



3

L'enorme dèficit del sanejament

**«“Volem latrines!”, van exclamar.
“Estem fent les nostres necessitats
a la vista de tothom.
Les latrines són per a vosaltres,
el gran poble”.»**

**El mahatma Gandhi, recordant els greuges dels intocables,
Comitè de Sanejament de Rajkot, 1896**

**«L'aigua bruta
no es pot rentar.»**

Proverbi africà

L'accés a un sanejament bàsic és un objectiu crucial del desenvolupament humà per si mateix, però el sanejament és també un mitjà per a finalitats més àmplies del desenvolupament humà

«La història de la humanitat», va escriure Victor Hugo a *Els miserables*, «es reflecteix en la història de les clavegueres... La claveguera és la consciència d'una ciutat».¹ Utilitzava les clavegueres de mitjan segle XIX a París com a metàfora de la condició de la ciutat. Però és cert que en un sentit més ampli l'estat del sanejament ens diu alguna cosa sobre l'estat d'una nació i, encara més, sobre l'estat del desenvolupament humà.

Com a comunitat global ens enfrontem a un enorme dèficit en el sanejament –un dèficit que es concentra d'una manera aclaparadora en els països en via de desenvolupament. Avui, gairebé una de cada dues persones que viuen en el món en via de desenvolupament no tenen accés a un sanejament millorat. I són molts més els que no tenen accés a un sanejament de bona qualitat. Mentre que el proveïment de sanejament per a tots ha estat un dels objectius claus del desenvolupament des de la dècada de 1970, el progrés ha estat extremadament lent. Els índexs de cobertura estan millorant, però sense un augment ràpid de l'abast i l'eficàcia dels programes de sanejament, la fita de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni per al 2015 quedarà ben lluny d'acomplir-se.

Això suposaria un revés important per al desenvolupament humà. Cada punt percentual que separa la fita de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni dels resultats reals, es tradueix en desenes de milions de persones afectades per malalties i desenes de milers de morts infantils que podrien evitar-se. L'accés a un sanejament bàsic és un objectiu crucial del desenvolupament humà per si mateix: per a milions de persones, el fet de no tenir una instal·lació de vàter privada, segura i còmoda és una font diària d'indignitat, així com una amenaça per al benestar. Però el sanejament és també un mitjà per a finalitats més àmplies del desenvolupament humà. Sense un sanejament bàsic, disminueixen les possibilitats d'accés a aigua neta –i la salut, el gènere i d'altres desigualtats associades al dèficit de sanejament minen sistemàticament el progrés en l'educació, la reducció de la pobresa i la creació de riquesa.

Les millores en sanejament poden ampliar les possibilitats reals d'escollir i les llibertats substantives de les persones, i actuar com a catalitzadores d'un llarg seguit de consecucions per al desenvolupament humà. Poden protegir les persones –i especialment els infants– d'una mala salut. Poden ajudar les persones a sortir de la pobresa, a reduir els riscos i les vulnerabilitats que perpetuen els cicles de privacions. Poden fer augmentar la productivitat, estimular el creixement econòmic i crear llocs de treball. I poden fer que les persones se sentin orgulloses de les seves llars i les seves comunitats.

Aquest capítol posa en relleu l'abast del dèficit global en el sanejament. Després d'esbossar breument els contorns del dèficit en el sanejament, es pregunta per què els avenços en la reducció d'aquest dèficit han estat tan lents, i identifica alguns dels factors estructurals que expliquen per què els progressos en el sanejament s'han quedat enrere respecte dels que fan referència a l'aigua. La incapacitat de superar les desigualtats i de crear possibilitats d'elecció per als sectors més pobres de la societat és una part central del problema. El capítol explora algunes de les polítiques i de les estratègies que han creat un entorn que possibilita un progrés accelerat. Algunes intervencions organitzades pels habitants de barris desfavorits o de zones rurals pobres mostren el que es pot aconseguir a través d'intervencions impulsades per les comunitats amb unes condicions institucionals adequades. Però l'acció que sorgeix de la base és una condició insuficient per a un progrés accelerat. La clau del progrés es troba en la col·laboració entre comuni-

Les simples distincions entre tecnologies «millorades» i «no millorades» tendeixen a subestimar l'abast del dèficit en el servei del sanejament

tats i governs locals sota el paraigua d'estratègies nacionals efectives.

Cal eliminar molts obstacles perquè el món pugui accelerar el progrés en el sanejament. Potser l'obstacle més gran és l'estigma. S'ha escrit molt sobre el sentiment de vergonya que experimenten les persones que no tenen accés a serveis de sanejament. En els àmbits polítics més elevats hi ha una tendència aclaparadora a considerar el sanejament com un problema que hauria de romandre fora de la vista. El fet que la defecació oberta sigui una realitat forçosa per a més de la meitat de la població del món en via de desenvolupament i els consegüents costos per al desenvolupament humà i econòmic nacional, no impulsen els líders polítics a designar ministres o comissions d'alt nivell per fer front al que és una emergència nacional. En lloc d'això, el sanejament es relega als quaters posteriors de la política.

