



Programas de saneamiento rural: Panorama, enfoques y el caso del SanToLiC en la India

monografías de cooperación

ANDRÉS HUESO GONZÁLEZ

**Programas de saneamiento rural:
panorama, enfoques y el caso del SanToLiC
en la India**

CENTRO DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO

**EDITORIAL
UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA**

Colección : Monografías de Cooperación nº 3

Edita: Universitat Politècnica de València, Centro de Cooperación al Desarrollo

© de los textos: Andrés Hueso González

© fotografía de portada: Andrés Hueso González

© 2014 Editorial Universitat Politècnica de València

Distribución: Tel. 963 877 012 / www.lalibreria.upv.es / Ref. 2013-04-01-01

ISBN: 978-84-9048-171-4 (Versión impresa)

Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 3.0 España

Este documento está bajo una licencia de Creative Commons. Se permite libremente copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra siempre y cuando se reconozca la autoría y no se use para fines comerciales. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Para ver una copia de esta licencia, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



La colección

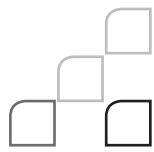
La colección “Monografías de Cooperación para el Desarrollo”, promovida por el Centro de Cooperación al Desarrollo de la Universidad Politécnica de Valencia, tiene como objetivo poner a disposición del personal docente e investigador, alumnado y personal de administración y servicios, elementos de discusión, reflexión y debate sobre el papel de la cooperación para el desarrollo en el panorama actual y su problemática, ofreciendo una visión amplia, desde diferentes perspectivas, de la función que ejercen las estrategias de cooperación al desarrollo.



Contenido

1. PRÓLOGO	9
2. SANEAMIENTO: PANORAMA GENERAL	11
2.1 DEFINICIONES DE CONCEPTOS CLAVE	11
Saneamiento	11
Los enfoques de saneamiento	11
Letrina	12
2.2.LA CRISIS DEL SANEAMIENTO	13
Un gran déficit de saneamiento.....	13
¿Por qué es importante el saneamiento?.....	13
2.3.RESPONDIENDO AL DESAFÍO DEL SANEAMIENTO	15
Los albores del saneamiento en el desarrollo	15
¿El comienzo de una nueva revolución sanitaria?	16
Saneamiento en el nuevo Milenio.....	17
3. ENFOQUES DE SANEAMIENTO	19
3.1.MARCO PARA CATEGORIZAR LOS ENFOQUES DE SANEAMIENTO	19
3.2.ENFOQUES DE SANEAMIENTO RURAL MÁS COMUNES	21
Lugares comunes en los enfoques de saneamiento actuales	21
Principales enfoques utilizados	22
3.3.EL ENFOQUE SANTOLIC	27
La trayectoria de SanToLiC.....	27
La visión SanToLiC	28
Metodología SanToLiC	29
Desafíos y críticas	31
El SanToLiC en programas a gran escala	33
4. SANEAMIENTO EN LA INDIA E INTRODUCCIÓN DEL SANTOLIC EN BUDNI	35
4.1.SANEAMIENTO EN LA INDIA	35
Una superpotencia en defecación al aire libre	35
Historia del saneamiento en la India	36
SanToLiC en la India.....	39

4.2.INTRODUCCIÓN DEL SANTOLIC EN EL BLOQUE BUDNI: EL CASO DE MANJARKUI	40
Proceso de introducción del SanToLiC en Budni.....	40
Manjarkui: el escenario	42
Llegada del SanToLiC a Manjarkui	44
Resultados	46
Sostenibilidad y factores de éxito.....	52
BIBLIOGRAFÍA	55



1. PRÓLOGO

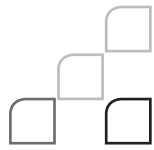
Cada día, 2.500 millones de personas defecan al aire libre o en letrinas antihigiénicas. Aunque la cobertura de saneamiento alcanzó el 63% en 2010 (WHO, UNICEF 2012), no se logrará la meta del 75% marcada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015. Este gran déficit global en saneamiento está fuertemente concentrado en países empobrecidos, principalmente en sus áreas rurales. El Sur de Asia encabeza el ranking (41% de cobertura), con 626 millones de personas defecando al aire libre, la mayor parte de ellas en la India (WHO, UNICEF 2012). La defecación al aire libre está relacionada con una mayor incidencia de numerosas enfermedades, entre las cuales cabe destacar la diarrea, que mata a un millón y medio de niños cada año (UN-Water 2008). Pero la falta de saneamiento también afecta a la privacidad, la educación, la autoestima, la seguridad y la dignidad.

En 1981 se dice que comenzó una revolución internacional del agua y saneamiento, pero su progreso fue más que modesto, sobre todo en la vertiente del saneamiento. La principal causa de ello fue la falta de prioridad política del saneamiento en la agenda internacional (Black, Fawcett 2008), que perdura, aunque en menor medida, hoy en día. Otro aspecto importante fue que las intervenciones de saneamiento eran generalmente programas a gran escala para construir un número determinado de letrinas a nivel de hogares, fuertemente subvencionadas o gratuitas. Se ha sembrado de esta manera numerosas partes del mundo de letrinas sólidamente construidas que, en la mayor parte de los casos, no llegaron a usarse o su uso acabó una vez se estropearon o se llenó la fosa. A la luz de estos problemas, hubo un cierto cambio de mentalidad en el sector y, desde los años 90, se pone más énfasis en el uso de tecnologías apropiadas al contexto local y de bajo coste, y, sobre todo, en fomentar un cambio en la conducta higiénica (Black 1998).

Surgieron así diversos enfoques y perspectivas sobre cómo generar dicho cambio de conducta, como el PHAST, los clubes de saneamiento o el máquetin sanitario. Entre ellos, cabe destacar el Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (SanToLiC), más conocido como CLTS por sus siglas en inglés (Community-Led Total Sanitation), uno de los enfoques más novedosos e influyentes de la última década. Basado en metodologías participativas, el SanToLiC pretende facilitar que las comunidades autoanalicen sus prácticas sanitarias y decidan pasar a la acción para convertirse en una comunidad libre de defecación al aire libre (Kar, Chambers 2008). El enfoque, desarrollado en 1999, se expandió rápidamente y ya se ha utilizado en más de 50 países de todos los continentes. Ha influido también profundamente en el discurso del sector y ha servido de inspiración para nuevos enfoques como el Saneamiento Total Liderado por la Escuela.

Este monográfico pretende recoger la situación y evolución del saneamiento en el marco del desarrollo, haciendo hincapié en la metodología SanToLiC. Así, el capítulo 2 define los conceptos importantes, presenta la situación de saneamiento a nivel global y repasa la evolución del sector. El capítulo 3 propone un marco para los enfoques de saneamiento, caracteriza los más relevantes y profundiza en el SanToLiC. El último capítulo se centra en la situación y evolución de la India en general, para después presentar la introducción del SanToLiC en Budni, un bloque de Madhya Pradesh, usando la comunidad de Manjarkui como caso de estudio.

No ha de tomarse este documento, como un manual de saneamiento ni como un repaso exhaustivo del sector. Más bien, se pretende ofrecer una panorámica general, profundizando en el SanToLiC mediante un caso de estudio. De hecho, esta estructura refleja la fuente de la que proviene la información aquí recogida, que no es otra que la tesis doctoral del autor, titulada *Pathways to Sustainability in Community-Led Total Sanitation. Experiences from Madhya Pradesh and Himachal Pradesh* (Hueso 2013), disponible en línea en: <http://hdl.handle.net/10251/31520>.



2. SANEAMIENTO: PANORAMA GENERAL

Este capítulo comienza con las definiciones de algunos conceptos importantes en el sector del saneamiento en contextos de desarrollo. A continuación, se presenta la situación de saneamiento a nivel global, así como sus consecuencias. Finalmente, se realiza un recorrido histórico del sector del saneamiento, focalizado en la era del desarrollo.

■ 2.1 DEFINICIONES DE CONCEPTOS CLAVE

Saneamiento

Etimológicamente, la palabra saneamiento deriva de la palabra latina *sanitas*, que significa salud, solidez del cuerpo. Se refiere a los medios higiénicos para prevenir el contacto humano con los peligros de los desechos y así mantener un medio ambiente limpio y proteger la salud pública.

En el sector del desarrollo, se utiliza una definición más concreta, centrándose en los excrementos y excluyendo basuras y aguas residuales. El saneamiento se refiere así al tratamiento de las heces humanas de una forma que proteja la salud pública y el medio ambiente (McConville 2008). Esto se hace normalmente utilizando letrinas, que retienen los excrementos hasta que se neutralizan los patógenos o los vierten al sistema de alcantarillado (UN-Water 2008), manteniéndolos de esta manera apartados del contacto humano.

El Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento, un organismo creado por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud para monitorear el saneamiento internacionalmente, define como 'saneamiento mejorado' las instalaciones sanitarias que confinan excrementos de un modo seguro. Un saneamiento no mejorado serían las instalaciones que no cortan de forma efectiva la transmisión fecal-oral de gérmenes (por ejemplo, fosas abiertas). Cuando no hay ninguna instalación se utiliza el término defecación al aire libre.

Cuando un área ha eliminado por completo la defecación al aire libre y las heces son tratadas de una forma segura, se dice que se ha alcanzado el estatus de 'libre de defecación al aire libre' o ODF, por sus siglas en inglés (Open Defecation Free).

Muy cercano al concepto de saneamiento está el de higiene. La higiene se refiere a los comportamientos que rompen la cadena de transmisión de infecciones en los hogares y la comunidad. Por lo tanto, va más allá del uso de las instalaciones sanitarias, implicando también el tratamiento de residuos, lavado de manos, higiene personal, higiene de la comida al cocinar, almacenar y comer, almacenamiento de agua, etc.

Los enfoques de saneamiento

Los enfoques de saneamiento hacen referencia a las perspectivas detrás de los programas, proyectos y actividades que pretenden promocionar el saneamiento. Tienen tres dimensiones: *hardware*, *software* y aspectos programáticos. *Hardware* se refiere a los aspectos tecnológicos: diseño de la letrina, componentes, materiales, sistema de alcantarillado/fosa. *Software* engloba todas las actividades que pretenden promocionar un cambio de conducta hacia prácticas sanitarias (uso de letrinas). La dimensión programática incluye aquellos aspectos que forman la estructura de la intervención: principios, planificación, marco institucional, mecanismos de implementación de la intervención...

Muchas veces, los programas de saneamiento van de la mano de intervenciones sobre higiene (por ejemplo, promoción del lavado de manos). En muchas ocasiones, también se combina con el abastecimiento de agua;

los llamados proyectos WASH (de las siglas en inglés Water Sanitation and Hygiene – Agua, Saneamiento e Higiene). Los enfoques tratados en este monográfico se centran principalmente en la dimensión del saneamiento.

Letrina

La palabra letrina se refiere a la instalación sanitaria concebida para recibir excrementos humanos, bien para su confinamiento o su conducción a otro lugar.

Pour flush twin pit

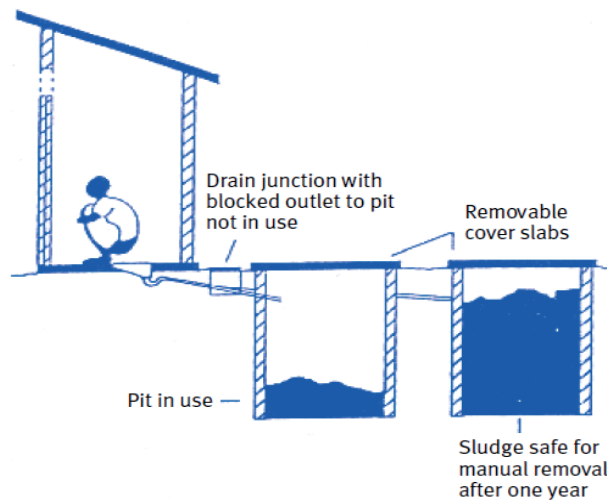


Figura 1. Letrina con arrastre de agua y fosas alternas

(WaterAid 2008)

Los excrementos caen a través del retrete (una taza para sentarse o una placa turca para acuclillarse) o de un agujero en los diseños más básicos. Si se utiliza agua para evacuar los excrementos, se trata de una letrina con arrastre de agua, que generalmente utiliza un desagüe acodado (cierre hidráulico o sifón) y una tubería acoplada. En contraste, en las letrinas secas los excrementos caen directamente en una fosa.

Los sistemas de saneamiento in situ –usados sobre todo en áreas rurales– utilizan sistemas de confinación como contenedores, fosas simples o fosas sépticas. En el caso del saneamiento ecológico, los excrementos se descomponen para su posterior utilización como fertilizante. Los sistemas de saneamiento distante incluyen canalizaciones para aguas residuales que llevan los excrementos a otra parte.

Cuando las letrinas no están integradas en la vivienda, tienen una superestructura compuesta generalmente de tres paredes, una puerta y un techo, proporcionando cobijo y privacidad.

No hay una diferencia estricta entre váter y letrina y en ocasiones se utilizan indistintamente, aunque la última se asocia más con placas turcas para agacharse mientras el primero suele referirse a sistemas con taza. La imagen demuestra que esta diferenciación no siempre es aplicable.



Figura 2: Váter anglo-indio
(smruticeramic.tradeindia.com)



2.2. LA CRISIS DEL SANEAMIENTO

Un gran déficit de saneamiento

Se calcula que sólo el 63% de la población mundial tiene acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (WHO, UNICEF 2012). Esto implica que 2.500 millones de personas no tienen un sitio limpio y seguro para realizar sus funciones corporales y se ven obligados a defecar al aire libre o a utilizar instalaciones antihigiénicas.

Aunque la cobertura del saneamiento ha aumentado del 49% en 1990 al 63% en 2010 (WHO, UNICEF 2012), no se alcanzará la meta del 75% planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015. Una comparación con el agua –89% de cobertura en el 2010, alcanzando la meta de los ODM cinco años antes de lo planeado– da una idea de la magnitud de la crisis.

Este vasto déficit global en saneamiento está distribuido de manera desigual. Primero, está concentrado abrumadoramente en países empobrecidos, como se ilustra en la figura de abajo, con las tasas de cobertura más bajas de cobertura localizadas en el África Subsahariana (30%) y Sur de Asia (41%).

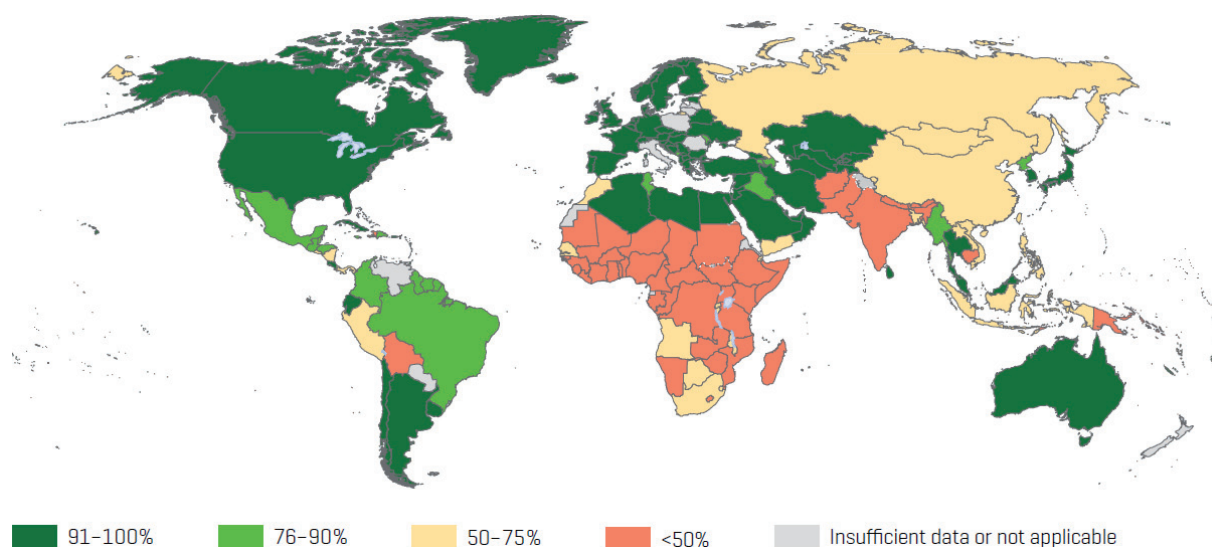


Figura 3: Mapa de cobertura de saneamiento mejorado en 2011
(WHO, UNICEF 2013)

Geográficamente, el Sur y el Este de Asia acogen a dos terceras partes de la población sin cobertura (WHO, UNICEF 2004). Otra dimensión de desigualdad se da entre lo rural y lo urbano. Globalmente, el saneamiento mejorado llega al 79% de la población urbana, frente al 47% de la población rural (WHO, UNICEF 2012). Como cabría esperar también hay una marcada asimetría en relación con el nivel de ingresos. En el Sur de Asia, por ejemplo, la cobertura entre el quintil de la población más pobre es sólo del 7% (WHO, UNICEF 2012).

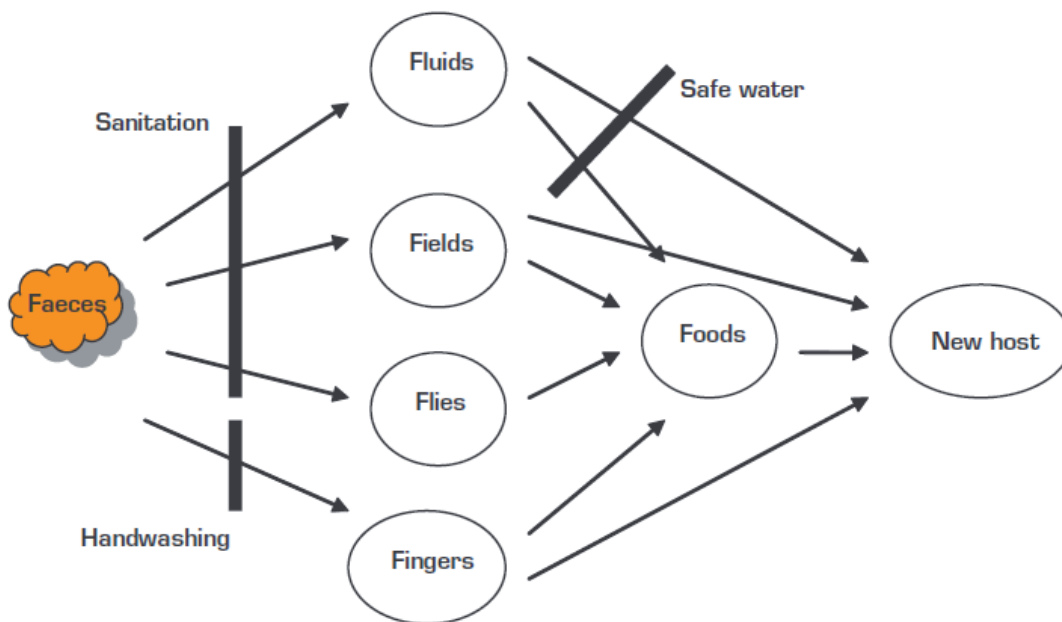
La crisis de saneamiento es incluso más grande de lo que los datos señalan; la cobertura indica presencia física de una instalación “mejorada” sin tener en cuenta si está funcionando correctamente o si tan siquiera está siendo usada (UNDP 2006).

¿Por qué es importante el saneamiento?

Los sistemas tradicionales de saneamiento consisten en dedicar áreas comunes apartadas de las casas para que las utilicen hombres y mujeres. Así en lugares donde la población está diseminada, los excrementos se depositan lejos de donde vive la gente. Es posible que, en el pasado, estos sistemas no planteasen

demasiados riesgos y problemas, pero no en el mundo actual, cada vez más densamente poblado (UN-Water 2008), donde la situación es muy diferente. La ausencia de instalaciones de saneamiento adecuadas tiene terribles consecuencias, especialmente entre aquellos que viven en barrios de chabolas y ambientes rurales muy poblados.

