

# Asesoramiento sobre el VIH/SIDA: basta con una llamada



Cuatro estudios de caso  
de proyectos de servicio  
de consulta/ayuda  
telefónica directa



**Estudio de Caso  
del ONUSIDA**

**Mayo de 2003**



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUJAP • PNUFID • OIT  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Foto de la cubierta: Cartel de la campaña Beyond Awareness, del Servicio de ayuda telefónica directa sobre el SIDA de Sudáfrica

---

ONUSIDA/03.18S (versión española, mayo de 2003)  
ISBN 92-9173-204-4

---

Versión original inglés, UNAIDS/02.41E, octubre de 2002 :  
*HIV/AIDS counselling, just a phone call away – Four case studies of telephone hotline/helpline projects.*  
Traducción – ONUSIDA

---

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2003.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, 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 el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

---

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza  
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87  
Dirección electrónica: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) – Internet: <http://www.unaids.org>

# **Asesoramiento sobre el VIH/SIDA: basta con una llamada**

**Cuatro estudios de caso de  
proyectos de servicio de  
consulta/ayuda telefónica directa**



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

*Ginebra, Suiza  
2003*

# Agradecimientos

Los estudios de caso fueron redactados por las siguientes personas:

- Warren Parker (Servicio de ayuda telefónica directa sobre el SIDA de Sudáfrica)
- Helena Joseph (Servicio nacional de consulta telefónica directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago)
- José Narciso Melchor C. Sescon (Fundación Remedios para el SIDA, Inc.)
- Radhika Chandiramani (TARSHI - Talking about Reproductive and Sexual Issues).

La introducción y los datos adicionales fueron suministrados por Jill Hannum.

Las fotografías utilizadas en los cuatro estudios de caso fueron proporcionadas por las respectivas organizaciones.

Los miembros del personal del ONUSIDA responsables fueron: Laura Borden, Jeanette Olsson, Connie Osborne, Lindsay Knight y David Miller.

# Indice

<b>Siglas y acrónimos</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
Breve historia de los servicios de consulta telefónica directa	5
<b>El servicio de ayuda telefónica directa sobre el SIDA de Sudáfrica</b>	<b>9</b>
El VIH/SIDA en Sudáfrica	10
Estado general de las telecomunicaciones	11
Breve historia del servicio de consulta telefónica directa sobre el sida de Sudáfrica	11
Elementos más importantes del proyecto	14
Desafíos	21
Enseñanzas adquiridas	23
Información de contacto	27
Bibliografía	27
<b>El servicio de consulta Telefónica Directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago</b>	<b>28</b>
El VIH/SIDA en Trinidad y Tabago	29
Breve historia del servicio de consulta telefónica directa nacional sobre el SIDA	30
Elementos más importantes del proyecto	31
Desafíos	40
Enseñanzas adquiridas	43
Información de contacto	45
Bibliografía	45
<b>Servicio de consulta telefónica directa de la Fundación Remedios para el SIDA</b>	<b>46</b>
El VIH/SIDA en Filipinas	47
Estado general de las telecomunicaciones	48
Breve historia de la Fundación Remedios para el SIDA	49
El nacimiento del proyecto de servicio de consulta telefónica directa	50
Elementos más importantes del proyecto	54
Desafíos	59
Enseñanzas adquiridas	62
Información de contacto	64
Bibliografía	64
<b>TARSHI (Talking about Reproductive and Sexual Health Issues)</b>	<b>66</b>
El VIH/SIDA en la India	67
Estado general de las telecomunicaciones	68
Breve historia de TARSHI	68
Elementos más importantes del proyecto	69
Desafíos	74
Enseñanzas adquiridas	79
Información de Contacto	82
Bibliografía	82
<b>Conclusiones</b>	<b>83</b>
Las experiencias de los cuatro servicios de consulta telefónica directa	83

## Siglas y acrónimos

AIDSCOM	Organización perteneciente a la Academia para el Desarrollo Educativo, de Washington, DC
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
AusAID	Programa de ayuda exterior del Gobierno australiano
BAC	Beyond Awareness Campaign
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CDI	Consumidor de drogas intravenosas
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
GTZ	Organismo Alemán de Cooperación Técnica
HCR	Informe de Llamadas del SCTD
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JHU-CCP	Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins
NACO	Organización Nacional de Control del SIDA
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
RAF	Fundación Remedios para el SIDA
SCTD	Servicios de consulta/ayuda telefónica directa
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TARSHI	Talking about Reproductive and Sexual Health Issues
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

# Introducción <sup>1</sup>

Los servicios de consulta telefónica directa (SCTD), también conocidos como servicios de ayuda telefónica directa,<sup>2</sup> son líneas de teléfono preparadas para recibir llamadas de personas que buscan información acerca de temas concretos, como en el caso del presente estudio de prácticas óptimas, sobre el VIH/SIDA. Se eligieron cuatro programas para ilustrar los criterios de prácticas óptimas de los SCTD: el Servicio de ayuda telefónica directa sobre el SIDA del Departamento de Sanidad de Sudáfrica, el SCTD sobre salud reproductiva y sexual ofrecido por una organización no gubernamental (ONG) con sede en Nueva Delhi denominada Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI), el Servicio nacional de consulta telefónica directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago, y el SCTD dirigido por la Fundación Remedios para el SIDA en Manila (Filipinas). Juntos representan los principios que han dado tan buenos resultados a los SCTD en el suministro de información y asesoramiento sobre el VIH/SIDA, las dificultades a las que se enfrentan esos servicios, y los enfoques creativos que pueden adoptarse para superar tales dificultades.

## Breve historia de los servicios de consulta telefónica directa

Los SCTD son una novedad relativa entre los servicios públicos de educación sanitaria, y aparecieron en los Estados Unidos de América en los años 1960 para facilitar el acceso de las poblaciones tradicionalmente subatendidas a los servicios sociales. Los SCTD fueron desarrollados por los países de ingresos elevados en los años 1970 para ofrecer educación y asesoramiento sobre múltiples cuestiones controvertidas como la violación, el consumo de drogas o el suicidio. A principios de los años ochenta, cuando apareció el VIH/SIDA, los SCTD ya estaban bien establecidos como un medio de comunicación y de facilitación de apoyo. Los primeros SCTD sobre el VIH/SIDA se fundaron en las ciudades americanas donde apareció la enfermedad –San Francisco y

---

<sup>1</sup> Esta introducción se adaptó a partir de: Borden L, “HIV/AIDS Telephone Helplines: An under-utilized force for HIV prevention”, Masters Essay, Behavioral and Community Interventions, the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 2001. Información adicional de: “Reaching Adolescents through Hotlines and Radio Call-in programs”, Focus on Young Adults, de la serie In FOCUS, [www.pathfind.org/focus/htm](http://www.pathfind.org/focus/htm).

<sup>2</sup> En casi todos los casos, se utiliza de forma indistinta SCTD y servicio de ayuda telefónica directa. En inglés americano se utiliza más a menudo *hotline* (SCTD), mientras que en inglés británico se utiliza *helpline* (servicio de ayuda telefónica directa). En el presente documento se utilizan ambas denominaciones para reflejar cómo se refiere la organización descrita a su propio servicio.

Nueva York– y estaban gestionados por la comunidad homosexual o dirigidos a ella. Los SCTD sobre el VIH/SIDA surgieron directamente de la necesidad de la comunidad y figuran entre las primeras iniciativas organizadas por personas con el VIH/SIDA en respuesta a la epidemia. En 1989, en la Primera Conferencia Europea de Servicios de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA, se observó que, por lo general, esos servicios se mantenían activos en los países de ingresos elevados y crecían “hasta el punto de que la utilidad de los SCTD está ahora fuera de toda duda en las comunidades donde se fundaron”.<sup>3</sup>

A pesar de su excelente historial, los SCTD no fueron desarrollados por los países de ingresos bajos y medianos hasta la pasada década. Tres de los SCTD que se describen figuran entre los más antiguos: la línea de ayuda sobre el SIDA de Trinidad, Aidsline, se fundó en 1988; el proyecto Remedios comenzó en 1991, y un precursor del actual SCTD sudafricano se inició en 1992. El proyecto TARSHI se fundó en 1996. La infraestructura de telecomunicaciones ha sido un obstáculo importante para la expansión de los SCTD; en muchos países de ingresos bajos y medianos, las personas no tienen acceso al teléfono privado. En 1998, los Estados Unidos de América tenían aproximadamente 66 líneas de teléfono fijas por cada 100 habitantes. Por el contrario, en África subsahariana (aparte de Sudáfrica) había aproximadamente una por cada 200 personas, y el acceso a los teléfonos públicos tiene las mismas limitaciones, habiendo aproximadamente uno por cada 15 000 personas, en comparación con un promedio mundial de uno por cada 600.<sup>4</sup> Muchos países asiáticos también tienen unas infraestructuras telefónicas relativamente limitadas. El rápido crecimiento internacional de los teléfonos móviles, no obstante, hace posible superar el desarrollo de las líneas fijas, de modo que los países pueden ampliar rápidamente el acceso telefónico a grandes segmentos de la población. Es previsible que los SCTD aumenten a medida que los países de ingresos bajos y medianos mejoran sus infraestructuras de telecomunicación e identifican el VIH/SIDA como un problema social apremiante.

<sup>3</sup> Comentarios de David Miller en la ceremonia de inauguración de la Primera Conferencia Europea de Servicios de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA, Informe de la Primera Conferencia Europea de Servicios de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA celebrada en abril de 1989 en Amsterdam. Sin embargo, desde 1991, se han realizado pocos talleres o conferencias internacionales a gran escala dirigidos específicamente a temas relacionados con los SCTD.

<sup>4</sup> Jensen M, ‘Policies and Strategies for Improving Africa’s Information and Communications Infrastructure.’ Presentación en Power Point en el Foro de Desarrollo Africano 1999 celebrado en Etiopía, transparencia núm. 4.



En todo el mundo, los programas que gestionan SCTD comparten objetivos y funciones muy similares, aunque pueden enfocarlos de formas distintas y ofrecer diferentes modelos de servicio. Las funciones principales de los SCTD son: 1) ofrecer información; 2) ofrecer apoyo y asesoramiento; 3) derivar a otros organismos, y 4) suministrar datos al gobierno u otras instituciones para seguir el impacto de las campañas de comunicación.

Los SCTD comparten algunas características con otras técnicas de divulgación, como las campañas en los medios de comunicación y la educación inter pares, y pueden trabajar sinérgicamente con ellas. Por ejemplo, como las campañas en los medios de comunicación, los SCTD pueden llegar a grandes números de personas y, como la educación inter pares, pueden ofrecer un servicio personalizado que responda directamente a las inquietudes y preguntas individuales. Un rasgo exclusivo del SCTD es “el contacto confidencial, de tu a tu, anónimo, que tienen los que llaman con sus asesores, [lo cual] permite que se planteen preguntas difíciles y delicadas sobre comportamientos sexuales y cuestiones de sexualidad...”<sup>5</sup> A diferencia del asesoramiento individual directo, los SCTD permiten que los que llaman interactúen como gusten y permanezcan en el entorno que deseen. Este anonimato es especialmente útil en situaciones en que una charla franca sobre sexualidad pone a prueba las normas y tabúes culturales, así como en los lugares donde el VIH comporta un fuerte estigma. Las personas no deben temer que su estado serológico respecto al VIH sea cuestionado o hecho público por llamar a un SCTD. La mayoría de los SCTD han establecido unos principios éticos que guían su labor de asesoramiento y sirven como base de su programa. El Servicio nacional de consulta telefónica directa de Trinidad y Tabago, por ejemplo, ha identificado la confidencialidad, compasión y comprensión, no ser crítico y ofrecer una información precisa y actualizada como la base de su servicio.

El asesoramiento sobre el VIH ofrecido por los SCTD está concebido específicamente para permitir que las personas discutan sobre las ventajas de realizarse la prueba y sobre cómo cambiar los comportamientos de riesgo: por ejemplo, adoptando prácticas más seguras con respecto a las relaciones sexuales y/o el consumo de drogas intravenosas. Los SCTD funcionan partiendo del supuesto de que “un factor clave para cambiar

---

<sup>5</sup> Stratten K, ‘An overview of National and International HIV/AIDS and Social Support Helplines’. Documento preparado para la Beyond Awareness Campaign de la Dirección del VIH/SIDA y las ETS del Departamento de Sanidad Sudafricano, marzo de 1999, p.2.

las actitudes y comportamientos es el suministro de información sobre el VIH y el SIDA objetiva, coherente y comprensible por parte de personas y organizaciones en las que el receptor tenga confianza”.<sup>6</sup> La dificultad de un buen asesor es obtener suficiente información sobre el comportamiento de la persona que llama y sobre qué lo influye, para ofrecerle información y apoyo de una forma que sea ‘escuchada’. Como a menudo los que llaman necesitan más información o servicios de los que puede ofrecer un SCTD, también es un componente crucial del trabajo de ese servicio derivar a las personas a instalaciones de pruebas, grupos de apoyo y otras clases de servicios sociales y médicos.

Los SCTD que se centran en el VIH/SIDA están fácilmente disponibles en el Norte y cada vez lo están más en los países de ingresos bajos y medianos. En el año 2000, cuando el ONUSIDA hizo un esfuerzo para calcular el número de SCTD sobre el VIH/SIDA en activo en esos países, pudo confirmar que había 92. La Campaña Mundial contra el SIDA 2001 preparó un directorio de servicios de asesoramiento telefónico en todo el mundo, que se encuentra disponible en <http://www.unaids.org/wac/hotline/index.html>

---

<sup>6</sup> Waller R, Lisella L, ‘National AIDS Hotline: HIV and AIDS Information Service through a toll-free telephone system’. Public Health Reports; noviembre–diciembre 1991. Vol. 106, n. 6, p. 628–634.

# El servicio de ayuda telefónica directa sobre el SIDA de Sudáfrica

## Sudáfrica

Superficie (km2)	1,22 millones
Población total	42 millones
Población urbana	50,1%
PNB por habitante (PPA* US\$)	8908
Esperanza de vida al nacer (años)	53,9
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	54
Tasa de alfabetismo en adultos (>15 años)	84,9%
Prevalencia del VIH/SIDA en adultos (15-49 años)	19,94%
Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	4,2 millones
Teléfonos (línea fija y móvil, por 1000 personas)	270
Usuarios de Internet (por 1000 personas, año 2000)	8,4

\* Paridad del poder adquisitivo

Cifras calculadas desde 1999, cuando no se indica lo contrario.

Fuentes: *Informe sobre el Desarrollo Humano 2001, PNUD; Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000, ONUSIDA, e Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001, Banco Mundial.*



## El VIH/SIDA en Sudáfrica

Sudáfrica se enfrenta a una grave y creciente epidemia de VIH/SIDA. Se estima que en ese país hay 4,2 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, el mayor número de personas que viven con el VIH/SIDA del mundo. Además, a finales de 1999, Sudáfrica albergaba a 370 952 niños menores de 15 años que habían perdido a su madre o a ambos padres a causa del SIDA desde el comienzo de la epidemia.

La epidemia se expande rápidamente. Desde 1990 se realizan estudios de vigilancia centinela nacionales de usuarios de dispensarios prenatales, y la prevalencia del VIH entre las personas que acudieron a esos centros aumentó de menos del 1% en 1990 a una mediana del 24,8% en 2001. No obstante, los niveles de sífilis se redujeron en los últimos tres años, del 7,3% en 1999 al 2,8% en 2001.

La carga de atender a los huérfanos y los enfermos recae cada vez más sobre las familias y las comunidades. Desde comienzos de los años 1990 se han puesto a disposición muy pocos servicios de pruebas del VIH. No obstante, en 2002 se están introduciendo servicios ampliados de asesoramiento y pruebas voluntarias (APV). Los servicios de salud están sobrecargados en cuanto a la atención que prestan a los pacientes con el VIH/SIDA, y los programas de atención de base comunitaria y domiciliaria disponen de pocos recursos. Igualmente, existen limitados recursos para los niños huérfanos o abandonados a consecuencia del VIH/SIDA.

En comparación con otros países africanos, Sudáfrica tiene una estructura de comunicaciones bien desarrollada y un buen acceso a los medios de comunicación. El país también ha implantado la distribución gratuita de preservativos, principalmente a través de los dispensarios públicos del sector, y el tratamiento sintomático de las ITS. Los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) se han afianzado con varias leyes. Por ejemplo, el derecho a la intimidad, incluida la intimidad relacionada con el estado serológico respecto al VIH, está protegido por la Constitución. La Ley de Igualdad en el Empleo dicta que los empleados y los que solicitan empleo no pueden ser discriminados por su estado serológico respecto al VIH, y tampoco pueden ser obligados a hacerse la prueba del VIH. La Ley de Relaciones Laborales protege del despido a los empleados sobre la base de su seropositividad.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto elevados niveles de conciencia a nivel nacional acerca del VIH/SIDA, y hay indicios claros de que los jóvenes han adoptado prácticas preventivas. Un estudio de 1999 en un centro centinela de jóvenes realizado por la Beyond Awareness Campaign (BAC) del Departamento de Salud reveló que los preservativos estaban ampliamente disponibles y que el 52% de los jóvenes que eran sexualmente activos (sin cohabitar) habían utilizado un preservativo la última vez que tuvieron una relación sexual. Otros estudios recientes señalan niveles semejantes. El promedio de edad de la primera relación sexual era de 15,7 años para los varones y de 17 años para las mujeres.

## **Estado general de las telecomunicaciones**

La bien desarrollada estructura de comunicaciones de Sudáfrica significa que un SCTD puede llegar a un número significativo de personas. Aproximadamente el 36% de domicilios tienen acceso a teléfonos fijos/móviles y un 38% adicional a un teléfono fijo/móvil en un radio de 15 minutos. La falta de servicios de líneas telefónicas terrestres fiables ha contribuido al reciente y rápido crecimiento de la industria del teléfono móvil, en el que se han realizado un 90% de nuevas conexiones con el tipo de servicio 'de pago inmediato'. Con ello se ha ampliado la accesibilidad al teléfono a individuos con ingresos bajos que antes no podrían haberse permitido disponer de una línea telefónica fija.<sup>7</sup>

Este considerable crecimiento del acceso telefónico en los últimos cinco años ha cambiado el potencial del SCTD de un servicio que favorecía a las elites en una única lengua a otro que podría promocionarse a todas las comunidades en el ámbito nacional.

## **Breve historia del servicio de ayuda telefónica directa sobre el sida de Sudáfrica**

El Departamento de Salud inició el SCTD sobre el SIDA en 1992 y contrató el servicio a Life Line, una ONG nacional (que también gestionaba un SCTD nacional sobre crisis personales), para que lo gestionara. El SCTD se estableció y siempre ha funcionado como un servicio

<sup>7</sup> Una llamada de teléfono móvil a una línea gratuita se paga por minutos (a pesar de que las llamadas desde los teléfonos públicos son gratuitas). Esto puede ser un desincentivo para utilizar un teléfono móvil para una llamada de consulta, si bien muchas preguntas pueden resolverse con relativa celeridad. Sería posible, utilizando tecnología de central de llamadas, rastrear el número de llamadas de teléfonos móviles al SCTD, y merecería la pena investigarlo.

gratuito, aunque nunca se promocionó ni utilizó ampliamente en los primeros tres años de funcionamiento.<sup>8</sup> Este también fue un período de cambio político en Sudáfrica, en tanto que el Gobierno post-apartheid se estableció en 1994. Hasta 1997, el SCTD sobre el SIDA era un recurso relativamente discreto, en gran parte debido a que el presupuesto disponible para el servicio era limitado, la prevalencia del VIH era baja y el objetivo no incluía ofrecer el servicio en varios idiomas. El acceso telefónico entre los pobres y los marginados políticamente también estaba limitado. Sin embargo, a medida que la epidemia de SIDA crecía y los niveles de conciencia aumentaban, se vio claramente que el SCTD era un recurso vital.

Inicialmente, el servicio funcionaba a través de un sistema complejo de cinco bucles regionales, y el proveedor del servicio de telecomunicaciones a nivel nacional conectaba las diferentes llamadas a diferentes centros regionales de Life Line de forma rotatoria. Asesores voluntarios gestionaban las llamadas 24 horas al día y ofrecían información básica, asesoramiento y derivaciones a organizaciones locales para obtener preservativos, asesoramiento y pruebas, servicios clínicos y otras clases de apoyo directo relacionados.

En 1997, el Departamento de Salud emprendió una amplia campaña de comunicaciones, 'Beyond Awareness' (Más allá de la sensibilización), que tenía como objetivo el desarrollo de enfoques orientados a la acción para la prevención del VIH/SIDA, y la atención y apoyo relacionados. Este enfoque favoreció las actividades de comunicación que fomentaban el diálogo, y se hizo evidente que el SCTD sobre el SIDA sería una piedra angular importante para esta estrategia.

Durante 1997/1998, la campaña utilizó anuncios en los medios de comunicación para promocionar el servicio, y trabajó en colaboración con Life Line para controlar la respuesta. La campaña también incorporó el número del SCTD sobre el SIDA al logotipo nacional del lazo rojo.

Pero, a medida que el volumen de llamadas al SCTD aumentaba, surgieron una serie de limitaciones en el sistema y la estructura organizativa existentes. Esas limitaciones estaban principalmente relacionadas con la correlación entre una financiación escasa, unos sistemas de

---

<sup>8</sup> La limitada promoción se debió en gran parte a lo temprano de los procesos de establecimiento técnico de la línea, junto con el hecho de que esta promoción en aquel momento no estaba centralizada dentro de los programas de comunicación.

gestión técnica no avanzados y el aumento de la demanda. Las limitaciones incluían:

- capacidad limitada, con sólo seis líneas entrantes, lo que contribuía a una elevada tasa de llamadas fallidas (hasta el 75%) debido a que la línea estaba ocupada;
- llamadas fallidas como resultado de que la línea no estaba conectada a los centros correctos en el momento correcto, una responsabilidad del proveedor del servicio de telecomunicaciones;
- incongruencias en la formación de los asesores voluntarios;
- incongruencias en las respuestas a las preocupaciones de los comunicantes;
- limitada capacidad multilingüe;
- falta de claridad respecto al estado de los diversos servicios y sus capacidades para gestionar las derivaciones;
- elevada rotación de asesores voluntarios;
- incongruencias y complejidad en la vigilancia del servicio, e
- insuficiente financiación y mecanismos de financiación deficientes.

