

## Ampliación de la escala: agua potable, saneamiento adecuado y mejores prácticas de higiene

El hecho de disponer de agua limpia y de letrinas seguras puede transformar la vida de los niños y niñas. Más que ningún otro colectivo, los niños y niñas de corta edad son vulnerables a los riesgos que traen consigo el agua contaminada, un saneamiento escaso y una higiene inadecuada. La combinación de factores como el uso de agua no potable, la falta de agua para lavar y cocinar y la falta de acceso a instalaciones de saneamiento es causa de aproximadamente el 88% de las muertes por enfermedades diarreicas (lo que equivale a más de 1,5 millones de muertes al año).

Por sí solo, un mejor saneamiento podría reducir la morbilidad relacionada con la diarrea en más de una tercera parte; la mejora del saneamiento, en combinación con unos mejores hábitos de higiene, podría reducirla en dos terceras partes. El hecho de lavarse las manos con jabón o cenizas podría prevenir entre 0,5 a 1,4 millones de muertes al año. La mejora de las prácticas en el hogar comprende medidas como el uso regular de un retrete o una letrina por parte de todos los miembros del hogar; la eliminación segura de las heces de los niños; el lavado de manos con jabón o cenizas después de defecar y antes de comer, y la instalación de fuentes de agua potable en los hogares y comunidades. Dotar a las comunidades del conocimiento y los recursos suficientes para poner en práctica estas medidas básicas en el hogar constituye un primer paso fundamental en el camino hacia la mejora del saneamiento y la higiene.

**Nicaragua y el Perú: promover una mejor higiene con objeto de reducir la incidencia de la diarrea**

Al igual que en Asia meridional, en la región de Latinoamérica y Caribe se han registrado avances importantes en lo que se refiere al abastecimiento de agua y saneamiento. Dieciséis de los 33 países de la región van camino de alcanzar sus correspondientes metas en relación con los ODM. Así todo, persisten aún disparidades, en especial entre las zonas rurales y urbanas.

En 2002, en el marco conjunto del Proyecto de Salud Medioambiental y del Proyecto para el Cambio de los Hábitos en Materia de Higiene, de la Organización Panamericana de la Salud, se pusieron en marcha unas estrategias de base comunitaria en esta región, que presentaban unas cifras totales de 15.000 muertes y 75.000 hospitalizaciones anuales debidas a infecciones por diarrea rotaviral, a pesar de contar con una buena infraestructura de letrinas y canalización. En el Perú, los casos registrados de diarrea cayeron hasta el 9% después de la aplicación de las medidas, mientras que en Nicaragua apenas se registraron casos de diarrea entre los niños y niñas de 3 años, y ninguno en niños y niñas de entre 4 y 5 años. Muchas de las prácticas de higiene que se promovieron como parte de las intervenciones en ambos países, tales como un lavado más exhaustivo de las manos y un uso y almacenamiento más seguro del agua, se tradujeron estadísticamente a medio plazo en mejoras importan-

tes en comparación con el estado de la situación previa a las intervenciones.

**Mozambique: comités sobre saneamiento**

Los niños y niñas pueden ser a menudo unos excelentes promotores del cambio en sus comunidades. En Mozambique, los comités de instrucción de niño a niño sobre saneamiento constituyen la base de los programas educativos sobre higiene para la infancia que se imparten en las escuelas. La intención es que a la vez sirvan como punto de entrada para que las comunidades de la zona adopten prácticas de higiene en el hogar por vía de la comunicación de niño a niño o de niño a progenitor. Cada uno de los comités de instrucción de niño a niño sobre saneamiento está compuesto por 15 niños y niñas que han recibido formación sobre educación participativa en materia de higiene. La presencia de las niñas en los comités es particularmente importante, dado que la asistencia de éstas a la escuela se ve afectada por el hecho de no contar con unas instalaciones de agua y saneamiento adecuadas y por el tiempo que pierden al tener que caminar largas distancias en busca de fuentes de agua potable. Estos esfuerzos, en conjunción con estrategias participativas para los jóvenes, han contribuido al incremento de los índices de matriculación de las niñas en todo el país entre un 15% y un 20% desde 2002-2003.

Siguiendo este enfoque se han establecido comités de instrucción de niño a niño sobre saneamiento en 251 escuelas, y continúan operativos.

**El Sudán meridional: agua y saneamiento en las comunidades de entornos complejos**

A menudo se da por sentado que resulta difícil, si no imposible, poner en marcha enfoques de base comunitaria en zonas que se han visto afectadas por un conflicto armado, por desastres naturales u otras emergencias complejas. Sin embargo, las pruebas disponibles acerca del Sudán indican que si se aplican debidamente, los enfoques de base comunitaria pueden desempeñar un papel crucial en entornos dificultosos. En el Sudán meridional se ha puesto en práctica un proyecto en el que participan equipos locales de prospección de agua especializados en perforaciones manuales. Cada equipo cuenta con 10 miembros, que normalmente se seleccionan en la comunidad; de éstos, siete son por lo general perforadores, y tres, entre los que se encuentra el supervisor del equipo, se encargan del mantenimiento de las bombas de agua. Las perforaciones manuales constituyen un medio rudimentario y económico de facilitar el acceso al agua. Los equipos de perforación pueden ser desmontados y trasladados de un lugar a otro por los propios miembros de la comunidad. Esta movilidad permite transportarlos incluso en terrenos dificultosos y, lo que es fundamental, hace que sea posible proseguir las perforaciones durante la temporada de lluvias. Además, el bajo coste y la movilidad de los equipos son fundamentales en zonas insegu-

ras. Gracias a este proyecto, y al aporte de las comunidades, se ha logrado llevar pozos entubados a amplias zonas del norte de Bahr el Ghazal.