El conjunto de consecuencias más relevantes tiene que ver con la salud. Allá donde la defecación al aire libre prolifera, la gente está expuesta a enfermedades transmitidas a través del agua, como la diarrea o el cólera (UN-Water 2008). Estas enfermedades deberían considerarse en realidad enfermedades transmitidas a través de las heces, dado que los gérmenes patógenos que provocan la enfermedad provienen principalmente de los excrementos, y se transmiten al cuerpo humano bien por la contaminación del agua que bebemos, bien por otros vectores, como manos no lavadas (tras defecar) o insectos que entran en contacto con alimentos, utensilios de cocina o directamente con la boca.



Source: after Wagner and Lanoix, 1958.

Figura 4: Rutas de transmisión fecal-oral de enfermedades.
(WSSCC 2010)

La diarrea, causada en un 88% de los casos por falta de saneamiento, prácticas higiénicas inadecuadas y agua contaminada, es la segunda causa de muerte entre niños menores de cinco años, matando un millón y medio de niños cada año (UN-Water 2008). Además de una mayor mortalidad infantil, las enfermedades transmitidas a través de las heces también reducen los ingresos y de oportunidades educativas por la pérdida de días productivos, generan gastos para el tratamiento médico y desventajas de por vida cuando resultan en desnutrición durante la infancia, afectando al desarrollo físico (UNDP 2006).

Estos problemas afectan no sólo a aquellos que no tienen letrina, sino a todas las personas que viven en el área donde hay defecación al aire libre. Esto convierte el saneamiento en un bien público, lo que justifica aún más si cabe la necesidad de acción pública y esfuerzos conjuntos para lograr el acceso universal al saneamiento.

Pero el saneamiento inadecuado no es sólo un serio problema por sus consecuencias en la salud y en el bolsillo. No tener una instalación de saneamiento cómoda, privada y segura afecta al bienestar y es una fuente diaria de humillación (UNDP 2006, p.111), especialmente para las mujeres, personas con discapacidades y la tercera edad. La dimensión de género es muy importante en el saneamiento. Aparte de la carga del cuidado de los que enferman por esta causa, las mujeres que han de defecar al aire libre son más vulnerables



a burlas, asaltos o violaciones. Esto se agrava donde hay pocos espacios que ofrezcan privacidad para defecar y para la limpieza menstrual (zonas periurbanas), o donde culturalmente se espera de las mujeres que sigan unas estrictas reglas de decoro. En muchos casos, las mujeres acaban posponiendo la defecación y adoptan estrategias como beber poco, de manera que solo “van” antes del amanecer o después del atardecer, hechos que repercuten en su salud. Además, donde los colegios carecen de aseos adecuados, las niñas no tienen la privacidad necesaria para la higiene menstrual y muchas veces dejan de asistir a clase durante su regla, o incluso abandonan la educación (UN-Water 2008).

■ 2.3. RESPONDIENDO AL DESAFÍO DEL SANEAMIENTO

Los vestigios más antiguos de redes de saneamiento –con desagües subterráneos y fosas sépticas– datan de la civilización Harappa, que habitó el valle del Indo en el 2500 antes de Cristo (Alok 2010). Sin embargo, entre las antiguas civilizaciones fueron los romanos quienes alcanzaron un desarrollo más notable en los sistemas de saneamiento. Tenían incluso una Diosa de las alcantarillas llamada *Cloacina*, con un santuario en la *Cloaca Maxima*, la principal alcantarilla de Roma (Black, Fawcett 2008).

Sin embargo, la primera revolución sanitaria, entendida como un fuerte movimiento para hacer accesible el saneamiento de forma generalizada, ocurrió en el siglo XIX. Empezó en Gran Bretaña alrededor del 1850, en un contexto de urbanización creciente y de colapso de los mercados de desechos humanos como fertilizante agrícola. Las pobres condiciones sanitarias, los brotes de cólera y especialmente el episodio crítico del “Gran Hedor” de Londres en 1858, desencadenaron lo que se denomina como la “revolución de ingeniería de la salud pública” (Black, Fawcett 2008, p.16), que se extendió por Gran Bretaña y después Europa y Norteamérica durante las últimas décadas del siglo. Un gran cambio en esta revolución fue la asociación de agua contaminada con las enfermedades, que antes se creían transmitidas por vía aérea a través de los miasmas.

Pero esta revolución quedó restringida al mundo industrializado y no se extendió de forma exitosa al resto del mundo, cuya situación sanitaria era en cualquier caso menos crítica. Durante la primera parte del siglo XX, el saneamiento fue un sector muy poco prioritario entre las administraciones y gobiernos de los estados recién independizados, y tampoco fue objeto de grandes movilizaciones sociales. Algunas excepciones fueron los esfuerzos de la Agencia Sanitaria Panamericana, la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones o el liderazgo de Mahatma Ghandi, que consideraba el saneamiento “más importante que la independencia” (WHO 2003, Black, Fawcett 2008).

La era sanitaria contemporánea, desde la mitad del siglo pasado, se puede dividir en tres períodos, simbólicamente separados por la conferencia en Mar de Plata en 1977 y la inclusión del saneamiento en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2002. Los tres períodos se explican a continuación, describiendo los eventos y actores relevantes, las principales ideas y programas de saneamiento, el progreso conseguido y las lecciones aprendidas.

Los albores del saneamiento en el desarrollo

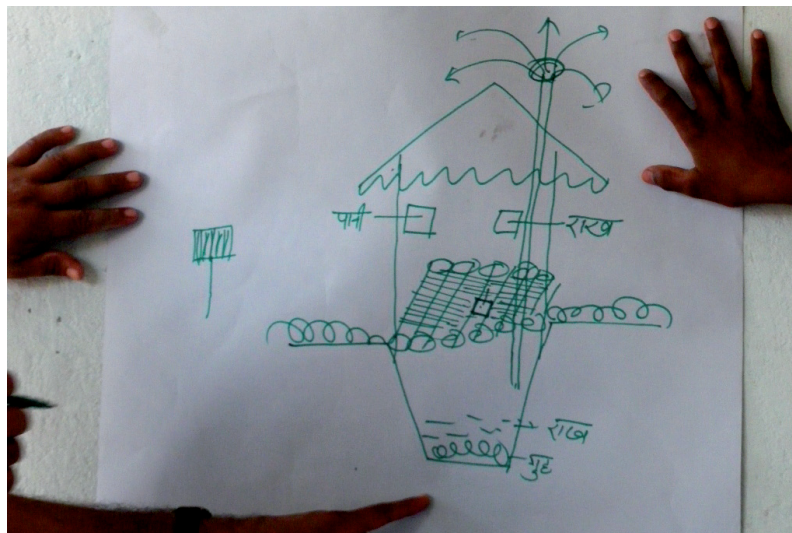
Con el comienzo de la era del desarrollo y la creación de las Naciones Unidas, se empezaron a dar los primeros cambios. Así, en 1948 el Comité de Expertos en Saneamiento Ambiental de la Organización Mundial de la Salud exploró la relación del saneamiento con la salud y la integración de acciones de saneamiento en los programas de salud nacionales. En los años 50 tuvieron lugar las primeras iniciativas relevantes a nivel internacional, con proyectos piloto en 27 países, puestos en marcha por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Sin embargo, no se consiguió replicar estas experiencias a mayor escala, ya que los gobiernos de dichos países no mantuvieron ni extendieron los proyectos pilotos (WHO 2003).

En los 60, las instituciones internacionales estaban trabajando por la erradicación de la pobreza mundial a través de la transferencia de tecnología y de recursos a los países ‘subdesarrollados’. En el sector del agua y saneamiento, este acercamiento se tradujo en la financiación y construcción de nuevas redes de abastecimiento de agua y alcantarillado en los emplazamientos urbanos (WHO 2003).

A principios de los 70, se hizo evidente que estos modelos de desarrollo no habían servido para satisfacer las necesidades básicas de la población (Black 1998); el modelo de mundo industrializado no pudo ser aplicado con éxito al resto del mundo, y el progreso que se obtenía en términos de cobertura era ampliamente sobrepasado por el crecimiento poblacional. Al mismo tiempo, los conceptos de acción comunitaria y apropiación de la tecnología estaban ganando popularidad. ONGs de saneamiento e individuos entusiastas empezaron a diseñar e introducir en Asia y África letrinas con mejoras inspiradas en esos conceptos. Su trabajo fue aceptado por organizaciones internacionales tales como IDRC y UNICEF, consagrando la letrina mejorada de pozo ventilado y la letrina con arrastre de agua y cierre hidráulico como los modelos a diseminar (Black 1998). En paralelo, iban ganando atención entre la comunidad internacional las cuestiones de salud pública, y por tanto también el agua y el saneamiento, hasta el punto de que en 1977 la Conferencia del Agua de Naciones Unidas en Mar de Plata, declaró la década de 1981-1990 como el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, con “Agua y saneamiento para todos” como eslogan.

¿El comienzo de una nueva revolución sanitaria?

La conferencia de Mar de Plata inició una “nueva era de cooperación internacional para el abastecimiento de agua y saneamiento mejorados” (Black 1998, p.4). En el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento, los países desarrollados se comprometieron a contribuir a extender los servicios a las áreas rurales y urbanas más pobres a través de la asistencia internacional (Black 1998). Se promocionaron y diseminaron opciones tecnológicas apropiadas, a pesar de la resistencia de las burocracias ingenieriles en las administraciones de muchos países.



Fotografía 1: Modelo de letrina seca de bajo coste
(El autor)

La mayoría de los programas rurales consistían en construir letrinas de forma gratuita en lugares públicos y hogares. Sin embargo, mientras el progreso del abastecimiento de agua fue significativo durante los 80, el aumento del saneamiento iba a la par con la expansión demográfica. Así, se mantuvo globalmente el número de personas sin medios apropiados para defecar, e incluso aumentó en ciertas regiones como el sur de Asia, con un incremento de 66 millones de personas sin acceso a saneamiento (WHO 1992).

Sin embargo, los logros más importantes se dieron “en el terreno de las ideas” (Cairncross 1992, p.1), con valiosos aprendizajes en cuanto a diseño de letrinas de bajo coste, así como cambios en las percepciones de los roles de la tecnología, los ingenieros, las comunidades, los mercados, los gobiernos y las agencias internacionales. Se reconoció también la necesidad de un mejor monitoreo, lo que llevó a la creación del Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento en 1990.



Las lecciones del decenio fueron analizadas en 1990 en una Consulta sobre Agua y Saneamiento Seguros en Nueva Delhi. Los 115 países participantes prorrogaron la fecha de la consecución del objetivo para la cobertura de agua y saneamiento universal a finales de siglo. La Declaración de Nueva Delhi, respaldada por la Asamblea General de Naciones Unidas, también abogaba por la equidad con el lema “algo para todos mejor que más para algunos” (Black 1998). La Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible de 1992 también contribuyó a llevar al saneamiento a la agenda política de la comunidad mundial, aunque hasta cierto punto. En los 90, con los desafíos tecnológicos (hardware) solucionados, la nueva misión tenía que ver con los componentes del “software” del saneamiento: educación y participación comunitarias, desarrollo de capacidades, formación en higiene y otros aspectos no tecnológicos (UNICEF 1997). Evidencias pasadas habían mostrado que centrarse en la construcción de letrinas no era suficiente para conseguir mejoras en las prácticas de saneamiento de forma sostenible. Para ello, es necesario que la gente sienta la necesidad y demande el saneamiento. Como la ausencia de dicha demanda se atribuía a la falta de entendimiento de riesgos fecales (Black, Fawcett 2008), muchos programas introdujeron una componente de educación higiénica, centrada en temas de salud pública. Además, se buscaba que el gobierno pasara de su papel de suministrador al de promotor y facilitador, y que las comunidades participasen en el proceso. Los años 90 fueron testigo de un florecimiento de diferentes enfoques de software de saneamiento como el Marco de Mejora de la Higiene; los Clubs Comunitarios de Salud; el Saneamiento en la Escuela y Educación Higiénica; y la Transformación Participativa para la Higiene y el Saneamiento (PHAST, por sus siglas en inglés). Los diferentes enfoques se aplicaron en diferentes partes del mundo, dando lugar a varios casos de éxito a diferentes escalas. A pesar de ello, los 90 fueron testigo de menos de un 1% de progreso anual en cobertura. La conclusión fue que, a pesar de la aparente unanimidad sobre los temas a abordar y sobre qué tipo de respuestas políticas eran las apropiadas (Black 1998), las inversiones realizadas no fueron suficientes ni se dirigieron adecuadamente (UNICEF 1997). Los enfoques basados en la demanda habían ganado espacio y demostraban ser más efectivos para extender el saneamiento que los basados en la oferta, pero esta tarea seguía pareciendo ser extremadamente compleja. No se encontraba ninguna fórmula que pudiera aplicarse en cualquier contexto y, lo aprendido de las diferentes experiencias era muy contextual y difícil de replicar a gran escala.

Saneamiento en el nuevo Milenio

De esta manera, se iniciaba el nuevo milenio con dos grandes desafíos: incrementar la prioridad política del saneamiento y profundizar en el entendimiento de cómo generar demanda para el saneamiento.

En 2002 llegó el primer logro respecto a la prioridad política: después de haber sido marginado por la Cumbre del Milenio dos años antes, el saneamiento fue finalmente incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (meta 7.C) en el marco de la Cumbre Mundial para Desarrollo Sostenible. Esta meta consiste en reducir a la mitad las personas sin acceso a saneamiento seguro en el 2015, e hizo que tanto países donantes como receptores de ayuda se tuviesen que tomar el saneamiento más en serio (Black, Fawcett 2008). Otro evento importante fue la declaración de 2008 como Año Internacional de Saneamiento por parte de Naciones Unidas. Por primera vez, se daba entidad propia al saneamiento, sin ir de la mano del agua. Todo esto tuvo su reflejo también en los actores internacionales como la agencia de cooperación del Reino Unido (DFID), que empezó a dar más prioridad al saneamiento. Durante estos años hubo también varias conferencias regionales exclusivamente sobre saneamiento, además de los cada vez más frecuentes encuentros globales sobre agua y saneamiento. Finalmente, en 2010 y después de un proceso de varios años, la Asamblea General de las Naciones Unidas, a través de la Resolución A/RES/64/292 declaró el saneamiento (junto con agua potable) como un derecho humano esencial para el disfrute pleno de la vida y de todos los demás derechos humanos (Stock 2011). Esto implica que los estados no pueden negar su obligación de proveer agua y saneamiento para todas las personas.

En lo que se refiere a cómo generar demanda de saneamiento, ya al final del milenio se asumía mayoritariamente la necesidad de que los programas de saneamiento se centrasen en el software. Además se empezaba a vislumbrar que no era suficiente con educar a la gente sobre los beneficios y animarles a adoptar buenas prácticas higiénicas. Esto es debido a que el comportamiento humano no es puramente racional, sino que tiene unas dimensiones cultural y social muy fuertes; las prácticas firmemente establecidas tienden a permanecer (Shordt 2003) y el nuevo conocimiento no implica necesariamente nuevo comportamiento (WSSCC 2010).

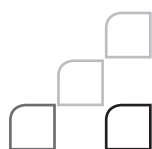
Así, se empezó a innovar en el componente software, intentando encontrar el incentivo social para el saneamiento e identificar los factores emocionales que determinan el cambio de conducta, para diseñar así programas de saneamiento más adecuados a la realidad sobre el terreno. El método RANAS (Mosler 2012), por ejemplo, identifica cinco bloques de factores que pueden afectar al comportamiento que se pretende alcanzar: factores de riesgo, factores de actitud, factores normativos, factores de habilidad y factores de autorregulación. De forma similar SaniFOAM se centra en los determinantes del comportamiento (Devine 2009), que agrupa en tres bloques: oportunidad (si existe la opción de llevar a cabo el comportamiento), habilidad (si las personas son capaces de llevarla a cabo) y motivación (si quieren llevarla a cabo).

La tendencia “emocional” dentro de los enfoques de saneamiento parte de la idea de que las intervenciones que quieren cambiar el comportamiento deberían esforzarse no solamente por ser apropiadas, sino también por generar una cierta reacción (Panter-Brick, Clarke *et al.* 2006). Afín a esta visión y desde la tradición de los métodos participativos, surgió en 2000 el enfoque Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (SanToLiC), que rompía con los antiguos enfoques de software a varios niveles.

Fuertemente promocionado por el Water and Sanitation Program (WSP) del Banco Mundial, el SanToLiC se ha convertido en uno de los enfoques contemporáneos más relevantes. Su crítica radical del hogar como unidad de intervención, del software orientado a la enseñanza y del saneamiento subvencionado ha contribuido a dar forma a la reciente evolución y a los debates en el sector del saneamiento. Por ejemplo, la dimensión de bien público del saneamiento (los perjuicios de la defecación al aire libre se mantienen hasta que el saneamiento alcance a toda la comunidad) y el uso de términos como defecación al aire libre (ODF) o saneamiento total han ganado ímpetu. Han surgido encendidos debates sobre las contradicciones de la subvención para la construcción de las letrinas y sobre cómo abordar las cuestiones técnicas. Otros asuntos no necesariamente relacionados con SanToLiC que también empezaron a ganar reconocimiento durante este período son las preocupaciones sobre la sostenibilidad, la necesidad de planificar e implementar cuidadosamente los programas y la importancia de las cadenas de suministro y de los entornos favorables políticamente hablando (UNDP 2006).

A pesar de la prioridad política creciente del saneamiento y la sofisticación cada vez mayor de los enfoques existentes, los resultados han sido en cierta medida desalentadores. El progreso se mantuvo al mismo ritmo que en la década previa y 2.5 millones de personas (36% de la población) seguían sin acceso a saneamiento mejorado en 2011 (WHO, UNICEF 2013). La carrera para llegar a la meta planteada en los ODM se presenta inalcanzable y las estimaciones dicen que el mundo necesitará más de medio siglo para alcanzar el saneamiento universal.

Los enfoques que la comunidad internacional ha venido utilizando en los últimos años para revertir esta deriva son diversos. Algunos de los desarrollados en las décadas previas prevalecen todavía, mientras otros perdieron relevancia o evolucionaron a nuevos enfoques y las recientes innovaciones están ganando terreno. En el capítulo siguiente se presentan algunos de los más ampliamente utilizados hoy en día.



3. ENFOQUES DE SANEAMIENTO

Este capítulo establece, en primer lugar, un marco para la categorización de los enfoques de saneamiento, para a continuación caracterizar los utilizados actualmente en el sector de manera general. Para concluir, se profundiza en el enfoque participativo SanToLiC.

■ 3.1. MARCO PARA CATEGORIZAR LOS ENFOQUES DE SANEAMIENTO

En el capítulo previo hemos descrito la evolución del sector de saneamiento, incluyendo brevemente las corrientes metodológicas y los enfoques utilizados. Para profundizar un poco en esto último, se presenta aquí un marco de referencia para categorizar los diferentes enfoques.

Como consecuencia de la evolución de este sector, hay dos dimensiones claramente diferenciadas: la tecnológica o hardware y la no tecnológica o software. Se ha introducido una tercera dimensión que incluye aspectos programáticos, para así separar la planificación o los aspectos organizativos del software “puro” –lo directamente relacionado con generar cambios de conducta. Esta categorización en tres dimensiones, propuesta por el WSSCC (2010), es probablemente la más ampliamente utilizada en el sector. Sin embargo, no se puede decir que haya un marco de referencia claramente definido y universalmente aceptado. En realidad, la sistematización de los enfoques es generalmente vaga y diferentes actores podrían considerar unas u otras dimensiones y aspectos. Por lo tanto, el presente marco no se ha de tomar como algo universal, sino como una propuesta para categorizar y entender mejor los enfoques e intervenciones de saneamiento centrados en el nivel del hogar.