A raíz de un estudio del servicio en 1999, un equipo de trabajo, que incluía a representantes del Departamento de Salud, BAC y Life Line, examinó los criterios para revisar el SCTD. Se identificaron una serie de criterios, entre los que figuraban los siguientes:

- necesidad de tecnología que pudiera afrontar la demanda en aumento;
- formación de asesores congruente y adecuada;
- cambio de voluntarios a asesores asalariados;
- reunión de información y supervisión apropiadas de los asesores;
- reducción de la complejidad de los sistemas de control, y
- desarrollo de un modelo de financiación apropiado.

A partir de estas discusiones, quedó claro que había que elaborar una estrategia para la financiación ampliada del servicio y para la asistencia técnica. La asistencia técnica y la financiación fueron ofrecidas por el Centro para Programas de Comunicaciones de la Universidad Johns Hopkins (JHU-CCP) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con apoyo financiero y asistencia adicionales brindados por el personal de BAC.

El nuevo modelo incorporó un centro de llamadas centralizado con 24 puestos de trabajo en Johannesburgo, apoyado por tecnología que permitía llamadas en espera, desviar llamadas a asesores concretos, rastrear llamadas, supervisión y vigilancia en línea, y control general de los datos de las llamadas. El plan incluía el reclutamiento de asesores y supervisores remunerados, y la expansión del equipo de dirección.

### **Objetivos del programa**

El objetivo general actual del programa es ofrecer un servicio fácilmente accesible y multilingüe que funcione 18 horas al día. Esto incluye: 1) proporcionar información básica sobre el VIH/SIDA; 2) ofrecer asesoramiento telefónico, y 3) derivar a los servicios apropiados a las personas que llaman (por ej., asesoramiento personal, distribuidores de preservativos, servicios de APV y servicios clínicos), cuando sea necesario.

### **Elementos más importantes del proyecto**

#### **Colaboración y financiación**

Previamente al desarrollo del centro de llamadas centralizado, la financiación se canalizó mayoritariamente a través del programa de financiación de organizaciones no gubernamentales del Departamento de Salud, pero las limitaciones presupuestarias de ese programa restringieron su expansión. El Departamento asumía por separado los gastos de las llamadas.



Warren Parker

*Consejeros telefónicos trabajando*



En la etapa de transición, BAC participó en la promoción del servicio, pero también ofreció apoyo a la investigación y vigilancia, y contribuyó a sufragar los sueldos de los consejeros. JHU-CCP financió, entre otros, la nueva tecnología del centro de llamadas y ofreció apoyo técnico adicional. La colaboración continuada de personas propiciada por estos financiadores principales aseguró unos conocimientos técnicos suficientes e hizo posible la exploración de distintas vías para obtener rápidamente la financiación necesaria para realizar la transición al centro de llamadas centralizado.

Antes de la transición, los costos del SCTD eran aproximadamente de US\$ 350 000 por año, el 45% de los cuales representaba el costo de las llamadas gratuitas. El costo de la transición fue aproximadamente de US\$ 313 000. Actualmente, el costo anual aproximado de mantener el SCTD es de US\$ 800 000, y el costo de las llamadas gratuitas se estima en US\$ 60 000. La financiación global la proporciona el Departamento de Salud, con el apoyo adicional de JHU-CCP/USAID. Teniendo en cuenta que el SCTD sirve a una población muy numerosa, los costos del programa pueden ser considerablemente más elevados que los de países menos poblados o que los de programas regionalizados que requieren menos personal y menos costos de puesta en marcha y funcionamiento.

### **Contratación y formación de asesores**

En este momento, el personal consiste en el director del SCTD, un director del centro de llamadas, un investigador, un coordinador del SIDA, un recaudador de fondos, un formador, tres supervisores y tres equipos de 21 asesores cada uno.<sup>9</sup> Los equipos están divididos en cinco asesores de primera línea que filtran las llamadas y 16 asesores (que también pueden ayudar en la primera línea en momentos de acumulación de llamadas).

El paso de voluntarios a asesores asalariados a jornada completa ha permitido el desarrollo de una estrategia de contratación y formación bien definida. Los criterios para los solicitantes incluyen tener:

- experiencia previa de asesoramiento;
- capacidad para hablar inglés y otras tres lenguas sudafricanas;
- al menos 12 años de educación, con suficientes conocimientos de redacción;

---

<sup>9</sup> La proporción entre supervisores y asesores de 1:21 no es la ideal; sería preferible que fuese de 2:21.

- experiencia laboral previa, y
- entre 22 y 50 años de edad.

Los asesores se evalúan por sus aptitudes interpersonales y por su capacidad para resolver problemas y tomar decisiones. También son importantes una actitud positiva frente a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y capacidad para no ser crítico, así como ser respetuoso y compasivo con los demás. Los consejeros también deben ser capaces de afrontar el estrés.

La formación ofrecida a los asesores se basa en estas aptitudes básicas y en cualquier experiencia previa en asesoramiento. Los nuevos asesores reciben un curso de un mes de formación en información y asesoramiento sobre el VIH/SIDA que es específico de los sistemas de SCTD. Se celebra internamente bajo la supervisión del director de formación. Los asesores también reciben formación técnica en conocimientos prácticos telefónicos e informáticos.

Las llamadas incluyen peticiones de información básica, derivaciones a organizaciones locales, y apoyo de asesoramiento en línea. En consecuencia, los consejeros necesitan tener un buen conocimiento de aspectos básicos relacionados con el SIDA, así como de temas actuales, que pueden incluir por ejemplo los nuevos tratamientos farmacológicos. Además, los asesores han de poder abordar los mitos y rumores relacionados con el SIDA que aparecen continuamente.

Después del primer mes intensivo, la formación de los asesores sigue de forma continuada, y cada asesor recibe al menos ocho horas de formación formal cada tres semanas. Esto incluye más aptitudes de asesoramiento, información actualizada sobre el SIDA y conocimientos técnicos, tales como asegurar que los datos quedan bien recogidos dentro del sistema. Esta formación puede ser en grupo o individual.

Los asesores reciben orientación diariamente, y también se celebran sesiones de información y de liberación de tensiones. Los supervisores del centro de llamadas también identifican las necesidades individuales del asesor y le ofrecen apoyo, como formación especializada, ayuda en directo (cuando el supervisor controla una llamada y proporciona asistencia) y atención de llamadas de broma.

Los recursos del SCTD incluyen un manual de formación, que se amplía de forma ininterrumpida, y materiales como libros y vídeos.



Warren Parker

**Asesora del SCTD sobre el SIDA de Sudáfrica respondiendo a una llamada**

### **Perfil de una asesora**

Dikeledi (25 años) es una licenciada en psicología que habla seis lenguas sudafricanas. Su trabajo voluntario inicial en el SCTD como parte de su trabajo de campo como estudiante la condujo a un puesto permanente de asesora. Casi todos los asesores tienen alguna afinidad natural para este tipo de trabajo y Dikeledi no es una excepción. "Me di cuenta de que en mi vida diaria a menudo reconciliaba los problemas de amigos y conocidos. Venían personas a contarme sus problemas, e incluso sólo escuchando ya les ayudaba", dice.

Trabajar en el SCTD es una oportunidad para hacer una contribución importante a las vidas de los demás. "Me gusta estar ahí para las personas que más me necesitan, y a menudo es difícil. Por ejemplo, tiempo atrás, llamé un hombre que dijo que era VIH-positivo y quería suicidarse. Dijo que era un futbolista conocido, pero no tenía a nadie en quien confiar y que le apoyara, y su familia estaba lejos. Había hablado con su entrenador, pero éste no se había mostrado comprensivo. Logré hacerle cambiar de idea sobre el suicidio y pensar en su vida de un modo diferente."

Una frustración para los asesores son las llamadas falsas, que normalmente incluyen insultos. "Tengo mi propia estrategia para responder a estas llamadas," dice Dikeledi. "Cuando recibo una de esas llamadas, no permito que me afecte. Me digo que estoy aquí para los que me necesitan, y me reservo para los que llaman sinceramente." Las dificultades del asesoramiento también contribuyen al desarrollo personal. "Creía que era fuerte, pero cuando hablas con los demás a menudo te das cuenta de tus propias debilidades. Tienes que afrontar tus propios puntos débiles, y esto me ha convertido en una persona mejor."



Un cartel de la campaña *Beyond Awareness*

### Promoción del SCTD

Al principio, la limitada promoción del SCTD se hacía con anuncios impresos y en vallas publicitarias, a veces con el apoyo de folletos y carteles del Departamento de Sanidad que anunciaban el número del SCTD. Durante 1997-1998, se promovió mucho el SCTD a través de anuncios de radio como parte del BAC.

En 1999-2000, se intensificó la publicidad a través de publicaciones (sobre todo revistas), y medios exteriores (vallas publicitarias) y móviles (trenes, autobuses y taxis). El uso de materiales impresos aumentó el impacto de los anuncios radiofónicos que ofrecían información del SCTD. El tener el número del SCTD en los materiales impresos contribuyó a la capacidad personal para recordar/encontrar el número después de oírlo brevemente en las ondas.

En una actividad relacionada, el BAC creó una Oficina de Acción del SIDA que desarrolló y distribuyó una amplia serie de material de apoyo, incluidos folletos, pegatinas, carteles, directrices sobre el VIH/SIDA y artículos como gorras y camisetas, todos con el número impreso del SCTD. También se elaboraron carteles especiales para el SCTD. Durante 1999-2000, se repartieron más de 25 millones de pequeños artículos de publicidad con el número del SCTD.

El conocimiento del servicio se va ampliando por todo el país, y se registran llamadas tanto urbanas como rurales. Un reciente estudio del Departamento de Salud sobre el conocimiento del VIH/SIDA entre las personas que utilizan cada día el transporte público<sup>10</sup> indicó que está

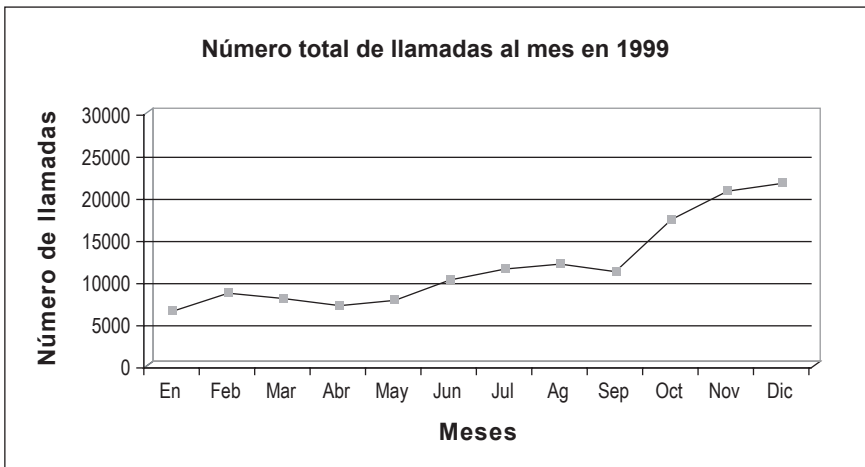
<sup>10</sup> Warren Parker, Salome Oyosi, Kevin Kelly y Susan Fox, On the move: *The response of public transport commuters to HIV/AIDS in South Africa*, Departamento de Sanidad de Sudáfrica, enero de 2002.

penetrando la idea de que existe un SCTD donde se puede pedir información sobre el VIH/SIDA. El 75% de los encuestados indicaron que conocían este servicio. De los que lo conocían, el 56% mencionó el SCTD nacional y gratuito sobre el SIDA, y el 11% indicó que habían utilizado un SCTD (entre el 3% y el 21% según los lugares). El 1% había hablado del VIH/SIDA con un asesor de un SCTD durante el mes anterior.

Por regla general, la disponibilidad global del número del SCTD en los folletos y carteles ha contribuido a mantener la tasa de llamadas sin una promoción adicional. La promoción adicional aumenta el número de llamadas, y se ha observado una relación directa entre la colocación de los anuncios y el número de llamadas al servicio.

La figura *infra* muestra cómo una campaña publicitaria radiofónica iniciada en septiembre de 1999 contribuyó a aumentar el número de llamadas recibidas. En aquella época, esta era la única organización que promocionaba el SCTD y no había otras actividades promocionales simultáneas que explicaran el aumento de llamadas.

Un análisis de las fuentes del número del SCTD en agosto de 2000 señaló que los folletos (30%) y los carteles (8%) eran medios de promoción importantes.



### **Perfil de los comunicantes**

Un sistema informatizado permite que los asesores recojan información básica sobre las personas que llaman durante cada llamada. Los datos se recogen mensualmente. Todas las llamadas al SCTD son anónimas y los asesores no dan su nombre a las personas que llaman.

Los datos recogidos durante el último trimestre de 2000 se han utilizado para identificar las siguientes tendencias:

*Edad:* La mayoría de los que llaman (45%) tienen entre 15 y 19 años, seguidos del grupo de edad de 20 a 29 años (un 38%).

*Sexo:* Aunque la mayoría de las personas que llaman son varones (60%), también llama un significativo número de mujeres. Es necesario investigar más las razones de esta proporción, pero es probable que un factor que contribuya al mayor número de comunicantes varones sea que un número desproporcionadamente más elevado de varones tiene acceso a teléfonos en el lugar de trabajo.

*Idioma:* Cada una de las 11 lenguas oficiales de Sudáfrica está, en general, confinada a una región geográfica específica. Sin embargo, dado que la provincia de Gauteng, sede del centro de llamadas centralizado, acoge a personas de todo el país, es posible reclutar a asesores que hablen más de una de las lenguas oficiales para que el servicio sea realmente plurilingüe. Las personas que llaman al SCTD son derivadas a los asesores según las preferencias idiomáticas. Las lenguas más habituales habladas en el SCTD son el inglés (29%), el isiZulu (19%) y el isiXhosa (18%).

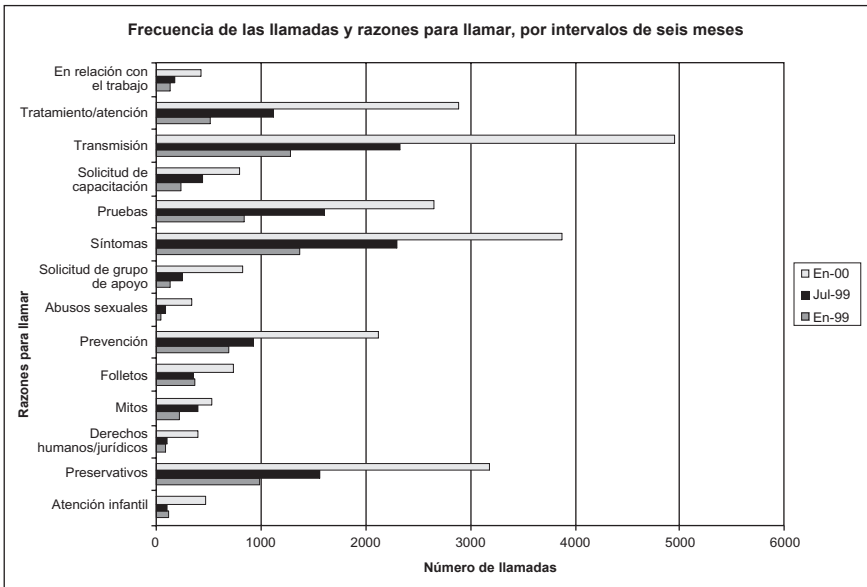
*Distribución geográfica:* Al SCTD llaman personas desde las nueve provincias de Sudáfrica. No obstante, algunas provincias tienen una tasa de llamadas más elevada en proporción a su población. Los factores que contribuyen a esas tasas provinciales más elevadas incluyen la promoción regional del SCTD, la accesibilidad telefónica, el conocimiento general del VIH y el del propio estado serológico respecto al VIH.

### **Razones para llamar al SCTD**

El SCTD ofrece información básica, así como asesoramiento y derivaciones. Aproximadamente un tercio de las llamadas son llamadas de asesoramiento que duran más de cinco minutos y aproximadamente dos tercios de las personas que llaman son derivadas a servicios de su zona. Tres cuartas partes de los comunicantes (77%) llaman por primera vez.

La figura *infra* detalla las razones de las llamadas realizadas durante tres periodos de tiempo distintos antes del cambio a la tecnología de llamadas centralizadas. Si bien las principales preocupaciones son la transmisión y los síntomas del VIH/SIDA, así como otra información básica acerca del virus, también se hacen preguntas acerca de los preservativos, de otras ITS y de la prueba del VIH.

Las personas que llaman son derivadas a los servicios locales si necesitan recursos (como preservativos), asesoramiento personal y/o la prueba del VIH.



## Desafíos

### Llamadas fallidas y falsas

Una dificultad primordial para instaurar un SCTD a gran escala es asegurar que los que llaman consigan hablar con un asesor. Durante la etapa de transición del SCTD (octubre a diciembre de 2000), se recibieron más de 160 000 llamadas cada mes pero, debido a las limitaciones de personal, sólo se respondieron del 60 al 70%. Las llamadas no respondidas se consideran, así pues, llamadas fallidas. Un objetivo del centro de llamadas es responder al menos al 90% de las llamadas entrantes.

Sólo se registran las llamadas que duran más de un minuto. Normalmente, el total de llamadas recibidas son de cuatro a seis veces más que las llamadas registradas. Desde 1998, cuando se registraban 70 000 llamadas al año, el número de llamadas registradas ha aumentado de forma gradual hasta 150 000 en 1999 y aproximadamente 220 000 en 2000. Se prevé que la tasa de llamadas aumente considerablemente dentro del presupuesto y el marco de trabajo del contrato 2001-2002, que permite una asignación completa de asesores y personal de apoyo.

Varios factores hacen que una llamada respondida se clasifique como fallida o fracasada. Por ejemplo, se produce una llamada fallida cuando la persona que llama cuelga, no dice nada, o si la llamada es especialmente breve. Es difícil determinar por qué se producen las llamadas fallidas, pero es posible que algunas personas sean demasiado tímidas para hablar o tengan expectativas distintas respecto al asesor: puede que deseen hablar con una persona del otro sexo o con alguien que hable otro idioma.

Además de las llamadas fallidas, un número significativo de llamadas se consideran llamadas ‘falsas’. En este caso, las personas que llaman abusan malintencionadamente del servicio y/o de los asesores. Actualmente, la proporción de llamadas fallidas/falsas y llamadas registradas es de tres a una, eso es, aproximadamente el 75% de las llamadas entran en la categoría de ‘llamada falsa’.

Las llamadas fallidas y falsas hace tiempo que forman parte del SCTD sobre el SIDA de Sudáfrica y también son un problema para otros SCTD del país. No obstante, el problema ha afectado más gravemente a los servicios gratuitos en tanto que los comunicantes bromistas y maliciosos no tienen que pagar por la llamada. Las llamadas falsas aumentan el gasto de teléfono, hacen perder el tiempo a los asesores y los frustran y desmotivan. Los asesores expresan su frustración por tener que tratar con esta clase de llamadas: “*Lo único que nos estropea el día son las llamadas falsas*”; “*Mi estrés procede de tener que responder a las llamadas falsas*”, y “*Los bromistas nos hacen perder un tiempo valioso*”.

la cuestión de las llamadas fallidas/falsas sólo puede enfocarse con un control constante, pero se han propuesto una serie de estrategias. Por ejemplo:

- **Clasificar las llamadas fallidas/falsas** para distinguir si la persona que llama y cuelga, se mantiene en silencio, ríe o es ofensiva puede contribuir a proporcionar datos para elaborar



estrategias para contrarrestarlas y respuestas normalizadas. Por ejemplo, puede elaborarse una respuesta normalizada animando al diálogo para los comunicantes silenciosos; o bien puede utilizarse una respuesta diferente para desanimar a los bromistas. El análisis de las llamadas fallidas/falsas, por ejemplo, también podría hacer posible campañas de ámbito nacional o geográficamente limitadas para promocionar la responsabilidad de los comunicantes.

- **Los Sistemas de Identificación de Llamadas (SIL)** están disponibles en el sistema de telecomunicaciones sudafricano. Podrían registrarse los números de los teléfonos asociados a las llamadas fallidas/falsas para analizarlos posteriormente, especialmente con respecto a ese tipo de llamadas repetidas.<sup>11</sup> Puede ser necesario bloquear las llamadas de ciertos números asociados a un elevado volumen de abuso. Esto debería realizarse de forma confidencial para no comprometer la identidad de los comunicantes legítimos.
- **Convertir el SCTD en un servicio de pago** podría desanimar a las personas que no están dispuestas a pagar por hacer una llamada falsa o no pueden permitirse pagarla. Sin embargo, esto reduciría el acceso al servicio a las personas más pobres y a las que requieren un asesoramiento telefónico de mayor duración. Dada la considerable inversión que se ha realizado para promocionar los servicios gratuitos y el número específico del SCTD, no puede recomendarse este enfoque.

## Enseñanzas adquiridas

### Un servicio centralizado

La inversión realizada para desarrollar un servicio centralizado ha contribuido considerablemente a la calidad del servicio en su conjunto. Utilizando esta tecnología, el control de las llamadas es más fácil. Además, la centralización permite la formación de los asesores, la elaboración de una base de datos de referencia, la gestión de las llamadas fallidas/falsas y que el informe de los asesores se realice de forma coherente, con seriedad y con una mejor planificación. Además de esto, el enfoque centralizado de la tecnología y la gestión es considerablemente más eficaz que los enfoques descentralizados. También facilita una recopilación de datos más amplia.

<sup>11</sup> El análisis de acuerdo con la situación geográfica de las personas que llaman, o con las proporciones de llamadas realizadas desde el lugar de trabajo, teléfonos privados o públicos aportaría elementos importantes.

### **Vigilancia, evaluación y calidad del servicio**

Con una asignación completa de personal y utilizando la mejor tecnología disponible, el SCTD sobre el SIDA representa un recurso vital y rentable en la respuesta al VIH/SIDA. Sin embargo, este recurso sólo tiene una buena rentabilidad si cumple una serie de objetivos relacionados con la calidad y si corrige los problemas que surjan de forma apropiada y perspicaz.