Els paral·lelismes amb la sida són alhora instructius i desconcertants. La sida es considerava un problema que calia escombrar sota la catifa. El món encara paga el preu de la manca de voluntat per donar un lideratge decisiu quan encara hauria estat possible fer front a la pandèmia amb una intervenció primerenca. Pel que fa al sanejament, milions de persones han de pagar cada dia el preu de la incapacitat d'afrontar el problema d'uns serveis inadequats, i moltes d'elles, especialment els infants de famílies pobres, ho paguen amb la pròpia vida. En el cas de la sida, no va ser fins que els líders polítics, els grups de la societat civil, els mitjans de comunicació i les persones corrents van començar a parlar obertament del problema, que el tema va saltar a l'agenda política i va començar a generar una resposta política efectiva. El que ara cal és que els defensors del sanejament forcin un canvi similar.

Els 2.600 milions de persones que viuen sense sanejament

Les dades internacionals sobre sanejament, igual que sobre l'aigua, ofereixen una guia imperfecte sobre l'estat dels serveis. La tecnologia és un aspecte important del servei, però les simples distincions entre tecnologies «millorades» i «no millorades» tendeixen a subestimar l'abast del dèficit i a distorsionar-ne la naturalesa.

Potser l'aspecte més descoratjador del dèficit del sanejament és el seu abast. Com s'ha mostrat al capítol 1, aproximadament 2.600 milions de persones pateixen la manca d'accés a un sanejament millorat –dues vegades i mitja el dèficit d'accés a aigua neta. Només per aconseguir la fita de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni de reduir en un 50% el dèficit global respecte del nivell de cobertura del 1990, caldria proveir d'un sanejament millorat més de 120 milions de persones cada any d'ara fins al 2015. I fins i tot si s'aconsegüís, encara quedarien 1.900 milions de persones que no hi tindrien accés.

Quan les persones dels països rics pensen en el sanejament bàsic, la seva percepció prové de l'experiència històrica que s'ha esbossat en el capítol 1. Gairebé tothom qui viu en el món desenvolupat té accés a un vàter privat, amb una cisterna i amb un subministrament continu d'ai-

gua corrent, i té sempre a l'abast aixetes i vàters. Des del punt de vista sanitari, aquestes són unes condicions òptimes. Els residus humans es canalitzen a través de canonades cap a sistemes de clavueram i plantes depuradores, i s'assegura així que l'aigua per al consum se separi dels agents patògens que arrossegueuen les matèries fecals. I alhora, les aixetes que es troben en les instal·lacions de sanejament permeten que les persones mantinguin una higiene personal.

Però a l'altre extrem de l'espectre del sanejament hi ha els milions de persones que estan obligades a defecar en bosses, en cubells, als camps o a les cunetes de les carreteres. Si prenguéssim com a referència el model dels països desenvolupats, aleshores el nombre de persones que pateixen la manca de sanejament seria encara molt més elevat que el que enregistren les dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i el Fons de les Nacions Unides per a la Infància (UNICEF). El dèficit global s'eleva de 2.600 milions de persones a 4.000 milions.²

La diferència en el sanejament entre països desenvolupats i països en via de desenvolupament és un exemple molt clar de desigualtat en el desenvolupament humà. Evidentment, uns recursos

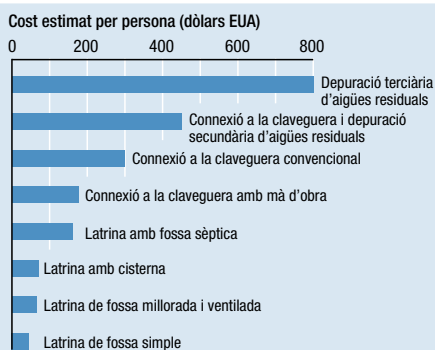
financers i una capacitat tècnica insuficients, afeïts en alguns casos a l'escassetat d'aigua, fan que no sigui realista suposar que el model dels països desenvolupats podria estendre's ràpidament a tot el món en via de desenvolupament. Però és important mirar més enllà dels nivells mínims de provisió necessaris per tal d'acomplir la fita de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni. Durant els anys 1840 els reformadors socials de Gran Bretanya van defensar una acció pública per tal de garantir que totes les llars tinguessin accés a aigua neta i a un vàter *in situ*. Al cap de més de 150 anys, aquest objectiu continua estant lluny de l'abast de moltíssimes persones en el món en via de desenvolupament.

Qui es troba a quin esglaó en l'escala del sanejament?

El concepte ampli de servei «millorat» pot imaginar-se com si fos una «escala» de sanejament que anés des de latrines de fossa bàsiques a latrines de fossa millorades, passant per instal·lacions amb cisterna amb tancs d'aigua i sèptics, fins a sistemes de clavegueram convencionals (figura 3.1). Enfilar-se més amunt en l'escala comporta unes implicacions financeres. Costa unes vint vegades més connectar una llar a un sistema de clavegueram modern que comprar una latrina de fossa bàsica.

