directos y una puerta de acceso para los servicios comunitarios. Gozan de gran aceptación en el público en general y pueden servir como recurso de derivación para los profesionales de la salud. Su disponibilidad y promoción pueden ayudar a legitimar el abandono del tabaco y aumentar el apoyo a las actividades de control del tabaco. Para acceder a las líneas telefónicas de ayuda se necesita un teléfono y su eficacia es mayor cuando para lograrlo no hay que superar obstáculos de orden económico.

Situación actual de los servicios de líneas telefónicas de ayuda nacionales gratuitos en todo el mundo. Para preparar este manual la OMS realizó un análisis de situación con el objeto de obtener un panorama mundial de los servicios de líneas telefónicas de ayuda que significó encuestar a los directores de las líneas existentes en más de 50 países. Se determinó que 60% de los países en los que funcionan líneas telefónicas de ayuda nacionales gratuitas son países de ingresos altos y que sólo hay líneas en cuatro países de bajos ingresos. Había muchas diferencias en cuanto al alcance, el tipo, la cantidad y la calidad de los servicios.

Las líneas telefónicas de ayuda de los países de ingresos altos son una combinación de líneas reactivas y proactivas y ofrecen una mayor variedad de servicios. Los países de ingresos bajos y medianos utilizan principalmente un modelo de servicio reactivo, con menos servicios y menor cobertura en la población. Los medios de información pública y la impresión del número de la línea telefónica de ayuda en los paquetes de cigarrillos son los vehículos más habituales de promoción.

Consejos técnicos para poner en marcha y operar servicios de líneas telefónicas de ayuda

En primer lugar, es fundamental determinar:

- Quién es la persona que deberá convertirse en el experto en líneas telefónicas de ayuda;
- Las necesidades de la población con respecto a estos servicios;
- El lugar que deberá ocupar la línea telefónica de ayuda en las actividades nacionales de control del tabaco, así como su papel y sus metas;
- La gama de servicios que deberá prestar, su utilización probable y las estrategias para desarrollar la demanda;
- Los posibles patrocinadores que puedan financiar y supervisar la línea;
- Las normas mínimas y un plan de gestión del proyecto;
- La manera de velar por la aprobación de la línea telefónica de ayuda, su puesta en marcha y su mantenimiento, y
- La organización que deberá prestar los servicios y la persona responsable de asegurar su éxito.

Las líneas telefónicas de ayuda pueden ser parte de un centro de llamadas más integral, o ser un servicio único. También pueden organizarse a nivel nacional o provincial. La prestación de los servicios puede estar directamente a cargo del organismo patrocinador o subcontratarse a un proveedor que cuente con la infraestructura y los conocimientos especializados necesarios para operar un centro de llamadas. Se examinan los diversos argumentos a favor y en contra de estos planteamientos.

Para prestar servicios de líneas telefónicas de ayuda adecuados es necesario encontrar o elaborar protocolos de incorporación y orientación. Es preciso establecer un mecanismo para asegurar la calidad y decidir sobre cuestiones logísticas concretas como el horario del servicio y los sistemas telefónicos e informáticos que se emplearán. Reviste especial importancia la elaboración de planes para manejar el desarrollo de las operaciones, incluidas las características del personal que trabajará en la oficina, y de una metodología sistemática y fiable de elaborar informes para el organismo patrocinador. Se hace hincapié en las posibles ventajas de crear una junta consultiva y utilizar “compradores secretos”³.

³ Del inglés “mystery shopping” o “secret shopping”. Una persona a la cual se le contrata para tomar el servicio como si fuese un cliente y ver así la calidad del mismo.

La capacitación de orientadores es un componente fundamental de la operación de las líneas telefónicas de ayuda. En el apéndice 6 se detallan las aptitudes necesarias y se dan ejemplos de actividades de capacitación. Se examinan los métodos prácticos y teóricos de orientación, que abarcan desde los consejos básicos sobre cómo desarrollar aptitudes para afrontar la situación de abstinencia e instruir a la persona que llama sobre la duración acotada de los síntomas conexos, hasta el fortalecimiento de la confianza y la motivación, el aliento a los intentos por abandonar el tabaco y la solución de las ambivalencias.

Las llamadas de seguimiento aumentan las tasas de abandono del tabaco pero exigen mayores esfuerzos. No es necesario que estas sean tan prolongadas como las sesiones de orientación iniciales. La cronología de las llamadas de seguimiento puede agruparse en función de la fecha elegida para abandonar el consumo de tabaco, para evitar una recaída o más adelante para dar cabida a la posibilidad de un nuevo intento de abandono. El marco básico de la orientación funciona bien para la mayoría de los consumidores de tabaco, cualquiera sea su edad, raza, sexo o situación económica. Se examinan algunas situaciones específicas que abarcan el embarazo, la adolescencia, una edad superior a los 65 años, la salud mental, el abuso de sustancias psicotrópicas y el conocimiento del idioma.

Integración de medicamentos. Hoy día ya hay mucha experiencia sobre la integración de los medicamentos para el abandono del tabaco a los servicios de líneas telefónicas de ayuda. Este complemento optativo va desde el suministro de información por parte de los orientadores sobre la acción de los distintos medicamentos hasta el envío por correo de medicación de venta libre o cupones de farmacia para la que se vende con receta. Se han utilizado y estudiado desde los estuches “iniciadores” muy acotados, para un par de semanas de tratamiento, hasta los ciclos terapéuticos completos de ocho semanas. Además de mejorar las tasas de éxito, la disponibilidad de medicamentos puede generar un notable aumento de llamadas a las líneas telefónicas de ayuda.

Financiamiento. Es uno de los mayores retos que enfrentan las líneas de ayuda. El uso de servicios de líneas telefónicas de ayuda depende del financiamiento disponible para su promoción y prestación. Lo ideal sería que estas líneas se financiaran de manera tal que en lugar de restar fondos a otras iniciativas de control del tabaco, los sumen. Se han ensayado muchos mecanismos de financiamiento en todo el mundo, inclusive el uso de nuevos impuestos al tabaco, seguros de enfermedad nacionales o provinciales, fondos para nuevos programas de control del tabaco, seguros de enfermedad privados y alianzas entre los sectores público y privado. Se ha comprobado que el cobro de tarifas a los usuarios individuales es difícil de administrar y reduce notablemente la participación.

Cómo generar una demanda de servicios de líneas telefónicas de ayuda. Para ello puede procederse de varias maneras. Los cambios de políticas, como los aumentos del precio del tabaco y las leyes que propicien entornos sin tabaco, combinados con campañas de educación pública, pueden aumentar notablemente la demanda, pero hacen necesario informar sobre la existencia de las líneas telefónicas de ayuda. Las campañas a través de los medios de información pública generan un aumento inmediato y predecible de las llamadas, pero pueden ser caras. Los anuncios de información general que incluyan los números de las líneas telefónicas de ayuda producen un aumento similar en el volumen de llamadas. Una estrategia a más largo plazo es alentar a los prestadores de asistencia sanitaria y a la familia y los amigos a que deriven pacientes a las líneas telefónicas de ayuda. Una de las formas más tajantes de aumentar las llamadas es colocar el número en los paquetes de cigarrillos.

Integración de las líneas telefónicas de ayuda a las actividades de control del tabaco del sistema de salud. Esta alternativa tiene muchas ventajas. La disponibilidad de líneas de ayuda puede facilitar que los consultorios y hospitales muy concurridos presten orientación breve a los consumidores de tabaco brindando una alternativa de derivación fácilmente accesible. Las líneas telefónicas de ayuda pueden ser útiles en los programas organizados de extensión, como los de control de la tuberculosis y la infección por el VIH, que dependen de los agentes sanitarios de la comunidad. Las derivaciones de los prestadores de asistencia sanitaria ayudan a garantizar una base constante de llamadas a las líneas de ayuda sin recurrir a los medios de información pública.

Presentación de informes, vigilancia y evaluación. Una de las grandes ventajas de las líneas de ayuda es que las llamadas y los resultados, como las tasas de abandono del tabaco, son mensurables y pueden informarse a quienes aportan los fondos y a los patrocinadores del gobierno. Hay muchas maneras de evaluar estas prestaciones, que van desde la vigilancia de los volúmenes de llamadas y el seguimiento en muestras pequeñas, hasta la realización de llamadas a todos los usuarios seis meses después de iniciados los servicios. Como los elementos de los servicios de líneas telefónicas de ayuda han demostrado su eficacia, es innecesario evaluarlos en exceso. En los apéndices 5 y 9 figuran elementos de datos y textos concretos para la redacción de encuestas. Hay margen para realizar investigaciones más sistemáticas sobre las cuestiones no resueltas relativas al uso de líneas telefónicas de ayuda en los países en desarrollo y en transición, como el empleo de mensajes grabados y la realización de llamadas muy breves.

Comunicación. Es cada vez más frecuente que las líneas telefónicas de ayuda se organicen en consorcios regionales más amplios, como los de las regiones de Asia y el Pacífico, de Europa, de América del Norte y de Australia y Nueva Zelandia, que ahora celebran reuniones periódicas y en algunos casos incorporan o contratan personal de apoyo. Esta evolución ha permitido que las líneas de ayuda puedan intercambiar información sobre las mejores prácticas, crear conjuntos mínimos de datos y normas y coordinar las actividades de investigación.

Las líneas telefónicas de ayuda más eficaces no son servicios aislados sino programas integrados que prestan servicios no solo a las personas que llaman sino que contribuyen también a alcanzar una meta más amplia como es la de reducir la tasa del consumo de tabaco en la población. Lo logran analizando de qué manera la existencia de estas líneas telefónicas pueden ayudar a promover un aumento en los intentos por abandonar el tabaco y movilizar al sistema de atención de salud en general y los programas de tratamiento de la adicción al tabaco en particular para que ayuden a los consumidores a abandonar el tabaco definitivamente.

Introducción

Hoy día la epidemia de tabaquismo causa la muerte de casi seis millones de personas por año en todo el mundo. De estas muertes, algo más de 600.000 son atribuibles a la exposición de los no fumadores al humo ajeno (OMS, 2009a; Oberg et al., 2011) y más de cinco millones al consumo directo de tabaco (con o sin humo) (OMS, 2009a). A menos que se tomen medidas urgentes y sostenidas, la epidemia amenaza con matar más de ocho millones de personas por año en el 2030 (Mathers y Loncar, 2006). La mayor parte del aumento de la mortalidad causada por el tabaco se producirá en los países de ingresos bajos y medianos.

El CMCT OMS demuestra la voluntad política del mundo para fortalecer el control del tabaco y salvar vidas. El Convenio es un tratado mundial, jurídicamente vinculante, que sienta las bases para que los países ejecuten y administren los programas de control del tabaco a fin de hacer frente a la creciente epidemia de consumo de tabaco. Han adherido al CMCT OMS más de 170 Partes, que abarcan 87% de la población mundial.

En el 2008, para ayudar a los países a que cumplan las obligaciones establecidas en el CMCT OMS relativas a la reducción de la demanda, la OMS introdujo el plan de medidas MPOWER, integrado por seis medidas de control del tabaco basadas en datos probatorios que, como se ha demostrado, han reducido el consumo de tabaco y salvado vidas:

- M** (*monitoring*) vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención;
- P** (*protect*) proteger a la población del humo de tabaco;
- O** (*offer*) ofrecer ayuda para el abandono del tabaco;
- W** (*warn*) advertir acerca de los peligros del tabaco;
- E** (*enforce*) hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, y
- R** (*raise*) aumentar los impuestos al tabaco.

Las medidas de MPOWER ofrecen asistencia práctica a los países para que apliquen políticas eficaces para reducir la demanda de tabaco.

En el Artículo 14 del CMCT OMS se establecen las obligaciones con respecto al tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. En las Directrices para la aplicación del Artículo 14 del CMCT OMS se definen las medidas fundamentales y eficaces necesarias para promover el abandono del tabaco e incorporar el tratamiento de la dependencia del tabaco en los programas de control del tabaco y los sistemas de atención de salud nacionales. Se alienta a las Partes a utilizar estas directrices para ayudarlas a cumplir sus obligaciones a tenor del artículo 14 del CMCT OMS y proteger la salud pública.

La OMS recomienda incluir tres tipos de medidas en todas las iniciativas de prevención del consumo de tabaco: i) incorporar la orientación sobre el abandono del tabaco a los servicios de atención primaria de salud; ii) poner en funcionamiento líneas telefónicas de ayuda gratuitas y fácilmente accesibles, y iii) proporcionar acceso a terapias farmacológicas de bajo costo. Se recomienda específicamente adoptar

estas tres medidas (simultáneamente, (si fuera posible) porque hay datos probatorios fehacientes que respaldan su eficacia: su ejecución es práctica, y tienen la máxima probabilidad de repercutir materialmente en la tasa de intentos de abandonar el tabaco y en el éxito de estos a nivel de la población cuando se combinan con las otras políticas del CMCT OMS que contribuyen a alentar a las personas a considerar la posibilidad de abandonar el tabaco.

Actualmente, más de 85% de la población mundial, cuya mayoría vive en los países en desarrollo (OMS, 2011), no tiene acceso a tratamientos integrales para la dependencia del tabaco. Se ha comprobado que las líneas telefónicas de ayuda son un instrumento eficaz para ampliar el alcance de los servicios de tratamiento basados en datos probatorios. De hecho, las Directrices para la aplicación del Artículo 14 del CMCT OMS reconocen que estas líneas son un componente clave de un sistema para ayudar a los consumidores a abandonar el tabaco y recomiendan que todas las Partes en el CMCT OMS deben crear líneas telefónicas para que quienes llamen puedan recibir orientación de especialistas capacitados en el abandono del tabaco (OMS, 2010a).

Muchas veces es más fácil poner en funcionamiento las líneas telefónicas de ayuda, de manera relativamente rápida eficaz en función de los costos, que crear una red de servicios de tratamientos realizados cara a cara, accesibles a toda la población. También pueden vincularse a otros componentes clave del tratamiento de la adicción al tabaco, pues facilitan la incorporación de actividades de orientación sobre el abandono del tabaco en el contexto de la atención primaria y el acceso a los tratamientos farmacológicos gratuitos o de bajo costo. Sin embargo, hasta el 2009 menos de un tercio de los países tenían líneas telefónicas de ayuda atendidas en vivo. Un número desproporcionado de las líneas existentes funciona en los países desarrollados, de ingresos altos. Se observa una gran variación entre la proporción de países que tienen líneas de ayuda y la proporción de ex-consumidores a los que prestan servicios, la amplitud y multiplicidad de los servicios ofrecidos y el grado de integración entre las líneas, los sistemas de atención de salud y los programas e iniciativas de políticas de control del tabaquismo.

Este manual es un recurso técnico que ayudará a los países a aplicar las Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT OMS sobre el establecimiento o perfeccionamiento de los servicios nacionales gratuitos de líneas telefónicas de ayuda. En el manual se:

- Indican los fundamentos de la puesta en funcionamiento de las líneas telefónicas de ayuda y sus beneficios;
- Presenta la situación mundial actual de los servicios nacionales de líneas telefónicas de ayuda;
- Ofrece orientación técnica sobre el establecimiento y operación de los servicios nacionales gratuitos de líneas telefónicas de ayuda;
- Abordan los problemas fundamentales que afectan los servicios de líneas de ayuda, como el financiamiento, la creación de la demanda y la evaluación, y
- Dan ejemplos de casos para distintos modelos de servicios de líneas telefónicas de ayuda a lo largo de todo el texto.

En vista de que las experiencias, los recursos y las situaciones son tan distintas de un país a otro, el manual no propone una única fórmula para lo que debe ser una línea de ayuda o cómo se debe crear. Más bien, presenta la información sobre lo que se sabe sobre la base de los datos probatorios y la

experiencia e indica qué decisiones fundamentales deben adoptarse en el proceso de planificación y ejecución. Algunas secciones pueden parecer algo abrumadoras para quienes recién comienzan a poner en funcionamiento una línea (como las que se refieren a los medicamentos, la dotación de personal y la garantía de la calidad), mientras que otras pueden parecer obvias a los que han estado operando una línea desde hace varios años. Por lo tanto, los lectores pueden seleccionar los capítulos que mayor relación guarden con su situación, experiencia y necesidades.

Es importante tener presente que aun las líneas telefónicas de ayuda de mayor magnitud, que actualmente prestan servicios a cientos de miles de personas por año, se iniciaron con pocos recursos, y en muchos casos con solo un puñado de orientadores, un teléfono sencillo y sistemas de registro en papel. Aunque es útil aprender de la experiencia de otros y planificar teniendo en cuenta la situación local y las metas a largo plazo, ¡también es importante ponerse en marcha!

Muchas organizaciones y personas de todo el mundo, que cuentan con experiencia en el establecimiento, la operación y la evaluación de las líneas telefónicas de ayuda estarían dispuestas a compartir lo que han aprendido. Sugerimos a los lectores comunicarse directamente con personas que han tenido que ver directamente con los problemas y el funcionamiento si desean más información o ayuda. La lista de recursos que figura en el manual servirá para buscar asistencia técnica y formular consultas.

1. Fundamentos de la puesta en funcionamiento de las líneas telefónicas de ayuda y sus beneficios

1.1 ¿Qué es una línea telefónica de ayuda?

Las líneas telefónicas de ayuda brindan una variedad de servicios para abandonar el tabaco, fundamentalmente a través del teléfono. Entre ellos generalmente cabe mencionar:

- Tamizaje inicial y recopilación de información demográfica y antecedentes de los consumidores de tabaco;
- Orientación breve;
- Envío postal de materiales de autoayuda;
- derivación a los recursos de la comunidad para ayudar a los consumidores de tabaco a abandonarlo, y
- Orientación integral a algunos usuarios, que incluye el suministro de información práctica sobre el abandono del tabaco, el desarrollo de aptitudes, el fortalecimiento de la confianza y la motivación y el apoyo social.

Lo ideal sería que mediante las líneas también se realicen:

- Llamadas de seguimiento, realizadas a intervalos de tiempo pre-establecidos, a algunos usuarios del servicio.

Con la evolución de la tecnología de las comunicaciones, las líneas telefónicas de ayuda están complementando cada vez más estos servicios con:

- Servicios de apoyo en línea (internet), que pueden incluir la creación de redes sociales, lecciones interactivas, textos y evaluaciones;
- Apoyo automatizado o en vivo mediante el correo electrónico;
- mensajes de texto automatizados a través de los teléfonos móviles;
- Apoyo en el uso de medicamentos mediante información sobre estos, ayuda sobre su uso correcto y provisión de medicamentos para abandonar el tabaco, y
- Mensajes grabados con distintas opciones según cuáles sean las respuestas.

Las líneas telefónicas de ayuda se desarrollaron y probaron en Europa y los Estados Unidos durante los años ochenta con el objeto de superar algunos problemas que dificultaban la difusión de los tratamientos existentes para abandonar el tabaco:

- Los cursos grupales para abandonar el tabaco dieron buenos resultados pero los fumadores se resistían a asistir a reuniones muy numerosas y en muchos casos programarlas y dotarlas de personal adecuadamente resultaba difícil;
- La orientación individual de profesionales de la salud a nivel individual dio buenos resultados pero resultaba difícil despertar y mantener interés de los profesionales en las actividades de orientación sobre el abandono del tabaco, y

- Los servicios de salud pública o los seguros de enfermedad no cubrían muchos tratamientos de la adicción al tabaco basados en datos probatorios.

En los 25 últimos años, se han realizado muchos ensayos aleatorizados de gran envergadura (que se examinan más adelante en este manual) en diversos entornos. Estos ensayos demostraron que la orientación telefónica, especialmente si se incluían las llamadas de seguimiento a los ex-consumidores, aumentó las tasas de abandono en el largo plazo. Pruebas posteriores confirmaron las ventajas de la orientación sobre medicamentos y los datos probatorios preliminares indican que el apoyo a través de la internet y los mensajes de texto mediante los teléfonos móviles tienen algunas ventajas.

1.2 ¿Cuáles son los beneficios de las líneas telefónicas de ayuda?

Las líneas telefónicas de ayuda tienen varios beneficios posibles para los distintos segmentos de la sociedad.

Para los ministerios de salud, encargados de mejorar la salud de una población reduciendo el consumo de tabaco, las líneas telefónicas de ayuda son un medio eficaz de realizar tratamientos basados en datos probatorios. Las líneas telefónicas de ayuda pueden:

- Establecer un recurso centralizado, que sirva como proveedor directo de servicios basados en datos probatorios e información;
- Servir de portal para otros servicios de tratamiento de la adicción al tabaco, incluidos la orientación individual en la comunidad, los medicamentos y la prestación de servicios a través de la internet;
- Llegar anualmente a no menos de 4% a 6% de todos los consumidores de tabaco de un país;
- Promoverse con relativa facilidad y en general lograr una amplia aceptación del público, y
- Servir de fuente de capacitación y experiencia para los orientadores y para los profesionales, aumentando la disponibilidad de especialistas en el tratamiento de la adicción al tabaco en un país.

Desde la perspectiva de los proveedores de asistencia sanitaria a nivel individual (véase también la sección 7, *Integración de las líneas telefónicas de ayuda a los sistemas de salud*), las líneas de ayuda pueden:

- Brindar a los proveedores un recurso de derivación fácil, conveniente, uniforme, y basado en datos probatorios para ayudar a sus pacientes;
- Mejorar la disposición de los proveedores de asistencia sanitaria a realizar breves intervenciones corrientes de control del tabaco con quienes lo consumen (Fiore et al., 2000; An et al., 2006; Bentz, 2007; McAfee, 2007; Fiore et al., 2008);
- Aumentar el número de pacientes que intentan abandonar el tabaco empleando enfoques basados en datos probatorios, como la orientación y los medicamentos que ayudan a abandonar el tabaco, y
- Ayudar a velar por que los pacientes que toman medicación reciban instrucciones óptimas para su uso y apoyo mediante orientación, mejorando de ese modo la eficacia del tratamiento.

Además, las líneas telefónicas de ayuda pueden traer aparejados otros beneficios en la ampliación del control del tabaco, como:

- Ayudar a normalizar el abandono del tabaco y promover intentos para lograrlo aún entre las personas que no las utilizan (Ossip-Klein et al., 1991), acciones ambas necesarias para disminuir la prevalencia del consumo (Zhu, 2006);
- Aumentar el apoyo a las iniciativas de control del tabaco porque son tangibles y ofrecen ayuda directa a los consumidores de tabaco. Algunos ministerios de salud han aprovechado el efecto multiplicador del apoyo a los servicios de líneas telefónicas de ayuda para obtener o mantener el financiamiento de las actividades de control del tabaco en general (véase la sección 4, *Financiamiento*);
- Ser utilizadas como líneas telefónicas de asistencia urgente para denunciar infracciones a las leyes que propician los entornos sin humo de tabaco, alentando de este modo la participación comunitaria y apoyando otras iniciativas de control del tabaco (es preciso hacerlo con cuidado ya que esta función está dirigida a otro tipo de interlocutores), y
- En última instancia aumentar la tasa global de abandono del tabaco, reduciendo al mismo tiempo las recaídas.

Por último, y desde la perspectiva de los consumidores de tabaco a nivel individual:

- Disponen de ayuda en cualquier lado, en cualquier momento y sin costo alguno para ellos;
- Las líneas telefónicas de ayuda ofrecen ayuda de carácter confidencial, personal y adaptada a cada consumidor, motivando y apoyando los intentos por abandonar el tabaco, y
- La disponibilidad de servicios de líneas telefónicas de ayuda permite obtener datos probatorios tangibles de que la sociedad desea ayudarlos a abandonar el tabaco y no castigarlos y estigmatizarlos, creando de este modo un entorno favorable.

1.3 Nuevas ventajas potenciales de las líneas telefónicas de ayuda en los países de ingresos bajos y medianos

Aunque esta cuestión no ha sido tan estudiada, las líneas podrían beneficiar a los países cuya infraestructura de control del tabaco están menos desarrolladas o en los que hay menos disposición a abandonar el tabaco:

- Aportando información y apoyo y desarrollando las aptitudes de familiares, amigos, compañeros de trabajo y exfumadores interesados en ayudar a consumidores de tabaco a abandonarlo (Muramoto, 2010);
- Brindando información, orientación y recursos a los proveedores de asistencia sanitaria y los trabajadores de la comunidad sobre la forma de ayudar a sus pacientes a que abandonen el tabaco. A menudo esta es una función secundaria de las líneas telefónicas de ayuda, a las que los proveedores de asistencia sanitaria pueden consultar sobre casos individuales, o como recurso de apoyo de un sistema de salud, pero pocas veces se la ha promovido más activamente;
- Sirviendo como recurso de información acerca de los efectos nocivos del tabaco y los beneficios de abandonarlo, en especial en países en los que las tasas de intento de abandono son bajas, y
- Sirviendo de modelo para otros servicios de salud pública a los que puede acceder a distancia la población (como los servicios de salud mental, otros tratamientos con medicamentos y el control del cumplimiento terapéutico de las personas con tuberculosis o infectadas con el VIH).

1.4 Eficacia

1.4.1 Orientación

Hay muchos datos probatorios que apoyan el empleo de la orientación telefónica. Después de unificar muchos ensayos clínicos aleatorizados, una revisión Cochrane de 2006 (Stead, Perera y Lancaster, 2006)⁴ determinó un *odds ratio* de 1,4 (es decir que las personas que llamaban a la línea de ayuda y recibían orientación tenían 40% más de probabilidades de abandonar el tabaco por completo que las personas que recibían menos asistencia). El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Fiore et al., 2008) realizó un análisis similar, encontrando un *odds ratio* aun mayor, de 1,6. Se determinó que la eficacia calculada en diversos estudios variaba considerablemente.

La eficacia de las líneas telefónicas de ayuda aumenta a medida que se incrementa el número de llamadas. Hasta una única llamada exhaustiva mejora las probabilidades de abandonar el tabaco en comparación con el uso exclusivo de materiales impresos. Sin embargo, dos llamadas son ligeramente más eficaces y los mejores resultados se obtienen con múltiples llamadas (es decir, entre cuatro y cinco) (Zhu, 1996; Hollis, 2007; Carreras Castellet, 2007). Los datos de ensayos aleatorizados sobre llamadas múltiples se basaron en las llamadas de seguimiento proactivas o en las citas iniciadas por la línea telefónica de ayuda, no en las llamadas reactivas de seguimiento que dependen de que el usuario tome la iniciativa para restablecer el contacto.

1.4.2 Uso de medicamentos

La mayoría de los ensayos que establecen la eficacia de los medicamentos incluyen un aleccionamiento exhaustivo sobre su uso adecuado y orientación. Sin embargo, en la práctica la mayoría de las personas toman medicamentos para ayudarse a abandonar el tabaco sin recibir instrucción u orientación alguna. Existe cierta preocupación de que cuando se emplean los medicamentos sin instrucción u orientación, los beneficios son mucho menores. Por lo tanto, las líneas telefónicas de ayuda pueden ser un medio para ayudar a las personas a obtener los medicamentos, usarlos más apropiadamente y simultáneamente recibir orientación.

Hay datos probatorios fehacientes que indican que si se brinda orientación junto con la administración de medicamentos se obtienen mejores resultados que con cualquiera de ellos individualmente. Para elaborar las directrices del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos se agruparon múltiples estudios y se llegó a la conclusión de que si a la administración de medicamentos se agregan actividades de orientación se aumenta la eficacia de aquellos un 30%, en comparación con la sola administración de medicamentos. También se han obtenido datos probatorios que indican que el agregado de medicamentos a la orientación telefónica aumenta la eficacia según el número de llamadas realizadas con ese fin (es decir, una llamada breve, dos llamadas y cinco llamadas) (Hollis et al., 2007).

La disponibilidad de medicamentos también se ha usado como una manera de promover las líneas telefónicas de ayuda. Aun sin recurrir a medios de difusión pagos, se ha observado un fuerte aumento en los volúmenes de llamadas cuando se ponen medicamentos a disposición de los usuarios de la línea de ayuda (An et al., 2006; Tinkelman et al., 2007; Deprey et al., 2009).

⁴ Una revisión Cochrane es una revisión sistemática de los datos probatorios publicados sobre un procedimiento de atención de salud, medicamento o intervención, realizada por una organización internacional independiente.

1.5 Eficacia en función de los costos

La eficacia en función de los costos del tratamiento de la adicción al tabaco está bien establecida, con un rendimiento real de la inversión en el entorno de trabajo (Warner et al., 1996) y una de las mejores relaciones costo-eficacia para cualquier intervención preventiva o de atención de salud (Maciosek et al., 2006). En otras palabras, el tratamiento de la adicción al tabaco puede resultar en un ahorro de dinero para la sociedad pues disminuyen los costos de la atención de salud y mejora la productividad y es la más eficaz en función de los costos de todas las intervenciones clínicas para personas adultas encaminadas a mejorar la calidad de vida y aumentar su duración.

La eficacia en función de los costos de las líneas telefónicas de ayuda ha sido examinada exhaustivamente (Fellows et al., 2007). También se ha examinado la eficacia en función de los costos de la incorporación gradual de otros servicios a los servicios básicos, incluida la incorporación de llamadas de orientación proactivas, la administración de medicamentos y el uso de ciclos tratamiento farmacológico prolongados en vez de cortos (Fellows et al., 2007). En general, la incorporación de llamadas proactivas y de medicamentos es eficaz en función de los costos y en muchos casos lo es en grado sumo cuando se compara con otros servicios médicos y preventivos (véase el recuadro 1).

Recuadro 1: Argumentos que apoyan la eficacia en función de los costos de las líneas telefónicas de ayuda

Muchas veces la presentación cuidadosa de argumentos que demuestren la eficacia en función de los costos de las líneas telefónicas de ayuda es un paso fundamental para su establecimiento, ampliación y mantenimiento. A veces los funcionarios de gobierno e incluso los partidarios del control del tabaco señalan que no debe gastarse dinero (incluso en líneas telefónicas de ayuda) para ayudar a los consumidores a que abandonen el tabaco porque las iniciativas de políticas, como la legislación que propicia entornos sin humo de tabaco o los aumentos de impuestos, son mucho más baratas. ¿Cuál es el error de este argumento?

En primer lugar, solo una estrategia integral de control del consumo de tabaco puede revertir la epidemia mundial de tabaquismo. La creciente presión social para que se intensifiquen las iniciativas de control del tabaco (como las dirigidas a lograr que los lugares de trabajo y los espacios públicos sean libres de humo o el aumento del precio del tabaco incrementando los impuestos) pueden motivar o estimular más a los consumidores a abandonar el tabaco. Ofrecer tratamientos contra la adicción al tabaco basados en datos probatorios (incluidas las líneas telefónicas de ayuda) aumenta enormemente las tasas de abandono y apoya la puesta en práctica de otras iniciativas de control del tabaco dirigidas a la población. Algunos estudios con modelos de simulación realizados en forma reciente indican que los cambios integrales de las políticas de abandono del tabaco, como la puesta en funcionamiento de líneas telefónicas de ayuda, contribuyen a reducir la prevalencia del uso del tabaco más rápidamente (Levy et al., 2010).

En segundo lugar, no es correcto comparar los costos de los tratamientos de la adicción al tabaco con los costos de ejecutar cambios en las políticas. La dependencia del tabaco es una afección crónica, y su tratamiento debe compararse con el costo de tratar las secuelas del consumo prolongado de tabaco, es decir, el costo de tratar el cáncer de pulmón, las cardiopatías, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el agravamiento de la tuberculosis, etc., así como el costo de las pérdidas de productividad por enfermedad y muerte prematura. Estos costos son reales y son una carga creciente en los países de ingresos bajos y medianos. En comparación con estos costos, el tratamiento de la adicción al tabaco (incluidas las líneas telefónicas de ayuda) es la ganga del siglo XXI.

En el largo plazo, la forma en que se formule el argumento de la eficacia en función de los costos puede afectar sobremanera el apoyo que se logre en favor de las líneas telefónicas de ayuda. Se recomienda evitar un enfoque excluyente respecto de otros programas de control del tabaco u otros programas de tratamiento de la adicción al tabaco. Por ejemplo, en lugar de formular el tema en términos de alternativa entre el financiamiento de las líneas telefónicas de ayuda o el de los medios de difusión, se deberá hacer hincapié en el aumento total del volumen del financiamiento integral de las actividades de control del tabaco, al tiempo que se asignan los recursos adecuados para las líneas telefónicas de ayuda. Estas líneas tienen la capacidad de mejorar otros aspectos del control del tabaco y otras formas de tratamiento de la adicción al tabaco.

1.6 Limitaciones

A pesar de las numerosas ventajas a las que se ha hecho referencias, las líneas telefónicas de ayuda no son una panacea.

- *Para estas líneas es necesario contar con un teléfono.* Habida cuenta de la difusión rápida y generalizada de los teléfonos móviles, esta cuestión está perdiendo importancia en los países de ingresos bajos y medianos, pero todavía puede ser un obstáculo en algunas zonas geográficas. El costo de las comunicaciones por teléfono móvil puede ser un obstáculo importante para que las personas acepten recibir orientación por medio de estos teléfonos en determinados países en los que también se cobra al receptor de la llamada. Los números gratuitos pueden ayudar en este sentido, pero los cargos a los dispositivos pueden ser un obstáculo para que quienes llaman a la línea de ayuda acepten recibir orientación. Deben analizarse cuidadosamente las distintas alternativas para reducir los costos.
- *Las barreras culturales o de conocimientos pueden ser un obstáculo para que los consumidores de tabaco llamen* (en la sección 6, *Creación de la demanda para los servicios*, se explican las soluciones).
 - ¿Es aceptable o incluso imaginable recibir orientación por teléfono? Pueden interferir las percepciones negativas sobre los centros de llamadas y el telemarketing. Por ejemplo, en los países desarrollados se ha hecho más difícil comunicarse con los usuarios en las llamadas de devolución y de evaluación debido al uso cada vez más frecuente de filtros de llamadas en los teléfonos.
 - Falta de comprensión del tipo de servicios que se ofrecen. Muchos consumidores de tabaco suponen que las líneas telefónicas de ayuda son similares a las líneas telefónicas de asistencia urgente para drogadictos o que son líneas de quejas. En muchos casos los proveedores de asistencia sanitaria tampoco tienen una comprensión adecuada y al principio son menos propensos a hacer derivaciones a las líneas telefónicas de ayuda.
 - La resistencia a recibir ayuda de programas del gobierno pueden hacer que algunos consumidores de tabaco no quieran llamar para pedir asistencia.
- *Determinados obstáculos pueden limitar los reembolsos a las líneas telefónicas de ayuda en su calidad de servicio de atención de salud.* Algunos aseguradores de enfermedad públicos y privados pueden no pagar reembolsos en concepto de servicios prestados por teléfono. La ampliación de las líneas telefónicas de ayuda puede resultar más difícil si los servicios equivalentes cara a cara sí se consideran como servicios de atención de salud y pueden pagarse como tales.

La posibilidad de superar estos obstáculos puede verse limitada por la falta de fondos, que incide en el número de horas de atención, la disponibilidad de números gratuitos y la capacidad de marketing y promoción. Muchas veces, el financiamiento de los servicios y la promoción son desproporcionadamente menores que la demanda potencial de servicios (véase la sección 4, *Financiamiento*). La mayoría de los consumidores de tabaco lo abandonan sin ayuda, por más que esta esté disponible. Aunque es posible aumentar notablemente el número de personas que reciben ayuda eliminando los obstáculos al acceso y promoviendo servicios como las líneas telefónicas de ayuda, también es importante alentar los intentos por abandonar el tabaco en general y no transmitir la impresión de que es imposible hacerlo sin ayuda.

2. Situación actual de los servicios nacionales de líneas telefónicas de ayuda en todo el mundo

Actualmente, más de 85% de la población mundial, la mayoría de la cual vive en países de ingresos bajos y medianos, no tiene acceso a tratamientos adecuados de la dependencia del tabaco, que incluye la disponibilidad de líneas telefónicas de ayuda fácilmente accesibles y gratuitas, uno de los tres tipos de tratamiento recomendado por OMS que debe incluirse en cualquier iniciativa integral de control del tabaco. A pesar de que 53 países informaron a la OMS de que tienen por lo menos una línea telefónica de ayuda gratuita (OMS, 2009b), hasta el 2009 no se recopiló ningún dato a nivel mundial en relación con las prácticas actuales de los servicios nacionales gratuitos de este tipo de líneas. Ese año la OMS realizó un análisis de la situación en esos países para obtener un panorama mundial de los servicios nacionales gratuitos de líneas telefónicas de ayuda y encontrar estudios de casos para los modelos existentes de operación de las líneas.

Se averiguó quiénes eran los directores de estos servicios mediante una búsqueda bibliográfica y se tomó contacto con las Oficinas Regionales de la OMS para que ayudaran a encontrarlos y distribuirles el cuestionario. Esta encuesta, cumplimentada por los propios encuestados, se realizó entre el 10 de junio del 2009 y fines de septiembre del mismo año. Se recibieron respuestas de 22 países y para el resto, los datos se recopilaron por otros medios. Los resultados más importantes sobre los modelos de servicios de líneas telefónicas de ayuda, la cobertura poblacional, el funcionamiento de los servicios, la variedad de servicios, la dotación de personal, los métodos de promoción, el presupuesto, los mecanismos de financiamiento y las relaciones entre estos servicios y los sistemas de salud se resumen de la siguiente manera (para obtener datos de cada país véase el apéndice 1):

- De los 53 países que efectivamente prestan servicios nacionales gratuitos de líneas telefónicas de ayuda, 32 (60%) eran países de ingresos altos, que representan más de la mitad (54%) de todos los países de ingresos altos del mundo. Solo cuatro países de bajos ingresos (8% del grupo) y 17 países de ingresos medianos (18% de todos los países de ingresos medianos del mundo) informaron tener una línea telefónica de ayuda nacional gratuita. Todas las líneas prestaban algunos servicios de orientación e información para los consumidores de tabaco que deseaban dejar de fumar y para los miembros de la familia, los amigos o los proveedores de asistencia sanitaria que querían ayudarlos;
- De 38 líneas telefónicas de ayuda nacionales que disponían de datos, 23 (61%) informaron de que estaban usando un modelo de servicio combinado, proactivo y reactivo. Estas incluían 71% de las líneas telefónicas de ayuda nacionales gratuitas en países de ingresos altos que empleaban el sistema combinado proactivo-reactivo, comparadas con 30% de líneas telefónicas de ayuda nacionales gratuitas en los países de ingresos medianos y ninguna en los países de ingresos bajos;
- Del total de 53 países, 34 (64%) informaron de que las líneas telefónicas de ayuda prestaban servicios a entre 75% y 100% de la población. Estos incluían 25 países de ingresos altos, ocho países de ingresos medianos y un país de bajos ingresos, la mayoría de los cuales (88%) estaba

integrada por los Estados Unidos y países ubicados en Europa. Buena parte de los otros nueve países (67%) tenía una cobertura de menos de 50%;

- A nivel mundial la mayoría de los operadores de los servicios eran los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales. De los 37 países que disponían de datos (34 tenían una única línea telefónica de ayuda, y solo Australia, Canadá y los Estados Unidos tenían varias, distribuidas por estado o provincia), solo nueve países recibían financiamiento para las líneas de empresas privadas o de instituciones académicas, incluidos los Estados Unidos, donde las dos terceras partes (68%) de las líneas de los 51 estados eran operadas por empresas privadas o universidades;
- El número promedio de horas (media) de atención tanto para el retiro de materiales impresos como para la orientación era de más de 48 horas semanales, con una dispersión muy grande (de 10 a 168 horas semanales). En aproximadamente 70% de las líneas telefónicas de ayuda funcionaba un sistema de correo telefónico de respuesta a las llamadas o un servicio de grabación para recibir llamadas efectuadas fuera del horario de atención;
- De los 38 países que contaban con datos pertinentes, casi todos (97%) ofrecían orientación telefónica; 60% hacían derivaciones a programas de asistencia locales; 56% enviaban materiales de autoayuda por correo, y 44% ofrecían servicios a través de la internet. Solo unos pocos (menos de 10%) administraban el tratamiento de sustitución con nicotina en forma gratuita o a menor precio;
- Seis de 36 líneas telefónicas de ayuda nacionales ponían condiciones a los usuarios para brindarles orientación activa o administrar el tratamiento de sustitución con nicotina, teniendo en cuenta sobre todo su disposición a abandonar el tabaco o a fijar una fecha para hacerlo;
- Más de las tres cuartas partes (78%) de las 26 líneas telefónicas de ayuda nacionales informaron que solamente tenían orientadores, sin operadores de recepción, que respondieran a las averiguaciones de carácter general que hacían los interesados. Todas estas líneas tenían programas de capacitación para nuevos orientadores y su duración oscilaba entre las cuatro horas y los tres meses. De las 16 líneas que disponían de datos, más de las dos terceras partes (69%) informaron que sus orientadores eran profesionales de la salud;
- De los 21 países que tenían líneas telefónicas de ayuda y poseían información presupuestaria, 18 tenían una única línea nacional, mientras que tres tenían múltiples líneas que prestaban servicios a cada uno de los estados o provincias (seis en Australia, ocho en Canadá y 51 en los Estados Unidos). El presupuesto anual para los países con una única línea variaba entre US\$ 680 y US\$ 1,19 millones, mientras que el costo por exconsumidor variaba entre US\$ 0,50 y US\$ 433. En los Estados Unidos la mediana del presupuesto para cada estado era de US\$ 1.000.000, con un costo promedio por exconsumidor de US\$ 3,33 (media). La mediana del presupuesto en el Canadá era de US\$ 221.500 por provincia, con un costo promedio de US\$ 0,53 por exconsumidor;
- Los principales métodos utilizados por los países para promover los servicios de las líneas telefónicas de ayuda eran anuncios en los medios de difusión (periódicos, televisión, radio o folletos). Además, en varios países, como el Brasil, Nueva Zelanda, Sudáfrica y todos los de la Unión Europea (UE) el número de la línea telefónica estaba impreso en los paquetes de cigarrillos (junto con advertencias sobre la salud), y

- La mayoría de los encuestados no dio detalles de las alianzas entre las líneas telefónicas nacionales y los sistemas de salud, aunque nueve de los 13 países que respondieron sobre este tema informaron de que la línea telefónica nacional tenía vínculos establecidos con los proveedores o las organizaciones de asistencia sanitaria.