Como mínimo, debería incluirse lo siguiente en la vigilancia cuantitativa del servicio:

- **Total de llamadas:** incluidas las llamadas que no llegaron a buen puerto porque la línea comunicaba; el número de llamadas entrantes; el número de llamadas respondidas; el número de llamadas que duran más de un minuto.
- **Estadísticas de las personas que llaman:** incluida la edad, el sexo, el idioma, la situación geográfica y cómo se enteraron del número del SCTD.
- **Contenido de las llamadas:** si la llamada era informativa, de asesoramiento o de derivación; personas que llaman por primera vez; razones para llamar.

Además, la vigilancia de la calidad es importante y debería incluir el análisis del contenido y los problemas asociados a las llamadas fallidas/falsas; la coherencia de las respuestas de los asesores; la capacidad de responder inmediatamente a las preguntas sobre temas que van surgiendo (por ej., nuevas opciones de tratamiento); las perspectivas de los asesores; el apoyo a los asesores y reuniones informativas.

Entender las tendencias en las preguntas de los comunicantes es útil para el desarrollo de campañas de comunicación, y es importante ofrecer información de forma regular sobre las tendencias de las llamadas a los directores de comunicación.

Los criterios de calidad del servicio pueden incluir: responder al menos al 90% de las llamadas entrantes; responder a la tercera señal; transferir las llamadas en espera dentro de un plazo de 15 segundos; asegurar que las personas que llaman pueden recibir información en la lengua oficial elegida; saludos y respuestas normalizados a preguntas comunes; asegurar que se responde en un tiempo mínimo a las personas que llaman; asegurar derivaciones a los servicios adecuados; y asegurar que se gestionan rápidamente las llamadas falsas/fallidas.

En parte, el mantenimiento de un servicio de elevada calidad supone asegurar que las bases de datos de referencia se investigan y mantienen cuidadosamente. Desarrollar un sistema de referencia eficaz es una actividad de investigación compleja y continua. El Departamento de Salud pone al día periódicamente el directorio nacional de las organizaciones de servicios relacionados con el SIDA, incluidos organismos del Gobierno, pero la calidad de cualquier servicio en Sudáfrica puede variar dependiendo de la situación, el personal, los recursos de financiación, etc.

### **Apoyo a los asesores y reuniones de información**

Cualquier forma de suministro de información y asesoramiento en el ámbito del VIH/SIDA es compleja y causa estrés y, en consecuencia, tiene un impacto sobre el bienestar psicosocial de los asesores. El entorno anónimo del SCTD plantea unas dificultades especiales, sobre todo en el caso de las llamadas falsas en las que los asesores pueden sufrir abusos, pero también en el asesoramiento sobre el VIH/SIDA en el que pueden abordarse importantes decisiones para la vida. Se ha introducido un sistema en que los asesores reciben información periódicamente y se les ofrece acceso a asesoramiento adicional.

El personal del SCTD también incluye a personas VIH-positivas, y se ha dedicado una atención especial a las necesidades específicas relacionadas con el VIH en el lugar de trabajo, teniendo también en cuenta las prestaciones médicas y de otro tipo.

### **Perfil de un asesor**

Nathaniel (22 años) trabajaba como operador en un centro de llamadas para organizaciones comerciales hasta que entró en el SCTD sobre el SIDA. Con los años, había visto la necesidad de que las personas conocieran más acerca del VIH/SIDA, y los amigos y miembros de la familia a menudo confiaban en él. “Quería saber más sobre cómo ayudar a los demás,” dice. “Sin duda, ‘los bromistas’ hacen más difícil nuestro trabajo, pero yo siento que ayudo a las personas que llaman, y que es probable que cuenten a otros sus experiencias con el servicio.”

Nathaniel ha visto los beneficios de los cambios en el sistema del SCTD. “Antes, habíamos trabajado en diferentes secciones de Life Line. Ahora estamos todos en el mismo edificio. Podemos abordar mejor los problemas, y ofrecer a las personas que llaman hablar en el idioma que prefieran.”

El asesoramiento ayuda a las personas a ver más claramente sus problemas. “Recuerdo una llamada de una mujer que llamó para decir que era VIH-positiva, pero que había sido fiel a su esposo. Su esposo no le dijo que era positivo, y ella tenía dificultades para afrontar la situación. Durante la llamada, logramos pasar de la emoción a concentrarnos en la importancia de vivir positivamente con el VIH.”

Trabajar en el SCTD ha sido una experiencia enriquecedora para Nathaniel. “He aprendido otros idiomas y he recibido más formación y ahora entiendo mejor cómo funcionan las organizaciones.”

El SCTD sobre el SIDA de Sudáfrica representa una actividad importante y rentable con un largo historial. Ha aprovechado la tecnología moderna de las telecomunicaciones para desarrollar un modelo de centro de llamadas centralizado y complejo que trabaja para ofrecer un servicio de gran calidad. Con el desarrollo de este servicio se han adquirido muchas enseñanzas, tanto en la capacidad técnica del servicio como en el contenido del diálogo entre asesores y comunicantes anónimos. También es importante comprender la necesidad de gestionarlo y superarlo cuidadosamente, así como de celebrar reuniones de información a los asesores y de ofrecerles otra clase de apoyo.

La piedra angular para ofrecer un servicio eficaz ha sido la integración de actividades de vigilancia y evaluación que aporta indicaciones importantes y periódicas para guiar las estrategias y planificación futuras. También existe un considerable potencial de investigación para informar de actividades paralelas, como las comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Por ejemplo, un análisis de las preocupaciones de las personas que llaman en el ámbito del asesoramiento y las pruebas voluntarias puede orientar tanto el suministro del servicio como la promoción de los servicios. Igualmente, a través de las llamadas al SCTD podrían identificarse mitos y conceptos erróneos que luego podrían enfocarse estratégicamente por medio de una campaña de comunicación.

Dada la disponibilidad general de teléfonos en Sudáfrica, el SCTD facilita un servicio de alcance nacional que es accesible tanto en entornos rurales como urbanos. El servicio ofrece una ayuda especial a las personas que llaman dándoles información anónima y facilitándoles asesoramiento. Sin embargo, en el caso de las derivaciones, depende de la disponibilidad y complejidad relativas de los sistemas de apoyo, y en consecuencia exige tener una base de datos de derivaciones cuidadosamente actualizada.

El amplio conocimiento del SCTD es el fruto de varios años de promoción específica en los medios de comunicación. Además, se le ha brindado apoyo promocional a través de folletos y carteles difundidos ampliamente, con lo que se ha asegurado que el número del SCTD sea bien conocido y accesible por todo el país.

## **Información de contacto**

### **Número del SCTD: 0800-0123-22**

Para solicitar más información sobre el servicio, incluida información de contacto, consúltese la siguiente página web: [www.aids helpline.org.za](http://www.aids helpline.org.za).

Puede establecerse contacto con el autor de este informe, Warren Parker, a través de la dirección electrónica [cadrejhb@cadre.org.za](mailto:cadrejhb@cadre.org.za) o del teléfono +27 11 339 2611 o el fax +27 11 339 2615.

## **Bibliografía**

Parker W et al. (2002) *On the move: The response of public transport commuters to HIV/AIDS in South Africa*, Departamento de Salud de Sudáfrica.

ONUSIDA (2000) *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000*.

ONUSIDA (2000) Hojas de datos epidemiológicos del ONUSIDA/OMS.

# El servicio de consulta Telefónica Directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago

## Trinidad y Tabago

Superficie (km <sup>2</sup> )	5130
Población total	1,3 millones
Población urbana	73,6%
PIB por habitante (PPA* US\$)	8176
Esperanza de vida al nacer (años)	74,1
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	17
Tasa de alfabetismo en adultos (>15 años)	93,5%
Prevalencia del VIH/SIDA en adultos (15-49 años)	1,05%
Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	7800
Teléfonos (fijos y móviles, por 1000 personas)	246
Usuarios de Internet (por 1000 personas, año 2000)	7,7

\* Paridad de poder adquisitivo

Cifras calculadas desde 1999, cuando no se indica lo contrario.

Fuentes: *Informe sobre el Desarrollo Humano 2001, PNUD.*

*Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000, ONUSIDA.*

*Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001, Banco Mundial.*



## El VIH/SIDA en Trinidad y Tabago

**T**rinidad y Tabago está experimentando una aceleración en la epidemia de VIH/SIDA, sobre todo en la tasa de infección en las mujeres. El Gobierno ha reconocido el VIH/SIDA como una prioridad de desarrollo nacional y ha aumentado considerablemente la partida del presupuesto nacional para responder a la epidemia.

Aunque al principio el VIH/SIDA lo transmitían los varones que tenían relaciones sexuales con varones, ahora afecta a la población en general.

A finales de 1999, se calculaba que había 7800 adultos y niños (de 0 a 15 años) que vivían con el VIH/SIDA en Trinidad y Tabago, y se atribuían 530 muertes al SIDA. El número de niños que en 1999 habían perdido a su madre o a ambos padres a causa del SIDA se calculó en 685. La tasa actual de la infección por el VIH en Trinidad y Tabago es del 1,05%.

En Trinidad, se diagnosticaron los primeros casos de SIDA en 1983 en ocho varones homosexuales y bisexuales, seis de los cuales murieron durante aquel año. En 1985, la aparición de casos entre mujeres y niños señaló que la enfermedad se propagaba heterosexualmente. De 1983 a 1990, la proporción de varones-mujeres cambió de 8:0 a 3:1. La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas aumentó desde la no evidencia de la infección en 1988 al 1% de las mujeres embarazadas analizadas en 1996. En 1988, el 13% de las profesionales del sexo sometidas a análisis resultaron VIH-positivas, pero no hay más información sobre este grupo de población. Entre 1994 y 1996, la prevalencia mediana del VIH entre pacientes clínicos de ITS analizados en Puerto España y San Fernando oscilaba entre el 6% y el 9%.

En un amplio estudio de varones y mujeres adolescentes y de veinte y pocos años en Trinidad y Tabago, menos del 20% de los encuestados sexualmente activos dijeron que siempre utilizaban preservativos, y dos tercios no usaban nunca preservativos. La mezcla de edades, que ha contribuido a aumentar las tasas del VIH entre las mujeres africanas jóvenes a niveles tan elevados, también es habitual en esta población: si bien la mayor parte de los varones jóvenes tenían relaciones sexuales con mujeres de su edad o más jóvenes, más del 28% de muchachas dijeron que tenían relaciones sexuales con varones mayores. Como consecuencia, las tasas del VIH son cinco veces más altas entre las muchachas que entre los muchachos de 15-19 años en Trinidad y Tabago y, en un centro de vigilancia para mujeres embarazadas de Jamaica, la

tasa de prevalencia entre las muchachas adolescentes era casi el doble que en las mujeres mayores.

En 1987, se creó un Programa Especial del SIDA y Centro de Intercambio de Información en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), con fondos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Centro proporcionaba guía y apoyo técnico a los gobiernos de la región.

El Ministerio de Salud del Gobierno de Trinidad y Tabago creó su Comisión Nacional para el SIDA mediante una ley del Parlamento en 1987, y se nombró un coordinador nacional para el SIDA. Se crearon varias subcomisiones, incluida una de Educación y Formación.

## **Breve historia del servicio de consulta telefónica directa nacional sobre el SIDA**

La Subcomisión de Educación y Formación recibió la misión de crear, entre otras cosas, un SCTD con voluntarios reclutados entre la población. Así, la génesis del SCTD se hizo a través del Ministerio de Salud y fue uno de los primeros servicios que ofreció el Programa Nacional del SIDA.<sup>12</sup> Su estructura tenía que ser simple –una cuasi-ONG con una comisión de gestión y un equipo de voluntarios seleccionados y formados que trabajaría bajo los auspicios del Programa Nacional del SIDA.

Los primeros pasos para hacer realidad esta misión se efectuaron cuando un representante de AIDSCOM<sup>13</sup> visitó Trinidad y Tabago en 1988 para identificar áreas en que su organización podría ofrecer apoyo técnico al Gobierno a través del Programa Nacional del SIDA. AIDSCOM ofreció al Ministerio de Salud fondos y apoyo técnico para un SCTD sobre el SIDA. Se acordó que el CAREC sería el organismo que facilitaría el SCTD y se nombró a un asistente social clínico como coordinador de los voluntarios.

La siguiente etapa fue que una delegación de cinco miembros asistiera a una sesión de formación en Washington, DC. El intenso Taller de Desarrollo del Servicio de consulta telefónica directa sobre el SIDA/ETS de una semana de duración, realizado en otoño de 1988, expuso

<sup>12</sup> Desde su inicio, Aidsline ha tenido todo el apoyo del Ministerio de Salud y ha seguido buscando su apoyo cuando ha sido conveniente. Mantener una relación de trabajo profesional continua con el Ministerio puede ser una ventaja importante para cualquier SCTD sobre el SIDA.

<sup>13</sup> AIDSCOM es un organismo perteneciente a la Academia de Desarrollo Educativo de Washington, DC.



a los participantes una serie de estrategias centradas en desarrollar una estructura administrativa y unas directrices que reflejaran las normas sociales/culturales del Caribe en cuanto a sexo, sexualidad y religión. El grupo visitó un SCTD en Baltimore (Maryland), que se evaluó como modelo potencial debido a que sus proporciones operativas eran similares a las que se necesitaban para servir a la población de Trinidad y Tabago. Sus puntos fuertes eran su bajo presupuesto y su sencilla estructura y procesos/procedimientos operativos. A raíz del taller, se desarrolló un modelo para crear SCTD en la región caribeña.

Mientras tenía lugar el taller en los Estados Unidos, el CAREC (en Trinidad) patrocinó una serie de anuncios en los periódicos locales para personas interesadas en ser voluntarias para responder a las llamadas del SCTD nacional sobre el SIDA. La Comisión de Gestión y Asesoramiento del SCTD se formalizó, y se formó una subcomisión del Programa Nacional del SIDA para colocar los cimientos del primer programa de formación. El CAREC entrevistó y seleccionó el primer grupo de voluntarios y se eligieron 26 aprendices. Representaban a instituciones, organismos y otros grupos de la comunidad cuya política de servicios estaba, hasta cierto punto, alineada con la del SCTD.

## **Elementos más importantes del proyecto**

Aidline, el Servicio Nacional de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago, se inauguró formalmente en diciembre de 1988. El Ministerio de Salud ofreció personal de apoyo, espacio para formación y una oficina (incluido equipamiento), y sigue haciéndolo. El CAREC proporcionó personal técnico de apoyo y algo de equipo, facilitó la contratación de un gestor y buscó los fondos para los salarios y otros gastos iniciales a través de AIDSCOM. El apoyo de AIDSCOM incluía la instalación de tres líneas de teléfono y el pago de las facturas de teléfono de los primeros seis meses; esto se extendió a 30 meses después de los primeros seis meses de evaluación.

El SCTD recibe actualmente unas 2000 llamadas anuales en dos líneas telefónicas abiertas de las 8 a las 20 horas, de lunes a sábado. Sólo hay un empleado asalariado a tiempo completo y un equipo de 40 voluntarios activos.

El público destinatario de Aidline es la población en general, pero sobre todo los grupos de edades más vulnerables y las personas infectadas o afectadas, conforme a su declaración fundacional: “El Servicio

Nacional de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago tiene el objetivo de ofrecer información creíble y confidencial, escuchar/aconsejar y servicios de referencia que reflejan las necesidades y las características de los usuarios en cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA/ITS.”

El SCTD se rige por sus valores esenciales: confidencialidad, compasión, comprensión falta de crítica y compromiso para proporcionar información actualizada y precisa. Cumple los siguientes papeles y funciones:

- Ofrece un servicio muy confidencial, falto de crítica, compasivo y anónimo a las personas que están preocupadas acerca de la infección por el VIH y el SIDA.
- Disminuye la incidencia de la transmisión del VIH en Trinidad y Tabago ofreciendo un servicio de escucha, derivación y educación.
- Fomenta el aumento de la participación de la comunidad en la sensibilización/prevenición/educación sobre el VIH/SIDA.
- Ofrece las derivaciones necesarias.
- Promueve los esfuerzos de planificación nacional en la prevención y control del VIH/SIDA preparando informes mensuales basados en análisis de datos recogidos en el SCTD. Esos informes se diseminan a través de las redes de trabajo y las comisiones del SIDA y del coordinador nacional sobre el SIDA.

Recientemente, el papel del SCTD para el período 2000-2005 se ha redefinido para centrarse más en ofrecer asesoramiento además de ‘escuchar’, proporcionando información y derivaciones. Así pues, el SCTD se ha ampliado para incluir:

- Información y asesoramiento sobre el VIH/SIDA por personal capacitado.
- Educar e informar al público en general sobre asuntos actuales relacionados con la prevención, atención y apoyo a través de medios de comunicación de apoyo y otros cauces.

Los elementos más importantes del marco de trabajo desarrollado por los participantes de Trinidad en el taller de Washington, DC fueron aprobados en general para su aplicación. Se hicieron algunos ajustes para reflejar mejor la cultura local y las costumbres sociales, por ejemplo, la fuerte orientación católica del país, con recursos limitados y un sistema de apoyo escaso por el que tienen que competir muchas necesidades de

salud pública. Se creía que el planteamiento más eficaz para crear un servicio sostenible sería limitar el número de gestores remunerados y concentrarse en una base sólida de voluntarios.

Esta base también conformaría un SCTD lo más ampliamente incluyente posible, con representantes de muchos ámbitos sociales que podrían llevarse sus conocimientos del VIH/SIDA ‘a casa’ y presentar los temas de forma entendedora a sus grupos scouts, en sus clases, en reuniones del club, etc.

AIDSCOM evaluó el SCTD después de seis meses de operación y, en 1994, el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS/OPS<sup>14</sup> realizó un análisis cuantitativo de los datos existentes del SCTD. Con el apoyo de la OMS/OPS se llevaron a la práctica recomendaciones para actualizar los conocimientos técnicos y la base de información del personal y los voluntarios. En 1998-1999, el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ) ofreció fondos para reforzar la capacidad del SCTD mediante la investigación y la evaluación, la formación en introducción de datos, el suministro de soporte físico y programas informáticos, y ajustes importantes a los instrumentos de recogida de datos.

### **Reclutamiento de voluntarios**

La fuerza impulsora del SCTD es su equipo de voluntarios comprometidos, quienes, especialmente al principio, se arriesgaron al ridículo para servir a los que sufrían dolor y/o aislamiento. Mientras muchas personas estaban agradecidas de contar por fin con un lugar seguro donde llamar para pedir información y apoyo, otros especulaban en voz alta sobre el estado serológico acerca del VIH del receptor o etiquetaban a los voluntarios de “pecadores” que fomentaban “las malos comportamientos de esta clase de personas”.

Se pide a cada nuevo grupo de receptores que rellene un formulario, presente un currículum vitae y pase una entrevista personal. Los criterios de selección son: buena disposición de participar, compasión, capacidad para no ser crítico y estar abierto a nueva información, y saber escuchar con buenos modales telefónicos. Los voluntarios proceden de todos los ámbitos sociales y tienen ocupaciones, creencias religiosas y filosofías diversas. Aportan su singular individualidad y sus conocimientos prácticos a Aidsline y han mantenido a flote el servicio.

<sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud.

Actualmente hay 120 voluntarios registrados, de los cuales el 33% están activos. Entre los voluntarios actuales, la franja de edad está entre los 22 y los 70 años, y los voluntarios más mayores aportan una perspectiva valiosa y equilibrada. Por lo general, un voluntario realiza un servicio de uno a dos años después de terminar su formación. La mayoría pueden trabajar por lo menos de dos a tres horas a la semana (algunos más) y, debido a su empleo y responsabilidades familiares, normalmente se suelen programar para los turnos de noche y/o sábados. En este momento, sólo tres de cada cuatro voluntarios están disponibles para los turnos de los días laborables y, cuando es necesario, cubre las líneas telefónicas el ayudante administrativo asalariado. Hubo un período de dos o tres años (cuando la economía local era particularmente mala y pocas personas tenían tiempo para actividades voluntarias) cuando el SCTD no tenía ningún voluntario para los días laborables. Este problema disminuyó en cuanto la economía mejoró un poco.

Desde su creación, el SCTD ha ofrecido 321 984 horas por medio de voluntarios, incluidas las horas cubiertas por la comisión de gestión. Si se pagara a los voluntarios a la tarifa actual, se calcula que las horas que han trabajado habrían costado al SCTD aproximadamente unos US\$ 62 000 anuales.

### **Formación de voluntarios**

La supervisión de voluntarios es responsabilidad general del coordinador, con el apoyo del auxiliar administrativo (que también es un receptor capacitado) y los cinco ‘receptores más experimentados.

Cuando empezó el SCTD, se consideraba a los receptores voluntarios como la forma de ofrecer el servicio y se creía que el servicio que habían que ofrecer era ‘escuchar’. Pronto se vio que las preguntas y preocupaciones de las personas que llamaban se hacían más complejas a medida que la epidemia evolucionaba y los receptores necesitaban adquirir más conocimientos teóricos y prácticos. Los módulos de formación y puesta al día se mejoraron para satisfacer las necesidades reflejadas en las hojas de recopilación de datos del SCTD. No obstante, después de la evaluación del SCTD que hizo el GTZ utilizando ‘comunicantes fantasmas’,<sup>15</sup> quedó claro que si bien ‘escuchar’ formaba parte del programa, también era necesario poner al día los conocimientos de asesoramiento de los

---

<sup>15</sup> Los representantes del GTZ llamaban al SCTD haciéndose pasar por un comunicante ‘normal’ y evaluaban el servicio ofrecido.

receptores. Se cambió la denominación de ‘receptor’ por la de ‘asesor no profesional’<sup>16</sup> y la formación empezó a poner más énfasis en las aptitudes de asesoramiento.