La dimensión **programática** cubre cinco aspectos:

- Basado en la oferta o basado en la demanda: ¿Cuál será la fuerza motriz que impulse el saneamiento? Podrían ser objetivos de construcción establecidos por el estado o por una ONG (oferta) o la necesidad de una letrina expresada por los hogares o usuarios finales (demanda).
- De arriba a abajo o de abajo a arriba: ¿Cómo se implementará el programa? Las actividades relacionadas con el saneamiento y los tiempos pueden dictarse desde arriba hacia abajo, por ejemplo, si el gobierno planea y ejecuta el programa; o también podría ser de abajo a arriba, con una participación sustantiva de las comunidades.
- Unidad de resultado: El foco de las intervenciones puede estar en aumentar la cobertura de letrinas en los hogares o tener una perspectiva colectiva, poniendo como meta que las comunidades queden libres de defecación al aire libre (ODF).
- Política de subsidio: La construcción de letrinas para el hogar puede bien estar subsidiada o bien correr a cuenta de los hogares o las comunidades (política de cero subsidios). El subsidio puede cubrir un cierto porcentaje del coste de la letrina o el total. Puede tomar la forma de dinero en efectivo, materiales o trabajo. En algunas ocasiones, el subsidio se entrega una vez concluida la letrina, y puede incorporar otras condiciones como la sostenibilidad de uso o que toda la comunidad alcance el estatus ODF. En dichas cosas, se denomina “incentivo”.
- Roles de los actores: ¿Quién se espera que participe en el proceso? ¿Qué papel tendrá cada actor? Los actores involucrados pueden incluir departamentos de la administración, organizaciones privadas y comunidades. El papel de los actores en los diferentes procesos que forman parte del programa es tan importante como quién forma parte de él.

En referencia al **hardware**, los dos aspectos principales son:

- Perspectiva tecnológica: ¿Cómo se abordan las cuestiones tecnológicas? Puede promoverse un diseño de letrina concreto, ofrecer un abanico más amplio del que los usuarios pueden escoger o no tomar una postura concreta y dejar más libertad.
- Tipo de tecnología: ¿Qué tipo de tecnología se promueve? Hay muchas configuraciones posibles, dependiendo del tipo de plataforma, tipo de fosa, estructura, materiales, dimensiones, etc. Las variables más importantes a tener en cuenta serían la magnitud del coste (de alto o bajo coste) y el mecanismo de gestión de excrementos, sea alejándolos del lugar (alcantarillado) o in situ, y bien con arrastre de agua o bien en seco (Black, Fawcett 2008).

Hay cuatro aspectos relevantes sobre la dimensión de **software**:

- Perspectiva sobre el cambio de conducta: Se puede tomar una perspectiva racional, cuando el conocimiento de los efectos de las enfermedades debidas a la falta de saneamiento y de los medios para solucionar el problema se toma como clave para el cambio de conducta. Desde una perspectiva más psicológica y emocional, para generar el cambio de conducta deseado es necesario conectar con las emociones y los determinantes menos conscientes del comportamiento.
- Principal detonante del cambio: Se pueden utilizar detonantes específicos para motivar el cambio de comportamiento, por ejemplo la comodidad de tener una letrina en casa o los beneficios para la salud. Estos detonantes pueden ser privados –si se refieren al individuo u hogar, como el ahorrar tiempo en ir a defecar– o públicos –si son colectivos, en el sentido de que requieren un cambio de comportamiento generalizado, como el orgullo sentido por haber hecho el pueblo ODF. El detonante puede predeterminarse al planificar la intervención o adaptarse al área específica o comunidad en la que se realiza.
- Naturaleza de las interacciones: las interacciones para generar el cambio de comportamiento pueden ocurrir a todos los niveles, desde el hogar hasta los medios de comunicación masiva. Además, pueden ser unidireccionales (discursos, anuncios) o permitir la participación (talleres, campañas puerta por puerta), y bien llegar desde fuera (autoridad regional) o venir desde de dentro (comité local).
- Relevancia del software: el software puede ser un componente relativamente pequeño del programa o ser el más relevante, dependiendo de los recursos dedicados y de si es una actividad puntual o se mantiene en un periodo de tiempo mayor, incluyendo monitoreo y seguimiento.

La tabla que aparece a continuación resume las dimensiones y los aspectos relevantes en los enfoques de saneamiento:

Dimensión	Aspectos relevantes
Programática	P1: Basado en la oferta o basado en la demanda P2: De arriba a abajo o de abajo a arriba P3: Unidad de resultado P4: Política de subsidio P5: Roles de los actores
Hardware	H1: Perspectiva tecnológica H2: Tipo de tecnología
Software	S1: Perspectiva sobre el cambio de conducta S2: Principal detonante del cambio S3: Naturaleza de la interacción S4: Relevancia del software

Tabla 1: Dimensiones de los enfoques de saneamiento



■ 3.2. ENFOQUES DE SANEAMIENTO RURAL MÁS COMUNES

Este documento se centra en los enfoques de saneamiento para el área rural debido a que presentan una mayor homogeneidad. Por el contrario, en zonas urbanas existen dinámicas muy relevantes para el saneamiento, por lo que las intervenciones son muy específicas de cada lugar. Estas dinámicas incluyen la problemática de la tenencia de la tierra, la no existencia de espacios abiertos, la alta densidad de población y el estatus de informalidad que conlleva la carencia de servicios públicos disponibles en otras zonas de la ciudad. Estas cuestiones, que influyen mucho a la hora de abordar el saneamiento, no se suelen presentar en áreas rurales, donde hay más espacio y menos densidad, y los problemas de propiedad de la tierra (en la que se vive) son menos relevantes. Además, ni hay ni se espera una red de saneamiento público, debido a su coste prohibitivo y a que el saneamiento in situ es más eficiente en el campo.

Por todo ello, los enfoques de saneamiento rural presentan una menor diversidad, lo que facilita su sistematización y descripción. En cualquier caso, en áreas urbanas se suelen utilizar elementos de los enfoques que se describirán a continuación, adaptándose según la situación específica.

Lugares comunes en los enfoques de saneamiento actuales

A continuación se presenta, dimensión a dimensión, los consensos y debates que hay en el sector en relación a los aspectos listados anteriormente.

En cuanto a la **dimensión programática**, actualmente los enfoques basados en la oferta se consideran obsoletos, así que los programas de saneamiento suelen basarse en la demanda (P1); es la demanda de saneamiento por parte de los hogares lo que guía el proceso. En segundo lugar, es raro ver propuestas que defiendan los enfoques de arriba abajo 'clásicos' abiertamente, ya que se ha comprobado que es la acción desde abajo lo que marca la diferencia en las intervenciones (UNDP 2006). Así, los enfoques de abajo a arriba (P2), donde gobiernos y ciudadanos comparten derechos y responsabilidades, son ahora más comunes (McConville 2008). En cualquier caso, hay un rango muy grande en cuanto al nivel y momento de participación de las comunidades. En tercer lugar, el foco de las intervenciones se está desplazando rápidamente del hogar a la comunidad (P3) y cada vez más programas plantean como objetivo el que las comunidades alcancen el estatus ODF. En cuarto lugar, la cuestión del subsidio sigue siendo la más controvertida (P4). Las propuestas de subsidio cero argumentan que el dinero acaba convirtiéndose en el centro de la intervención (a expensas del cambio de hábitos), y además desincentiva a la gente que podría construir una letrina con sus propios medios, debilitando la atención en cambio de conducta. Otros creen, por el contrario, que sin subsidios los más pobres no serán capaces de construir sus propias letrinas (UNDP 2006). En la práctica, las campañas de saneamiento presentan muy diversas configuraciones en cuanto al subsidio. Finalmente, los actores involucrados (P5) varían ampliamente de acuerdo con el contexto y la escala de la intervención. Siempre se espera que la administración participe en los programas de saneamiento –quizá con la excepción de estados frágiles o situaciones de emergencia– aunque con grados de liderazgo dispares. También suele haber grandes ONG o instituciones internacionales implicadas. Otros actores que pueden existir son la administración local, ONG locales y las comunidades, ya sea como colectividad o a través de un grupo o una parte de la misma: escuelas, líderes electos, organizaciones comunitarias de base (grupos de mujeres, asociaciones o comités ad hoc)... Algunos programas también tienen en cuenta al sector privado, generalmente los minoristas que participan en la cadena de suministro de productos sanitarios.

En referencia a la dimensión del **hardware**, las ideas de transferencia de tecnología occidental quedaron atrás con la popularización de las tecnologías apropiadas en los 80. Así el saneamiento rural se basa hoy en día en tecnologías in situ de bajo coste que usan materiales disponibles localmente (H2), al menos en lo que se refiere a las letrinas de los hogares. Los diseños utilizados varían de acuerdo a las condiciones locales y a la cultura. Las áreas con escasez de agua generalmente adoptan letrinas secas como la letrina VIP, mientras que las letrinas con arrastre de agua y fosa filtrante son populares en áreas menos secas. Las fosas sépticas y el saneamiento ecológico, que considera los desechos como un recurso potencial (fertilizador), son menos populares debido a la gran inversión requerida, por lo que su uso se suele limitar a letrinas institucionales o a regiones donde la capa freática está cerca de la superficie o donde se considera que esos diseños son especialmente adecuados social y culturalmente (Black, Fawcett 2008). Más allá del tipo de tecnología, diferentes

enfoques tienen posiciones divergentes sobre cómo abordar estas cuestiones (H1) con las comunidades. Aunque muchas campañas todavía promueven paquetes tecnológicos cerrados, la corriente principal en el sector plantea la elección de la tecnología de saneamiento como una cuestión más abierta. Las intervenciones de saneamiento deberían presentar las diferentes opciones tecnológicas y facilitar la toma de decisión local, facilitando que los hogares escojan los diseños que piensen que son más adecuados a su contexto y situación financiera. Desde otras posiciones como la del CLTS, se aboga incluso por abordar la cuestión de la tecnología lo menos posible, para fomentar que la gente innove y dé con sus propios diseños.

En relación al **software**, la perspectiva sobre el cambio de conducta (S1) es en muchos casos racional, basada en la transmisión de información para hacer que la gente aprenda por qué y cómo deberían cambiar sus prácticas. Pero cada vez tienen mayor peso las voces que señalan que el comportamiento no es únicamente fruto del conocimiento y abogan por una perspectiva más psicológico-emocional. Proponen, por ejemplo, basarse en las percepciones y experiencias de la gente (por ejemplo crisis sanitarias) para buscar los detonantes del cambio de comportamiento. También defienden hablar abiertamente del tema y utilizar palabras ‘crudas’ como ‘mierda’, para desafiar el tabú que rodea a la defecación en casi todas las sociedades (Kar, Chambers 2008). En segundo lugar, existen diversos detonantes del cambio de comportamiento en los programas de saneamiento actuales. Cuando se abandonaron los enfoques basados en la oferta, la disponibilidad de letrinas fue descartada como elemento clave suficiente para conseguir el cambio de comportamiento. El detonante más popular (S2) desde entonces han sido las consecuencias nocivas para la salud debidas a la inadecuada gestión de los excrementos. Sin embargo, hoy en día se es consciente de la brecha existente entre las percepciones ‘oficiales’ y las de los hogares en cuanto a los beneficios del saneamiento (UNDP 2006). Estos últimos valoran mucho más cuestiones como la comodidad, el prestigio, el ahorro de tiempo, la dignidad de las mujeres o el orgullo del pueblo. Así, cada vez más se utilizan estos aspectos como detonantes del cambio de comportamiento. Un elemento clave a diferenciar en los detonantes es si son individuales o colectivos, aunque se suelen utilizar de los dos tipos. Los detonantes están en su mayor parte predeterminados, aunque enfoques como SanToLiC permiten cierta flexibilidad durante la interacción en terreno. Una tendencia reciente aunque todavía anecdótica está proponiendo analizar sistemáticamente los determinantes del comportamiento a priori (Devine 2009). En lo que respecta a las interacciones para generar el cambio de comportamiento (S3), hay mucha diversidad y los programas suelen presentar una combinación de ellas, desde interacciones unidireccionales y masivas a interacciones participativas locales. La relevancia del software (S4) está creciendo desde la última década, siendo entendida hoy en día como una componente del programa que debe mantenerse a lo largo del tiempo. En cualquier caso, la relevancia varía ampliamente entre programas.

A modo de conclusión, cabe señalar que los elementos planteados aquí se basan en lo que se puede encontrar en la literatura académica y literatura gris del sector. Sin embargo, es importante recordar que los cambios a nivel discursivo tardan tiempo en materializarse en terreno, por lo que no es extraño encontrar hoy en día campañas de saneamiento que se implementan siguiendo unas pautas que aquí se dan ya por obsoletas.

Por último, es importante diferenciar entre la escala a la que se implementan los programas. No es lo mismo un proyecto piloto o que se implementa desde una ONG mediana, que un programa a escala nacional. A pequeña escala, con mucho acompañamiento por parte de un agente externo, resulta fácil utilizar enfoques ‘sofisticados’ e ir aprendiendo a lo largo del proceso y mejorando posibles fallos. A gran escala, por el contrario, se dan limitaciones en cuanto al acompañamiento, las capacidades de implementación, etc. Así, tan importante como elegir el enfoque de saneamiento que se considere más efectivo generando el paso a hábitos sanitarios adecuados, es tener en cuenta los desafíos de utilizar dicho enfoque a gran escala, y bien atajar los potenciales problemas, bien adaptar el enfoque o bien incluso eligiendo un enfoque más compatible con el marco institucional en el que ha de insertarse.

Principales enfoques utilizados

Algunos de los enfoques más relevantes en el saneamiento a día de hoy son el PHAST, los Community Health Clubs, el WASH en escuelas, el Marketing del Saneamiento y el SanToLiC (WSSCC 2010). Se presentan aquí brevemente los cinco enfoques, en base a las dimensiones presentadas antes. Siendo el SanToLiC el enfoque más destacado en los últimos años por su novedad y por el respaldo recibido, se presenta aquí a modo



comparativo para más adelante entrar en detalle. Cabe señalar que estos enfoques se consideran en muchas ocasiones como enfoques de software, por lo que no siempre se posicionan respecto a aspectos programáticos y de hardware.

- **PHAST**, Transformación Participativa para la Higiene y el Saneamiento, es una metodología de aprendizaje participativo que busca ayudar a las comunidades a mejorar los hábitos higiénicos, reducir las enfermedades por diarrea y promover la gestión comunitaria y efectiva de agua y saneamiento. Se basa en actividades participativas para que las comunidades puedan descubrir por sí mismas las rutas de contaminación fecal-oral. Después analizan sus propios hábitos de higiene y planean cómo bloquear las rutas de contaminación (Simpson-Hebert, Sawyer *et al.* 1997). Las herramientas participativas incluyen dibujos que ilustran situaciones cotidianas, grupos de análisis, votaciones, etc. PHAST trabaja con la premisa de que cuando las comunidades se concientizan de su situación, se empoderan y llevan a cabo sus propios planes para mejorarla. PHAST se usó por primera vez en 1993, promocionada por el WSP, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. Se ha usado ampliamente en diferentes partes de África, especialmente en Zimbabwe. También ha dado lugar a el CHAST, una revisión de PHAST adaptada a las necesidades de niños jóvenes (WSSCC 2010).

Programática	P1: Basado en la demanda P2: De abajo a arriba P3: Hogar P4: No especificado P5: Trabajador social facilita el proceso. La comunidad se implica profundamente
Hardware	H1: Diseños discutidos en reuniones grupales H2: No especificado
Software	S1: Racional S2: Salud S3: Local con herramientas participativas S4: Software es el principal componente. Proceso a largo plazo

Tabla 2: Dimensiones del PHAST

- Los **Community Health Clubs** o Clubs Comunitarios de Salud son grupos que se crean a nivel de la comunidad con el fin de proporcionar un foro donde promocionar una cultura de salud. Su principal actividad es organizar encuentros para aprender y hablar de formas de mejorar el hogar y la higiene de la comunidad. Hombres y mujeres (de 40 a 200 personas) de todas las edades, salarios y niveles educacionales se asocian y se reúnen con cierta regularidad, apoyados por la facilitación de trabajadores de la salud, ya sean empleados por la administración o personas de la comunidad formadas con dicho fin. En cada reunión se anima a la participación activa de todos los socios y se les anima a practicar lo aprendido en casa, la llamadas 'prácticas semanales recomendadas', que pueden incluir el cubrir los recipientes donde se almacena el agua, usar un cacillo o construir letrinas, por ejemplo. Cuando una masa crítica de hogares participa en CHC, el comportamiento privado se convierte en una preocupación pública, lo que resulta en cambios en las normas de la comunidad y valores asociados con las prácticas en relación al agua, el saneamiento y la higiene (Achiro 2008). Los carnets de socio y los certificados de asistencia refuerzan el sentido de la identidad y el estatus social, lo que se convierte en un incentivo para que los miembros participen. Este enfoque fue utilizado por primera vez por la ONG de Zimbabwe AHEAD en 1994 y se ha usado en diferentes países de África.

Programática	P1: Basado en la demanda P2: De abajo a arriba P3: Hogar, pero con vistas a alcanzar lo colectivo P4: No especificado P5: La comunidad se implica profundamente
Hardware	H1: No especificado H2: No especificado
Software	S1: Mixto S2: Salud y pertenencia al grupo S3: Local a través de reuniones S4: Software componente principal. Proceso a largo plazo

Tabla 3: Dimensiones de los Community Health Clubs

- **WASH** (Agua, Saneamiento e Higiene) **en escuelas**, llamada originalmente Saneamiento en la Escuela y Educación Higiénica, está basada en la creencia de que los niños y niñas son mucho más receptivos a las nuevas ideas y a adoptar buenas prácticas de higiene personal (Mooijman, Snel et al. 2010). Se centra en proveer a los niños y niñas de un medio ambiente efectivo y saludable en la escuela y en fomentar su cambio de hábitos higiénicos. WASH en escuela aborda tanto los aspectos del hardware como del software, es decir, tanto las instalaciones sanitarias en y alrededor de la escuela, como las actividades necesarias para promocionar las prácticas del personal de la escuela y del alumnado, ayudando así a prevenir enfermedades. Las intervenciones varían dependiendo de la situación, pero implican normalmente talleres de capacitación (para profesores, comunidad y grupos de padres y madres); talleres participativos para decidir la tecnología, diseños y presupuestos; formación en el aula; construcción de letrinas y puntos de agua; y el mantenimiento y monitoreo (WSSCC 2010). IRC, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud están en el origen de este enfoque, que tuvo lugar en 1998. Se ha utilizado en diferentes países de todo el mundo.



Fotografía 2: Actividad con estudiantes organizada por la organización EEDS en Pandhana (El autor)



Programática	P1: Mixto para escuelas, basado en la demanda para hogares P2: Mixto para escuelas, de abajo a arriba para hogares P3: Escuela, pero con vistas a alcanzar lo colectivo P4: Instalaciones de la escuela subsidiadas, no especificado para hogares P5: Personal de la escuela como actores clave, junto con estudiantes y sus familias
Hardware	H1: Padres y profesores pueden participar en el diseño del hardware de la escuela, no especificado para hogares H2: No especificado
Software	S1: Racional S2: Salud S3: Local a través de reuniones S4: Software componente principal. Proceso a largo plazo

Tabla 4: Dimensiones del Wash en colegios

- El **Marketing de Saneamiento** es el enfoque más puramente basado en la demanda. Se fundamenta en la idea de que las intervenciones de saneamiento solo serán sostenibles si la gente puede elegir y paga por lo que obtiene. Consiste en el uso de técnicas comerciales de marketing para promoción del saneamiento. El estudio del mercado es el primer paso, esencial para entender qué productos desea la gente y cuánto están dispuestos a pagar (Water and Sanitation Program 2012). Después, estos productos tienen que poder ser accesibles y asequibles en los mercados locales, por lo que también se intenta reforzar las redes de suministro de material sanitario. Al mismo tiempo, los hábitos y productos sanitarios han de ser promocionados a través de campañas de comunicación, que pueden incluir varios canales, desde anuncios en los medios de comunicación, a manifestaciones, comunicación interpersonal, etc. Un ejemplo de este enfoque son los SaniMarts, pequeñas tiendas establecidas en mercados locales donde se pueden encontrar materiales de construcción de letrinas a precios razonables. Aparte de proveer la inversión inicial de stock, los programas SaniMarts pueden incluir capacitaciones para promotores o albañiles. Los SaniMarts se han utilizado especialmente en el Sur de Asia.