En términos generales, hoy día las líneas telefónicas de ayuda nacionales gratuitas son fundamentalmente un fenómeno de países ricos y se encuentran principalmente en Europa y los Estados Unidos. En general las líneas telefónicas de ayuda en los países de ingresos altos utilizan una combinación de llamadas proactivas y reactivas, con una elevada cobertura poblacional y una amplia gama de servicios. En cambio, en los países de ingresos bajos y medianos estas líneas utilizan principalmente un modelo reactivo de atención, con baja cobertura poblacional, y los servicios que prestan son más limitados. La financiación y la operación de las líneas telefónicas de ayuda nacionales gratuitas en todo el mundo están fundamentalmente a cargo de los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales. La promoción de la causa a través de los medios de información pública y la impresión del número de teléfono de las líneas telefónicas de ayuda en los paquetes de cigarrillos son los principales métodos de difusión de estas líneas y los orientadores capacitados y los profesionales de la salud son los proveedores de los servicios más importantes. Las alianzas entre las líneas y los sistemas de salud están poco desarrolladas y deben fortalecerse para mejorar su alcance y eficacia.

Resumen

- Actualmente más de 50 países tienen por lo menos una línea telefónica de ayuda nacional gratuita, atendida por una persona de carne y hueso, con el objeto de proporcionar servicios de abandono del tabaco y con acceso a una parte (o a toda) la población;
- Hay mucha variación en el alcance de estas líneas así como en el tipo, la cantidad y la calidad de los servicios que prestan.

A pesar de que hay modelos que ya están funcionando sobre el terreno, no se han establecido hasta la fecha modelos o normas mundiales que permitan formular críticas a los procedimientos actuales, recomendar procedimientos adecuados para las líneas telefónicas de ayuda y evaluar y mejorar los servicios que prestan o sus resultados. En este manual se han individualizado varias líneas telefónicas de ayuda nacionales y regionales como ejemplos de casos que pueden servir de modelos para los diseñadores de las líneas telefónicas de ayuda nacionales y los profesionales especializados. Hacen hincapié en la elección de las alternativas apropiadas de prestación de servicios, la optimización de la cobertura y la utilización por parte de la población y las alianzas con los sistemas de atención de salud. Para ejemplos y estudios de casos véanse el recuadro 2 y el resto de este informe.

Recuadro 2. Ejemplo de caso: la línea telefónica de ayuda de Sudáfrica

La prevalencia de adultos fumadores en Sudáfrica se ha reducido en un tercio en el último decenio, de 32% en 1995 a 22% en 2006. Nueve por ciento de las defunciones son consecuencia del tabaquismo (la tercera causa de muerte en el país) y 25% de la mortalidad por tuberculosis tiene relación con dicho consumo; Además, 80% de los hogares tienen teléfonos móviles.

La línea telefónica de ayuda de Sudáfrica ha sido establecida por ley y su operación está a cargo del National Council Against Smoking (una organización no gubernamental cuya sigla es NCAS) y subsidiada parcialmente por el gobierno. Su funcionamiento se basa en un sistema de atención, enviando por correo folletos de autoayuda a todas las personas que llaman y proporcionando una orientación breve a quienes están tratando de abandonar el tabaco.

La línea telefónica de ayuda también sirve como fuente de información. Ofrece información adaptada a las necesidades de la familia y los amigos de los fumadores o a los proveedores de asistencia sanitaria, y se ocupa de las quejas relativas a las leyes de control del tabaco del país. Funciona de 8.00 a 17.00 horas (siete días por semana), con un servicio de respuesta automática que registra las llamadas después de las horas de oficina. Cuando así se les indica, las personas que llaman y que están en pleno proceso de abandono pueden llamar a un orientador en cualquier momento a un teléfono móvil. Cerca de 12.000 personas llaman a la línea telefónica de ayuda anualmente.

Dos tipos de personas administran el programa. Unas se ocupan de las consultas de carácter general y las otras brindan orientación. El personal se envía a un curso de capacitación general sobre los sistemas de emergencia que dura medio día por semana durante seis semanas y luego se le imparte capacitación específica sobre abandono del tabaco en el propio servicio.

La llamada más dramática recibida en la línea fue la de una mujer que dijo estar de parada en la cornisa de un edificio, amenazando con saltar si no podía fumar. El orientador pudo calmarla y ayudarla a darse cuenta de que tenía alternativas y posibilidades de elección que le permitirían controlar su adicción.

Si bien no hay ningún vínculo establecido entre la línea telefónica de ayuda y el sistema de atención de salud, la línea de información presta servicios a los proveedores de asistencia sanitaria respondiendo las consultas sobre ayuda a los pacientes para dejar de fumar. Además de la publicidad y la promoción de la causa en los medios de información pública en relación con la línea telefónica de ayuda, el número de teléfono se imprime en todos los envases de productos del tabaco.

3. Consejos técnicos para poner en marcha y operar servicios de líneas telefónicas de ayuda

3.1 Diez pasos para establecer un servicio nacional de línea telefónica de ayuda

Al igual de lo que le sucede a una persona que trata de dejar de fumar, el proceso de establecer y mantener un servicio de línea telefónica de ayuda rara vez es lineal y lógico. La política, las personalidades y las fluctuaciones en materia de financiamiento pueden hacer surgir o desaparecer oportunidades, o cambiarlas. Sin embargo, deben tenerse presentes varios pasos para ayudar a crearlas y aprovecharlas al máximo. Si un país ya ha establecido una línea telefónica de ayuda, sigue siendo útil e importante volver a examinar periódica y sistemáticamente lo que se está haciendo y por qué.

A continuación se enumeran una serie de pasos recomendados para preparar la creación y la puesta en marcha de una línea telefónica de ayuda, o la realización de un examen estratégico sobre un servicio existente. Algunos de los pasos se detallan aquí, mientras que otros se examinan en secciones posteriores (véase también el apéndice 10, que incluye las normas mínimas para los servicios de líneas telefónicas de ayuda de Australia).

Paso 1. *Determinar qué persona deberá convertirse en el experto en líneas telefónicas de ayuda del país o del ministerio de que se trate.* Si la responsabilidad de dominar los conocimientos y los temas relativos al establecimiento de una línea telefónica sobre una base científica es demasiado difusa, la rendición de cuentas será más deficiente. Desde luego, también debe realizarse un esfuerzo por difundir ampliamente los conocimientos sobre las líneas telefónicas de ayuda.

Paso 2. *Determinar las necesidades de la población con respecto a las líneas telefónicas de ayuda* (Banco Mundial, 2004), incluidas las características concretas que pueden afectar su uso, como:

- La prevalencia del consumo de tabaco, incluidos los diferentes tipos de consumo;
- Los idiomas hablados;
- El acceso a teléfonos;
- La aceptación cultural de los servicios prestados a través de un teléfono, y
- El número de consumidores de tabaco interesados en abandonarlo e intentando hacerlo.

En esta evaluación también se debe determinar si existen distintos modelos en los diversos grupos geográficos, económicos y culturales. La evaluación de estas características no tiene por objeto determinar si un país necesita una línea telefónica de ayuda: La finalidad es determinar qué tipo de línea telefónica de ayuda puede atender mejor las necesidades del país en la etapa de desarrollo en que se encuentra en materia de control del tabaco.

Paso 3. *Determinar el lugar que deben ocupar y el papel que deben desempeñar los servicios de líneas telefónicas de ayuda* en las actividades nacionales de control del tabaco y las estrategias de tratamiento, haciendo hincapié en dos aspectos clave:

1. La cantidad de recursos para apoyar los esfuerzos por abandonar el tabaco actualmente disponibles a través de los sistemas de atención de salud y los programas comunitarios. Algunos países pueden tener muchos programas y servicios para exconsumidores pero muy poca coordinación entre ellos. En este tipo de situaciones quizás sea necesario que el servicio de líneas telefónicas de ayuda tenga una muy buena capacidad de derivación. Esto puede ser importante por dos motivos: puede contribuir a obtener recursos para los usuarios y garantizar que, desde un punto de vista político, otros servicios de tratamiento de la adicción al tabaco, preocupados por que las líneas de ayuda puedan reemplazarlos, no se sientan enemistados. Es posible que otros países prácticamente no tengan recursos para ayudar a los consumidores a abandonar el tabaco. En este caso, los servicios deben crearse en el entendimiento de que los usuarios pueden contar solamente con los servicios de las líneas telefónicas de ayuda y sus propios recursos.
2. Examinar la situación actual de las políticas existentes y previstas de control del tabaco que tengan posibilidades de lograr un aumento de los intentos por abandonar el tabaco, la demanda de tratamiento y los fondos que pueden obtenerse. Algunos ejemplos son las leyes que propician los entornos sin humo de tabaco, las campañas de deslegitimación a través de los medios de información pública, las iniciativas de los sistemas de salud y los impuestos al tabaco (véase el recuadro 3). Todas estas actividades tienen posibilidades de aumentar el interés por abandonar el tabaco y las llamadas a las líneas telefónicas de ayuda. Además, el hecho de que exista una línea de ayuda puede aprovecharse para ayudar a lograr estos objetivos de políticas. Si los servicios de las líneas telefónicas de ayuda se prestan de manera que complementen otras actividades de control del tabaco y se promocionan con ese mismo criterio, se puede maximizar sus repercusiones sobre el abandono del tabaco y la prevalencia de su consumo.

Recuadro 3: Legitimación del abandono del tabaco

Un país tiene una tasa muy baja de intentos de abandonar el tabaco y niveles significativos de humo ajeno en los lugares públicos. El organismo de control del tabaco está planificando una gran campaña pública de información, que incluye anuncios en los medios de información pública y carteles que informen sobre los peligros del consumo de tabaco y el humo ajeno para ayudar a deslegitimar el tabaquismo y legitimar los intentos de cesación.

Sin embargo, algunos políticos tienen temor (algunos de ellos fuman y tienen el poder necesario para quitar fondos al programa) que los fondos del gobierno se utilicen para demonizar a los fumadores o hacerles sentir culpables. Colocar el número de teléfono de la línea telefónica de ayuda en los anuncios empleados en la campaña puede ayudar a reducir la sensación de que el gobierno solo desea echar la culpa a los fumadores.

Paso 4. *Determine las metas de la línea telefónica de ayuda.* Los motivos para crear o ampliar una línea telefónica de ayuda dependen de las circunstancias concretas y pueden repercutir sobre cualquiera de los servicios y estrategias promocionales que se pongan en marcha (Ossip-Klein y McIntosh, 2003).

- 1. Gran alcance con un mínimo de orientación:** esta meta puede establecerse cuando solo existen unos pocos servicios, las tasas de intentos por abandonar el tabaco son bajas y los recursos limitados. En este caso es preciso contar con procedimientos de triaje para determinar a qué usuarios se brindan los limitados servicios en vivo y lograr que los demás servicios, como los mensajes grabados y los materiales impresos, se presten de manera que los usuarios se sientan bien atendidos. Aun si las llamadas en vivo son muy breves es importante prestar mucha atención a su calidad. Si el aumento de los intentos por abandonar el tabaco es una prioridad importante, las campañas promocionales que lleguen a un gran número de consumidores de tabaco son importantes y el contenido de la promoción debe alentar los intentos de abandono. La línea telefónica de ayuda de Sudáfrica es un ejemplo de este tipo de línea (para más información véase el recuadro 2).
- 2. Elevada eficacia (tasas de abandono) con menor alcance:** esta meta puede establecerse porque la línea telefónica de ayuda está siendo empleada como instrumento de derivación por los recursos de la comunidad, como los consultorios médicos, en los que un servicio de línea telefónica de ayuda de excelente calidad permitirá mejorar la prestación de servicios personales breves. En este caso, será importante prestar especial atención a la capacitación de los orientadores y a los protocolos de orientación. En el recuadro 4 puede verse un ejemplo de caso de eficacia elevada con menor alcance.
- 3. Gran alcance y eficacia elevada (resultados):** esta meta ideal puede ser realista cuando hay abundantes fondos para las promociones y los servicios (véase el recuadro 5).

Recuadro 4. Ejemplo: concentrarse en los trabajadores de atención de salud

En un país grande, con un presupuesto limitado para promover el abandono del tabaco y una elevada prevalencia del consumo, la mayoría de los usuarios no tiene intenciones de dejar de fumar. La mayor parte de los trabajadores de atención de salud (incluidos los médicos) fuman pero tienen mayor interés en abandonar el tabaco que la población en general. Los partidarios del control del tabaco consideran que la elevada proporción de fumadores entre los trabajadores de salud, especialmente los médicos, es un obstáculo para impulsar otras actividades de control del tabaco pues los políticos tienen muy en cuenta la opinión de la comunidad médica respecto de las iniciativas de control.

Los encargados de desarrollar las líneas telefónicas de ayuda se proponen comenzar con pocas actividades de promoción y pocos servicios para la mayoría de los usuarios, que incluyen un menú de llamadas grabadas con información sobre las razones para abandonar el tabaco y consejos para lograrlo. Sin embargo, los servicios mencionados se reforzarán con orientación activa integral y actividades de promoción dirigidas resueltamente a los proveedores de atención de salud interesados en abandonar el tabaco. A medida que disminuya el porcentaje de trabajadores de atención de salud que consumen tabaco, se reexaminará esta estrategia.

Recuadro 5. Ejemplo de caso: línea telefónica de ayuda de Nueva Zelanda

La línea telefónica de ayuda de Nueva Zelanda es un ejemplo de un programa telefónico para abandonar el tabaco de gran alcance y eficacia elevada, que ofrece apoyo telefónico gratuito, otros recursos y tratamientos de sustitución con nicotina a bajo costo a todos los residentes de Nueva Zelanda, haciendo especial hincapié en los fumadores maoríes. La línea telefónica de ayuda es operada por Quit Group, un fondo fiduciario de caridad financiado por el Ministerio de Salud. Su objetivo es reducir el número de neozelandeses que fuman, prestando apoyo efectivo a nivel nacional para que más fumadores hagan más intentos por abandonar el tabaco. Además de operar la línea telefónica de ayuda, Quit Group elabora y ofrece otros programas innovadores para abandonar el tabaco, como las campañas por la televisión y la radio y las campañas impresas, un sitio web interactivo (con funciones de ciberplática y bitácora) y un servicio de mensajes de texto para ayudar a los fumadores que intentan abandonar el consumo (Quitline, 2011).

En este país, con una población de poco más de cuatro millones de habitantes, la línea de ayuda pudo registrar en un año a unas 44.000 personas (5% de todos los fumadores) para que intenten abandonar el tabaco, ya sea por vía telefónica (67%) o a través del sitio web (33%). Los usuarios pueden solicitar un paquete para abandonar el tabaco que contiene consejos prácticos para ese fin, conversar con un orientador para recibir apoyo individual, obtener tarjetas que permiten comprar parches, chicle y tabletas de nicotina subsidiados (A\$ 5,00 por un suministro para cuatro semanas) e inscribirse en un servicio de envío de mensajes de texto (Txt2Quit). Véase la página http://www.quit.org.nz/txt2quit/page/txt2quit_5.php.

Los orientadores que operan los teléfonos reciben una capacitación de dos semanas en aulas, seguida de un período de entrenamiento de uno en uno y capacitación avanzada durante tres a seis meses. Hay entre 30 y 45 orientadores disponibles para atender las llamadas de 8.00 a 21.30 horas, seis días por semana.

Paso 5. *Determinar la variedad de servicios* y las tasas de utilización deseadas o probables (véase la sección 5, *Variedad de servicios*), y también si se desea que en la línea telefónica de ayuda aumente el uso de la orientación solamente, de medicación solamente, o de ambos elementos simultáneamente.

Paso 6. *Determinar estrategias para crear la demanda* de líneas telefónicas de ayuda, teniendo en cuenta de qué manera pueden afectar su papel y sus resultados las distintas estrategias (para más información véase la sección 6, *Creación de la demanda de servicios*).

Paso 7. *Determinar qué patrocinadores pueden financiar y supervisar la línea.*

- 1. Realizar un cálculo** de la escala de financiamiento apropiado para la función que debe desempeñar la línea telefónica de ayuda, en el marco general del programa de control del tabaco.
- 2. Individualizar una fuente de financiamiento fiable** (nota: las líneas telefónicas de ayuda existentes, que no tienen el financiamiento suficiente para alcanzar plenamente sus objetivos, deben examinar periódicamente las posibilidades de encontrar otras fuentes de financiamiento que todavía no se hayan explotado).
- 3. Elaborar un presupuesto de puesta en funcionamiento y otro de operación.**

Es muy importante tener claro cuál será el costo de prestar los servicios de la línea de ayuda y cuánto dinero es posible obtener de diversas fuentes para costearlos (véase la sección 4, *Financiamiento*).

Pueden existir fuentes de financiamiento que no sean evidentes a primera vista. Es preciso buscar fuentes que no sean el presupuesto existente para las actividades de control del tabaco, como nuevos impuestos, reembolsos de los servicios de atención de salud y otros programas gubernamentales de salud pública.

Paso 8. *Definir un plan de gestión de proyectos* para la ejecución. Establecer una línea telefónica de ayuda sólida es un emprendimiento complejo. Hay más probabilidades de tener éxito a largo plazo si se adopta un enfoque sistemático para coordinar los diversos elementos necesarios para poner en funcionamiento el servicio. Esto incluye definir las normas mínimas, los hitos fundamentales y las interrelaciones entre elementos, dejar en claro el papel de los que trabajan en el proyecto y un cronograma. Manejar los procesos de creación, puesta en marcha y crecimiento de una línea telefónica de ayuda es tan importante para su éxito como los aspectos concretos de los servicios que se piensa ofrecer (para más información sobre la forma en que puede utilizarse la gestión de proyectos para simplificar el establecimiento de un línea y asegurar su éxito véase el apéndice 2).

Paso 9. *Determinar qué organización prestará los servicios.* Es preciso abordar este tema con espíritu creativo y en forma sistemática para estar seguro de haber elegido el mejor grupo posible para prestar los servicios. Más allá de que el operador pueda ser una de tantas dependencias gubernamentales, una organización no gubernamental o una empresa privada, hay que considerar la posibilidad de crear un proceso competitivo para seleccionar a un operador de la línea telefónica de ayuda y un contratista de medios de difusión y promoción.

Considere la posibilidad de realizar un proceso de licitación competitivo (para una muestra del formulario de pedido de propuesta, véase el apéndice 3).

Haga contratos con los proveedores seleccionados para la prestación de los servicios.

Vigile cuidadosamente el cumplimiento de los contratos para controlar que se cumplan con las normas y los plazos.

Paso 10. *Determine quién es responsable de asegurar el éxito de la línea de ayuda,* incluidos su éxito operativo y estratégico para cumplir su cometido en el marco de las iniciativas más amplias de control del tabaco (véase el recuadro 4).

3.2 Modelos y estructura operativa de las líneas telefónicas de ayuda

En esta sección se examinan varios enfoques distintos para establecer una línea telefónica de ayuda, incluidas sus ventajas y desventajas. También se formulan recomendaciones adicionales para su dirección y operación.

3.2.1 Modelos

Se han creado y operado líneas telefónicas de ayuda, tanto como parte de un servicio más amplio (como sería el caso de una línea telefónica de asistencia urgente relacionada con la salud) y como un servicio unitario relacionado específicamente con el tema del tabaco.

3.2.1.1 Líneas telefónicas de ayuda como parte de un servicio más amplio

Algunas líneas de ayuda están incorporadas a un centro de llamadas que está prestando otros servicios, como los centros de llamada administrados por el gobierno para servicios de salud más amplios o los centros de llamadas privados, que ofrecen una amplia gama de servicios a los compradores (véase el recuadro 6). Este modelo permite que las líneas telefónicas de ayuda aprovechen las economías de escala y la infraestructura existente.

Recuadro 6. Ejemplo de caso: Essentiagroup, Reino Unido

El Essentiagroup, una de las organizaciones que ofrece servicios de líneas telefónicas de ayuda en el Reino Unido, presta múltiples servicios desde un gran centro de llamadas ubicado en Glasgow, Escocia. Además de prestar servicios a los consumidores de tabaco, también proporciona asistencia de salud integral a través de contratos con la Central Office of Information, Department of Health y el gobierno escocés, así como servicios sociales que no tienen relación con la salud, como la Home Heat Helpline, que ayuda a los que tienen problemas para pagar sus cuentas de calefacción y Skills Development Scotland, que informa a las personas sobre las oportunidades de educación y capacitación.

Pueden capacitar a las personas para trabajar en todas estas líneas del servicio, facilitando el manejo cuando se producen aumentos y disminuciones en el volumen de llamadas y el desarrollo de una capacitación y de sistemas de garantía de la calidad sólidos. Debido al gran volumen de llamadas, esas líneas pueden costear equipos de telefonía y sistemas informáticos más complejos.

Este modelo enfrenta dificultades cuando las líneas telefónicas de ayuda están incorporadas a centros de llamadas u organizaciones de servicios más grandes pues corren ciertos riesgos de desempeñar un papel subordinado a las necesidades de la organización más grande o el organismo contratante más importante. Pueden existir presiones para que la línea telefónica de ayuda se ajuste a la metodología de trabajo de otros servicios. Por ejemplo, si la línea telefónica de ayuda está incorporada a un centro de información y derivación que tiene volúmenes muy grandes de llamadas, un tiempo muy breve para la comunicación y una falta total de seguimiento, puede haber presiones para aplicar este tipo de modelo de manejo de llamadas a las de la línea telefónica de ayuda para abandonar el tabaco. Esta dificultad puede moderarse logrando que los directivos superiores de la organización más grande comprendan claramente la peculiaridad de las necesidades y las características de la prestación de los servicios de líneas telefónicas de ayuda.

3.2.1.2 Líneas telefónicas de ayuda como servicio unitario relacionado exclusivamente con el abandono del tabaco

En vista de los retos asociados con la inclusión de líneas telefónicas de ayuda en servicios más amplios, algunas de estas líneas operan como servicios separados, centrándose por completo en el tema del tabaco. La mayor dificultad de este enfoque, especialmente al principio, es que los costos de infraestructura de establecer y operar un centro de llamadas son significativos (véase el recuadro 7).

Recuadro 7. Ejemplo de caso: Group Health Cooperative, Estados Unidos

Group Health Cooperative, un gran sistema de salud integrado de los Estados Unidos, operaba una línea telefónica de ayuda para sus miembros y algunos estados. La línea telefónica de ayuda dependía de otros recursos, también empleados por otros grupos del sistema de salud, como la tecnología de centro de llamadas que prestaba servicios a una gran línea de ayuda de enfermería. La mayor infraestructura fue invaluable durante las etapas de iniciación y de crecimiento de la línea de ayuda. La unidad que proporcionaba los servicios de línea telefónica de ayuda se benefició significativamente de la existencia de los sistemas de telefonía, el apoyo informático, los servicios jurídicos y de contratación, así como del personal clínico y el apoyo de gestión y la experiencia en el sistema de salud.

Sin embargo, a medida que creció el servicio comprobaron que era muy difícil lograr que se diera prioridad a algunas de sus necesidades. Por ejemplo, fue difícil convencer a los directivos del centro de llamadas más grande que cambiaran las reglas que determinaban la forma de encaminar las llamadas de diversos números y el tipo de mensajes que se daban, aunque esto era fundamental para la línea telefónica de ayuda. Los otros usuarios del sistema no necesitaban cambiar rápidamente estas reglas, y sus necesidades tenían una prioridad mayor. Además, el sistema de contabilidad creado para apoyar a los consultorios de atención de salud no era adecuado para los tipos de contratos que utilizaba la línea de ayuda. En última instancia este tipo de factores llevaron a una separación administrativa amistosa de Group Health y la creación de otro centro de llamadas (Free & Clear).

Desde esta separación administrativa, Group Health Cooperative ha sido un cliente valorado de Free & Clear. Ambas partes han mantenido una alianza activa que ha brindado la mejor atención posible a los miembros de los servicios de ayuda para abandonar el tabaco de Group Health Cooperative.

3.2.1.3 ¿Servicios de líneas telefónicas de ayuda nacionales o de los estados o provincias?

La mayoría de los países pequeños y medianos han creado líneas telefónicas de ayuda que operan a nivel nacional. Otros, como Australia, el Canadá y los Estados Unidos utilizan líneas telefónicas de ayuda regionales o de los estados o provincias. Algunos tienen modelos híbridos.

Entre las ventajas de prestar un servicio nacional cabe mencionar que: i) solo es necesario crear y mantener una única infraestructura de centro de llamadas; ii) se garantiza el acceso a los mismos servicios en todo el país, y iii) resulta más fácil coordinar y llevar a cabo campañas de promoción de las líneas telefónicas de ayuda a través de los medios de difusión nacionales.

Algunas de las ventajas de prestar servicios a nivel de estado o provincia son las siguientes: i) una capacidad mayor para adaptar los servicios a las necesidades de la población de una zona geográfica determinada; ii) mayor conocimiento de los recursos locales, como la atención de salud y otros programas del estado, y una relación más estrecha con ellos, y iii) una mayor diversidad de los servicios, lo que puede permitir experimentar con ellos.

Algunos países, como los Estados Unidos, han creado modelos híbridos en los que cada estado o provincia es responsable de sus propios servicios de líneas telefónicas de ayuda, pero el gobierno nacional ayuda a solventar algunos de los gastos, ejerce mucha presión sobre los estados para que pongan en funcionamiento servicios de líneas telefónicas de ayuda, aporta un número telefónico centralizado y promueve la colaboración entre estados en relación con la calidad y la investigación.

La idoneidad del modelo depende de las características del país que esté analizando la posibilidad de establecer líneas telefónicas de ayuda.

3.2.2 Gestión de las líneas telefónicas de ayuda

3.2.2.1 Subcontratación de las líneas telefónicas de ayuda

Los organismos gubernamentales (u otras entidades) que patrocinan una línea telefónica de ayuda a veces eligen externalizar (subcontratar) la prestación del servicio a un proveedor de servicios externo. Aunque esto significa que el organismo que patrocina o financia el programa pierde parte del control directo, algunas de las ventajas potenciales de los servicios de contratación externa de las líneas telefónicas de ayuda son las siguientes:

- Tienen conocimientos especializados e infraestructura para los centros de llamadas complejos;
- Poseen conocimientos especializados sobre orientación clínica;
- El proveedor del servicio asume parte del riesgo financiero resultante de la variabilidad de los volúmenes de llamadas;
- Puede ser que ya se hayan pagado los gastos de puesta en marcha, y
- La facilidad con que pueden realizarse ampliaciones y contrataciones.

Entre las situaciones en las que el organismo patrocinador opera directamente la línea telefónica de ayuda (véase el recuadro 8) cabe mencionar:

- El organismo patrocinador tiene su propia capacidad en materia de centros de llamadas, como cuando el ente que financia la línea de ayuda ya opera un centro de llamadas para servicios de salud mental;
- El organismo patrocinador ya posee competencia técnica sobre el tratamiento de la adicción al tabaco, y
- El control directo de las operaciones de la línea telefónica de ayuda por el organismo que la financia es un requisito importante de carácter político o cultural.

Recuadro 8: Ejemplo: el organismo patrocinador opera una línea telefónica de ayuda

Un organismo gubernamental, con una población potencial de medio millón de fumadores, ha recibido autorización para poner en funcionamiento una línea telefónica de ayuda con una pequeña subvención para la puesta en marcha pero sin un presupuesto real para su funcionamiento. La dirección del organismo está muy decidida a tratar de lograrlo "si lo podemos hacer funcionar con el personal y los recursos que tenemos". Tiene la esperanza de que si pueden indicar que el proyecto funciona quizás en uno o dos años haya más fondos para ampliarlo. Ya operaban una línea telefónica de emergencia en todo el país para atender a suicidas, alcohólicos y personas infectadas con el VIH, con una dotación de 10 orientadores telefónicos. Hay capacidad excedente en la línea telefónica y varias personas que pertenecen al organismo ya han llevado a cabo tareas de orientación sobre el tabaco en un dispensario. En ese contexto tenía sentido para el organismo comenzar a prestar el servicio por sus propios medios. Cuidaron de que los orientadores telefónicos que brindarían orientación en la línea telefónica de ayuda concurrieran a un curso de capacitación sobre este tema durante una semana, organizado por una línea de ayuda de un país vecino, y obtuvieron protocolos que apoyaran la capacitación. A medida que el servicio crece puede revisar su decisión.

Las situaciones en las que tiene sentido la contratación externa (véase el recuadro 9) incluyen:

- Que se prevé un gran volumen de llamadas;

- Que se prevé una variabilidad importante en el volumen de llamadas (es complejo dotar adecuadamente de personal una línea de ayuda que tenga amplias fluctuaciones en los volúmenes de llamadas);
- Que el organismo responsable no tiene conocimientos especializados para operar un centro de llamadas, tanto en el aspecto técnico como en el de personal;
- Que el organismo no posee conocimientos especializados sobre cómo realizar la orientación, y;
- Que la contratación externa de los servicios es un requisito importante de carácter político o cultural.

Recuadro 9. Ejemplo: contratación externa en los Estados Unidos

Cada uno de los estados de los Estados Unidos tiene su propia línea telefónica de ayuda, patrocinada y financiada por el estado. Muchas líneas de ayuda de los estados manejan docenas de llamadas por día y, durante las campañas de los medios de difusión de comunicación, las llamadas pueden llegar a los centenares. Las líneas telefónicas de ayuda son sumamente visibles políticamente y el servicio y la calidad clínica son fundamentales para garantizar que el financiamiento se mantenga. Hoy día la mayoría de los departamentos de salud subcontratan la operación de sus líneas telefónicas de ayuda a proveedores del servicio, que comprenden desde universidades estatales y centros de llamada de hospitales hasta empresas privadas de líneas telefónicas de ayuda u otros organismos sin fines de lucro. Algunos proveedores prestan servicios a un único estado y otros los prestan a varios estados simultáneamente (McAfee, 2007).

3.2.2.2 ¿Quiénes prestan el servicio?

Las líneas pueden ser operadas por una amplia gama de proveedores, como las universidades, las instituciones de atención de salud, las organizaciones gubernamentales y las organizaciones filantrópicas, y también las empresas privadas. Para información sobre algunas de las características de estos proveedores véase el cuadro 1.

Cuadro 1. Argumentos en favor y en contra de las instituciones que prestan servicios de líneas telefónicas de ayuda

TIPO DE INSTITUCIÓN	A FAVOR	EN CONTRA
Universidades	Gran capacidad de investigación y evaluación, acceso a conocimientos especializados sobre orientación	Menos incentivos para ampliar el servicio; burocracias complejas
Atención de salud	Conocimientos especializados en atención clínica, utilizados para ayudar a gran número de personas	Modelo "médico" y no de salud pública
Gubernamental	Quien aporta los fondos supervisa directamente la prestación	La menor competencia puede reducir la eficiencia
Filantropía	Menos limitaciones en la naturaleza del servicio	Es poco probable que tenga conocimientos especializados en la prestación de servicios complejos
Empresas privadas	Niveles elevados de servicios, incentivos para aumentar el uso, flexibilidad	El deseo de lucro puede interponerse con las metas de salud pública, a menos que los incentivos sean los adecuados

3.2.3 Problemas operativos

La prestación de servicios de línea telefónica de ayuda tiene varias dificultades importantes que se han podido resolver con buenos resultados en entornos muy distintos de todo el mundo.

- a. Protocolos de inscripción como usuario. ¿Cómo se inscriben las personas que llaman? ¿Qué datos deben obtenerse para apoyar la operación, así como cualquier otro dato para apoyar la evaluación o la investigación clínica?
- b. Protocolos de orientación. ¿Cómo decidir qué hacer?
- c. Calidad del servicio. ¿Cómo se controla que lo que se desea que suceda en realidad sucede?
- d. Horario de atención, espacio de oficinas, tecnología (necesidades en materia de telefonía e informática).
- e. Dotación de personal y planificación. ¿Cómo asegurarse de tener el número suficiente de personas en el momento adecuado y con las aptitudes necesarias para manejar el volumen normal de llamadas y cómo manejar eficientemente las fluctuaciones de la demanda?
- f. Contratación y capacitación.
- g. Gestión del flujo de trabajo.
- h. Presentación de informes.

A continuación se analiza cada uno de estos problemas con cierto detalle.

3.2.3.1 *Desarrollo, prueba y aplicación de protocolos nuevos y revisados*

- Una vez que se ha decidido crear una línea telefónica de ayuda es necesario decidir lo que, en teoría, experimentará cada usuario: qué tipo de orientación brindará el programa; cómo se estructurará (escalonamiento, frecuencia e intensidad de la orientación); qué resultado se espera de cada interacción, y qué datos deben registrarse para cada interacción.

Los protocolos de orientación telefónica son las expectativas y directrices que conforman lo que ocurrirá en cada interacción. También ayudan a estructurar la capacitación y los procedimientos de garantía de la calidad.

3.2.3.1.1 *¿Qué es un protocolo?*

Los protocolos describen lo que se espera que suceda cuando un usuario llame a la línea telefónica de ayuda. En esto puede hacerse referencia a la gran diversidad de aspectos de la comunicación telefónica.

- ¿Cómo debe responderse la llamada?
- ¿Cuáles son las preguntas que deben formularse al principio?
- ¿Qué datos deben registrarse?
- ¿Qué reglas de triaje deben emplearse en con respecto a los tipos de servicio que se ofrecerán?
- ¿Cuáles son los elementos de la orientación?
- Otras funciones que debe cumplir la llamada, como la realización de derivaciones, el suministro de medicamentos, el acceso a información a través de la internet y el ofrecimientos de estudios.
- ¿Cómo poner fin a una llamada?

- ¿Cuáles son las reglas para el seguimiento? Por ejemplo, ofrecer llamar al usuario en el futuro, escalonamiento de las llamadas, métodos que deberá utilizarse para los contactos futuros (citas, llamadas por la línea telefónica de ayuda, llamadas de los usuarios, etc.) o contenido de las futuras llamadas.

Algunos elementos deben ser muy concretos, como el tipo de datos que habría que registrar, mientras que otros deben ser más generales, como el orden de los elementos de la orientación.

¿Cuál es la mejor manera en que un país que recién pone en marcha una línea telefónica de ayuda pueda desarrollar protocolos para este servicio? La creación de protocolos detallados para una línea telefónica de ayuda puede ser muy lenta, exigir mucho esfuerzo y evolucionará en función del tiempo con la experiencia. La primera decisión es si un país desea desarrollar protocolos estructurados de orientación de cero, o ubicar y adaptar protocolos ordinarios existentes.

En el apéndice 4 figura en ejemplo de un protocolo de alto nivel, con información sobre cómo obtener datos más detallados. Muchas líneas telefónicas de ayuda existentes están dispuestas a ofrecer orientación sobre el diseño de protocolos.

3.2.3.1.2 *Cómo probar y revisar los protocolos*

Las líneas telefónicas de ayuda deben establecer procedimientos explícitos para encontrar e incorporar nuevas estrategias de orientación. Las nuevas ideas pueden surgir de: el personal, sobre la base de su experiencia; la participación en conferencias científicas; la revisión permanente de la bibliografía; un examen riguroso de la propia experiencia, y consultas con expertos ajenos al servicio. La cooperación entre consorcios regionales de líneas telefónicas de ayuda, a través del intercambio de conocimientos especializados y experiencias, es cada vez mayor. Resulta importante explorar nuevas ideas para determinar si encajan en el marco existente, y establecer cómo podrían mejorar el funcionamiento de la línea telefónica de ayuda e incorporarlas a los programas de capacitación. Pueden aplicarse criterios concretos para probar y revisar los protocolos.

- ¿Hay datos probatorios de que el nuevo enfoque mejorará las tasas de abandono del tabaco, la satisfacción de los usuarios o el alcance de la línea telefónica de ayuda?
- ¿Puede aplicarse el nuevo enfoque sin perturbar el funcionamiento de la línea?
- ¿El nuevo enfoque hará aumentar los gastos de funcionamiento de la línea o mejorar su eficiencia?
- ¿Cómo resulta esta idea si se la compara con otros cambios posibles?

Muchas veces es bueno aplicar nuevos enfoques de manera escalonada en lugar aplicarlos todos al mismo tiempo. Por ejemplo, puede probarse un nuevo método de manejo de las llamadas o de la orientación con un pequeño grupo de orientadores en lugar de hacerlo con todos, siguiendo de cerca su opinión sobre cómo funciona y observando cómo está repercutiendo en el servicio.

Junta consultiva

Muchas líneas telefónicas de ayuda crean una junta consultiva de expertos que ayude a examinar los protocolos y los datos de evaluación, haga sugerencias con respecto a temas y planes clave y, teniendo en cuenta los datos probatorios y su experiencia, formulen recomendaciones sobre cuál debe ser el foco

de atención de la línea en el futuro. La junta consultiva puede estar constituida por académicos que han trabajado en el control del tabaco y el tratamiento de la adicción a este o en temas conexos, personas de otros países con experiencia en líneas telefónicas de ayuda y expertos en materia de políticas (véase el recuadro 10).

Recuadro 10. Ejemplo de caso: funciones de la junta consultiva de una línea telefónica de ayuda

Muchos tipos de organizaciones pueden contar con una junta consultiva. Por ejemplo, en los Estados Unidos los grandes proveedores de servicios muchas veces tienen juntas consultivas. También las tienen muchos departamentos sanitarios de los estados para sus programas de tratamiento de las adicciones al tabaco y otro tanto ocurre con el North American Quitline Consortium (NAQC).

En general, las juntas consultivas se reúnen por lo menos una vez por año, durante un día. A menudo se celebran reuniones complementarias por teleconferencia, y también es posible que se formule a sus miembros alguna breve consulta individual que puede ser, por ejemplo, el examen de algún documento. Es muy importante plantear con claridad qué volumen de trabajo se espera que hagan los miembros de la junta. En algunos casos ser miembro de la junta es algo totalmente voluntario y en otros se les paga un honorario.

Las reuniones de la junta dan sus mejores frutos cuando se planifica cuidadosamente el programa y se hace hincapié en los elementos más importantes que pueden aprenderse de sus miembros, en lugar de exponer solamente lo que está haciendo la línea telefónica de ayuda. Lo ideal es enviar algunos materiales a los miembros de junta para que los examinen antes de la reunión. Los programas deben incluir alguna presentación sobre las actividades de la línea telefónica de ayuda, pero debe preverse tiempo más que suficiente para que los miembros expresen sus opiniones.

“Usuarios secretos”⁵

Un método muy poco usado para detectar problemas en las líneas telefónicas de ayuda es hacer llamar a “usuarios secretos”. Este es un recurso empleado con frecuencia por los centros de llamadas, las tiendas al por menor y los servicios sociales.

Un usuario secreto (o varios) llama a la línea telefónica de ayuda con una “historia” determinada y observa cómo se maneja su caso a medida que se desarrolla. Toma nota minuciosa respecto de como se maneja la llamada (a veces la graba). Por lo general habrá un conjunto de indicadores de calidad a los que prestará especial atención y calificará, lo que sintió como usuario, la calidad de la comunicación establecida con su interlocutor, aspectos concretos de la orientación y la calidad de la derivación y el seguimiento.

En general, se aconseja transparencia cuando se utilizan usuarios secretos a fin de evitar resquemores. Para ello quienes financian la línea pueden informar al prestador del servicio que durante el año habrá llamadas de usuarios secretos o el proveedor del servicio puede informar al personal de que parte de la vigilancia de la garantía de calidad interna consiste en la recepción de llamadas de usuarios secretos.

3.2.3.2 Velar por calidad de servicio

Tener un excelente protocolo es solo el primer paso. Transformar un protocolo en una línea en pleno funcionamiento exige muchos pasos más (véase el cuadro 12 del apéndice 10, *Normas mínimas de*

⁵ Ver nota No. 3

los servicios de la línea telefónica de ayuda de Australia). Un elemento importante del proceso es la implantación de un plan para garantizar y mejorar la calidad de los servicios. Mediante este plan se debe realizar un seguimiento de los elementos mensurables, clínicos y operativos, del servicio (los procesos y los resultados cuantificables importantes), incluyendo tanto los elementos mensurables que medirá la línea telefónica de ayuda como el establecimiento de metas de desempeño (véase el recuadro 11).

Recuadro 11. Ejemplo: elementos mensurables de las líneas telefónicas de ayuda

- Prestar servicios de línea telefónica de ayuda a no menos de 3% de los fumadores por año (nota: para ello es necesario saber cuántos fumadores hay en la población destinataria).
- No menos de 90% de las llamadas a la línea telefónica de ayuda se responden en 30 segundos (es necesario tener un sistema de telefonía que puede proporcionar esta información).
- Una tasa de abandono del tabaco de 30% a los seis meses de las personas que respondan a una encuesta de seguimiento.

La existencia de deficiencias uniformes en el desempeño de cualquier elemento mensurable debe poner en marcha un análisis de causas para determinar por qué no se está alcanzando esa meta.

Como puede resultar abrumador generar los datos de los elementos mensurables y realizar los cálculos estadísticos, es útil seleccionar un número limitado de elementos mensurables básicos para hacer su seguimiento, tratar de que su actualización sea lo más automática posible y estar seguros de que las personas que trabajan en la línea (y el organismo que la financia) reciban y examinen los elementos mensurables de manera sistemática (por ejemplo, mensual o trimestralmente).

La calidad de las llamadas de orientación es uno de los componentes de calidad más importantes. En el apéndice 5 se incluyen procedimientos internos específicos para examinar las llamadas.

3.2.3.3 Horario de atención, necesidades de espacio y tecnología (requisitos en materia de telefonía e informática)

3.2.3.3.1 Horarios de atención

Los horarios de atención de las líneas telefónicas de ayuda en todo el mundo son muy distintos, y van desde unas pocas horas diarias en los días hábiles hasta 24 horas diarias, siete días a la semana, los 365 días del año. La mayoría de las líneas no operan en vivo con esta modalidad a menos que estén incorporadas a un centro de llamadas más grande que ya ofrece ese nivel de servicios. Son muy pocos los consumidores de tabaco que desean o necesitan ayuda a 3.00 de la mañana. Sin embargo, cuanto mayor sea el tiempo en que están disponibles los servicios de orientación más conveniente resulta para los usuarios y tanto más fuerte será la percepción de que la línea está tratando de satisfacer sus necesidades (aunque la ampliación del horario de atención también genera un aumento de costos).

Recomendaciones

- Hay que establecer un horario de atención razonable, teniendo en cuenta los momentos en que es más probable que llamen los usuarios (normalmente a la mañana o en horas vespertinas).
- Indique el horario de atención en los materiales impresos.

- Durante los períodos en los que las llamadas no se responden en vivo, debe haber un mensaje grabado en el que se indique cuáles el horario en que un usuario puede comunicarse personalmente con un orientador. Se debe poder acceder a los mensajes grabados en todo momento. Considere la posibilidad de permitir que los usuarios dejen su nombre y un número para poder llamarlos, pero es preciso garantizar que el personal responda la llamada en un plazo razonable.
- Una vez que se tenga en claro cuáles son los momentos en que se produce el volumen de llamadas, la línea telefónica de ayuda debe mantenerse abierta durante las horas de máximo tráfico de llamadas.
- La línea debe atender en vivo durante no menos de ocho horas, cinco días por semana. Lo ideal sería que los horarios fueran más amplios.
- Debe considerarse la posibilidad de que el personal trabaje durante las horas en que la mayoría de los usuarios pueden llamar desde su trabajo o desde el hogar, es decir, de 8.00 a 19.00 horas.