En cada sesión, reciben formación aproximadamente 25 nuevos voluntarios, seleccionados a partir de grupos de distintos tamaños; se seleccionó a 46 aspirantes para la sesión de formación más reciente. Los nuevos voluntarios reciben 40 horas de formación (y a menudo algunas más) en cinco sesiones de sábados consecutivos. Durante las primeras 160 horas que trabajan en el SCTD se les considera internos en período de prueba y son supervisados por un receptor experimentado. La formación está pensada para ayudar a los voluntarios a desarrollar las capacidades, conocimientos, actitudes y aptitudes exigidas a los receptores del SCTD, así como la sensibilidad ante los matices culturales y sociales de las distintas poblaciones del país. Los componentes del programa de capacitación incluyen:

- construir una base de conocimientos científicos sobre el VIH/SIDA/ITS, la sexualidad humana y los elementos de unas relaciones sexuales más seguras;
- dinámica psicosocial de las familias y la enfermedad;
- comprensión de lo que representa vivir con el VIH/SIDA (y otras enfermedades terminales) y afrontarlo;
- ejercicios de autodesarrollo/mejora, sobre todo para construir capacidades de escucha y comunicación interpersonales;
- los principios del SCTD, concretamente los principios orientadores de confidencialidad y respeto sin crítica de la intimidad del comunicante;
- las prácticas del SCTD; por ejemplo, mantenimiento de registros y derivaciones;
- modales telefónicos, cómo responder a las llamadas de broma, etc., e
- introducir y mejorar los conocimientos básicos de asesoramiento utilizando el ‘modelo en cinco etapas’ desarrollado por el psicólogo Carl Rogers.

---

<sup>16</sup> El término ‘asesor no profesional’ se utiliza porque ninguno de los voluntarios es asesor de profesión ni tiene una licenciatura relacionada con este campo.

Dos veces al año, los voluntarios reciben de 10 a 15 horas adicionales de formación para poner al día sus conocimientos prácticos. Esto supone analizar las hojas de datos y las cuestiones que destacan, hacer escenificaciones de papeles y debates, etc. Todos los voluntarios, tanto si están en activo en ese momento como si no, están invitados a estas sesiones, porque la información puede ser útil en otros campos. Además, los seminarios y las actualizaciones informales forman parte de las reuniones mensuales habituales del servicio, así como el análisis de llamadas y asuntos específicos. Los voluntarios también tienen la oportunidad de asistir a conferencias, talleres a nivel nacional y otros actos pertinentes. En esencia, la educación de los voluntarios es continua para que puedan adaptarse a las cuestiones asociadas al VIH que van surgiendo con gran rapidez.

### Perfil de un receptor voluntario

"Me presenté como voluntario para el SCTD cuando empezó a funcionar, después de ver un anuncio en el periódico. Había oído hablar del SIDA –que se transmitía a través de las relaciones sexuales y teniendo múltiples parejas– en las noticias, y esto me daba miedo porque estaba divorciado y tenía que ver con mi modo de vida. Y había visto un programa extranjero sobre el SIDA que terminaba diciendo que si te enterabas de algún proyecto en tu comunidad, debías participar. Estaba habituado a ser voluntario en otras instituciones y creía que podía ser útil.

"He tenido muchas experiencias memorables en el servicio. El hermano de una comunicante, que vivía en el extranjero, le había confesado que había desarrollado plenamente el SIDA y le pidió que no se lo dijera a sus padres. Ella no tenía con quien hablar y llamaba a menudo, diciendo que el SCTD era su único sistema de apoyo. Me alegré mucho de estar ahí. Me emocionó especialmente una muchacha que se enteró de que su novio era bisexual cuando éste murió de SIDA. Los padres le habían ocultado a ella la información. Nunca olvidaré la voz de aquella mujer y, más tarde, cuando mi hijo de once años murió trágicamente, me di cuenta de lo que debía sufrir. Mis colegas receptores y el coordinador me ayudaron durante el luto.

"Con los años he sido testigo de cambios. Ahora las personas que llaman son más abiertas y confían más en el servicio. Se presentan más voluntarios jóvenes. El cambio más importante se ha producido en los formularios de datos, que son más detallados. La situación económica es mala, y creo que contribuye a que muchos voluntarios no puedan quedarse, pero siguen comprometidos con la organización.

"Soy voluntario porque necesito y quiero estar aquí. Los voluntarios comprometidos son la fuerza del SCTD y luchan a su lado cuando los fondos son escasos. La falta de fondos es el punto débil del servicio, pero de algún modo siempre logramos salir adelante. Sin embargo, la gente no parece entender lo grave que es la situación del VIH/SIDA en Trinidad y Tabago."

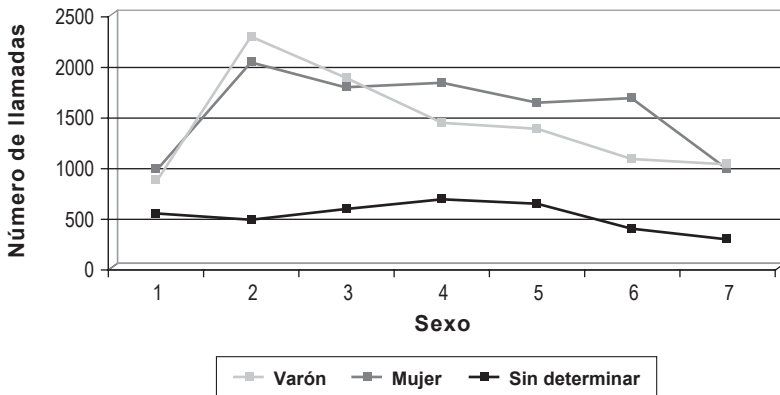
### Las personas que llaman

Las cosas que preocupan a las personas que llaman han cambiado con los años, y han pasado de centrarse en las necesidades de información básica sobre el VIH/SIDA (por ej.: síntomas, transmisión, lugares de análisis) a cuestiones que reflejan el creciente impacto del virus en las familias, los individuos, los grupos sociales, los lugares de trabajo, etc. (por ej.: sexualidad, prevención de la infección dentro de las relaciones estables, dolor y pérdida). En consecuencia, los manuales de recursos se han puesto al día para adecuar la información presentada y las derivaciones a organizaciones, profesionales o instituciones.

Aidline ha mantenido desde el principio hojas de datos manuales sobre las personas que llaman. Esas hojas se han actualizado a lo largo del tiempo para incluir más información, como aspectos de comportamiento y necesidades del servicio. Los datos se empezaron a informatizar hace algunos años, pero el soporte físico y los programas informáticos no eran fiables y algunas estadísticas eran sesgadas. El auxiliar administrativo, con el apoyo de voluntarios con conocimientos informáticos, está transfiriendo ahora los datos recogidos manualmente a los nuevos ordenadores proporcionados por el GTZ en 2000, y debería terminar este trabajo a comienzos de 2002.

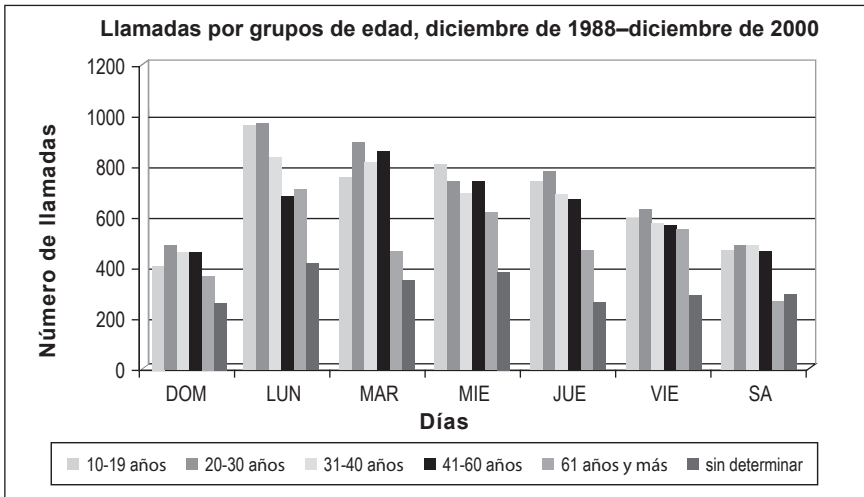
Los datos indican que entre las personas que llaman están representados diversos estratos sociales, niveles de educación y empleo, y preferencias

Llamadas por sexo y día de la semana, diciembre de 1988–diciembre de 2000



sexuales. La razón de comunicantes varones-mujeres es relativamente similar, especialmente ahora, tal como se ve en la figura precedente.

Si bien la mayoría de los comunicantes pertenecen a los grupos de edad más afectados por la epidemia, como indica la figura siguiente, las llamadas están distribuidas de forma relativamente uniforme entre grupos de edad. Nótese que se reciben más llamadas los lunes que ningún otro día de la semana, y que el número de llamadas disminuye progresivamente, y desciende de golpe el fin de semana.



Están disponibles estadísticas revisadas sobre el número de comunicantes que repiten para los años 1988 a 1997. En general, el 17% de las personas dicen que ya han llamado, y el número más alto de comunicantes que repiten se produjo en los primeros tres años de funcionamiento, y después se estabilizó.

A finales de 2000, el SCTD había registrado un total de 24 554 llamadas. La mayoría de las llamadas resulta en una interacción entre el comunicante y el receptor. Cuando empezó el SCTD, había muchos comunicantes ‘silenciosos’ que no lograban armarse de valor para hablar. Los receptores intentaban animarlos a hablar y, si no lo lograban, los pedían que volvieran a llamar cuando se sintieran más seguros. Muchas de estas personas han reconocido que ya habían llamado varias veces antes de conseguir hablar. En los últimos años, en que la gente ha empezado a hablar de asuntos relacionados con el VIH/SIDA más abiertamente, hay



menos comunicantes silenciosos y un aumento de llamadas de personas que preguntan cómo pueden ayudar a un amigo, un vecino o un familiar necesitado de información y apoyo.

Las preguntas de los comunicantes generalmente entran en cuatro categorías descritas en el recuadro ‘Razones para llamar’. Las llamadas también pueden entrar en esas categorías, por supuesto, y las más frecuentes suelen ser: quejas sobre la atención médica general y preguntas sobre síntomas médicos que no están relacionados con el VIH, y preguntas sobre la forma correcta de utilizar un preservativo y sobre posibles sustitutos de los preservativos.

### **Razones para llamar al SCTD**

Entran en cuatro categorías distintas pero interrelacionadas:

Las necesidades de las personas que viven con el VIH/SIDA, por ejemplo:

- Buscar un oído compasivo, “simplemente necesidad de hablar”.
- Estoy embarazada; ¿Mi bebé será VIH-positivo? ¿Existe alguna medicación/tratamiento para prevenir que mi bebé contraiga el VIH?
- Cuestiones de la revelación: “¿A quién se lo digo? Ya me han descubierto.”
- “Me hicieron un análisis para un puesto de trabajo; soy positivo. ¿Qué puedo decirle a mis padres? Invirtieron en mi educación.”
- Buscar información sobre remedios herbarios y nutrición.

Recogida de información general, por ejemplo:

- ¿En qué lugares se realizan las pruebas? ¿En qué consisten?
- ¿Qué es y dónde me pueden ofrecer asesoramiento previo/posterior a la prueba?
- He empezado una nueva relación, y estoy pensando en hacerme la prueba.
- Petición de información basada en la descripción de bultos, erupciones, etc. en los genitales por parte de los comunicantes.
- ¿Qué relación hay entre consumo de drogas y VIH?
- ¿Qué está haciendo el gobierno?
- Información general sobre el VIH/SIDA/ITS: por ej., formas de transmisión, duración del período de incubación, signos y síntomas.

Cuestiones centradas en temas de derechos humanos/éticos/jurídicos, como:

- Negación del acceso al empleo o la vivienda, o pérdida del empleo.
- Acceso limitado a la atención sanitaria y poca calidad de la atención en los hospitales.
- Prueba obligatoria para encontrar empleo o contratar un seguro.
- ¿Qué leyes están en vigor con respecto a la propagación deliberada del virus y a la discriminación?
- ¿Existen recursos para las víctimas de incesto y violencia doméstica?
- ¿Hasta qué punto son privados los resultados de la prueba?

Cuestiones acerca de las relaciones malsanas/abusivas y los problemas sociales relacionados:

- Violación/incesto/violencia doméstica.
- Conductas/prácticas sexuales peligrosas que ponen en riesgo una relación.
- Relaciones sexuales sin protección con ‘antiguos amores’.

El servicio también recibe, demasiado a menudo, llamadas preguntando si se trata de un servicio telefónico sexual. Esas llamadas tienen que diferenciarse de las llamadas muy infrecuentes en que los comunicantes varones hacen comentarios personales de naturaleza sexual a los receptores femeninas. Además de estas escasas llamadas ofensivas, también llaman algunos bromistas, especialmente durante la vacaciones, en que se puede oír a niños riendo en el teléfono. Otros pocos comunicantes llaman para sermonear a los receptores sobre la moral de ofrecer un servicio para “esas personas”. (La respuesta de los asesores es sencillamente darles las gracias por llamar cuando han terminado de hablar.) En general, no obstante, las llamadas de broma u ofensivas han sido y siguen siendo escasas, tal vez una o dos al mes. Esto puede atribuirse en parte a la cultura de Trinidad y Tabago, que da mucha importancia a la cortesía por teléfono.

## **Desafíos**

### **Aumentar el número de llamadas de zonas remotas**

Si se clasifican por el punto de origen, parece que el mayor número de llamadas generalmente procede de la zona urbana de St George, y que hay más llamadas de las zonas con mayor incidencia del VIH/SIDA, como informan los Laboratorios de Salud Pública de Trinidad y Tabago, que de las zonas rurales con baja incidencia. No obstante, no hay forma de verificar el lugar desde donde se realiza una llamada al SCTD, ni si la persona que llama reside/trabaja en aquella zona.

Al principio, Aidsline investigó la posibilidad de ofrecer un número gratuito 800 pero, en aquella época, la tecnología no estaba fácilmente disponible. En 2000, se volvió a pensar en una línea gratuita como forma de fomentar las llamadas de las zona remotas, y se decidió buscar fondos para el proyecto.

Se han propuesto dos estrategias específicas para aumentar las llamadas de Tabago: una línea 800 y/o un plan de desviación de llamadas que transfiera la llamada realizada a un número local de Tabago al SCTD en Trinidad. No obstante, no se han llegado a introducir ninguna de las dos estrategias, y actualmente Tabago intenta crear su propio SCTD.

### **Retener a los voluntarios activos**

Otra dificultad importante y fuente continua de preocupación es mantener a los voluntarios como participantes activos del SCTD. La mayoría de los que no pueden seguir como receptores activos siguen comprometidos con

el proyecto, y existe un alto nivel de participación en las celebraciones y los proyectos para recaudar fondos. Aun así, perder a voluntarios activos en quienes se han invertido muchas horas de formación es un problema. La difícil situación económica podría ser un factor que contribuya a un gran movimiento de personal, y aunque la situación de empleo no es tan mala como hace unos años, el costo de la vida sigue aumentando. Los voluntarios siempre han costado su traslado a la sede del SCTD, y cuando cambian las necesidades de la familia, también cambian sus presupuestos. Sería útil estudiar la introducción de estipendios como una forma de resolver este problema.

En una época, la tecnología de desviación de llamadas se consideró un posible enfoque. Las llamadas se desviarían a las casas de los receptores u otros lugares donde éstos podrían trabajar en mejores condiciones en la Aidsline. Pero la falta de intimidad era un problema, y la práctica no pudo continuarse. Sin embargo, la idea tiene sus ventajas y será revisada en un futuro próximo.

### **Promocionar el SCTD**

Entre 1988 y 1990, AIDSCOM ofreció un apoyo significativo para promocionar el SCTD. Dos vallas publicitarias (una fuente importante de nuevas llamadas), folletos, tarjetas de autobús y tarjetas rosas de ‘relaciones sexuales seguras’ anunciaron el SCTD. Las tarjetas descriptivas de las ‘relaciones sexuales seguras’ provocaron que se acusara al SCTD de “causar perjuicio a los menores”. Durante aquel mismo período, el SCTD también tuvo acceso a un espacio gratuito en la radio, por la noche, para su propio programa, *El Servicio Nacional de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA presenta*, producido por el coordinador de Aidsline en colaboración con la emisora. El programa se retransmitió unos cuatro meses y tuvo una buena acogida.

Sin embargo, en este momento el SCTD tiene un acceso limitado a los medios electrónicos, porque se han producido cambios importantes en este sector. Hace pocos años, los medios de comunicación adoptaron un punto de vista empresarial, con lo cual en lugar de ceder sin cobrar el tiempo en antena o el espacio en publicaciones, las organizaciones tenían que comprarlos. En los medios de comunicación impresos sigue habiendo espacio gratuito ‘para mensajes de la comunidad’. El periódico *Express/TV 6 Group* fue el primero que ofreció al SCTD un espacio diario gratuito para anunciar su servicio, y sigue haciéndolo. Unos años después del *Express*, otros medios impresos empezaron a ofrecer al SCTD un

servicio parecido. De vez en cuando, el SCTD obtiene algún patrocinio de la radio/televisión, pero en general el acceso a los medios electrónicos se realiza actualmente a través del Departamento de Información de la Oficina del Primer Ministro. El Departamento ofrece acceso a su tecnología para producir cintas que se emiten en los espacios que las emisoras de radio y televisión están obligadas a ceder al Gobierno.

### **Seguir siendo sostenible**

Diez importantes organismos y organizaciones han ayudado Aidsline a satisfacer sus necesidades económicas y programáticas, particularmente en los primeros años. Sin embargo, el declive reciente de las fuentes de financiación internacionales y la lenta aportación de fondos por parte de las corporaciones nacionales a veces ha puesto en peligro el servicio, y ello a pesar de los esfuerzos de los voluntarios para recaudar fondos y la contribución de los miembros de la junta en aspectos de asesoramiento/servicios contables, de promoción y jurídicos.

El presupuesto inicial de Aidsline era de US\$ 11 440 (TT\$ 70 000), que alcanzaba para pagar a un miembro a tiempo completo, dos miembros a tiempo parcial y tres líneas de teléfono. Aidsline continuó con dos empleados a tiempo completo y tres líneas de teléfono hasta hace tres años y medio, cuando el presupuesto tuvo que revisarse a la baja a raíz de los severos recortes en la financiación internacional. El presupuesto anual actual es de aproximadamente US\$ 7350 (TT\$ 45 000), que alcanza para sufragar el salario de un empleado a tiempo completo y el costo de dos líneas de teléfono. Se ha instalado una tercera línea para facilitar el acceso a Internet.

La recaudación de fondos para el SCTD sigue siendo un problema crónico que no se ha enfocado convenientemente. La dificultad aumenta por el hecho de que el SCTD compite por unos escasos recursos con otras ONG, incluidas algunas que se ocupan del SIDA. Celebrar fiestas y barbacoas es una actividad habitual entre las ONG de Trinidad para recaudar fondos. Las fiestas (con música en vivo, además de comida y baile) son las más rentables, y los voluntarios han organizado muchas. Sin embargo, para montarlas se necesita un capital previo, y el SCTD ya no tiene fondos discrecionales.

Actualmente el SCTD está solicitando fondos gubernamentales de los que se han aprobado para sostener los servicios en curso de las ONG. Esos fondos cubrirían parte del personal y los servicios que el SCTD desearía mantener.

## Enseñanzas adquiridas

El Servicio Nacional de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago funcionó con gran eficacia durante un período breve de tiempo en 1988 como una de las primeras respuestas del país a la epidemia de VIH/SIDA. Basándose en un modelo de los Estados Unidos, se adaptó a la realidad cultural y social más conservadora de Trinidad y Tabago, y reconocía la realidad económica del país basándose fuertemente en el voluntariado. El proyecto no puede pagar actualmente a asesores telefónicos profesionales.

Los financiadores más importantes del SCTD han realizado evaluaciones a lo largo de los años, y se han aplicado sus recomendaciones. Con ello se ha ampliado su capacidad para la investigación y evaluación gracias a un aumento de la recopilación de datos y una base de datos informatizada mejorada. También ha perfeccionado los conocimientos teóricos y prácticos y el banco de información de sus voluntarios y personal y ha cambiado su función de ‘escuchar’ y ofrecer información para centrarse más en el asesoramiento. Otros servicios similares han decidido también realizar esta transición a medida que las necesidades de la comunidad se hacen más claras y la epidemia se expande.

En los últimos 13 años se han respondido decenas de miles de llamadas, ofreciendo un servicio vital a la comunidad a una fracción del costo que se debe pagar allí donde el servicio no se basa en voluntarios. Aidsline ya no existiría si no fuera por la tenacidad de los voluntarios, aun cuando pasen sus propias dificultades. Esto nos da una idea del valor que esos voluntarios, como representantes de muchas comunidades y clases sociales, otorgan al servicio que ofrece la consulta telefónica directa.

Es difícil juzgar la eficacia de este servicio. Trinidad y Tabago es un país pequeño y el teléfono permite a las personas plantear sus problemas de forma reservada y recibir derivaciones a los servicios necesarios. Si bien se pide a los comunicantes que vuelvan a llamar para contar su experiencia en la organización a la que se les ha derivado, la mayoría no lo hace. Aidsline prevé implantar algún día un seguimiento bilateral,<sup>17</sup> aunque se entiende que la mayor parte de las personas no desea contar a una organización que la derivaron allí desde Aidsline.<sup>18</sup> No obstante,

<sup>17</sup> Una organización preguntaría a los clientes quién los había derivado e informaría al SCTD si la derivación procedía de ellos.

<sup>18</sup> Las personas derivadas a servicios de pruebas o atención del VIH podrían reconocer el SCTD como su punto de origen, pero las derivadas a servicios no directamente relacionados con el VIH probablemente no lo harían.

el hecho de que, en promedio, con los años uno de cada cinco o seis comunicantes vuelva a llamar, indica que el SCTD es importante en la comunidad y está bien aceptado. Los comunicantes dan información a los asesores, indicando que el SCTD les ha acompañado en una crisis, les ha dado información útil, etc.