L'escala del sanejament crida l'atenció sobre un tema de política pública important però molt desatès. La major part d'intents de calcular el cost de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni, incloent els del capítol 1, parteixen d'identificar les necessitats econòmiques per enfilar-se en l'escala fins al més baix dels esglaons apropiats. El cost de 10.000 milions de dòlars per aconseguir la fita de sanejament de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni es basa en l'accés al primer esglaó de l'escala del sanejament: simples latrines de fossa. Un exercici similar per als esglaons més elevats de l'escala del sanejament, incloent-hi connexions de les llars als serveis de clavegueram i una provisió municipal de depuració d'aigües residuals, elevaria el cost a 34.000 milions de dòlars.³ Tot i amb aquestes diferències de cost de rerefons, enfilar-se en l'escala del sanejament ofereix importants beneficis sanitaris. Si bé fins i tot el sanejament millorat més bàsic ja comporta beneficis, la rendibilitat per al desenvolupament humà augmenta progressivament a cada nivell. En zones urbanes del Perú, per posar un exemple, el fet de tenir una latrina de fossa a la llar disminueix la incidència de diarrea en un

Figura 3.1 Pujar en l'escala del sanejament té repercussions econòmiques i sanitàries



Font: Adaptat de Lenton, Wright i Lewis (2005).

50%, mentre que tenir un vàter amb cisterna en disminueix el risc en un 70%.

El fet de passar de la defecació a l'aire lliure, en un extrem, a la recollida segura, el magatzematge i l'eliminació de les excrecions humanes i la depuració o el reciclatge de les aigües residuals planteja reptes diferents en contextos diferents. En zones rurals, sovint no hi ha disponibilitat de xarxes de clavegueram. Un sanejament millorat significa normalment passar a través d'una jerarquia de latrines de fossa, en què la latrina amb cisterna o la latrina amb tanc sèptic són les opcions plausibles. En zones urbanes el panorama és més variat. En zones urbanes molt denses els avantatges dels sistemes de clavegueram són obvis. Les connexions a xarxes d'alimentació i a xarxes col·lectores són la manera més segura de separar les persones i l'aigua potable dels residus humans: un repte molt antic del desenvolupament humà. Però allà on l'abast de la xarxa de clavegueram és limitada i la població sense servei és nombrosa, el cost de capital per desenvolupar un sistema de clavegueram capaç de connectar totes les llars pot ser prohibitiu. En aquestes condicions, el sanejament *in situ* o les instal·lacions públiques poden ser l'opció més viable a curt o mitjà termini.

Més enllà de la latrina

La diversitat dels models de serveis actuals ens alerta contra prescripcions polítiques universals. La major part de l'Àfrica subsahariana té una cobertura baixa de xarxes de clavegueram, menys d'un 10% de la població urbana hi està connectada. El mateix passa a països amb uns ingressos mitjans més elevats. Ciutats com Jakarta i Manila tenen un nivell de cobertura de clavegueram inferior (8%–10%) al d'algunes ciutats de l'Àfrica occidental com Dakar i Abidjan. En els llocs on els nivells de cobertura són baixos però

les ciutats disposen de sistemes col·lectors de gran abast, el cost de connectar les llars a través de sistemes d'alimentació pot no resultar prohibitiu. Els costos s'incrementen ràpidament, però, si les connexions de les llars requereixen grans inversions en la provisió de xarxes col·lectores.

En algunes ciutats els índexs de cobertura són alts, però els sistemes de clavegueram es troben en molt mal estat. Delhi té molts dels elements aparents d'un model de sanejament dels països desenvolupats, però les aparences amaguen alguns problemes greus. Una gran part dels 5.600 quilòmetres de la xarxa d'alimentació de la ciutat estan obstruïts pels sediments, i funciona menys d'un 15% de la xarxa col·lectora. Les 17 plantes de sanejament que serveixen la ciutat tenen capacitat per processar menys de la meitat dels residus que es produeixen, i la majoria operen molt per sota de la seva capacitat. El resultat és que menys d'una cinquena part dels residus de la ciutat es

processen abans d'abocar-se al riu Yamuna, i els riscos es transmeten així riu avall.⁴ A l'Amèrica Llatina moltes ciutats tenen sistemes de xarxes d'alimentació i col·lectores que donen cobertura a un ampli sector de la població. Però la capacitat de tractament de les aigües residuals és molt limitada: al Brasil i a Mèxic es tracta menys d'una cinquena part de les aigües residuals.⁵

La infraestructura per al sanejament va molt més enllà de la claveguera. En ciutats com Jakarta i Manila la limitada cobertura del sistema de clavegueram ha donat lloc a una infraestructura molt desenvolupada de latrines de fossa. Aquesta infraestructura permet evacuar els residus de les llars, però gran part acaben als rius. Les latrines de fossa i les fosses sèptiques han de buidar-se regularment perquè si no es desborden, bloquegen el canals de drenatge i provoquen problemes greus de sanejament. El problema de Manila és que la infraestructura de latrines de fossa està

Requadre 3.1

Discapacitat i sanejament

Per a les persones amb discapacitats, la presència física d'una instal·lació de sanejament millorada no vol dir accessibilitat. Les persones amb discapacitats s'enfronten a problemes especials a les llars que no tenen un sanejament millorat.