Programática	P1: Basado en la demanda P2: De abajo a arriba P3: Hogar P4: Sin subsidios P5: El sector privado lidera
Hardware	H1: Menú de diseños para la elección de hogares, basado en estudios de mercado H2: No especificado
Software	S1: Emocional S2: Varios, determinados vía estudios de mercado S3: Herramientas extensivas de promoción S4: Software y hardware equilibrados. Proceso a medio plazo

Tabla 5: Dimensiones del Marketing del Saneamiento

- El **SanToLiC** (Saneamiento Total Liderado por la Comunidad) tiene como objetivo terminar con la defecación al aire libre dentro de la comunidad, dado que el comportamiento higiénico individual afecta a la salud de los demás miembros de la comunidad. El enfoque promueve la innovación y el compromiso por parte de la comunidad, motivándoles a construir sus propias letrinas con sus propios recursos e ideas (WSSCC 2010), sin subsidio alguno. En una sesión de activación, mediante

dinámicas participativas, los miembros de las comunidades analizan su propio perfil de saneamiento realizando un mapeo de las áreas de defecación, calculando la cantidad de mierda que se deposita alrededor de la comunidad y cómo esto afecta a todos.



Fotografía 3: Mapeo de áreas de defecación al aire libre
(Kar, Chambers 2008)

Se generan así sentimientos de asco, shock y vergüenza, rompiendo el tabú que rodea estos temas y favoreciendo la toma conciencia de los riesgos sanitarios y demás problemas de la defecación al aire libre. Esto suele derivar en un deseo colectivo de pasar a la acción y mejorar el saneamiento en la comunidad, que se vehicula a través de la preparación de un plan de acción para liberar a la comunidad de la defecación al aire libre. Será ella misma la que guiará la implementación del plan, con apoyo de los facilitadores si fuese necesario (Kar, Chambers 2008). El enfoque se creó en 1999 y ahora se utiliza en muchas partes de Asia y África.

Programática	<p>P1: Basado en la demanda</p> <p>P2: De abajo a arriba</p> <p>P3: Colectivo</p> <p>P4: Sin subsidio externo</p> <p>P5: Persona externa facilita, luego la comunidad lidera (líderes naturales)</p>
Hardware	<p>H1: Debe evitarse el apoyo técnico a priori</p> <p>H2: Letrinas de bajo cote se consideran aceptables para los primeros pasos</p>
Software	<p>S1: Emocional</p> <p>S2: Salud y asco</p> <p>S3: Local a través de una sesión participativa de activación</p> <p>S4: Software es el componente principal. Breve activación inicial y seguimiento a medio plazo</p>

Tabla 6: Dimensiones del SanToLiC



Algunos argumentan que cada enfoque se adapta a un contexto específico o situación (WSSCC 2010) mientras aquellos que se identifican con uno u otro enfoque suelen considerar el suyo más efectivo que el resto. En cualquier caso, los límites entre los enfoques no están tan claramente establecidos como aparece aquí. Su uso por parte de diferentes actores da como resultado la combinación y evolución de enfoques. WSP, por ejemplo, usa el Saneamiento Total y el Marketing de Saneamiento, que combina el SanToLiC con el Marketing de Saneamiento. Plan India usa el enfoque SCOTS, similar a SanToLiC pero con subsidio. UNICEF usa el término Enfoques Comunitarios de Saneamiento Total (CATS, por sus siglas en inglés), que engloba varios enfoques inspirados en el concepto de Saneamiento Total (ODF), con variaciones en cuanto al régimen de subsidio o si en vez de la comunidad es la escuela la que lidera el proceso. Este último caso se llama también Saneamiento Total Liderado por la Escuela (SLTS, por sus siglas en inglés) y podría concebirse como una combinación de SanToLiC y WASH en Escuelas.

Si comparamos el SanToLiC con los otros cuatro enfoques presentados (en su versión más “pura”), la principal novedad que aporta el SanToLiC es el colectivo como unidad de resultado. La política de subsidio cero, la rápida transición hacia el liderazgo de la comunidad y el evitar un apoyo técnico a priori son otras diferencias relevantes. Otros aspectos del SanToLiC están presentes en uno u otro de los enfoques, pero quizás la originalidad del SanToLiC consista en combinarlos en un solo enfoque.

■ 3.3. EL ENFOQUE SANTOLIC

La trayectoria de SanToLiC

Como se ha descrito anteriormente, el cambio de milenio coincidió con el surgimiento del Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (SanToLiC), un enfoque innovador, inspirado en la tradición participativa. Se utilizó por primera vez en Bangladesh en 2000 por parte de Village Education Resource Centre (VERC) y WaterAid Bangladesh, que contaron con el apoyo del consultor Kamal Kar, el creador del enfoque. Cuando estaba evaluando un programa de saneamiento típico de la época, el equipo Kar se dio cuenta de que las intervenciones convencionales no estaban bien enfocadas. Las agencias internacionales, ONG o donantes se estaban centrando en ‘educar’ a los miembros de las comunidades para que tuvieran prácticas higiénicas adecuadas y gastaban ingentes sumas en subsidios para motivarles a construir letrinas (diseños específicos prescritos). El éxito se medía según el número de letrinas construidas. En el área donde el equipo estaba evaluando, este enfoque había llevado a la construcción de letrinas en algunas zonas de las comunidades beneficiarias, pero la defecación al aire libre seguía descontrolada. Observaron además que las nuevas letrinas pertenecían en su mayor parte a las familias con más recursos (Kar, Pasteur 2005).

El equipo se dio cuenta de que los programas centrados en el hogar y que utilizaban subsidios no eran efectivos, si lo que se quería era lograr comunidades libres de defecación al aire libre. En primer lugar, porque aquellos que no poseían terreno no tenían donde construir la letrina y por tanto quedaban excluidos de la intervención. En segundo lugar, debido a que las familias pobres no podían permitirse los modelos ofrecidos dado su elevado coste, incluso después del subsidio. Finalmente, se observó que los subsidios eran incluso contraproducentes, ya que había familias que evitaban construir sus propias letrinas con la esperanza de obtener un subsidio (Kar, Pasteur 2005, p. 26).

Hacía falta, por tanto, un cambio radical que se alejara de la lógica de la subsidiación de la construcción de letrinas e intentase y tuviese en cuenta el potencial inherente de las comunidades, sus fuerzas colectivas y el conocimiento indígena (Kar 2011). Por tanto, la solución pasaba por el saneamiento total de la comunidad a través de la facilitación participativa y la auto-movilización (Kar, Pasteur 2005, p. 26). Se gestaba así un enfoque revolucionario por su postura anti subsidio y que se bastaba en sesiones participativas con el fin de activar el deseo de cambio de la comunidad y catalizar la auto-ayuda.

Tras una primera experiencia exitosa en un pequeñas comunidades de la región, ONG bangladesíes e internacionales adoptaron este enfoque, y ya en 2003 más de 400 pueblos (15.000 familias) habían acabado con la defecación al aire libre (Kar, Pasteur 2005). El apoyo de WSP, Plan Internacional, WaterAid y UNICEF permitió

una expansión fulgurante y continuada de SanToLiC por todo el mundo, primero en Asia y desde 2007 en África. A día de hoy, existen experiencias de SanToLiC se pueden encontrar en más de 50 países y muchos lo han adoptado como su enfoque oficial de saneamiento.

La visión SanToLiC

SanToLiC hunde sus raíces en la tradición del Diagnóstico Rural Participativo y comparte su eslogan: “ellos lo pueden hacer”. Trasladada al saneamiento, esta idea implica que una vez que la gente tome conciencia de la necesidad del saneamiento, será capaz de pasar a la acción, construyendo sus propias letrinas y convirtiendo su comunidad en un entorno libre de defecación al aire libre. La mejor forma para dicha toma de conciencia es el auto-análisis de su situación. Como la ‘mierda’ es un tabú en la mayoría de las culturas, para que se pueda dar este análisis de las condiciones sanitarias, es necesaria una facilitación participativa externa y que utilice un lenguaje crudo y directo, aunque no sea políticamente correcto (Kar, Chambers 2008). La facilitación busca por tanto romper el velo de silencio que envuelve este ‘tema’ y poner a la comunidad frente a un espejo sanitario que le impulse a discutir sobre las condiciones anti-higiénicas en las que viven, tomando conciencia de las consecuencias que la defecación al aire libre en su salud y dignidad, incluyendo el hecho de que están comiendo la mierda de sus vecinos (transportada por los insectos a los alimentos, por ejemplo). Esto causa una explosión de emociones en la comunidad: vergüenza, asco... (Mehta 2011) y tiene el potencial de derivar en una fuerte determinación de cambiar la situación (la llamada activación), impulsando a la comunidad a la acción colectiva. A partir de ese momento, los facilitadores pasan a un papel de apoyo no intrusivo, y el proceso es liderado por las personas más motivadas –llamadas Líderes Naturales. Las familias empiezan a construir letrinas de acuerdo a sus posibilidades (siempre sin subsidio), generalmente empezando con modelos muy básicos (por ejemplo rústicas letrinas secas con tapa). Una vez éstas dejan de funcionar, las familias las mejoran o construyen una más sofisticada automáticamente, ya que han experimentado los beneficios que reporta el saneamiento. La cuestión de cómo llegar a las familias con menos recursos, un problema recurrente en el sector, se resuelve en este enfoque con el énfasis sobre la dimensión colectiva del saneamiento. Si el mensaje de que la falta de saneamiento de mi vecino me afecta a mí, aquellas familias con más nivel de vida estarán ansiosas por ayudar a los más pobres a construir sus letrinas. Se generará también una presión social contra quienes persistan en la práctica de la defecación al aire libre. Así, la comunidad se habrá apropiado del proceso y encontrará el camino para alcanzar el estatus ODF e integrar plenamente las nuevas prácticas higiénicas.

Aunque sigue vivo el debate sobre cuáles son los **elementos centrales** del SanToLiC, los cuatro siguientes sintetizarían la perspectiva ortodoxa (Chambers 2009):

- Perspectiva colectiva: SanToLiC tiene perspectiva del saneamiento como bien público. Hasta que la defecación al aire libre no esté completamente erradicada, sus efectos (especialmente en la salud) afectarán a toda la comunidad. En lugar del número de letrinas (cobertura), la cantidad de comunidades ODF es la medida del éxito.
- Subsidio cero: No deben utilizarse subsidios a los hogares para la construcción de letrinas. Las comunidades deben construirlas por sí mismas con sus propios recursos. Aquellos que tienen mejores condiciones económicas ayudan a los que son demasiado débiles o pobres para ayudarse a sí mismos. Esto no exime, al gobierno o las agencias de su responsabilidad sobre el saneamiento, sino que lo desvía desde financiar letrinas a apoyar financiera e institucionalmente el proceso de facilitación y acompañamiento.
- Facilitar sí, ‘enseñar’ no: la enseñanza o los sermones sobre saneamiento no funcionan. En vez de eso, la facilitación del proceso de activación permite que sean las propias comunidades las que confronten su realidad sanitaria y realicen el diagnóstico del estado de la cuestión sanitaria. Igualmente, la importación de diseños de letrina prescritos desde fuera es contraproducente; es mejor facilitar que la gente innove y decida por sí misma, asegurando así que las letrinas no estén por encima de las posibilidades de las familias.



- Acción comunitaria de auto-ayuda: La comunidad es la que dirige el proceso, y no se hace ninguna presión externa para que cambien su situación. Una vez alcanzado el punto de activación, la intervención externa se debe limitar a facilitar información, motivación o apoyo de forma puntual.

Metodología SanToLiC

Basada en esta visión y estos principios, SanToLiC propone una metodología para facilitar el proceso de las comunidades hacia el estatus ODF, con el epicentro en la así llamada “activación”. La activación es un taller o una sesión participativa en la que un equipo de facilitadores ayuda a la comunidad a analizar su situación sanitaria, con el objetivo de activar el deseo de pasar a la acción y cambiarla.

Antes de la sesión, en el período de **pre-activación**, son necesarias una o dos visitas preliminares, para encontrar el sitio, día y hora adecuados para la sesión de activación. Los facilitadores también tienen que explicar quiénes son e insistir en la necesidad de que todos los grupos (étnicos, económicos, etc.) de la comunidad participen en el taller. De paso, los facilitadores aprenderán sobre la historia y contexto de la comunidad, que son útiles para estimar lo desafiante que será el proceso de activación. Por ejemplo, se consideran comunidades favorables aquellas que son pequeñas, remotas, socialmente homogéneas, que cuentan con buenos líderes y tienen tradición de auto-ayuda y grupos o asociaciones activos dentro de la comunidad. Otras características favorables son la falta de áreas para la defecación (con arbustos que den privacidad, por ejemplo), que haya focos de defecación incontrolados que generan olor, una alta incidencia de diarrea, que no haya habido previamente programas de saneamiento con subsidios. La estrategia a la hora de abordar una región es empezar por las comunidades a priori más favorables y pasar a las más desafiantes más adelante, cuando la experiencia de los facilitadores sea mayor (Kar, Chambers 2008, Chambers 2009).

Para la **activación**, el equipo de facilitación tiene varias herramientas metodológicas entre las que pueden escoger una combinación que se adapte a la audiencia y el desarrollo de la sesión (Kar, Chambers 2008).

Una de las dinámicas iniciales más populares es el paseo transversal (transect walk). Implica andar con el grupo por la comunidad de un lado a otro. El equipo de facilitación para en las áreas de defecación al aire libre y las letrinas no higiénicas a lo largo del camino, haciendo preguntas como: “¿de quién es esta mierda?”, “¿quién ha defecado al aire libre esta mañana?”. El bochorno y la vergüenza experimentadas por la comunidad en este “paseo del asco” son muy poderosos para generar el deseo de terminar con la defecación al aire libre.

Una vez que la comunidad se ha reunido en el lugar donde se realiza la sesión (generalmente un espacio abierto y neutral), se puede utilizar la herramienta del mapeo de áreas de defecación. El equipo propone a la comunidad hacer un mapa sencillo en el suelo. Todos los miembros de la comunidad participan localizando sus hogares (por ejemplo con judías), áreas de defecación (por ejemplo con polvos de colores), puntos de agua, etc. Con este ejercicio visual, el equipo puede estimular la conversación sobre cuestiones importantes: ¿las mujeres tienen que caminar muy lejos para defecar? ¿a qué hora lo hacen? ¿es peligroso? ¿hay algún riesgo de contaminación de estanques u otras aguas debido a la defecación al aire libre?

A continuación, a partir del peso de los excrementos que una persona deposita cada día, se pueden hacer cálculos para estimar las toneladas de mierda (ingentes) que están siendo diseminadas alrededor de la comunidad cada año. Se pueden también explorar los caminos de contaminación fecal-oral y calcular, de forma similar, los gastos médicos de toda la comunidad a causa de la diarrea.

Otra herramienta muy popular es la del vaso de agua. El equipo ofrece un vaso de agua potable a alguien. Después el facilitador llena el vaso otra vez, se arranca un pelo de la cabeza, toca alguna mierda con él y lo mete en el agua. Se ofrece el agua otra vez y, ante el rechazo generado, preguntan por la causa del mismo... ¡si el agua está transparente! A partir de las respuestas obtenidas, se pueden establecer analogías por ejemplo con las moscas que habitualmente se posan tanto en los excrementos como en la comida de las personas. Una alternativa a esta herramienta es poner un recipiente con arroz en una zona donde haya defecación al aire libre para visualizar como los insectos se empiezan a mover de un sitio a otro.



Fotografía 4: Facilitador utilizando la herramienta del vaso de agua en Budni
(El autor)

En algún momento de la sesión, llega el **momento de activación o ignición**: los miembros de la comunidad toman conciencia de que están ingiriendo los excrementos de unos y otros y de que seguirá siendo así en tanto en cuanto siga habiendo defecación al aire libre. En ese momento, suelen empezar fuertes discusiones para ver cómo terminar con esta situación, y los facilitadores deben mantenerse en una actitud de escucha, sin intervenir hasta que la comunidad se dirija a ellos para pedir ayuda. Ante eso, los facilitadores tienen que contestar que, como personas externas, tienen poco conocimiento local, que los miembros de la comunidad saben mucho mejor cómo cambiar la situación y son los que tienen el poder de hacerlo.

Según lo poderosa que haya sido la ignición, el proceso continuará de una forma u otra, y los facilitadores deben adaptarse a eso.

Donde el deseo de pasar a la acción colectivamente no ha calado del todo, algunas posibles respuestas de los facilitadores son: darles las gracias por el detallado análisis y pedir su permiso para marcharse, recordar que el equipo no es un equipo de promoción de las letrinas, preguntar cuántos de ellos piensan defecar al aire libre a la mañana siguiente, identificar y motivar a los pocos que quieran cambiar, fijar una fecha cercana para volver un día que puedan estar miembros de la comunidad que no hayan estado presentes, dejar viales para hacer pruebas de contaminación del agua, etc.

Donde la activación haya sido un éxito, lo normal es que surjan inmediatamente dudas sobre cómo afrontar el alto coste que creen que tienen las letrinas. El facilitador puede hablarles sobre los modelos de letrinas de bajo coste construídos donde sea (pero subrayando que no está prescribiendo ese modelo) y compartir experiencias de otras comunidades que desde su misma situación han alcanzado el saneamiento total. Para terminar con la defecación al aire libre, deberían buscar su propia forma de lograrlo. Si se percibe una



resolución clara de cambiar su situación sanitaria, el equipo puede sugerir la formación de un comité para llevar a cabo esta tarea, y acompañar en la elaboración de un plan de acción con fechas concretas. También se puede establecer una fecha conveniente para ambas partes para una visita de seguimiento.

Se entraría ya en la fase de **post-activación** que puede durar entre tres semanas y unos pocos meses. Se requiere un apoyo no intrusivo después de la activación, para mantener la motivación, apoyar en el cumplimiento del plan, etc. Una parte importante de este apoyo es identificar quienes se han erigido en líderes naturales durante el proceso, pues su papel es crucial no solo para el éxito de su comunidad, sino también para la difusión del SanToLiC a zonas vecinas. Estos líderes naturales pueden ser mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas de la escuela, gente mayor, líderes religiosos, etc. Otro aspecto importante en esta fase es prestar atención a si realmente está teniendo lugar la ayuda a los miembros de la comunidad más necesitados. Si no, el facilitador debe recordar la dimensión colectiva del saneamiento y animar a los que tienen una posición más desahogada a que brinden su ayuda.

En ciertas ocasiones, es posible que no haya un abastecimiento adecuado de materiales sanitarios a coste razonable (plataformas, tuberías, etc.), lo que supone un obstáculo para que las familias construyan buenas letrinas o mejoren las letrinas básicas construidas inicialmente. Será entonces necesario realizar las actuaciones necesarias para mejorar el suministro de dichos materiales a los mercados locales.

Una vez que se ha alcanzado el estatus de comunidad ODF, es importante verificarlo, certificarlo y celebrarlo, de manera que se valide y se dé un reconocimiento oficial al esfuerzo de la comunidad, incrementando tanto su sensación de orgullo como el interés de comunidades vecinas por el saneamiento. La sostenibilidad tiene que ser monitoreada, preferentemente por la propia comunidad (Kar, Chambers 2008).