A pesar de los problemas persistentes de financiación y los recortes de presupuesto consiguientes, el SCTD se ha mantenido y sigue ofreciendo servicios que se han ampliado (por ej., más asesoramiento) para adaptarse a las necesidades cambiantes de los comunicantes. Si bien quiere hacer más, como todas las organizaciones, el SCTD tiene sus límites. Los límites de Aidsline están definidos por los parámetros del asesoramiento telefónico. Si el nivel de personal remunerado recuperara su estado anterior, Aidsline podría ofrecer un servicio mejor y más amplio; sin embargo, la organización se ha ajustado a la realidad económica a que se enfrenta. El SCTD se ha esforzado mucho para mantener su eficacia y pertinencia, manteniendo los principios éticos en los que se fundó: confidencialidad, compasión y comprensión, sin juicio crítico.

## **Información de contacto**

**Números del SCTD: (868) 625-2437, 625-0646**

Servicio Nacional de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA de  
Trinidad y Tabago  
#7 Queen's Park East, Port-of-Spain, Trinidad and Tabago

Persona de contacto: Sra. Helena Joseph, coordinadora  
Tel: (868) 625-2437  
Dirección electrónica: [aidsline@tstt.net.tt](mailto:aidsline@tstt.net.tt)

## **Bibliografía**

ONUSIDA (2000) *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000.*

ONUSIDA (2000) Hojas de datos epidemiológicos del ONUSIDA/OMS.

Pan American Health Organization (PAHO) (1997) *Health Conditions in the Caribbean*, OPS Scientific Publication #561.

# Servicio de consulta telefónica directa de la Fundación Remedios para el SIDA

## Filipinas

Superficie (km2)	300 000
Población total	74,3 millones
Población urbana	57,7%
PIB por habitante (PPA* US\$)	3805
Esperanza de vida al nacer (años)	69
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	31
Tasa de alfabetismo en adultos (>15 años)	95,1%
Prevalencia del VIH/SIDA en adultos (15-49 años)	0,07%
Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	28 000
Teléfonos (fijos y móviles, por 1000 personas)	77
Usuarios de Internet (por 1000 personas, año 2000)	0,4

\* Paridad del poder adquisitivo

Cifras calculadas desde 1999, cuando no se indica lo contrario.

Fuentes: *Informe sobre el Desarrollo Humano 2001, PNUD.*

*Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000, ONUSIDA.*

*Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001, Banco Mundial.*





## El VIH/SIDA en Filipinas

Según el ONUSIDA, el número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA en Filipinas al final de 1999 era de 28 000. En ese país, el VIH se transmite principalmente por vía sexual, y la prevalencia entre los adultos en este momento es del 0,07%.

Filipinas siguen siendo un país con una baja prevalencia del VIH. El número de casos de VIH/SIDA no se prevé que aumente sustancialmente en los próximos años.

La curva epidémica de Filipinas es “baja y lenta”. Según Michael Tan et al.,<sup>19</sup> esto se explica por diversos factores. En primer lugar, el movimiento de población es más limitado en el archipiélago de Filipinas que, por ejemplo, en los países del Sureste asiático del continente que comparten fronteras terrestres.

En segundo lugar, las iniciativas multisectoriales han tenido un papel significativo en el desarrollo e implantación de políticas nacionales del SIDA. Este enfoque multisectorial ha aumentado mucho las posibilidades de éxito de los programas que ofrecen información para la prevención del VIH/SIDA. Filipinas también ha rechazado implantar pruebas obligatorias como medida ‘preventiva’, y Tan et al. justifican esta decisión como una ayuda para frenar la epidemia.

En tercer lugar, algunos elementos socioculturales de la sociedad filipina pueden desempeñar su papel. Entre los filipinos predomina el conservadurismo sexual. Un estudio de 1999<sup>20</sup> señala que el 4% de las mujeres casadas y el 16% de los varones casados tienen relaciones extraconyugales. Otro estudio reciente<sup>21</sup> descubrió que, en los 12 meses precedentes, el 87% de los varones eran monógamos. Es una práctica común la circuncisión de los filipinos varones y esto también puede contribuir a las bajas tasas de prevalencia. Además, los filipinos tienen una baja incidencia de consumo de drogas por vía intravenosa.

---

<sup>19</sup> Véase: Tan M, Cheng K, Lamug J (2000) *A Matter of Time: HIV/AIDS and Development in the Philippines*. Health Action Information Network (HAIN), National Economic and Development Authority (NEDA), UNDP; y Tan M et al. (2000) *HIV/AIDS Country Profile: Philippines*. PNAC, Manila.

<sup>20</sup> Raymundo CM, Xenos P, Domingo LJ (eds) (1999) *Adolescent Sexuality in the Philippines*. Universidad de Filipinas, Oficina del Vicepresidente para la Investigación y el Desarrollo, Quezon City.

<sup>21</sup> Jiménez PR, Lee RB (2001) *Male sexual risk behavior and HIV/AIDS: A survey in three Philippine cities*. De la Salle University Behavioral Science Department.

Finalmente, una tasa de alfabetismo de adultos del 95% ha facilitado las intervenciones de información, educación y comunicación para llegar a la mayoría de la población.

Ciertas poblaciones corren más peligro de infección por el VIH. Existe una elevada prevalencia de ITS entre los profesionales del sexo. El 77% de los consumidores de drogas intravenosas (CDI) confirmó que compartía las jeringas y el 92% de los varones que tienen relaciones con varones admitió tener relaciones sin protección, así como el 96% de los CDI.

El primer caso de VIH en Filipinas se diagnosticó en 1984. En 1987, se creó el Registro Nacional del SIDA. La Ley de Prevención y Control del SIDA de Filipinas (legislación revolucionaria que adoptó un planteamiento de la epidemia preferencial basado en los derechos, poniendo énfasis en las campañas de prevención) se promulgó en 1998, y se formularon normas y directrices para su aplicación el siguiente año. El Plan a Medio Plazo III del Gobierno (2000 a 2004) contiene estrategias básicas como la prevención sostenida del VIH, investigación y vigilancia continuos, ensayos a pequeña escala centrados en la reducción del riesgo y la gestión del impacto del VIH, aplicación ampliada de planteamientos de reducción efectiva del riesgo, y atención y apoyo para los infectados y afectados por el VIH/SIDA.

Para complementar la respuesta nacional, a principios de los años 1980 las ONG filipinas locales y comunitarias lanzaron y desarrollaron un amplio espectro de iniciativas para llegar a las poblaciones vulnerables y las comunidades en peligro. A pesar del alcance de estos esfuerzos, el Plan a Medio Plazo III recomienda que las necesidades de respuesta del país tienen que aumentarse, acelerarse y ampliarse adelantándose a la propagación de la infección por el VIH. Los esfuerzos iniciados pueden parecer desproporcionados en relación con el número real de casos, pero aprovechan la oportunidad que actualmente se les brinda para controlar la epidemia.

## **Estado general de las telecomunicaciones**

Los servicios de telecomunicaciones de Filipinas están bien equipados para ofrecer a las personas que llaman al SCTD un servicio telefónico fiable, barato y accesible. En todo el país existen líneas telefónicas domésticas, privadas y públicas disponibles. En julio de 1993, un orden del Gobierno para mejorar los servicios de intercambio locales

tanto urbanos como rurales ordenó la instalación de 300 000-400 000 líneas de servicio en un período de cinco años (1 nueva línea rural por cada 10 nuevas líneas urbanas). Realizar una llamada telefónica desde un teléfono público o mantener un teléfono fijo o móvil está al alcance de la mayoría de los filipinos.

Una llamada local de tres minutos en una línea terrestre vale aproximadamente US\$ 0,10-0,15 (PhP 5) y una conferencia vale US\$ 0,10-0,40 (PhP 4-20) por minuto. Una llamada por teléfono móvil vale aproximadamente US\$ 0,20 (PhP 8) por minuto.

## **Breve historia de la Fundación Remedios para el SIDA**

La ONG Fundación Remedios para el SIDA, Inc. (RAF), se creó en 1991 para “ofrecer información sobre salud sexual y reproductiva y servicios directos de calidad a las personas, centrándose en individuos y comunidades vulnerables afectadas por el VIH/SIDA pandémico.” La RAF se ha ampliado desde entonces para afrontar todos los problemas relacionados con la salud reproductiva. La Academia para el Desarrollo Educativo (parte de AUSAID) proporcionó los fondos iniciales de la RAF. Hoy, la fundación se mantiene gracias a instituciones donantes locales e internacionales. En su declaración fundacional, la RAF aspira a una sociedad “donde todas las personas, sin tener en cuenta su sexo, edad, orientación sexual, raza, religión o posición económica, tengan acceso a una atención de salud reproductiva de calidad y sean capaces de ejercitar sus derechos sexuales y reproductivos”.

La RAF realiza la conexión de redes y el apoyo activo relacionado con el VIH/SIDA y la salud reproductiva, además de ofrecer y gestionar un amplio espectro de servicios relacionados con la salud reproductiva, como:

- El Programa de Asesoramiento, que ofrece cuatro puntos de información/asesoramiento para el público en general: el teléfono del SCTD, reuniones personales, una sala de *chat* en Internet y un programa de radio semanal con llamadas.
- El Instituto de Formación, que proporciona formación para asesores en salud reproductiva, asesores del SCTD y educadores inter pares, y también celebra talleres y seminarios sobre temas relacionados con su misión. Asimismo, ha creado un programa del ‘SIDA en el lugar de trabajo’.

- Tres dispensarios: Clínica Remedios, Malate Clinic y Kalusugan@com, los cuales ofrecen los mismos servicios de VIH/SIDA/ITS y salud reproductiva.
- La RAF desarrolla, produce y distribuye materiales de información, educación y comunicación, incluido un directorio de ONG y manuales/guías sobre el VIH/SIDA/ITS y salud reproductiva y sobre servicios de asesoramiento y atención.
- Zona Joven, un centro con sede en un centro comercial orientado a los adolescentes que ofrece información y servicios clínicos directos sobre salud reproductiva a través del dispensario Kalusugan@com.
- Un centro de apoyo a la comunidad para personas que viven con el VIH/SIDA, que ofrece servicios de asesoramiento psicosocial para individuos, parejas y familias, apoyo inter pares, oportunidades para volver a trabajar, terapias artísticas, tratamientos alternativos/complementarios y ayuda para funerales/entierros.

## **El nacimiento del proyecto de servicio de consulta telefónica directa**

Denominado Servicio de consulta telefónica directa sobre el SIDA de Filipinas cuando se inauguró el servicio, en enero de 1991, el Servicio de consulta telefónica directa sobre el SIDA Remedios fue uno de los programas pioneros de la RAF. Su objetivo es ofrecer a los comunicantes acceso a información precisa, ajustada y confidencial y servicios de asesoramiento sobre el VIH/SIDA y otros aspectos de salud reproductiva para que puedan tomar decisiones informadas que afectan a su salud. El SCTD está disponible para comunicantes de todo el país pero, en realidad, el 90% de las llamadas procede de Manila y el otro 10%, de provincias cercanas. Los precios de las llamadas de larga distancia inhiben a las personas que quedan fuera de la zona de llamadas locales. Algunas provincias, como Negros, por ejemplo, tienen un SCTD local y otras organizaciones han creado números de SCTD que derivan las llamadas pero no ofrecen asesoramiento. La RAF es el único SCTD a tiempo completo que ha sido capaz de automantenerse.

Inicialmente el SCTD funcionaba 14 horas al día (excepto en las vacaciones), en una sola línea telefónica con un personal de tres asesores voluntarios que ofrecían información básica sobre el VIH/SIDA. En seguida se vio claro que las personas deseaban también información sobre las ITS, y empezó a ofrecérseles en 1992. Al principio, el SCTD

recibía de 1 a 5 llamadas al día pero, desde 1996 hasta ahora, tiene una media de 20 a 30 llamadas diarias. El SCTD sobre el SIDA Remedios dispone de tres líneas telefónicas que funcionan de 10 a 22 horas, de lunes a sábado (excepto durante las vacaciones), con tres o cuatro asesores voluntarios trabajando a todas horas. Proporciona información sobre el VIH/SIDA y las ITS, aspectos generales de salud reproductiva, sexo y sexualidad, y también deriva a los comunicantes a otros servicios ofrecidos por la RAF y sus organizaciones asociadas.

Al principio, casi el 95% de los comunicantes eran varones. Para fomentar el número de comunicantes femeninos, en mayo de 1993 se creó un SCTD femenino sobre el SIDA con asesoras. El porcentaje de mujeres que llamaban aumentó entre un 15 y un 20% en 1995 cuando se integraron formalmente los temas de salud reproductiva a la información/asesoramiento/derivación del SCTD. Esto se hizo en parte como respuesta a las preocupaciones de las comunicantes y en parte para animar a más mujeres a llamar. El número de comunicantes femeninas se ha mantenido en general en el 15-20%, aunque a veces asciende al 30%. La disponibilidad de un SCTD anónimo y confidencial específicamente para ellas parece haberlas hecho sentirse más cómodas para hablar sobre sus preocupaciones de salud reproductiva y, a su vez, la capacidad de los asesores para abordar esas preocupaciones puede haber atraído a más comunicantes femeninas. La línea de las mujeres tiene al menos una asesora de 10 a 22 horas cada día menos los domingos.

En 1994, el uso del SCTD alcanzó su punto culminante como resultado de campañas masivas sobre el VIH/SIDA en los periódicos, la radio y la televisión realizadas por el Gobierno estatal. El SCTD recibía de 30 a 70 llamadas al día, en comparación con las 20-30 de la actualidad. Dos factores fueron claramente responsables del descenso posterior: primero, después de 1995, el Gobierno recortó el presupuesto para las campañas de información, educación y comunicación, de modo que el número del SCTD ya no era constantemente objeto de la atención pública. En segundo lugar, en 1996-1997, todos los números de teléfono de Filipinas pasaron de seis a siete dígitos, y los nuevos números del SCTD eran más largos y más difíciles de recordar. Se utilizó una serie de estrategias para promocionar los nuevos números, pero ninguna ofrecía una exposición regular y de amplio espectro como la disfrutada durante la campaña de concienciación del Gobierno. Todavía se está notando el impacto de este cambio.

La RAF recopila los perfiles de los comunicantes y los coteja utilizando la versión 5 del programa informático EPI Information. Todos los asesores responden a llamadas y completan el Informe de Llamadas del SCTD (HCR), que es una herramienta importante del proyecto. En 1992 se introdujo la adaptación de la RAF del informe de llamadas de Whitman Walker y se sigue la siguiente información de los comunicantes: perfil demográfico, preocupaciones expresadas, exposición a riesgos/actividades, utilización de preservativos, número de compañeros sexuales, y dónde se obtuvo el número del SCTD. Se anexa al HCR un resumen detallado de las preocupaciones de los comunicantes y de las respuestas de los asesores. Los asesores también interrogan a los comunicantes para obtener información adicional sobre opciones y usos de anticonceptivos, evaluación de riesgos de ITS y pautas de comportamiento sexual. Para lograr su confianza, los asesores aseguran a los clientes una absoluta confidencialidad.

Los datos del SCTD ofrecen puntos de vista que ayudan a la RAF a adaptar sus servicios para llegar a grupos de población específicos de una forma no discriminatoria y estigmatizante. Los datos del SCTD sobre aspectos como el uso de preservativos o la exposición a prácticas de comportamiento de alto riesgo pueden llenar vacíos en el análisis de la RAF y contribuir al diseño de intervenciones programáticas. Por ejemplo, durante los 10 últimos años, la tasa de uso de preservativos informada se ha mantenido constantemente por debajo del 20% y apenas por encima del 10% para los comunicantes que corren un riesgo mayor de contraer el VIH. Esto es así a pesar de que el acceso a los preservativos haya aumentado enormemente en Filipinas en los últimos años. Es necesario situar dentro de su contexto las razones de los comunicantes para no utilizar preservativos. Las más comunes suelen ser: disminución del placer/sensibilidad; el comunicante conoce a la pareja, y la pareja parece limpia. La tasa de uso del preservativo estática puede estar relacionada con el aumento del número de jóvenes que llaman al SCTD. Inicialmente, los jóvenes entre 16-20 años componían el 30-40% de los comunicantes, pero en 2000 aumentaron al 60-70%. Se requieren nuevos estudios de la tasa estática para aclarar esta tendencia.

Los datos del SCTD han ayudado a la RAF a crear otros proyectos y sistemas de asesoramiento innovadores:

- Las personas que llamaban al SCTD a menudo decían que se sentirían más cómodas si se las derivara a servicios clínicos ofrecidos por la misma institución que dirige el SCTD. Teniendo

en cuenta que sostiene económicamente los tres dispensarios, la RAF ha podido completar el círculo de sus servicios de modo que los clientes puedan ir a un dispensario de la RAF o a otro de la red de organizaciones de derivación. Si un cliente permanece en el sistema de la RAF, se resuelve un problema clásico al que se enfrentan los SCTD: la dificultad para obtener información de las organizaciones de derivación acerca de si los clientes del SCTD se valen realmente de los servicios. Los dispensarios de la RAF ofrecen retroinformación inmediata, y las derivaciones que proceden del SCTD se siguen adecuadamente. Aproximadamente el 90% de las derivaciones del SCTD acuden a un dispensario. En todo momento se preserva la confidencialidad del dispensario y del SCTD y todos los registros de los comunicantes/clientes se mantienen codificados.

- En 1998, un proyecto de la RAF para abordar las necesidades de los jóvenes dio origen al programa Zona Joven. Los datos del SCTD indicaron que los adolescentes necesitaban un lugar accesible y aceptable donde acudir en busca de información de salud. Zona Joven pretende capacitarlos para tomar decisiones informadas sobre materias relacionadas con la salud reproductiva y sexual. Para promocionar esta iniciativa, Zona Joven utiliza tecnología de información como estrategia. Cada mes, celebra de 300 a 500 sesiones de asesoramiento en línea. Como el asesoramiento es en línea y los usuarios de líneas de chat utilizan seudónimos, la confidencialidad está asegurada. Si es necesario realizar derivaciones, se ofrecen los números del SCTD para el asesoramiento telefónico y la derivación o, si los usuarios de las líneas de chat están lejos de los dispensarios de la RAF, se los deriva al dispensario hospitalario más cercano. Un obstáculo inicial de este programa son los costos y gastos de puesta en marcha y los gastos de contratar a personal experto en informática, pero unos sistemas de pago por el usuario propuestos podrían hacerlo más viable. Sin duda este programa ha atraído a los jóvenes a hablar de estos temas en un nuevo foro.
- En febrero de 2001, la RAF se asoció con una famosa terapeuta sexual/psicóloga clínica local en su programa de radio de dos horas semanales, 'La verdad al desnudo con la doctora Margarita Holmes'. Por un período de seis meses, el personal de la RAF proporcionó asesoramiento en directo por radio y se efectuaron derivaciones al SCTD para su seguimiento, porque el tiempo en

antena era muy limitado. Esta iniciativa atrajo a oyentes y ayudó a romper las barreras para hablar de cuestiones delicadas más abiertamente. Se confía en poder ampliar esta clase de proyectos de divulgación, pero se necesita financiación tanto de instituciones privadas como de organismos donantes.

### Perfil demográfico de las personas que llamaron al SCTD, 1992–2000

	1992	1995	2000
<b>Número total de comunicantes</b>	12 252	20 310	18 487
<b>Número medio de llamadas/día</b>	35	53	30
<b>Franja de edad más común</b>	16–20	16–20	16–20
<b>Orientación sexual de los comunicantes</b>	78% heterosexual	73% heterosexual	74% heterosexual
<b>Las tres preocupaciones principales del SCTD</b>	Información general VIH/SIDA Transmisión del VIH Prueba del VIH	Información general VIH/SIDA ITS Sexualidad	Salud reproductiva VIH/SIDA ITS
<b>Porcentaje de comunicantes con prácticas sexuales de riesgo (ambos sexos)</b>	No disponible	50%	50%
<b>Porcentaje del uso de preservativos entre los comunicantes con prácticas de riesgo</b>	No disponible	10,65%	10,20%

## Elementos más importantes del proyecto

### Personal y voluntarios del SCTD

Los requisitos mínimos de personal del proyecto del SCTD de la RAF son un coordinador, un auxiliar del coordinador y un equipo de asesores voluntarios. El coordinador supervisa las operaciones día a día y dirige el taller anual de formación-asesoramiento de voluntarios. Los voluntarios se reclutan durante el primer trimestre de cada año por medio de anuncios colocados en escuelas, universidades y periódicos. Los solicitantes deben tener al menos 18 años, capacidad de comunicación tanto



en inglés como en tagalo, y demostrar un compromiso con los servicios a la comunidad. Los que cumplen estos criterios son entrevistados sobre sus creencias/valores y pasan un examen psicológico. Por término medio, cada año hay 100 solicitudes para el taller de asesoramiento. Sólo se selecciona a 20 personas.

Normalmente los voluntarios son estudiantes universitarios y jóvenes profesionales que a menudo estudian o trabajan en campos relacionados, como enfermería, asistencia social, tecnología médica, etc.

Los voluntarios exponen una serie de razones para unirse al equipo de asesores del SCTD. La formación de asesores y las oportunidades continuas para asistir a talleres y conferencias ofrecen oportunidades educativas profesionales y desarrollan las capacidades de comunicación interpersonal que los voluntarios (la mayoría menores de 25 años) creen que les puede beneficiar de cara al futuro. Cuando se abre algún puesto remunerado en la RAF, los voluntarios tienen prioridad; y los voluntarios también creen que haber trabajado para la fundación es una buena referencia a la hora

de solicitar trabajo fuera de ella. Cuando necesita contratar a alguien con conocimientos técnicos profesionales, como escritura técnica, trabajo de investigación, gráficos por ordenador, asesoría médica, etc., la RAF busca entre el equipo de asesores voluntarios. A los voluntarios del SCTD se les ofrecen unos modestos honorarios para sufragar los gastos de transporte y comida relacionados con el servicio. El voluntariado también ofrece un círculo social más amplio y una cierta posición en la sociedad.



**Folleto de la Fundación Remedios**

### **Perfil de un asesor de la Fundación Remedios para el SIDA**

Grace tenía 20 años, era recién graduada con un título en ciencias de enfermería, y buscaba trabajo cuando descubrió la Fundación Remedios para el SIDA, que necesitaba asesores voluntarios sobre el VIH/SIDA.

“Al principio no fue fácil. Cuando todavía era nueva, siempre sentía que el corazón me daba un vuelco cuando sonaba el teléfono del SCTD. Tenía la sensación de que no podría resolver las preocupaciones de mis asesorados. Pero con la formación y los talleres para reforzar mis capacidades de asesoramiento, y la infinita motivación y confianza de mis superiores, todo se fue aclarando.