La discapacitat no és una qüestió a banda en la política de sanejament. L'OMS calcula que al voltant d'un 10% de la població mundial pateix algun impediment que els limita la mobilitat. El nombre global va en augment, per causa de l'envelliment de la població i l'increment de les malalties cròniques, els accidents de trànsit i els danys dels conflictes armats. Les conseqüències humanes de la discapacitat són sovint més greus en els països en via de desenvolupament com a conseqüència de la pobresa generalitzada i d'uns programes de serveis socials més limitats.

Les persones amb discapacitats es compten entre els membres més vulnerables de la societat, i també entre els més pobres. Un cercle viciós vincula la discapacitat amb la pobresa crònica: si ets pobre tens més probabilitats de ser discapacitat, i si ets discapacitat tens més probabilitats de ser pobre. A l'Equador, un 50% de les persones amb discapacitats pertanyen al 40% inferior de la distribució de les rendes. Igualment, estudis sobre les condicions de vida de les persones amb discapacitats a Malawi, Namíbia i Zimbabue mostren que viuen en llars amb rendes per sota de la mitjana. A Namíbia, a un 56% de les llars amb un membre discapacitat no hi ha cap treballador en el sector formal, mentre que a les llars sense cap membre discapacitat aquesta xifra és del 41%.

Alguns sondejos sobre les famílies recullen els desavantatges de sanejament especials a què s'enfronten les persones amb discapacitats. A Namíbia, les llars amb persones discapacitades tenen menys probabilitats de tenir accés a un vàter amb cisterna privat i tenen més probabilitats d'haver de recórrer a utilitzar el

camp. La inaccessibilitat als vàters en espais públics com escoles i hospitals poden afectar l'accés a l'educació i als serveis sanitaris. L'Organització de les Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura calcula que un 90% dels infants amb discapacitats en els països en via de desenvolupament no assisteixen a l'escola, en part per la inaccessibilitat dels vàters. A Uganda, el pare d'un infant amb discapacitat, que tenia tantes ganes d'anar a l'escola que estava disposat a no beure ni menjar fins al vespre per tal de no necessitar utilitzar el vàter, explica:

El meu fill, que veieu aquí, pateix molt. No esmorza ni menja res a l'escola fins que torna a casa. Els vàters de l'escola estan molt bruts. Com que ell ha d'anar gatejant i no té una cadira de rodes, té por d'entrar als lavabos, que ja estan bruts. A més d'això, els lavabos tampoc no tenen portes prou amples perquè hi pugui entrar el nostre tricicle. Així que passa tot el dia sense menjar fins que torna a casa.

Hi ha la idea general que per fer front al problema de la discapacitat caldran inversions i tecnologia que estan més enllà de la capacitat de les llars i dels proveïdors. Però sovint calen només petits canvis perquè les persones amb discapacitats tinguin accés a un vàter ordinari i als serveis de sanejament. Les despeses addicionals són mínimes: la recerca indica que incorporar la possibilitat d'«accés per a tothom» en el disseny des de l'inici, incrementa només en un 1% el cost, mentre que el cost de renovar o adaptar els serveis ja existents és força més elevat. Cinc estudis a Sud-àfrica, que abasten diferents aplicacions, suggereixen que el cost de proveir accessibilitat pot representar només entre el 0,5% i l'1% del cost d'un projecte. En el Centre de la Comunitat d'Ikwezi, a Gugulethu, a l'est de Ciutat del Cap, el cost extra de la provisió d'unes instal·lacions de vàters accessibles va ser del 0,31%.

Font: CONADIS i altres (2004); SINTEF Unimed (2002, 2003a,b); Jones i Reed (2005); Metts (2000); Metts (2000), annex I.

més desenvolupada que la infraestructura de tractament i eliminació de residus. I moltes ciutats de l'Àfrica subsahariana pateixen el mateix problema. Per exemple, al voltant d'un 13% de les latrines de Kibera, Nairobi, no poden utilitzar-se perquè estan massa plenes.⁶ El buidatge de latrines en zones urbanes molt poblades requereix una extensa infraestructura de servei. Cal eliminar els sediments manualment o a través de bombes de succió, carregar-los en camions i durlos a centres d'eliminació de residus. Si els centres d'eliminació no tenen un bon manteniment, les aigües residuals poden filtrar-se cap a les aigües subterrànies i anar a parar als torrents i els rius, amb els consegüents riscos per a la salut pública.

Quantificar la qualitat i l'equitat

El problema de les dades resulta molt important quan es tracta del sanejament. Alguns països (Kenya i Tanzània, per esmentar-ne dos) registren unes xifres de cobertura de sanejament inversemblantment altes, mentre que altres (Brasil) tenen uns índexs de cobertura molt més elevats que el que indiquen les dades de l'OMS/UNICEF.⁷ A més, les dades sobre cobertura ens diuen molt poc sobre la qualitat. Unes latrines de fossa millorades malmeses o amb un funcionament deficitari, poden inflar els índexs de cobertura, però impliquen uns riscos sanitaris enormes per a les llars i les comunitats.