En Australia, el método consiste en usar un servicio de distribución de llamadas para la mayoría de los estados. Un centro de llamadas nacional comercial responde a todas las llamadas y luego las deriva a un proveedor del estado para que brinde orientación al usuario o le envíe un estuche con material para ayudarlo a abandonar el tabaco. Esta metodología ha resultado útil durante los períodos de gran volumen de llamadas y para recibir mensajes fuera del horario de atención.

3.2.3.3.2 *Necesidades de espacio*

El servicio debe funcionar en un lugar seguro, que cumpla con las normas pertinentes de salud y seguridad ocupacionales.

El ambiente del centro de llamada debe instalarse de modo tal que:

- Los orientadores puedan conversar y escuchar a los usuarios sin un ruido ambiente excesivo;
- Prevea la necesidad de mantener la confidencialidad de los registros escritos e informáticos, y
- Tenga en cuenta la posibilidad de que aumente el personal.

3.2.3.3.3 *Necesidades en materia de telefonía*

Las líneas telefónicas de ayuda que manejan un volumen significativo de llamadas necesitan contar con distintos tipos de tecnología de centros de llamada para funcionar eficientemente. Es importante contar con las siguientes funciones:

- Una central privada conectada a la red pública. Esta incluye un servidor de comunicaciones que puede estar conectado a centenares de teléfonos simultáneamente. Las líneas de ayuda que forman parte de una gran organización que cuenta con un sistema telefónico generalmente pueden integrarse a ese sistema (CDC, 2004);
- Colas de llamadas en espera y encaminamiento. El sistema telefónico tiene que poder manejar un gran número de llamadas simultáneamente, lo que incluye respetar reglas sobre las prioridades y el encaminamiento de llamadas de distintas zonas o números. Algunas de estas funciones y otras similares se manejan mediante un distribuidor de llamadas automático que puede programarse para seguir reglas complejas que determinan quién recibe qué tipos de llamadas;
- Líneas telefónicas capaces de manejar grandes volúmenes de llamadas. Hay distintos tipos de líneas telefónicas con diferentes capacidades. Para una línea telefónica de ayuda con grandes

volúmenes de llamadas, las líneas de alta velocidad, como las T1, también permiten lograr tarifas de larga distancia mucho menores (Anderson y Zhu, 2000);

- Vigilancia en tiempo real. El software puede mostrar las cosas que suceden en el centro de llamada, como el número de llamadas en espera y el número de orientadores que están al teléfono. Esto permite adoptar decisiones sobre la dotación de personal y sobre el encaminamiento de las llamadas para garantizar la calidad del servicio;
- Preparación de informes sobre la capacidad. El software puede generar informes de seguimiento de elementos importantes, tanto a nivel de centro de llamada como de orientador individual. Por ejemplo, se puede realizar un seguimiento de los elementos mensurables de la productividad de cada uno de los orientadores individuales, como el tiempo dedicado a las llamadas en vivo y el número de llamadas. Las estadísticas, como las tasas de abandono del tabaco, también puede generarse en el centro de llamadas;
- Seguimiento de las llamadas. La posibilidad de realizar un seguimiento de las llamadas exige realizar exámenes de calidad así como prestar apoyo a los orientadores en las situaciones de crisis.

3.2.3.3.4 *Requisitos del sistema informático*

A menos que la línea telefónica tenga un volumen de llamadas muy pequeño, sería conveniente que cuente con un sistema de computación para ayudar con los procesos de recepción de llamadas y de orientación, así como con la recopilación de datos y la generación de informes. En muchas líneas de ayuda se crea un tipo de "interfaz de usuarios" a través de la cual se le da indicaciones al personal de recepción de llamadas y el de orientación respecto de las preguntas que deben hacer y algún apoyo para la intervención de orientación. Luego, el sistema de computación puede hacer los análisis y generar informes automatizados usando un software especial para preparar informes. Lamentablemente, actualmente no hay ninguna aplicación de software compartido que realice estos servicios específicos para nuevas líneas telefónicas de ayuda. La mayoría de ellas emplean programas de computación básicos comunes, como SQL Server de Microsoft para crear sus sistemas, pero han invertido en programación para crear soluciones adaptadas a sus necesidades.

Las líneas telefónicas de ayuda tienen gran cantidad de información sobre las personas. A medida que se van creando estas líneas deben desarrollarse cuidadosamente políticas sobre el almacenamiento computadorizado de datos de usuarios y de la capacitación del personal, a fin de garantizar que se mantenga el derecho a la privacidad de los usuarios.

3.3 Supervisión de la dotación de personal y de los contratos

3.3.1 Dotación de personal

En muchos casos, el organismo que patrocina y financia la línea telefónica de ayuda externalizará la prestación de los servicios. En este caso, los detalles de las operaciones, la capacitación y la dotación de personal pueden ser responsabilidad del operador, mientras que la del organismo patrocinador será fundamentalmente establecer las metas, crear el contrato, elegir el operador y vigilar los procesos y los resultados. Sin embargo, aunque el lector sea el funcionario de una dependencia gubernamental

encargado de contratar los servicios, es importante que esté al tanto de cómo debe ser la dotación de un servicio de línea telefónica de ayuda de gran calidad a fin de supervisar la calidad del servicio que se presta. A continuación se explican qué consideraciones deben tenerse en cuenta en relación con la dotación de personal.

- Definir y documentar con claridad las responsabilidades, funciones, derechos y responsabilidades del personal;
- El tamaño de la dotación de personal depende del número de líneas disponible, el horario de atención, la demanda prevista teniendo en cuenta las promociones y las derivaciones y el tamaño de la población que fuma. Cuando se crea una nueva línea de ayuda puede estar integrada por tan sólo dos funcionarios (orientadores que reciban las llamadas y brinden orientación). Algunas líneas telefónicas de ayuda que funcionan en los países más grandes o en varias regiones, emplean a cientos de personas. Existen herramientas básicas que puede ser bajadas gratuitamente de la internet y que ayudan a calcular la dotación de personal necesaria tomando como base determinadas hipótesis básicas (véanse las calculadoras de Erlang C en: <http://www.erlang.com/calculator/erlc/>);
- Una línea telefónica de ayuda desarrollada puede necesitar que su personal posea diversas aptitudes (Anderson y Zhu, 2000):
 - un recepcionista y asistente administrativo;
 - personal de recepción de llamadas. Si los servicios de la línea telefónica de ayuda para abandonar el tabaco forman parte de una línea telefónica de asistencia urgente más amplia, las diversas líneas puede compartir el personal de recepción de llamadas. En algunas líneas se pide a los orientadores que desempeñen funciones de recepción, algo que puede funcionar bien en determinadas circunstancias, pero es exigente debido al tiempo adicional que deben dedicar a cada usuario si los volúmenes de llamadas son altos o variables;
 - orientadores capacitados: orientadores capacitados específicamente para ayudar a abandonar el tabaco;
 - personal de supervisión y un gerente de la red para vigilar y supervisar a los orientadores, y
 - un director de la línea de ayuda (gerente de operaciones);
- Las líneas telefónicas de ayuda más grandes o las que tienen programas ambiciosos encaminados a aumentar el alcance, la calidad o las actividades de investigación también pueden tener:
 - orientadores clínicos (es decir, psicólogo o médicos) para capacitar o mejorar la base de aptitudes de la línea;
 - un gerente de evaluación para supervisar la gestión de datos, el análisis y la presentación de informes;
 - gerentes de servicios a los usuarios que trabaje con las instituciones contratadas para prestar los servicios;
 - un gerente de calidad de llamadas, y
 - un gerente de capacitación.
- Criterios de empleo (contratación). Se deberían desarrollar políticas y procedimientos de selección para cada una de las categorías de personal. También se debe prestar especial atención a las aptitudes profesionales de los orientadores:

- deben excluirse a quienes sigan consumiendo tabaco. Para alguien que sigue fumando es demasiado complicado aconsejar a otros de manera fiable y coherente cómo abandonar el tabaco. La mayoría de las líneas telefónicas de ayuda exigen que los orientadores no hayan consumido tabaco por lo menos en los últimos seis meses a dos años;
- se considerará muy valioso tener experiencia en actividades de orientación o aptitudes naturales en este aspecto. La entrevista de trabajo puede incluir un simulacro de orientación para que la persona encargada de las contrataciones tenga una percepción directa de las aptitudes del aspirante, y
- debe determinarse la capacidad de un candidato para ingresar datos simultáneamente con la tarea de orientación.

Algunas líneas telefónicas de ayuda emplean voluntarios o pasantes universitarios que reciben un estipendio mínimo para ayudar a brindar orientación o prestar otros servicios. Pueden ofrecerse como voluntarios estudiantes universitarios que desean adquirir experiencia en actividades de orientación, jubilados y personas que han logrado abandonar el tabaco. Incorporar asistencia de voluntarios o pasantes puede ayudar a bajar los costos de los servicios de las líneas telefónicas de ayuda. Sin embargo, es preciso velar por que los voluntarios estén convencidos de que deben prestar servicios de gran calidad. Para justificar el esfuerzo inicial que debe realizar la línea telefónica de ayuda para capacitar y supervisar adecuadamente a los voluntarios se les deberá exigir que se comprometan a dedicar un tiempo mínimo de servicio por semana o por mes, durante un período mínimo de seis meses o un año. También se les puede asignar tareas menos complejas, como registrar a quienes llaman o realizar breves llamadas de devolución.

3.3.2 Capacitación de orientadores

La capacitación de orientadores es un componente fundamental de la operación de las líneas telefónicas de ayuda. La estructura y duración de las actividades de capacitación depende de la función que deben desempeñar los orientadores, de su experiencia anterior y el apoyo (como las sugerencias que se le den en línea) disponible. En todo el mundo, la capacitación de nuevos orientadores dura entre una y seis semanas. A menos que tengan experiencia significativa previa en actividades similares, o que su papel sea circunscripto (es decir, orientación de apoyo, muy breve, en lugar de orientación propiamente dicha), la capacitación debe durar por lo menos dos semanas. La capacitación de los orientadores debe ser a la vez informativa y práctica. Por ejemplo, los pasantes pueden escuchar las llamadas y escenificar situaciones entre sí. Debe incorporarse a la capacitación actividades de orientación sobre los requisitos de registro, los procedimientos y las normas de confidencialidad de los usuarios y otros aspectos operativos.

Los orientadores recién capacitados deben supervisarse estrechamente durante algún tiempo después de finalizada la capacitación establecida. Para ello deben responder las llamadas iniciales con supervisión en vivo y luego se debe proceder a un examen de las llamadas grabadas (si las hay) y una revisión de los registros.

En los niveles más altos la capacitación debe abordar temas como (CDC, 2004; Banco Mundial, 2004):

- La psicología, epidemiología y biología del consumo de tabaco;
- Los principios generales de la orientación;

- Técnicas eficaces de orientación para motivar y lograr cambios conductuales;
- Estrategias para abandonar el tabaco;
- Orientación en situaciones complicadas;
- Orientación multicultural;
- Practicas de manejo efectivo de casos, incluido el uso de protocolos;
- Problemas de salud relacionados con el consumo y el abandono del tabaco, y
- Conocimientos sobre la medicación de ayuda.

En el apéndice 6 se brinda información detallada sobre los enfoques de capacitación, inclusive un ejemplo de una herramienta de planificación de cursos y una reseña de estos, así como principios de educación de adultos.

3.4 Uso de medicamentos

La tercera recomendación de la OMS sobre la ayuda para abandonar el tabaco es facilitar el “acceso a los tratamientos farmacológicos de bajo costo”. Mediante las líneas telefónicas de ayuda se puede contribuir a cumplir con esta recomendación y estas a su vez pueden verse favorecidas con la incorporación de medicamentos a sus protocolos. Sin embargo, el uso de medicamentos debe sopesarse con cuidado en relación con los costos, la seguridad y las políticas.

Muchas líneas telefónicas de ayuda de Europa y los Estados Unidos, así como de Australia y Nueva Zelandia, suministran algo de medicación a los usuarios de las líneas. La mayoría suministran como mínimo información detallada sobre los mecanismos de acción de los medicamentos, los argumentos a favor y en contra de los diversos tipos de medicamentos, los posibles efectos colaterales y la forma de administrarlos, así como datos sobre donde pueden obtenerse. Algunas líneas proveen medicación para un ciclo completo a todos los usuarios interesados, y a veces la han recibido hasta 80% de los usuarios. Por una cuestión de costos muchas líneas solo suministran medicamentos de venta libre para ciclos más breves (es decir, estuches de iniciación para dos semanas), instando a los usuarios a que adquieran más (o la obtengan en el sistema de salud, si este los cubre). Los medicamentos son enviados directamente a los usuarios a través del correo, o bien los que reúnen las condiciones necesarias reciben cupones de farmacia que luego pueden cambiar por medicamentos gratuitos en una farmacia local.

Algunas líneas telefónicas de ayuda solo suministran todos los medicamentos necesarios a las poblaciones que revisten especial interés para el sistema de salud pública, como las personas de bajos recursos económicos o quienes no tienen acceso a un seguro de enfermedad. Debido a una cuestión de costos y para evitar el derroche, en general las líneas de ayuda solo suministran medicamentos a los usuarios que hacen planes para abandonar el tabaco en los 30 días siguientes. Algunas solo suministran medicamentos durante campañas breves, de duración limitada, es decir, durante uno a tres meses, principalmente con el objeto de aumentar los intentos por abandonar el tabaco y las llamadas a la línea (véase el recuadro 11). Los responsables de líneas que estén considerando la posibilidad de suministrar un ciclo completo de medicación (por ejemplo, parches de nicotina para ocho semanas), deberían pensar si deben entregar toda la medicación junta o suministrar la necesaria para las cuatro

primeras semanas y luego condicionar la segunda entrega a la realización de una llamada posterior de orientación.

Puede ser que el uso de medicación por parte de una línea telefónica de ayuda sea impracticable o inapropiado, especialmente en algunos países en desarrollo o en transición por alguno de los siguientes motivos:

- Puede ser que los medicamentos sean más caros que la orientación, ya que los costos laborales son inferiores en esos países;
- Quizá estos medicamentos no puedan conseguirse en todos estos países;
- Aunque se puedan conseguir, puede ocurrir que las normas prohíban todo tipo de distribución asociada con una línea telefónica de ayuda, y
- El uso de medicamentos puede ser menos apropiado desde un punto de vista cultural.

Sin embargo, la incorporación del uso de medicamentos al contexto de las líneas telefónicas de ayuda tiene varios beneficios adicionales que vale la pena considerar:

- El saber que puede obtenerse medicación gratuita a través de una *línea* de ayuda, aun en pequeñas cantidades, ha resultado ser una notable herramienta de promoción (véase la sección 6.2, *Promoción de los servicios de líneas telefónicas de ayuda*) y puede ser eficaz en función de los costos;
- La posibilidad de obtener la medicación puede aumentar el interés de un proveedor de asistencia sanitaria de derivar a los pacientes a una línea telefónica de ayuda;
- Hay abundantes datos probatorios que indican que la medicación suministrada a través de una línea de ayuda, tanto la de venta libre como la de venta con receta, aumenta las tasas de abandono en comparación con las líneas que solo emplean la orientación (Hollis et al., 2007; Swan et al., 2003; Cummings et al., 2006);
- Otros datos probatorios fehacientes indican que si los orientadores de la línea telefónica de ayuda transmiten breves instrucciones sobre el uso adecuado de la medicación, junto con asistencia respecto de sus efectos colaterales, estimulan la adhesión al tratamiento y al mismo tiempo brindan apoyo conductual, se incrementan las tasas de abandono si se compara con las líneas que solo emplean medicación (Fiore et al., 2008). Esto podría ser importante puesto que en la práctica la mayor parte de la medicación para ayudar a abandonar el tabaco se utiliza en entornos con mucho menos instrucción y apoyo que en las pruebas realizadas para demostrar su eficacia.

A continuación se enumeran las preguntas más frecuentes formuladas en las líneas telefónicas de ayuda sobre el uso de medicamentos:

- ¿Su uso es legal? Hay muchas diferencias entre los países respecto de lo que se permite en materia de suministro de medicación. Su viabilidad dependerá del estatuto de los medicamentos de ayuda para dejar de fumar (es decir, si son de venta libre o no) y de las leyes y reglamentos relativas al envío por correo, a través de límites geográficos, etc.;
- ¿Su uso es seguro? Sí, cuando se utilizan de conformidad con protocolos elaborados cuidadosamente y con apoyo médico. Cientos de miles de personas han recibido medicamentos para dejar de fumar en forma segura a través de las líneas telefónicas de ayuda;

- ¿Cuáles son los riesgos? Es un hecho ampliamente reconocido que el tratamiento de sustitución con nicotina es muy seguro y en muchos países es de venta libre. Sin embargo, los protocolos tienen que abordar cuestiones que son motivo de preocupación, como el embarazo, los infartos de miocardio recientes, o los antecedentes de reacciones alérgicas graves. La administración de los medicamentos de venta con receta es más compleja. Si se ofrecen, deben administrarse con la supervisión médica establecida en las normas de los países. Además, se recomienda un apoyo constante para determinar si se producen efectos colaterales, poco frecuentes, pero potencialmente graves. Hay varias maneras de lograrlo. Por lo general se pide al usuario que obtenga una prescripción antes de entregarle un cupón o la medicación;
- ¿Las personas lo usarán realmente? ¿Qué sucede con el despilfarro y la reventa? Si se han tomado las decisiones con un apoyo y una orientación adecuados por parte de orientadores telefónicos bien capacitados, la mayoría de las personas pueden utilizar la medicación suministrada. Puede capacitarse a los orientadores para que examinen soluciones sencillas cuando los usuarios interrumpen el uso de la medicación debido a efectos colaterales poco importantes. No hay indicios de que se produzca una reventa generalizada de los medicamentos enviados por las líneas telefónicas de ayuda. Sin embargo, es necesario implantar sistemas para vigilar que ello no ocurra (por ejemplo, una verificación cruzada para determinar si se produjeron envíos a la misma dirección).

3.4.1 Implicancias para la capacitación de los orientadores

Todos los orientadores de las líneas telefónicas de ayuda deben recibir capacitación sobre las alternativas de farmacoterapia basadas en datos probatorios. Deben poder prestar apoyo básico a las decisiones explicando cómo actúa cada medicamento disponible en el país, los argumentos a favor y en contra del uso de cada uno de ellos, cómo usarlos correctamente y resolver los efectos colaterales poco importantes. Los usuarios que presentan trastornos médicos graves pueden ser derivados a sus proveedores de asistencia sanitaria para que decidan si existen riesgos importantes asociados con el uso de una medicación determinada (véase la sección 3.3.2, *Capacitación de orientadores*).

3.4.2 Apoyo a los orientadores

Los protocolos de tratamiento, incluido el apoyo a las decisiones relativas a los medicamentos para abandonar el tabaco, deben prepararse minuciosamente de antemano para garantizar la seguridad de los usuarios y reducir los riesgos de la línea telefónica de ayuda. En el protocolo se pueden describir las afecciones y los medicamentos que pueden impedir que la línea de ayuda suministre una medicación determinada. Con fines de control de calidad se puede entregar a los orientadores instrucciones sobre el uso y los posibles efectos colaterales (véase el recuadro 12).

Recuadro 12. Ejemplo de caso: campaña de tratamiento de sustitución con nicotina gratuito en el estado de Oregón, Estados Unidos

En el 2005, el estado de Oregón (Estados Unidos), realizó una campaña en la que ofrecía un tratamiento de sustitución con nicotina de tres meses (parches o chicle) a cualquier persona que llamara a la línea telefónica de ayuda. No se hizo ninguna promoción paga en los medios de difusión, pero la prensa local cubrió el suceso. La línea también alentó la promoción boca a boca incluyendo en los envíos a los usuarios tarjetas con el texto "Díselo a un amigo". Los usuarios que tenían seguro de enfermedad podían recibir por correo el tratamiento gratuito para dos semanas. Los usuarios sin seguro se seleccionaron en forma aleatoria y recibieron la medicación para dos u ocho semanas. Se alentó a todos los usuarios que recibían el tratamiento de dos semanas a que adquirieran más medicación (para lo cual también se envió una alcancía de papel para depositar los ahorros logrados al no comprar cigarrillos). Los resultados fueron notables. Se produjo un aumento de 15 veces en las llamadas a la línea de apoyo durante la campaña de tres meses y el número de llamadas se mantuvo elevado durante los meses posteriores. Se observó un incremento importante de las tasas de abandono cuando se compararon las tasas anteriores a la campaña con las tasas registradas durante la misma. Mediante un análisis de eficacia en función de los costos se comprobó que la posibilidad de disponer del tratamiento de sustitución con nicotina fue una manera muy costo-eficaz de promover las llamadas a la línea (Fellows et al., 2007). De las personas sin seguro, las que recibían medicación para el tratamiento de ocho semanas tuvieron más probabilidades de abandonar el tabaco que las que recibieron la medicación para dos semanas (McAfee et al., 2008).

4. Financiamiento

Un paso fundamental para establecer un servicio nacional gratuito de líneas telefónicas de ayuda es encontrar una fuente de financiamiento fiable y obtener fondos suficientemente seguros para que la línea pueda desempeñar el papel propuesto en el programa general de control del tabaco. La experiencia de cada país es distinta, pero cada línea ha bregado por obtener y mantener el financiamiento adecuado.

La mayoría de las líneas telefónicas de ayuda nacionales o provinciales o bien son financiadas totalmente por el gobierno o mediante una combinación de financiamiento gubernamental y no gubernamental.

El financiamiento gubernamental de las líneas puede provenir de distintas fuentes:

- a. Fondos generales de salud pública del ministerio de salud;
- b. Fondos del ministerio de salud para el control del tabaco;
- c. Fondos nacionales o provinciales de los seguros de enfermedad, y
- d. Fondos recaudados mediante impuestos al tabaco (muchas veces distribuidos a través de alguno de los anteriores).

El financiamiento no gubernamental, menos frecuente, puede provenir de:

- a. Fundaciones médicas;
- b. Fideicomisos;
- c. Juntas de las loterías nacionales;
- d. Organizaciones no gubernamentales;
- e. Empresas farmacéuticas;
- f. Empresas privadas;
- g. Empleadores;
- h. Sistemas nacionales y privados de seguros de enfermedad;
- i. Donaciones individuales;
- j. Alianzas entre los sectores público y privado;
- k. Instituciones académicas, y
- l. Pagos de los usuarios por una parte de los servicios.

4.1 Alianzas entre los sectores público y privado

Hay alianzas entre los sectores público y privado cada vez más complejas, que aumentan la amplitud y multiplicidad del financiamiento y los servicios ofrecidos por las líneas telefónicas de ayuda. Algunas líneas patrocinadas por el gobierno se han asociado con los sistemas de salud que aportan o cubren la orientación y la medicación proporcionadas por vía telefónica para que la línea pueda derivar a los usuarios a otros servicios, o prestar el servicio y facturarlo al sistema de salud (CDC, 2004). Como se describe en la sección 7, *Integración de las líneas telefónicas de ayuda a los sistemas de salud*, estos

sistemas también han resultado ser una poderosa fuente de derivaciones, que puede reducir los costos de promoción.

4.2 Financiamiento por parte de los usuarios

Exigir al consumidor de tabaco que pague por la orientación, aunque sea parcialmente, e independientemente del contexto, en general ha resultado ser un obstáculo importante para la utilización de las líneas telefónicas de ayuda, aun en los países de ingresos altos (Curry et al., 1998). Probablemente esto ocurra en mayor medida en los países de bajos ingresos. Se ha logrado un éxito relativo en los casos en que se plantea la posibilidad de compartir el costo de los medicamentos para abandonar el tabaco, y en los que los exconsumidores han estado dispuestos a pagar una parte del costo o a adquirir la medicación necesaria para un nuevo ciclo luego de recibir un "estuche inicial». Sin embargo, aunque los usuarios estén dispuestos a pagar una pequeña suma por los servicios, la recaudación puede resultar una dificultad técnica importante que exige contar con centros de llamadas de mayor complejidad. Esto puede lograrse en los países en los que las transacciones telefónicas con tarjetas de crédito son frecuentes. Pero su administración es compleja a menos que la línea telefónica de ayuda sea operada por un centro de llamadas que ya posee la tecnología y los sistemas para hacerlo. Para los medicamentos, otra alternativa es que la línea de ayuda entregue cupones que puede canjearse en una farmacia por medicamentos para abandonar el tabaco a un precio reducido. Para la orientación otra opción es un acuerdo de pago por minuto, como se hace con algunos otros tipos de servicios de información. Sin embargo, no existen demasiadas dudas de que cualquier medida que exija a la persona que intenta abandonar el tabaco poner dinero de su bolsillo será un obstáculo importante para el uso de las líneas, aunque los cargos básicos del teléfono estén cubiertos.

4.3 Elaboración de un presupuesto

Los presupuestos anuales de las líneas telefónicas de ayuda pueden oscilar entre los miles hasta los millones de dólares de los Estados Unidos. Para elaborar un presupuesto, será necesario calcular cuántas llamadas manejará la línea, definir los tipos de servicios que prestará (es decir, llamadas únicas, llamada múltiples de respuesta, apoyo de medicamentos, envío postal de materiales impresos, etc.) y el costo probable de cada servicio. La prestación de servicios de línea telefónica de ayuda entraña dos categorías de costos.

Los costos de puesta en marcha:

1. planificación y gestión de proyectos;
2. compra de infraestructura de telefonía y de computación (a menos que el servicio se incorpore a un centro de llamadas existente, o se subcontrate);
3. creación o adquisición y modificación de protocolos de orientación, y
4. contratación y capacitación del personal.

Costos de funcionamiento:

- 1.** costos fijos (que existen independientemente del volumen de llamadas);
 - (a.) alquiler de espacio, y
 - (b.) servicios administrativos;
- 2.** costos variables (pueden aumentar o disminuir según el volumen), y
 - (a.) cargos de teléfono, y
 - (b.) promoción (medios de comunicación, extensión, folletos, carteles);
- 3.** costos mixtos (pueden ser fijos o variables, según la estructura);
 - (a.) sueldos del personal de orientación u honorarios de proveedores por la gestión de las llamadas.

Para una línea nueva, una regla empírica es asignar por lo menos un dólar para la operación de la línea para cada dólar que se gaste en promoción. Con el transcurso del tiempo, la cantidad necesaria para la promoción generalmente disminuye notablemente, a medida que aumentan las derivaciones a través del boca a boca, la comunidad y los servicios de atención de salud. La mayoría de las líneas de ayuda pueden calcular que gastarán entre 65% y 80% de su presupuesto operativo en la recepción de llamadas y la orientación.

Lo ideal es que el financiamiento de estos servicios aumente con la demanda. Si la línea de ayuda debe funcionar con un presupuesto fijo, cualquiera sea el volumen, se desalienta a quienes la manejan y a los organismos que la promueven a que intenten aumentar su utilización. Otra consecuencia es que a medida que aumenta la utilización la calidad del servicio disminuye inevitablemente. Algunas líneas de ayuda han logrado que los servicios para algunos o todos los usuarios fueran reembolsados por seguros de enfermedad nacionales o privados. Sin embargo, la mayoría de ellas, especialmente al principio, reciben una suma fija en concepto de financiamiento.

Los organismos que financian las líneas telefónicas de ayuda pueden supeditar el monto del financiamiento a ciertos incentivos que promuevan al logro de objetivos estratégicos definidos. Por ejemplo, si uno de los objetivos estratégicos es aumentar el uso de los servicios de llamadas proactivo, resulta lógico pagar al proveedor del servicio teniendo en cuenta el número de llamadas realizadas. Si, por otro lado, el objetivo es administrar los servicios con un presupuesto fijo para atender el mayor número posible de personas, entonces pagar a un proveedor de servicio una tarifa mensual fija puede ser más apropiado, pues de esta manera se les obliga a derivar las llamadas a niveles de servicio menores o mayores según los volúmenes de llamadas.

5. Variedad de servicios

Es importante para una línea telefónica de ayuda determinar la variedad de servicios que ofrecerá a los usuarios, que tendrán una amplia gama de expectativas y necesidades. Sin embargo, casi siempre los recursos son limitados. Hay muy pocas líneas con fondos suficientes como para brindar cabalmente la asistencia que consideran la más efectiva para todos los usuarios posibles. La mayoría de las líneas acaban por prestar un conjunto de servicios que es una solución de transacción entre los que consideran ideales y los que pueden prestar teniendo en cuenta su presupuesto.

Para establecer la variedad de servicios que ofrecerá una línea telefónica de ayuda determinada será necesario examinar las determinaciones formuladas en el "Paso 4, *Determine las metas de la línea telefónica de ayuda*" [sección 3.1, *Diez pasos para establecer un servicio nacional de línea telefónica de ayuda*]. ¿Qué reveló la evaluación de las necesidades de la población? ¿Cuáles son las metas de la línea telefónica de ayuda considerando su ubicación en el marco de las iniciativas existentes y previstas de control del tabaco y los servicios de ayuda para abandonar el tabaco? En concreto, ¿cuál es la importancia de la magnitud de la llegada a la población de consumidores de tabaco si se la compara con la necesidad de garantizar la máxima tasa posible de abandonos para los usuarios de la línea? El próximo paso fundamental es determinar tanto el presupuesto inicial como el que potencialmente puede obtenerse.

Esto contribuirá a determinar la variedad y el foco de atención de los servicios basados en datos probatorios de la línea de ayuda.

La mayoría de líneas telefónicas de ayuda existentes prestan por lo menos los servicios básicos que se reseñan a continuación.

5.1 Orientación telefónica

La orientación es la actividad central de los servicios de líneas telefónicas de ayuda y generalmente es el componente más caro. Hay mucha variación en el número de llamadas realizadas así como en la cantidad de tiempo dedicado a cada llamada. Como mínimo, debe realizarse una única sesión de orientación en forma gratuita. En general, los ensayos aleatorizados en los que se obtuvo una diferencia entre la realización de una única llamada y el suministro de materiales impresos indicaron que era necesaria una orientación de 25 a 45 minutos de duración. Las llamadas de seguimiento proactivas mejoran la eficacia. Las llamadas de seguimiento pueden ser más cortas que la llamada de orientación inicial (10 a 20 minutos). En las situaciones en que el alcance para promover los intentos de abandonar el tabaco es más importante que lograr el máximo de eficacia en las tasas de abandono, pueden ser apropiadas las llamadas aun más cortas. Por ejemplo, durante las campañas de muy alta intensidad, con un gran volumen de llamadas, las llamadas pueden interrumpirse para hacer mayor hincapié en el suministro de información y la promoción de los intentos por abandonar el tabaco. Sin embargo, este enfoque no está tan estudiado.

La mejor manera de comprender el poder de una línea de ayuda es visitar una que funcione con eficacia y escuchar las llamadas. En un primer momento muchos usuarios se muestran escépticos sobre la capacidad de un orientador que habla por teléfono para ayudar a alguien que trata de modificar una conducta adictiva compleja. Sin embargo, una vez que han escuchado unas pocas llamadas, la mayoría de las personas captan el poder de este enfoque.

Dicen las cosas como “¡Qué bueno!, no tenía la menor idea de que usted podría establecer contacto con las personas tan rápidamente, conseguir que hablen de sus problemas y ayudarlos a encontrar un plan y soluciones”. ¿Cuáles son los principios sobre los cuales se basa el éxito de la orientación telefónica?

En esta sección se presentan algunos antecedentes sobre el tipo de orientación que brindan muchas líneas telefónicas de ayuda, y se incluyen ensayos aleatorizados que demuestran su eficacia. Una salvedad importante es que es mucho lo que no sabemos sobre cuáles son los elementos de la orientación son fundamentales para tener éxito. Solo se han realizado unas pocas pruebas en las que se compara una técnica de orientación con otra y la mayoría de estas han dado resultados equívocos. Por ejemplo, en los Estados Unidos una prueba reciente realizada en la línea telefónica de ayuda del estado de Nueva York se compararon dos enfoques de orientación distintos: el enfoque de los beneficios (que se centra en los beneficios de abandonar el tabaco) comparado con el envío de mensajes de texto ordinarios. Mediante el primero se obtuvieron tasas de abandono más elevadas al principio, pero la diferencia había desaparecido tras un seguimiento de tres meses (Toll et al., 2010). Sin embargo, parece que el contacto genérico por sí solo no es suficiente. Una línea de ayuda del Reino Unido intentó reproducir los resultados de una de las pruebas originales de la línea telefónica de ayuda realizadas en el estado de California (Estados Unidos), pero no se obtuvo continuidad entre las llamadas y la focalización fue mínima (Gilbert, 2006). Esta prueba no produjo un aumento de las tasas de abandono.

5.2 Enfoques prácticos y teóricos

Las prácticas de orientación de las líneas telefónicas de ayuda se han desarrollado de dos maneras: i) teniendo en cuenta aquello que se ha comprobado empíricamente que produce buenos resultados para el tratamiento de la adicción al tabaco (independientemente del entorno); y ii) derivando los contenidos de las intervenciones a partir de varias teorías sobre la forma en que las personas cambian sus conductas.

5.2.1 Enfoques prácticos

Uno de los exámenes más amplios de la base de datos probatorios de las cosas que funcionan en las actividades de orientación para el abandono del tabaco fue realizado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para su informe titulado *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*, en el que se abordan una multiplicidad de temas que comprenden desde las técnicas de orientación específicas y los medicamentos hasta los cambios del sistema. En un metanálisis en el que se condensaron muchas pruebas se comprobó que los elementos prácticos de la orientación y el apoyo que figuran en los cuadros 2 y 3, *infra*, dan mejores resultados en relación con el abandono del tabaco.

Cuadro 2. Elementos comunes de los aspectos prácticos de la orientación (solución de problemas y capacitación profesional)

COMPONENTE PRÁCTICO DEL TRATAMIENTO DE ORIENTACIÓN (SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CAPACITACIÓN PROFESIONAL)	EJEMPLOS
<p>Reconozca las situaciones de peligro; individualice los hechos, los estados internos o las actividades que aumentan el riesgo de tabaquismo o las recaídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos negativos y estrés • Estar con otros consumidores de tabaco • Consumir alcohol • Experimentar ansias por fumar • Señales que desencadenan el deseo de fumar y disponibilidad de cigarrillos
<p>Desarrolle aptitudes para hacer frente a los problemas: individualice las aptitudes para hacer frente a los problemas y solucionarlos y practíquelas. Normalmente, estas aptitudes tienen por objeto hacer frente a situaciones de peligro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a prever y evitar situaciones desencadenantes y de tentación • Aprender estrategias cognitivas que reducen los estados de ánimo negativos • Realizar cambios en el modo de vida que reduzcan el estrés, mejoren la calidad de vida y reduzcan la exposición a las señales que desencadenan el deseo de fumar • Aprender actividades cognitivas y conductuales para hacer frente a las ansias de fumar (por ejemplo, distraer la atención, cambiar de rutinas)
<p>Proporcione información básica sobre el tabaquismo y el abandono definitivo del tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El hecho de que fumar un poco (aun una única calada) aumenta la probabilidad de una recaída total • Los síntomas de abstinencia llegan al máximo normalmente en 1 a 2 semanas después de dejar de consumir pero pueden persistir durante meses. Estos síntomas incluyen los estados de ánimo negativos, ansias de fumar y dificultades para concentrarse • La naturaleza adictiva del tabaquismo

Cuadro 3: Elementos comunes de las intervenciones de apoyo durante el tratamiento

COMPONENTE DEL TRATAMIENTO DE APOYO	EJEMPLOS
Alentar al paciente en su intento por abandonar el tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Señalar que ahora existen tratamientos eficaces para la dependencia del tabaco • Señalar que la mitad de todas las personas que fumaron alguna vez ahora han abandonado el consumo • Transmitir el convencimiento en la capacidad del paciente para abandonar el tabaco
Transmitir comprensión y preocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al paciente qué siente acerca de abandonar el tabaco • Manifiestar en forma directa preocupación y voluntad de ayudar tantas veces como sea necesario • Preguntar acerca de los temores y la ambivalencia del paciente con respecto a abandonar el tabaco
Alentar al paciente a que hable del proceso de abandono del tabaco	<p>Preguntar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los motivos del paciente para abandonar el tabaco • las inquietudes o preocupaciones sobre el hecho de dejar el tabaco • los éxitos logrados por el paciente • las dificultades encontradas durante el proceso.

La mayoría de las líneas telefónicas de ayuda tratan de lograr que estos elementos se incluyan en la orientación práctica que se brinda a través del teléfono.

5.2.2 Enfoques teóricos

Las intervenciones originales de orientación a través de las líneas telefónicas de ayuda se desarrollaron teniendo en cuenta algunas teorías psicológicas comunes sobre los cambios conductuales, como la “teoría cognitiva social” (surgida de la “teoría de aprendizaje social”, que hace hincapié en los determinantes psicosociales de la conducta respecto de la salud y todavía se denomina a veces “teoría de aprendizaje social”), el “modelo transteórico” y las “entrevistas motivacionales”.

Brevemente, la teoría cognitiva social subraya que el consumo de tabaco, aunque incluya una adicción, es una conducta aprendida que puede ser desaprendida. Tiene interacciones recíprocas con factores personales (capacidades conductuales personales, confianza en la capacidad propia) y los factores del entorno (opiniones, pensamientos, conductas, consejos y apoyo de la gente que rodea a una persona). En cuanto a las intervenciones, recalca la necesidad de fortalecer la confianza en la capacidad propia y la autorregulación y las aptitudes para hacer frente a las situaciones difíciles. En el contexto de la orientación a través de las líneas telefónicas de ayuda, hace hincapié en el desarrollo de un plan bien pensado para abandonar el tabaco y prevenir las recaídas, la importancia de comprender y quizás modificar el entorno (en especial las relaciones sociales) para apoyar los intentos por abandonar el tabaco. La entrevista motivacional es una técnica de orientación basada en la teoría, que se concentra en la solución de las ambivalencias del usuario y en darle los medios necesarios para decidir cambiar.

El modelo transteórico hace hincapié en el hecho de que la forma de trabajar con una persona para ayudarla a abandonar el tabaco debe variar en función de la etapa en que la misma se encuentra en el proceso de abandono del consumo (“etapas de cambio”). La adhesión estricta al aspecto de las “etapas de cambio” del modelo transteórico (que depende en fuerte medida de los aspectos concretos del momento en que la persona está pensando en abandonar) ha ido decayendo, ya que los datos probatorios indican que no permite predecir el éxito o fracaso del intento.

Para quienes se interesan en lo teórico, en la sección 11, *Recursos*, y en el apéndice 7, se incluyen las referencias, las descripciones adicionales y las herramientas de algunas de estas teorías.

El uso de estos enfoques teóricos en la elaboración de los protocolos y cursos de capacitación para los orientadores de las líneas telefónicas de ayuda debe atenuarse con la realidad del entorno de estas líneas. Muchas de ellas contratan a paraprofesionales en lugar de psicólogos matriculados para realizar las tareas de orientación. El tiempo disponible para trabajar con los usuarios es menor que en los tipos de entorno terapéuticos para los cuales se desarrollaron estas teorías. Sin embargo, se puede capacitar y apoyar a los paraprofesionales para que aporten elementos clave de estos enfoques que, cuando se combinan con la orientación práctica, la solución de problemas, el fortalecimiento de las aptitudes y el apoyo social, mejoran las probabilidades de *éxito de los usuarios*.

En general, las llamadas deben incorporar los siguientes elementos fundamentales:

- Compenetrarse con el usuario;
- Mejorar su confianza y motivación;
- Prestar y promover el apoyo social a quienes intentan abandonar el tabaco;
- Ayudar a los usuarios a resolver las ambigüedades de sus pensamientos y sus sentimientos;
- Fortalecer la confianza en la capacidad propia del usuario;
- Proporcionar un sentido de responsabilidad ante los demás;
- Informar sobre la naturaleza del tabaco como adicción, y
- Instruir acerca de lo que se puede esperar y lo que se sabe que es útil cuando se intenta abandonar el tabaco.

Otros aspectos decisivos de la experiencia de orientación incluyen concentrarse en:

- Alentar los intentos por abandonar el tabaco;
- Ayudar a evitar las recaídas;
- Ayudar a realizar un nuevo intento si se produce una recaída, y
- Revisar los planes sobre la base de la experiencia.

Una línea telefónica de ayuda debe dar respuesta a las cuestiones siguientes relativas a las tareas de orientación:

- ¿la línea será solo reactiva, o también se harán llamadas proactivas?
- ¿cuánto tiempo durarán las diversas llamadas?
- ¿si se realizan llamadas de seguimiento, cómo se escalonarán y cómo se harán?
- ¿cuál será el contenido de la orientación de las diversas llamadas?

- ¿hay alguna necesidad especial de la población que pueda afectar la orientación?
- ¿debe hablar el mismo orientador cuando se realiza una llamada de seguimiento proactivo a un usuario?

5.3 ¿Líneas de ayuda reactivas o proactivas?

Una de las ventajas de las líneas telefónicas de ayuda que se centran solo en la recepción de llamadas (reactivas), especialmente al principio, es que las llamadas que reciben pueden administrarse con mayor facilidad desde la perspectiva del centro de llamadas. Para programar, reunir el personal necesario y comunicarse con los usuarios en una línea que realiza llamadas proactivas se requiere más trabajo y contar con mejores sistemas. En los países desarrollados, esto se ha hecho aun más difícil pues las personas filtran más sistemáticamente sus llamadas sin responderlas, por lo que la línea debe hacer más llamadas para comunicarse. Sin embargo, es indudable que las llamadas proactivas aumentan las tasas de abandono si tienen una estructura adecuada y objetivos claros. Si los recursos de una línea son limitados, esta acaba por restringir las llamadas proactivas, llamando solamente a los usuarios que tienen la intención de abandonar el tabaco (aunque todavía no se han hecho pruebas con este enfoque), o teniendo en cuenta las prioridades de la salud pública (como las embarazadas, las personas con afecciones crónicas o los pobres).

5.4 Duración de las llamadas

La mayoría de los ensayos aleatorizados realizados en las líneas telefónicas de ayuda han permitido establecer que en la primera llamada la orientación debe durar entre 25 y 50 minutos, mientras que en las llamadas de seguimiento, si se realizan, la orientación debe durar entre 10 y 20 minutos. En un ensayo realizado por la Asociación Americana contra el Cáncer se comprobó que las llamadas de seguimiento más prolongadas no mejoraban las tasas de abandono del tabaco. Es más importante el número de llamadas de seguimiento que alargar el tiempo de contacto en cada llamada.