“Las prácticas de asesoramiento periódicas también contribuyeron a mejorar mis conocimientos, y los premios y el reconocimiento me daban ánimo para seguir trabajando. Con el tiempo, descubrí mi potencial y mi capacidad para hacer más, además de asesorar, se fue reforzando.

“Se me ha quedado grabado un caso concreto del SCTD. Mi asesorado se había casado pocos meses antes de llamar. Siempre había procurado preservar la virginidad de su prometida, pero ésta fue violada por su supervisor. Fue tan doloroso para el comunicante que intentó suicidarse. Podía sentir su dolor. Se me cortaba la voz, pero respiré hondo y lo consolé, explicándole lo importante que era que fuera fuerte para su prometida porque ella le necesitaba en aquel momento de agonía, de pérdida de dignidad y poder. Él podía ser una fuente de fortaleza y valor, pero no si él también se rendía. Sé que esto le hizo despertar. Desde entonces, fui recibiendo llamadas suyas, y también de su prometida, expresando su agradecimiento por los cambios que aquella llamada había producido en ellos.

“Siempre he creído que los asesores eficaces tenían que estar abiertos y aceptar sus propias experiencias personales. Intentamos curar las heridas profundas, la capacitación personal y otros aspectos para ayudar a las personas a lograr una buena calidad de vida, pero ¿es esto lo que nos otorgamos a nosotros mismos? Una buena experiencia en asesoramiento ha enriquecido también mi vida personal. He aprendido a mirar a mi pasado sin pesar para aprender más de cómo me ha convertido en una persona mejor.

“Con el tiempo, se convirtió en una batalla entre tener un trabajo económicamente estable y seguir con el servicio de asesoramiento. Ahora soy cuidadora del VIH/SIDA, una posición que incluye, pero evidentemente va más allá, ser asesor, sin embargo ambos [roles de ayuda] mejoran la calidad de vida.”

**SCTD sobre el SIDA de la Fundación Remedios**



**Los asesores telefónicos de la Fundación Remedios**

### **El Taller de Formación de Asesoramiento del SCTD**

La RAF ha desarrollado un amplio currículo y programa de formación para los voluntarios del SCTD. Hasta 1995, la capacitación consistió en un programa de formación de 80 horas durante dos semanas para los nuevos 20 voluntarios. Las principales técnicas de enseñanza eran discusiones y presentaciones de información y escenificación de papeles. Después de la formación, se evaluaron los conocimientos teóricos y prácticos de los participantes sobre la base de un examen exhaustivo (se exigía una puntuación de más de 75%) y una sesión de asesoramiento telefónico simulado.

Dadas las crecientes limitaciones presupuestarias, este programa de formación finalmente resultó ser demasiado costoso y requería demasiado tiempo, de modo que en 1998 la RAF impartió una formación más breve en que se emparejaba a cada nuevo voluntario con un colega que lo supervisaba y apoyaba durante el trabajo inicial como voluntario en el SCTD. Con este sistema, se realizaban 30 horas de formación a lo largo de cinco reuniones, cada una de seis horas y con sólo cinco o seis asistentes. Con el plan de las 80 horas, se introdujeron nuevos temas e información que se discutían durante las sesiones de formación. El sistema basado en la experiencia de un colega se vale de la revisión de temas asignados a los participantes entre las reuniones y de la asistencia a reuniones preparadas para discutir las cuestiones y preocupaciones surgidas en su trabajo. Idealmente, los grupos de discusión y la escenificación de papeles ocupan la mayor parte del tiempo de estas reuniones, que brindan más oportunidad para discutir aspectos delicados que el sistema de las 80 horas. Sin embargo, la RAF ha observado que poner al día a voluntarios que no han terminado su revisión asignada puede retrasar significativamente el proceso de formación.

Durante la capacitación inicial y en talleres complementarios, los módulos impartidos en la RAF incluían: información y asesoramiento básicos sobre el VIH/SIDA y las ITS; formación sobre el respeto de las diferencias entre los sexos; estímulo para la planificación familiar y aptitudes de asesoramiento en este campo; discusión de cuestiones delicadas como el aborto, la sexualidad del adolescente, las relaciones sexuales prematrimoniales, la violencia doméstica, el acoso sexual, y el consumo y abuso de sustancias; el trato con los jóvenes; y cómo abordar las preocupaciones de las personas que viven con el VIH/SIDA, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo, etc.



**Taller de  
asesoramiento  
telefónico**

Además de desarrollar los conocimientos, un proyecto de SCTD necesita proporcionar actualizaciones frecuentes para asegurar que los mensajes y la información ofrecidos sean coherentes. La RAF realiza talleres de desarrollo continuo para desarrollar los conocimientos teóricos y prácticos de los asesores, y el coordinador organiza reuniones mensuales para poner al día al personal y discutir casos críticos aparecidos en las sesiones de asesoramiento.

En cuanto un voluntario ha terminado su formación, entra a formar parte del equipo de asesores voluntarios. Todos los voluntarios del SCTD tienen que acatar las normas de la RAF que se elaboraron para reforzar el profesionalismo entre los asesores. El código de ética de la fundación se ha adoptado de otros SCTD, como el de San Francisco, y su norma primordial es el mantenimiento de la confidencialidad y el anonimato. Se procura que las personas que llaman no creen una dependencia con un asesor concreto: los asesores utilizan nombres en clave y derivan a los comunicantes que necesitan asesoramiento directo a un asesor que se especializa en este trato.

### **Desarrollo de materiales**

La RAF ha desarrollado muchos materiales de formación para sus propios talleres así como para otros que ha dirigido. Por ejemplo, en 1995, se recurrió a la fundación como organismo técnico para impartir talleres de formación de asesoramiento para órganos como el Departamento de Salud y organizaciones coordinadoras fiscales como la ONG filipina Apoyo para el VIH/SIDA. La fundación también ha desarrollado un *Sourcebook on hotline HIV/AIDS/STI telephone counselling*

(Guía sobre servicios de consulta telefónica directa sobre el VIH/SIDA/ITS) para ofrecer información normalizada acerca de cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y las ITS.

## **Desafíos**

Un proyecto de SCTD sostenible requiere: un sistema de telecomunicaciones fiable, económicamente viable y accesible; capacidad de atraer y retener a asesores de calidad y ofrecerles una formación inicial y continuada; estrategias de comunicación eficaces, innovadoras y sostenidas para aumentar el conocimiento del proyecto por la comunidad, y una estrategia de financiación a largo plazo viable. El SCTD sobre el SIDA de la RAF ha sufrido varios reveses y ha adquirido enseñanzas útiles en el afrontamiento de estas necesidades.

## **Prioridades de financiación y formación de voluntarios**

En cuanto las prioridades nacionales relacionadas con la asignación de fondos para el VIH/SIDA dejaron de centrarse en la información, educación y comunicación, a principios de los años noventa, la fundación asumió más plenamente la carga económica de dirigir el SCTD: por ejemplo, cuando se suspendió la campaña de sensibilización multimedia de 1994, como se ha comentado antes. La RAF confiaba en que las alianzas con la empresa privada le proporcionarían una fuente de financiación directa o en especie, pero esto se vio que era difícil, sobre todo en vista de la crisis económica. Por ejemplo, en cierto momento, la RAF se asoció con una empresa privada de teléfonos móviles que ofrecía a todos sus clientes acceso gratuito al SCTD. Esto generó de 20 a 30 llamadas al mes durante los primeros tres meses, pero cuando el contacto principal de la RAF en la empresa dimitió, el interés en el proyecto conjunto decayó y, al cabo de un año, se interrumpió. Esta iniciativa potencialmente exitosa no debería haberse emprendido sin un compromiso a largo plazo igualmente firme por parte de ambas instancias.

Aproximadamente el 80% del presupuesto del SCTD está compuesto por el apoyo de donantes a un proyecto específico, y el otro 20% procede de los fondos de funcionamiento general de la RAF. Cuando la financiación de los donantes ha sufrido un recorte o simplemente era inexistente, la RAF ha tenido que sufragar los gastos del SCTD. El cambio del modelo de formación de 80 horas al sistema basado en la experiencia de los colegas, de 30 horas de duración, ha reducido el costo de la capaci-

tación de asesores y los gastos generales del SCTD.<sup>22</sup> En conjunto, ese último sistema es una alternativa viable y rentable. Se adapta bien a los profesionales jóvenes que componen una gran proporción de los que reciben adiestramiento; aprenden con facilidad a partir de los módulos asignados, y las horas más breves y flexibles se acomodan mejor a sus horarios. Sin embargo, el sistema basado en los colegas no ha sido tan eficaz como la formación anterior a la hora de crear un equipo de asesores realmente eficaz. Ese sistema de formación necesita menos horas porque se apoya, en parte, en la iniciativa de los que reciben adiestramiento para terminar sus ‘deberes’ antes de la siguiente reunión. Cuando alguno no lo hace, retrasa la curva de aprendizaje de los demás participantes. El taller de 80 horas era muy participativo y favorecía más interacción personal, y el mayor número de horas pasadas en compañía de los otros estudiantes propiciaba un espíritu de equipo. No obstante, como sus predecesores, las personas que reciben adiestramiento en el sistema basado en los colegas tienen que pasar el examen y demostrar su capacidad en llamadas de asesoramiento simuladas antes de empezar a responder a llamadas del SCTD junto a un colega más experimentado.

### **Movimiento de voluntarios**

El equipo de voluntarios se compone en gran parte de jóvenes profesionales cuyas prioridades profesionales personales a menudo tienen preferencia, de modo que se produce un gran movimiento o rotación entre los asesores. Por término medio, un asesor ocupa su puesto entre seis meses y un año (dos años o más es raro) y suele trabajar entre 2 y 20 horas o más a la semana. No se les exige un número de horas fijo, y ésta puede ser una de las razones de que el ‘desgaste’ sea más un problema entre los miembros del personal del SCTD que entre los asesores. Las llamadas de broma y obscenas que podrían desmoralizar a los asesores del SCTD no son un problema significativo en la RAF y constituyen sólo el 5-10% de las llamadas. Los asesores aprenden a responder a esas llamadas en talleres de escenificación de papeles y se los anima a discutirlos en las reuniones de asesores y con los supervisores.

Es crucial motivar a los asesores para que se queden el mayor tiempo posible. Un buen análisis del compromiso puede ayudar a reducir el movimiento de personal voluntario. Un sistema de contratos y acuerdos firmados puede ayudar a vincular más la participación de los voluntarios.

<sup>22</sup> El presupuesto de la RAF bajó de PhP 1,5-2 millones/año (US\$ 30 000-35 000) a un promedio de PhP 1 millón/año (US\$ 20 000-25 000) tras el cambio al sistema basado en los colegas.

También es importante que los asesores no se sientan sobrepasados por la cantidad aparentemente vasta de información que necesitan absorber para estar al día y mantenerse así en lo que respecta al amplio espectro de cuestiones de salud reproductiva que cubre el SCTD. Un ritmo adecuado en la aportación de información puede evitar el desánimo. Finalmente, como se ha mencionado antes la RAF proporciona un conjunto de compensaciones/prestaciones a los voluntarios y procura brindarles un apoyo continuo y reconocer sus esfuerzos. Por ejemplo, al final de cada año se rinden honores a los asesores distinguidos. Estos esfuerzos y la forma como se gestiona administrativamente a los voluntarios deberían someterse a una revisión continua para su mejora, pero la RAF ha advertido que la elevada rotación de voluntarios es simplemente una realidad a la que hay que enfrentarse. La fundación ha contratado a un coordinador auxiliar que, entre otros deberes, puede asumir las responsabilidades de los voluntarios cuando el SCTD está corto de personal.

### Promoción del SCTD

Es importante que el SCTD se anuncie regular y ampliamente. Según la experiencia de la RAF, las campañas masivas multimedia son la forma más eficaz (y las más caras) de promover la utilización del SCTD. En 1994, la campaña multimedia nacional del Gobierno desencadenó la

gran mayoría de las llamadas al SCTD en aquel momento. Cuando la campaña terminó, el número total

de llamadas disminuyó y la RAF desarrolló estrategias para renovar el interés. Además de los materiales promocionales habituales (carteles, folletos), una estrategia rentable que funcionó bien fue una pegatina con el número del SCTD pegada a todas las cabinas de teléfonos. Fue eficaz pero, al cabo de dos años, la compañía telefónica instauró una normativa para retirarlas.



Pegatinas del SCTD Remedios

Otro sistema rentable para promocionar el SCTD es que el personal asista como invitado a programas de radio y televisión. Esto generalmente aumenta el número de llamadas durante las siguientes dos o tres semanas. La utilización más eficaz de la radio por parte de la RAF probablemente haya sido su asociación con ‘La verdad al desnudo’ comentada antes. Otros enfoques eficaces incluyen asociaciones con canales por cable que ofrecen a la comunidad anuncios gratuitos en vallas publicitarias, el uso de servicios de anuncios gratuitos en periódicos y el fomento de la colaboración de la prensa, sobre todo si despierta controversias que estimulen el interés para hablar del VIH/SIDA.

Como se puso de manifiesto cuando el número del SCTD pasó a tener siete dígitos, es crucial que se recuerde el número y esto tiene que promoverse. Los lemas y frases cortas y fáciles de recordar también han demostrado ser eficaces. Por ejemplo: ‘*AIDS Huwag mong Katakutan*’ (‘No temas el SIDA’), ‘Las mujeres corren más riesgo de contraer el VIH/SIDA’, ‘VIH/SIDA: aprende los hechos, conoce los riesgos que corres’, todas ellas seguidas de: ‘Llama al Servicio de consulta telefónica directa Remedios’, y el número de teléfono.

## **Enseñanzas adquiridas**

El proyecto del SCTD ofrece una información y unos servicios de derivación eficaces que trabajan en coordinación con un amplio espectro de otras organizaciones de servicios. Como no sólo abarca el VIH/SIDA sino un amplio espectro de temas de salud reproductiva, los comunicantes pueden hablar de una serie de aspectos y problemas relacionados en una sola llamada. El proyecto del SCTD intenta maximizar la eficacia de la formación de voluntarios prosiguiendo con el desarrollo de la capacidad de los que demuestran un compromiso a largo plazo y dándoles preferencia cuando se contratan puestos remunerados. Se hace un uso continuado de los datos del SCTD como una herramienta para evaluar las necesidades cambiantes de los comunicantes y sus perspectivas en las cuestiones que evolucionan. Esto también ofrece una perspectiva sobre cómo deberían evolucionar los programas e impulsó la creación tanto de la Clínica Remedios como de la Zona Joven.

Que los voluntarios, donantes y clientes hayan sostenido el proyecto del SCTD los últimos 10 años demuestra su eficacia para satisfacer las necesidades de los clientes. Aunque todavía no se ha realizado una



evaluación del impacto formal, los siguientes indicadores pueden considerarse significativos:

- Aproximadamente el 10-20% de los comunicantes vuelve a llamar con preguntas complementarias a su preocupación inicial;
- un 5-10% de los comunicantes vuelve a llamar para expresar su gratitud por el servicio;
- el 90% de los comunicantes derivados a ambulatorios de la RAF para servicios médicos acuden a ellos; y
- el proyecto del SCTD ha ganado prestigio y reconocimiento a nivel de la comunidad, incluidos dos importantes premios.

El proyecto del SCTD sigue dependiendo del apoyo de los donantes, que es cada vez más limitado. Se están estudiando mecanismos creativos para asegurar su funcionamiento continuo: por ejemplo, vender los servicios de la RAF como organismo técnico para dirigir talleres de formación de asesores. El SCTD introdujo el sistema basado en los colegas con vistas a la sostenibilidad y, aunque no sea ideal, se ha puesto de manifiesto que es un sistema de formación viable que reduce los gastos generales y asegura que los talleres de formación continúen incluso cuando la financiación es limitada. Finalmente, se está estableciendo contacto con otras organizaciones donantes para mantener las instalaciones.

El hecho de que el SCTD haya sido capaz de mantener el interés y el compromiso de los voluntarios, construir y reconstruir una base significativa de comunicantes, aumentar espectacularmente el número de comunicantes femeninas e iniciar con éxito proyectos nuevos basados en las preocupaciones de los comunicantes demuestra su importancia en la comunidad. Las necesidades e intereses expresados por los comunicantes han marcado siempre la dirección del SCTD, que es la razón por la cual los temas abordados y los servicios ofrecidos se hayan ampliado más allá de ofrecer simplemente información básica relacionada con el VIH/SIDA.

El proyecto del SCTD protege el anonimato y la confidencialidad del comunicante en todo momento, y los asesores están sometidos a un código ético, que se discute en los talleres de formación. Comprender la esencia del voluntariado y la importancia de las consultas participativas también forma parte de la formación ética de los asesores.

## Información de contacto

**Números del SCTD: (632) 524-0551, 524-4427, 524-4507**

José Narciso Melchor C Sescon, MD FPOGS, Director Ejecutivo

Remedios AIDS Foundation, Inc.

1066 Remedios ST Malate

1004 Manila, Filipinas

Tel: (632) 524-0924, (632) 524-4831

Fax: (632) 522-3431

Dirección electrónica: [reme1066@skynet.net](mailto:reme1066@skynet.net)

Sitio web: <http://www.Remedios.com.ph>

## Bibliografía

Department of Health (1994) *Medium Term Plan 2 for the Prevention and Control of AIDS/ITS in the Philippines, 1994–1999*. DoH, Manila.

Department of Health (1999) *Medium Term Plan 3 for the Prevention and Control of AIDS/ITS in the Philippines, 1999–2004*. DoH, Manila.

Department of Health (2000) *Seizing the Opportunity: The 2000–2004 Medium Term Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS (AMTP)*. DoH, Manila.

Department of Health, USAID, WHO (1999) *Status and trends of HIV/AIDS in the Philippines: The 1999 Technical Report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System*. DoH, Manila.

Jiménez PR, Lee RB (2001) *Male sexual risk behavior and HIV/AIDS: A survey in three Philippine cities*. De La Salle University Behavioral Sciences Department, Manila.

ONUSIDA (2000) *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000*.

ONUSIDA (2000) Hojas de datos epidemiológicos del ONUSIDA/OMS.

Optel Limited (2000) *2000 Philippine Telecommunication Perspective*, sexta edición.

Remedios AIDS Foundation, Inc. (1995) *Sourcebook on Hotline HIV/AIDS/ITS Telephone Counselling*. Program Appropriate for Technology and Health (PATH).

Remedios AIDS Foundation, Inc. (2001) *AIDS Hotline Reports*, Manila, 1991–2000.

Raymundo CM, Xenos P, Domingo LJ (eds) (1999) *Adolescent Sexuality in the Philippines*. University of the Philippines Office of the Vice Chancellor for Research and Development, Quezon City.

Tan M, Cheng K, Lamug J (2000) *A Matter of Time: HIV/AIDS and Development in the Philippines*, Health Action Information Network (HAIN), National Economic and Development Authority (NEDA), UNDP.

Tan M et al. (2000) *HIV/AIDS Country Profile: Philippines*. PNAC, Manila.

# TARSHI (Talking about Reproductive and Sexual Health Issues)

## India

Superficie (km2)	3,29 millones
Población total	998 millones
Población urbana	28,1%
PIB por habitante (PPA* US\$)	2248
Esperanza de vida al nacer (años)	62,9
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	70
Tasa de alfabetismo de adultos (>15 años)	56,5%
Prevalencia del VIH/SIDA en adultos (15-49 años)	0,70%
Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	3,7 millones
Teléfonos (fijo y móvil, por 1000 personas)	28
Usuarios de Internet (por 1000 personas, año 2000)	0,1

\* Paridad del poder adquisitivo

Cifras estimadas desde 1999, cuando no se indica lo contrario.

Fuentes: *Informe sobre el Desarrollo Humano 2001, PNUD.*

*Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000, ONUSIDA.*

*Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001, Banco Mundial.*



## El VIH/SIDA en la India

El ONUSIDA calculó que a finales de 1999, 3,7 millones de adultos y niños vivirían con el VIH/SIDA en la India. En este vasto continente, con una población de más de mil millones de personas, incluso niveles bajos de infección suman cantidades enormes. El primer caso de SIDA en la India se detectó en 1986; desde entonces, se ha informado de infecciones por el VIH en todos los estados del país. La epidemia sigue desplazándose hacia las mujeres y los jóvenes, con el consiguiente aumento de la transmisión vertical y el SIDA pediátrico. La prevalencia de la infección en todas las partes del país pone de manifiesto la propagación desde zonas urbanas a rurales y de grupos de alto riesgo a la población general. La migración laboral, los bajos niveles de alfabetismo que conducen a una escasa sensibilización, las diferencias por razón del sexo, y la prevalencia de ITS son algunos de los factores atribuidos a la propagación del VIH/SIDA.

La India es uno de los pocos países que emprendió actividades de prevención del VIH en los primeros estadios de la epidemia, y el país ha mantenido su compromiso con los esfuerzos de prevención. Sin embargo, debido a su gran tamaño, existen muchas dificultades para ampliar el compromiso de alto nivel a todos los estados y a nivel local. Una reacción que ha aminorado la marcha de la respuesta a la epidemia ha sido la negación pública de que las personas ‘corrientes’ puedan tener prácticas sexuales que podrían aumentar su riesgo de infección por el VIH.

La tasa media de prevalencia del VIH entre las mujeres de los ambulatorios prenatales analizadas en los centros urbanos más importantes de Delhi, Kolkata y Mumbai ha aumentado del 0% a finales de los ochenta al 2% en 1999. Fuera de las zonas urbanas más importantes, la prevalencia mediana del VIH entre las mujeres embarazadas analizadas en 1999 era del 0,3%. En la India, hay más varones que mujeres infectados por el VIH. Entre los profesionales del sexo analizados en Mumbai, la prevalencia del VIH alcanzó el 51% en 1993. En Kolkata, el 12% de los profesionales del sexo analizados en 1997 eran VIH-positivos.

En 1995, un 2% de los conductores de camión sometidos a la prueba del VIH en nueve lugares eran VIH-positivos. En 1996, el 6% de los conductores de camión en Namakkal y el 5% en Tiruchirapalli eran VIH-positivos.