Mentre que un sanejament inadequat provoca riscos per a la salut i pèrdua de dignitat per a tots els afectats, les persones amb discapacitats s'enfronten a problemes específics. En la majoria de països amb rendes baixes, les dades censals nacionals i les enquestes a les famílies estan creant una base d'informació sòlida per comprendre els problemes de qualitat i de cobertura. Amb tot, les fonts de dades no acostumen a ser prou detallades per identificar els districtes, els barris, els nivells d'ingressos i altres indicadors de desavantatges que els governs i els proveïdors de serveis necessiten per tal de dibuixar un mapa de les persones que no tenen servei. I això és important perquè la distribució dels desavantatges té implicacions a l'hora de dissenyar polítiques públiques. Les dades i les respostes polítiques es mostren particularment deficientes en relació amb la discapacitat (quadre 3.1).

El cercle aigua-sanejament-beneficis per a la higiene

Enfilar-se en l'escala del sanejament significa la possibilitat de grans beneficis per a la salut

pública. Però els avenços en el sanejament obtenen millors resultats si van associats amb progressos pel que fa a l'aigua i la higiene.

Estudis comparatius entre països mostren que el mètode d'eliminació de les excrecions és un dels elements més determinants de la supervivència infantil. Com a mitjana, la transició d'un sanejament no millorat a un de millorat comporta una reducció de més d'un 30% en la mortalitat postinfantil, i els vàters amb cisterna s'associen a reduccions molt més elevades que les latrines de fossa.⁸

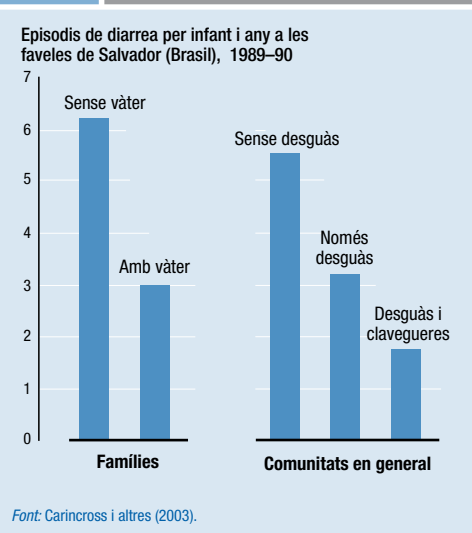
El sanejament millorat ajuda a trencar la via de transmissió fecal-oral que perpetua els problemes de salut pública esbossats en el capítol 1. El sanejament comporta beneficis per a la salut a dos nivells. La llar que inverteix en una latrina s'assegura molts beneficis, però reporta un benefici possiblement encara més gran a la comunitat.

Les dades de les *faveles* del Salvador, al Brasil, són una bona mostra d'això (figura 3.2).

La incidència de diarrea és el doble en infants de llars sense vàters que en infants de llars amb sanejament, i és el triple en infants de comunitats sense estructures de sanejament que en els de comunitats amb desguassos i clavegueres.⁹ Així, l'absència de mesures per promoure el desenvolupament d'infraestructures de sanejament pot limitar els beneficis associats a la inversió en sanejament de les llars.¹⁰ I al revés, quan una família instal·la una latrina, no només es protegeix ella mateixa del contacte amb les pròpies excrecions, sinó que també ajuda a protegir els veïns. Les fortes externalitats associades amb les inversions in-

La transició d'un sanejament no millorat a un de millorat comporta una reducció de més d'un 30% en la mortalitat postinfantil

Figura 3.2 Els beneficis del sanejament depenen de la família i l'actuació comunitària



Fa només algunes generacions, la gent que vivia a les ciutats més grans d'Europa i els Estats Units d'Amèrica s'enfrontava a greus amenaces per a la salut pública com a conseqüència d'una aigua bruta i d'un sanejament deficient

dividuals i comunitàries en el sanejament plantejant raons sòlides perquè les polítiques públiques –com la despesa governamental, les subvencions i les normatives– promoguin aquestes inversions.

La higiene és un altre element predictor de la salut pública. Les mans transmeten agents patògens als aliments i a les begudes i a les boques d'aquells qui els reben. Com que les malalties diarriètiques tenen un origen fecal, s'ha determinat que el fet de rentar-se les mans amb aigua i sabó és un dels factors més importants per reduir la mortalitat postinfantil, juntament amb intervencions per prevenir que el material fecal s'introdueixi en l'entorn domèstic de l'infant.¹¹

Les evidències a Burkina Faso ens mostren la interacció entre el sanejament i la higiene. A mitjan dècada de 1990 la segona ciutat més gran del país, Bobo-Dioulasso, disposava d'un sistema de subministrament d'aigua ben gestionat i la major part de llars tenien latrines de fossa, però els infants continuaven patint els riscos d'una higiene deficient. El Ministeri de Sanitat i grups de la comunitat van promoure canvis en les conductes que van reduir la incidència de la diarrea –per exemple, instant les mares perquè es rentessin les mans amb aigua i sabó després de canviar bolquers. Amb tres anys el programa va evitar uns 9.000 episodis de diarrea, 800 visites de pacients externs, 300 derivacions hospitalàries i 100 morts, amb un cost de 0,30 dòlars per habitant.¹²