A menudo, llevadas por el entusiasmo y la confianza generada por el proceso, las comunidades se empoderan y van más allá del estatus ODF, abordando cuestiones como la limpieza de las calles, desatasco de canales de drenaje o el saneamiento en mercados y otros espacios públicos (Kar 2011).

Desafíos y críticas

Aunque es difícil dar números exactos, se considera que SanToLiC ha tenido un gran impacto (Movik, Mehta 2009, Mehta 2011), con unos 15 millones de personas viviendo en comunidades declaradas ODF (Lukenya Workshop 2011). Hay evidencias de logros a gran escala en muchos países de Asia y África, transformando las percepciones y prácticas de saneamiento en miles de comunidades (Chambers 2009). Según Mehta, “no hay duda de que el SanToLiC logra resultados de manera más rápida que los enfoques convencionales debido a su insistencia en el cambio de conducta colectivo” (Mehta 2011, p.4).

Sin embargo, también existen evidencias de que muchas experiencias difundidas como casos exitosos no han sido tales. En muchos casos, quedan hogares de la comunidad (los más vulnerables) quedan al margen del cambio colectivo, y no llegan a construir letrinas, con lo que estrictamente las comunidades no se podrían considerar ODF (Chambers 2009, Mehta 2011). Por otro lado, la cuestión de la sostenibilidad en el SanToLiC es también una preocupación mayor: se ha visto que comunidades que alcanzan realmente el estatus ODF, en ocasiones no son capaces de mantenerlo por mucho tiempo (Mehta 2011, Movik 2008, WaterAid 2009, Kumar, Shukla 2011).

La vuelta a la defecación del aire libre suele tener múltiples causas, que se agrupan aquí en factores físicos, de preferencia y sociales.

Los factores físicos incluyen en primer lugar el derrumbe de parte o el conjunto de la fosa debido a mala construcción, inundaciones, subida del nivel freático en la época de lluvias. Los fenómenos meteorológicos también pueden dañar seriamente las superestructuras de las letrinas (paredes y techo) cuando éstas son de telas o madera. Otro caso frecuente es que la fosa se llene y desborde (Chambers 2009). Cuando esto ocurre, las familias pueden volver a defecar al aire libre o reparar y mejorar su letrina (mientras utilizan la letrina de sus vecinos o familiares), avanzando así un peldaño en la escalera del saneamiento. La primera opción se da con frecuencia cuando el nuevo comportamiento sanitario no se ha convertido en un hábito, pero también influyen la falta de recursos, problemas logísticos para vaciar las fosas o construir nuevas o la falta de suministro de materiales sanitarios en el mercado local (Hanchett, Krieger *et al.*, 2011, Chambers 2009).

En cuanto a los factores de preferencia, se dan cuando las personas prefieren volver a defecar al aire libre por alguna razón. Suele estar relacionado con el surgimiento de problemas que generan incomodidades añadidas. Por ejemplo, si no se limpian y mantienen adecuadamente, las letrinas pueden generar olores muy fuertes (sobre todo en el caso de letrinas secas) y hacer su uso muy desagradable. Otro caso se puede dar cuando escasea el abastecimiento de agua; ante la necesidad de transportar más agua desde más lejos, hay familias que optan por evitar las letrinas y ahorrar así el agua necesaria para ‘tirar de la cadena’ (Chambers 2009, Mehta 2011).

Los factores sociales se refieren a la falta o debilitamiento de la voluntad colectiva de acabar con la defecación al aire libre. Surgen en ocasiones tensiones si se comparten las letrinas (por ejemplo genera reticencia por la velocidad de llenado de la fosa), o en lugares donde el uso común de las letrinas por ciertos miembros de la familia es tabú, así como cuando se debilita gradualmente la presión de la comunidad para no defecar al aire libre (Kumar, Shukla 2011, WaterAid 2009), que suele ser más fuerte al principio del proceso. Todo esto puede conllevar que ciertos miembros de la comunidad vuelvan a defecar al aire libre.

Estos problemas pondrían en cuestión la validez de la premisa en la que se basa el SanToLiC: ‘un proceso de activación exitoso genera tal deseo colectivo de cambiar la situación del saneamiento que las comunidades serán capaces de superar todos los obstáculos para alcanzar el estatus ODF y mantenerlo’ (WaterAid 2009, Mehta 2011).

Esta premisa se puede dividir en varias premisas de segundo nivel, que se describen a continuación junto a sus consecuencias metodológicas y las críticas o sugerencias que diversos actores han hecho al respecto:

- ‘Surgirán líderes espontáneos (Natural Leaders) de la comunidad que dirigirán el proceso y ayudarán a galvanizar la energía para alcanzar el estatus ODF’. La consecuencia es que el rol de los facilitadores en el CLTS se limita a estar alerta para identificarles y motivarles. Sin embargo, se ha criticado que dichos líderes pueden no tener las capacidades necesarias para asumir ese liderazgo, por lo que los facilitadores deberían darles un mayor apoyo y formación (InterAide, Engineers Without Borders Canada 2012).
- ‘Aquellos con mejores condiciones ayudarán a los menos capaces de construir letrinas, ya que están unidos por una causa común’. Por lo tanto, los facilitadores sólo deben preocuparse de recordar la importancia de que sea un cambio total. Esto ha sido criticado por estar basado en una idea idealizada de la comunidad, sin tener en cuenta suficientemente las relaciones de poder y las divisiones sociales (Mehta 2011). Para asegurar la equidad, IRC ha propuesto incluir la identificación y mapeo de los hogares más pobres como pasos explícitos en el enfoque, junto con el plan y la monitorización del progreso (IRC 2008). Otros han discutido por flexibilizar la postura sobre los subsidios para el hogar (Pattanayak, Yang *et al.*, 2009).
- ‘La comunidad tiene el conocimiento y la creatividad suficientes para diseñar sus propias letrinas, adaptadas a sus circunstancias’. De acuerdo con esto, los facilitadores deben evitar prescribir el tipo de letrinas a construir. Sin embargo, existe el riesgo de que se construyan letrinas que no están técnicamente adaptadas al contexto específico, como el tipo de suelo. Como resultado, podría haber contaminación del agua subterránea o las fosas pueden hundirse en poco tiempo e interrumpir el nuevo comportamiento antes de que se hubiera convertido en un hábito. Por otro lado, también se puede dar el caso de que las letrinas construidas no tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, niños y personas discapacitadas. Esto ha llevado a que diferentes actores que han puesto en práctica el SanToLiC aboguen por una revisión del papel de asesoramiento técnico en el enfoque (Papafilippou, Templeton *et al.*, 2011).
- ‘El impulso creado en la activación y la presión social para evitar la defecación al aire libre se mantendrá hasta que el uso de letrinas se convierta en un hábito arraigado, y la gente irá avanzando en la escalera de saneamiento’. En consecuencia, tras la activación, los facilitadores tienen que pasar a un papel secundario, basado en visitas de seguimiento. Sin embargo, muchas veces sólo una pequeña parte relativamente pequeña de la comunidad participa en la sesión de activación. Otras muchas veces, el resultado de dicha sesión dista de la ignición total. Además, pueden surgir muchos desafíos



durante el proceso de cambio, incluyendo la oposición dentro de la comunidad, mayor escasez de agua, problemas técnicos constructivos u otros que demandan un acompañamiento más intenso por parte de los facilitadores. Algunos autores reclaman, por tanto, que se cambie la perspectiva SanToLiC y se entienda como un 'viaje largo', incrementando el apoyo prestado (y los recursos de facilitación) en la fase de post-activación (Joshi 2011).

- 'Las comunidades avanzarán en la escalera del saneamiento cuando sus primeras letrinas de bajo coste se dañen o las fosas se llenen, ya que para entonces ya habrán hecho propio los nuevos hábitos sanitarios'. La intervención externa no se mantiene hasta ese momento, así que la comunidad ha de monitorear esa subida por la escalera del saneamiento por sí misma. Pero los problemas de hogares que vuelven a defecar al aire libre, citados anteriormente, ponen esto en tela de juicio. Algunas organizaciones han propuesto alternativas. En Indonesia, por ejemplo, el monitoreo realizado por las comunidades estaba unido a sistemas de monitoreo a nivel de subdistrito y distrito que incluían controles de verificación periódicos en comunidades seleccionadas aleatoriamente (IRC 2008).

Aparte de las críticas a las premisas que se dan por hecho en el SanToLiC, también se han realizado cuestionamientos a ciertos aspectos como el excesivo énfasis en el 100% de eliminación de defecación al aire libre (Howes, Huda *et al.*, 2011), la baja atención prestada al lavado de manos, el uso de las emociones negativas como la vergüenza para la activación y el no tener en cuenta interacciones con el medio ambiente como la contaminación de aguas subterráneas (Movik 2008).

Hay también una crítica general que no se refiere tanto al enfoque SanToLiC como a la manera en que se promociona. Muchas veces, el SanToLiC se presenta como si fuera la panacea que va a acabar con el problema del saneamiento mundial, despreciando enfoques de saneamiento alternativos (Musyoki 2007) y negando posibles limitaciones del propio enfoque. Así, parecería que los problemas o desafíos del SanToLiC no son causados por estas últimas, sino por factores externos como la mentalidad de quienes toman las decisiones, la existencia de programas subsidiados, las presiones para desembolsar fondos o la falta de habilidades de los facilitadores (Joshi 2011). Esta visión idealizada del SanToLiC puede crear expectativas desmesuradas, desembocar en la exageración de sus resultados y obstaculizar la reflexión crítica y el aprendizaje, con efectos contraproducentes para su potencial a largo plazo.

El SanToLiC en programas a gran escala

Aunque no se ha analizado enfoque a enfoque la cuestión de la escala citada anteriormente, sí se hace aquí para el SanToLiC, dada la atención extra que se le está dando en este trabajo. Tal como reflejábamos, no es lo mismo utilizar un enfoque a pequeña que a gran escala, puesto que en el último caso surge una serie de dinámicas y cuestiones que afectan a su implementación. Esto afecta a cualquier enfoque, más si cabe al SanToLiC, que empezó como un experimento local en el sector de las ONG en Bangladesh. A la luz de sus buenos resultados, se hicieron esfuerzos para ampliar la escala de implementación e institucionalizarlo. Gracias a la participación de varias ONG y agencias internacionales, con WSP jugando un papel clave en Asia y UNICEF y Plan, en África (Kar, Milward 2011), el SanToLiC se introdujo rápidamente en varios países. Mientras las ONG y agencias tienen un rol prominente en el momento de pilotar el SanToLiC o introducirlo a una escala menor, son los gobiernos los principales actores cuando se trata de implementarlo a gran escala.

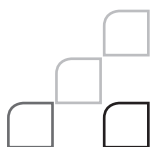
Las estrategias para conseguir introducir el SanToLiC a escala varían en cada país (Chambers 2009), pero en líneas generales pasan por conseguir la implicación de los gobiernos a través de la siguiente lógica:

El proceso empieza con visitas de demostración a otros países o con talleres impartidos por Kamal Kar y que incluyen trabajo de campo. Es una manera de mostrar el enfoque y su potencial a políticos, funcionarios y otros tomadores de decisiones (Kar, Milward 2011, Mehta 2011), que pueden convencerse de que vale la pena apostar por el SanToLiC y liderar la introducción del enfoque a la escala sobre la que tienen poder de decisión. En estos casos, se organizan formaciones para capacitar una masa crítica de formadores que puedan difundir el enfoque en la región correspondiente. A partir de estas colaboraciones se pueden dar experiencias exitosas y mostrar la efectividad del enfoque para llevarlo a una escala superior, pasando por ejemplo de una comarca a una provincia o incluso integrarse en la política nacional.

En el sector de saneamiento, sea cual sea el enfoque, la implementación a gran escala entraña dificultades añadidas (Rosensweig, Perez *et al.*, 2012), como se ha indicado antes, dado que la calidad de la implementación se puede ver comprometida, sobre todo si se intenta hacer este proceso en un intervalo de tiempo corto. Esto ocurre también con el SanToLiC, para el que diversos autores han analizado los desafíos enfrentados en las diferentes experiencias (Chambers 2009, Joshi 2011, Lukenya Workshop 2011, Kar, Milward 2011, Deak 2008).

Entre estos desafíos, cabría destacar cuatro. En primer lugar, que el carácter de abajo a arriba del SanToLiC, basado en el empoderamiento y en no usar subsidios, siempre genera oposición debido a intereses creados en la distribución de subsidios, a presiones en la administración para desembolsar los fondos presupuestados y a la inercia de implementación tecnocrática. Muchas veces, como resultado de las tensiones citadas, se adopta un enfoque mixto que logre un compromiso entre las distintas posturas. Esto conlleva ciertos riesgos, ya que podrían surgir contradicciones que debiliten la metodología. En tercer lugar, el enfoque SanToLiC depende fuertemente de la calidad del proceso de facilitación durante la activación y resulta difícil desarrollar la masa crítica de facilitadores (cualificados, experimentados y comprometidos) necesarios para implementar el enfoque a gran escala. Finalmente, los gobiernos suelen plantear unos objetivos para sus programas de modo que sea fácil monitorear y evaluar el proceso. Esto, unido a las dinámicas de rendición de cuentas en administraciones, más orientadas al control que al aprendizaje, genera una presión por mostrar resultados que puede desembocar en una exageración de los logros, distorsionando la realidad e impidiendo que se tomen decisiones adecuadas.

Algunos de estos desafíos se verán ilustrados en el próximo capítulo, en el que se analiza una experiencia de introducción del SanToLiC a escala en la India.



4. SANEAMIENTO EN LA INDIA E INTRODUCCIÓN DEL SANTOLIC EN BUDNI

Este capítulo se abre con una panorámica del saneamiento en la India que abarca tanto la evolución histórica de las campañas gubernamentales como la situación del SanToLiC. A continuación, se presenta la experiencia de introducción del enfoque a escala de bloque, concretamente en Budni, Madhya Pradesh. Finalmente, se presentan los resultados obtenidos en Manjarkui, una de las comunidades del bloque.

4.1. SANEAMIENTO EN LA INDIA

Una superpotencia en defecación al aire libre

India, potencia económica emergente, es a la vez considerada el epicentro de la crisis mundial del saneamiento. Alberga a una tercera parte de los 2.5 billones de personas sin acceso al saneamiento mejorado y concentra el 60% de la defecación al aire en el mundo (WHO, UNICEF 2012).

El acceso al saneamiento es un privilegio del que sólo el 47% de la población de la India disfrutaba en 2011, un diez por ciento más que en 2001 (Government of India 2012). La situación es peor en el área rural, con un 30.7% de cobertura en 2011, y un 21.9% en 2001 (10% en 1991 y 1% en 1980) (WHO, UNICEF 2012, Government of India 2012). Denominar el acceso al saneamiento como “privilegio” es muy acertado, ya que hay una gran asimetría no sólo entre zonas rurales y urbanas, sino también entre niveles de ingresos. El saneamiento rural mejorado alcanza sólo al 2% y al 7% de quienes se encuentran en los dos primeros quintiles de riqueza, con un progreso muy pequeño a lo largo de los años, tal y como muestra la figura siguiente.

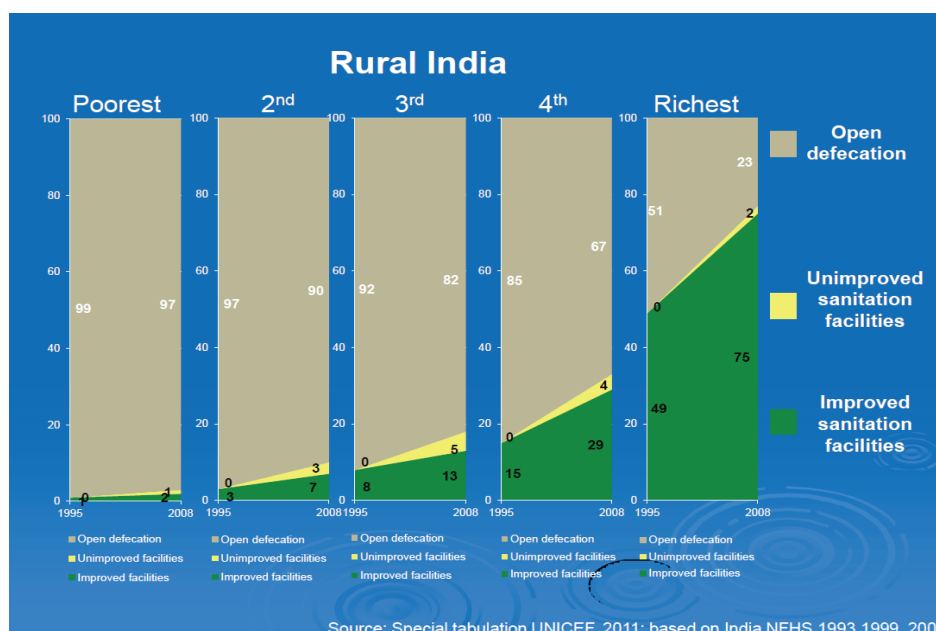


Figura 5: Cobertura del saneamiento rural por quintiles de riqueza
(Luyendijk 2012)

Las consecuencias de la falta de saneamiento descritas anteriormente –en cuanto a dignidad, educación, salud, renta, seguridad– son válidas también para el contexto indio. Por ejemplo, se calcula que la falta de saneamiento redujo el producto interior bruto en 53.800 millones de dólares solo en 2006 (Tyagi, Hutton *et al.*, 2010) y que la diarrea causada por la falta de acceso a saneamiento y agua mata 450.000 indios cada año (Government of India 2011), en su mayoría niños y niñas. La dimensión de género se hace especialmente relevante dado el contexto social marcadamente patriarcal, y las mujeres se ven expuestas al acoso sexual y a violaciones cuando defecan al aire libre. Cabe añadir también la cuestión de los ‘intocables’ que se dedican a vaciar letrinas secas manualmente. Se estima que suman en total unas 300.000 personas (WaterAid 2009), en su mayoría mujeres forzadas a realizar este trabajo desde una temprana edad por su casta y su situación económica. Presentan una incidencia de enfermedades mayor a la media y su situación representa una violación del derecho fundamental de poder subsistir con libertad y dignidad. Hace un siglo, Mahatma Gandhi hizo un llamamiento para que terminara esta práctica, que fue legalmente prohibida solo en 1993 y que hoy se mantiene en muchos lugares, incluyendo unos 750.000 hogares (Government of India 2012) y en algunas estaciones de tren y sitios públicos (WaterAid 2009). Los esfuerzos para erradicar el vaciado manual de letrinas se han enfrentado a problemas del mecanismo del mercado (hay una demanda, aparece la oferta), a la par que con la falta de oportunidades laborales alternativas para mujeres pobres y analfabetas (Ganguly 2008).

Historia del saneamiento en la India

Fue sólo en el sexto Plan Quinquenal (1980-85), coincidiendo con el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento, cuando la India empezó a dedicar atención real al saneamiento, aunque siempre mucho menos que la que ponía en el abastecimiento de agua (World Bank 1999). En 1983, el Banco Mundial, el Gobierno de la India, UNICEF y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo formaron un Grupo de Asesoramiento Técnico, que coordinó una serie de estudios y de proyectos piloto sobre saneamiento (UNICEF 2002).

Con las recomendaciones del grupo, el Gobierno indio inició el Programa Central de Saneamiento Rural en 1986. El programa estaba enfocado a la construcción de letrinas con arrastre de agua y fosa alterna, apoyando mediante subsidios familiares. Durante los 13 años del programa, se invirtieron más de 400 millones de dólares, pero la cobertura del saneamiento rural creció sólo un 1% anualmente (Government of India 2012). En el lado positivo cabe señalar que se consiguió dar entidad al saneamiento, ganando peso en las agendas políticas de los gobiernos centrales y estatales. Durante ese periodo hubo dos cambios significativos. Por un lado se desechó la idea de prescribir una única opción de hardware y se empezaron a promocionar una variedad de diseños de letrinas, entre ellos los de bajo coste (UNICEF 2002). Por otro lado, también se reconocieron las limitaciones de los programas basados en la oferta y sin creación de demanda vinculada a cuestiones como las consecuencias para la educación y salud; muchas letrinas no se llegaban a construir y de las construidas, muchas se quedarían sin utilizar.