En algunas partes del nordeste de la India, el consumo generalizado de drogas intravenosas supuso un punto de entrada temprano para el VIH. En Manipur, la prevalencia de la infección por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas (CDI) se disparó desde prácticamente cero en 1988 a más del 70% apenas cuatro años más tarde, y se ha mantenido a esos niveles tan altos desde entonces. En 1999, el 68% de los CDI en Churachandpur y el 49% en Imphal resultaron VIH-positivos. Como casi todos los CDI del estado son varones, era de esperar que el VIH se propagara a las esposas y novias de esos hombres a través de las relaciones sexuales sin protección. Alrededor del 2,2% de las mujeres embarazadas en Manipur resultaron positivas en la prueba del VIH en 1999.

En 1992, se creó la Organización Nacional de Control del SIDA (NACO) para coordinar y ampliar el programa del VIH/SIDA. NACO proporciona un liderazgo nacional y facilita el desarrollo de Sociedades Estatales del SIDA en todos los estados de la India. Las ONG también trabajan en el ámbito del VIH/SIDA y realizan importantes actividades de prevención y atención.

## **Estado general de las telecomunicaciones**

Existen unos 40 millones de conexiones telefónicas, 4,5 millones de teléfonos móviles y 740 000 oficinas públicas urbanas de llamadas que sirven a una población de más de mil millones de personas. El 38% de los pueblos sigue sin servicio telefónico. En consecuencia, el acceso telefónico puede estar de moderada a gravemente limitado para una gran porción de la población. Además, las líneas telefónicas a menudo no funcionan bien por distintas razones, incluido el calor extremo del verano.

## **Breve historia de TARSHI**

Con sede en Nueva Delhi, TARSHI (Talking about Reproductive and Sexual Health Issues), puso en marcha su SCTD (el centro de sus actividades) en febrero de 1996. TARSHI empezó como el proyecto de una asociación individual financiado por la Fundación MacArthur y creció en una organización que también recibía financiación de la Fundación Ford. En los últimos cinco años, TARSHI ha ampliado sus actividades más allá del SCTD y se reconoce como una de las pocas organizaciones de la India que aborda temas de sexualidad desde la perspectiva de los derechos. El proyecto continúa siendo financiado principalmente con fondos procedentes de organizaciones donantes, con un poco de dinero

adicional de la venta de libros y otras publicaciones, de sesiones realizadas en escuelas, de investigaciones, etc.

TARSHI se basa en el principio de que todas las personas, sean quienes sean, tienen derecho a una vida digna, que incluye el derecho al bienestar sexual, basado en una sexualidad sana, grata y autoafirmada. El trabajo de TARSHI actualmente incluye tres amplias líneas programáticas: fomentar la capacidad de los jóvenes y animar a nuevos líderes en la cuestión de la sexualidad; mejorar la calidad del SCTD en temas relacionados con la sexualidad, y tener un impacto más positivo en el ámbito de la sexualidad.

## Elementos más importantes del proyecto

El SCTD de TARSHI dispone de dos líneas telefónicas abiertas de 9 a 17 horas, de lunes a viernes, y ofrece servicios confidenciales en hindi e inglés, con garantía de anonimato. El SCTD es gratuito, aunque las llamadas no lo son. Es supervisado por un psicólogo clínico cualificado y tiene cuatro asesores que hablan con las persona que llaman sobre temas tan variados como la imagen corporal, masturbación, anticoncepción, aborto, VIH/SIDA/ITS y abuso sexual. Todos los miembros del personal de TARSHI están remunerados.

Desde febrero de 1996 se han registrado más de 45 000 llamadas. La cantidad de tiempo dedicado a cada una de ellas es flexible y puede llevar de un minuto a una hora. Los comunicantes proceden de distintos entornos socioeconómicos y tienen entre 7 y 70 años, aunque la mayoría tiene entre 18 y 35 años. Más de un tercio de esas personas vuelven a llamar. La gran mayoría (75-80%) son de habla hindi. Como el SCTD se dirige desde Delhi, la mayor parte de los comunicantes son de la ciudad o alrededores, pero también hay muchos que han emigrado de las zonas rurales a la ciudad y no obstante siguen teniendo sus raíces en la India rural.<sup>23</sup>

Aproximadamente el 80% de las personas que llaman al SCTD son varones, a pesar de que el servicio está orientado especialmente a las mujeres. Aunque en la India ninguno de los dos sexos tiene un acceso fácil a la información, las mujeres están en peor posición en este aspecto, aun cuando asumen la carga más pesada por lo que se refiere a problemas de salud sexual y reproductiva. Concebir nuevas formas de aumentar el número de mujeres que llaman es un desafío constante.

<sup>23</sup> No se han advertido diferencias significativas en la clase de preocupaciones expresada por personas de entornos rurales y urbanos.

El SCTD, diseñado para ser interactivo, no crítico ni amenazador, ofrece información pertinente para los contextos de las vidas de las personas y asesoramiento que examina con los comunicantes los pros y los contras de las decisiones particulares (sin privarlos de su derecho a decidir), así como derivaciones a las organizaciones adecuadas. La red de derivaciones incluye a médicos privados, hospitales públicos, terapeutas y abogados, así como asesoramiento sobre el VIH, pruebas, atención, servicios de apoyo, etc. Se supervisan las organizaciones del servicio para poder ofrecer las máximas posibilidades de TARSHI, y se realizan visitas a las instalaciones para asegurar la buena calidad del servicio, o al menos para saber de primera mano qué se encontrarán los comunicantes en una instalación. En el caso de los médicos y terapeutas privados, la organización procura seleccionar profesionales sensibilizados y no críticos, y les pide que reduzcan su tarifa para los clientes de TARSHI.

TARSHI ha descubierto que muchas personas a menudo no consultan a especialistas sobre un problema porque no tienen claros los procedimientos o técnicas que se utilizarán ni el costo de los servicios. Basándose en las visitas a los centros, los asesores de TARSHI ofrecen información simple y amplia de lo que los comunicantes pueden prever si aceptan una derivación. El lógica de TARSHI es que todas las personas son capaces de tomar decisiones, y la información, el asesoramiento y las derivaciones del SCTD pueden permitirles descubrir qué quieren hacer. Por la experiencia de TARSHI, en cuanto un comunicante toma una decisión quiere ponerla en práctica en seguida.

Se han hecho todos los esfuerzos para crear y preservar la sensación de seguridad en los comunicantes. No se requiere identificación personal y se cuida mucho de no hacer preguntas que puedan considerarse una intromisión. Ninguna persona que no pertenezca al personal del SCTD puede entrar en la sala del servicio mientras se responden llamadas.

Aunque no se recoge información de identificación personal, el SCTD documenta todas las llamadas y hace un seguimiento de las personas que vuelven a llamar utilizando números en clave.<sup>24</sup> La información recogida se utiliza para una variedad de objetivos. Las preguntas e inquietudes de los comunicantes han formado la base del material impreso y las presentaciones de TARSHI. El registro de la hora, el

---

<sup>24</sup> Las personas que es probable que vuelvan a llamar o necesitan hacerlo de nuevo reciben números en clave. Esto hace más fácil seguir sus llamadas y asegura que hablen con el mismo asesor, si es posible. De esta forma, las personas que hablan de problemas y relaciones emocionales no necesitan repetir lo que ya han explicado sobre sí mismos y su situación.



día y el motivo de las llamadas permite al personal saber cuándo cabe esperar un número más elevado de cierta clase de llamadas, y esto ha contribuido a establecer un horario para el SCTD. Por ejemplo, TARSHI no tiene en funcionamiento el SCTD durante las vacaciones nacionales porque pocas personas llaman esos días debido a la falta de intimidad en los hogares. Durante otros períodos de escasez de llamadas (época de vacaciones, vacaciones escolares, períodos en que se da poca publicidad al servicio), el SCTD sigue abierto y los asesores realizan tareas no telefónicas. La documentación también revela qué clase de publicidad es eficaz y cómo programar las campañas promocionales para obtener resultados escalonados. Los registros del SCTD son confidenciales y se guardan en un lugar seguro.

### **Reclutamiento, formación y apoyo a los asesores**

Los asesores de TARSHI son mujeres con títulos de posgrado en ciencias sociales, y tienen entre 25 y 35 años de edad. El equipo del SCTD y el personal administrativo evalúan a los nuevos candidatos basándose en una serie de criterios que incluyen sensibilidad, franqueza, conciencia de los temas de sexualidad y comodidad para hablar de ellos, y fluidez en hindi e inglés. La contratación se realiza colectivamente porque es importante que el personal del SCTD se sienta cómoda con la nueva persona.

Las nuevas asesoras pasan de 8 a 10 semanas de formación intensiva que se centra en la información y en fomentar las capacidades de asesoramiento. Las asesoras reciben formación en anatomía y fisiología sexual y reproductiva, cambios en la pubertad, concepción, anticoncepción, prácticas sexuales, problemas sexuales, infertilidad, ITS, VIH/SIDA y otros temas. Ginecólogos, terapeutas sexuales, especialistas en ITS y otras personas expertas con conocimientos pertinentes imparten esta formación. La formación adicional aborda temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, de género, patriarcado, violencia contra las mujeres, impacto socioeconómico del VIH/SIDA, estigma y discriminación, y derechos de las personas con el VIH/SIDA y otras comunidades marginadas, como las personas con discapacidades. Como parte de su trabajo en curso, y continuado, incluso después de terminar el período formal de formación, se procura que las asesoras lean y discutan analíticamente diferentes perspectivas de estos temas. Como las personas tienen prácticas sexuales muy diversas, los asesores deben estar familiarizadas con el repertorio del comportamiento sexual humano y conocer los términos (incluido el argot) que utilizan las personas para referirse a esas prácticas.

La formación de las asesoras se realiza por medio de la escenificación de papeles experimental e interactiva y sesiones de asesoramiento simuladas. Las asesoras aprenden a comunicarse eficazmente en un lenguaje sin argot y sin sermonear ni asumir la responsabilidad por las decisiones del comunicante. Desarrollan la capacidad de realizar derivaciones de tal forma que el comunicante no se sienta rechazado por el SCTD. También aprenden a identificar y manejar las llamadas de broma o abusivas y a hacerlo con firmeza, dejando claro el objetivo del SCTD a las personas que llaman en el caso de que tengan un problema real del que deseen hablar.

Como las cuestiones relativas a la sexualidad son complejas e íntimas, estas sesiones de formación a menudo desencadenan reacciones fuertes, y es importante que los asesores se vuelvan conscientes de lo que sienten acerca de temas delicados como la violencia sexual, por ejemplo. Los ejercicios de formación están orientados a que las asesoras aclaren sus valores personales para que no los impongan inconscientemente a un comunicante. Las asesoras pueden influir en los comunicantes no sólo con lo que dicen sino con el modo cómo lo dicen, y tienen que ser cuidadosas con las palabras y frases que utilizan. Por ejemplo, las asesoras aprenden a utilizar el término ‘pareja’ en lugar de novio, novia, esposo o esposa. Esto hace sentirse más cómodas a las personas que llaman para hablar de relaciones homosexuales, prematrimoniales o extramaritales. Las asesoras también reciben formación de expresión oral y graban su voz en sesiones de asesoramiento simuladas hasta que pueden hablar en tonos bien modulados.



TARSHI

**Una asesora  
respondiendo a una  
llamada en TARSHI**

### **La asesora Ayesha reflexiona sobre su trabajo**

“Haber vivido dentro de una sociedad que ve a la mujer como un ser ‘inferior’, con sesgos y prejuicios basados en el sexo ha afectado innumerables aspectos de mi vida, así como de la vida de muchas mujeres que he conocido íntimamente.

“Mi trabajo ha sido mi esfuerzo para evitar la vulnerabilidad que sufren a diario las mujeres de todo el país. Ofrecerles un medio para compartir sus pensamientos e ideas, para adquirir información sobre sus derechos y posibilidades de decisión, esto ha sido la fuerza impulsora en mi vida.

“Me he dado cuenta de la magnitud de la tarea que me he impuesto. Iniciar un cambio social representa crear conciencia entre mujeres y hombres, con la esperanza de que sus actitudes frente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres cambien.

“Por desgracia, mi experiencia ha sido que las mujeres son un grupo difícil al que acceder, por una serie de razones, entre las cuales las limitaciones del medio elegido: el teléfono. Es imposible asegurarse de que la persona que ha llamado ha utilizado la información, porque es una persona que no conoceremos nunca y probablemente no volveremos a saber de ella. Personalmente, esto me ha frustrado a menudo, y me ha dificultado alcanzar mi meta. Sin embargo no me desanimo y sigo brindando información a los comunicantes.”

Una vez las personas que reciben adiestramiento son competentes para responder a llamadas simuladas de forma profesional y sensible, atienden bajo supervisión llamadas al SCTD y reciben información periódica sobre sus capacidades. Después de cuatro semanas, una nueva asesora normalmente es capaz de responder a las llamadas sin supervisión. Pero incluso cuando ya no necesitan supervisión, siempre pueden encontrar apoyo. Siempre hay dos asesoras en la sala del SCTD, y si una está libre puede ayudar a la otra, especialmente con llamadas ‘difíciles’ como las relacionadas con abusos sexuales o suicidios.

La supervisora y sus compañeras evalúan semestralmente la competencia y el desempeño de las asesoras. Constantemente se hace una evaluación informal de su trabajo (por ej.: hablar de las llamadas del día).

#### **Elaboración de material**

TARSHI documenta todas las llamadas al SCTD y estudia el lenguaje que los comunicantes masculinos y femeninos utilizan para describir sus cuerpos, sus experiencias sexuales y sus parejas. Esto da a las asesoras una visión única de la comprensión que tienen las mujeres y varones indios del comportamiento sexual sano, y la organización utiliza esta información para apoyar sus otros servicios a clientes y a la comunidad en general.

Por la experiencia del SCTD, ha quedado claro que, aunque las personas necesitan ser capaces de hablar abiertamente sobre temas relacionados con la sexualidad, también existe una gran necesidad de material escrito que ofrezca información precisa. Los libros y folletos sobre sexualidad de TARSHI se han escrito con un estilo fácil de comprender y ameno. Basándose en un análisis de las llamadas de jóvenes, TARSHI ha producido una serie de libros informativos sobre sexualidad en inglés e hindi que aborda sus preocupaciones específicas de una forma afirmativa. Esos libros circulan ampliamente y se están traduciendo a idiomas regionales por las organizaciones que los han considerado útiles. Estas y otras publicaciones de TARSHI se elaboran para públicos específicos partiendo de las preocupaciones que revelan al SCTD. Todas las publicaciones de TARSHI afirman los derechos de las personas al bienestar sexual.

TARSHI también realiza presentaciones orales y escritas sobre temas de sexualidad, salud reproductiva y VIH/SIDA a públicos profesionales en el ámbito nacional e internacional. Por ejemplo, sobre la base de las preocupaciones que comunican los jóvenes al SCTD, TARSHI trabaja con escuelas, otras ONG y los medios de comunicación para ofrecer a los adolescentes información sensible y precisa sobre sexualidad y VIH/SIDA.

TARSHI también tiene pensado facilitar la elaboración de materiales de formación para el personal del SCTD que será específico para el contexto indio. La mayor parte del programa de formación de asesores del SCTD disponible fue desarrollado para su utilización en los países industrializados, y no necesariamente proporciona respuestas adecuadas para ser ofrecidas por un asesor a un comunicante indio.

## **Desafíos**

### **Limitaciones de la tecnología telefónica**

Debido al limitado acceso telefónico que hay en la India, el SCTD ha adaptado su horas de funcionamiento para ajustarse a los horarios de oficina de la mayoría de las personas; si no tienen teléfono en casa les resulta más fácil llamar desde sus lugares de trabajo.<sup>25</sup> El restringido acceso a teléfonos y/o la intimidad para hacer una llamada puede ser

<sup>25</sup> Sin embargo, estos horarios no son convenientes para los escolares y estudiantes universitarios porque sólo están libres por la noche. Si no existieran limitaciones de personal y financiación, el horario del SCTD se prolongaría hasta las 8 de la noche para que las personas tuvieran acceso al servicio al volver a casa después de la universidad o el trabajo.

un obstáculo para las personas que necesitan llamar al SCTD. Muchos indios todavía no están familiarizados con la tecnología telefónica (algunas personas tienen que pedir a otra que les marque el número), y pueden dudar de hablar con una persona desconocida y sin rostro sobre temas íntimos e importantes. Por otro lado, muchas mujeres no pueden llamar porque posiblemente no tengan teléfono en su casa y uno público quizá sea inaccesible y/o lo consideren un lugar incómodo desde el cual llamar a un SCTD sobre sexualidad. Además, las largas colas en las cabinas públicas no sólo disminuyen la intimidad, sino que pueden hacer que las personas que llaman vayan con prisas en lugar de plantear sus preguntas tranquilamente.

Si las campañas de promoción no se programan de forma óptima, el SCTD puede verse inundado de llamadas en respuesta a los anuncios. No sólo se desaniman de volver a llamar las personas que encuentran la línea ocupada, sino que los que encuentran línea se quejan de lo difícil que es llamar. Muchas personas se han preguntado por qué TARSHI no utiliza un sistema de mensajes pregrabados para ofrecer una información precisa y comprensible a los comunicantes individuales. Esto ahorraría en recursos humanos y haría posible responder a un número mayor de llamadas, pero hablar individualmente sobre temas delicados y abordar las dudas de las personas a medida que aparecen es mucho más eficaz que hacerles apretar botones y aun así no encontrar la información adecuada a sus preocupaciones.

Otra tecnología telefónica que TARSHI ha estudiado y rechazado es la adopción de una línea de llamadas gratuitas. Los procedimientos burocráticos que comporta la instalación de esta línea han desanimado a TARSHI de considerarlo seriamente. Además, el costo de realizar una llamada local no es muy elevado y es viable para la mayoría de las mujeres que tienen acceso a teléfonos.

### **Aumentar el número de comunicantes femeninas**

Las políticas de TARSHI se formulan pensando en las mujeres; sin embargo, sólo el 20% de las llamadas son de mujeres, y aumentar el número de llamadas de mujeres sigue siendo el mayor desafío. En el primer año de funcionamiento, el SCTD tenía trabajando como asesores a varones y mujeres. No obstante, muchas mujeres que llamaban colgaban en cuanto oían la voz de un hombre. Esto estaba probablemente relacionado con los tabúes culturales que hacen difícil que las mujeres hablen con un varón sobre temas íntimos, sobre todo los relacionados

con la sexualidad. Los varones no tienen problemas comparables para hablar con una mujer asesora. Las estrategias de promoción del SCTD se han dirigido especialmente a llegar a las mujeres. Se han publicado anuncios en revistas femeninas, y el texto de los anuncios de la radio y la TV utiliza el género femenino y está grabado por mujeres.

Las mujeres que trabajan en casa pueden enterarse de la existencia del SCTD sólo si tienen acceso a la radio o la TV y las tienen puestas cuando TARSHI está emitiendo publicidad. Muchas mujeres no tienen teléfono en casa y puede que no tengan libertad para llamar desde una cabina. Además, las mujeres pueden encontrar dificultades para decidir si llamar o no, incluso si disponen de teléfono, porque están educadas para callar sobre su sexualidad y dejar estos asuntos a los varones.

### **Promocionar el SCTD**

Documentar de qué modo las personas conocieron la existencia del SCTD ayuda a TARSHI a analizar su publicidad para poderla hacer de una forma escalonada que redunde en un número de llamadas óptimo durante un período largo, mejor que un bombardeo de llamadas intermitente. Se ha promocionado el SCTD a través de una popular emisora de radio de FM, de un canal local de TV por cable, de un periódico y de una revista femenina. Las campañas en la radio por fases, en que las cuñas publicitarias se difunden a lo largo de un período de varias semanas, han demostrado dar mejores resultados. El horario de las cuñas se escoge cuidadosamente (por la tarde) para que las oigan el máximo posible de mujeres y jóvenes. Por ejemplo, un año, la campaña empezó con la emisión regular de anuncios de 30 segundos durante una semana, seguido de anuncios de 10 segundos la semana siguiente, y así sucesivamente. Otro año, los anuncios se fueron disminuyendo a lo largo de un período de varias semanas, con lo que se sacó el máximo partido de un presupuesto limitado. Curiosamente, conocer la existencia del SCTD por un anuncio puede no ser un incentivo suficiente para muchas personas. Más de un tercio de las personas que llaman dice que, a pesar de que conocía el SCTD por la publicidad, no se sintió motivado para llamar hasta que un amigo se lo recomendó.

### **Llamadas de broma/ofensivas**

Aunque suela recompensar, el trabajo de asesoramiento del SCTD también puede conllevar tensión. Las llamadas de broma y ofensivas pueden aumentar la tensión y conducir al desgaste. Tales llamadas son

un riesgo laboral para cualquier SCTD, pero aún lo son más cuando el tema abordado es la sexualidad. Como los varones indios no están acostumbrados a hablar abiertamente de esas cuestiones, algunos creen que cuando una mujer lo hace es que está sexualmente disponible. Las asesoras están adiestradas para responder a estas llamadas describiendo el objetivo del SCTD y poniendo énfasis en que no se trata de un teléfono erótico o una línea que ofrezca servicios sexuales.

Un 10-15% de las llamadas entran en la categoría de bromistas/ofensivas. Las asesoras conceden a los comunicantes el beneficio de la duda, si bien a veces al precio de sentirse abusadas. Se trata de comunicantes que de entrada parecen sinceros y fingen desear información y asesoramiento sobre sus problemas, pero quienes, ya avanzada la conversación, empiezan a excitarse sexualmente y/o preguntan detalles de la vida sexual de la asesora o le hacen proposiciones. Las asesoras reciben adiestramiento para juzgar cuándo han de dar por acabada una llamada. Antes de colgar, le proponen al comunicante vuelva a llamar cuando sea capaz de concentrarse en la conversación y no hacer perder el tiempo al SCTD. Estas llamadas se cobran un precio. Como dijo una asesora, *“Las llamadas de broma y claramente ofensivas son fáciles de responder; las peores son las dudosas”*.

