

*Community-Led Total Sanitation* (CLTS) és un enfocament de sanejament basat en la facilitació participativa per tal que les comunitats rurals analitzen la seua situació sanitària i els riscos de la defecació a l'aire lliure. Així, es genera un desig per part de la comunitat de passar a l'acció i convertir-se en un lloc lliure de defecació a l'aire lliure (ODF - *open defecation free*). L'enfocament CLTS ha demostrat ser més efectiu que enfocaments anteriors i s'ha expandit ràpidament per tot el món. A l'Índia, on es concentra més de la meitat de la població del món que defeca a l'aire lliure, el CLTS s'enfronta a certes dificultats, principalment a causa de la incompatibilitat amb la campanya de sanejament del govern indi, però hi ha algunes àrees on sí que s'ha pogut introduir amb un cert èxit. D'altra banda, hi ha evidències de comunitats –tant a l'Índia com en altres llocs– que tornen a defecar a l'aire lliure després d'haver sigut declarades ODF. Això planteja preguntes importants en relació a la sostenibilitat dels resultats del CLTS.

Per a llançar llum sobre aquestes qüestions, aquesta tesi pretén explorar com va contribuir la introducció del CLTS a Madhya Pradesh (MP) i Himachal Pradesh (HP) al sanejament sostenible, tenint en compte tant el procés polític que va determinar la intervenció en l'àmbit local, com els mecanismes a través dels quals aquesta intervenció va contribuir al sanejament sostenible. Per a això, utilitze un marc analític inspirat en el *Pathways Approach*, on la sostenibilitat és entesa des d'una perspectiva dinàmica i normativa (que es mantinga l'estatus ODF amb més justícia social) i on es dóna rellevància als processos polítics entorn de la sostenibilitat, incloent-hi el discurs, els agents i els interessos polítics. Utilitze tres casos d'estudi: Khandwa district (MP), Mandi district (HP) i Budni block (MP). La metodologia és predominantment qualitativa, basada en entrevistes a tots els nivells administratius i en treball de camp intensiu, incloses visites curtes a múltiples comunitats i estudis en profunditat en una comunitat en cada cas d'estudi.

Les evidències varien per a cada cas. A Khandwa district, el CLTS va ser introduït el 2007. Però a causa de la pressió per part de l'estat (MP) per a aconseguir premis de sanejament i els interessos creats a nivell local, es va acabar utilitzant un enfocament mixt, amb eines participatives del CLTS, però basat en la construcció de latrines amb subsidis. El desigual progrés inicial no es va mantenir, i moltes famílies van tornar a defecar a l'aire lliure al cap d'un temps. Les principals causes van ser la falta d'apropiació, la baixa qualitat de construcció i la falta d'interès després de l'obtenció dels premis i el trasllat administratiu dels qui van liderar la introducció del CLTS. A Mandi district, amb una política estatal (HP) favorable i el suport d'una ONG local, autoritats motivades pel sanejament van iniciar el 2006 una campanya inspirada en els principis del CLTS, però usant el teatre comunitari i visites porta a porta en lloc de les eines del CLTS. L'ús de latrines va créixer radicalment i s'ha mantingut, i ha canviat la percepció social sobre el sanejament. A Budni block (MP), un impulsor del CLTS es va convertir en màxima autoritat administrativa de la demarcació. La seua experiència i el suport d'UNICEF van contrarestar interessos oposats i permeteren l'engegada, a la fi del 2010, d'una campanya coherent amb el CLTS. Es van realitzar facilitacions en nombroses comunitats, que van formar comitès de sanejament per a fer les seues comunitats ODF. Encara que era una fase inicial, es va poder observar que la campanya estava contribuint al canvi de comportament col·lectiu en una part considerable de les comunitats.

Cal extraure una sèrie de conclusions a partir d'aquestes evidències. En primer lloc, la campanya de sanejament de l'Índia s'implementa de forma vertical i sense tenir en compte la demanda local, en contra de les directrius oficials. Això es deu a interessos de diferents actors: clientelisme polític, inèrcia tecnocràtica o rendició de comptes mal orientada. Tot això afecta també el CLTS, fent complicada la introducció a gran escala: els interessos oposats poden donar lloc a enfocaments mixts i resultats pobres. Però, quan els agents que impulsen el CLTS tenen el poder i el compromís suficients, són capaços d'assolir intervencions coherents, amb resultats excel·lents. El que fa que les intervencions tinguin èxit és que les comunitats s'apropien del problema del sanejament, treballen en comitès per a acabar amb la defecació a l'aire lliure i aconseguisquen fer prevaldre la perspectiva col·lectiva sobre el sanejament. La facilitació mitjançant el CLTS –però també altres eines basades en les emocions, com el teatre comunitari– poden mobilitzar un grup de persones per a formar un comitè. Tanmateix, es tracta només d'un primer pas dins del llarg i difícil procés de canviar la perspectiva social del sanejament, per la qual cosa aquest comitè necessitarà un suport adequat. A més, les comunitats solen presentar diversitat i fortes bretxes socials, i falta per tant un sentiment d'unitat. Així, la inclusió de tots els grups en la facilitació i en els comitès es converteix en un element crucial per a arribar a tota la comunitat. De la mateixa manera, no es pot donar per fet que les famílies més necessitades reben ajuda d'altres famílies, sinó que això s'haurà de promoure. Finalment, s'ha observat que, per falta de suport tècnic, hi ha dissenys de latrina ineficients que afecten la sostenibilitat i poden provocar riscos sanitaris. En qualsevol cas, quan la perspectiva col·lectiva de sanejament s'assenta en una comunitat, molts dels desafiaments que apareixen reben una resposta adequada.