Fotografía 5: Escenas que ilustran los problemas de enfoques orientados a las construcción de letrinas en la India

(El autor)



Otro cambio relevante pero ya a nivel de contexto fue la enmienda constitucional 73 de 1993, que había contribuido a incrementar la conciencia de que los enfoques descentralizados y basados en las personas eran más efectivos (Government of India 2002). Inspirados en estas nuevas corrientes surgieron varios proyectos pilotos, como el Proyecto Intensivo de Saneamiento apoyado por UNICEF e implementados por la Ramakrishna Mission Lokashiksha Parishad, que mostró que era posible otra clase de campaña de saneamiento (Alok 2010). Como consecuencia, en 1999, el Gobierno indio lanzó la Campaña de Saneamiento Total (TSC, por sus siglas en inglés), que pretendía desarrollar el potencial de los pilotos a escala nacional.

Con la Campaña de Saneamiento Total (TSC), hubo un giro político “hacia un enfoque guiado por la demanda (...) [que] enfatiza más las actividades de Información, Educación y Comunicación para la toma de conciencia (...) con especial orientación a iniciativas centradas en las personas y lideradas por la comunidad”. (Government of India 2001pág. 4, traducido por el autor). Introduce también una componente de saneamiento en la escuela, proporciona un rango de opciones para la letrina, fomenta la implicación de grupos de mujeres, grupos de autoempleo y ONG (Government of India 2001). Unos años después se incluyeron también actividades para la gestión de residuos sólidos y líquidos.

El giro hacia un régimen de bajo subsidio se completó en 2004, al ser sustituido por un incentivo post-construcción para hogares por debajo de la línea de la pobreza (Gobierno de la India 2004). Este incentivo fue inicialmente de 1200 rupias (21€) por letrina y hogar, pero se incrementó a 2200 rupias (39€) en 2007 (WaterAid 2008).

En consonancia con la tendencia del sector a nivel internacional, la dimensión de ‘bien público’ del saneamiento fue reconocida en la India en 2003, abrazando el concepto de saneamiento total (la comunidad entera tiene que ser ODF) mediante la introducción del Nirmal Gram Puraskar, un premio en metálico para los Gram Panchayats (unidad administrativa india, compuesta de una o varias comunidades) que alcancen el saneamiento total de forma sostenible. Estos premios, que se entregan en ceremonias oficiales con presencia de autoridades de primera línea, impulsaron fuertemente la prioridad política del saneamiento a todos los niveles administrativos.

Los resultados de la campaña se monitorean a través de una base de datos en línea, en la que se introducen las metas y los logros en cuanto a presupuesto y en cuanto a cobertura de saneamiento en hogares, guarderías y escuelas. Los datos se recogen a nivel de Gram Panchayat y se compilan a nivel de bloque, mientras que la introducción y actualización de datos en el sistema en línea se realiza a nivel de distrito y de estado. El acceso a esta base de datos, así como a otra similar utilizada para el premio Nirmal Gram Puraskar, es público y gratuito a través de internet (Government of India 2011).

Un programa de la envergadura de la TSC presenta muchos matices que dificultan su categorización. A pesar de ello, resulta interesante sintetizar sus características básicas a través de las dimensiones y los aspectos utilizados anteriormente para categorizar enfoques, ya que permite comprender los elementos comunes y diferencias que presenta.

Programa	P1: Basado en la demanda P2: De abajo a arriba y de arriba a abajo P3: Colectivo P4: Incentivo post-construcción para hogares pobres P5: Autoridades crean conciencia mediante herramientas de comunicación. Después lidera la comunidad
Hardware	H1: Diferentes diseños para que los hogares elijan H2: No se aceptan letrinas secas
Software	S1: Racional S2: Salud y otros beneficios del saneamiento S3: Local a través de diferentes herramientas S4: Software representa el 15% en términos presupuestarios. La campaña acaba cuando se construyen las letrinas

Tabla 7: Dimensiones de la TSC según sus directrices

La TSC aparece como una política muy bien labrada, imbuida de principios internacionalmente reconocidos como los más adecuados para el sector del saneamiento. Por ello, la TSC creó una gran expectativa de poner remedio al grave déficit de saneamiento del país. De hecho, según el Departamento de Agua Potable y Saneamiento (DDWS) del gobierno indio –en base a la información que había en la base de datos– la cobertura rural fue creciendo exponencialmente desde el inicio de la campaña hasta alcanzar un 68% en 2011, lo que suponía un incremento de 46 puntos porcentuales desde el censo de 2001 (Government of India 2011).

Sin embargo, la implementación de la TSC estuvo por lo general muy alejada de los principios en los que se basaba y las evidencias sobre el terreno hacían pensar que los números declarados por el gobierno eran muy poco realistas. Un estudio de WaterAid (2008), por ejemplo, mostró que los gobiernos de Chhattisgarh y Bihar estaban implementando la campaña utilizando subsidios para la construcción de letrinas como motor de la misma. Es decir, que el incentivo de la TSC se distribuía al principio utilizándose para financiar las letrinas, e incluso se extendía a los hogares por encima de la línea de la pobreza. El propio Gobierno indio reconoció que “los estudios de campo muestran una pobre utilización de las letrinas existentes, en gran parte debido a la falta de concienciación, la escasez de agua, la baja calidad constructiva (...) y a la ausencia general de implicación por parte de los beneficiarios” (Government of India 2011).



Fotografía 6: Ejemplos de la falta de apropiación y utilización de las letrinas construidas en el marco de la Total Sanitation Campaign
(El autor)

El Censo de 2011 (Government of India 2011) confirmó el fracaso de la TSC; en una década, la cobertura rural alcanzó el 30,7%, un incremento de 8,8 puntos porcentuales, que es menor que el de la década previa y resulta insignificante teniendo en cuenta el salto de 46 puntos porcentuales que el gobierno defendía hasta entonces. Esto significa que 4 de cada 5 letrinas ‘oficialmente construidas’ han ‘desaparecido’. En cifras absolutas la situación es aún más preocupante, dado al incremento de la población: el número de hogares sin letrina se ha incrementado en 8.3 millones en la última década (Government of India 2011), lo



que representa un incremento diario de unas 11.300 personas defecando al aire libre en la India rural. Si se mantiene la tasa porcentual de aumento de cobertura, el número de hogares sin saneamiento seguirá creciendo hasta 2020 y no se alcanzará la cobertura universal antes de 2088.

El fracaso de la TSC fue confirmado también en 2011 por el primer Ministro de Agua Potable y Saneamiento de la India, Jairam Ramesh, que declaró que la “Campaña de Saneamiento Total ha sido un fracaso. No es ni total, ni saneamiento, ni una campaña” (Tandon 2011).

Los pobres resultados de la TSC se relacionan con el hecho de que los principios en los que se basa la campaña no se pusieron en práctica. Esta brecha entre teoría y práctica está relacionada con diferentes elementos del proceso de implementación y de los actores involucrados en el mismo.

En primer lugar, el principio del liderazgo de la comunidad chocaba con la falta de capacidad de los trabajadores de la administración para facilitar dicho proceso. En segundo lugar, la priorización de iniciativas centradas en las personas fue obstaculizada por una implementación de arriba a abajo centrada en el número de letrinas construidas, cuestión que se relaciona con la rendición de cuentas de los trabajadores de la administración (focalizado en cumplir con los objetivos de gasto presupuestario) y la falta de control o verificación del sistema de monitoreo. En tercer lugar, la idea de utilizar incentivos tampoco se materializó, dado que la inercia paternalista en la relación del estado y la ciudadanía y los altos niveles de corrupción habituales en los programas rurales favorecían la utilización de subsidios. Finalmente, el principio de ser una campaña guiada por la demanda chocó contra una maquinaria administrativa tecnocrática y burocrática que confirió un mayor protagonismo a la infraestructura (oferta). Dos aspectos generales que influyeron en todo el proceso de implementación son el sistema de gobierno descentralizado y la baja prioridad política de saneamiento, que reducían las posibilidades de que estos principios presentes en la política elaborada en la capital se hicieran realidad en el terreno.

SanToLiC en la India

Ante el previsible fracaso de la TSC, varios actores del sector han intentado utilizar enfoques diferentes. Uno de los más destacados es el Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (SanToLiC), que se introdujo en India desde Bangladesh en 2002, donde WSP organizó un taller en el que Kamal Kar presentó oficialmente el enfoque, y seguidamente se visitó algunas comunidades (Sanan 2011). Ante la poca acogida del enfoque en las esferas políticas nacionales indias (Alok 2010), WSP pasó a promover el SanToLiC a niveles administrativos inferiores, haciendo talleres y formaciones en los estados y distritos que mostraban interés. Así, en algunas administraciones estatales o distritales surgieron lo que en la jerga del sector se conoce como ‘campeones’, personas que creen en el potencial del enfoque y deciden introducirlo en el área bajo su jurisdicción. Sin embargo, el hecho de que la introducción del SanToLiC se basase en la motivación de una persona pero sin un compromiso institucional firme generaba varios problemas. Por un lado, todos los esfuerzos se venían abajo cuando dicho campeón era transferido a otro puesto (cosa frecuente en la India, donde los funcionarios tienen rotación cada dos o tres años). Por otro lado, era difícil contrarrestar todos los intereses y las inercias arrastradas de la TSC, con lo que muchas veces se acababa adoptando un enfoque mixto, con elementos de SanToLiC y elementos de la implementación ‘típica’ de la TSC, especialmente el uso de subsidios para la construcción de letrinas. Otro reto difícil de resolver era el formar a suficientes facilitadores y acompañarlos para asegurar una buena calidad de activación del SanToLiC. Finalmente, las experiencias de SanToLiC se han visto rodeadas de una mitificación de los logros, en línea con la exageración de resultados que parece endémica en el sector del saneamiento indio (Chambers 2009). En muchos lugares como Panipat en Haryana o en Maharashtra, se informaba de que muchas comunidades habían alcanzado el estatus ODF a través de SanToLiC. Pero posteriores investigaciones demostraban que o bien que la comunidad no se había llegado a convertir en ODF, o bien que había logrado mantenerse ODF. En cualquier caso, los resultados obtenidos mediante el SanToLiC sí se consideran superiores a los de la TSC (Bell 2011) y existe un caso de éxito a escala, Himachal Pradesh, el estado indio con un mayor salto en cobertura de saneamiento gracias a una política inspirada en el SanToLiC.

De esta manera, la primera década de SanToLiC en la India ejemplificaba los desafíos típicos del enfoque para convertirse en una campaña a gran escala: oposición, enfoque mixto, calidad de activación y exageración de resultados.

A finales de 2010, sin embargo, UNICEF en Madhya Pradesh inició otra estrategia, consistente en centrarse en una escala menor, el bloque (entre 100 y 200 comunidades), y acompañar el proceso de forma que se pudiesen contrarrestar dichos desafíos y se implementase el SanToLiC de forma coherente. La estrategia a largo plazo era utilizar el bloque como muestra del potencial del enfoque, para poder luego llevarlo a mayor escala con más fuerza tanto a nivel de apoyo político como de experiencia ganada.

El bloque donde se inauguró esta estrategia es Budni, en el distrito de Sehore. En la sección siguiente describo tanto el proceso político que llevó a la introducción del SanToLiC como el tipo de intervención que se llevó a cabo, y ejemplifico los resultados mediante un caso de éxito.

4.2. INTRODUCCIÓN DEL SanToLiC EN EL BLOQUE BUDNI: EL CASO DE MANJARKUI

Proceso de introducción del SanToLiC en Budni

La introducción del SanToLiC en Budni (Sehore district, Madhya Pradesh) tuvo lugar debido principalmente a que el CEO del bloque (funcionario jefe de dicho nivel administrativo) que fue destinado allí había participado anteriormente en un entrenamiento sobre SanToLiC y lo había intentado poner en práctica en su anterior puesto, viendo que tenía un gran potencial de generar cambios sobre el terreno. En colaboración con UNICEF en Madhya Pradesh, logró contrarrestar las dinámicas que solían afectar al SanToLiC e iniciar una campaña de saneamiento desde dicho enfoque, con el objetivo de hacer de Budni un bloque ODF.

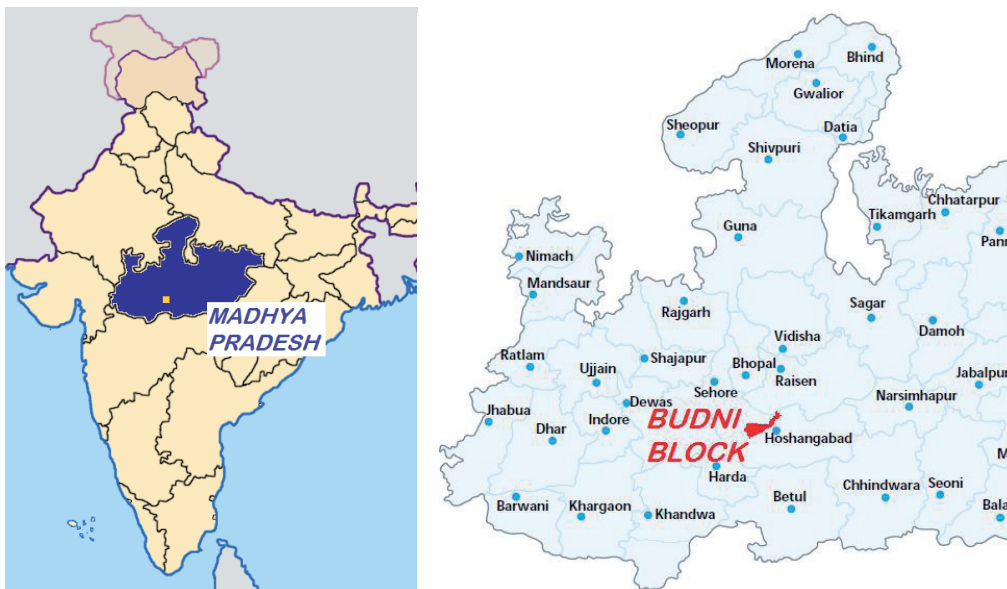


Figura 6: Localización del estado de Madhya Pradesh en India (izda.) y del bloque Budni dentro de Madhya Pradesh (dcha.)

(Adaptado por el autor)

El primer obstáculo fue una cierta oposición por parte de las autoridades distritales a que utilizase un enfoque diferente al resto de bloques, pero el apoyo de UNICEF confirió a su iniciativa la legitimidad suficiente como para acallar dicha oposición. Por otro lado, se organizaron varios entrenamientos para formar a facilitadores externos a la administración con recursos de UNICEF, desarrollando así un volumen de facilitadores suficientemente capacitado y no sujeto a las trabas burocráticas e inercias paternalistas presentes en el caso de trabajadores de la administración. El carácter voluntario del trabajo en su fase inicial y la transparencia en la gestión de los fondos de la campaña, también garantizó que los facilitadores fueran personas comprometidas



con su misión. Por otro lado, se enfatizó el hecho de que el saneamiento no es algo que se pueda hacer rápidamente, sino que requiere un esfuerzo continuado y que los resultados irían llegando. Por ejemplo, se decidió no plantear metas en cuanto a premios Nirmal Gram Puraskar a obtener, y los plazos para conseguir que las comunidades se hiciesen ODF eran muy flexibles. De esta manera, se pudo reducir en cierta medida la tendencia habitual a reportar logros de forma exagerada y sin conexión con la realidad. La política de cero subsidios a la construcción de letrinas también contribuyó a ello, así como a reducir la corrupción. Por último, la pasión del CEO del bloque por el saneamiento, la colaboración de UNICEF y el reconocimiento que recibían aquellos facilitadores y líderes comunitarios que se implicaban en la misma, resultó en una percepción generalizada de que el saneamiento era una prioridad política.

En la práctica, se logró que la implementación de la campaña fuese coherente con los principios en los que se inspiraba. Se creó un grupo de 17 facilitadores que se encargaban de realizar la pre-activación, la sesión de activación y el seguimiento en las distintas comunidades. Utilizaban las herramientas aprendidas en los entrenamientos, aunque adaptadas a sus especificidades, como la dificultad de utilizar un lenguaje tan crudo como el que el SanToLiC propone. También desarrollaron sus propias herramientas, generalmente utilizando aspectos religiosos (si defecas en el campo, las vacas –símbolo religioso– acabarán comiendo esos excrementos). Las labores de seguimiento por parte de los facilitadores se adaptaban al proceso de la comunidad después de la activación. Los comités más activos recibían visitas más frecuentes, mientras que en los más débiles se dejaba más tiempo para permitir que la comunidad reflexionase y decidiese tomarse en serio el saneamiento. En algunos casos se repetía la sesión de activación.



Fotografía 7: Actividad de seguimiento en la comunidad Gvaria, Budni
(El autor)

La primera fase de la campaña, en marcha durante la visita del autor en 2011, incluyó a unas 20 comunidades. El progreso variaba según cada comunidad. En algunas, era lento o casi inexistente. Pero la mayoría presentaba buenos resultados y de hecho, 11 fueron premiadas posteriormente con el trofeo Nirmal Gram Puraskar. Esto supone un éxito tremendo en el Madhya Pradesh rural, donde las buenas noticias sobre el saneamiento son escasísimas y se limitan a comunidades concretas, pero nunca a extensiones mayores como un bloque.



Fotografía 8: Un miembro de la comunidad posa delante de su recién construida letrina en la comunidad de Ratanpur, Budni
(El autor)

Entre las 11 comunidades premiadas, en 3 ó 4 se había dado un proceso muy intenso y empoderador para la comunidad. El caso de una de ellas, Manjarkui, se expone a continuación.

Manjarkui: el escenario

Manjarkui es una comunidad situada en el bloque de Budni, en medio de las llanuras que se extienden en la orilla norte del río Narmada (distrito Sehore, Madhya Pradesh). Las 210 familias que forman Manjarkui viven en un núcleo relativamente concentrado alrededor del lago, excepto 15 que viven en otro núcleo a 500 metros.



Figura 7: Mapa del área del GP de Manjarkui
(GoogleMaps 2011)



La población es hindi parlante y está compuesta por un 70% de hindúes y un 30% de musulmanes. La gran mayoría de los hogares es de casta media, siendo las castas bajas y los indígenas (tribus) grupos minoritarios. Alrededor del 40% de los hogares está por debajo de la línea de la pobreza.

La agricultura es el principal sustento de Manjarkui y se basa en el cultivo de trigo, lentejas y maíz. También se practica la ganadería a pequeña escala (búfalos, vacas y cabras). Un 20% de los hogares se sustenta a través del trabajo como jornalero o jornalera.

Manjarkui está a 90 minutos en coche de Bhopal, la capital de Madhya Pradesh, y 6 kilómetros de carretera la unen a Rehti, un pequeño centro urbano por el que además pasa una carretera principal. Hay suministro eléctrico de 7 de la tarde a 7 de la mañana, y ocasionalmente a mediodía. Cinco bombas de agua (manuales) públicas sirven a la comunidad, aunque la mayoría de los hogares tienen bombas privadas, con lo que no suele haber escasez de agua.

Hay tres escuelas públicas (primaria, media y superior) y un anganwadi (equivalente a una guardería), que comparten el edificio de la foto.



Fotografía 9: Complejo educacional de Manjarkui
(El autor)

Para asistencia médica primaria hay que desplazarse a Rehti, pero en la comunidad hay una persona con formación en salud que vende algunos medicamentos.

La situación global del Manjarkui es comparativamente buena, algo por encima de la media en el bloque de Budni. Hay un buen clima de gobernanza y cierta tradición de cooperación más allá de religiones o castas. No hay grandes desigualdades entre sus habitantes, aunque las familias que viven en el núcleo apartado presentan mayor vulnerabilidad, dado que están en terreno público. Además, el camino que conecta ambos núcleos está en muy malas condiciones durante la época de lluvias.