En algunos entornos, normalmente se realizan llamadas mucho más breves, a menudo debido a las limitaciones en materia de recursos. Sin embargo, si el tiempo promedio de las llamadas es de solo unos pocos minutos, es importante tener presente que no está claro cuánto valor se agrega. Si se usa este tipo de enfoque, deberá hacerse hincapié en estimular y alentar los intentos por abandonar el tabaco. Por ejemplo, en las situaciones en que las personas reciben medicación como parte del servicio de la línea de ayuda, algunas líneas deciden dedicar menos tiempo a la orientación con el argumento de que los usuarios están recibiendo un beneficio sustancial como la medicación gratuita. Sin embargo, otras líneas adoptan el criterio de que el suministro de medicación es una inversión significativa y garantizar que las personas la usen correctamente y reciban instrucción y apoyo mientras intentan abandonar el tabaco brinda la seguridad de que no se desperdicie.

5.5 Sincronización de las llamadas de seguimiento

Mediante la orientación se pueden apoyar diversos elementos del proceso de abandono del tabaco:

- Alentar a los ambivalentes a que hagan un intento por abandonar;
- Ayudar a un usuario a prepararse a realizar un intento planificado para abandonar el tabaco;
- Ayudar a un usuario a manejar sus impulsos, ansias y emociones y pensamientos negativos durante las etapas iniciales de un intento por abandonar el tabaco;
- Proporcionar orientación sobre previsiones relativas a situaciones futuras, ser permeable a la rendición de cuentas y reforzar la orientación a medida que se desarrolla el intento de abandonar el tabaco;
- Abordar los deslices (episodios breves de consumo de tabaco), y
- Detectar y tratar las recaídas alentando al usuario a realizar un nuevo intento.

La sincronización de las llamadas de seguimiento se basa en parte en los elementos del proceso de abandono del tabaco sobre los que se hace hincapié. Actualmente, el enfoque más común es programar las llamadas teniendo en cuenta posibles recaídas, lo que significa hacerlas entre los dos y los cinco días luego del abandono. Este enfoque toma como base el hecho de que las probabilidades de recaer son mayores inmediatamente después de un intento de abandono (véase el cuadro 4).

Cuadro 4. Ejemplo de un calendario de llamadas proactivas de seguimiento que tiene en cuenta las posibilidades de una recaída

TIPO DE LLAMADA	RECEPCIÓN O EVALUACIÓN	LLAMADA PREVIA AL INTENTO DE ABANDONAR	FECHA DEL INTENTO	LLAMADA POSTERIOR AL INTENTO	LLAMADA DE SEGUIMIENTO DEL INTENTO	LLAMADAS PERIÓDICAS
Secuencia cronológica	Recepción de la llamada inicial y orientación: en condiciones ideales, una a tres semanas antes del intento por abandonar el tabaco, pero dependiendo del usuario	Uno a cinco días antes del intento de abandonar		Uno a tres días después de iniciado el intento	Cinco a diez días después de iniciado el intento	Variable: una a tres semanas después de la última llamada
Dificultades	Generalmente iniciada por el usuario: la mayoría con intenciones de abandonar el tabaco pero algunos ya lo han hecho y otros no tienen un plan claro	La fecha real en que el usuario inicia el intento a menudo se aparta del plan		Difícil de programar		Las tasas de comunicación disminuyen
Elementos de las llamadas	Obtención de información demográfica, sobre el tabaquismo y los intentos por abandonar el tabaco Examinar el programa y lo que funciona Explorar los obstáculos, los puntos fuertes y la motivación Elaborar un plan Reforzar la confianza	Preparación del intento Estrategias para afrontar la situación Uso de medicamentos Apoyo social		Alto riesgo de recaídas Instar a afrontar la situación Examen del uso de medicamentos	Examen de la situación Desafíos Motivación Medicación y revisión del plan	Establecimiento de una nueva imagen como no fumador Promover un nuevo intento si hubo recaída

(En el apéndice 4 se examinan otros detalles de los elementos de las llamadas).

La programación de llamadas a los usuarios teniendo en cuenta la posibilidad de que se produzca una recaída tiene muchas ventajas, tanto teóricas como prácticas. Permiten brindar ayuda en el momento en que es más probable que la persona la necesite. Sin embargo, aunque es un apoyo firme a un intento concreto de abandonar el tabaco, no lo será en un futuro intento si alguna persona tiene una recaída cerca del final del calendario de llamadas y el orientador no la podrá alentar una vez que se haya cumplido el calendario de llamadas.

En un calendario alternativo de llamadas (que tenga en cuenta la posibilidad de nuevos intentos) se programan algunas llamadas a lo largo de varios meses o más para ser permeable a la rendición de cuentas a largo plazo y alentar al usuario a realizar nuevos intentos por abandonar el tabaco si se ha producido una recaída. Este método también se ha empleado en ensayos aleatorizados con resultados auspiciosos (Orleans et al., 1991).

Nunca se ha hecho una comparación directa entre estos dos enfoques.

En un enfoque híbrido se utiliza un calendario de llamadas que inicialmente tiene en cuenta las recaídas, pero también incluye la posibilidad de iniciar otra ronda de llamadas que tenga en cuenta esa posibilidad si la persona ha tenido una recaída hacia el final del ciclo de llamadas inicial, e incluye una llamada de seguimiento a los seis meses (en muchos casos coordinada con una evaluación), en cuyo transcurso se ofrece a las personas que han recaído anotarse nuevamente en el programa.

Los calendarios de llamadas tienen varias otras dificultades.

- Si en la línea telefónica de ayuda distintas personas realizan el tamizaje y la recepción inicial y la orientación ¿cómo se logrará no intervenir cuando no corresponda hacerlo? En algunas líneas se separan las dos funciones, recopilando la información básica e inscribiendo al usuario en el programa de orientación y programando una llamada del orientador para la orientación inicial. Hay varios argumentos a favor de este criterio: en primer lugar, se logra algún control sobre la planificación de la tarea más prolongada de orientación, y en segundo lugar, si se envían materiales el usuario tiene más tiempo para recibir y analizarlos. Sin embargo, la mayoría de las líneas de ayuda han comprobado que puede ser muy complicado volver a comunicarse con una persona, especialmente si no ha tenido la experiencia concreta de la orientación. Por consiguiente, generalmente la meta debe ser realizar la primera sesión de orientación inmediatamente;
- ¿Cómo se debe proceder para volver a comunicarse con el usuario para las llamadas de seguimiento? Se aplican diversos métodos y todos tienen ventajas y desventajas:
 - Fije una fecha y una hora y pida al usuario que llame en ese momento. Si no llama (y ello ocurre con frecuencia), la línea de ayuda intentará llamar al usuario;
 - Haga una cita concreta y llame en ese momento. Muchas veces la persona no podrá atender el teléfono y será necesario realizar nuevas llamadas no programadas para comunicarse directamente con ella;
 - La línea de ayuda vuelve a llamar al usuario en el momento óptimo que define la persona que hace la llamada, es decir, "nosotros lo llamaremos uno o dos días después de la fecha en que ha decidido abandonar el tabaco, entre las 18:00 y las 19:00 horas". Esto tiene la ventaja de dar más flexibilidad al personal cuando la línea telefónica de ayuda está ocupada. No obstante el usuario puede no estar tan preparado para la llamada.

Más allá de cómo se manejen las llamadas de respuesta, se deben establecer procedimientos claros sobre el número de intentos de llamada de respuesta que se harán (no menos de tres), en qué circunstancias se deja un mensaje y qué hacer cuando no se logra comunicarse con un usuario al cabo de un ciclo de intentos. Decirle a un usuario que llame NO es una forma de llamada proactiva. En general, menos de 10% de los usuarios de la línea telefónica de ayuda llamarán si el pedido resulta un poco vago. Todos los ensayos aleatorizados que demostraron que las llamadas proactivas mejoraban las tasas de abandono del tabaco entrañaban algún tipo de llamada por parte del personal de la línea de ayuda.

5.6 Necesidades especiales de la población que pueden afectar las características de la orientación

El marco básico y los elementos de la orientación parecen servir para la mayoría de los fumadores, independientemente de su edad, raza, sexo o estado económico. Sin embargo, hay que tener presentes algunos factores que se aplican a distintas poblaciones y que pueden mejorar la experiencia. Es fundamental que los orientadores reciban capacitación para sensibilizarse y sentir empatía con las circunstancias de usuarios de distintas características.

Hay distintos factores específicos que pueden mejorar la orientación si se emplean enfoques que los tengan en cuenta.

- **Mujeres:** las mujeres parecen tener más dificultades para abandonar el tabaco que los hombres y posteriormente para mantener la abstinencia. Esto se debe a factores biopsicosociales, como el temor a aumentar de peso, las necesidades de apoyo social, cuestiones de identidad y trastornos depresivos (OMS, 2007; OMS, 2010b). La orientación telefónica puede ser una intervención particularmente atractiva para las mujeres jóvenes adultas que se quedan en casa y trabajan mientras crían a los niños, porque no necesitan salir del hogar. Un estudio de datos obtenidos entre 1992 y 2006 realizado por la línea telefónica de ayuda de los fumadores de California demostró que, salvo en 1993, si se consideran los usuarios de entre 18 y 24 de edad las mujeres fueron significativamente más numerosas que los hombres (OMS, 2010b). Sin embargo, en este momento hay pocas investigaciones que apoyen la idea de que es necesario emplear un enfoque diferente de orientación para las mujeres.
- **Embarazadas:** debido a la necesidad de abandonar el tabaco cuanto antes, los orientadores deben ser más enérgicos cuando se trata de fijar una fecha para el abandono. Si la usuaria no ha abandonado el tabaco es importante fijar intervalos más breves entre las llamadas. Los orientadores deben estar seguros de que la mujer comprende la gravedad de las consecuencias de continuar consumiendo tabaco para la salud del feto y los beneficios inmediatos de abandonarlo. Apoyar las decisiones de usar medicamentos durante el embarazo es una cuestión compleja y no puede manejarse de la misma manera que cuando se trata de la población en general. La mayoría de las embarazadas tienen una recaída después del parto, de manera que también es importante fortalecer un deseo intrínseco de dejar de fumar por completo por el bien de su salud y la de su familia. Puede considerarse la posibilidad de realizar llamadas de refuerzo después del nacimiento, pero esta alternativa no se ha estudiado sistemáticamente.

- **Adolescentes:** no hay datos probatorios convincentes de la eficacia del tratamiento en los adolescentes (ya sea a través de las líneas telefónicas de ayuda o por otro medio). Es difícil lograr que llamen a la línea de ayuda excepto a través de los medios de información pública.
- **Personas de más de 65 años:** a menudo se supone que las personas mayores no desean abandonar el tabaco y, aunque quieran, no pueden tener éxito. Sin embargo, las personas mayores llaman y las tasas de abandono del tabaco son tan o más altas que las de la población en general.
- **Personas con problemas de salud mental y trastornos de abuso de sustancias:** en muchos casos la prevalencia del tabaquismo es mucho mayor en estas personas y abandonarlo es más difícil. Sin embargo, parece que el deseo de dejar el tabaco de quienes tienen problemas de salud mental y de consumo de drogas y alcohol es similar al de otros consumidores de tabaco. Además, el apoyo conductual y de medicamentos aumenta las probabilidades de que tengan éxito. No hay indicios de que el abandono del tabaco dificulte el dejar otras drogas, aunque hay algunos datos probatorios de que en realidad facilita evitar las recaídas. Actualmente, las líneas telefónicas de ayuda están tratando de dilucidar si es preciso utilizar protocolos especiales con estas poblaciones. Sin embargo, está poco claro si sería mejor para los usuarios con problemas de salud mental o trastornos de abuso de sustancias si se utilizara con ellos un protocolo de orientación distinto. Es muy importante que las líneas telefónicas de ayuda no limiten el acceso a sus servicios a las personas que sufren estas afecciones y trabajen con especialistas en salud mental y abuso de sustancias para que comprendan que abandonar el tabaco es importante.

El desarrollo de protocolos especiales para subgrupos específicos es lento y hace más compleja la capacitación y la prestación de los servicios. En general, las líneas telefónicas de ayuda deben concentrarse en prestar a los usuarios servicios sobresalientes y orientación empática basada en datos probatorios, que haga hincapié en el estilo de aprendizaje de la persona. Las características importantes, reconocidas en cada grupo en particular, deben abordarse durante la capacitación.

5.7 Accesibilidad a diferentes idiomas

La imposibilidad de prestar servicios en la lengua materna de un usuario puede ser un obstáculo importante para acceder a la línea de ayuda. Sin embargo, ofrecer servicios en muchos idiomas aumenta su complejidad. En los países en los que se hablan distintos idiomas, la línea telefónica de ayuda debe determinar cómo poner los servicios al alcance de tantos usuarios como sea posible, de manera de no sobrecargar el trabajo del centro de llamadas. Por ejemplo, algunas líneas de ayuda europeas tienen un grupo de orientadores alemanes para los países con minorías de habla alemana. Algunas utilizan los servicios de traducción de las empresas telefónicas, pero muchas veces resulta incómodo. Además de la necesidad de prestar servicios fácilmente accesibles en el idioma del usuario, la atención concreta que se preste a las diferencias culturales puede ayudar a mejorar la satisfacción, como se explica en el siguiente ejemplo de caso (véase el recuadro 13).

Recuadro 13. Ejemplo de caso: línea de ayuda a los fumadores de California con números de teléfono para personas que hablan idiomas asiáticos

La línea de ayuda a los fumadores de California comprobó que disponer de líneas de ayuda con números de teléfono distintos para la recepción y la promoción en idiomas asiáticos aumentaba la participación de las persona de ese origen al nivel de la población en general (Zhu et al., 2010). Estas líneas también adaptaban las intervenciones desde un punto de vista cultural. Algunos temas revisten especial importancia para los usuarios de las líneas en idiomas asiáticos.

Cómo dejar sentadas la credibilidad y la pericia del orientador: esto se logra satisfaciendo las expectativas de ayuda tangible de los usuarios. Los orientadores adaptan la intervención a la persona, pero en general son más prescriptivos que facilitadores, pues esto satisface las expectativas generales.

Instrucción sobre el abandono del tabaco: ser prescriptivo incluye instruir a los usuarios sobre los procesos para dejar el tabaco (por ejemplo, búsqueda de un motivo importante para abandonar, planificación, legitimación de los intentos múltiples, examen de los síntomas de abstinencia posibles) y las estrategias concretas de abandono del tabaco (como los sustitutos conductuales, la reestructuración cognitiva, la búsqueda de apoyo y la farmacoterapia).

Desterrar los mitos sobre la salud y el consumo de tabaco: ciertas ideas equivocadas pueden obstaculizar el abandono del tabaco. Por ejemplo, algunos usuarios creen que en realidad fumar previene las enfermedades y ayuda a mantener en el cuerpo el equilibrio adecuado entre el calor y el frío.

Recalcar la importancia de la familia como razón de abandonar el tabaco y como mecanismo para apoyo: un gran porcentaje de personas que llaman a las líneas de ayuda son miembros de la familia de un fumador que buscan una manera de ayudar. Abandonar puede ser visto como algo que beneficia a la familia en su conjunto, lo que es un buen motivo para los fumadores en una cultura en la que se honra el bien común más que el individualismo.

Manejo de las normas sociales: la presión social por consumir tabaco es especialmente fuerte para los varones asiáticos. Los fumadores tienen que determinar cómo manejar el ofrecimiento de un cigarrillo en los entornos de trabajo, en los eventos sociales y durante las celebraciones, sin que se lo considere irrespetuoso.

Tener sensibilidad ante a la vergüenza: a menudo los usuarios sienten vergüenza por su incapacidad para abandonar el tabaco y sentirlo puede transmitir una mala impresión a la familia. La legitimación de las recaídas ayuda a aliviar los sentimientos de vergüenza de los usuarios y los miembros de la familia.

Saber distinguir entre la confianza y la fuerza de voluntad: algunos usuarios de origen asiático tienen una idea fatalista sobre el dejar de fumar. Algunos creen que tienen suficiente fuerza de voluntad para dejar y otros no. Los orientadores los ayudan a modificar ese criterio y adquirir uno de control. La planificación ayuda a fortalecer la confianza, lo que puede ayudar a superar la percepción de falta de fuerza de voluntad y acreditar la credibilidad y la pericia del orientador.

5.8 ¿Las llamadas de seguimiento a un usuario deben ser realizadas por el mismo orientador?

La respuesta a esta pregunta es inclusiva. En muchas líneas telefónicas de ayuda se hace un gran esfuerzo por lograr que el mismo orientador sea quien responda a las llamadas de un usuario. Sin embargo, algunas líneas prestan más atención a la continuidad mediante un buen sistema de registro gráfico, la enseñanza rápida de aptitudes para establecer relaciones y un sistema que garantice la calidad de las comunicaciones telefónicas.

Intervenciones con un mismo orientador. Este enfoque es más tradicional en la orientación de salud mental cara a cara y en muchos servicios de atención de salud. La premisa es que se establece más de un vínculo entre el orientador y el usuario y que quizás el orientador pueda obtener mejores resultados ya que puede recordar los encuentros anteriores. La desventaja de este enfoque es que quizás resulte más ineficiente en la medida en que haya que dedicarle más tiempo a acordar calendarios y hacer intentos de llamadas manuales. Además, limitar las llamadas de un usuario a un único orientador puede interferir con el contacto entre ellos si este se atrasa, se enferma o no logra satisfacer las necesidades de horario de aquel. Algunas de estas desventajas pueden evitarse, como en los entornos de atención de salud, que tienen dispuestas otras alternativas como el trabajo en equipo o los orientadores “comodines”, que hacen las llamadas si el orientador principal no está disponible.

Intervenciones con varios orientadores. Aunque este enfoque parece ser contrario a la intuición porque rara vez se usa en la atención de salud cara a cara o en los entornos de salud mental, tiene algunas ventajas. Como se centra en la realización de las llamadas de respuesta que faltan, con el personal disponible, puede aumentarse la tasa de llamadas completadas. Al no exigirse que llame el mismo orientador, resulta posible aprovechar los métodos tradicionales de dotación de personal de los centros de llamadas y mejorar la eficiencia. Por ejemplo, pueden usarse sistemas de discado automático que reducen el “tiempo muerto” de los orientadores cuando realizan llamadas que no obtienen respuesta. Como el número de llamadas es reducido (generalmente menos de cinco) y la orientación se centra en un tema concreto, es posible que el contacto con más de una persona puede ampliar la percepción de apoyo social y aportar otras perspectivas acerca de las estrategias para abandonar el tabaco. Algunas de las desventajas de este enfoque es que se afecta la continuidad y la creación de un vínculo concreto entre el orientador y el usuario. Quizás se reduzca un poco la satisfacción en el trabajo de los orientadores ya que los beneficios de sus intervenciones son menos seguros si no hay seguimiento. Estas desventajas pueden superarse si se dedica mucho trabajo a velar por que los registros de cada llamada incluyan información sobre la creación de un vínculo, de modo de impartir un sentido de que el usuario está trabajando con un equipo en lugar de participar en sucesos de orientación discretos y aislados.

Cualquiera sea el enfoque adoptado, la realización de mayor número de llamadas mejora los resultados, cosa que se logra también al desarrollar un sentido de continuidad (véase el recuadro 14).

En los apéndices 6 y 7 se proporcionan más detalles sobre la capacitación de los orientadores y el contenido de las llamadas de orientación.

Cuadro 14. Ejemplo de caso: la Argentina

En la Argentina, la tercera parte de los adultos de entre 18 y 65 años de edad fuma. La prevalencia es mayor en los hombres (38,4%) y no se observa diferencia alguna en la prevalencia relacionada con el nivel de instrucción. Más de la mitad quiere abandonar el tabaco.

En el 2004 se puso en funcionamiento la línea telefónica de ayuda argentina. Funcionaba entre las 9.00 y las 22.00 durante la semana, con cuatro orientadores, y entre las 10.00 y las 16.00 durante el fin de semana, con dos orientadores. Como las líneas de ayuda se promovieron mediante varias campañas de los medios de difusión, la demanda de servicios aumentó. Desde entonces, la línea se ha ampliado para satisfacer la mayor demanda. Hasta el 2010, la línea de ayuda tuvo cinco orientadores por turno, todos los días de la semana, de 6:00 a 24:00 horas.

En la línea trabajan orientadores que tienen una licenciatura en psicología o son orientadores capacitados en la adicción al tabaco, estudiantes de ciencias de la salud o ciencias biológicas u otros profesionales. La capacitación y la supervisión son continuas y se llevan a cabo en forma semanal o mensual, centrándose en un enfoque cognitivo-conductual.

Los consumidores de tabaco tienen su etapa del cambio y se evalúa su nivel de dependencia a la nicotina. Se les brinda orientación motivacional y cognitivo-conductual, pueden ser derivados a más de 300 centros de abandono del tabaco y se les entrega materiales de autoayuda.

Además de la ayuda a los consumidores a abandonar el tabaco, lo que incluye los concursos "Abandone y Gane", los servicios proporcionan información y materiales para los profesionales de la salud, los legisladores y el público en general, incluida información sobre cómo lograr ambientes sin humo.

En el primer año de operación, llamaron más de 22.000 personas pero sólo se respondió a 9.000 de ellas, perdiéndose más de 13.000 llamadas. En los años tercero y cuarto de funcionamiento las llamadas perdidas disminuyeron a menos de 10%. Las llamadas de todo el país provenían de personas de todas las edades. El mayor porcentaje de usuarios estuvo constituido por adultos jóvenes, mujeres y personas que fuman menos de un paquete por día.

Los mayores volúmenes de llamadas fueron el resultado de una campaña realizada en los medios de difusión en 2006-2007, que promovió directamente el número de la línea.

5.8.1 Materiales de autoayuda

Hay muy pocos datos probatorios que demuestren que los materiales de autoayuda por sí solos aumenten las probabilidades de lograr abandonar el tabaco. Sin embargo, pueden aumentar la satisfacción y servir de refuerzo para las llamadas de seguimiento. En general, las líneas telefónicas de ayuda deben evitar gastar grandes sumas de dinero en la impresión y distribución de materiales, pues los materiales sencillos son igualmente eficaces.

5.8.2 Derivación a los servicios locales de apoyo en persona al abandono del tabaco

La mayoría de las líneas de ayuda tienen una base de datos de recursos locales, como cursos grupales de apoyo a quienes desean abandonar el tabaco y orientadores que trabajan cara a cara, interesados en ayudar a las personas a abandonar el consumo. Sin embargo, los estudios de seguimiento han permitido comprobar que en realidad pocos usuarios aprovechan ese tipo de derivaciones. No obstante, las iniciativas dirigidas a incluir los recursos locales pueden ser importantes para las relaciones comunitarias.

5.9 Otros servicios dignos de consideración

5.9.1 Servicios basados en la internet

Algunas líneas telefónicas de ayuda también prestan servicios basados en internet que comprenden desde los sitios de contenido estático hasta a los sitios interactivos y adaptados, con apoyo de las redes sociales. Hay menos datos probatorios experimentales que apoyen su eficacia que para las llamadas telefónicas, pero tienen la posibilidad de llegar a un gran número de consumidores de tabaco a un costo relativamente bajo (Anderson y Zhu, 2007). Hay muy pocos sitios web interactivos en varios idiomas. El apoyo a través de la internet también puede usarse como complemento de las llamadas telefónicas o como un sustituto de los materiales impresos. Están comenzando a surgir programas que integran el teléfono con la web en los que los datos del usuario, ingresados a través de la internet, están al alcance del orientador y viceversa. Sin embargo, este tipo de sistema requiere niveles más complejos de programación y capacitación. No hay indicios de que estos sistemas mejoren la eficacia (Swan et al., 2010).

5.9.2 Apoyo de medicación para el abandono del tabaco

Las líneas telefónicas de apoyo brindan medicación de apoyo para el abandono del tabaco, que va desde la información sobre cómo usarla, pasando por la derivación activa y llegando al suministro de medicación gratuita o con descuento, mediante el envío directo por correo o el suministro de cupones. Muchas líneas de ayuda para las etapas iniciales, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, en los que los recursos son más limitados, pueden decidir no suministrar medicación por ser más complejo y caro (véase la sección 3.4, *Uso de medicamentos*).

Es muy importante que las personas que participan en la planificación de una línea telefónica de ayuda vuelvan a analizar las prioridades y evaluar los progresos periódicamente. Los cambios en las prioridades del control del tabaco y el financiamiento o la obtención de nuevos datos probatorios pueden significar que es necesario revisar las prioridades de la variedad de servicios ofrecidos. Las líneas de apoyo existentes deben evitar la prestación de servicios de tratamiento no basados en datos probatorios, como la acupuntura, la hipnosis, los medicamentos herbarios y los medicamentos o procedimientos no comprobados.

6. Creación de la demanda de los servicios

6.1 Los cambios de políticas pueden provocar un aumento de la demanda de las líneas telefónicas de ayuda

La ejecución de intervenciones de control del tabaco en toda la población (aumento de los impuestos al tabaco, aprobación de leyes que propicien los entornos libres de humo de tabaco, la reglamentación de productos, la formulación de advertencias a los ciudadanos sobre los peligros de tabaco) puede impulsar los intentos por abandonar el tabaco y aumentar potencialmente la demanda de los servicios de las líneas telefónicas de ayuda (Wilson et al., 2005; Chan et al., 2009; Miller et al., 2009; Koch, 2009). Además, la ejecución de las medidas de reducción de la demanda del CMCT OMS pueden producir un aumento de las llamadas a las líneas telefónicas de ayuda que, junto con una planificación cuidadosa, potencia al máximo los beneficios (Sheffer et al., 2010).

El aumento de los impuestos sobre el tabaco lo hace más caro e impulsa a algunos consumidores a intentar dejar de fumar. Sin embargo, si las personas no saben de la existencia de la línea de ayuda puede no aprovecharse adecuadamente cuando se produce un aumento de impuestos al tabaco.

Cuando los Estados Unidos instituyeron un aumento de US\$ 0,62 al impuesto federal al cigarrillo a principios del 2009, hubo un aumento de 2 a 3 veces en el número de llamadas a las líneas de ayuda durante los primeros meses, en comparación con años anteriores (véase la figura 1).

Figura 1. Incremento de llamadas a la línea telefónica de ayuda luego del aumento al impuesto federal al cigarrillo, Estados Unidos, enero a mayo, 2007-2009

6.1.1 Volumen de llamadas al 800-QUIT-NOW*

MES	2007	2008	2009
Enero	52,796	88,797	76,685
Febrero	35,543	37,082	91,316
Marzo	42,150	60,065	203,374
Abril	41,081	48,810	114,389
Mayo	48,224	41,852	67,024
Total del Período Enero a Mayo	171,570	234,754	553,508
Total del Año	471,764	591,659	DTB

* Nota al pie de la figura: Por favor tenga en cuenta que la línea 800-QUIT-NOW solo computa las llamadas que se derivan a través de la línea nacional. Unos 35 estados tienen números gratuitos de modo que el número de llamadas computadas es menor que el número real de llamadas realizadas a las líneas de ayuda.



Fuente: North American Quitline Consortium.

La aplicación de leyes que propicien entornos libres de humo de tabaco hace que el consumo de cigarrillos sea menos conveniente para los fumadores y puede llevarlos de igual manera a tratar de abandonarlo y buscar tratamiento si no lo pueden hacer por su propia cuenta. Procediendo del mismo modo que con la tributación, los organismos gubernamentales que aplican las políticas que propician entornos libres de humo de tabaco están incorporando cada vez más tareas de concientización sobre las líneas telefónicas de ayuda, como parte del plan de aplicación.

La aplicación del artículo 11 del CMCT OMS (*Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*) puede aumentar significativamente las llamadas a las líneas telefónicas de apoyo (McAfee, 2007). Este artículo incluye el uso de advertencias sanitarias gráficas y las Directrices para la aplicación del Artículo 11 recomiendan la inclusión del número de una líneas telefónicas gratuitas de ayuda en el envase de tabaco (OMS, 2008). Este criterio ha sido adoptado en varios países con un efecto notable (véanse los recuadros 15 y 16).

Recuadro 15. Ejemplo de caso: el Brasil



El Brasil fue el primer país de América Latina que puso en marcha en todo el país una línea telefónica de ayuda (*Disque Pare de Fumar*) en 2001. La línea forma parte de un centro general de llamadas de salud apoyado por el Ministerio de Salud y cuyo objeto es apoyar los intentos por abandonar el consumo de tabaco y vincular a los brasileños con los servicios de salud pública. El Instituto Nacional del Cáncer (INCA) brasileño diseñó la línea y capacita a los orientadores.

Brasil fue también el primer país grande en tomar medidas relativas a la recomendación del CMCT OMS de colocar el número de las líneas telefónicas de ayuda en la parte trasera de todos los paquetes del cigarrillo, junto con advertencias sanitarias con imágenes. Cuando Brasil puso el número telefónico en los paquetes de cigarrillos, la línea de ayuda tuvo un volumen de llamadas sin precedentes. Este volumen se redujo inicialmente porque el servicio telefónico no tenía la capacidad necesaria para responder al gran número de llamadas. Por consiguiente, se colocó un conjunto de mensajes grabados, aumentando extraordinariamente el volumen de llamadas. Durante los tres primeros años la línea de ayuda recibió más de dos millones de llamadas por año, con un volumen máximo de seis millones el primer año, más que todas las otras líneas del mundo combinadas. Sin embargo, hoy día, debido a las limitaciones en materia de recursos, más de 95% de los usuarios reciben mensajes grabados breves, y los que reciben orientación promedian alrededor de 2,5 minutos, sin seguimiento.

Las llamadas a la línea telefónica de ayuda pueden hacerse en forma gratuita desde cualquier teléfono, incluidos los teléfonos móviles, dentro del territorio brasileño.

Recuadro 16. Ejemplo de caso: los Países Bajos

Cuando los Países Bajos colocaron el número de la línea telefónica de ayuda en los paquetes de cigarrillos, el volumen de llamadas aumentó, pero en un nivel más modesto. Inicialmente las tasas fueron seis veces mayores y se luego se estabilizaron en un nivel 3.5 veces mayor. La tasa resultó más baja en parte porque solo se colocó el número en uno cada 14 paquetes. En los Países Bajos también se observó un cambio en la oportunidad de las llamadas, con un mayor número por la noche, y una gama de usuarios más amplia, incluidos usuarios más pobres y menos motivados y algunas personas que llamaban para quejarse de las advertencias gráficas (Willemsen, Simons y Zeeman, 2002).

Así, hay muchas oportunidades para que líneas telefónicas de ayuda aprovechen las grandes iniciativas de políticas de control del tabaco. Sin embargo, la demanda solo se traducirá en llamadas si se realizan esfuerzos por vincular las intervenciones en toda la población con el conocimiento de la gente sobre los servicios de líneas telefónicas de ayuda.

Algunos líderes de control del tabaco pueden resistirse a la inclusión de actividades de sensibilización sobre las líneas de ayuda como parte de las campañas más amplias a favor de las políticas que propicien entornos libres de humo de tabaco, mayores impuestos e instrucción sobre los daños que causa el tabaco. Sin embargo, esas actividades pueden reportar ventajas a estas iniciativas de políticas pues generan una imagen más solidaria de sus propósitos. En particular, en los países donde una gran proporción de la población, incluidos los encargados de formulación de políticas, consume tabaco, la línea telefónica de ayuda agrega un incentivo a medidas de por sí desagradables, como un aumento de impuestos.

6.2 Promoción de los servicios de líneas telefónicas de ayuda

La mayoría de las líneas telefónicas de ayuda se esfuerzan por mantener un equilibrio entre la promoción y la utilización. Si se realizan algunas tareas de promoción importantes durante un año entre 1% y 6% de los fumadores adultos llamarán a una línea telefónica de ayuda que funcione adecuadamente. Sin embargo, para llegar a una tasa de 6% o más es preciso realizar un esfuerzo significativo y sostenido (por ejemplo, se ha llegado a 6% en Nueva Zelanda y en el Estado de Maine, Estados Unidos).

Una promoción efectiva debe generar tasas adecuadas y eficaces de llamadas, a un costo proporcionado a los costos de prestación de los servicios, aunque la promoción no debe estimular la demanda hasta el punto en que se saturan los recursos del sistema. La única excepción posible de este enfoque es que se ponga en práctica una estrategia premeditada para crear una demanda abrumadora con el objeto de convencer a los políticos de la necesidad de un financiamiento mayor. Sin embargo, esta es una estrategia peligrosa ya que se corre el riesgo de que las personas que llaman terminen insatisfechas. Muchas veces las instancias normativas subestiman el alcance potencial de las líneas de ayuda porque equiparan el uso tradicional con el uso posible. La mayoría de las líneas telefónicas de ayuda se convierten en partidarias de crear una demanda equivalente a la capacidad de la línea de ayuda para prestar el servicio y el presupuesto disponible para financiarla. Si parece que la demanda puede sobrepasar la capacidad operativa o el presupuesto las líneas pueden reducir gastos, como los de las campañas en los medios de difusión.

El mercadeo y la promoción de las líneas telefónicas de ayuda también pueden crear una conciencia y una percepción comunitaria positiva de los servicios de líneas telefónicas de ayuda. Reviste especial importancia el hecho de que la promoción de las líneas de ayuda también pueden ayudar a legitimar el abandono del tabaco y estimular los intentos por de abandono, incluso si los receptores de las campañas de promoción no llaman a la línea telefónica de ayuda (Anderson y Zhu, 2007). La sensibilización sobre los servicios ha resultado un reto, aun en los países de ingresos altos. Sin promoción eficaz, las líneas telefónicas de apoyo son prácticamente invisibles, lo que resulta en el desperdicio de un recurso excelente.

6.2.1 Estrategias promocionales concretas

6.2.1.1 Medios de información pública (televisión, radio y medios impresos)

Una de las grandes ventajas de los medios de información pública es que pueden cumplir dos objetivos simultáneamente. Por ejemplo, una campaña de estos medios dirigida a deslegitimar el consumo de tabaco también puede usarse para difundir el número las líneas telefónicas de ayuda. Esto aumentará las llamadas a las líneas y también puede aumentar la aceptabilidad de enviar mensajes de texto en la campaña de deslegitimación (Burns, 2000). Aunque en los anuncios se puede hacer hincapié concretamente en alentar a las personas a que llamen a la línea de ayuda, no es necesario limitar la promoción de estas líneas a este tipo de anuncio. Este enfoque más amplio de cambiar la percepción del público mediante los anuncios puede reducir el dinero invertido exclusivamente en promover la línea telefónica de ayuda.

En general, es preferible usar anuncios que promuevan el abandono del tabaco, aunque el objetivo central sea lograr que la gente llame a la línea telefónica de ayuda. Estos anuncios pueden desmitificar y legitimar el procedimiento de llamar a una línea telefónica de ayuda ilustrando, por ejemplo, la empatía de la interacción entre usuario y orientador y hacer hincapié en algunos de los factores de éxito más importantes para la cesación, como la eliminación de todos los productos del tabaco (véase el recuadro 17).

Recuadro 17. Ejemplo de caso: ventajas de hacer publicidad con un doble objetivo

En los Estados Unidos, el estado de California realizó una campaña dirigida a deslegitimar el humo ajeno en la que se incluía el número de la línea telefónica de ayuda en los anuncios. Al hacerlo, pintaron un cuadro más completo: alentar a la gente a abandonar el tabaco, explicando los problemas del humo ajeno y ofreciendo ayuda a los fumadores. El volumen de las llamada a la línea de ayuda resultante de esta campaña fue en realidad mayor que los generados por los anuncios genéricos sobre la salud y las líneas telefónicas de ayuda diseñados para promover a estas (Anderson y Zhu, 2000).

Australia publicó una serie de anuncios con descripciones gráficas del efecto de fumar sobre distintas partes del cuerpo de las personas con el objeto de deslegitimar el tabaquismo. En el anuncio se incluía el número de la línea telefónica de ayuda.

Los medios de información pública son los más eficaces para generar una demanda en forma rápida y a corto plazo (NAQC, 2009a). En muchos casos pueden predecirse los volúmenes de llamadas con bastante precisión teniendo en cuenta la cantidad y el tipo de anuncios difundidos en los medios de difusión. Sin embargo, la sensibilización desaparece rápidamente y los volúmenes de llamadas disminuyen unos pocos días después de la campaña.

Es importante informar a los proveedores de los servicios de líneas telefónicas de ayuda con el mayor detalle posible sobre las campañas en los medios de información pública, especialmente la programación de la televisión. Esto permite realizar los ajustes de personal necesarios.

Hay dos formas de promoción en los medios de información pública: los avisos pagos y los gratuitos. La promoción paga se refiere a todo tipo de promoción en los medios que se adquiere, mientras que la gratuita es toda la promoción de la línea telefónica de ayuda difundida por los medios de difusión como parte de su cobertura informativa.

6.2.1.2 Avisos pagados

Se ha trabajado mucho sobre la creación y la colocación de avisos pagos de promoción del control del tabaco en los medios de información pública y ello incluye el examen de las repercusiones de diversos métodos de colocación y promoción sobre los volúmenes de llamadas a las líneas telefónicas de ayuda. En muchos casos un contratista que maneja la promoción en los medios también trabaja en el mercadeo del control del tabaco en sentido más amplio. Se ha creado un amplio conjunto de anuncios en todo el mundo y algunos de ellos están en el dominio público. Como el proceso creativo puede ser muy caro, las líneas de ayuda deben examinar los anuncios que ya existen antes de comenzar de cero. A veces los anuncios existentes se pueden adaptar y traducir para adecuarlos a la cultura de la población a quien van dirigidos. La Fundación Mundial del Pulmón recopiló cierta cantidad de anuncios eficaces sobre el control del tabaco, publicados en distintos idiomas en los medios de información pública, para adaptarlos y utilizarlos en los países de ingresos bajos y medianos, y que están disponibles en su sitio web (http://67.199.72.89/mmr/engl_ish/index.html). Este sitio también puede usarse como recurso para apoyar el desarrollo de conceptos para nuevas campañas.

La colocación de anuncios es una ciencia y un arte que complementa las necesidades de las líneas telefónicas de ayuda. Por ejemplo, algunos países publican los anuncios utilizando el método de la alternancia, mediante el cual la colocación se escalona entre los distintos mercados de medios de difusión. Esto permite a la línea telefónica de ayuda evitar la sobrecarga de llamadas que se produciría si todo el país se saturara simultáneamente con los anuncios.

Debido al gasto asociado con la promoción paga en los medios de difusión, es fundamental crear u obtener anuncios concretos y colocarlos teniendo en cuenta las metas más amplias de la campaña de control del tabaco en los medios de difusión. La mayoría de estas se realizan usando el método del mercadeo social. Este método tiene muchos elementos importantes. Un ejemplo es determinar cuidadosamente cuál es el público destinatario de una campaña sobre líneas telefónicas de ayuda. El más importante es generalmente el consumidor de tabaco que puede llamar a la línea telefónica de ayuda. Sin embargo, puede haber un público secundario muy importante como:

- otras personas que pueden convencer al consumidor de tabaco de que llame, como la familia y los amigos;

- los proveedores de asistencia sanitaria, que pueden derivar a los consumidores de tabaco y ofrecer una breve orientación a todos ellos;
- los políticos, que pueden aumentar o reducir los fondos para el control del tabaco, y
- los consumidores de tabaco que no llamarían a la línea de ayuda pero pueden sentirse motivados a dejar por su propia cuenta.

Sin embargo, es importante prestar especial atención a comprobar que el mercadeo realmente está dando resultados en lo que se refiere a generar llamadas a la línea de ayuda y esto puede lograrse fácilmente cotejar los volúmenes diarios de llamadas con la presencia de los anuncios en los medios de difusión.

6.2.1.3 Avisos gratuitos

Los avisos gratuitos están constituidos por la información sobre las líneas telefónicas de ayuda que se difunde por la radio o la televisión, los periódicos o las revistas, o en los sitios web, pero que la línea de ayuda no paga. Esta información puede generar aumentos en el volumen de llamadas, tanto o más que los avisos pagos y aunque no se paga directamente, conseguir cobertura de los medios de difusión positiva, exacta y útil exige esfuerzos e inversión de recursos de la línea de ayuda. A veces, el organismo patrocinador o el proveedor de servicios de líneas telefónicas de ayuda (si forman parte de una organización más grande) tendrá un departamento de relaciones públicas que pueda ayudar a generar publicidad. Otras veces, la línea puede decidir firmar un contrato con una empresa de relaciones públicas, como parte de su presupuesto de promoción, para generar específicamente avisos gratuitos. Incluso, puede ocurrir que la misma empresa ayude tanto con los avisos pagos como con los gratuitos.

Para los avisos gratuitos hace falta un "señuelo" que atraiga a la prensa interesada. El lanzamiento de una línea telefónica de ayuda es un buen momento para patrocinar un evento, como una conferencia de prensa con una personalidad de la televisión o de la cinematografía o un político. La incorporación de nuevos servicios a la línea telefónica de ayuda, como una campaña de distribución gratuita de medicamentos o la difusión de información sobre el uso de una línea telefónica de ayuda y los resultados obtenidos pueden ser el tema de una conferencia de prensa. Los hechos relacionados con las políticas públicas, como la promulgación de leyes que propicien entornos sin tabaco o la implantación de nuevos impuestos al tabaco también pueden ser motivo de publicidad gratuita en los medios de difusión. Además, una línea de ayuda puede promover las relaciones con los periodistas, que pueden escribir una nota exhaustiva sobre la línea, incluyendo los aspectos humanos, como entrevistas a sus usuarios.

6.2.1.4 Anuncios y materiales no difundidos por los medios de difusión

Además de la televisión, la radio y la prensa, hay muchas maneras de anunciar las líneas telefónicas de ayuda. Estas incluyen la colocación de carteles y folletos en los edificios públicos, como los lugares de trabajo, los hospitales y las tiendas. Los carteles en los autobuses y las carteleras ayudan a generar una conciencia más persistente de la existencia de las líneas telefónicas de ayuda. Si la población destinataria usa la internet, la publicidad ubicada en la web también puede ser eficaz y de costo relativamente bajo. Es importante que la línea telefónica de ayuda cree materiales con una imagen institucional identificable y mensajes de texto claros, concisos y convincentes que puedan ser utilizados por los grupos de la comunidad para anunciar la existencia de la línea.

6.2.1.5 Derivación de los trabajadores de atención de salud

Los trabajadores de atención de salud están en una situación incomparable para derivar a las personas a una línea telefónica de ayuda. Una vez movilizados pueden generar una corriente constante de usuarios de las líneas telefónicas de ayuda a un costo muy bajo. Además, el conocimiento de la existencia de estas líneas puede ayudar a superar una de las grandes dificultades que encuentran los proveedores de asistencia sanitaria para recomendar a quienes consumen tabaco que lo abandonen. Sin embargo, llegar a los trabajadores de salud e influir sobre ellos para que deriven a los pacientes exige una campaña sostenida de promoción y de extensión (véase la sección 7, *Integración de las líneas telefónicas de ayuda a los sistemas de salud*).