Els factors de la conducta poden ser importants en la higiene, però l'accés a aigua neta és essencial. Un estudi dut a terme a pobles del Kirguizistan va descobrir que molt poques persones es rentaven les mans i que gairebé la meitat de

les llars dipositaven els excrements als jardins o als carrers.¹³ El problema no era que ignoressin la necessitat d'higiene; simplement tenien poques possibilitats de practicar-la en llars on no hi havia subministrament d'aigua i que no podien permetre's comprar sabó. Els índexs de les persones que es rentaven les mans eren tres vegades superiors en llars amb aigua corrent i lavabo.

Intentar separar els efectes de l'aigua, el sanejament i la higiene és un exercici freqüent, però inútil. En els països rics d'avui, les grans obres públiques que van revolucionar el tema de l'aigua i del sanejament –canonades, clavegueram, filtració de l'aigua i plantes depuradores d'aigües residuals– van ser crucials. Però també ho van ser els petits canvis en la salut pública fomentats a través de l'educació. Campanyes per promoure que les persones es rentessin les mans, l'al·letament matern i que es bullís l'aigua dels biberons van fer augmentar el rendiment de la inversió feta en obres públiques. El més important és que les polítiques públiques amplïïn l'accés a les infraestructures i eliminin les fronteres artificials entre aigua, higiene i sanejament. Els infants es compten entre els agents més poderosos per al canvi (requadre 3.2).

L'aigua neta, l'eliminació sanitària de les excrecions i la higiene personal són les tres bases per a qualsevol estratègia destinada a millorar la salut pública. En l'àmbit col·lectiu, aquests són els antídots més potents per a les malalties parasitàries i altres infeccions que es transmeten a través de mosques i altres vectors i que destrueixen moltes vides en zones on l'aigua estancada és la font principal d'aigua per beure, cuinar i rentar. Si bé l'aigua neta i la higiene personal són importants

Requadre 3.2

Els infants com a agents del canvi

La classe és un dels millors llocs per fer efectius els canvis positius en la higiene. Ensenyar els infants a rentar-se les mans i altres bons hàbits higiènics protegeix la seva salut i promou transformacions més enllà de l'escola. A Moçambic, una campanya nacional formava infants perquè eduquessin altres infants sobre el fet de rentar-se les mans i els problemes relacionats amb el sanejament. A la Xina i a Nigèria, projectes higiènics amb base a les escoles i amb el suport de l'UNICEF, informen d'augmentos d'entre el 75 i el 80% en el fet de rentar-se les mans amb sabó.

En alguns països, la higiene i el sanejament s'han inclòs en el currículum nacional. A Tadjikistan, més d'11.000 estudiants participen en un programa de divulgació sobre sanejament. A Bangla Desh, les escoles i organitzacions no governamentals van formar brigades d'estudiants perquè duguessin missatges sobre higiene i sanejament de les escoles a les comunitats.

Aquests programes escolars ofereixen aigua i sanejament adequats i instal·lacions separades per a nois i noies.

Font: IRC International Water and Sanitation Centre (2004); International Training Network Centre (2003); UNICEF i IRC International Water and Sanitation Centre (2005); UNICEF (2005a, 2006a).

És terrible veure el futur d'un infant amenaçat o estroncat per una malaltia prevenible. Els drets a un servei sanitari i a aigua segura, neta i assequible són fonamentals per a una vida amb dignitat i estan protegits per la llei internacional. Amb tot, cada any moren milions de persones de malalties relacionades amb l'aigua i encara més milions sofreixen sense necessitat. Cap de nosaltres hauríem d'ignorar les terribles conseqüències d'un accés inadequat a aigua neta i a sanejament, que es presenten en aquest informe.

L'abast del problema de l'aigua i el sanejament planteja un repte terrible però que podem superar. Fa només algunes generacions, la gent que vivia a les ciutats més grans d'Europa i els Estats Units d'Amèrica s'enfrontava a greus amenaces per a la salut pública com a conseqüència d'una aigua bruta i d'un sanejament deficient. A finals del segle XIX es va fer front a aquestes amenaces a través d'actuacions polítiques concertades d'àmbit nacional. A la primèria del segle XXI hem d'estendre el lideratge que va fer possible el progrés en els països rics d'avui cap a un estadi global.

Els meus col·legues del Centre Carter i jo mateix treballem per eradicar la malaltia del cuc de Medina (*dracunculiasis*) i controlar la tracoma, dues afeccions terribles que poden prevenir-se amb l'accés a aigua neta, sanejament i serveis sanitaris. Fa només 50 anys, la tracoma, que és la primera causa mundial de ceguesa prevenible, afectava encara parts dels Estats Units d'Amèrica, incloent-hi la meua ciutat natal de Plains, Geòrgia. Tot i que avui sabem com evitar aquestes malalties, més de 1,4 milions d'infants moren encara cada any per causa de paràsits intestinals, i milions de persones de tot el món en via de desenvolupament continuen patint tracoma. Però hi ha hagut avenços.