Hoy en día, todo el mundo utiliza letrinas, pero a finales de 2010 la situación era muy distinta. Un 85% de los hogares tenía letrina de programas previos por parte del gobierno u ONG. Sin embargo, en muchas familias se daba un uso irregular: durante ciertas épocas del año, algunos miembros de la familia, según el momento del día. Además, cientos de niños y niñas (muchos de aldeas vecinas) defecaban al aire libre durante el horario escolar, ya que las letrinas de la escuela no funcionaban.

Como resultado, había un considerable nivel de defecación al aire libre, que se concentraba en los límites de la comunidad y en el lago estacional pegado al pueblo. Esto generaba serios riesgos para la salud y, según los propios miembros de la comunidad, hacía imposible estar tranquilamente en la zona de la carretera. En la escuela –junto al lago–, el alumnado pasaba más tiempo espantando insectos que aprendiendo.

Llegada del SanToLiC a Manjarkui

En diciembre de 2010 se organizó una sesión de activación del SanToLiC. Previamente, los facilitadores habían consensuado con el líder de la comunidad, el secretario y la encargada del anganwadi un momento y lugar adecuado para todos. Una vez que se hubo reunido un grupo grande con suficiente presencia de mujeres, se realizó un paseo transversal y en la zona de defecación al aire libre se utilizaron herramientas como la del vaso de agua. También se discutió de las consecuencias de la defecación al aire libre en términos de gastos derivados de las enfermedades y en cuanto a la dignidad de las mujeres. En un momento dado, el grupo tomó conciencia de que estaban ingiriendo mierda unos de otros –en palabras de un miembro del comité de monitoreo– debido a los vectores de contaminación fecal-oral. Fue un momento de ignición, que hizo emerger líderes naturales y que llevó a la formación de un comité de monitoreo con el fin de cambiar las prácticas sanitarias de la comunidad. Ya desde la mañana siguiente, dicho comité empezó a ‘patrullar’ las áreas de defecación al aire libre, convenciendo a la gente de la necesidad de terminar con la defecación al aire libre -por las consecuencias sobre la salud y por una cuestión de dignidad- y cubriendo los excrementos de la gente con ceniza.

También identificaron los hogares de los que defecaban al aire libre en un mapa y les hicieron visitas en las que les sugerían construir letrinas secas para terminar con la defecación al aire libre inmediatamente y, más tarde, pasada la cosecha, construir unas mejores con arrastre de agua (pero de bajo de coste). El comité siguió patrullando cada mañana, incrementando gradualmente la presión hacia los que perseveraban en las prácticas anti-higiénicas. También cantaban eslóganes propios para difundir el mensaje, como “avergüénzate, termina con la defecación al aire libre”, en hindi “*sharam karo, sharam karo, khule me tatti, band karo*”.



Fotografía 10: Miembros del comité de monitoreo de Manjarkui
(El autor)

El comité tenía una sección de hombres y otra de mujeres. Las mujeres jugaron un papel muy importante, tanto en roles visibles como invisibles. Por un lado, participaron activamente en la motivación y fueron muy efectivas convenciendo a otras mujeres. Por otro lado, muchas asumieron más labores del hogar mientras los hombres estaban trabajando en la campaña. Los dieciséis miembros del comité incluían gente de diferentes religiones, ingresos, zonas de la comunidad y castas. Se intentó también involucrar a personas de diferente afiliación política, para evitar que tensiones partidistas pudieran afectar a la campaña. La integración y diversidad del comité hizo más fácil la aproximación a todo el mundo, ya que el diálogo entre iguales es siempre



más constructivo. Como resultado del trabajo del comité, la gente empezó rápidamente a poner en funcionamiento sus antiguas letrinas, a construir letrinas secas o a compartir letrina con parientes cercanos. En cuestión de días, la defecación al aire libre había terminado.

El comité de monitoreo empezó entonces a ofrecer apoyo para construir letrinas con arrastre de agua. Un miembro del comité con más recursos puso en marcha una tienda sanitaria donde ofrecía materiales a buenos precios, posibilitados por el descuento por mayor volumen en la compra a los proveedores y por exenciones fiscales negociadas con las autoridades. Así, las familias podían comprar arena, cemento, ladrillos y placas sanitarias a precios bajos e incluso a crédito muy cerca de su casa. En segundo lugar, dos miembros de los comités con experiencia como albañiles se ofrecieron para realizar las tareas de construcción de letrinas en los hogares, en algunos casos a crédito y en el caso de los hogares más pobres, de forma gratuita. De esta manera, las aproximadamente 20 familias que inicialmente tenían letrinas secas fueron paulatinamente avanzando en la escalera del saneamiento.



Fotografía 11: Ejemplo del avance en la escalera del saneamiento: a la derecha aparece una letrina seca construida al inicio de la campaña que se iba a dejar de utilizar y a cerrar una vez finalizada la letrina con arrastre de agua que aparece a la izquierda.

(El autor)

Se creó además un nuevo comité, el comité de limpieza, para atajar el problema de la acumulación de residuos sólidos. Cada semana, realizaba un barrido matutino de las calles de la comunidad. De paso, servía para mantener de tanto en tanto la vigilancia sobre las zonas de defecación al aire libre, asegurando que nadie volvía a utilizarlas.

En paralelo, se entabló un diálogo con la escuela para conseguir que las instalaciones de saneamiento fueran reparadas y puestas en funcionamiento nuevamente.

Resultados

Manjarkui fue declarada ODF en enero de 2011 y se convirtió en un caso de éxito que apareció incluso en la prensa local. En el momento de la investigación –marzo de 2011– la situación sanitaria era muy buena: el 96% de los hogares tenía ya letrina con arrastre de agua, mientras el resto compartía o usaba letrinas secas. Así, la encuesta realizada arrojó un uso regular de letrinas en el 99% de los hogares (intervalo de confianza $\pm 6\%$ y nivel de confianza 95%, con muestro aleatorio estratificado) y no había rastro de defecación al aire libre en ningún lugar de la comunidad. Tres cuartas partes de los hogares usaban jabón para lavarse las manos.

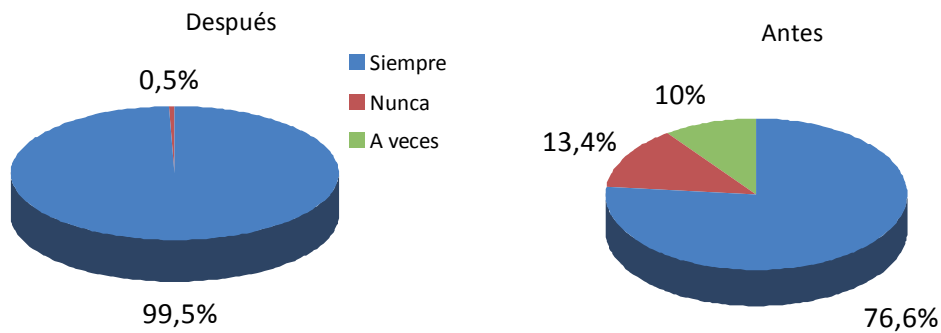


Figura 8: Uso de letrina en 2011 (izda.) y antes de la campaña de saneamiento (dcha.)
(Fuente: Encuesta)

Se partía ya de un uso relativamente alto (76,6%) aunque probablemente sobreestimado, dado que la pregunta de uso de letrina antes de la campaña es una que se brinda a una falsa respuesta positiva, al no poder ser contrastada fácilmente.

Como se ha señalado anteriormente, el 85% de las familias tenía letrinas antes de la campaña. Un 11% las construyó rápidamente y el restante 4% estaba en proceso de construcción en el momento de la investigación (figura 9).

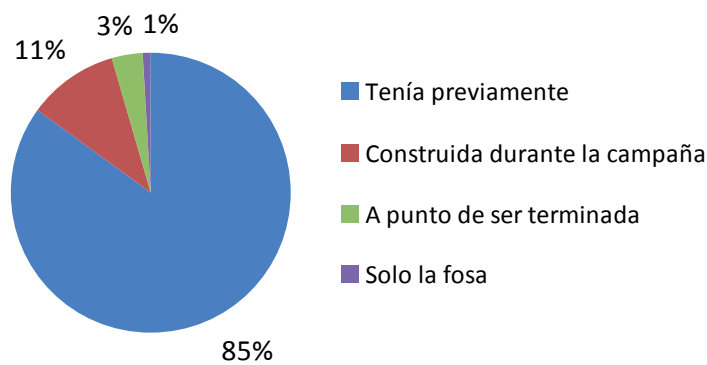


Figura 9: Estado de construcción de letrinas en marzo de 2011
(Fuente: Encuesta)

Cabe señalar que, antes de la campaña, la cobertura de letrinas era menor entre las familias que vivían bajo la línea de la pobreza (figura 10), con lo cual se puede considerar que la campaña fue inclusiva.

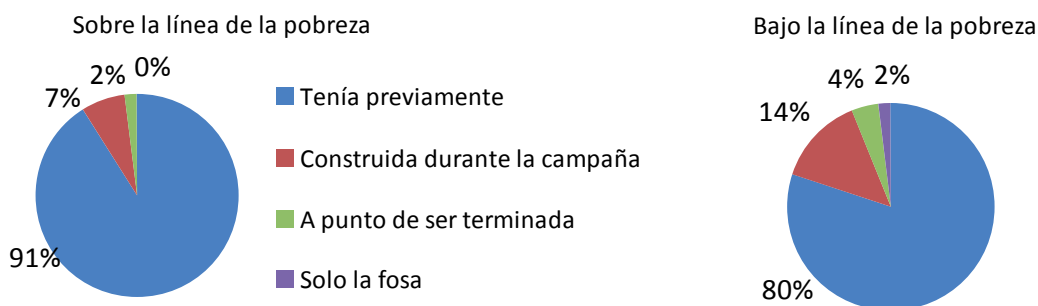


Figura 10: Estado de construcción de letrinas según nivel de ingresos
(Fuente: Encuesta)

La ratio de gente que teniendo letrina antes de la campaña, la utilizaba siempre, también era mucho más alta en el grupo sobre la línea de la pobreza (88% sobre 91% frente a 65% sobre 80%), señal de una mayor concienciación respecto a cuestiones de higiene (figura 11).

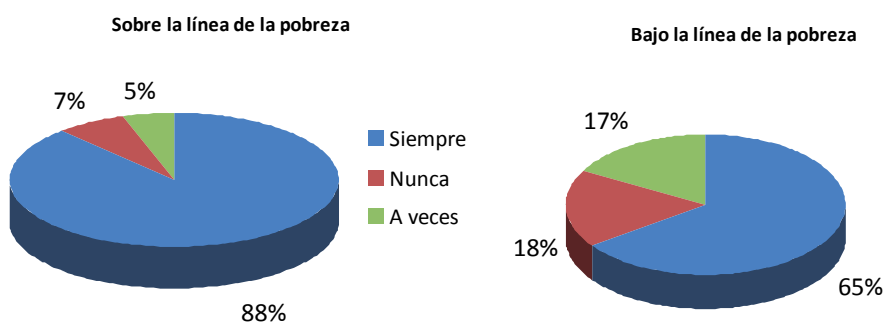


Figura 11: Uso de letrina antes de la campaña según nivel de ingresos
(Fuente: Encuesta)

Otro indicador respecto a la higiene es el lavado de manos con jabón, que practica un 80% de la población (figura 12).



Figura 12: Medio utilizado para el lavado de manos
(Fuente: Encuesta)

Las letrinas también presentaban buenas condiciones estructurales, así como en lo que respecta a limpieza (figura 13).

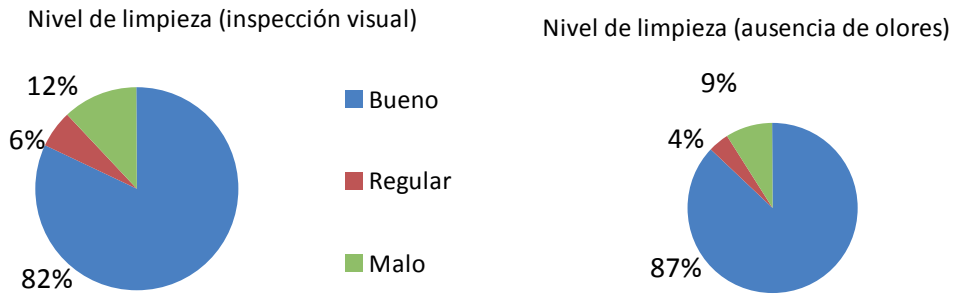


Figura 13: Estado de las letrinas en cuanto a limpieza
(Fuente: Encuesta)

El 64% de las letrinas tenía una puerta permanente (casi todas letrinas construidas antes de la campaña) y el 32% tenía un tejado permanente (figura 14).

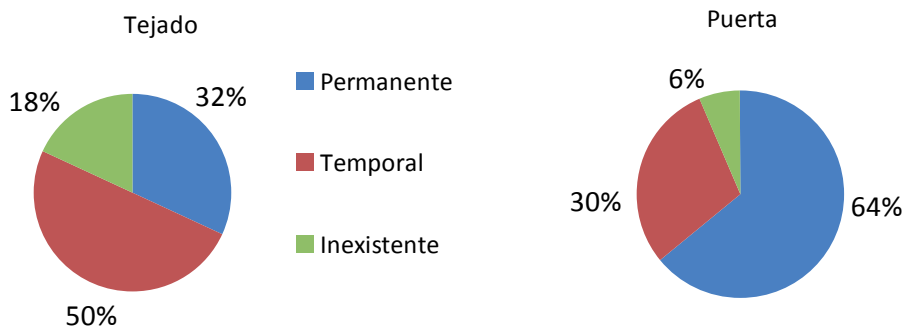


Figura 14: Existencia de tejado (izda.) y puerta (dcha.) en las letrinas
(Fuente: Encuesta)

El diseño mayoritario de las letrinas era el de arrastre de agua con fosa filtrante, bien realizada con ladrillos o con anillos de cemento (figura 15). Se dejaban agujeros en las paredes y en el suelo para el drenaje del líquido. En las plataformas, todas de cemento, se insertaban placas turcas de cerámica, comúnmente tipo Orissa (figura 15), con menor presencia del tipo 'rural', con mayor pendiente para favorecer el ahorro de agua.

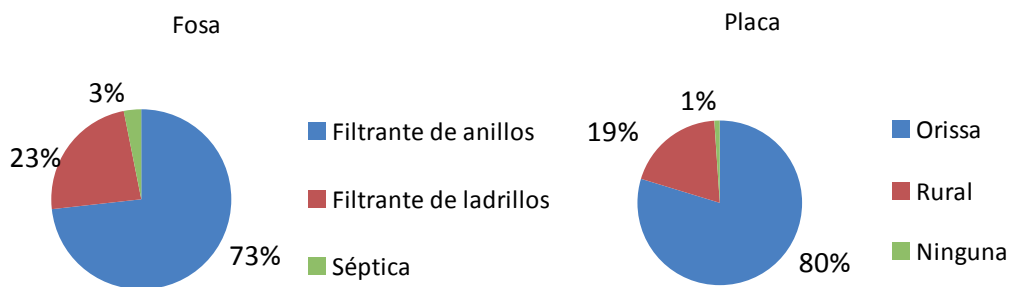


Figura 15: Tipo de fosa y de placa en las letrinas
(Fuente: Encuesta)



Fotografía 12: Fosa filtrante de ladrillos (izda.) y de anillos (dcha.)
(El autor)



Fotografía 13: Placa tipo rural (izda.) y placa tipo Orissa
(El autor)

Las estructuras de las letrinas antiguas eran mayoritariamente de ladrillo (enlucido o no), mientras que las letrinas recientes utilizaban telas o madera para la estructura (figura 16). Esto es natural, teniendo en cuenta la filosofía del SanToLiC de construir letrinas de bajo coste con materiales locales en el momento inicial.

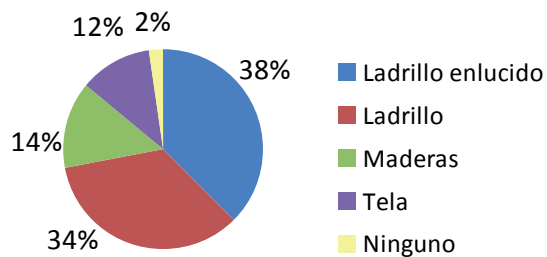


Figura 16: Material principal en la estructura de la letrina
(Fuente: Encuesta)



Fotografía 14: Distintos materiales utilizados para la estructura de la letrina: tela (arriba a la izda.), maderas (abajo a la izda.), ladrillo (arriba a la dcha.) y ladrillo enlucido (abajo a la dcha.)
(El autor)

En general, no se detectaron problemas importantes en el uso de letrinas, a excepción de aquellas cuyas fosas se llenaron en alguna ocasión, con la incomodidad resultante de tener que vaciarlas, generalmente contratando los servicios de terceras personas (figura 17).

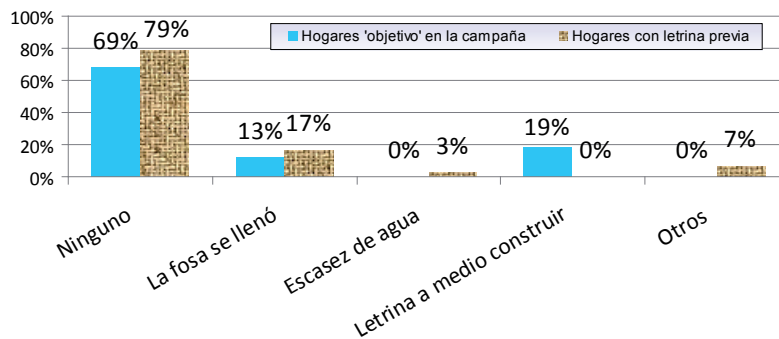


Figura 17: Problemas en el uso de la letrina mencionados en respuesta a una pregunta abierta, posteriormente categorizada (puede haber una o más categorías por hogar), según tipo de hogar
(Fuente: Encuesta)



Un aspecto preocupante observado es que entre aquellos que usaban todavía la letrina seca, el uso de una tapa era la excepción, con lo que no se cortaban eficazmente las vías de contaminación fecal-oral.

En cuanto a la dimensión de la equidad, las actividades del comité había tenido en cuenta a las familias con menos recursos, con lo que el uso de letrinas no variaba según el nivel de ingresos. Se contribuyó pues a cerrar la brecha entre ricos y pobres, ya que como se observaba anteriormente, la cobertura y uso de letrinas anteriormente era menor entre las familias viviendo bajo la línea de la pobreza.

Sin embargo, la campaña no se libró de un cierto sesgo geográfico: los dos únicos hogares sin letrina estaban en las “afueras” de la comunidad. El primero estaba formado por una mujer viuda y su hijo, mientras el segundo era una pareja mayor, siendo él ciego. Su no inclusión en la construcción de letrinas se debía a razones sociopolíticas. Por un lado, la viuda sentía que, en su condición, recibir ‘favores’ podía ponerla en una situación comprometida, así que había rechazado la ayuda del comité y estaban compartiendo la letrina con su hermano hasta poder construir la suya propia. En cuanto a la pareja mayor –los únicos que todavía defecaban al aire libre– el comité había empezado a construir la letrina pero no pasó de la fosa filtrante, dado que la propiedad del terreno era de una persona que tenía rivalidad política con los líderes del comité y no permitió que continuase la construcción.