6.2.1.6 Concursos “Abandone y Gane”

En algunos países, estados o provincias se han utilizado concursos en los que se otorgan premios por abandonar el tabaco o participar en las líneas telefónicas de ayuda. Los premios se instituyen para motivar a los fumadores a realizar un intento de cesación y luego a mantener la abstinencia durante un período determinado (generalmente por lo menos un mes). Son una forma de incentivar a quienes han logrado abandonar el tabaco, como un premio en dinero en efectivo o una vacación. En un principio muchas veces no incluían asistencia para abandonar el tabaco basada en datos probatorios, pero en tiempos recientes muchos incluyen estímulos para registrarse en una línea telefónica de ayuda, o pueden exigir el registro como condición para participar (NAQC, 2009a). Generalmente se pide a los ganadores pruebas de abstinencia, como que la prueba de la cotinina resulte negativa (esta prueba es un análisis de sangre que indica la presencia de un marcador de que se ha fumado recientemente).

6.2.1.7 Mercadeo viral

Las derivaciones a la línea telefónica de ayuda hechas por la familia y los amigos, así como por ex usuarios de estas líneas pueden ser una fuente valiosa de información y derivación a las líneas de apoyo. Algo de esto ocurrirá naturalmente a medida que se difunda la reputación de la línea. Sin embargo, hay formas en que la línea telefónica de ayuda puede aumentar la rapidez con que se produce la difusión de información sobre ella. Por ejemplo, las campañas en los medios de comunicación pueden alentar a los miembros de la familia a realizar la derivación y a los usuarios de las líneas telefónicas de ayuda a derivar a otros consumidores de tabaco, por ejemplo incluyendo tarjetas de derivación en los materiales enviados.

6.2.1.8 Medicamentos gratuitos

Ofrecer medicamentos gratuitos a través de una línea telefónica de ayuda puede usarse como una estrategia de promoción eficaz en función de los costos y aumentar las tasas de abandono, especialmente si se utilizan ciclos breves de tratamientos de sustitución con nicotina, como los parches o el chicle, de venta sin receta (Fellows et al., 2007; Tinkelman et al., 2007). Se puede aumentar el volumen de llamadas a las líneas telefónicas de ayuda 10 veces o más con solo administrar ciclos breves de la medicación disponible (véase el recuadro 18). Muchas veces no es necesario usar avisos pagos para informar a los consumidores de tabaco sobre la disponibilidad de estos medicamentos ya que la prensa informará sobre ello en una nota y luego la noticia se difundirá. En el peor de los casos, se pueden recibir más llamadas, cosa que puede manejarse. Por ejemplo, en la ciudad de Nueva York (Estados Unidos) se observó un aumento significativo del volumen de llamadas cuando se ofrecieron parches

gratis en el 2004, oportunidad en la que se recibieron 400.000 llamadas. Como ya se ha señalado, este enfoque solo sería práctico en los países en los que existe por lo menos un tipo de medicamento de venta libre y las normas permiten alguna forma suministrarlos, ya sea por correo directo o mediante un cupón redimible en una farmacia. Que esta estrategia promocional tenga sentido depende de los costos relativos de la medicación en relación con la orientación. Además, es importante que la línea telefónica de ayuda tenga claro cuáles son metas estratégicas y evite convertirse en un simple tramitador de pedidos de medicamentos (véase la sección 3.4, *Uso de medicamentos*).

Recuadro 18. Ejemplo de caso: la línea telefónica de ayuda de Oregón (Estados Unidos) ofrece medicamentos gratuitos



PARCHES DE NICOTINA GRATUITOS

La oferta tiene algunas restricciones

Aquí llega la ayuda.
Llame gratis a la línea de ayuda para dejar de fumar de Oregón

1-877-2 NO FUME (266-3863)
Inglés: 1-877-270-STOP (7867)

¡Llame hoy!

Oferta válida mientras alcancen las existencias

DHS
Departamento de Servicios Sociales de Oregón

DILE A UN AMIGO

6.2.1.9 Estrategias activas para captar usuarios

Algunas de las líneas telefónicas de ayuda están aumentando sus esfuerzos para encontrar métodos más activos de captar usuarios, especialmente de las poblaciones de interés especial (Tzelepis et al., 2009). Un ejemplo es el envío de correspondencia directamente a los hogares (O'Connor et al., 2008). Es poco probable que este tipo de campaña logre que más de 1% o 2% de los que reciben el envío llamen a la línea telefónica de ayuda, pero quizá todavía sea eficaz en función de los costos. Para lograr tasas mucho más elevadas de aceptación, se pueden realizar llamadas de captación para ofrecer los servicios a las poblaciones de interés. Aun cuando el receptor de la llamada nunca haya oído hablar de los servicios de líneas telefónicas de ayuda, se pueden alcanzar tasas muy elevadas de aceptación, de entre 50% y 80% (Britt et al., 1994). En lo esencial, esta es una forma de venta telefónica social (véase el recuadro 19).

Recuadro 19. Ejemplos de venta telefónica

Algunos sistemas de atención de salud están pidiendo a las líneas telefónicas de ayuda que llamen a pacientes con enfermedades relacionadas con el tabaquismo para invitarlos a unirse al programa telefónico proactivo. Algunos ejemplos son los diabéticos y los pacientes con enfermedades respiratorias y cardiopatías. Este enfoque también ha sido utilizado con las embarazadas. En los países en desarrollo estas iniciativas podrían integrar la promoción de las líneas de ayuda con los programas de extensión para las personas con la infección por el VIH y con tuberculosis.

6.3 Cómo superar los obstáculos concretos al uso de las líneas telefónicas de ayuda

Cuando una línea telefónica de ayuda se prepara para promover los servicios que presta, es muy importante considerar cuáles serán los factores probables que obstaculicen las llamadas y abordarlos durante la campaña. Puede ser necesario emplear métodos sencillos de investigación de mercado, como probar los mensajes en pequeños grupos de opinión para determinar qué tipo de mensajes de texto pueden ayudar a superar estos obstáculos.

Para los consumidores de tabaco puede resultar difícil imaginarse pidiendo apoyo a una línea telefónica de ayuda. Algunos usuarios pueden temer que llamar esas líneas significa que están locos o faltos de voluntad. Debe prestarse especial atención a las palabras que se empleen para describir la línea telefónica de ayuda para evitar las que puedan provocar ecos adversos en los consumidores de tabaco. Distintas palabras, como “consejero”, “entrenador”, “especialista” o “orientador” tienen significados diversos en distintas culturas. Algunas líneas telefónicas de ayuda en idiomas asiáticos se han concentrado en brindar asistencia a personas que llaman en nombre de otra (es decir, familiares de consumidores de tabaco), para que puedan ayudar al fumador a abandonar el tabaco porque se ha demostrado que es más aceptable culturalmente que la ayuda directa al consumidor. Las campañas de sensibilización pueden ayudar a superar esta dificultad mostrando a gente común que ha llamado y recibido asistencia.

Los consumidores de tabaco pueden tener una percepción negativa expresa sobre los centros de llamada y la venta telefónica. Pueden suponer que se los dejará esperando en línea, que tendrán que escuchar mensajes grabados, que solo conseguirán un consejo breve y apurado de un enemigo del tabaquismo, indiferente y sin experiencia, o serán transferidos de una persona a otra y carecerán por completo de continuidad en el servicio si vuelven a llamar. La manera más importante en que las líneas pueden contrarrestar estas percepciones es brindando un excelente servicio a los clientes e incluir en los materiales de mercadeo testimonios de otros usuarios que lo confirmen.

Los consumidores de tabaco quizás no entiendan qué servicios se ofrecen. Para revertir esta falta de conocimientos algunas líneas telefónicas de ayuda han creado anuncios para los medios de información pública en los que las “desmitifican” mostrando lo que sucede cuando llama un usuario. El material impreso puede incluir información concreta sobre los servicios disponibles, recalcando los motivos por los cuales los servicios de líneas telefónicas de ayuda son tan especiales (orientación cara a cara, basada en datos probatorios, ningún rezongo, seguimiento, ayuda para obtener la medicación disponible, etc.).

Los consumidores de tabaco pueden tener miedo o sospechas de un programa gubernamental. Recalque que los servicios son confidenciales y gratuitos.

6.4 Creación de una imagen institucional y una atracción positiva

Para promover la línea telefónica de ayuda no solo es necesario superar las barreras, sino que es preciso que las personas piensen en la línea en forma positiva. Se trata de trabajar para comprender y proyectar empatía respecto de las dificultades increíbles que enfrentan los consumidores para abandonar el tabaco. Habrá que determinar qué es lo que hace que el servicio de línea telefónica de ayuda de su país sea excepcional y crear un relato convincente y positivo por medio de imágenes, testimonios y descripciones.

La industria tabacalera realiza un trabajo magistral para contar mentiras de lo que significa consumir tabaco. Pintan imágenes que remiten a los deseos más profundos de la gente: ser libre, bello, popular, sensual, potente y relajado. Para promover una línea telefónica de ayuda, parte de la tarea es pintar una imagen de lo fantástico que será dejar de fumar y cómo la línea de ayuda puede contribuir a lograrlo.

7. Integración de las líneas telefónicas de ayuda a los sistemas de salud

¿Por qué es necesario que los planificadores, los promotores y los proveedores de servicios de líneas telefónicas de ayuda consideren cómo integrar la línea de ayuda a los sistemas de prestación de asistencia sanitaria del país? En pocas palabras, la respuesta es que todos pueden ayudarse entre sí para desempeñar su papel estratégico de reducir el consumo de tabaco de la población.

La OMS ha determinado que la incorporación de orientaciones sobre el abandono del tabaco a los servicios de atención primaria de salud, junto con las líneas telefónicas de ayuda de fácil acceso y la medicación gratuita o de bajo costo, es una estrategia clave para asegurar que los países ofrezcan ayuda a quienes deseen dejar de consumir tabaco (la "O" del plan MPOWER) y aplicar el artículo 14 del CMCT OMS. La visión a largo plazo es que los sistemas de salud y las líneas telefónicas de ayuda trabajen mancomunadamente a fin de velar por que los usuarios de tabaco tengan fácil acceso a una red de servicios de cesación, incluyendo orientación corriente para dejar de fumar en las consultas clínicas de atención primaria, con derivaciones a las líneas telefónicas de ayuda y otros servicios especializados que combinen actividades de orientación con la administración de medicamentos.

Los proveedores de atención primaria de salud desempeñan dos papeles fundamentales cuando establecen contacto con los pacientes que consumen tabaco:

- Aumentar la motivación de los pacientes para dejar el tabaco. Esto es de crucial importancia en los países en los que la proporción de consumidores de tabaco que intentan dejar cada año es baja. Las pruebas realizadas en muchos países han indicado que si los proveedores de asistencia sanitaria determinan sistemáticamente la situación respecto del consumo de tabaco y brindan breves orientaciones para cesación con la mínima asistencia, aumentará el número de personas que lo intente. Básicamente, si las personas no están motivadas para dejar, o no lo ven como un tema importante, no tendrán interés en llamar una línea telefónica de ayuda.
- La ayuda motivó a los pacientes a abandonar el tabaco definitivamente. Este segundo papel puede ser especialmente difícil teniendo en cuenta la complejidad de la adicción a la nicotina, así como la falta de tiempo, recursos y capacitación en tratamientos de la adicción al tabaco en los entornos de atención de salud. Una alternativa cada vez más aceptada para desempeñar esa función es derivar a los pacientes motivados a otros recursos (como una línea telefónica de ayuda) para ayudarles a tener más éxito en sus intentos por dejar.

Los proveedores de asistencia sanitaria pueden contribuir directamente a impulsar las llamadas a una línea telefónica de ayuda derivando a sus pacientes motivados a esas líneas. Esto se ha logrado de dos maneras:

- Derivación a cargo del paciente. Impulsar a los pacientes a que llamen dándoles el número de las líneas telefónicas de ayuda (a menudo en una tarjeta o un folleto).
 - La ventaja de este enfoque es que es relativamente sencillo y requiere una capacitación mínima del proveedor o del personal. Los dispensarios se benefician con una intervención breve sobre

el tema de la adicción al tabaco para derivar a los pacientes o la derivación se puede realizar sencillamente suministrando el número de teléfono.

—La desventaja es que el paciente debe recordar el número de la línea telefónica de ayuda y hacer la llamada inicial para iniciar los servicios. Este enfoque también dificulta la retroalimentación a los proveedores sobre las derivaciones.

- Derivación a cargo del proveedor. Esto a menudo se hace por fax, y en este caso los proveedores de asistencia sanitaria o su personal envían el nombre del paciente interesado directamente a la línea telefónica de ayuda con su número de teléfono. Luego la línea de ayuda llama al paciente directamente.

—Las ventajas de este enfoque son que la derivación no exige al paciente realizar la primera llamada a la línea telefónica de ayuda y el procedimiento puede estar más de acuerdo con los sistemas de otros proveedores que ya están organizados para hacer derivaciones a otras especialidades. Además, los proveedores pueden recibir retroalimentación sobre si la línea pudo establecer contacto con el paciente. Los proveedores pueden usar esta retroalimentación para ofrecer realizar un seguimiento y continuar con las intervenciones y las conversaciones sobre el abandono del tabaco con los pacientes.

—Las desventajas son que este tipo de sistema exige más esfuerzos para organizarlo, ejecutarlo y mantenerlo. Muchas veces la tarea entraña la capacitación de los proveedores y el personal, el establecimiento o el procesamiento de los formularios de derivación y el desarrollo de un procedimiento o sistema de derivación. En los países desarrollados, muchas veces solo se llega a cerca de 60% de los pacientes derivados y, de estos, entre 50 y 75% se registrará para recibir los servicios (NAQC, 2009a). Sin embargo, las líneas telefónicas de ayuda que dedican un esfuerzo importante a las actividades de extensión con proveedores de asistencia sanitaria y a tareas de instrucción que los ayuden a aprender cuáles son los tipos de paciente que se puede derivar, puede mejorar significativamente estas cifras (Carlini et al., 2009).

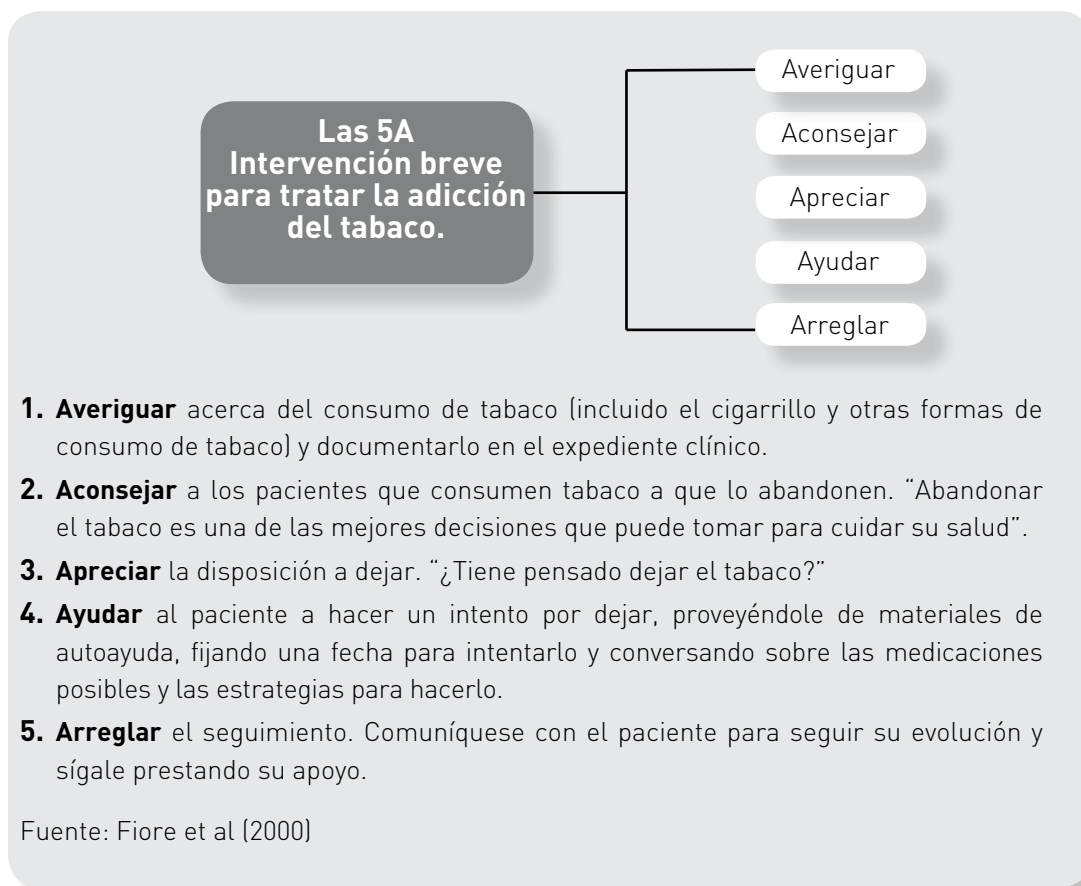
7.1 ¿Cómo pueden ayudar a los sistemas de salud las líneas telefónicas de apoyo?

Muchos sistemas de atención de salud han hecho esfuerzos denodados por mejorar sus servicios a los consumidores de tabaco. Aun cuando algunos proveedores de asistencia sanitaria estén muy motivados para brindar una mejor atención a los pacientes, los obstáculos para prestar una atención de calidad en forma habitual pueden ser muy difíciles de superar. Una de las mayores dificultades para poner en práctica la recomendación de la OMS radica en que los proveedores de asistencia sanitaria deben ofrecer asistencia y seguimiento a los consumidores que desean abandonar el tabaco. (Fiore et al., 2008).

Para aplicar las técnicas tradicionales de intervención breve, como la de las 5A, se necesita contar con un dispensario o consultorio para participar en todas las acciones necesarias para ayudar a un consumidor de tabaco a intentar abandonar el consumo, desde las tareas esenciales del sistema de salud, como preguntarle acerca de su situación respecto del consumo de tabaco y registrarlo, hasta dedicar tiempo a ayudarlo durante el proceso de abandono del tabaco, lo que incluye elaborar un plan,

fijar una fecha para abandonar, examinar estrategias para superar la adicción y realizar un seguimiento del paciente. En la figura 2 se reseñan estos pasos.

Figura 2. Las 5A: intervención breve para tratar la adicción al tabaco

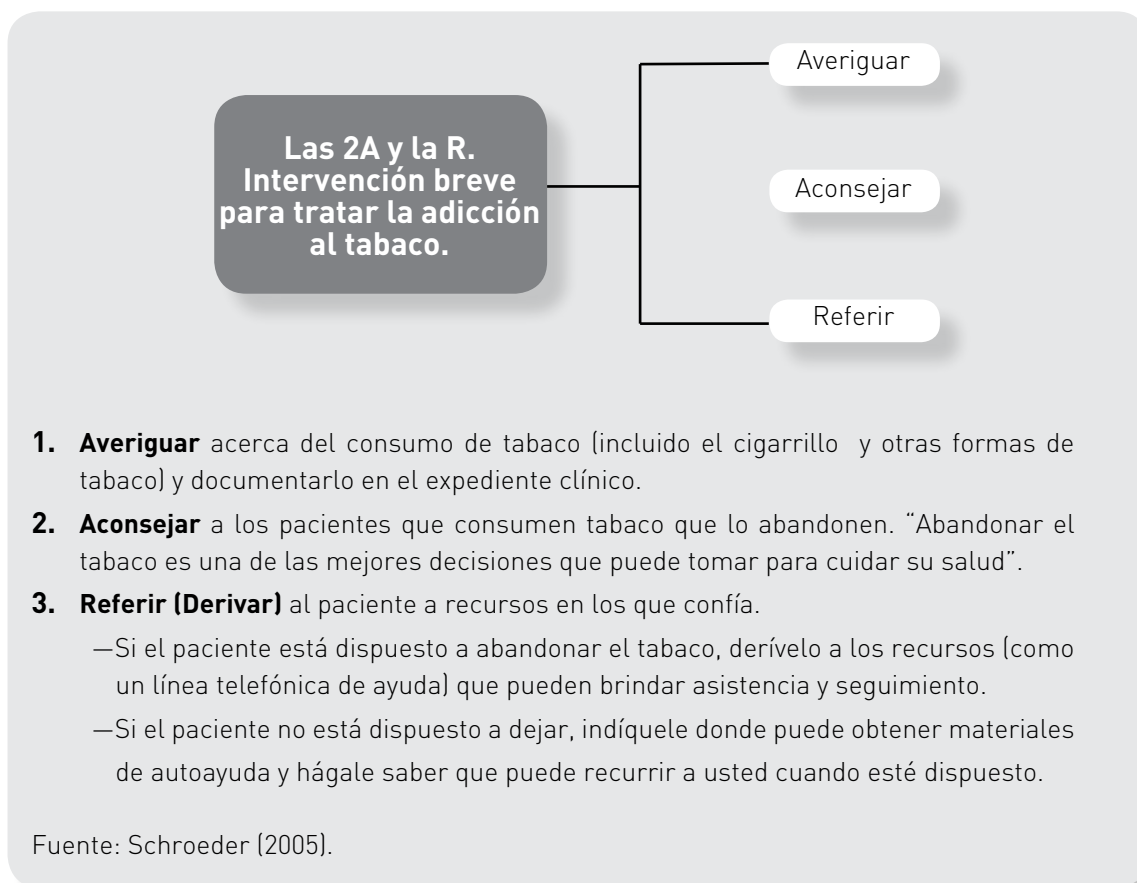


Como la dependencia del tabaco es un trastorno común, y aunque no haga falta que los proveedores de asistencia sanitaria comiencen con “Averiguar” y concluyan con “Arreglar” todas las veces y con cada paciente, brindarles asistencia puede llevar tiempo y exige que los proveedores posean aptitudes para la orientación con las que están poco familiarizados y cuenten con recursos que no están disponibles en los dispensarios y los hospitales. Debido al carácter crónico y recurrente de la adicción al tabaco, a veces los proveedores no sienten que los esfuerzos que dedican a la intervención valgan la pena o se vean recompensados. Los datos probatorios indican que la asistencia de un proveedor de atención sanitaria puede duplicar o más las probabilidades de que un paciente pueda abandonar el tabaco definitivamente (Fiore et al., 2000). No obstante, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y recursos, sólo una pequeña proporción de los sistemas de salud y de proveedores individuales ayudan a los consumidores de tabaco a intentar dejar, (Schroeder, 2005) habida cuenta de que no hay una recopilación sistemática de la situación de las personas respecto del consumo de tabaco.

Sin embargo, las líneas telefónicas de apoyo pueden resultar una alternativa confiable y fácilmente accesible para los médicos, las enfermeras y dentistas que, de otra manera, pueden no pueden tener el tiempo o los recursos necesarios para abordar en forma intensiva los problemas de la adicción al tabaco. Si las líneas telefónicas de ayuda brindan asistencia y seguimiento más exhaustivos, pueden

liberar de esa tarea a los proveedores de asistencia sanitaria y permitir que se dediquen a individualizar a los consumidores de tabaco motivados para abandonarlo. Este modelo de intervención revisado se ha llamado de las 2A y la R (Preguntar, Aconsejar y Referir) [Schroeder, 2005]. Incluye los pasos del modelo original de las 5A, pero se distribuyen de manera tal que el sistema de salud deriva al paciente a un recurso (como una línea telefónica de ayuda) que se ocupa de la orientación más intensiva para el tratamiento de la adicción al tabaco. Aunque los pacientes también pueden ser derivados a clases grupales cara a cara o a clínicas especializadas en el tratamiento de la adicción al tabaco, es mucho más difícil que estos recursos estén disponibles en todo el país. El modelo de las 2A y la R se describe a continuación, en la figura 3.

Figura 3. Las 2A y la R. Intervención breve para abandonar el tabaco



Las intervenciones breves que utilizan las líneas telefónicas de ayuda no solo son útiles en el contexto de la atención primaria. Algunos entornos de salud y otros especialistas en atención sanitaria pueden beneficiarse con las intervenciones de las líneas telefónicas de ayuda.

- **Consultorios odontológicos o entornos de salud e higiene bucodental:** los dentistas, los higienistas y otros profesionales de la salud bucodental pueden usar técnicas de intervención breve con derivación a una línea telefónica de ayuda. Las intervenciones pueden realizarse simultáneamente con la instrucción sobre los efectos colaterales del consumo de tabaco en la salud bucodental. El tamizaje de los consumidores de tabaco y los sistemas de derivación quizá sean similares a los de los dispensarios de atención primaria.
- **Altas hospitalarias:** los pacientes pueden ser derivados a una línea telefónica de ayuda después de ser dados de alta de un hospital (NAQC, 2008). Cuando los hospitales aplican una política que propicia los entornos libres de humo de tabaco y ofrecen medicamentos para dejar de fumar a los enfermos hospitalizados para ayudarlos a cumplir con las normas de la institución, se pueden realizar llamadas a una línea telefónica de ayuda, incluso desde una habitación, para iniciar o continuar con el proceso de abandono del tabaco.
- **Entornos de atención urgente o de emergencia:** durante estos encuentros el tiempo es aun más limitado y por lo tanto contar con un recurso de derivación, como una línea telefónica de ayuda, es fundamental si se desea aplicar protocolos para determinar la situación de un paciente respecto del consumo de tabaco y orientación breve.
- **Atención en los servicios de especialidades y de cirugía:** el consumo de tabaco tiene repercusiones para casi todas las especialidades médicas. En aquellas en las que son más graves, como en la cardiología y las afecciones pulmonares, puede resultar bienvenido contar con información sobre la disponibilidad de una línea telefónica de ayuda. Además, cada vez hay más información sobre los efectos beneficiosos de dejar de fumar durante la recuperación de una cirugía y la curación de heridas.
- **Integración en la salud pública y manejo de la atención de enfermedades crónicas** (NAQC, 2008): reviste especial importancia en algunos países de ingresos bajos y medianos integrar la derivación a las líneas telefónicas de ayuda a otros programas de salud pública de localización y manejo de casos, como la infección por el VIH y la tuberculosis, que dependen en gran medida de los agentes sanitarios de la comunidad. Esto es fundamental habida cuenta de que el tabaquismo exacerba estas afecciones. En los países en los que el sistema de atención de salud utiliza enfoques de atención de las enfermedades crónicas o de manejo de las enfermedades, con bases de datos y seguimiento telefónico centralizado para las personas con afecciones sobre las que el consumo de tabaco tiene graves repercusiones, como la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las cardiopatías y el asma, la derivación a líneas telefónicas de ayuda puede ser hecha con relativa facilidad por una enfermera u otro trabajador de salud mientras conversa con el paciente sobre su enfermedad.

7.2 ¿Cómo pueden ayudar los sistemas de salud a las líneas telefónicas de ayuda?

La relación entre un línea telefónica de ayuda y un sistema de salud es mutuamente beneficiosa (PCHT, 2003). Los sistemas y los proveedores de atención de salud pueden ofrecer un apoyo fundamental a las líneas telefónicas de ayuda en varias esferas, algunas de las cuales se describen a continuación.

La derivación de los proveedores de asistencia sanitaria es mucho menos onerosa que recurrir a los medios de información pública. Por ejemplo, en algunos estados de los Estados Unidos, que tienen programas activos de derivación, entre 40 y 60% de los usuarios de las líneas telefónicas de ayuda son derivados por los profesionales de la salud. Sin embargo, este tipo de arreglo puede mejorarse si el programa tiene determinadas características:

- Fiabilidad interrumpida del servicio. Si el tipo de servicios que reciben los usuarios cambia con frecuencia, los proveedores de asistencia sanitaria no pueden confiar en el servicio y dejan de derivarle sus pacientes;
- Divulgación a los proveedores de asistencia sanitaria sobre la línea telefónica de ayuda, combinada con actividades de capacitación sobre cómo ayudar a sus pacientes a dejar el cigarrillo, y
- Programas de derivación (incluidas las derivaciones por fax), que permiten a los proveedores y los sistemas de asistencia sanitaria enviar a sus pacientes con confianza y recibir alguna retroalimentación limitada para saber si el paciente usó el servicio.

Los sistemas de atención de salud pueden servir como recursos para los usuarios de las líneas telefónicas de ayuda que necesitan apoyo en cuestiones relacionadas con la salud que van más allá del tratamiento de la adicción al tabaco (Borland y Segan, 2006). Por ejemplo, los usuarios que padecen trastornos de salud mental importantes, además de recibir apoyo normal para dejar de fumar, pueden ser derivados nuevamente a su proveedor de salud mental o de atención primaria para recibir asistencia. De manera análoga, los usuarios con diabetes, asma, cardiopatías u otros trastornos de salud crónicos serían remitidos a sus proveedores de atención primaria. Como estas personas figuran en ambos servicios como recursos de derivación para ayudar con los problemas relacionados con la salud del usuario, los sistemas de atención de salud pueden proporcionar a sus pacientes atención continua y ayudar a las líneas telefónicas de apoyo ofreciéndoles apoyo para las afecciones concurrentes.

Los orientadores de las líneas telefónicas de ayuda también deben tener plena conciencia e información de referencia exacta disponible sobre los diversos tipos de situaciones de crisis posibles, como los usuarios suicidas, o los que sufren alguna emergencia médica, como los síntomas de un ataque cardíaco, por ejemplo.

Los proveedores de asistencia sanitaria pueden complementar los servicios que ofrecen las líneas telefónicas de ayuda realizando actividades adicionales de seguimiento y apoyo a quienes están tratando de dejar el cigarrillo, orientación cara a cara si así lo desean, y la prescripción de medicamentos de apoyo al abandono del tabaco si no los pueden conseguir a través de la línea telefónica de ayuda. Muchas de estas líneas han creado relaciones complejas con los proveedores de asistencia sanitaria para mejorar el acceso a la atención y la calidad de la misma para quienes estén interesados, por ejemplo, en la farmacoterapia (véase la sección 3.4, *Uso de medicamentos*).

En algunas poblaciones que consumen tabaco, no solo se promueve sino que se aconseja el seguimiento y la orientación de los proveedores de asistencia sanitaria. Estas poblaciones pueden incluir a personas con diagnósticos concurrentes de salud mental y abuso de sustancias. En estos casos, los proveedores pueden beneficiarse usando una línea telefónica de ayuda como complemento a la atención que siguen proporcionando al paciente.

Conseguir que los sistemas y los proveedores de atención de salud individualicen sistemáticamente a los consumidores de tabaco y los deriven a las líneas telefónicas de apoyo requiere considerable atención y experiencia (véase el apéndice 8).

Por último, hay varios usos nuevos y avanzados de las líneas telefónicas de apoyo, que pueden tener especial relevancia en los países en desarrollo y en transición:

- Servir de recurso para ayudar a capacitar a los proveedores de asistencia sanitaria a realizar intervenciones breves sobre el consumo de tabaco y utilizar la línea telefónica de ayuda como un recurso confiable de referencia (borland y segan, 2006);
- Ayudar a los sistemas de atención de salud a elaborar protocolos sostenibles para el uso continuado de las líneas telefónicas de ayuda;
- Compartir los costos entre las líneas telefónicas de ayuda y los sistemas de salud ofrece la posibilidad de llegar a más consumidores de tabaco (pcht, 2003), como se señala en la sección 4.1, *Alianzas entre los sectores público y privado*, e
- Incorporar a los trabajadores de salud no tradicionales a las iniciativas para promover e integrar las líneas telefónicas de ayuda, ya que es posible que una proporción importante de los consumidores de tabaco no puedan ver a un médico (mcafee, 2007).

Un tema central en este asunto es que si una línea telefónica de ayuda trabaja con sistemas de atención de salud o proveedores de asistencia sanitaria para promover las derivaciones a las líneas de ayuda, proporcionar servicios de líneas telefónicas de ayuda uniformes adquiere más importancia de modo que los proveedores de asistencia sanitaria pueden informar de manera fiable sus pacientes lo que pueden esperar.

Aunque los beneficios a largo plazo de colaborar con los sistemas y los proveedores de atención de salud son considerables, ambas partes deben invertir considerable tiempo y esfuerzo para generar un número significativo de derivaciones y, en última instancia, lograr que la gente reduzca el consumo de tabaco. Si bien la mayoría de las líneas telefónicas de ayuda se apoyan en los medios de información pública u otras técnicas para generar derivaciones inmediatas o iniciales, el desarrollo de relaciones de trabajo con la comunidad de atención de salud permite que las líneas telefónicas de ayuda aumenten su sostenibilidad.

8. Vigilancia del desempeño y evaluación de resultados

Una de las razones por las que las líneas telefónicas de ayuda han tenido tanto éxito es que han logrado suministrar información precisa sobre sus servicios y los resultados que logran. ¿Qué debe medir una línea de ayuda, cómo debe presentar los resultados y qué tipo de dudas pueden resolverse a través de las investigaciones?

8.1 Presentación de informes

Es muy importante pensar en qué información se va a resumir y presentar periódicamente al patrocinador de la línea telefónica de ayuda y otras partes interesadas. Si usted está financiando una línea de ayuda ¿qué información desearía que le presenten en forma mensual, trimestral o anual? ¿Qué desearía saber para comprender usted mismo cuál es el desempeño de la línea telefónica de ayuda y qué desearía poder informar a otros patrocinadores o partes interesadas más importantes, como los legisladores o la prensa? Como mínimo, la mayoría de quienes financian las líneas deben saber:

- Cuántas llamadas fueron recibidas en un período de tiempo de terminado, y
- Qué servicios recibieron los usuarios.

Generalmente esta información puede ser captada por el sistema telefónico. La cantidad de información adicional que está disponible dependerá de cuánto se registra generalmente en el curso de la comunicación entre el usuario y la línea telefónica de ayuda. La mayoría de las líneas de ayuda recopilan por lo menos los datos básicos sobre la información demográfica de la persona que llama, su situación respecto del consumo de tabaco, su edad y sexo y, a veces, su raza o pertenencia étnica. Sin embargo, algunas líneas que prestan solo servicios muy breves no recopilan ninguna información acerca de los usuarios de manera sistemática.

Los informes sobre los servicios de líneas telefónicas de ayuda deben elaborarse con cuidado, prestando atención al detalle y realizando una presentación visualmente atractiva. Como la mayor parte de lo que saben los patrocinadores sobre la línea telefónica de ayuda provendrá de la lectura de los informes, la presentación de informes confiables, fáciles de comprender es fundamental para asegurar la continuidad del apoyo.

8.2 Evaluación

Además de los elementos básicos mencionados, muchas de las líneas telefónicas de ayuda evalúan sus servicios de una manera más metódica, ya sea en forma continua o periódica.

8.2.1 ¿Por qué evaluar las líneas telefónicas de apoyo?

Evaluar una línea telefónica de ayuda puede aportar muchos beneficios a quienes las financian, a los proveedores de los servicios y a otros interesados directos clave. Los datos recopilados en una

evaluación de una línea telefónica de ayuda pueden usarse para suministrar información fundamental acerca de su aceptación, uso y eficacia. Esta información puede emplearse para moldear los esfuerzos por mejorar o modificar los servicios o la promoción. Por ejemplo, una evaluación puede demostrar que una línea telefónica de ayuda no está llegando a una población de interés específico o que las tasas de abandono del tabaco disminuyeron después de un cambio en el programa.

Además, los datos de las evaluaciones pueden usarse para ayudar a convencer a los encargados de adoptar las decisiones clave sobre la importancia de la línea de ayuda. Por ejemplo, los resultados de evaluación positivos (por ejemplo, niveles de utilización y satisfacción y tasas de abandono elevados) pueden usarse para demostrar a quienes la financian que la línea telefónica de ayuda es valorada por la comunidad, vista con satisfacción por los usuarios y produce resultados que mejoran la salud de los fumadores (véase el recuadro 20). Además, este tipo de datos puede ayudar a persuadir a los que aportan los fondos a que aprueben los programas o aumenten el financiamiento para mantener los servicios de las líneas telefónicas de ayuda.

Recuadro 20. Ejemplo de caso: usuarios afroestadounidenses de líneas telefónicas de ayuda

En los Estados Unidos, muchos funcionarios de salud pública estaban preocupados porque las líneas telefónicas de ayuda no eran una manera eficaz de llegar a los afroestadounidenses y que los que sí llamaban se negaban a recibir ayuda o no quedaban satisfechos con la misma. Por ello, recomendaban que no se derivara más a los afroestadounidenses a las líneas telefónicas de ayuda y que se desarrollaran estrategias alternativas para llegar a ellos. Sin embargo, los datos de evaluación sobre la información demográfica de los usuarios, la satisfacción y las tasas de abandono demostraron que los afroestadounidenses habían llamado a las líneas de ayuda con una frecuencia que casi duplicaba la de otros grupos, teniendo en cuenta el nivel de tabaquismo de esa población. Estas mayores tasas de llamadas se estaban produciendo aun sin hacer publicidad focalizada. Además, las tasas de abandono y de satisfacción no resultaron distintas a las de otros usuarios de las líneas telefónicas de ayuda (Zhu et al., 2011).

8.2.2 Evaluación excesiva de las líneas telefónicas de apoyo

Aunque la evaluación metódica de una línea telefónica de ayuda puede aportar muchos beneficios, puede requerir recursos considerables. Por consiguiente, deberá sopesarse con mucho cuidado el grado de evaluación inicial y periódica, así como la información específica deseada.

- Los elementos de los servicios de líneas telefónicas de ayuda comprobadamente eficaces y reseñados en otro lugar, están bien acreditados. Si la línea suministra estos elementos quizá no sea práctica o necesaria una evaluación detallada para determinar si está dando los resultados deseados, del mismo modo que no hace falta volver a probar un nuevo medicamento contra la malaria en todos los países.

- Medir reiteradamente los mismos resultados (es decir, las tasas de abandono y la satisfacción de los usuarios) no puede aportar información útil si no se han modificado los servicios.
- Cuando sea apropiado y posible, use los datos que haya recopilado durante la prestación de los servicios para mejorar la eficiencia de la evaluación.

En el apéndice 9 se incluye un análisis más detallado de las cuestiones de evaluación, incluidos los métodos de recopilación de datos y los resultados de la presentación de informes.

8.3 ¿Y la investigación?

El éxito increíble de las líneas telefónicas de apoyo se debe en alguna medida al trabajo meticuloso realizado durante los dos últimos decenios para establecer que en realidad dan buenos resultados. Las múltiples innovaciones incorporadas a las líneas telefónicas de ayuda en su forma original, como las llamadas proactivas y la medicación, han sido probadas cuidadosamente para asegurar que les agregan valor.

A medida que las líneas de apoyo se siguen difundiendo de los países de ingresos altos a los países de ingresos bajos y medianos, es fundamental mantener este mismo espíritu de investigación. Hay muchas preguntas sin respuesta sobre la mejor manera de utilizar las líneas telefónicas de ayuda en cualquier entorno (Anderson y Zhu, 2007), y sobre sus posibilidades concretas en los países en desarrollo y en transición. A continuación se enumeran ejemplos de los más importantes.

- ¿Cuál es la eficacia de utilizar alternativas de menor costo, como los mensajes grabados, los mensajes de texto, la internet y las llamadas informativas breves?
- ¿Es beneficioso en cualquier entorno una mayor adaptación cultural de los enfoques promocionales o el contenido de las intervenciones?
- ¿Pueden usarse estas líneas para capacitar a los trabajadores de salud, a otros paraprofesionales y a la familia y los amigos para realizar intervenciones más eficaces con los consumidores de tabaco a fin de promover los intentos de cesación?
- En los países en desarrollo, ¿cómo pueden integrarse las líneas telefónicas de apoyo a otras iniciativas importantes de salud pública como la tuberculosis?
- ¿Cuales son las formas más eficaces de financiar los servicios de líneas telefónicas de ayuda?

Las investigaciones sobre los entornos de líneas telefónicas de ayuda pueden realizarse en forma rápida y asequible en comparación con otros tipos de investigaciones, ya que miles de personas están recibiendo tratamiento estructurado (véase el recuadro 21). Para promover más investigaciones en los países en desarrollo es preciso fomentar una mayor colaboración entre los centros académicos, los organismos de gobierno que financian las líneas telefónicas de ayuda y los proveedores de servicios de estas líneas, con mejores mecanismos de financiamiento de las investigaciones.

Recuadro 21. Ejemplo de caso: las investigaciones sobre la eficacia de las líneas telefónicas de ayuda en los Estados Unidos

La mayoría de las líneas telefónicas de ayuda de los distintos estados de los Estados Unidos han recopilado información sobre el estado de abstinencia del tabaco y la satisfacción de los usuarios cada seis meses en forma rutinaria, conforme a la recomendación del North American Quitline Consortium (NAQC, 2009b). Los Institutos Nacionales de Salud han ayudado a financiar múltiples estudios amplios de las líneas telefónicas de ayuda. Sin embargo, algunas de ellas han ido aun más lejos, y han utilizado fondos estatales (en muchos casos provenientes de impuestos al tabaco) para apoyar investigaciones complejas. Por ejemplo, los estados de California y Nueva York han asignado sistemáticamente recursos de evaluación a sus proveedores de líneas telefónicas de ayuda (la Universidad de California en San Diego y el Roswell Park Cancer Institute en Búfalo) para realizar pruebas aleatorizadas y de observación, e incluso ensayos aleatorizados de referencia, que establecen la eficacia de las líneas telefónicas de ayuda en California, y una serie de pruebas de observación sobre la integración del tratamiento de sustitución con nicotina en Nueva York. Otros estados también se han asociado con los proveedores del servicio para realizar pruebas de investigación. Por ejemplo, Oregón financió un ensayo aleatorizado sobre la eficacia del parche de nicotina en las personas que carecían de seguro de enfermedad, y Oklahoma financió un gran ensayo aleatorizado sobre la incorporación de llamadas para abordar los miedos a aumentar de peso. El departamento de investigación de Free & Clear realizó ambas pruebas en colaboración con investigadores locales.

9. Comunicación entre las líneas y apoyo mutuo

A medida que las líneas telefónicas de ayuda de cada país, estado o provincia empezaron a crecer en número, tamaño y complejidad, en Europa y los Estados Unidos, comenzaron a comunicarse entre sí, tanto en forma oficial como oficiosa. Esto las llevó a celebrar reuniones más amplias y con el tiempo a la formación de organizaciones oficiales, con estatutos, personal e infraestructura. Las redes y consorcios han patrocinado reuniones periódicas cara a cara y reuniones virtuales para intercambiar las mejores prácticas. También han creado herramientas, como conjuntos mínimos de datos y normas, y programas de investigación (para información sobre servicios y actividades específicos, véase la sección 11. *Recursos*).