El cuc de Medina, una malaltia parasitària que té el seu origen en l'aigua, està a punt de ser la primera malaltia eradicada sense cap vacuna o tractament mèdic. La presència de la malaltia del cuc de Medina en una zona geogràfica indica una gran pobresa, que inclou l'absència d'aigua segura per al consum. La malaltia és tan dolorosa i debilitant que l'abast dels efectes va més enllà de la víctima, paralitza la producció agrícola i redueix l'assistència escolar. Devasta comunitats ja empobrides i els impedeix arribar a tenir una bona salut i prosperitat econòmica.

El cuc de Medina va esdevenir la segona malaltia de la història que es va posar com a objectiu per a l'eradicació després de la inauguració de la Dècada Internacional de l'Aigua Potable i el Sanejament (1981-1990). El 1986 el Centre Carter, els Centres per al Control i la Prevenció de Malalties dels EUA, el Fons de les Nacions Unides per a la Infància, l'Organització Mundial de la Salut i els països afectats pel cuc de Medina van abraçar el repte d'eradicar la malaltia.

Quan es va iniciar el programa, hi havia uns 3 milions i mig de casos, que paralitzaven milions de persones a 20 països d'Àfrica i Àsia. Des d'aleshores la malaltia del cuc de Medina s'ha reduït en més d'un 99,7%. El 2005 només es va informar de 10.674 casos de *dracunculiasis* en nou països, tots ells de l'Àfrica. Actualment, les diferents entitats col·laboradores, juntament amb milers de treballadors sanitaris locals que hi posen el coll, continuen intensificant els esforços per acabar amb l'últim 1% de malaltia del cuc de Medina. Com a part activa en la campanya contra el cuc de Medina, el meu objectiu primordial és l'eradicació d'aquesta terrible plaga. Els avenços en aquest sentit em donen la seguretat que junts podrem eliminar aquesta malaltia i que jo encara ho podré veure.

Encara cal treballar per eradicar el cuc de Medina, però la tasca més grossa és la de subministrar aigua segura per al consum i sanejament per a tothom. Reduir a la meitat el nombre de persones que no tenen accés a aigua i a sanejament per al 2015, tal com es planteja als objectius de desenvolupament del mil·lenni, és el primer pas. El fet de no aconseguir aquest objectiu faria que tot el projecte de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni s'endarrerís. Sense avenços en l'aigua i el sanejament, no podem accelerar el progrés social en altres àmbits, com la supervivència infantil, l'accés a l'educació i la reducció de la pobresa extrema.

Està bé que mentre ens acostem a l'eradicació de la malaltia del cuc de Medina estigui en marxa un altre gran esforç internacional per subministrar aigua segura i sanejament a 1.100 milions de persones i un sanejament adequat a 2.600 milions de persones. Aquests nobles esforços ajudaran a alleujar el major repte dels nostres temps: establir un pont en l'abisme creixent entre els rics i els pobres del nostre món.



Jimmy Carter

39è president dels Estats Units d'Amèrica; Fundador del Centre Carter
Premi Nobel de la Pau 2002

L'absència de polítiques nacionals eficaces és fins i tot més notable pel que fa al sanejament que pel que fa a l'aigua

per si mateixes, els beneficis per a la salut pública es veuran molt disminuïts sense un sanejament i uns desguassos adequats i infraestructures més àmplies per eliminar les excrecions. Per això cal considerar les polítiques públiques referents a l'aigua i al sanejament com a part d'una estratègia integral.

L'abast descoratjador del sofriment humà que té l'origen en el dèficit del sanejament global pot crear la impressió que es tracta d'un problema insalvable. És una impressió errònia. Una de les lliçons de l'última dècada és que l'acció nacional i internacional coordinades poden ser eficaces. Fa vint anys, el cuc de Medina era una de les principals causes de sofriment i pobresa en molts països de l'Àfrica subsahariana. A mitjan dècada de 1980 uns tres milions i mig de persones estaven infectades de *dracunculiàsis*, el paràsit cuc de Medina que s'introdueix al cos de les persones quan beuen de basses d'aigua estancada que conté larves del cuc de Medina. Dins del cos el paràsit pot créixer fins a tres peus de llargària. Quan abandonen el cos, provoquen l'aparició de butllofes i tenen sovint efectes mutiladors. Avui, després d'una intervenció conjunta

de l'UNICEF, l'OMS i el Centre Carter, el cuc de Medina ha quedat pràcticament relegat als llibres d'història (vegeu la contribució especial de l'expresident dels Estats Units d'Amèrica Jimmy Carter). La malaltia ha estat eradicada d'onze països, vuit d'ells a l'Àfrica. Si bé queden bosses d'infecció importants –sobretot al Sudan– aquesta batalla contra les malalties provocades per l'aigua estancada i un sanejament deficitari gairebé s'ha guanyat.