### **Reducir al mínimo el movimiento del personal**

El trabajo del SCTD se cobra un peaje psicológico y se acumula la tensión por culpa de las llamadas difíciles de manejar, así como por el aburrimiento de tener que responder monótonamente a llamadas repetitivas. La tensión puede conducir al desgaste, lo que puede tener un impacto negativo en la calidad del servicio y provocar elevadas tasas de movimiento del personal. Mantener abiertos los cauces de comunicación, construir relaciones sólidas entre el personal y animar a las asesoras a participar en actividades como talleres y conferencias que representen encontrarse con otros en campos relacionados y se compartan experiencias pueden contribuir a prevenir el desgaste.

Las asesoras y su supervisora discuten las llamadas (incluidas sus respuestas emocionales) y se intercambian información constantemente. Este intercambio ayuda a ambas partes a evaluar el servicio y a prevenir el desgaste.

Aun cuando TARSHI era consciente de los peligros de desgaste y desde el principio instauró algunas de estas actividades de prevención en su

sede, en los últimos cinco años ha perdido a un par de asesoras por desgaste. Pero el abandono relacionado con el desgaste no ha sido muy alto, de modo que se puede ver con optimismo que las actividades de TARSHI para prevenirlo han tenido éxito.

### **Recopilación de datos**

Las decisiones sobre salud sexual y reproductiva adoptadas con plena capacidad no se producen en el vacío sino dentro del contexto complejo de las vidas de las personas. Por este motivo, la información en sí misma, por buena que sea, no es suficiente para capacitar decisiones juiciosas. Los que quieren dar información precisa e influir en las prácticas sexuales de las personas necesitan saber no sólo quién hace/usa tal cosa, sino también por qué, cuándo, para qué y con qué finalidad la hace/usa.

Desgraciadamente, hay una falta de investigación y documentación sistemática sobre prácticas y preferencias sexuales. Esto es debido en gran parte a las limitaciones metodológicas para obtener detalles muy personales e íntimos, asegurando al mismo tiempo la confidencialidad y preservando la dignidad de las personas que responden. No obstante, es esencial disponer de datos cualitativos que puedan interpretarse significativamente y, aún más importante, aplicarse al diseño y ejecución de programas.

### **Evaluar la eficacia del programa**

Es muy difícil evaluar directamente la eficacia de un SCTD. Una gran cantidad de llamadas entrantes puede ser puramente el resultado de una publicidad eficaz y no es un indicador de la calidad del servicio. El hecho de que es difícil para el SCTD hacer un seguimiento directo de los comunicantes es una debilidad dentro del servicio. No hay forma de evaluar el impacto del SCTD sobre el comportamiento de adopción de riesgos de los comunicantes o para determinar si las derivaciones se hicieron efectivas y si los comunicantes recibieron un servicio satisfactorio y de buena calidad. La falta de seguimiento directo también impide que las asesoras conozcan los resultados de su trabajo.

Evaluar el impacto del SCTD se basa en consecuencia en inferencias indirectas de las llamadas, especialmente las de los comunicantes repetidores. Pueden encontrarse indicadores fiables de un buen SCTD en el número de personas que vuelven a llamar, si sus preocupaciones o preguntas indican que han comprendido la información que recibieron durante las llamadas anteriores, si su comportamiento sexual o sus



impresiones acerca de él han cambiado, y si llamaron otras personas estimuladas por sus amigos (satisfechos).

Por ejemplo, los comunicantes frecuentes a menudo pasan de querer información básica sobre sexualidad a desear hablar de temas más complejos. Al cabo de una serie de llamadas, pueden pasar de querer informarse acerca de la transmisión sexual del VIH a interesarse por las relaciones sexuales seguras y por cómo pueden tenerse ese tipo de relaciones y al mismo tiempo ser satisfactorias. A partir de la documentación de las llamadas, TARSHI ha podido rastrear los cambios positivos que esas personas realizan en sus vidas. Por ejemplo, los varones jóvenes declaran retrasar las relaciones sexuales con penetración, masturbarse en lugar de acudir a profesionales del sexo y adoptar otras prácticas sexuales de menos riesgo.

## **Enseñanzas adquiridas**

La formación y el desarrollo de capacidad para ofrecer un servicio de buena calidad son cruciales. El campo de la sexualidad es complejo y está relacionado con muchos otros aspectos como los derechos humanos, las diferencias de sexo, los factores socioculturales y, por supuesto, la salud. Las asesoras que comprenden estas relaciones tienen una mejor comprensión de la sexualidad y ofrecen un servicio más eficaz. La toma de conciencia de esas relaciones también ayuda a las asesoras a comprender que no existe un sólo 'tipo' de persona que utiliza el SCTD, y que siempre hay subgrupos significativos, como las personas con discapacidades, representados entre los comunicantes. También es importante estar al corriente de los cambios sociales, de la cobertura de acontecimientos/cuestiones de interés por los medios de comunicación, y de los desarrollos en campos como las tecnologías reproductivas.

Sin embargo, tener e impartir conocimientos e información no es suficiente. Tanto para el comunicante como para la asesora, las cuestiones relativas a la sexualidad están altamente cargadas emocionalmente e influidas por factores sociales y estructurales, y esto tiene que tenerse en cuenta. Por una parte, como los aspectos tratados pueden ser complejos y personales, las asesoras tienen que tener en cuenta sus propias necesidades para evitar sentirse cansadas, frustradas, confusas, etc. Esto es esencial para la prevención del desgaste. Por otro lado, los que trabajan en temas de sexualidad tienen que comprender que, por la propia naturaleza de su trabajo, se hallan en una posición de mayor poder frente a sus clientes y es preciso seguir unos criterios éticos.

Finalmente, TARSHI ha aprendido que las asesoras no pueden hablar eficazmente sobre seguridad y salud sexual sin hablar también del placer.

Las asesoras de TARSHI ofrecen a los comunicantes todo el tiempo que consideran necesario para discutir con detalle todos los puntos que quieran plantear. La documentación de las llamadas se utiliza para vigilar el SCTD y recopilar datos, pero la información recogida es a veces inevitablemente incompleta.

TARSHI hace un uso eficaz de sus limitados recursos, gestionando un presupuesto de aproximadamente US\$ 20 000 anuales para pagar cinco sueldos, el alquiler de la oficina, el equipamiento de la oficina, los materiales de información, el alquiler del teléfono y la publicidad.

La eficacia del SCTD y su pertinencia quedan realizados por el hecho que, además de información y asesoramiento sobre el VIH/SIDA, los comunicantes pueden abordar cuestiones de sexualidad no tratadas por los servicios que se centran sólo en el VIH. La mayoría de las personas no puede adoptar conductas más seguras de forma eficaz y coherente en parte porque no entiende los mensajes sobre prácticas sexuales más seguras que no hablan también del placer y están desconectados del comportamiento sexual real. Asimismo, las asesoras del SCTD están familiarizadas con los mitos socioculturales y los conceptos erróneos comunes sobre la sexualidad y sus fuentes subyacentes, y por consiguiente pueden abordarlos con eficacia.<sup>26</sup>

Si perciben que las asesoras se sienten cómodas hablando de cuestiones sexuales y que están dispuestas a responder a sus preguntas, las personas vuelven a llamar con más preguntas. Si el número de comunicantes repetidores y el de derivaciones de comunicantes satisfechos son un indicador fiable, podemos decir que el SCTD de TARSHI ha sido eficaz y pertinente. Más de un tercio de los comunicantes son 'repetidores' y un número similar dice que llamó por recomendación de un amigo.

En cuanto a la sostenibilidad, con el tiempo el SCTD ha pasado a ser autosuficiente por lo que respecta a la formación, los conocimientos y la información, y no depende del apoyo de fuentes externas en esos ámbitos (aparte de buscar aportes adicionales de educación continuada). Pero dado que el SCTD es gratuito y las asesoras están remuneradas, no

---

<sup>26</sup> Por ejemplo, los conceptos erróneos sobre la 'pérdida de semen' se mezclan con nociones de fluidos y energías vitales y, en consecuencia, contribuyen al mito de que la masturbación provoca debilidad.

puede ser económicamente autónomo. Seguirá dependiendo de subvenciones para su capital de explotación, complementado por los ingresos de sus publicaciones y servicios periféricos. Un SCTD exige una buena planificación y la seguridad de tener un apoyo inicial por un período de tiempo sustancial porque no es ético empezar un servicio así y retirarlo después por falta de fondos. En ausencia de un apoyo adecuado, un SCTD puede reducir sus horas de funcionamiento, el número de líneas telefónicas y el personal, si es necesario, y seguir funcionando.

El SCTD de TARSHI está basado en una sólida comprensión de los principios éticos, y concede mucha importancia a la confidencialidad y el anonimato. Las asesoras están capacitadas en ética y los problemas éticos con que pueden topár en el curso de su trabajo. Las asesoras mantienen unos límites profesionales claros en sus relaciones con los comunicantes.

La tecnología telefónica puede aprovecharse en los esfuerzos de educación y prevención del VIH/SIDA, y la información recogida por un SCTD puede ser una herramienta útil para la investigación y el apoyo y puede impulsar la creación de otros medios de educación pública. Esto hace imperativo que antes de crear un servicio que tenga el potencial de cambiar las vidas de las personas que lo utilicen se examinen los aspectos relativos al contexto, la sostenibilidad y la ética.

## Información de Contacto

Números del SCTD: (11) 462-2221, 462-4441

Radhika Chandiramani

TARSHI, 49 Golf Links, 2nd Floor, Nueva Delhi 110003, India

Tel: (11) 461 0711

Fax: (11) 461 0711

Dirección electrónica: tarshi@vsnl.com

Sitio web: www.tarshi.org

## Bibliografía

Census of India 2001, Office of the Registrar General, India, 2A, Mansingh Road, Nueva Delhi 110011.

Chandiramani R (1998) Talking About Sex. *Reproductive Health Matters*, Vol. 6, No. 12.

Chandiramani R (1998) Talking about Reproductive and Sexual Health Issues with Youth: A Telephone Helpline. Young Adult Reproductive Health Project Highlights, *FOCUS*.

ONUSIDA (2000) *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 2000*. Ginebra.

ONUSIDA (2000) Hojas de datos epidemiológicos del ONUSIDA/OMS. Ginebra.



Punto de libro de TARSHI

## Conclusiones

### Las experiencias de los cuatro servicios de consulta telefónica directa

Los cuatro programas descritos en el presente documento son el Servicio de consulta telefónica directa sobre el SIDA de Sudáfrica, el Servicio nacional de consulta telefónica directa sobre el SIDA de Trinidad y Tabago, el Servicio de consulta telefónica directa de la Fundación Remedios para el SIDA con sede en Filipinas, y TARSHI con sede en la India.

Esos programas se eligieron con arreglo a su ajuste con los criterios de prácticas óptimas del ONUSIDA, a la calidad de la documentación de su desempeño, a la cantidad de datos recopilados y a cómo se utilizaban esos datos. Se dio preferencia a los programas más antiguos sobre los más recientes, porque se consideró que un par de años de actividad no era suficiente para producir suficiente información.

Los cuatro proyectos incluidos aquí ilustran los puntos fuertes que han convertido en un éxito los SCTD en todo el mundo, destacando las dificultades a que se enfrentan esos servicios y mostrando enfoques creativos para superarlas.

Los aspectos abordados incluyen:

- **Contratación, formación y retención de personal:** Decidir entre pagar a un asesor o reclutar a un voluntario es una decisión importante. Una ventaja evidente de los voluntarios es el ahorro económico. Sin embargo, muchos programas, como el de Sudáfrica, identificaron un “gran movimiento de los asesores voluntarios” como una limitación importante para la calidad de su servicio. En Sudáfrica por último decidieron cambiar los voluntarios por asesores asalariados. La Fundación Remedios para el SIDA, por otro lado, ha desarrollado su proyecto de 10 años de vida basándose en trabajadores voluntarios. Los programas de capacitación iniciales y en curso, así como los materiales de formación, se estructuran y ofrecen (y a menudo financian) de forma diferente para los voluntarios y para los asesores remunerados. Por ejemplo, los nuevos asesores de TARSHI comenzaron la formación en consulta telefónica directa con un título de posgrado en ciencias sociales, mientras que en Trinidad los criterios para los voluntarios del SCTD eran “voluntad de participar, compasión, capacidad de no ser crítico y de estar abierto a nuevas informaciones, y saber escuchar y tener buenos modales telefónicos”.

A través de la práctica y los errores cometidos, muchos SCTD han desarrollado sus propios materiales de formación para suplir o sustituir los que estaban disponibles en los programas del Norte. La Fundación Remedios para el SIDA ha preparado un extenso plan de estudios y un programa para voluntarios, y TARSHI piensa organizar una reunión de todos los operadores indios de SCTD que se ocupan de cuestiones parecidas para desarrollar materiales específicos en el contexto indio.

Un objetivo de la formación es asegurar que los asesores ofrecen información coherente y conocen las recomendaciones y la información sobre el tratamiento más avanzado de la enfermedad. Todos los participantes en proyectos en este estudio son conscientes de que la formación tiene que ser un proceso continuo, y ofrecen a sus asesores no sólo actualizaciones periódicas sino también oportunidades para asistir a talleres y conferencias.

Proporcionar el apoyo que los miembros del personal necesitan para prevenir el desánimo y el desgaste es otra dificultad permanente, especialmente porque el trabajo del SCTD puede provocar mucha tensión.

- **Equilibrar el volumen de llamadas recibidas con el de personal y líneas telefónicas disponibles para responderlas:** Particularmente después de una intensa actividad promocional, el número de llamadas puede superar la capacidad de respuesta de los operadores, y las personas con necesidad de ayuda pueden desanimarse y no volver a llamar. Por otro lado, cuando el volumen de llamadas es bajo, los asesores voluntarios pueden desanimarse, y mantener a asesores inactivos remunerados puede parecer injustificado. Las campañas promocionales por fases, como la que describe TARSHI, son una solución común a este problema.
- **Llamadas falsas:** Las personas que “abusan con malicia del servicio y/o de los asesores”<sup>27</sup> son un problema constante, tanto si llaman de broma como para expresar sus prejuicios contra las personas con el VIH/SIDA, o porque confunden el SCTD con un teléfono de contacto sexual. Este último es un problema importante para TARSHI. Sus asesoras “se han vuelto muy sensibles al significado de la entonación de la voz, las formas de respirar y otros sonidos”, y procuran colgar el teléfono con firmeza pero educadamente a estas personas. El SCTD sudafricano señala

<sup>27</sup> Como lo define el Servicio de consulta telefónica directa de Sudáfrica.

como principal problema las llamadas falsas/fallidas, porque por cada llamada válida reciben tres de este tipo, y su informe describe algunas soluciones posibles. Aunque el número de llamadas falsas varía de un programa a otro, siempre resultan desalentadoras para los asesores, y los programas siguen buscando formas eficaces de disuadir esas llamadas o reducir su impacto.

- **Financiación sostenida:** Todos los proveedores de SCTD han observado que, si bien esos servicios pueden ser una forma más barata de ofrecer información y asesoramiento que los que necesitan instalaciones, esto no significa que sean poco costosos. Especialmente porque el servicio ofrecido suele ser gratis, encontrar una subvención sostenible a largo plazo es especialmente difícil. Las organizaciones utilizan una serie de estrategias para afrontar sus costos de funcionamiento: en Trinidad, los voluntarios del SCTD organizan fiestas y barbacoas, y TARSHI vende materiales relacionados con el SCTD, como los libros informativos sobre sexualidad que ha elaborado para los jóvenes. Los costos de funcionamiento tienden a aumentar a medida que las organizaciones tienen más acogida y se amplían para satisfacer las necesidades expresadas por los comunicantes. La Fundación Remedios para el SIDA, por ejemplo, ha ampliado sus servicios para incluir tres ambulatorios y un centro de encuentro y consulta juvenil. Disponer de subvenciones puede ser el factor más decisivo para determinar si se ofrece una línea gratuita.
- **Llegar a las poblaciones destinatarias con éxito:** Llaman menos mujeres que varones al SCTD, incluidos los servicios que se orientan específicamente a las mujeres; en algunos casos, la diferencia es alarmante. La razón varones-mujeres que presenta TARSHI, por ejemplo, es de 4:1. A menudo, dentro de una organización existen procesos en marcha para analizar y evaluar este problema y, en este documento, tanto TARSHI como la Fundación Remedios para el SIDA lo comentan con detalle.
- **Recopilación de datos:** Los programas de SCTD calculan el volumen de llamadas y recogen datos demográficos sobre sus comunicantes. La dificultad es recopilar la cantidad óptima de datos respetando el deseo de anonimato de la persona y su nivel de seguridad. Esos datos sirven de apoyo al SCTD para controlar la calidad del servicio y las preocupaciones de las personas que llaman, para reforzar la formación continua y apoyar a los asesores, para identificar necesidades de servicios adicionales o de

referencia, para detectar tendencias de conducta y para evaluar el impacto de las campañas de comunicación. El SCTD de Trinidad, que trabaja estrechamente con el Ministerio de Salud, también utiliza sus datos “para avanzar en los esfuerzos de planificación nacional en la prevención y el control del VIH/SIDA”.

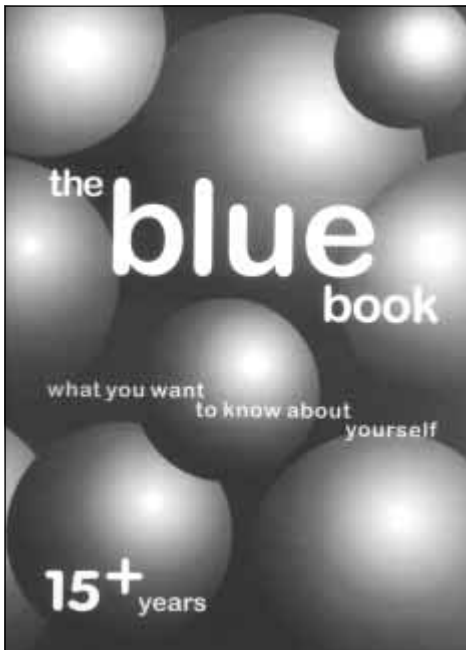
- **Evaluar la eficacia:** La capacidad de un SCTD para documentar los participantes y hacer su seguimiento está limitada por su compromiso con la confidencialidad y el anonimato, y las limitaciones de recursos imposibilitan las llamadas de seguimiento. Evaluar el impacto general de un SCTD también es difícil. Crear una base de datos sobre la población objetivo de un SCTD puede resultar costoso, y los límites para vigilar a los clientes dificultan la posibilidad de evaluar los cambios en la solicitud de atención de salud de los comunicantes o de sus comportamientos de adopción de riesgos. La Fundación Remedios para el SIDA, que deriva a las personas a sus propios dispensarios (u otros, si lo prefiere el comunicante), ha obtenido un éxito insólito en la detección del uso de los servicios de referencia por los comunicantes. TARSHI se basa en la información de las personas que vuelven a llamar, que indican los cambios de comportamiento para evaluar la posible eficacia. Elaborar unos criterios de evaluación eficaces sigue siendo una dificultad que hay que abordar continuamente, sobre todo dada la utilidad de estos datos para apoyar las solicitudes de financiación.

Aunque todos los SCTD del mundo se enfrentan a los mismos problemas, en demasiados casos siguen funcionando de forma aislada. Existen escasas experiencias y enseñanzas adquiridas intercambiadas entre organizaciones, y estos limitados intercambios tienden a producirse según las circunstancias del caso por región. En la Primera Conferencia Europea de Servicios de Consulta Telefónica Directa sobre el SIDA (1989), así como en posteriores encuentros, se puso de relieve la importancia de construir una red de intercambio nacional y regional,



pero se han constituido muy pocas redes oficiales. Desde 1991, se han celebrado algunos talleres y conferencias a gran escala internacional dirigidos específicamente a los SCTD. El presente documento ofrece una oportunidad para que los programas más nuevos aprendan de los SCTD más experimentados y tengan en cuenta las estrategias que pueden reforzar su servicio y hacerlo más sostenible.

Los SCTD proporcionan un servicio útil a la comunidad que los funcionarios de la salud pública y los gestores de programas de control del SIDA a nivel nacional a menudo no tienen en cuenta. Para incorporar realmente los SCTD sobre el VIH/SIDA a las estrategias nacionales de los países con ingresos bajos y medianos, los programas de consulta telefónica directa y sus defensores deben documentar y mostrar sus éxitos al gobierno, a los donantes y a los organismos internacionales. En demasiados países, la necesidad de información, asesoramiento y derivaciones apropiadas que los SCTD pueden ofrecer sigue siendo urgente.



Folleto de TARSHI



El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a ocho organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus ocho organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/SIDA en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.

La necesidad de información precisa sobre el VIH/SIDA es vital. Por todo el mundo, los servicios de consulta telefónica directa (SCTD) han puesto de manifiesto que son una fuente accesible, económicamente viable y aceptable de información sobre el VIH/SIDA, de asesoramiento y de derivaciones para las personas que llaman de todos los sectores de la sociedad. Los SCTD se iniciaron primero en países de elevados ingresos, pero se han expandido hacia los países de ingresos medianos y bajos, particularmente a medida que esos últimos van mejorando su infraestructura de telecomunicaciones e identifican el VIH/SIDA como una preocupación social apremiante.

La gran mayoría de los SCTD sobre el VIH/SIDA están dirigidos por organizaciones no gubernamentales, y crear y mantener un SCTD es una tarea compleja. Sin embargo aunque los SCTD de todo el mundo se enfrentan a problemas similares (como reclutar, formar y retener al personal, concebir estrategias de divulgación eficaces, asegurar una financiación sostenible, recopilar y aplicar datos basados en los comunicantes, y evaluar el desempeño y eficacia), en demasiados casos funcionan aislados.

El presente Estudio de caso de Prácticas Óptimas ofrece una oportunidad de aprender de las experiencias de los SCTD bien afianzados de la India, Filipinas, Sudáfrica, y Trinidad y Tabago. En él se ponen de manifiesto los principios que han convertido a los SCTD en un éxito mundial y se esbozan las dificultades a que se enfrentan esos servicios y los enfoques creativos para superarlas.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

**ONUSIDA**

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

**Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)**

20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87

Dirección electrónica: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) – Internet: <http://www.unaids.org>