El North American Quitline Consortium (NARC) se creó en el 2004, con el apoyo de organizaciones gubernamentales (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades e Institutos Nacionales de Salud) y filantrópicas (Asociación Americana contra el Cáncer y American Legacy Foundation). En el 2006, se constituyó en sociedad sin fines de lucro, con una junta directiva integrada por patrocinadores de líneas telefónicas de ayuda, proveedores de servicios, investigadores y otros expertos.

La European Network of Quitlines (ENQ) se creó en el 2005 y está integrada por 29 países miembros. Ayudó a establecer el European Smoking Cessation Helplines Evaluation Project (ESCHER), una red de investigación, y elaboró una guía de mejores prácticas.

Se puede encontrar más información sobre el NAQC o la ENQ, incluida información sobre recursos para líneas telefónicas de ayuda que recién se inician, en la sección 11, *Recursos*.

También hay iniciativas de coordinación en otras regiones. Por ejemplo, en la Provincia China de Taiwán se han celebrado dos reuniones de varios días sobre las líneas telefónicas de ayuda de Asia y el Pacífico. En ellas se intercambió información sobre las mejores prácticas y se examinaron pruebas científicas. La primera se realizó en el 2007. La segunda se celebró en el 2010 y se creó una red más oficial de líneas telefónicas de ayuda de Asia y el Pacífico. Se ha pensado celebrar una reunión anual de la red. La próxima se realizará en el 2011 en la República Popular Democrática de Corea. Australia tiene un grupo de directivos de la línea telefónica de ayuda nacional y el grupo conjunto de Australia y Nueva Zelandia se comunica periódicamente por teleconferencia para intercambiar información y desarrollar normas mínimas.

10. Conclusiones

Si bien este manual y sus apéndices contienen abundante información, los directivos de futuras líneas telefónicas de ayuda no deben sentirse abrumados por el trabajo que entraña la creación y perfeccionamiento de una línea de apoyo. Aun las líneas de ayuda de mayor magnitud, que actualmente prestan servicios a cientos de miles de personas por año, se iniciaron con pocos recursos, y en muchos casos con solo un puñado de orientadores, un teléfono sencillo y sistemas de registro en papel. Aunque es útil aprender de la experiencia de otros y planificar teniendo en cuenta la situación local y las metas a largo plazo, ¡también es importante ponerse en marcha! (Para una breve lista de verificación de lo que se necesita para empezar, véase el apéndice 10).

Hay muchas organizaciones y personas de todo el mundo que cuentan con amplia experiencia en el establecimiento, operación y evaluación de las líneas telefónicas de ayuda y que estarían dispuestas a compartir lo que han aprendido. De ser necesario, la lista de recursos que figura en el manual servirá para buscar asistencia técnica y formular consultas.

Las líneas telefónicas de ayuda más eficaces no son servicios aislados sino programas integrados, que prestan servicios no solo a las personas que llaman sino que contribuyen también a alcanzar una meta más amplia como es la de reducir la tasa del consumo de tabaco en la población. Lo logran analizando cómo puede ayudar la existencia de estas líneas telefónicas a promover un aumento en los intentos por abandonar el tabaco y movilizar al sistema de atención de salud en general y los programas de tratamiento de la adicción al tabaco a que ayuden a los consumidores a abandonarlo definitivamente.

11. Recursos⁶

11.1 Líneas telefónicas de ayuda de carácter general

North American Quitline Consortium (NAQC)

Sitio web: <http://www.NAQuitline.org>

El sitio web del NAQC es una rica fuente de información sobre de las líneas telefónicas de ayuda de los estados y provincias, y sobre las estrategias que se están usando para ayudar a los fumadores del Canadá y los Estados Unidos de América (EUA) a que abandonen el tabaco.

A continuación se presenta información sobre las páginas web más útiles para la comunidad mundial.

Sobre las líneas telefónicas de ayuda: <http://www.naquitline.org/?page=aboutquitlines> proporciona información sobre las líneas telefónicas de ayuda en el Canadá y los EUA. La información se obtiene de la encuesta anual del NAQC a las líneas telefónicas de ayuda y se remonta al 2004. En un mapa se brinda un panorama de los servicios de líneas telefónicas de ayuda en cada una de las 64 líneas telefónicas de ayuda de los estados y las provincias.

Mejora de la calidad: <http://www.naquitline.org/?page=qi> De interés para los que operan o supervisan líneas telefónicas de ayuda. Describe los esfuerzos del NAQC para promover la normalización de los métodos de recopilación de datos y análisis en todas las líneas telefónicas de ayuda y la adopción de mejores prácticas. Explore esta sección para analizar documentos sobre:

- Un marco para mejorar la calidad;
- Norma recomendada por el NAQC para medir las tasas de abandono del tabaco;
- Norma recomendada por el NAQC para medir el alcance;
- Recomendaciones para aumentar el alcance, y
- Examen de los datos probatorios y la práctica de integrar los medicamentos a las líneas telefónicas de ayuda.

Investigación y conjuntos de datos: <http://www.naquitline.org/?page=researchdatasets>. Se centra en la encuesta anual del NAQC sobre líneas telefónicas de ayuda (que se remonta al 2004) y el Conjunto Mínimo de Datos. En la encuesta anual se hace referencia a los niveles de financiamiento, los tipos de servicios y la utilización de líneas telefónicas de ayuda. En el Conjunto Mínimo de Datos se indican las preguntas básicas habituales que se formulan en la llamada inicial de un usuario y las preguntas de seguimiento utilizadas por todas las líneas de América del Norte.

La subsección sobre la encuesta anual de líneas telefónicas de ayuda incluye preguntas para cada encuesta, cuadros de datos, presentaciones de PowerPoint y las preguntas más frecuentes. En la subsección Conjunto Mínimo de Datos se catalogan los documentos técnicos, incluidas las preguntas de líneas telefónicas de ayuda formuladas en la llamada inicial y en las llamadas de seguimiento, una guía de ejecución del Conjunto Mínimo de Datos, una lista de verificación y las preguntas más frecuentes.

⁶ La mayoría de estos recursos se encuentran disponibles sólo en inglés.

Publicaciones y recursos: <http://www.naquitline.org/?page=pubres> quizás sea la sección más útil del sitio web. Explore esta sección y encontrará:

- Comunicaciones de miembros como el boletín informativo electrónico del naqc, boletines electrónicos sobre temas importantes y avisos para los operadores líneas telefónicas de ayuda sobre promociones venideras;
- Documentos temáticos exhaustivos sobre las tasas de abandono, el alcance, los medicamentos y otros temas importantes;
- Estudios de casos sobre las líneas telefónicas de apoyo;
- Artículos e informes;
- Notas descriptivas y otros documentos breves;
- El libro policy playbook, sobre cómo promueven sus servicios las líneas telefónicas de apoyo cuando aumentan los impuestos al tabaco y cuando se promulgan nuevas leyes sobre el humo ajeno, y
- Herramientas y recursos que pueden encontrarse en la internet sobre capacitación y abandono del tabaco.

European Network of Quitlines (ENQ)

Sitio web: <http://www.enqonline.org>

El sitio web de la ENQ incluye información acerca de su historia, sus miembros actuales, y algunos otros recursos útiles.

Página informativa sobre recursos: <http://www.enqonline.org/public/resources/index.php>, con enlaces a las guías de mejores prácticas.

- La Guide to Best Practice de la ENQ, que tiene por objeto promover las mejores prácticas en el desarrollo, la prestación de servicios y las investigaciones de las líneas telefónicas de ayuda en toda Europa, a fin de prestar un servicio óptimo a los fumadores y potenciar al máximo las repercusiones sobre su conducta.
El Social Exclusion Resource Pack, dirigido a promover las mejores prácticas en la elaboración de estrategias eficaces para llegar y apoyar a las comunidades socialmente excluidas, que no están accediendo a los servicios más comunes de ayuda para abandonar el tabaco.
- *Guidelines to Best Practice for Smoking Cessation Websites*, que puede encontrarse en la página de artículos, <http://www.enqonline.org/public/articles/viewarticle.php?id=18>

Página de artículos: <http://www.enqonline.org/public/articles/index.php>, con informes, presentaciones en conferencias, seminarios de adiestramiento y estudios de investigación acerca de la ENQ, como:

- El *ESCHER Report del 2008* (informe sobre las investigaciones de evaluación de las líneas telefónicas de ayuda europeas), en el que se documentan los resultados de un estudio comparativo sobre el alcance y la eficacia de las líneas telefónicas de ayuda de ocho países de la Unión Europea;
- Un estudio sobre las repercusiones que ha tenido el hecho de colocar los números de las líneas telefónicas de ayuda en los paquetes de cigarrillos (*Impact of Quitline Telephone Numbers on Cigarette Packets*);

-
- presentaciones de la ENQ desde el 2007 hasta el 2009 en las siguientes conferencias: European Conference on Tobacco or Health (ECTO) y European Network of Quitlines (ENQ) Conference, y
 - Actas y materiales de seminarios y programas de capacitación sobre las desigualdades de salud relacionadas con el tabaco, el aumento de la capacidad y otros temas de interés.

Página de los miembros: <http://www.enqonline.org/public/members/index.php>, con la lista de los 29 países miembros del ENQ y enlaces al principal número de teléfono y otra información de contacto para cada una de las líneas telefónicas de ayuda.

Tiene una función mediante la cual, de cada página web de contactos de un país, los proveedores de asistencia sanitaria o los amigos de los fumadores pueden hacer clic para que se envíe un correo electrónico con el número de teléfono de las líneas de ayuda de ese país a sus pacientes u otras personas a las que desean ayudar a abandonar el tabaco.

Líneas telefónicas de ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Sitio web: http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/quitlines/

A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA, Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Sociales, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y Oficina sobre Tabaco y Salud, 2004.

[Esta es una guía de recursos del 2005 para líneas telefónicas de ayuda desarrolladas por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, que puede bajarse del sitio web. Abarca todos los temas, desde la promoción, pasando por la firma de contratos con los proveedores hasta la contratación de personal y la calidad y la evaluación.]

11.2 Tratamientos de la adicción al tabaco en general

Treatobacco

Sitio web: <http://www.treatobacco.net>

Treatobacco.net es administrada por la Society for Research on Nicotine and Tobacco, conjuntamente con la Unión Internacional contra el Cáncer y la Fundación Interamericana del Corazón. Actualmente, se puede acceder al contenido básico en 11 idiomas: alemán, árabe, checo, chino, español, francés, inglés, italiano, japonés, portugués y ruso.

11.3 Investigación y evaluación⁷

North American Quitline Consortium (NAQC)

Sitio web: <http://www.naquitline.org/>

El Conjunto Mínimo de Datos para la evaluación de líneas telefónicas de ayuda: <http://www.naquitline.org/?page=mds>

⁷Disponible sólo en inglés.

11.4 Promoción

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Sitio web: <http://www.cdc.gov/tobacco/index.htm>

Un sitio web de carácter general sobre el consumo de tabaco.

Centro de recursos para las campañas de los medios de difusión: http://www.cdc.gov/tobacco/media_communications/, incluye las competencias y los incentivos para abandonar el tabaco.

Para un examen del mercadeo social, véase el capítulo 9 de la guía de los CDC, *Promoting quitlines*: http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation//quitlines

American Legacy Foundation

Sitio web: <http://www.becomeanex.org>

Creada para apoyar a los fumadores a abandonar el consumo mediante la promoción de una imagen por la cual los fumadores piensan que ser un “exfumador” es algo positivo en lugar de negativo.

Un documento de posición titulado *Increasing reach of tobacco cessation quitlines, a review paper of the literature and promising practices*: http://www.naquitline.org/recurso/resmgr/issue_papers/naqc_issuepaper_increasingre.pdf

11.5 Atención de salud

Capacitación en línea sobre derivaciones por fax

Sitio web: <http://www.faxreferral.org>

Brinda más información para los proveedores de asistencia sanitaria sobre los procedimientos de derivación por fax a una línea telefónica de ayuda.

The Smoking Cessation Leadership Center (SCLC)

Sitio web: <http://smokingcessationleadership.ucsf.edu/index.htm>

Su meta es aumentar tasas de abandono del tabaco y aumentar el número de profesionales de la salud que ayudan a los fumadores a dejar el tabaco mediante la creación de alianzas con diversos grupos y organizaciones, incluidas las líneas telefónicas de ayuda. Uno de los principios centrales del SCLC es facilitar lo más posible a los proveedores de asistencia sanitaria el abordaje de la dependencia del tabaco en sus consultas usando el paradigma de Averiguar, Aconsejar y Referir.

30 Seconds To Save A Life: <http://smokingcessationleadership.ucsf.edu/30seconds.htm>

Promueve y presta apoyo y materiales a los médicos clínicos y su personal para que reconozcan a los pacientes fumadores, les recomienden abandonar el tabaco y los deriven a una línea telefónica de ayuda. Los recursos incluyen herramientas gratuitas o de bajo costo que pueden pedirse en el sitio web.

Rx for Change Continuing Education Programs

Sitio web: <http://rxforchange.ucsf.edu/>

The Smoking Cessation Leadership Center también patrocina y tiene materiales para los programas gratuitos educación permanente para médicos y programas de educación permanente, incluyendo diapositivas de PowerPoint, folletos para la audiencia y segmentos de video que se envían por correo para capacitar a los estudiantes, los médicos clínicos y los profesionales paramédicos.

11.6 Operación y gestión de proyectos

Westbay Engineers Limited

Sitio web: <http://www.erlang.com/>

Sistema de cálculo de las necesidades de personal tomando como base el volumen de llamadas:

<http://www.erlang.com/calculator/erlc/>

Project Management Institute

Sitio web: <http://www.pmi.org/>

American Management Association (AMA)

Sitio web: <http://www.amanet.org/>

Seminarios de gestión de proyectos:

<http://www.amanet.org/training/seminars/project-management-training.aspx>

11.7 La teoría en un vistazo

Instituto Nacional del Cáncer, Institutos Nacionales de Salud

Sitio web: <http://www.cancer.gov/>

Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice, a nivel de las personas, los grupos y la comunidad: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf>.

Bibliografía

- An LC et al (2006).** Benefits of telephone care over primary care for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*, 166:536–542.
- Anderson CM, Zhu SH (2000).** *The California smokers' helpline: a case study*. Sacramento, CA, California Department of Health Services.
- Anderson CM, Zhu SH (2007).** Tobacco quitlines: looking back and looking ahead. *Tobacco Control*, 16(Suppl. 1):i81–i86.
- Beck AT et al (1979).** *Cognitive therapy of depression*. Nueva York, NY, Guilford.
- Beck, AT (1991).** Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1:191–198.
- Bentz CJ et al (2007).** Provider feedback to improve 5A's tobacco cessation in primary care: a cluster randomized clinical trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 9:341–349.
- Borland R, Segan CJ (2006).** The potential of quitlines to increase smoking cessation. *Drug and Alcohol Review*, 25:73–78.
- Britt J et al (1994).** Implementation and acceptance of outreach telephone counseling for smoking cessation with nonvolunteer smokers. *Health Education Q*, 21:55–68.
- Burns DM (2000).** Smoking cessation: recent indicators of what's working at a population level. In: *National Cancer Institute. Population based smoking cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population, San Diego, CA, 8–9 June 1998*. Bethesda, MD, Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Sociales, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud, noviembre del 2000:1 a 24 (Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12).
- Butler AC et al (2006).** The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26:17–31.
- Carlini, B et al (2009).** *Integrating tobacco cessation interventions into the routine of care in rural settings. The value of prevention. Annual Meeting of the American College of Preventive Medicine, Los Angeles, CA, 11 a 14 de febrero del 2009* (Cartel No. 39).
- CDC (2004).** *Telephone quitlines: a resource for development, implementation, and evaluation*. Atlanta, GA, Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Sociales, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y Oficina sobre Tabaco y Salud, Edición definitiva.

- Carreras Castellet JM (2007).** Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento del tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Medicina Clinica (Barc)*, 128:247–250.
- Chan S et al (2009).** Short-term impact of new smoke-free legislation on the utilization of a quitline in Hong Kong. *Nicotine & Tobacco Research*, 11:356–361.
- Cummings KM et al (2006).** Free nicotine patch giveaway program: 12-month follow-up of participants. *American Journal of Preventive Medicine*, 31:181–184.
- Curry SJ et al (1998).** Utilization and cost effectiveness of smoking cessation services under four insurance coverage structures in a health maintenance organization. *New England Journal of Medicine*, 339:673–679.
- Deprey M et al (2009).** Using free patches to improve reach of the Oregon Quit Line. *Journal of Public Health Management and Practice*, 15:401–408.
- Fellows JL et al (2007).** Cost effectiveness of the Oregon quitline “free patch initiative.” *Tobacco Control*, 16(Suppl. 1):i47–i52.
- Fiore MC et al (2000).** *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline.* Rockville, MD, Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Sociales. Servicio de Salud Pública.
- Fiore MC et al (2008).** *Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline.* Rockville, MD, Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicios Sociales. Servicio de Salud Pública.
- Gilbert H, Sutton S (2006).** Evaluating the effectiveness of proactive telephone counselling for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Addiction*, 101:590–598.
- Gloaguen V et al (1998).** A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49:59–72.
- Hay et al (2004).** Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (CD000562).
- Hollis JF et al (2007).** The effectiveness and cost effectiveness of telephone counseling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. *Tobacco Control*, 16(Suppl. 1):i53–i59.
- Hollon SD et al (2005).** Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62:417–422.
- Koch W (2009).** As tax hits, smokers call ‘quitlines’ for help. *U.S.A. Today*, 4 de junio (http://www.usatoday.com/news/health/2009-04-02-smoking-hotlines_N.htm, consultado el 13 de junio del 2011).

- Levy DT et al (2010).** Reaching health people 2010 by 2013: a SimSmoke simulation. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(Suppl. 3):S373–S381.
- Maciosek MV et al (2006).** Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 31:52–61.
- Marlatt GA, Gordon JR (1985).** *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, NY, Guilford.
- Mathers CD, Loncar D (2006).** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3:e442.
- McAfee T (2007).** Quitlines: a tool for research and dissemination of evidence-based cessation practices. *American Journal of Preventive Medicine*, 33:S357–S367.
- McAfee TA (2008).** Nicotine patches and uninsured quitline callers. A randomized trial of two versus eight weeks. *American Journal of Preventive Medicine*, 35:103–110.
- Miller WR, Rollnick S (1991).** *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Nueva York, NY, Guilford Press.
- Miller CL et al (2009).** Impact on the Australian Quitline of new graphic cigarette pack warnings including the Quitline number. *Tobacco Control*, 18:235–237.
- Muramoto ML (2010).** Helpers program: a pilot test of brief tobacco intervention training in three corporations. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(Suppl. 3):S319–S326.
- NAQC (2008).** *The growing link between quitlines and chronic disease programs*. Phoenix, AZ, North American Quitline Consortium.
- NAQC (2009a).** *Increasing reach of tobacco cessation quitlines: a review of the literature and promising practices*. North American Quitline Consortium, Phoenix, AZ.
- NAQC (2009b).** *Measuring quit rates. Quality improvement initiative*. Phoenix, AZ, North American Quitline Consortium.
- Oberg M et al (2011).** Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377:139–146.
- O'Connor RJ et al (2008).** Using direct mail to prompt smokers to call a quitline. *Health Promotion Practice*, 9:262–270.
- Orleans CT et al (1991).** Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59:439–448.
- Ossip-Klein DJ et al (1991).** Effects of a smoker's hotline: results of a 10-county self-help trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59:325–332.

- Ossip-Klein DJ, McIntosh SM (2003).** Quitlines in North America: evidence base and applications. *American Journal of the Medical Sciences*, 326:201–205.
- PCHT (2003).** *Linking a network: integrate quitlines with health care systems*. Pacific Center on Health and Tobacco. Portland, OR.
- Quitline (2011).** Welcome to Quitline New Zealand, Wellington (<http://www.quit.org.nz/>, consultado el 25 de Julio del 2011).
- Schroeder SA (2005).** What to do with a patient who smokes. *JAMA*, 294:482–487.
- Sheffer MA et al (2010).** Creating a perfect storm to increase consumer demand for Wisconsin's tobacco quitline. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(Suppl. 3):S343–S346.
- Stead LF, Perera R, Lancaster T (2006).** Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3 (Article No. CD002850). doi: 10.1002/14651858.
- Swan GE et al (2003).** Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 163:2337–2344.
- Swan GE et al (2010).** Behavioral counseling and varenicline treatment for smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 38:482–490.
- Tinkelman D et al (2007).** Offering free NRT through a tobacco quitline: impact on utilisation and quit rates. *Tobacco Control*, 16(Suppl. 1):i42–i46.
- Toll BA et al (2010).** Randomized Trial: Quitline Specialist Training in Gain-Framed vs Standard-Care Messages for Smoking Cessation. *J Natl Cancer Inst*, 102:96–106.
- Tzelepis F et al (2009).** Active telephone recruitment to quitline services: Are nonvolunteer smokers receptive to cessation support? *Nicotine and Tobacco Research*, 10:1205–1215.
- WHO (2007).** *Lifting the evidence: gender and global tobacco*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/WHO_Gender_Sifting.pdf, consultado el 13 de junio del 2011).
- WHO (2008).** *Guidelines for implementation of Article 11 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Packaging and labelling of tobacco products)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11.pdf, consultado el 16 de junio del 2011).
- WHO (2009a).** *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2009b).** *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2010a).** Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO FCTC. Ginebra, Convenio

Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/fctc/guidelines.pdf>, consultado el 13 de junio del 2011).

WHO (2010b). Gender, women, and the tobacco epidemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599511_eng.pdf, consultado el 13 de junio del 2011).

WHO (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf, consultado el 11 de julio del 2011).

Warner KE et al (1996). Health and economic implications of a worksite smoking-cessation program: a simulation analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38:981–992.

Willemsen, MC, Simons C, Zeeman G (2002). Impact of the new EU health warnings on the Dutch quit line. *Tobacco Control*, 11:381–382.

Wilson N et al (2005). New smoke-free environments legislation stimulates calls to a national Quitline. *Tobacco Control*, 14:287–288.

World Bank (2004). *Tobacco quitlines at a glance*. Washington, DC (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobaccoQuitlines.pdf>, consultado el 13 de junio del 2011).

Zhu S-H et al (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:202–211.

Zhu S-H (2006). *Increasing cessation in the population: quit attempts versus successful quit attempts*. Artículo presentado en la 13ª Conferencia Mundial sobre el Tabaco y la Salud, 12 a 15 de julio del 2006, Washington, DC.

Zhu S-H et al (2010). Use of a smokers' quitline by Asian language speakers: results from 15 years of operation in California. *American Journal of Public Health*, 100:847–852.

Zhu S-H et al (2011). Quitline utilization rates of African-American and white smokers: the California experience. *American Journal of Health Promotion*, 25(Suppl. 5):S51–S58.

Apéndices

Apéndice 1. Consorcios, redes y situación mundial

La European Network of Quitlines (ENQ) es una iniciativa cuyo objeto es potenciar al máximo la colaboración entre todos los países miembros de la Unión Europea en la esfera del control del tabaco y la cesación. Los propósitos y los objetivos principales del ENQ son:

- promover y apoyar las líneas telefónicas de ayuda europeas como una intervención de salud pública eficaz clínicamente y en función de los costos, para ayudar a los fumadores europeos a abandonar definitivamente el tabaco;
- compartir conocimientos especializados y experiencia, difundir la base de datos probatorios e intercambiar las mejores prácticas;
- mejorar la calidad de los servicios en toda Europa mediante el establecimiento de normas;
- ayudar a quienes desean establecer nuevas líneas telefónicas de ayuda;
- aprovechar el éxito de los tres primeros años de la Red y ampliar la formulación y la promoción de normas de calidad en toda la European Network of Quitlines;
- evaluar la eficacia de las líneas telefónicas de ayuda que funcionan en toda Europa, evaluar qué factores contribuyen a su éxito y determinar qué tipo de asistencia buscan (y reciben) qué tipo de fumadores, y
- establecer la base de datos probatorios que apoyan la eficacia clínica y en función de los costos de las líneas telefónicas de ayuda como componente esencial de un programa integral de control del tabaco.

El North American Quitline Consortium (NAQC) busca unir a los interesados directos en las líneas telefónicas de ayuda y a quienes las financian, a los proveedores del servicio, a los investigadores y a las organizaciones nacionales del Canadá y los Estados Unidos, a fin de mejorar el acceso a los servicios líneas de ayuda y su calidad, para los residentes de la región. Estos esfuerzos tienen por objeto reducir el número víctimas de las enfermedades y las defunciones relacionadas con el tabaco en América del Norte.

La misión del consorcio es servir de organización de aprendizaje que:

- potencie al máximo el acceso, el uso y la eficacia de las líneas telefónicas de ayuda en América del Norte;
- sirva como un foro para vincular a quienes están interesados en las operaciones de las líneas telefónicas de ayuda, y
- ejerza un liderazgo y se convierta en una voz unificada para promover las líneas telefónicas de ayuda.

Se centra en la visión compartida y un programa común de todos los interesados directos, que muchas veces trascienden sus orígenes nacionales. La organización se interesa en resolver cuestiones prácticas, basándose en datos probatorios y haciendo hincapié en los resultados. El consorcio desempeña una función crucial en la difusión de la información sobre las mejores prácticas y también alienta a las líneas

telefónicas de ayuda a aplicar mejores prácticas. Los miembros del consorcio aportan conocimientos especializados sobre los contenidos y participan en todos los aspectos de las actividades de programas del NAQC.

Infraestructura: el NAQC tiene un consejo de administración, elegido por sus miembros, y una junta consultiva. Las operaciones son dirigidas por un Gerente General, que dirige a una pequeña plantilla y también coordina las actividades voluntarias.

Las principales iniciativas incluyen: la creación de un conjunto mínimo de datos, la realización de una encuesta anual, un sitio web integral público y de los miembros, la promoción de políticas, series de seminarios por la web y una reunión anual.

Cuadro 5. Resumen mundial de las prácticas de las líneas telefónicas de ayuda, desglosadas por país, 2010

PAIS	ENCUESTA DE LA OMS COMPLETA	LLAMADAS REACTIVAS Y PROACTIVAS	COBERTURA DE 75 A 100% DE LA POBLACIÓN	TRN ^A GRATUITO O DE BAJO COSTO	FUENTES DE FINANCIAMIENTO		VÍNCULOS CON EL SISTEMA DE SALUD	
					GOBIERNO	ONG		
1	Alemania	-	SÍ	SÍ	No	-	SÍ	-
2	Arabia Saudita	-	-	No	-	-	-	-
3	Argentina	SÍ	reactiva	SÍ	No	-	-	-
4	Armenia	-	-	-	-	-	-	-
5	Australia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍb
6	Austria	SÍ	SÍ	SÍ	-	SÍ	SÍ	SÍb
7	Bahrein	SI	reactiva	-	-	-	-	No
8	Barbados	-	-	SÍ	-	-	-	-
9	Bélgica	SÍ	SÍ	SÍ	No	SÍ	SÍ	SÍb
10	Brasil	SÍ	reactiva	SÍ	No	SÍ	No	SÍ
11	Bulgaria	-	-	SÍ	-	-	-	-
12	Canadá	-	SÍ	SÍ	No	-	-	-
13	Chipre	-	SÍ	-	No	-	SÍ	-
14	Cuba	SÍ	reactiva	No	No	-	-	SÍb
15	Dinamarca	SÍ	reactiva	SÍ	No	SÍ	SÍ	No
16	Emiratos Árabes Unidos	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	-	-
17	Eslovaquia	-	reactiva	-	No	SÍ	SÍ	-
18	Eslovenia	SÍ	reactiva	SÍ	No	-	SÍ	-
19	España	SÍ	SÍ	No	SÍc	SÍ	No	SÍ
20	Estados Unidos	-	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍb
21	Estonia	-	-	SÍ	-	-	-	-
22	Finlandia	-	reactiva	SÍ	No	SÍ	SÍ	-
23	Francia	SÍ	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	SÍb
24	Georgia	SÍ	reactiva	-	No	-	-	SÍb
25	Haití	-	-	-	-	-	-	-
26	Honduras	-	-	SÍ	-	-	-	-
27	Hungría	-	reactiva	SÍ	No	SÍ	-	-
28	Irán	SÍ	SÍ	No	No	-	-	-
29	Irlanda	-	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	-
30	Islandia	-	SÍ	SÍ	No	SÍ	SÍ	-
31	Israel	-	-	SÍ	-	-	-	-
32	Italia	SÍ	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	No

Continúa

Cuadro 5. (Continuación)

PAÍS	ENCUESTA DE LA OMS COMPLETA	LLAMADAS REACTIVAS Y PROACTIVAS	COBERTURA DE 75 A 100% DE LA POBLACIÓN	TRN ^a GRATUITO O DE BAJO COSTO	FUENTES DE FINANCIAMIENTO		VÍNCULOS CON EL SISTEMA DE SALUD	
					GOBIERNO	ONG		
33	Kazajstán	-	-	-	-	-	-	-
34	Kirguistán	-	-	SÍ	-	-	-	-
35	Malta	SÍ	reactiva	SÍ	No	SÍ	-	-
36	México	-	-	SÍ	-	-	-	-
37	Micronesia, los Estados Federados de	-	-	No	-	-	-	-
38	Noruega	-	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	-
39	Nueva Zelandia	-	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	-
40	Países Bajos	-	SÍ	SÍ	No	SÍ	SÍ	-
41	Polonia	SÍ	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	-
42	Portugal	-	reactiva	-	No	-	SÍ	-
43	Reino Unido	-	SÍ	SÍ	No	SÍ	SÍ	SÍ ^b
44	República Checa	SÍ	reactiva	-	No	SÍ	SÍ	-
45	República de Corea	SÍ	SÍ	SÍ	No	-	-	SÍ ^b
46	República Democrática Popular Lao	-	-	No	-	-	-	-
47	Rumania	SÍ	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	-
48	Senegal	-	-	No	-	-	-	-
49	Singapur	SÍ	SÍ	SÍ	No	-	-	-
50	Sudáfrica	SÍ	reactiva	No	No	SÍ	SÍ	No
51	Suecia	-	SÍ	SÍ	No	SÍ	-	-
52	Suiza	-	reactiva	SÍ	No	SÍ	-	-
53	Uruguay	-	-	SÍ	-	-	-	-
TOTAL DE SÍ		21	23	34	5	24	17	11

- no se dispone de datos (los datos disponibles se basaban en informes propios y no han sido comprobados en forma independiente).

^a TSN, tratamiento de sustitución con nicotina.

^b Todos los miembros de la red de la European Quit Network de la Unión Europea (EQN) han exigido advertencias sanitarias rotatorias en los envases de cigarrillos, una de las cuales incluye el número de teléfono de la línea telefónica de ayuda.

^c Algunas regiones y grupos.

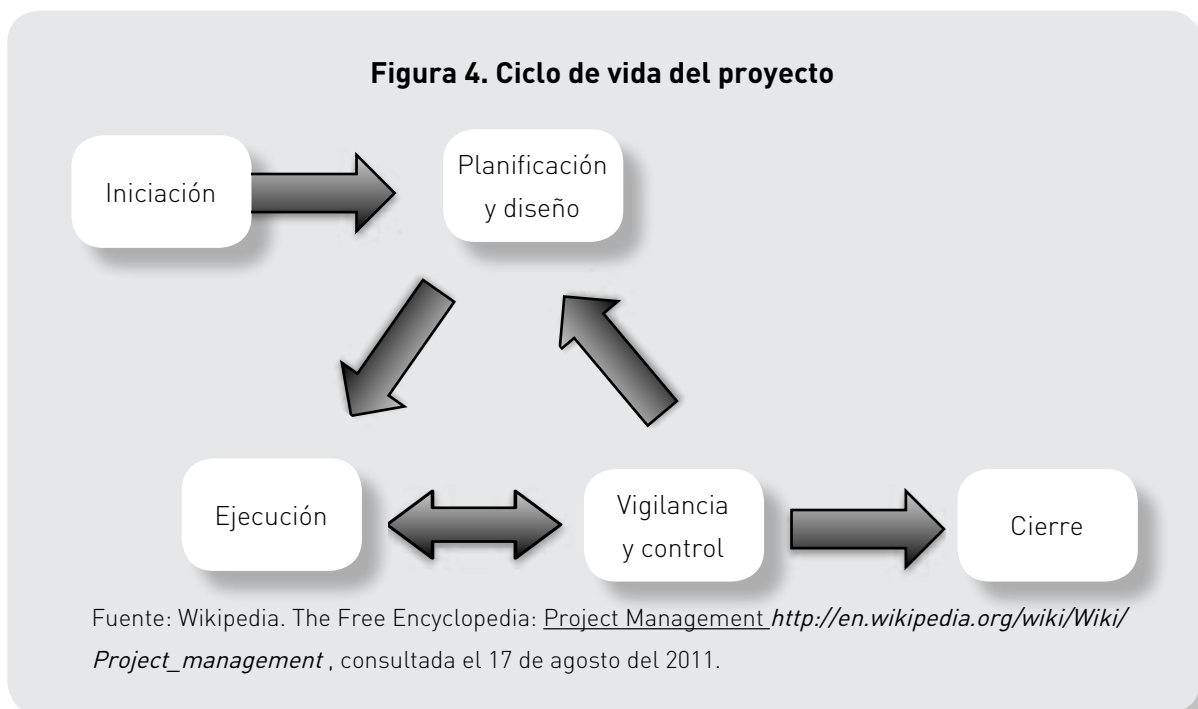
Apéndice 2. Uso de la gestión de proyectos para poner en marcha o mejorar una línea telefónica de ayuda

Como se ha señalado, aunque se tengan los mejores protocolos y planes, la puesta en funcionamiento de una línea telefónica de ayuda es un emprendimiento complejo. Hay una herramienta que da excelentes resultados para lograr que converjan entre sí todos los elementos necesarios es la gestión de proyectos. Este enfoque puede usarse tanto para la puesta en funcionamiento de una línea telefónica de ayuda como para administrar nuevos elementos o cambios en los servicios.

¿Qué es un proyecto?

Un proyecto es un emprendimiento único y temporal mediante el cual se puede crear un producto, prestar un servicio u obtener un resultado.

Un proyecto tiene una fecha de comienzo y una fecha de finalización especificados. El ciclo de vida de un proyecto está caracterizado por cinco etapas: la iniciación, la planificación y el diseño, la ejecución, la vigilancia y el control y el cierre. La iniciación es la primera etapa, en la que se define un concepto o un entregable, con lo que se pone en marcha el proyecto (véase la figura 4). La planificación y el diseño conceptualizan las tareas necesarias para suministrar los entregables. La ejecución es la etapa en la que se accionan las tareas descritas en la etapa de planificación. Mediante la vigilancia y el control se evalúa la calidad de las tareas y los entregables del proyecto. Por último, el cierre marca la finalización del proyecto y la liberación de los entregables del proyecto.



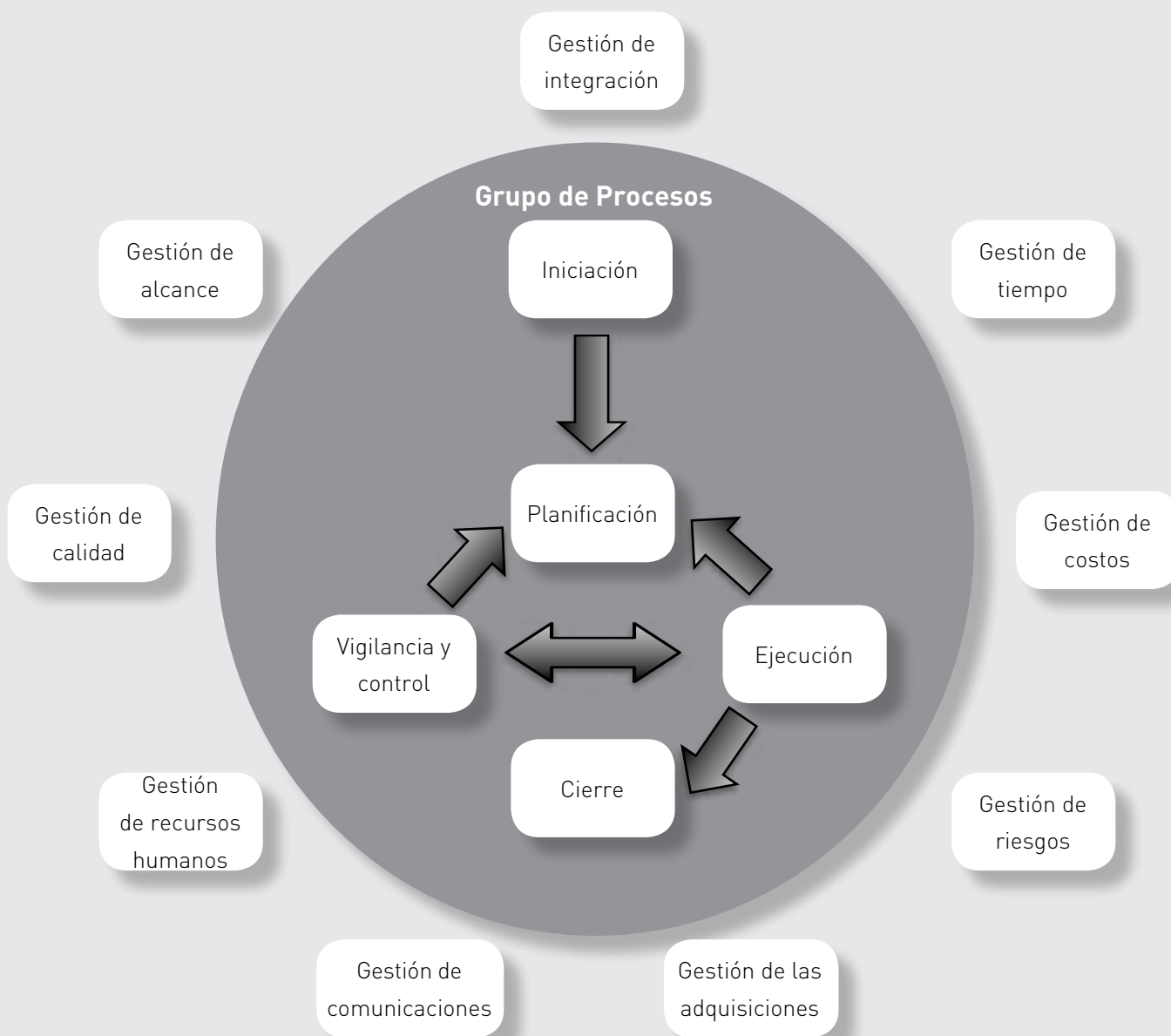
¿Qué es la gestión de proyectos?

En la gestión de proyectos se aplican un conjunto de aptitudes, herramientas y métodos al ciclo de vida del proyecto.

Mediante el uso de los procedimientos y las técnicas de nueve esferas del conocimiento, la gestión de proyectos garantiza una mayor probabilidad de que un proyecto permitirá producir los entregables esperados, de calidad adecuada, en los plazos previstos y sin excederse del presupuesto, independientemente de la magnitud y complejidad del proyecto (véase la figura 5).

- **Gestión de la integración:** hace hincapié en el establecimiento un plan de proyecto viable, una carta del proyecto, así como una declaración sobre el alcance. Mediante la gestión de integración también se vigila y controla el plan, de manera que puedan determinarse las repercusiones sobre otras esferas del conocimiento si cambia el plan del proyecto.
- **Gestión del alcance:** se ocupa de la planificación, la creación, la protección y el cumplimiento del alcance del proyecto. Mediante la gestión del alcance también se decide cómo o cuándo se puede cambiar el alcance, o si es posible hacerlo.
- **Gestión del tiempo:** se ocupa de ajustar las actividades al cronograma del mismo. Mediante la gestión del tiempo también se calculan cronologías para los hitos del proyecto durante su desarrollo.
- **Gestión de los costos:** en esta esfera del conocimiento se aborda el presupuesto y el cálculo y control de los costos.
- **Gestión de la calidad:** cada proyecto debe evaluarse conforme a determinadas normas de calidad a fin de velar por la realización de todos los entregables y hace hincapié en la calidad, la garantía y el control de la planificación.
- **Gestión de los recursos humanos:** se ocupa de la contratación de personal y el desarrollo de los equipos.
- **Gestión de las comunicaciones:** se ocupa de los detalles de cómo se comunica la información y las actualizaciones, y la frecuencia con que se hace. Las comunicaciones revisten una importancia fundamental para los interesados directos del proyecto, que lo están patrocinando pero no pueden participar en las actividades diarias.
- **Gestión de riesgos:** se ocupa de planificar para prevenir riesgos, analizar las posibilidades y vigilar y controlar los riesgos que pueden surgir.
- **Gestión de las adquisiciones:** esta esfera del conocimiento se centra en las necesidades de un proyecto y los servicios prestados por diversas fuentes. También se ocupa de los procesos de seleccionar y encontrar abastecedores y negociar los contratos.

Figura 5. Esferas de conocimiento en la gestión de proyectos



Fuente: Wikipedia Project Management Knowledge Areas
(http://it.wikipedia.org/wiki/File:Project_Management_Knowledge_Areas.jpg, consultada el 17 de agosto del 2011).

Mediante la gestión de proyectos también se vigilan las actividades diarias, se manejan y vigilan los objetivos y las metas de calidad y se distribuye información al equipo del proyecto. La gestión de proyectos desempeña un papel preponderante en la motivación, la comunicación y la solución de problemas, en condiciones ideales gracias al impulso de un grupo o equipo que comprenda acabadamente el entorno en el que se desarrolla el proyecto (físico, cultural y político), posea conocimientos generales de gestión y tenga aptitudes para las relaciones interpersonales a fin de resolver problemas, negociar y poder comunicarse adecuadamente.