En cuanto al saneamiento fuera del hogar, el único punto problemático estaba en un mercado de trigo situado entre Manjarkui y la comunidad vecina (a unos 600m), donde había varios jornaleros trabajando permanentemente y no había instalaciones sanitarias. En el complejo educativo se seguía compartiendo la letrina entre las tres escuelas y el anganwadi, pero ahora estaba en perfecto funcionamiento y había instalaciones separadas para niños y niñas. Por lo que respecta a las aguas grises (higiene personal, limpieza, lavado...) había un rudimentario sistema de desagües abiertos que conducía dichas aguas hasta un campo. Pese a no ser un sistema totalmente adecuado y generar ciertos problemas en la zona final, sí era efectivo a la hora de evitar el encharcamiento en muchas zonas.

A modo de conclusión, se puede decir que en Manjarkui hubo un cambio radical en cuanto a las prácticas de saneamiento, eliminando la defecación al aire libre en semanas y cambiando la percepción social sobre su aceptabilidad.

A pesar del corto espacio de tiempo transcurrido, ya se percibían los beneficios de la situación, especialmente los más inmediatos. Así, en la encuesta realizada, destacaba la comodidad como la ventaja más citada, seguida a distancia por la salud y la limpieza.

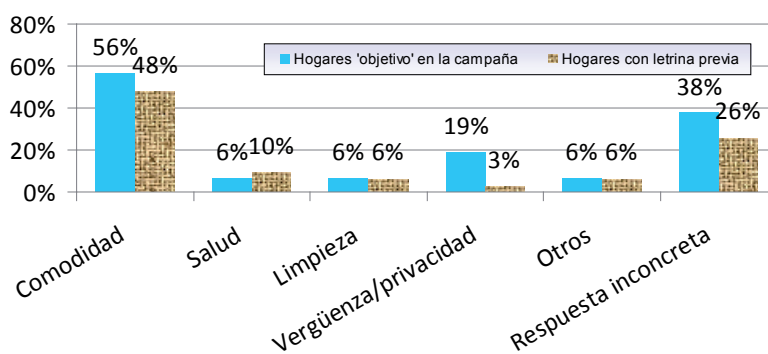


Figura 18: Beneficios del uso de letrinas mencionados en respuesta a una pregunta abierta, posteriormente categorizada (puede haber una o más categorías por hogar), según tipo de hogar

(Fuente: encuesta)

Es interesante observar que no existen prácticamente diferencias entre los hogares que antes tenían letrinas y los que las construyeron durante la campaña. La excepción es la vergüenza/privacidad, aspecto destacado entre estos últimos hogares, probablemente debido a haber sido objeto de la ‘vigilancia’ por parte del comité de monitoreo de la comunidad.

La baja importancia de la salud es un dato preocupante, en tanto en cuanto muestra una cierta falta de concienciación al respecto. Sin embargo, en las entrevistas sí surgió de forma recurrente el impacto en la salud. La trabajadora del anganwadi comentó que cada mes era habitual tener un par de casos de diarrea y fiebre entre los niños y niñas, pero que la cifra se había reducido mucho desde la campaña. Además, el vendedor de tratamientos de rehidratación post-diarrea señaló que su volumen de ventas se había reducido drásticamente. También una mujer que vivía cerca de las antiguas zonas de defecación al aire libre percibía el cambio, y señalaba que sus cuatro hijos solían enfermar con cierta frecuencia, pero “en los dos últimos meses mis niños no se han puesto enfermos” (entrevista a Bai S.). Eran sobre todo las mujeres quienes destacaban este tipo de beneficios. Por ejemplo, durante un taller participativo realizado, hicieron especial hincapié en la higiene, la vergüenza y la disminución de moscas y mosquitos. Una niña escribió en una nota (en el marco de una dinámica): “Me gusta mucho la campaña, ahora no tenemos vergüenza de usar las letrinas en nuestro colegio”.



Fotografía 15: Taller participativo en Manjarkui
(El autor)

Sostenibilidad y factores de éxito

Una visita unos meses después, confirmó que las familias iban subiendo en la escalera del saneamiento y que el estatus ODF se mantenía.

Uno de los factores clave de este éxito fue el empoderamiento del comité de monitoreo, con líderes naturales muy motivados. Dado que su labor era voluntaria y que la construcción de letrinas no estaba subsidiada, los miembros de la comunidad tenían claro que sus intenciones al promover la campaña eran honestas. Además, el hecho de incluir a personas de todos los grupos sociales de la comunidad, también ayudó a hacer la campaña inclusiva. La labor del comité fue reconocida en Mayo de 2011, en una ceremonia donde se premió a los tres comités más activos de Budni, entre ellos el de Manjarkui.

Otro factor de éxito fue el apoyo recibido desde ‘fuera’, especialmente por parte de los facilitadores. Dos de ellos eran del propio Manjarkui, con lo que el proceso de acompañamiento fue muy constante. También desde la administración se apoyó la campaña, tanto mediante la implicación directa del CEO como a través de las mejoras realizadas en la escuela, que enviaron un mensaje claro de la importancia del saneamiento y el nivel de prioridad que le otorgaba la administración.

Finalmente, el enfoque de saneamiento utilizado fue también crucial para el éxito de la campaña. El SanToLiC permitió romper el tabú sobre el saneamiento y movilizar a las personas. Se ponía además claramente el foco en lo colectivo –toda la comunidad debe dejar de defecar al aire libre– y en el cambio de comportamiento (en vez de en la infraestructura). El comité también utilizó un abanico muy amplio de herramientas para motivar dicho cambio con distintos argumentos y combinando adecuadamente la presión (patrullando áreas de defecación al aire libre) y el apoyo (de cara a la construcción de letrinas). El saneamiento se entendía como un esfuerzo continuado en el tiempo, como refleja la creación del comité para barrer las calles.



Finalmente, en Febrero de 2012, Manjarkui recibió el premio nacional Nirmal Gram Puraskar.



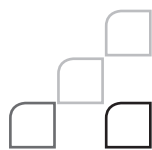
Fotografía 16: Certificado y trofeo *Nirmal Gram Puraskar* obtenido por Manjarkui
(El autor)

Una nueva visita del autor en Noviembre de 2013 certificó que la situación seguía siendo muy buena. No había rastro de defecación al aire libre y muchas familias habían terminado sus letrinas o construido otras mejores. Sin embargo, había también un número considerable de familias que no habían avanzado en la escalera del saneamiento, y seguían teniendo estructuras temporales (paredes de tela o ramas, muchas veces sin techo), vulnerables a los efectos climatológicos.



Fotografía 17: Ejemplos contrapuestos de movimientos en la escalera del saneamiento; a la izquierda, una letrina recién construida para sustituir una peor, a la derecha, una letrina con estructura temporal, recientemente dañada por una tormenta
(El autor)

En el caso de éxito que representa Manjarkui dentro del bloque Budni existen también factores contextuales relevantes. En el lado positivo, la comunidad presentaba una buena gobernanza, con cierto sentimiento de unidad y tradición de acción colectiva (para conseguir el asfaltado del camino hasta una carretera principal). Otros aspectos favorables eran el nivel educativo relativamente alto, el alto porcentaje de familias que ya disponían de letrinas y la baja tasa de pobreza. Factores a priori negativos eran la existencia de un terreno público que había sido ocupado por numerosas familias, la brecha entre cobertura y uso o la diversidad religiosa.



BIBLIOGRAFÍA

- ACHIRO, B., 2008. *LeaPPS Uganda: Community Health Clubs*. IRC.
- ALOK, K., 2010. *Squatting with Dignity. Lessons from India*. SAGE Publications.
- BELL, B.J., 2011. *Homing In on Household Sanitation Access-Usage Gaps: A Comparative Study of Sustainability and Equitability Aspects of the Total Sanitation Campaign in Northern India*. Master thesis edn. Faculty of Geosciences Theses, Utrecht University.
- BLACK, M., 1998. *1978-1998 Learning What Works: A 20 Year Retrospective View on International Water and Sanitation Cooperation*. Washington: UNDP-World Bank Water and Sanitation Program.
- BLACK, M. AND FAWCETT, B., 2008. *The Last Taboo. Opening the Door on the Global Sanitation Crisis*. London: Earthscan.
- CHAMBERS, R., 2009. *Going to Scale with Community-Led Total Sanitation: Reflections on Experience, Issues and Ways Forward*. Institute of Development Studies.
- DEAK, A., 2008. *Taking Community-Led Total Sanitation to Scale: Movement, Spread and Adaptation*. Institute of Development Studies.
- DEVINE, J., 2009. *Introducing SaniFOAM: A Framework to Analyze Sanitation Behaviors to Design Effective Sanitation Programs*. Water and Sanitation Program.
- GANGULY, S., 2008. India's national sanitation and hygiene programme: From experience to policy West Bengal and Maharashtra models provide keys to success. In: J. WICKEN, J. VERHAGEN, C. VAN WIJK-SIJBESMA, C. DA SILVA and P. RYAN, eds, *Beyond construction. Use by all. A collection of case studies from sanitation and hygiene promotion practitioners in South Asia*. IRC International Water and Sanitation Centre and WaterAid, pp. 126-147.
- GOOGLEMAPS, 2011-last update, Satellite image of Manjarkui GP. Available: <http://goo.gl/maps/dUFTk> [06/11, 2011].
- GOVERNMENT OF INDIA, 2012. *Census of India 2011. Houses, Household Amenities and Assets. Latrine Facility*. Government of India.
- GOVERNMENT OF INDIA, 2011. *Enhanced Quality of Life through Sustained Sanitation. India Country Paper. SACOSAN - IV edn*. Colombo, Sri Lanka: Department of Drinking Water and Sanitation. Ministry of Rural Development. Government of India.
- GOVERNMENT OF INDIA, 2011. *Towards Nirmal Bharat. Rural Sanitation and Hygiene Strategy 2010-2022*. Department of Drinking Water and Sanitation. Ministry of Rural Development. Government of India.
- GOVERNMENT OF INDIA, 2002. *India: Assessment 2002 - Water Supply and Sanitation*. Planning Commission, Government of India.
- GOVERNMENT OF INDIA, 2001. *Central Rural Sanitation Programme: Total Sanitation Campaign*. New Delhi: Department of Drinking Water Supply, Ministry of Rural Development.
- HANCHETT, S., KRIEGER, L., HOQUE KAHN, M., KULLMANN, C. AND AHMED, R., 2011. *Long-Term Sustainability of Improved Sanitation in Rural Bangladesh*. World Bank.

- HOWES, M., HUDA, E. AND NASER, A., 2011. NGOs and the implementation of CLTS in Bangladesh: Selected case studies. In: L. MEHTA and S. MOVIK, eds, *Shit Matters. The potential of community-led total sanitation*. Rugby: Practical Action Publishing, pp. 53-69.
- HUESO, A., 2013. *Pathways to Sustainability in Community-Led Total Sanitation. Experiences from Madhya Pradesh and Himachal Pradesh*. València: Universitat Politècnica de València.
- INTERAIDE AND ENGINEERS WITHOUT BORDERS CANADA, 2012. *Community follow-up workshop facilitation guide: for orientation of community leaders*. Global Sanitation Fund, Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Plan International.
- IRC, 2008. *CLTS-Plus: some suggestions for strengthening Community-Led Total Sanitation*. The Hague, The Netherlands: IRC International Water and Sanitation Centre.
- JOSHI, A., 2011. CLTS in India and Indonesia: Institutions, incentives and politics. In: L. MEHTA and S. MOVIK, eds, *Shit Matters. The potential of community-led total sanitation*. Rugby: Practical Action Publishing, pp. 191-204.
- KAR, K., 2011. Foreword. In: L. MEHTA and S. MOVIK, eds, *Shit Matters. The potential of community-led total sanitation*. Rugby: Practical Action Publishing, .
- KAR, K. AND CHAMBERS, R., 2008. *Handbook on Community-Led Total Sanitation*. Institute of Development Studies/PLAN International edn.
- KAR, K. AND MILWARD, K., 2011. *Digging in, Spreading out, and Growing up: Introducing CLTS in Africa*. Institute of Development Studies.
- KAR, K. AND PASTEUR, K., 2005. *Subsidy or self-respect? Community led total sanitation. An update on recent developments*. Brighton: Institute of Development Studies.
- KUMAR, N. AND SHUKLA, J.P., 2011. CLTS in the context of a countrywide programme in India: Public good, private good? In: L. MEHTA and S. MOVIK, eds, *Shit Matters. The potential of community-led total sanitation*. Rugby: Practical Action Publishing, pp. 131-142.
- LUKENYA WORKSHOP, P., 2011. *Lukenya Notes: Taking Community Led Total Sanitation to Scale with Quality. Outputs from a workshop in Nairobi, Kenya, 24th-27th July 2011*. Institute of Development Studies.
- LUYENDIJK, R., 2012. *Equity Analysis for Rural Sanitation*. Stockholm: World Water Week.
- MCCONVILLE, J., 2008. *Assessing Sustainable Approaches to Sanitation Planning and Implementation in West Africa*. Stockholm: Royal Institute of Technology.
- MEHTA, L., 2011. Introduction: Why shit matters: Community-Led Total Sanitation and the sanitation challenge for the 21st century. In: L. MEHTA and S. MOVIK, eds, *Shit Matters. The potential of community-led total sanitation*. Rugby: Practical Action Publishing, pp. 1-22.
- MOOIJMAN, A., SNEL, M., GANGULY, S. AND SHORDT, K., 2010. *Strengthening Water, Sanitation and Hygiene in Schools – A WASH guidance manual with a focus on South Asia*. The Hague, The Netherlands: IRC International Water and Sanitation Centre.
- MOSLER, H.J., 2012. A systematic approach to behavior change interventions for the water and sanitation sector in developing countries: a conceptual model, a review and a guideline. *Journal of Environmental Health Research*, **22**(5), pp. 431-449.
- MOVIK, S., 2008. *CLTS, Dynamics and Sustainability: Perspectives on Challenges and Pathways*. Brighton, UK: IDS.



- MOVIK, S. AND MEHTA, L., 2009. *Going with the Flow? Directions of Innovation in the Water and Sanitation Domain*. Brighton: STEPS Centre.
- MUSYOKI, S.M., 2007. *'Sceptics and Evangelists': Insights on Scaling up Community Led Total Sanitation (CLTS) in Southern and Eastern Africa*. Brighton UK: Institute of Development Studies.
- PANTER-BRICK, C., CLARKE, S.E., LOMAS, H., PINDER, M. AND LINDSAY, S.W., 2006. Culturally compelling strategies for behaviour change: A social ecology model and case study in malaria prevention. *Social Science & Medicine*, **62**, pp. 2810-2825.
- PAPAFILIPPOU, N., TEMPLETON, M.R. AND ALI, M., 2011. Is there a role for external technical support in the Community-Led Total Sanitation (CLTS) approach? *International Development Planning Review*, **33**(1), pp. 81-94.
- PATTANAYAK, S.K., YANG, J., DICKINSON, K.L., POULOS, C., PATIL, S.R., MALLICK, R.K., BLITSTEIN, J.L. AND PRAHARAJF, P., 2009. Shame or subsidy revisited: social mobilization for sanitation in Orissa, India. *Bull World Health Organ*, **87**(8), pp. 580-587.
- ROSENSWEIG, F., PEREZ, E. AND ROBINSON, A., 2012. *Policy and Sector Reform to Accelerate Access to Improved Rural Sanitation*. Water and Sanitation Program.
- SANAN, D., 2011. The CLTS Story in India: The Sanitation Story of the Millennium. In: L. MEHTA and S. MOVIK, eds, *Shit Matters. The potential of community-led total sanitation*. Rugby: Practical Action Publishing. .
- SHORDT, K., 2003. *Sustaining hygiene behaviours*. (WELL factsheet) edn. Loughborough, UK: Water, Engineering and Development Centre.
- SIMPSON-HEBERT, M., SAWYER, R. AND CLARKE, L., 1997. *The Phast Initiative: Participatory Hygiene and Sanitation Transformation. A new approach to working with communities*. WHO and UNDP/World Bank Water and Sanitation Program.
- STOCK, A., 2011. *The Human Right to Water and Sanitation. Training Materials*. WECF.
- TANDON, A., 2011-last update, Sanitation campaign has come a cropper: Jairam [Homepage of Tribune India], [Online]. Available: <http://www.tribuneindia.com/2011/20111022/nation.htm#6> [09/13, 2012].
- TYAGI, A., HUTTON, G. AND SEN, S., 2010. *The economic impacts of inadequate sanitation in India: Inadequate sanitation costs India Rs. 2.4 trillion (US\$53.8 billion)*. Water and Sanitation Program.
- UNDP, 2006. *Human Development Report 2006: Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis*. New York: United Nations Development Programme.
- UNICEF, 2002. *Learning from Experience: Water and Environmental Sanitation in India*. UNICEF.
- UN-WATER, 2008. *Tackling a global crisis: International Year of Sanitation 2008*. UN-Water.
- WATER AND SANITATION PROGRAM, 2012, 2012-last update, What is Sanitation Marketing? [Homepage of World Bank], [Online]. Available: <http://www.wsp.org/wsp/toolkit/what-is-sanitation-marketing> [9/7, 2012].
- WATERAID, 2009. *Burden of Inheritance*. WaterAid India.
- WATERAID, 2009. *Sustainability and equity aspects of total sanitation programmes. A study of recent WaterAid-supported programmes in three countries. Global synthesis report*.
- WATERAID, 2008. *Feeling the Pulse: A Study of the Total Sanitation Campaign in Five States*. WaterAid India.
- WATERAID, 2008. *Technology Notes*. WaterAid.

WHO, 2003. *Looking back: Looking ahead. Five decades of challenges and achievements in environmental sanitation and health*. World Health Organization.

WHO AND UNICEF, 2013. *Progress on Sanitation and Drinking Water: 2013 Update*. Geneva: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation.

WHO AND UNICEF, 2012. *Progress on Drinking Water and Sanitation: 2012 Update*. Geneva: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation.

WHO AND UNICEF, 2004. *Meeting the MDG drinking water and sanitation target: mid-term assessment of progress*. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation.

WORLD BANK, 1999. *Rural Water Supply and Sanitation*. Washington: The World Bank.

WSSCC, 2010. *Hygiene and Sanitation Software. An Overview of Approaches*. Geneva: Water Supply and Sanitation Collaborative Council.

sobre el autor

Andrés Hueso González es investigador en temas de desarrollo. Realizó el Máster en Políticas y Procesos de Desarrollo de la UPV tras haber cursado Ingeniería Industrial. Realizó su tesis doctoral sobre saneamiento y sostenibilidad, utilizando como caso de estudio las experiencias de SanToLiC en dos estados de la India. En el marco de la tesis, realizó trabajo de campo durante medio año y contó con la colaboración de la Community-Led Total Sanitation Foundation, UNICEF Madhya Pradesh y el gobierno de Madhya Pradesh. Además, fue investigador visitante en el Insitute of Development Studies de Brighton, Reino Unido. Como miembro del Grupo de Estudios en Desarrollo, Cooperación y Ética, se ha especializado en temas como el desarrollo humano, el papel de la tecnología en el desarrollo (especialmente el saneamiento) y el análisis de políticas, y ha realizado investigaciones en países como Bolivia, Angola e India. Ha combinado su labor investigadora con la docencia, tanto en temas de saneamiento como en metodología de investigación cuantitativa.



Programas de saneamiento rural: Panorama, enfoques y el caso del SanToLiC en la India

Los primeros programas de saneamiento, basados en la construcción subvencionada de letrinas, nacieron en los años 80. Más adelante se introdujeron las tecnologías apropiadas y los enfoques para el fomento del cambio de conducta higiénica. Sin embargo, la cobertura de saneamiento es la meta que más se aleja de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y hoy en día 2.500 millones de personas defecan al aire libre o en letrinas antihigiénicas, con graves consecuencias sobre su salud, educación y dignidad. Este monográfico describe la situación mundial del saneamiento y la evolución del sector. Presenta los enfoques existentes, con especial énfasis en uno de los más influyentes actualmente: el Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (SanToLiC, o CLTS en inglés), basado en la facilitación participativa y en la acción colectiva para liberar a las comunidades de defecación al aire libre. Finalmente se describe el caso de la India y la introducción del SanToLiC en una región.