**Bangladesh y la India: saneamiento total**

Invertir en la construcción de letrinas es un importante requisito previo para la consecución de una buena cobertura en materia de saneamiento, si bien las pruebas procedentes de Asia meridional sugieren que no siempre es suficiente para lograr resultados en lo que se refiere a la salud pública. Los estudios de las evaluaciones del sector practicadas a escala estatal en la India, por ejemplo, muestran que la mayoría de las personas continúan defecando al descubierto, pero no porque carezcan de retretes, sino porque no ven razón alguna para dejar de hacerlo, debido a que poseen un conocimiento escaso (o hacen caso omiso) de los riesgos para salud que se asocian a este hábito. De hecho, la utilización de retretes es mayor cuando en los hogares se cobra conciencia de la necesidad de contar con uno y, en consecuencia, construyen el suyo propio.

Retrete en Bangladesh

En 2001 se llevó a cabo un experimento piloto en el distrito de Rajshahi, en Bangladesh, que consistía en probar una nueva estrategia dirigida a alcanzar una cobertura del saneamiento del 100%. La estrategia de saneamiento total impulsado por la comunidad tiene como finalidad provocar un cambio en los hábitos colectivos. Este tipo de enfoque contribuye a que las comunidades comprendan los efectos negativos de un saneamiento deficiente, al tiempo que les capacita para encontrar soluciones actuando de forma colectiva. En Rajshahi, gracias a este enfoque se consiguió que quedara totalmente prohibido defecar al descubierto en el interior de las aldeas. La prohibición se logró sin necesidad de subsidios externos y fue resultado exclusivo de la movilización comunitaria.

Retrete en India

La iniciativa implantada en Rajshahi, Bangladesh, constituyó un ejemplo de cambio paradigmático en la promoción de unas mejores prácticas de saneamiento mediante una estrategia de ámbito comunitario, si bien la ampliación se llevó a cabo aldea por aldea. En cualquier caso, la experiencia de Rajshahi suscitó interés en la India, de manera que se produjeron visitas por parte de los responsables de la formulación de políticas, muy en especial de los representantes del gobierno del estado de Maharashtra. A partir de la experiencia bangladesí, el gobierno del estado de Maharashtra formuló una estrategia para acabar con la práctica de la defecación al descubierto en el estado. La estrategia consistía principalmente en asignar un papel preponderante a los gobiernos locales, en prestar apoyo fiscal a la población pobre y en implantar unos sistemas de control y evaluación estrictos. En el contexto de la campaña se practicaban asimismo actividades de información, educación y comunicación y se realizaban visitas a las aldeas que habían obtenido mejores resultados. Como consecuencia, entre 2002 y 2006, Maharashtra pasó de no

tener ni siquiera una aldea en la que defecar al descubierto estuviera mal visto, a tener más de 3.800, y más de 5 millones de hogares que ahora viven en un entorno en el que dicha práctica está en desuso.

Retrete en India

El éxito obtenido en Maharashtra condujo a su vez a una revisión de las directrices de saneamiento en la India y a la creación del *Nirmal Gram Puraska* o galardón “Aldea Limpia”, introducido por el gobierno de la India en 2004. Este galardón consiste en otorgar una compensación económica a los gobiernos que alcancen el objetivo de un saneamiento del 100%. El nivel de respuesta ha sido sorprendente: para febrero de 2005, habían recibido el galardón *38 gram panchayats* (el nivel más bajo de gobierno local elegido por votación en las zonas rurales), y para 2006 la cifra había llegado a 760 *gram panchayats* y 9 *block panchayats* (un nivel intermedio de gobierno elegido por votación en las zonas rurales).

**Ghana: conciliar diferencias entre las zonas** Las mayores disparidades en relación con el abastecimiento de agua y saneamiento básico se dan entre las poblaciones urbanas y rurales. En todo el mundo, el acceso a fuentes de agua potable mejorada es de un 95% en las zonas urbanas, frente a un 73% en las zonas rurales. Esta disparidad entre zonas urbanas y rurales alcanza un nivel máximo en África subsahariana, donde el 81% de la población de las zonas urbanas dispone de servicios de este tipo, frente al 41% en las zonas rurales.

Retrete en Ghana

La cobertura de agua y saneamiento en las zonas rurales de Ghana era, hasta hace poco, inferior al promedio registrado en África subsahariana, si bien actualmente se está expandiendo a un ritmo anual de aproximadamente 200.000 personas, lo que equivale a más del 1% de la población. Se trata de un cambio drástico, reflejo de un intenso programa de reformas iniciado por el gobierno a comienzos de la década de los 90 con el propósito de abordar la ineficacia de un sistema “de arriba abajo” que no respondía a las necesidades y que no cumplía con su cometido, especialmente en las zonas rurales. Como resultado del proceso de reforma, la responsabilidad del suministro de agua fue transferida a los gobiernos locales y las comunidades rurales, por lo que fue necesario crear nuevas estructuras políticas para la buena gestión del agua. Las estructuras de la aldea forman ahora parte del nuevo sistema. Para solicitar subvenciones de capital, las aldeas han de constituir un comité para el abastecimiento de agua en el seno de la aldea y elaborar planes en los que se detalle cómo van a gestionar sus sistemas, aportar el equivalente al 5% del coste de capital y hacer frente a los gastos de mantenimiento. Este enfoque participativo ha dado como resultado un aumento espectacular del acceso al agua, que ha pasado de un 55% en 1990 al 75% en 2004, tendencia que actualmente continúa.

Retrete en Ghana

*Véanse las referencias, pág. 108.*