Para más información sobre gestión de proyectos, consulte los siguientes sitios web

Project Management Institute: <http://www.pmi.org/Pages/default.aspx>

American Management Association (AMA):

<http://www.amanet.org/training/seminars/project-management-training.aspx>

Definición de gestión de proyectos en la Wikipedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Project_management

Apéndice 3: Ejemplo abreviado de una convocatoria de ofertas para una línea telefónica de ayuda

1. Nombre de la línea telefónica de ayuda (país, estado, provincia, etc.) y organizaciones que emitieron la convocatoria de ofertas.
2. Finalidad de la convocatoria de ofertas
 - a. "La finalidad de esta convocatoria de ofertas es celebrar un acuerdo de subvención con una empresa capaz de realizar tamizajes y evaluaciones del consumo de tabaco, suministrar materiales de apoyo y parches de TRN, ocuparse de las derivaciones a los programas comunitarios de cesación y un servicio de orientación proactiva de tratamiento de la adicción al tabaco en todo el estado, mediante una línea telefónica de ayuda gratuita."
3. Antecedentes.
 - a. "Desde el [fecha] el [la][entidad] ha financiado un programa integral de control y prevención del tabaco de alcance nacional, que incluye líneas telefónicas proactivas...", o, "El [la] [entidad] reconoce que el consumo de tabaco es una causa evitable de muerte y enfermedad...etc.", y
 - b. reseña sobre los socios, como los proveedores de medios de difusión, los evaluadores y las alianzas y las expectativas de colaboración del proveedor de la línea de ayuda con estas entidades;
4. Financiamiento disponible. especifique si el financiamiento es anual o por la duración del contrato (por ejemplo, dos años).
 - a. Divida la cifra por el número de personas que recibirán servicios de orientación y medicación, y
 - b. Describa cómo se efectuará el pago al proveedor (por ejemplo, mensualmente) y cualquier contingencia asociada con el pago, como que la línea telefónica de ayuda debe cumplir obligatoriamente con determinados niveles de servicio.
5. La duración del acuerdo de subvención (por ejemplo, desde el 2 de julio del 2010 hasta el 30 de junio del 2012).
6. La posibilidad de que los oferentes presenten preguntas. Las respuestas se entregarán una semana después de la fecha fijada para la presentación de las preguntas de los oferentes.
7. Alcance de los servicios.
 - a. Protocolos de prestación de los servicios:
 - i. qué personas reúnen las condiciones para recibir los servicios de la línea telefónica de ayuda (todos los consumidores de tabaco o solo los fumadores; solo los consumidores de tabaco o las personas que llaman en su nombre (por ejemplo, miembros de la familia);
 - ii. número de sesiones de orientación y si estas son de reactivas (llamadas realizadas a la línea) o proactivas (llamadas realizadas por la línea a los consumidores de tabaco);
 - iii. protocolos de apoyo a las decisiones de suministrar medicamentos (discutir las alternativas);
 - iv. necesidad de supervisión médica o habilitaciones necesarias, y
 - v. requisitos de competencia en cuestiones culturales y servicios requeridos para poblaciones especiales o prioritarias, como protocolos o listas de llamadas para las poblaciones prioritarias.
 - b. Requisitos tecnológicos de los sistemas:
 - i. sistema telefónico con sistemas de gestión de llamadas, que tenga en cuenta el seguimiento de las llamadas y los niveles del servicio;
 - ii. sistemas de computación, y
 - iii. seguridad de los datos y planes de contingencia.
 - c. Horario de atención (días, horas por día, días feriados en los que la línea telefónica de ayuda puede cerrar, etc.).
 - d. Volúmenes previstos de llamadas a las líneas telefónicas de ayuda (por año, mes o semana).

- e.** Descripción de cómo debe procederse cuando el volumen de llamadas es elevado (con un ejemplo).
 - f.** Requisitos de personal:
 - i.** Aptitudes profesionales por tipo de trabajo (es decir, orientadores, supervisores, etc.).
 - g.** Capacidad en materia de idiomas: si las llamadas deben hacerse en otros idiomas, ¿las pueden traducir traductores contratados o la línea de ayuda debe contratar orientadores que hablen los otros idiomas con fluidez?
 - h.** Indique si se requieren servicios basados en la web para los consumidores de tabaco.
 - i.** Requisitos de nivel de servicio:
 - i.** el nivel de servicio (tiempo de respuesta a las llamadas y tiempo tras el cual se abandona la llamada), elementos mensurables de las respuestas a los mensajes telefónicos, duración de las llamadas de orientación, requisitos que debe cumplir cualquier envío por correo de medicamentos o materiales impresos, etc.
 - j.** Derivación a los recursos de la comunidad.
 - k.** Materiales impresos para los usuarios:
 - i.** idioma, niveles de alfabetización, poblaciones especiales, etc.
 - l.** Promoción de la línea telefónica de ayuda (el proveedor tiene alguna obligación de promover la línea telefónica de ayuda, participar en promoción o este tema estará a cargo de la entidad contratante).
 - m.** Recopilación de datos y requisitos en materia de presentación de informes.
 - n.** Evaluación de las tasas de abandono del tabaco y de la satisfacción (hecha por el proveedor o trabajando con un tercero).
 - o.** Vigilancia de la calidad a cargo del proveedor de la línea telefónica de ayuda.
 - p.** Expectativas de comunicación con la entidad encargada del financiamiento.
- 8.** Convocatoria de ofertas y antecedentes de las empresas:
- a.** referencias (cartas o información de contacto);
 - b.** afiliaciones;
 - c.** no debe tener ninguna relación con la industria tabacalera, y
 - d.** cumplimiento de las prácticas de tratamiento basado en datos probatorios.
- 9.** Formato de las propuestas presentadas:
- a.** número de páginas, tamaño de la fuente y a doble espacio;
 - b.** persona de contacto en la línea telefónica de ayuda, dirección, números de teléfono y de fax y dirección de correo electrónico, etc.;
 - c.** sección de resumen;
 - d.** sección con los detalles de la respuesta;
 - e.** proyecto de presupuesto (detallado), y
 - f.** indique los números y el formato concretos que deben emplearse en la sección precios.
- 10.** Fecha y hora de entrega de la convocatoria de ofertas a la persona de contacto de la entidad contratante.
- 11.** Descripción de quién será la persona que trabajará diariamente en la línea telefónica de ayuda y la forma en que interactúa con la organización en su conjunto (servicios al cliente).
- 12.** Presentaciones orales, o posibilidades visitas *in situ* que permitan a la entidad contratante reunirse con las personas que están contratando.
- 13.** Ejemplo de por lo menos una intervención grabada.
- 14.** Términos y condiciones en formato Word, que permita su examen jurídico y proponer términos alternativos (acelera el proceso cuando se adjudica un contrato).

- 15.** La metodología preferida de facturación (por unidad, por llamada completada, tasa uniforme), incluidas las premisas sobre las que se elaboró el presupuesto, permitiendo que la entidad contratante compare a los proveedores en igualdad de condiciones.
- 16.** Flexibilidad en la convocatoria de ofertas para permitir que se agreguen servicios adicionales si los proveedores propusieran la incorporación de productos nuevos.
- 17.** Flexibilidad en la convocatoria de ofertas para permitir los aumentos de presupuesto sin tener que llamar a licitación para aumentar el monto del presupuesto.
- 18.** Orden de precedencia respecto a la convocatoria de ofertas, la propuesta y los términos acordados una vez adjudicada la licitación:
 - a.** lo primero debe ser el alcance del trabajo, luego la respuesta, luego la convocatoria de ofertas, ya que muchas veces el servicio que se presta puede diferir del descrito en la convocatoria una vez que el estado ha comprendido el nivel de servicio que puede brindar el proveedor.

Apéndice 4. Ejemplo de un protocolo de llamada

A continuación se hace una descripción sumaria de un protocolo de llamadas empleado en el Reino Unido para la intervención denominada "Together Plus" (un protocolo de múltiples llamadas proactivas) (véanse el cuadro 6 y la figura 6).

Si desea la documentación del protocolo, comuníquese con Andy McEwen a la dirección siguiente: *andy.mcewen@ucl.ac.uk*.

Reseña

Al igual que la mayoría de los casos de apoyo conductual, el contenido de estas llamadas incluirán elementos que: **establecen la relación terapéutica, aumentan la motivación** y generan **orientaciones prácticas**. Además, algunas de las llamadas incluirán la recopilación de datos y la emisión de cupones para los parches de nicotina.

Para el contenido de la intervención, los orientadores se guiarán parcialmente por las sugerencias que vean en la pantalla, pero se debe hacer lo posible por que el carácter de cada conversación telefónica esté orientada hacia el usuario. La capacitación de los orientadores en las intervenciones de Together Plus les dará los elementos para poder realizarlas y aprovechará las estructuras existentes de apoyo y supervisión para ayudarlos a desarrollar sus aptitudes.

Cuadro 6. Esquema de un protocolo de llamada de Together Plus, del Reino Unido

NÚMERO DE LLAMADA	OPORTUNIDAD DE LA LLAMADA	CONTENIDO DE LA LLAMADA
11.2 1	<p>Llamada de inscripción</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del programa 2. Confirme la admisibilidad, incluyendo la fecha de abandono del tabaco 3. Consentimiento informado 4. Recopilación de datos de referencia 5. Aleatorización y explicación de la estructura del programa 6. Converse sobre la medicación <i>(nota: ello puede incluir el suministro de un TRN cuando corresponda)</i> 7. Resuma la conversación y convenga la fecha de la próxima llamada <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>
7.1 1a	<p>Llamada anterior a la fecha fijada para abandonar el tabaco (1a) Dos semanas antes de la fecha establecida para la cesación. <i>(nota: esta llamada solo se realiza a quienes han fijado una fecha posterior a las tres semanas de la inscripción)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recordatorio de la estructura del programa 2. Confirme la intención de abandonar el tabaco, incluida la fecha <i>(nota: esto puede significar volver a fijar una fecha)</i> 3. Converse sobre la medicación 4. Resuma la conversación y convenga la fecha de la próxima llamada <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>
4.1 2	<p>Llamada anterior al intento de abandonar el tabaco Dos días antes de la fecha fijada</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida al programa y examen de lo que incluirá 2. Confirmar la fecha para abandonar el tabaco 3. Evaluar la situación pasada y presente del usuario en relación con el consumo de tabaco 4. Fortalezca la motivación 5. Refuerce la confianza del usuario en sí mismo 6. Converse sobre la medicación 7. Planificación de preparativos y resumen <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>
7.1 3	<p>Fecha fijada para abandonar el tabaco</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirme si el usuario ha dejado de fumar o está dispuesto a hacerlo y sobre el suministro de los medicamentos 2. Converse sobre los síntomas de abstinencia 3. Planificación de preparativos 4. Fortalezca la motivación* 5. Refuerce la confianza del usuario en sí mismo* 6. Resumen <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>

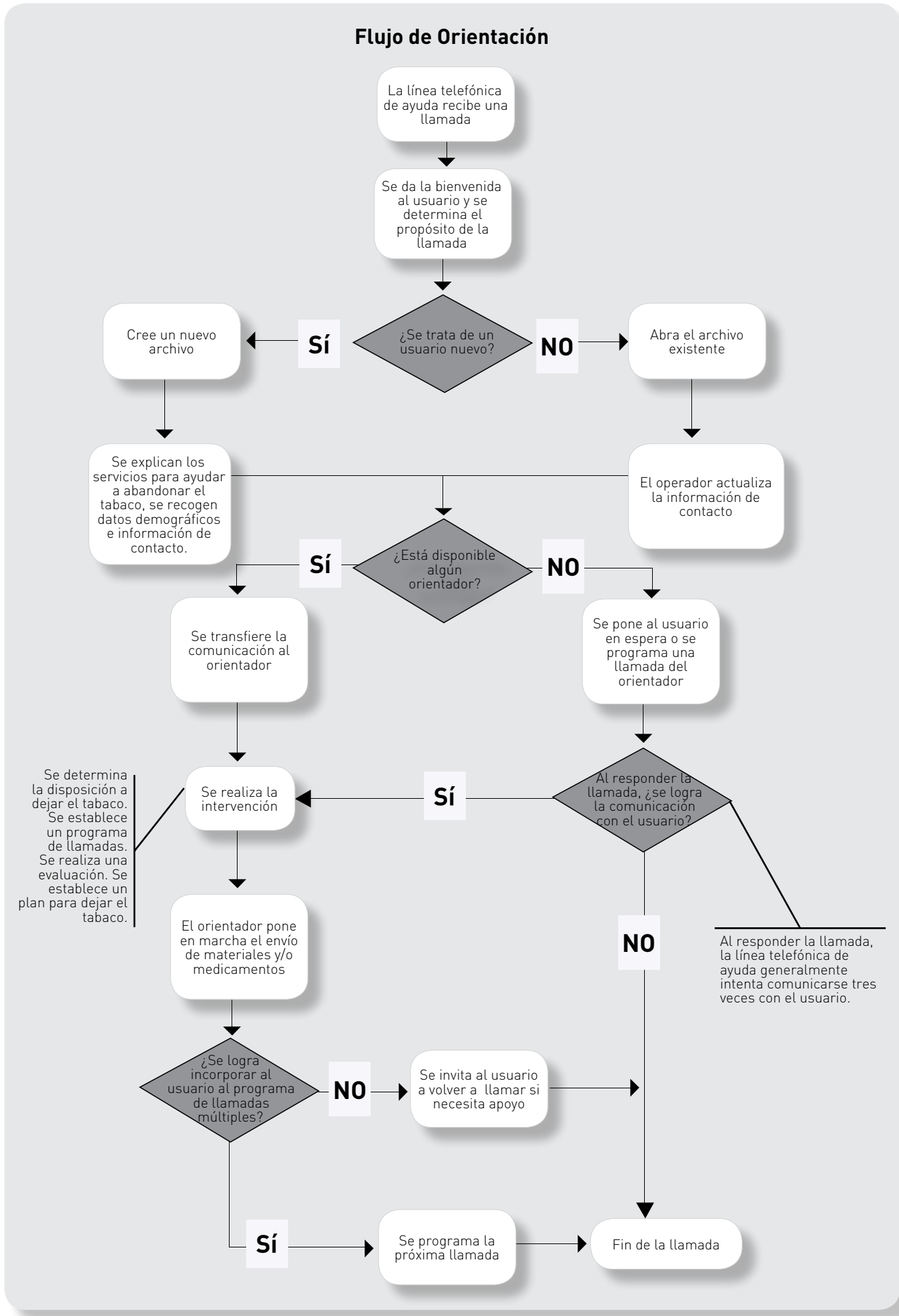
Continúa

Cuadro 6. (Continuación)

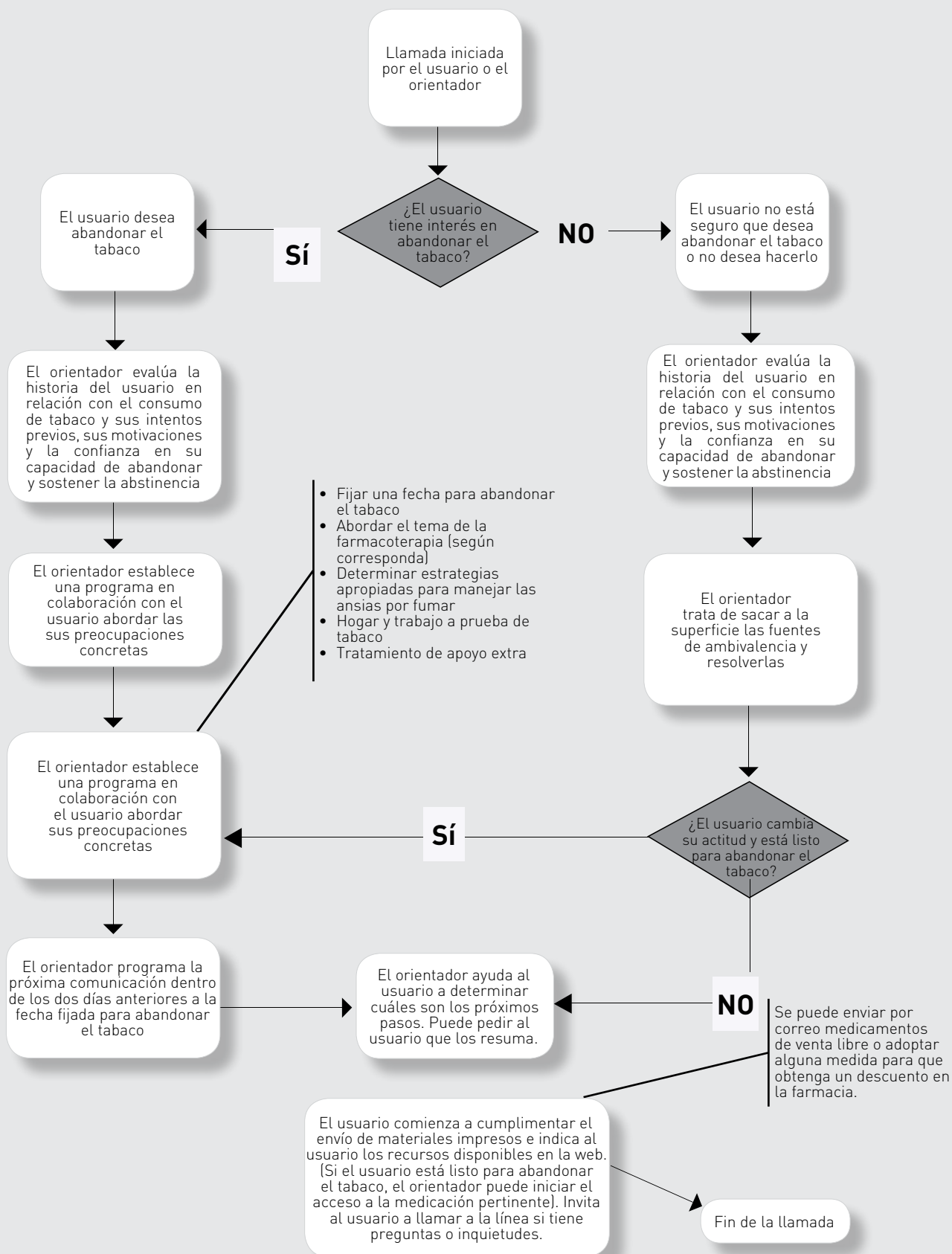
NÚMERO DE LLAMADA	OPORTUNIDAD DE LA LLAMADA	CONTENIDO DE LA LLAMADA
6.1 4	Llamada a los tres días	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúe la evolución del usuario 2. Converse sobre los síntomas de abstinencia 3. Examine las situaciones de alto riesgo, los traspies o las recaídas 4. Examine las estrategias para afrontar la situación 5. Converse sobre el uso y el suministro de medicamentos 6. Fortalezca la motivación y refuerce la confianza del usuario en sí mismo* 7. Resumen <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>
7.1 5	Llamada a los siete días	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúe la evolución del usuario 2. Converse sobre los síntomas de abstinencia 3. Examine las situaciones de alto riesgo, los traspies o las recaídas 4. Examine las estrategias para afrontar la situación 5. Converse sobre el uso y el suministro de medicamentos 6. Fortalezca la motivación y refuerce la confianza del usuario en sí mismo* 7. Resumen <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>
7.1 6	Llamada a los 14 días	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúe la evolución del usuario 2. Converse sobre los síntomas de abstinencia 3. Examine las situaciones de alto riesgo, los traspies o las recaídas 4. Examen de las estrategias para afrontar la situación 5. Converse sobre el uso y el suministro de medicamentos 6. Fortalezca la motivación y refuerce la confianza del usuario en sí mismo* 7. Resumen <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>
7.1 7	Llamada a los 21 días	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúe la evolución del usuario 2. Converse sobre los síntomas de abstinencia 3. Examine las situaciones de alto riesgo, los traspies o las recaídas 4. Examine las estrategias para afrontar la situación y los planes a largo plazo 5. Converse sobre el uso y el suministro de medicamentos 6. Fortalezca la motivación y refuerce la confianza del usuario en sí mismo* 7. Fortalezca la identidad del usuario como exfumador 8. Resumen 9. Informe sobre otras fuentes apoyo disponibles <p style="text-align: right;">El orientador ingresa las notas de la llamada</p>

* Fortalecer la motivación y reforzar la confianza del usuario en sí mismo son metas subyacentes de todas las llamadas.

Figura 6. Ejemplo de protocolo de flujo de llamadas (en las que quien responde a la llamada entrante no es el orientador).



Flujo de Intervención



Fuente: Intervención de Together Plus, Reino Unido.

Apéndice 5. Vigilancia de la calidad

La elaboración de un programa eficaz para vigilar la calidad puede dividirse en cuatro pasos.

1. Establezca las expectativas: determine la conducta que espera de los empleados.
2. Cree las herramientas de evaluación: organice las expectativas en categorías funcionales de los exámenes de las llamadas.
3. Establezca un proceso de evaluación: determine con qué frecuencia debe realizarse el examen y si es necesaria una calibración.
4. Utilice recursos tecnológicos para registrar las llamadas y crear una base de datos para la evaluación de las llamadas.

Cada uno de estos pasos se examinará con cierto detalle. Los ejemplos harán hincapié en la calidad de la orientación individual, pero pueden aplicarse los mismos principios a otros elementos del programa, como los elementos mensurables del centro de llamadas (es decir, la velocidad promedio de respuesta, la tasa de respuestas en vivo y la tasa con que se abandonan las llamadas). Quizá sea más fácil medir estos elementos mensurables si el sistema telefónico le aporta datos de manera automatizada. Será conveniente establecer metas de calidad a nivel de sistema, así como a nivel individual. El enfoque general para mejorar la calidad es centrar la atención sobre el perfeccionamiento de los diversos sistemas que repercuten sobre la calidad, como la capacitación, el apoyo informático y telefónico, la supervisión y el desarrollo de las operaciones.

1. Establecer las expectativas

Definir qué es lo que satisface las expectativas le posibilita premiar a los empleados por tener conductas compatibles con lo que usted desea para su programa. La definición de las conductas que no satisfacen las expectativas puede ayudarle a identificar a los empleados que no son adecuados para el trabajo. Cuando define en qué aspectos es preciso mejorar le da a los empleados la posibilidad de mejorar y tener éxito.

En primer lugar, defina con claridad la base de referencia para el personal. Decida qué conductas y aptitudes desea que se demuestren en cada llamada. Su programa de capacitación debe preparar a los empleados para que alcancen ese nivel de aptitudes. *Estas pueden ubicarse en la categoría "Cumple con las expectativas" en una herramienta de evaluación de llamadas.*

A continuación, determine qué conductas o aptitudes son inadmisibles. *Estas pueden ubicarse en la categoría "No cumple con las expectativas" en su herramienta de evaluación de llamadas.*

Por último, determine las aptitudes intermedias, que se ubican entre las expectativas inadmisibles y las deseadas. *Estas pueden ubicarse en la categoría "Debe mejorar" en su herramienta de evaluación de llamadas.*

2. Crear herramientas de evaluación

La herramienta de evaluación sirve para evaluar el desempeño del nivel de aptitudes del empleado y es una manera de medir las aptitudes y conductas demostradas durante las llamadas en comparación con la base de referencia de las expectativas (véase el cuadro 7).

Cuadro 7. Ejemplo de cómo pueden desglosarse las expectativas o conductas de referencia

CUMPLE CON LAS EXPECTATIVAS	NO CUMPLE CON LAS EXPECTATIVAS	DEBE MEJORAR
El empleado dice "por favor" y "gracias".	El empleado es grosero.	El empleado no dice "por favor" ni "gracias", pero no es grosero.

Organice su lista de expectativas y conductas de referencia en categorías conexas.

Por ejemplo, si una conducta de referencia es que el empleado diga "Gracias por llamar hoy" y otra conducta de referencia es que el empleado diga, "Esta llamada llevará cerca de 15 minutos", pueden organizarse en una categoría denominada "Presentación de las llamadas" (véase el cuadro 8).

Cuadro 8. Ejemplo de cómo la categoría de "Presentación de las llamadas" puede desglosarse en función de las expectativas

CATEGORÍA	CUMPLE CON LAS EXPECTATIVAS	NO CUMPLE CON LAS EXPECTATIVAS	DEBE MEJORAR
Presentación de las llamadas	Dice "Gracias por llamar hoy" y explica cuánto tiempo insumirá la llamada.	No dice "gracias llamar hoy" y no explica cuánto tiempo insumirá la llamada.	Dice "gracias por llamar hoy" pero no explica cuánto tiempo insumirá la llamada.

Después que haya creado la herramienta de evaluación, determine un sistema de calificación y normas de desempeño fijas. Una manera de evaluar a empleados es un sistema de calificación de "aprobado" o "no aprobado". Este tipo de sistema de calificación puede ayudarle a determinar qué empleados cumplen con las expectativas y los que no las cumplen. Otra manera de evaluar a los empleados es desarrollar un sistema de puntuación. Por ejemplo, "no cumple con las expectativas" puede corresponder a 0 puntos para esa categoría, mientras que "debe mejorar" puede corresponder a 1 punto y "cumple con las expectativas" otorga 2 puntos. Este tipo de sistema de calificación le da la posibilidad de asignar una puntuación general a la evaluación sobre la base del porcentaje de puntos logrados en relación con el total de puntos posibles y puede ayudarle a determinar en qué intervalo está cada empleado. Por ejemplo, puede ser útil para el programa saber cuántos de los empleados están obteniendo una calificación de 0% a 50%, cuántos obtienen 51% a 75% y cuántos 76% a 100% cada mes.

3. Establecer un procedimiento

Primero, tiene que decidir quién será responsable de la vigilancia de la calidad. Las alternativas son designar un empleado de supervisión, un puesto que se centra específicamente en la calidad, o a alguna persona de otra área. Nombrar un supervisor para vigilar la calidad tiene la ventaja de la sencillez, pero a medida que la línea telefónica de ayuda se amplía, separar la vigilancia de la calidad de las actividades de supervisión directa tiene otras ventajas. También es necesario determinar con qué frecuencia evaluar las llamadas. Es conveniente evaluar la calidad con la frecuencia suficiente como para poder descubrir los problemas a tiempo y no tener que depender de una única llamada a un orientador determinado para poder brindar retroalimentación a los orientadores a título individual. Sin embargo, una vigilancia demasiado frecuente puede agregar costos significativos sin agregar demasiado valor. Determine si desea que los empleados puedan predecir cuando se realizará una evaluación de las llamadas. También puede darle transparencia al proceso poniendo a disposición del personal las herramientas de evaluación para su examen y consulta. No se deben ocultar las normas de desempeño.

Calibración

Si habrá más de una persona evaluando las llamadas, es bueno establecer un procedimiento para calibrar a todos los evaluadores. O sea, conseguir que estos califiquen las llamadas de igual manera. Esto puede lograrse evaluando periódicamente las llamadas en grupo. Si el grupo evalúa las categorías de la misma manera significa que el grupo está bien calibrado. Si en el grupo se evalúan las categorías o las conductas de modo distinto, habrá que determinar por qué y llegar a un acuerdo con respecto a lo que debe ser la norma. Si los evaluadores están bien calibrados el procedimiento será mejor aceptado por el personal.

4. Utilizar la tecnología

Se puede utilizar software para registrar y almacenar las llamadas. Cuando examine las alternativas tecnológicas que existen en el mercado, piense si desea registrar todas las llamadas o solamente una selección realizada en forma aleatoria. El registro de todas las llamadas permite examinar todas las interacciones con los usuarios pero también requiere un sistema de almacenamiento de datos de gran capacidad. Otro aspecto que debe tener en cuenta es si desea poder ver la pantalla del empleado en el momento en que se hace el registro. Poder registrar lo que hacen los empleados en la pantalla de la computadora cuando interactúan con los usuarios puede aportar información valiosa que puede ayudar con los mensajes de orientación que se colocan en la pantalla y con la solución de los problemas técnicos. Muchas veces la tecnología de registro de llamadas también puede aportar un soporte centralizado para introducir y almacenar las evaluaciones de las llamadas de todos los empleados. Esto brinda la posibilidad de analizar las tendencias de la calidad y las eventuales necesidades en materia de capacitación.

Si las circunstancias no permiten un registro de llamadas, la vigilancia de la calidad puede hacerse simplemente escuchando las llamadas en vivo.

Apéndice 6. Herramientas de apoyo a la capacitación

Ejemplos de materiales de antecedentes de capacitación para los orientadores en la ayuda telefónica para abandonar el tabaco

Meta

Proporcionar un programa de instrucción para los orientadores que trabajan en el abandono del tabaco. La capacitación creará y reforzará las aptitudes necesarias para la actuación profesional.

La capacitación de estos orientadores debe incluir técnicas de intervenciones breves, principios de modelos de tratamientos intensivos y técnicas básicas de entrevistas motivacionales. Debe preparar a los orientadores para que puedan responder a los usuarios sin juzgarlos, con una comprensión de la disposición de cada persona para abandonar el tabaco (véase el cuadro 9).

Temas

- Dependencia de la nicotina
- Demografía del consumo de tabaco
- Enfermedades crónicas y consumo de tabaco
- Evaluación clínica, uso de medicamentos
- Técnicas de orientación
- Estrategias comprobadas de abandono del tabaco
- Prácticas de privacidad, ética
- Protocolos de crisis
- Consumo de tabaco entre poblaciones especiales (por ejemplo, embarazadas, jóvenes, personas con enfermedades crónicas y consumidores de tabaco sin humo)
- Servicio a los usuarios, profesionalismo
- Aptitudes con las aplicaciones de software

Resultados esperados

Al terminar el curso, el orientador podrá:

- Describir la epidemiología del consumo de tabaco y la fisiopatología de las enfermedades relacionadas con el tabaco;
- Describir y demostrar cómo aplicar información para instruir y motivar a los pacientes para que abandonen el tabaco;
- Describir cómo adaptar la intervención para los miembros de las poblaciones especiales (como las embarazadas, el orientador mismo, las personas con enfermedades crónicas y los consumidores de tabaco sin humo);
- Describir la base de datos probatorios de las distintas formas de tratamiento de la adicción al tabaco;
- Describir los componentes del modelo 5a y del modelo 2a y r y la manera en que el modelo integra diversos componentes del tratamiento entre las líneas telefónicas de ayuda y la atención de salud;

- Describir y aplicar los principios y los aspectos prácticos de la orientación conductual intensiva de los tratamientos de adicción al tabaco, incluida la creación de un plan para abandonar el cigarrillo, que aborda la fijación de una fecha para hacerlo, el desarrollo de aptitudes para afrontar la situación cuando se producen situaciones desencadenantes de los deseos de fumar, hacer que el entorno se vuelva a prueba de tabaco y a utilizar el apoyo social y los medicamentos de bajo costo;
- Describir y aplicar las técnicas básicas de las entrevistas motivacionales para alentar a los fumadores que todavía no están dispuestos a dejar;
- Describir los elementos de una evaluación inicial para obtener datos exactos de los usuarios sobre su situación respecto del consumo de tabaco y sobre los factores de su situación sanitaria y social que puedan influir en el tratamiento;
- Describir la función de los medicamentos de bajo costo en el tratamiento de la adicción al tabaco, qué medicamentos están disponibles y cómo someter a tamizaje a los pacientes e instruirlos en su utilización;
- Demostrar competencia para llevar a cabo una intervención sobre el abandono del tabaco con los usuarios, incluidas las actividades de seguimiento;
- Demostrar competencia para el ingreso simultáneo y exacto de datos y el examen de expedientes clínicos;
- Describir los temas más importantes relativos a la ayuda a los consumidores para que abandonen el tabaco, con inclusión de las políticas sociales, como los ambientes libres de humo, el precio del tabaco y el acceso a los servicios de tratamiento, que podrían obstaculizar el éxito de su trabajo.

Estructura del programa de capacitación

Cuadro 9. Ejemplos de tipos de capacitación y requisitos de aptitudes

TIPO DE CAPACITACIÓN	REQUISITOS
Capacitación de un empleado nuevo: especialistas en abandono del tabaco, personal de registro y supervisores	Se espera que antes de asumir sus funciones los nuevos orientadores en abandono del tabaco, el personal de registro y los supervisores tengan aptitudes en todas las especialidades y esferas de conocimiento necesarias para prestar servicios seguros, eficaces y eficientes a los usuarios.
Educación permanente	Cursos de educación permanente que reforzarán y mejorarán las aptitudes necesarias para el desempeño profesional
Ayudas para el trabajo	Ayuda para el trabajo (documental o electrónica) en el lugar donde los empleados prestan servicios
Apoyo en la pantalla	Temas de conversación incorporados a la base de datos para inducir el diálogo con determinadas poblaciones Incorporados a la pantalla de documentación
Capacitación	Capacitación personalizada para el desempeño, según sea necesario

Línea telefónica de ayuda de México: curso de capacitación en orientación telefónica del 2007

Patrocinado por el **North American Quitline Consortium**. Director, Gary Tedeschi

Contexto

Un curso de capacitación introductoria de cuatro días para orientadores, con dos días de práctica. Todos tenían sólidos antecedentes en psicología y ya estaban atendiendo comunicaciones telefónicas breves de orientación y derivación sobre el consumo o abuso de sustancias.

Objetivos del curso

- Individualizar los factores que inciden en el inicio, el mantenimiento y el abandono del tabaco.
- Formular claramente los principios de la orientación en líneas telefónicas de ayuda para la cesación.
- Aplicar los temas fundamentales de la intervención para promover el abandono del tabaco, incluidas la evaluación de la disposición a hacerlo, la realización de entrevistas motivacionales, la farmacoterapia y la prevención de recaídas.
- Demostrar las aptitudes necesarias para las actividades de orientación sobre el abandono del tabaco en las líneas telefónicas de ayuda.
- Individualizar las preguntas o temas fundamentales que habría que incluir en una intervención para el abandono del tabaco en las líneas telefónicas de ayuda.
- Practicar y aplicar los protocolos de orientación para abandonar el tabaco.

Esquema de capacitación para la orientación telefónica

Día 1

- La psicología del abandono del tabaco
 - ¿Por qué fuma la gente?
 - Proceso de abandonar el tabaco
 - Proceso de recaída
- Cómo aumentar el abandono del tabaco
 - Aumento de la tasa de intentos
 - Aumento de la probabilidad de que los intentos por dejar de fumar den resultado
- Función de la orientación telefónica en la cesación
 - Principios básicos
 - Datos probatorios de eficacia
- Abandono del tabaco para usuarios mexicanos
 - Consideración clave para el diseño de una intervención
 - Número de sesiones
 - Frecuencia de las sesiones
 - Contenido de las sesiones
- Consideraciones para la orientación
 - Estilo de la ayuda
 - Protocolo de orientación
- Estilo de la ayuda
 - Directivo o de apoyo
 - Experto o facilitador
 - Credibilidad atribuida o credibilidad lograda
 - Entrevista motivacional
- Entrevista motivacional
 - Reseña
 - Metas
 - Principios
 - Afirmaciones de automotivación
 - Inducir afirmaciones de automotivación
 - Ejemplo
- Contenido de la intervención de orientación
 - Sesión inicial
 - Sesiones de seguimiento
 - Sesión inicial
 - Reseña del y fundamentación del tratamiento
 - Motivación
 - Antecedentes de tabaquismo
 - Reseña de los intentos por abandonar el tabaco

Esquema de capacitación para la orientación telefónica (continuación)

<ul style="list-style-type: none"> --Consideraciones sobre la dependencia física --Farmacoterapia --Consideraciones ambientales --Apoyo familiar y social --Confianza en la capacidad propia --Imagen de sí mismo --Solución de problemas y planificación (cognitivo-conductual) 	<ul style="list-style-type: none"> --Resumen de la sesión --Fijación de una fecha para abandonar --Consideraciones sobre el abandono paulatino --Cómo abordar las llamadas de seguimiento (llamada de seguimiento de usuarios) • Demostración
---	--

Día 2

<ul style="list-style-type: none"> • Sesión del día en que se inicia el intento por abandonar <ul style="list-style-type: none"> --Estado de abstinencia --Evaluación de la abstinencia --Examen de la farmacoterapia --Situaciones difíciles --Traspiés y recaídas --Apoyo --Plan futuro • Sesión de seguimiento (tercer día) <ul style="list-style-type: none"> --Los mismos temas que el día en que se inicia el intento • Sesión de seguimiento (primera semana) <ul style="list-style-type: none"> --Los mismos temas que el día en que se inicia el intento --Motivación --Costos y beneficios • Sesión de seguimiento (segunda semana) <ul style="list-style-type: none"> --Los mismos temas que el día en que se inicia el intento --Imagen de sí mismo --Salud • Sesión de seguimiento (primer mes y final) 	<ul style="list-style-type: none"> --Los mismos temas que el día en que se inicia el intento --Principales tres factores desencadenantes a lo largo del tiempo --Reflexiones sobre el proceso • Sesiones por un nuevo intento (más de un mes de la llamada o el intento iniciales) <ul style="list-style-type: none"> --Revaloración <ul style="list-style-type: none"> ◦ Motivación ◦ Planificación • Demostración • Escenificación de situaciones • Temas especiales <ul style="list-style-type: none"> --Papel de la familia --Prohibición en el domicilio --Normas sociales --Farmacoterapia --Temas de la salud física --Temas de la salud mental --Poblaciones especiales (adolescente y embarazadas que fuman) --Evaluación de riesgos --Procedimientos de urgencia --Derivación • Resumen
---	---

Días 3 y 4

- Ejecución de intervenciones
 - escenificación de situaciones
 - Llamadas virtuales
 - Vigilancia de las llamadas

Aplicación de los principios de educación de adultos

Cuando se elaboran y ejecutan los programas de capacitación se supone que los adultos son:

- autónomos y autodirigidos
- orientados a alcanzar metas
- orientados a lo pertinente
- prácticos

Herramientas necesarias para lograr la participación de todos los integrantes del curso:

- **Objetivos:** garantizar que los objetivos del aprendizaje sean pertinentes.
- **Organización del contenido:** el aprendizaje es más fácil cuando los contenidos y los procedimientos o las aptitudes que deben aprenderse se organizan en secuencias significativas. Los cursantes comprenderán y recordarán los significados.
- **Emociones:** en el aprendizaje intervienen las emociones y los sentimientos personales, además del intelecto.
- **Participación:** a fin de aprender una persona debe internalizar la información; verla o escucharla no es suficiente.
- **Retroalimentación:** el aprendizaje se mejora cuando se informa periódicamente a las personas de sus progresos.
- **Refuerzo:** es importante para los alumnos reforzar lo aprendido.

Una lección eficaz tiene los siguientes componentes:

- **Preparación.** Preparar a los cursantes para que aprendan: construya los cimientos para el resto de la lección.
- **Presentación.** Proporcionar los contenidos que necesitan los alumnos para comprender los conceptos y las aptitudes prácticas.
- **Prácticas y aplicación.** Solo se logra una comprensión acabada cuando el alumno puede aplicar o trasladar lo aprendido a nuevos problemas o situaciones.
- **Evaluación.** Es la mejor manera de predecir si los alumnos pueden realizar la tarea que se les ha enseñado. Las pruebas pueden ser estructuradas o no estructuradas.

La preparación del instructor y sus interacciones con los participantes tiene gran influencia sobre las interacciones en el aula. Durante una clase pueden emplearse una variedad de métodos de instrucción. La elección del método depende de los objetivos de aprendizaje, los resultados esperados y las condiciones del aula (es decir, el tamaño).

Los objetivos de aprendizaje son el plan detallado para conseguir que el instructor enseñe lo que debe enseñar. Los objetivos de aprendizaje se refieren al resultado y no al método. Un objetivo de aprendizaje debe estar redactado de manera tal que los observadores puedan medir claramente si se ha logrado el objetivo.

Los controles de los resultados o de las aptitudes son las pruebas que indican si se han alcanzado los objetivos del aprendizaje. Los controles de las aptitudes coinciden con los objetivos en cuanto a la aplicación y las condiciones de la aptitud.

Métodos de enseñanza

<ul style="list-style-type: none">• Conferencia• Debate• Cuestionamiento socrático• Trabajo independiente• Tormenta de ideas• Demostración• Aprendizaje colaborativo	<ul style="list-style-type: none">• Grupos pequeños o trabajo en pareja• Escenificación de situaciones• Relatos• Estudio de casos• Simulaciones• Juegos
--	--

Apéndice 7. Materiales complementarios de orientación

1. Técnica de orientación: el modelo de intervención breve de las entrevistas motivacionales

La entrevista motivacional puede aportar la estructura para una intervención telefónica. Es especialmente útil para usuarios ambivalentes, que lo son con respecto a abandonar el tabaco e incluso con respecto a su voluntad de hacerlo, o sobre algún elemento de los cambios conductuales importante para el éxito. Desarrollada por Miller y Rollnick (1991), la intervención breve eficaz:

- Se centra en el aspecto que más motiva al usuario para lograr un cambio;
- Resulta en una meta o plan que el usuario siente que puede alcanzar, e
- Incluye un plan para el seguimiento del cambio conductual.

La llamada tiene las etapas siguientes:

1. Evaluar la voluntad del usuario de comprometerse a hacer un cambio conductual;
2. Determinar los cambios positivos que ha realizado el usuario;
3. Determinar los aspectos en los cuales se necesita un cambio conductual para abandonar el tabaco definitivamente;
4. Determinar en qué aspecto el usuario tiene más interés en cambiar para poder abandonar el tabaco;
5. Ayudar al usuario a establecer una meta;
6. Determinar qué obstáculos se interponen para alcanzar la meta y solucionarlos;
7. Determinar los recursos y el apoyo necesarios, y
8. Determinar cómo hará el usuario para realizar el seguimiento de su meta.

El proceso anterior puede usarse para cualquier tipo de cambio conductual. En el contexto de las líneas telefónicas de ayuda, como la mayoría de los usuarios ya están motivados para abandonar el tabaco, es importante incluir otros pasos como los indicados en los cuadros 2 y 3 de la sección 5, *Variedad de servicios sobre los elementos comunes*.

Hay elementos fundamentales para las intervenciones motivacionales breves individualizados por la sigla FRAMES en inglés (véase el cuadro 10).

Cuadro 10. Elementos fundamentales de la intervención motivacional breve

F	Retroalimentación (feedback): brindar al usuario retroalimentación referida específicamente a su conducta de riesgo y su situación personal.
R	Responsabilidad (responsibility): recalcar que es responsabilidad personal del usuario hacer un cambio de conducta.
A	Asesoramiento (advice): transmitir un mensaje claro sobre la necesidad de un cambio en la conducta del usuario.
M	Menú (menu): explicar las múltiples alternativas que el usuario puede elegir para hacer un cambio.
E	Empatía (empathy): interactuar con el usuario sin prejuicios y utilizar la escucha reflexiva para lograr una comprensión exacta de los puntos de vista del usuario.
S	Confianza en la capacidad propia (self-efficacy): proponer y apoyar una actitud de esperanza y optimismo en que el cambio es posible.

El fortalecimiento de la confianza en la capacidad propia es una estrategia que pueden emplear los orientadores para motivar el cambio. Según la teoría de la confianza en la capacidad propia las personas tienen más posibilidades de cambiar su conducta cuando creen que ellos son capaces de lograr el cambio. Hay cuatro fuentes principales para el fortalecimiento de la confianza en la capacidad propia:

- La experiencia de dominio;
- La observación del desempeño de otros;
- La persuasión verbal o social, y
- El despertar emocional y fisiológico.

Por consiguiente, el fortalecimiento de la confianza en la capacidad propia incluye:

- La práctica concreta de dejar de fumar (dejar de hacerlo durante uno o dos días);
- Compartir breves ejemplos del éxito de otros usuarios para ayudar a fortalecer la confianza;
- Preguntar acerca de intentos anteriores de abandonar el tabaco y otros cambios de conducta saludables y alentadores y estimularlos y convencerlos de que el éxito es resultado del propio esfuerzo (“qué bueno, usted ya ha demostrado su compromiso al tratar dejar de fumar varias veces. ¡Eso es excelente! Y lo que es más importante, usted está dispuesto a intentarlo nuevamente.»), Y
- Enseñanza de técnicas de relajación para reducir al mínimo el estrés y mejorar el estado de ánimo.

2. Principios de la entrevista motivacional

Miller y Rollnick (1991), que desarrollaron el concepto de entrevista motivacional, definieron cinco principios que son importantes para usar esta técnica de intervención con buenos resultados.

Establecer discrepancias

Cuando usted establece una discrepancia ayuda al usuario a reconocer que hay un conflicto entre su conducta y sus valores. Cuando descubren que necesitan un cambio para compatibilizar su conducta y sus valores los usuarios adoptan nuevas conductas.

Ejemplo: “por una parte usted me dice que tiene algunas dificultades con la tos y la disnea debido al tabaquismo y que para usted es importante mantener un buen estado de salud para ver crecer a sus nietos. Sin embargo, usted también me dice que siente que los cigarrillos son sus amigos. Ayúdeme a entender cómo encajan estas dos cosas”.

Demuestre empatía

La capacidad de demostrar empatía es una aptitud básica para los orientadores. Tener empatía es tener la capacidad de identificar y comprender los sentimientos de la otra persona.

Ejemplo: “le escucho decir que usted quiere dejar de fumar porque siente que está dando un mal ejemplo a sus niños. Eso debe ser difícil. Hábleme más de eso”.

Evite las discusiones

Discutir con un usuario es contraproducente para facilitar el cambio y es una señal de que el especialista ha encontrado resistencia. Puede producirse porque no se comprende algo que el usuario está tratando de transmitir o porque se está tratando de que el usuario realice el proceso de cambio de conductas con demasiada rapidez. También puede ocurrir porque el especialista le coloca una “etiqueta” al usuario, como la de “adicto” por ejemplo. Cuando se observa que se producen discusiones o se encuentran resistencias, la función del especialista es cambiar de estrategias.

Ejemplo: “parece que estamos discutiendo. Detengámonos y retrocedamos un poco. Debe haber algo que le resulta importante y que no consigo comprender».

Trabaje la resistencia

La resistencia de parte del usuario puede expresarse de diversas maneras: la negativa a responder una pregunta, dar respuestas breves o recortadas, interrumpir o negar lo que dice el especialista o no prestarle atención. Cuando encuentre resistencia no considere que el usuario es una “fuerza que debe superarse”, sino que el especialista ha generado un problema. Las técnicas empleadas para superar las resistencias incluyen ponerle un nuevo marco y reorientar los puntos de vista del usuario, dándose cuenta al mismo tiempo que las respuestas a los problemas del usuario están dentro de él.

Ejemplos: “hemos hablado de algunas alternativas para ayudarlo a abandonar el tabaco, pero tengo la sensación de que no le resultan *útiles* en este momento. ¿Hay algo de lo que hemos hablado hoy que usted sienta que puede hacer?” o “¿hay alguna otras cosa que podamos hablar hoy y que le resultaría *útil*?”

Apoye la confianza en la capacidad propia del usuario

La confianza en la capacidad propia se refiere a la confianza del usuario en su capacidad para lograr cambios conductuales, como convertirse en exfumador. Las personas tienen éxito cuando están motivados, tienen las aptitudes necesarias y creen que realizar determinadas acciones les permitirá lograr cambios deseados en las conductas.

El orientador fortalece la confianza en la capacidad propia verbalizando su confianza en que el cambio es posible y que puede lograrse mediante diversos enfoques. No existe un solo camino correcto.

Una salvedad respecto de la entrevista motivacional

Algunos elementos de la entrevista motivacional pueden parecer un poco incómodos para los orientadores y exigir cierta práctica. Algunas culturas más habituadas a la orientación directiva pueden sentirse descolocadas por estas técnicas si no se acompañan de recomendaciones concretas.

3. La técnica de orientación para resolver los problemas de confianza: el modelo de intervención breve de la terapia conductual cognitiva

La terapia conductual cognitiva se basa en un extenso modelo teórico (Beck et al., 1979; Beck, 1991) que ha resultado eficaz para tratar una amplia gama de problemas de salud, como las adicciones, los trastornos de los hábitos alimentarios, la depresión, la ansiedad, el dolor crónico y la hipertensión (Marlatt y Gordon, 1985; Gloaguen et al., 1998; Heno et al., 2004; Hollon et al., 2005; Butler et al., 2006).

En el contexto del tratamiento, se usa la terapia conductual cognitiva cuando los usuarios exhiben problemas de confianza para abandonar el tabaco o mantener la abstinencia. En estas situaciones el orientador y el usuario trabajan en equipo para descubrir las conductas que no son útiles o los patrones de pensamiento que quizá refuercen la adicción.

Ejemplo: “lo que percibo es que usted fuma la mayoría de los cigarrillos cuando está conduciendo y después que comidas y que esto ocurre automáticamente». (Factor desencadenante conductual).

Ejemplo: “por lo que transmite pareciera que usted está muy estresado y que el tabaquismo parece reducir el estrés». (Reforzamiento conductual).

Ejemplo: “me parece que usted piensa que si deja no podrá manejar el estrés”(predicción cognitiva).

Ejemplo: “creo que como usted ya ha tratado de dejar y ha fracasado, piensa que las probabilidades de tener éxito esta vez son escasas”(atribución cognitiva).

A medida que orientadores y los usuarios exploran estas dificultades cognitivo-conductuales, individualizan el obstáculo que más interfiere con el abandono del tabaco y la prevención. Una vez individualizado este obstáculo, se recomienda un plan de acción adaptado al usuario, que incluye estrategias para superar el obstáculo y reforzar las posibilidades de convertirse en exfumador.

Cognición

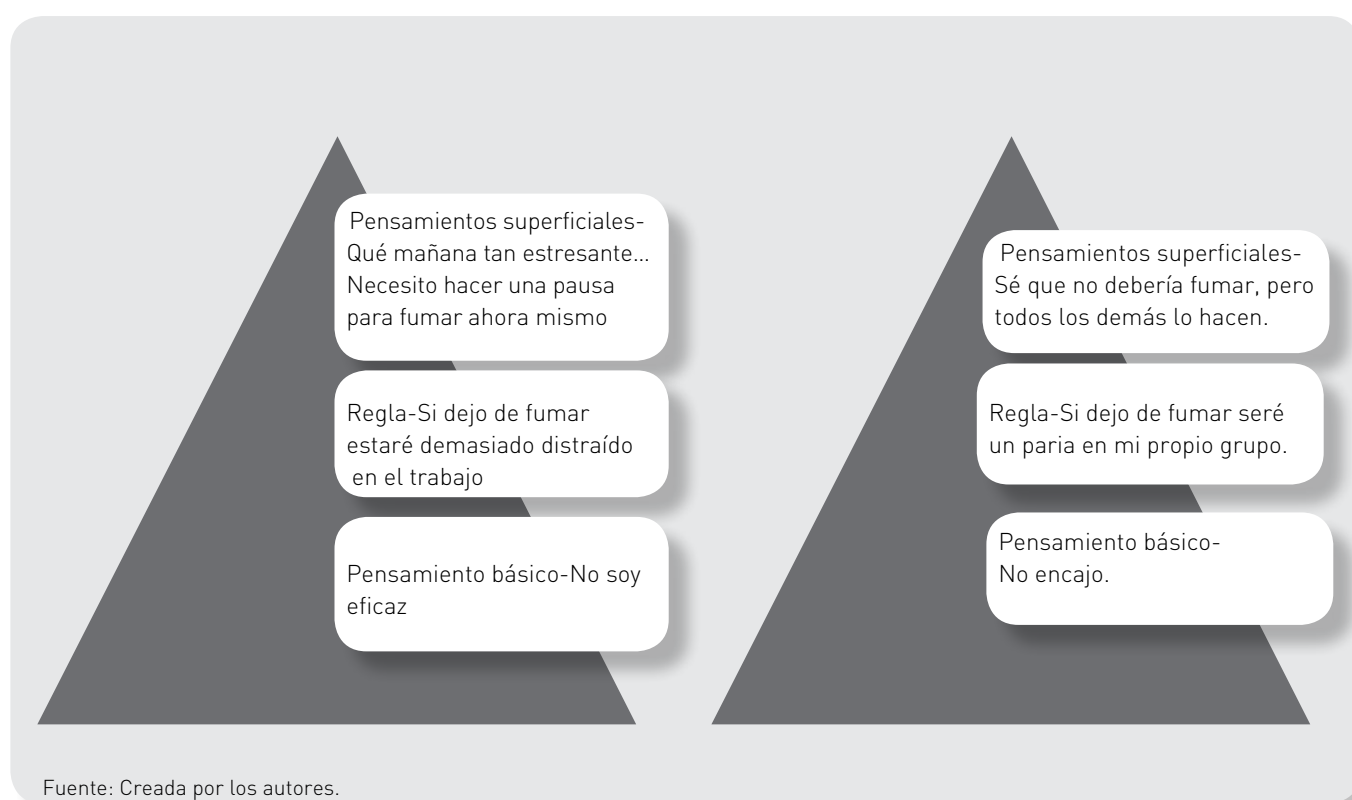
La cognición se refiere a los modelos de pensamiento mediante los cuales percibimos y organizamos nuestras experiencias de vida. Desarrollamos modelos cognitivos automáticamente a medida que crecemos, y estos nos ayudan a comprender nuestras experiencias. Nuestra cognición nos ayuda a hacer frente a las dificultades de las experiencias de vida, como las pérdidas, las ganancias, los peligros y las injusticias.

Cuando las personas se hacen adictas a una sustancia que produce beneficios inmediatos importantes, esta experiencia puede vincularse con nuestras formas básicas de pensar y sentir, haciendo hincapié en aumentar las ganancias y evitar las pérdidas. El consumo del tabaco puede reforzar la sensación de que nos va bien porque alivia rápidamente los síntomas de abstinencia y activa los centros del placer en el cerebro. En cambio, pensar en abandonar el tabaco o intentarlo puede causar sensaciones físicas

negativas complejas y pensamientos que parecen demasiado difíciles de afrontar (véase la figura 7).

Cuando las personas consideran la idea de dejar y empiezan a tomar acción (como por ejemplo llamar a una línea telefónica de ayuda), pueden abrir una ventana que les permita ver debajo de sus pensamientos más superficiales y llegar a las reglas inconscientes y las creencias básicas. Luego los orientadores pueden ayudar a fortalecer las creencias alternativas y positivas sobre “el yo” cuando no consumen tabaco.

Figura 7. Ejemplos de sensaciones físicas y pensamientos negativos causados por el abandono del tabaco



Para tratar con éxito los esquemas cognitivos que apoyan al consumo de tabaco es preciso iluminar los pensamientos y las reglas superficiales (predicciones) mediante ejercicios de seguimiento cuando la persona fuma y se abstiene del tabaco. Una vez que el usuario se da cuenta de los pensamientos y reglas que apoyan el consumo de tabaco, se puede alentar la realización de experimentos que cuestionen la utilidad y la validez de aferrarse a sus predicciones. Por ejemplo, una persona que tiene una regla interna que le dice que si no fuma se distraerá podría tratar hacer una “pausa para caminar” en vez de una “pausa para fumar” y tratar de pensar “lo que necesito es una pausa, no un cigarrillo”.

Una vez que han abandonado el tabaco los usuarios tienen una oportunidad sin igual de rastrear y fortalecer las creencias positivas sobre sí mismos y utilizar esa información para contrarrestar los pensamientos negativos y las predicciones que usaba para racionalizar sobre el consumo de tabaco.

Apéndice 8. Desarrollo y promoción de una relación con los sistemas de salud

La disponibilidad de una línea telefónica de ayuda se considera un beneficio para los proveedores de asistencia sanitaria y sus pacientes, ya que puede promover que se identifique y oriente a los consumidores de tabaco. Sin embargo, es poco probable que los proveedores de asistencia sanitaria deriven a sus pacientes a ese recurso a menos que tengan la capacitación básica para comprender los servicios que éstos recibirán. Los proveedores individuales y los sistemas de atención de salud pueden beneficiarse con actividades de capacitación que les brinde lo siguiente:

- una reseña de las características de los servicios de las líneas telefónicas de ayuda;
- un panorama de cómo llevar a cabo una intervención breve con los pacientes para derivarlos a la línea telefónica de ayuda, y
- ejemplos de los sistemas sostenibles que pueden establecerse para apoyar el uso actual de las líneas telefónicas de ayuda como recurso para abandonar el tabaco, así como la prestación de servicios de orientación breve.

Si bien no todos los sistemas de atención de salud desarrollarán una infraestructura sostenible de apoyo al uso permanente de la línea telefónica de ayuda como recurso, los que invierten tiempo y esfuerzo para hacerlo abordarán la dependencia del tabaco con los pacientes en forma más habitual (Fiore et al., 2008). En el recuadro 20 se da un ejemplo de lo que puede ser una infraestructura sostenible de derivación a las líneas telefónicas de ayuda.

Recuadro 20. Ejemplo de caso: sistema de dispensarios de los centros comunitarios de salud en el estado de Washington (Estados Unidos)

El dispensario X es un sistema de centro de salud con seis consultorios que prestan servicios a las poblaciones no aseguradas o con seguros reducidos del estado de Washington (Estados Unidos). El dispensario ha elaborado un protocolo para abordar el consumo de tabaco en los pacientes. El protocolo ha distribuido los pasos de la intervención breve entre distintos proveedores para que cada uno se haga responsable de un paso distinto. La descripción de funciones de cada proveedor incluye su responsabilidad sobre el paso que le corresponde. Por ejemplo, cuando registra a los pacientes, el asistente médico les pregunta si consumen tabaco. El expediente clínico se marca para que el proveedor vea cuál es la situación. Se han revisado los expedientes clínicos de modo que hay una sección donde documentar la situación del paciente respecto del consumo de tabaco. También hay una sección donde el proveedor puede registrar cualquier derivación a los recursos de tratamiento. Al comenzar la consulta con el paciente el proveedor dedica un minuto para tratar brevemente el tema del consumo de tabaco y las alternativas de tratamiento.

Proveedor al paciente X	Veo en su expediente clínico que usted fuma. ¿Está fumando todos los días?
Paciente X:	Sí, he estado realmente estresado sobre la posibilidad de perder mi empleo y fumar me ayuda mucho a relajarme.
Proveedor:	Bien, dejar de fumar es uno de los mejores favores que usted puede hacerle a su salud. ¿Ha pensado en dejar alguna vez o ha tratado de hacerlo?
Paciente X:	Me encantaría poder dejar. Estos cigarrillos me cuestan mucho dinero. Dejé una vez..., pero fue solo por unos pocos días. Es tan difícil...
Proveedor:	Es muy bueno que usted haya podido dejar una vez. ¿Tenía apoyo cuando trató de dejar?
Paciente X:	No, decidí no fumar nunca más. Pero obviamente no funcionó.
Proveedor:	Bien pero si busca ayuda puede tener mas probabilidades de éxito. Si le interesa, puedo recomendarle un recurso gratuito que ha ayudado a algunos de mis otros pacientes a dejar. Es una línea telefónica de ayuda con orientadores que pueden ayudarle a definir un plan y conversar con usted sobre cómo superar las ansias que usted pueda sentir cuando deje. ¿Le interesa?
Paciente X:	Bueno, realmente no necesito a otra persona que me rezongue...
Proveedor:	Le garantizo que ellos no rezongan. Están para ayudar. Los pacientes que han llamado dijeron estar muy agradecidos por la ayuda para fijar una fecha para dejar, las conversaciones sobre sus intentos anteriores y la tormenta de ideas sobre cómo superar las dificultades.
Paciente X:	En ese caso, sin duda parece mejor que lo que hice la otra vez.
Proveedor:	Me parece que usted tiene muchos buenos motivos para dejar. Aquí tiene un folleto con la información de la línea telefónica de ayuda. Sigamos el tema y veamos si le sirve en la próxima consulta. (El proveedor sigue adelante con el principal motivo de la consulta).

Apéndice 9. Consideraciones sobre las evaluaciones

A continuación se realiza una breve descripción de los temas que es preciso considerar cuando se realiza una evaluación de una línea telefónica de ayuda.

- 1.** Determine la finalidad de la evaluación. ¿Cuáles son las preguntas fundamentales que deben responderse? ¿A quién está dirigida la evaluación? ¿La evaluación se realiza fundamentalmente para mejorar la calidad, demostrar la eficacia o responder a una pregunta importante sobre qué enfoque funciona mejor? Para la evaluación es importante evitar el método de la "escopeta». Cuando se recopilan los datos es necesario mantenerse centrado e ir a lo concreto a fin de evitar sobrecargar a los usuarios con preguntas o gastar recursos escasos. Para mantenerse centrado una técnica útil es realizar un gráfico, diagrama o cuadro fingido, que "se complimentaría" con los datos de la evaluación, y preguntarse "¿Qué haríamos de otro modo según las respuestas que obtengamos?" Si se incluyen preguntas que tienen pocas probabilidades de resultar en información útil para informar o adoptar medidas considere la posibilidad de descartarlas.
- 2.** Determine qué tipo de evaluación debe realizarse para responder a las preguntas que interesan. El tipo de evaluación que se utilice depende de su finalidad. El más característico es evaluar los procedimientos y los resultados. Para las evaluaciones de los procesos se recogen datos operativos para determinar si la línea telefónica de ayuda está funcionando como se espera. Para las evaluaciones de resultados normalmente se recopilan datos de los usuarios con el objeto de establecer cómo califican los usuarios a los servicios (es decir, satisfacción, utilidad percibida) y los cambios esperados en las conductas con respecto a la salud como resultado de los servicios recibidos (es decir, realizar un intento por abandonar el tabaco o haber abandonado el consumo de tabaco).
- 3.** Determine las fuentes de los datos. Se debe examinar o recopilar distintos tipos de datos según el tipo de evaluación que se esté realizando y las preguntas que se deban responder. Las fuentes de los datos incluyen la información que pueda recogerse:
 - a.** durante el registro (por ejemplo, datos demográficos de los usuarios como la edad, el sexo, el grupo étnico);
 - b.** basada en los servicios utilizados,
 - c.** durante las encuestas de seguimiento (por ejemplo, calificaciones del usuario sobre satisfacción, resultados autoinformados de abandono del tabaco).

Los datos también pueden combinarse. Por ejemplo, pueden examinarse los volúmenes de llamadas en relación con una campaña promocional o cambios en los servicios prestados a través de la línea telefónica de ayuda. Asimismo, la satisfacción y los resultados del abandono del tabaco pueden examinarse con relación a la información demográfica del usuario o los niveles de utilización de los servicios.

- 4.** Métodos de recopilación de datos. Los datos pueden recopilarse en distintas etapas de los servicios (por ejemplo, durante el registro o la orientación). Hay una excepción: los datos de evaluación del resultado final. En este caso, lo ideal es recopilar los datos durante un período de seguimiento no asociado con la prestación de los servicios. Hay varias maneras de recopilar estos datos. Puede hacerse mediante encuestas realizadas por correo, teléfono o en línea. Hay recursos y costos asociados con cada método, así como ventajas y desventajas. En el cuadro 11 se resume brevemente estos temas.

Cuadro 11. Recursos y costos asociados con cada método de recopilación de datos; ventajas y desventajas

MÉTODO	RECURSOS NECESARIOS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Correo	<ul style="list-style-type: none"> • Es preciso pagar el franqueo • Hacen falta recursos para rastrear las encuestas recibidas por correo y el ingreso de datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser menos costosas que las encuestas telefónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Las tasas de respuesta son inferiores a las de las encuestas telefónicas
Teléfono	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere acceso a un teléfono • Se necesitan financiamiento y recursos para administrar las encuestas telefónicas e ingresar los datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas de respuesta mayores comparadas con el correo y encuestas de la web 	<ul style="list-style-type: none"> • Más caras que las encuestas por correo o por la web
Encuestas en línea ubicadas en la web	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere acceso a una computadora y a servicios de correo electrónico o de la internet 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser más eficaces en función de los costos que las telefónicas o las enviadas por correo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesita software para administrar las encuestas en línea • Las tasas de respuesta son inferiores en comparación con las telefónicas
Encuestas telefónicas automatizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere la compra de software • Requiere recursos para programar y mantener el software 	<ul style="list-style-type: none"> • Es una manera eficaz de recopilar los datos inmediatamente después de una llamada telefónica 	<ul style="list-style-type: none"> • El software es costoso y complejo de administrar • Puede haber necesidad de cambiar la redacción de las preguntas para mejorar la administración

5. Selección de los usuarios. Pueden recopilarse datos de todos los usuarios que reciben servicios de la línea telefónica de ayuda o de una muestra aleatoria de estos.
6. Oportunidad en que deben recopilarse los datos. El North American Quitline Consortium recomienda recopilar los datos sobre resultados siete meses después de que la persona haya llamado a una línea telefónica de ayuda. Sin embargo, hay algunas situaciones para las cuales puede ser recomendable recopilarlos después de transcurridos distintos períodos de tiempo. Por ejemplo una línea telefónica de ayuda puede desear recopilar los datos anteriores si ha puesto en marcha un programa nuevo o ha realizado una modificación a los programas. Los datos de satisfacción acerca de determinados servicios son más exactos si se recogen poco después de recibidos. Recopilar y analizar los datos antes también permite adelantar la obtención de la información así se puede realizar cambios en el programa. Por otro lado, algunas fuentes de financiamiento y algunos investigadores prefieren los datos de los resultados finales del programa, al cabo de un año.

- 7.** Administración de las encuestas. Cuando los datos sobre la satisfacción y el estado de abstinencia se recogen por teléfono, lo ideal es que administre la encuesta personal que no sea el que presta el servicio a fin de reducir el sesgo. Esto es así porque puede ser que un usuario sienta mayor obligación de dar las respuestas “correctas” a alguien que asocia con su tratamiento que a una persona independiente. Asimismo, un orientador puede inducir inconscientemente a un usuario a dar la respuesta “correcta” porque su trabajo es ayudar a las personas a que abandonen el tabaco. Esta función puede estar a cargo del personal dedicado a la evaluación de la línea telefónica de ayuda o un organismo de evaluación independiente. En algunos casos, quienes aportan los fondos para las líneas telefónicas de ayuda exigen que administre la encuesta un organismo distinto al que provee el servicio. Esto reduce la percepción de sesgo potencial, pero hace necesaria una coordinación estrecha entre el proveedor del servicio y el grupo encargado de la encuesta para indicar quienes son las personas a las que hay que llamar y velar por la exactitud de las descripciones y la interpretación de los datos. Otros prefieren que el proveedor del servicio también realice las encuestas de seguimiento, siempre y cuando el personal que hace la encuesta sea independiente del personal de orientación.

Información sobre los resultados. Las tasas de abandono pueden variar extraordinariamente según cómo se calculen e informen los resultados. Hace poco el North American Quitline Consortium publicó un libro blanco sobre cómo informar las tasas de abandono (véase la sección 11, *Recursos*). Debe incluirse los siguientes elementos en los informes sobre los resultados. Es fundamental que en la presentación de informes la transparencia sea total para que puedan compararse los resultados entre programas y en función del tiempo.

- 1.** Indique cómo se seleccionaron los usuarios para la encuesta.
- 2.** Describa las características de referencia de los usuarios incluidos en el análisis y compare a los usuarios que respondían a la encuesta con los que se intentaba encuestar y los que habían recibido servicios de la línea telefónica de ayuda.
- 3.** Describa los métodos de evaluación, como quienes realizaron la encuesta, si esta se hizo por correo, teléfono o en línea y qué preguntas se usaron para evaluar los resultados.
- 4.** Informe sobre la prevalencia puntual a los 30 días, los resultados del análisis intención de tratar y las tasas de abandono del tabaco de quienes respondieron. Para las tasas de abandono obtenidas en el análisis intención de tratar, se informan los resultados de toda la población con la que se intentó el seguimiento. En este caso, las tasas de abandono se informan como el número total de personas que habían dejado durante 30 días en el momento de realizar el seguimiento, dividido por el número total de personas con las que se intentó realizar un seguimiento. Se supone que aquellos con quienes no se pudo establecer comunicación deben estar consumiendo tabaco. Este es el cálculo más moderado de las tasas de abandono, puesto que es posible que algunas de las personas con las que no se pudo establecer contacto no estén consumiendo tabaco. Se informan las tasas de abandono solo para los usuarios con quienes se puede establecer contacto y que completan la encuesta. En este caso, las tasas de abandono se informan como el número total de personas que habían abandonado durante 30 días o más en el momento de realizar el seguimiento dividido por el número total de personas que completó la encuesta de seguimiento.

- 5.** Hay otras maneras de medir las tasas de abandono en ambos extremos del espectro. El menos oneroso es informar solamente las tasas de abandono a los siete días de los usuarios que han completado todos los aspectos del programa. Este método producirá una cifra mucho más alta que la real. En las mediciones más estrictas se exige un período de abstinencia de 30 días, es decir, más prolongado. El requisito de abstinencia total desde la fecha probablemente dé un número más bajo que el real, ya que es común que las personas que dejan definitivamente tengan algunos traspiés.
- 6.** Especifique la tasa de respuesta de las encuestas. O sea, el porcentaje de usuarios que se intentó evaluar que cumplimentó la encuesta de seguimiento. También es útil informar el porcentaje de personas que se negaron a cumplimentar la encuesta o con los que no fue posible comunicarse luego de varios intentos y los que no pudieron incluirse en el seguimiento porque no cumplimentaron la encuesta o porque fallecieron posteriormente.

Indicadores clave. A continuación se hace referencia a dos indicadores y medidas clave que deberán incluirse en todas las evaluaciones de resultados. También pueden agregarse otros elementos a la encuesta de seguimiento. Puede consultarse en línea una copia integral del Conjunto Mínimo de Datos del North American Quitline Consortium en: <http://www.naquitline.org/?page=technical>.

- 1.** Satisfacción. Puede evaluarse mediante una única pregunta como: "En términos generales, ¿cuán satisfecho estuvo con el servicio recibido de la línea telefónica de ayuda"? Pueden agregarse otras preguntas del Conjunto Mínimo de Datos u otras medidas de satisfacción.
- 2.** Tasas de abandono. Los resultados de la prevalencia puntual a los treinta días puede evaluarse mediante una pregunta como: "¿Ha fumado algún cigarrillo o consumido alguna otra forma tabaco, aunque no haya sido más que una calada o una pizca, en los 30 últimos días?"

Apéndice 10. Lista de verificación

Datos que deben reunirse y temas que es preciso resolver cuando se pone en marcha una línea telefónica de ayuda

Información demográfica

- A.** ¿Qué porcentaje de la población consume tabaco?
 - a.** ¿Cuál es la relación entre quienes consumen cigarrillos y quienes consumen otras formas de tabaco?
- B.** ¿Cuál es la distribución de idiomas?
 - a.** ¿Las personas son multilingües?
- C.** ¿Qué porcentaje de los consumidores de tabaco hicieron un intento por abandonar el tabaco el año pasado?
- D.** ¿Cuántas personas tienen acceso a un teléfono?
- E.** ¿Cuáles son los obstáculos que pueden dificultar el uso de un servicio de orientación telefónico?

Control del tabaco

- A.** ¿Cuán estricto es el control del tabaco en su país?
 - a.** ¿Hay ordenanzas que regulen la calidad del aire en el interior de los locales?
 - b.** ¿Se aplican impuestos al tabaco?
 - c.** ¿Hay campañas de deslegitimación?
 - d.** ¿Se aplican las prohibiciones a la publicidad del tabaco?
 - e.** ¿Hay políticas de vigilancia del consumo de tabaco y de las políticas de prevención?
- B.** ¿Qué nivel de desarrollo tienen los recursos para ayudar a los consumidores a abandonar el tabaco?

Apoyo a los tratamientos de las adicciones al tabaco y a los intentos por abandonar el tabaco.

- A.** ¿Cuánto apoyo hay para los consumidores de tabaco en los sistemas de atención de salud y los programas comunitarios?
 - a.** ¿Los proveedores de asistencia sanitaria consumen en mayor, menor o igual medida que la población en general?
 - b.** ¿Los proveedores de asistencia sanitaria preguntan a los pacientes sobre el consumo de tabaco y brindan orientación breve para abandonarlo?
 - c.** ¿Hay programas para apoyar a las personas que quieren abandonar el tabaco?
 - d.** ¿Pueden obtenerse medicamentos de ayuda para dejar de fumar?
 - e.** ¿Hay cobertura para los medicamentos y la orientación en el sistema de seguro de atención de salud?

¿Cuáles son las metas de la línea telefónica de ayuda?

- A.** ¿El alcance, la eficacia, o ambos?
- B.** ¿Aumentar los intentos por abandonar el tabaco?

C. ¿La integración con los sistemas de salud y los programas comunitarios?

D. ¿Otras?

¿Qué servicios ofrecerá la línea?

¿Cómo se generará la demanda de los servicios?

¿Quién financiará la línea telefónica de ayuda?

A. ¿Cuál sería una cifra realista para un presupuesto de puesta en funcionamiento y otro de operación?

¿Quién prestará los servicios?

¿Cómo se establecerán y vigilarán las normas de calidad?

¿Cómo se puede coordinar la línea de ayuda con otras iniciativas de control del tabaco?

Cuadro 12. Normas mínimas para los servicios de la línea telefónica de ayuda de Australia

(Nota: no todos los elementos serán válidos para una nueva línea telefónica de ayuda, especialmente si el financiamiento es limitado).

	NORMA	SITUACIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL
			<i>Si la norma no se satisface plenamente esboce qué es lo que no cumple con los requisitos, los motivos y las medidas correctivas previstas, incluidos los plazos</i>
1	<p>1.1 La línea telefónica de ayuda funciona 24 horas al día 7 días a la semana.</p> <p>1.2 Una persona contesta las llamadas a la línea telefónica de ayuda en todo momento. Esta persona podría ser un empleado del centro de llamadas (por ejemplo, un operador de una central telefónica), un orientador de la línea telefónica de ayuda o personal de recepción de la línea.</p> <p>1.3 La llamada se responde dentro de los cinco toques de campanilla.</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple plenamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cumple parcialmente</p> <p><input type="checkbox"/> No cumple</p>	
2	<p>2.1 El Quit Book (libro para dejar de fumar) se consigue fácilmente y se ofrece a todos los usuarios (sin excepciones) de la línea de ayuda, independientemente de que estén o no dispuestos a tratar los temas pertinentes más en profundidad con un orientador..</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple plenamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cumple parcialmente</p> <p><input type="checkbox"/> No cumple</p>	
3	<p>3.1 Se da al usuario acceso directo a orientadores adecuadamente capacitados y con los antecedentes necesarios. La comunicación se establece por conexión directa y sin retrasos ni largos tiempos de espera.</p> <p>3.2 Las llamadas a la línea ayuda son respondidas por un orientador o personal de recepción de la línea o, si la respuesta está a cargo de otro organismo (por ejemplo, a través de una central telefónica), se conectan directamente.</p> <p>3.3 Consistente con la bibliografía:</p> <p>3.4 El usuario que solicita orientación puede hablar con un orientador en ese momento o dejar un número al operador de recepción o del centro de llamadas para que se comuniquen con él.</p> <p>3.5 A las personas que dejan un número se las llama en una hora o en un plazo mayor si lo solicitan.</p> <p>3.6 Después de la respuesta inicial a la llamada, dentro de los cinco toques de campanilla (como ya se ha indicado), habrá un tiempo de espera máximo de 30 segundos mientras se realiza la transferencia al orientador o se le invita a dejar número para responder a la llamada.</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple plenamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cumple parcialmente</p> <p><input type="checkbox"/> No cumple</p>	

NORMA		SITUACIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL
			<i>Si la norma no se satisface plenamente esboce qué es lo que no cumple con los requisitos, los motivos y las medidas correctivas previstas, incluidos los plazos</i>
4	<p>4.1 Podrá accederse a la orientación durante un mínimo de horas, es decir, el horario de trabajo y las horas fuera de horario necesarias conforme a la demanda de las llamadas. Esto lo determinará cada jurisdicción, pero cuando se estén realizando campañas en los medios será siempre prioritario ampliar las horas de atención.</p> <p>4.2 El horario de trabajo será como mínimo de 9.00 a 17.00 horas.</p>	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	
5	<p>5.1 Hay un servicio llamadas proactivas que guía al usuario a través del proceso de abandono del tabaco, con un calendario bien estructurado sobre la base de los mejores datos probatorios acerca de los resultados.</p>	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	
6	<p>6.1 La línea tiene integrado un programa de derivaciones de profesionales de la salud y de otras fuentes que permite a todos los profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, departamentos de hospitales, dentistas) derivar pacientes a la línea telefónica de ayuda.</p> <p>6.2 La derivación se recibe en un sitio seguro y confidencial.</p> <p>6.3 Se envía un fax o un mensaje de correo electrónico para confirmar que se ha recibido la derivación programado una llamada al médico clínico como mínimo (en consonancia con las directrices australianas para estos médicos).</p> <p>6.4 Cuando se desea o resulta apropiado, se mantiene un circuito de información con el profesional de la salud sobre el resultado.</p>	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	
7	<p>7.1 Se dispone de asistencia adaptada a usuarios con necesidades especiales.</p> <p>7.2 La asistencia adaptada está en consonancia con los protocolos nacionales para cada uno de los grupos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. personas pertenecientes a un grupo diverso desde el punto de vista cultural y lingüístico vinculadas mediante servicios de traducción e interpretación o orientadores bilingües; b. usuarios con enfermedades mentales; c. usuarios que quieren quedar embarazadas, están embarazadas o han dado a luz; d. usuarios jóvenes; e. usuarios aborígenes y del Estrecho de Torres, y f. llamadas de crisis. 	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	

NORMA		SITUACIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL
			<i>Si la norma no se satisface plenamente esboce qué es lo que no cumple con los requisitos, los motivos y las medidas correctivas previstas, incluidos los plazos</i>
8	<p>8.1 Las mejoras al servicio de líneas telefónicas de ayuda se realizan sobre la base de datos probatorios de la eficacia, como los de la bibliografía arbitrada o las evaluaciones de los grupos de investigación.</p> <p>8.2 Las mejoras se proponen, ponen a prueba y evalúan para determinar si significan un beneficio adicional a la práctica generalizada que se acaba de exponer.</p> <p>8.3 Quit Group se mantiene informado de las propuestas de modificaciones importantes, que deben estar en consonancia con las normas mínimas.</p>	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	
9	<p>9.1 Los límites y las bases teóricas del contenido de orientación y los consejos de la línea telefónica de ayuda son coherentes con el protocolo nacional y toman como base la bibliografía actual de psicología sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la terapia conductual cognitiva; • la entrevista motivacional, y • las estrategias de prevención de recaídas. 	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	
10	<p>10.1 La asistencia adaptada a los usuarios con necesidades especiales se presta siempre que esté en consonancia con los protocolos nacionales, y ello incluye: los usuarios de grupos diversos desde el punto de vista cultural y lingüístico, los usuarios con enfermedades mentales, las usuarias embarazadas, los jóvenes, los usuarios aborígenes del Estrecho de Torres y las llamadas de crisis (véase la sección anterior).</p>	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	
11	<p>11.1 Se han implantado criterios de contratación para el servicio, lo cual garantiza una prestación eficaz de los servicios y su credibilidad. No se considera obligatorio poseer aptitudes profesionales o experiencia.</p> <p>11.2 Se ha implantado una descripción de funciones para los orientadores de la línea telefónica de ayuda, que comprende una combinación de aptitudes profesionales y experiencia que permite al personal de orientadores comprender y prestar un servicio eficaz y que cumpla con los protocolos nacionales.</p> <p>11.3 Se exige a quienes trabajan en la línea telefónica de ayuda que no sean fumadores (lo que incluye no ser "fumadores sociales»), es decir, haber dejado de fumar durante por lo menos seis meses.</p>	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	

NORMA		SITUACIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL <i>Si la norma no se satisface plenamente esboce qué es lo que no cumple con los requisitos, los motivos y las medidas correctivas previstas, incluidos los plazos</i>
12	<p>12.1 Se han implantado actividades de capacitación inicial para actuar como orientador para el abandono del tabaco, actividades de capacitación permanente y actualizaciones sobre el control del tabaco que están en consonancia con el protocolo nacional.</p> <p>12.2 La capacitación inicial de los orientadores incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la comprensión del proceso de abandono del tabaco; • la comprensión de las distintas necesidades de los fumadores en las distintas etapas de este proceso; • la capacidad de realizar una evaluación exacta de las necesidades de los usuarios; • el contar con aptitudes para las intervenciones breves; • la capacidad para examinar y promover la motivación del usuario para cambiar; • información y cuestiones relacionados con el tabaquismo; • farmacoterapias; • recursos disponibles para ayudar a los fumadores en sus intentos por abandonar el tabaco; • estrategias para abordar las recaídas; • estrategias para hacer entender a los usuarios las formas de enfrentar las dificultades de la abstinencia, y • tratar con usuarios con enfermedades mentales. <p>12.3 Se realizan actividades de desarrollo profesional según sea necesario (y no menos de una vez cada seis meses) sobre los temas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientación para abandonar el tabaco; • actualizaciones de datos probatorios para el abandono del tabaco; • avances importantes en el control del tabaco; o • cualquier actividad de capacitación pertinente para la prestación del servicio. <p>12.4 Se ha implantado la distribución de un boletín semanal (por correo electrónico o impreso) que incluye información sobre:</p>	<input type="checkbox"/> Cumple plenamente <input type="checkbox"/> Cumple parcialmente <input type="checkbox"/> No cumple	

NORMA		SITUACIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL
			<i>Si la norma no se satisface plenamente esboce qué es lo que no cumple con los requisitos, los motivos y las medidas correctivas previstas, incluidos los plazos</i>
13	<p>13.1 Las derivaciones de Quitline a otros organismos y servicios y productos de ayuda para abandonar el tabaco están en consonancia con los protocolos nacionales.</p> <p>13.2 Los usuarios se derivan a otros servicios u organismos (que no sean de ayuda para abandonar el tabaco) para satisfacer sus necesidades especiales.</p> <p>13.3 No se apoyan servicios o terapias no científicamente probadas para abandonar el tabaco y la línea telefónica de ayuda no hace derivaciones a esos servicios o terapias.</p> <p>13.4 Solo se respaldan otros productos o servicios para abandonar el tabaco o se derivan a ellos a los usuarios cuando estos productos o servicios han demostrado su eficacia (con resultados de abandono del tabaco por un plazo prolongado, publicados en revistas arbitradas).</p> <p>13.5 Solo se respaldan o se aconseja el uso de categorías de productos (como los utilizados para el tratamiento de sustitución con nicotina) y no marcas determinadas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple plenamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cumple parcialmente</p> <p><input type="checkbox"/> No cumple</p>	
14	<p>14.1 Se recogen, compilan y vigilan los indicadores de los procesos y se incluyen en los informes trimestrales ordinarios.</p> <p>14.2 En todo momento la tasa de respuestas es de más de 95%. (comprobado por el TCREc usando un Telstra Analyser.)</p> <p>14.3 El Quit-Book se despacha dentro de las 24 horas durante las horas normales de trabajo y se recibe al cabo de tres días hábiles. (La tasa de recepción debe ser controlada por el usuario en el autoinforme durante la evaluación.)</p> <p>14.4 Se cuentan y se clasifican en categorías las derivaciones de los profesionales de la salud.</p> <p>14.5 Se lleva un recuento de nuevos usuarios, incluido el tipo de servicio recibido, la orientación, la distribución de recursos y el volumen de llamadas de respuesta.</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple plenamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cumple parcialmente</p> <p><input type="checkbox"/> No cumple</p>	

NORMA		SITUACIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL
15	<p>15.1 Se lleva un conjunto mínimo de datos de todas las llamadas, incluidas las de información demográfica y las medidas de tabaquismo. Estos datos están incluidos en los informes trimestrales ordinarios.</p> <p>15.2 El conjunto mínimo de datos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. edad b. sexo c. código postal d. condición de indígena e. conducta actual respecto al consumo de tabaco y medidas de dependencia f. número de intentos anteriores de abandonar el tabaco g. carácter de la llamada h. resultado de la llamada (orientación, programación de devolución de llamada, recursos) i. necesidades especiales de los usuarios. 	<p><input type="checkbox"/> Cumple plenamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cumple parcialmente</p> <p><input type="checkbox"/> No cumple</p>	<p><i>Si la norma no se satisface plenamente esboce qué es lo que no cumple con los requisitos, los motivos y las medidas correctivas previstas, incluidos los plazos</i></p>
16	<p>16.1 Evaluación de los resultados a nivel nacional realizada por un organismo de investigación independiente.</p> <p>16.2 Se realizarán evaluaciones periódicas rigurosas de las repercusiones y los resultados, en las que se mida la satisfacción de los usuarios así como los resultados en materia de conducta de los fumadores.</p> <p>16.3 Se efectuará una evaluación del Servicio Nacional, incluidas las Derivaciones de Profesionales de la Salud, cada cinco años, o cuando se realicen cambios significativos al servicio.</p> <p>16.4 Se procederá al seguimiento de los usuarios a los tres meses de la última llamada para evaluar la opinión de los usuarios sobre el servicio y los materiales, la recepción y el uso de cualquier material y ayuda para dejar de fumar.</p> <p>16.5 Se procederá al seguimiento de los usuarios a los tres, seis y doce meses para evaluar el abandono del tabaco autnotificado y otros resultados conductuales.</p>	<p><input type="checkbox"/> Cumple plenamente</p> <p><input type="checkbox"/> Cumple parcialmente</p> <p><input type="checkbox"/> No cumple</p>	

CDC (2004). Telephone quitlines: a resource for development, implementation, and evaluation. Atlanta, GA, Departamento de Salud y Servicios Sociales, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y Oficina sobre Tabaco y Salud (http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/quitlines/pdfs/quitlines.pdf , consultado el 25 de julio del 2011).

FIRMADO POR Y EN NOMBRE DE		EN PRESENCIA DE	
Funcionario autorizado:		Testigo:	
Nombre y apellido en letra de imprenta:		Nombre y apellido en letra de imprenta:	
Título en letra de imprenta:		Título en letra de imprenta:	
Fecha:		Fecha:	



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Tobacco Free Initiative (TFI)
20, Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel.: +41 22 791 21 11
Fax: +41 22 791 48 32
Email: tfi@who.int
<http://www.who.int/tobacco/en>