L'èxit en la batalla contra la malaltia del cuc de Medina ha fet que augmentessin les oportunitats de molts milions de persones. Però encara calen més accions urgents per tal de fer front a problemes com el de la tracoma i altres infeccions parasitàries.

En última instància, però, perquè les iniciatives globals aconseguixin efectes òptims, cal que tinguin el suport del desenvolupament d'una infraestructura que proveeixi les llars d'aigua neta i sanejament. La clau de l'èxit rau en el desenvolupament d'estratègies nacionals que compten amb un pla d'acció global per tal de mobilitzar els recursos necessaris per fer arribar aigua neta i sanejament a tothom.

Per què el sanejament està tan endarrerit en comparació amb l'aigua?

Els vàters poden semblar un catalitzador insòlit del progrés humà, però és indubtable que ho són. Un sanejament adequat té el potencial de produir beneficis acumulatius per a la salut pública, l'ocupació i el creixement econòmic. Així, doncs, com pot ser que a principis del segle XXI s'estigui malbaratant tant potencial humà per manca de tecnologies força senzilles? I per què el sanejament està tan endarrerit en comparació amb l'aigua pel que fa al servei públic? Aquestes preguntes estan tan vinculades amb els debats sobre el desenvolupament humà avui com ho estaven en els països desenvolupats fa més d'un segle. Hi ha sis barreres entrecreuades que ens ofereixen la resposta: política nacional, conducta, percepció, pobresa, gènere i subministrament. Cap d'aquestes sis barreres es pot preveure per separat. Però cadascuna ajuda a explicar per què els avenços

cap al vell objectiu del sanejament per a tothom han estat tan lents.

La barrera de la política nacional

El capítol 2 subratllava el paper de les polítiques nacionals i del lideratge polític nacional en l'acceleració de l'accés a l'aigua. L'absència de polítiques nacionals eficaces és fins i tot més notable pel que fa al sanejament que pel que fa a l'aigua. L'estat del sanejament d'un país pot configurar-ne les perspectives de desenvolupament humà i, amb tot, el sanejament rarament, si és que alguna vegada, té un lloc destacat en l'agenda política nacional.

I això és així fins i tot a països que han fet grans progressos en el subministrament d'aigua. L'èxit que Sud-àfrica ha aconseguit en l'ampliació de l'accés al subministrament d'aigua i en la re-

ducció de la desigualtat en aquest aspecte, no s'ha acompanyat d'un esforç comparable pel que fa al sanejament. I el mateix passa al Marroc, on l'Oficina Nacional d'Aigua Potable ha estat un òrgan molt eficaç en l'ampliació de l'accés a l'aigua en moltes ciutats i en zones rurals. Això no obstant, els avenços en el sanejament han quedat enrere per causa d'una estratègia nacional molt més feble, de la fragmentació dels sistemes de govern, per un finançament inadequat i per les limitacions en les capacitats de les municipalitats rurals.

La barrera de la conducta

La debilitat dels marcs polítics nacionals i la baixa prioritats atorgada al sanejament en comparació amb l'aigua reflecteixen en part els missatges que es reben de les llars. Exercicis de recerca participativa mostren que les persones tendeixen a atorgar més prioritats a l'aigua que al sanejament. Hi ha explicacions òbvies. La manca d'aigua neta representa una amenaça òbvia més immediata per a la vida que l'absència d'un vàter. A més, l'aigua corrent en una casa ofereix uns beneficis molt immediats i tangibles en l'estalvi de temps i en la prevenció de riscos sanitaris, independentment del que passi a altres cases.

Pot semblar que els beneficis del sanejament estan subjectes a factors que queden més enllà de l'àmbit de la llar. Per exemple, els beneficis per a la salut pública d'instal·lar una latrina poden no materialitzar-se a menys que també actuïn altres llars: la instal·lació en una llar no ofereix protecció contra els excrements d'altres llars en barrades amb desguassos deficitaris. A més, la instal·lació d'una latrina pot percebre's com un bé públic, amb el qual la comunitat obté beneficis en forma de reducció de riscos sanitaris i la llar obté menys beneficis privats que amb l'aigua. Per a una llar, els desavantatges de no tenir accés a aigua neta poden fer-se més evidents que els d'unes pràctiques de sanejament establertes de fa temps com, per exemple, defecar als camps o als rierols. I els beneficis d'un sanejament millorat no es comprenen generalment tan bé com els de l'accés a aigua neta.

La barrera de la percepció

Per als governs i moltes organitzacions per al desenvolupament els arguments a favor d'una acció pública en el sanejament descansen sobre els beneficis per a la salut i la riquesa. En l'àmbit de la llar, sovint les coses tenen una altra aparença. Recerques fetes a pobles d'Indonèsia, Cambodja

i el Vietnam mostren clarament que el benefici més important que identifiquen les famílies és el d'«una casa neta i un entorn sense males olors i sense mosques», seguit pel de la comoditat. Els beneficis per a la salut ocupen el tercer lloc. També a Benín, les llars rurals atorguen més importància a l'estatus familiar, associat a la falta d'olors, i a la comoditat que a la salut.¹⁴

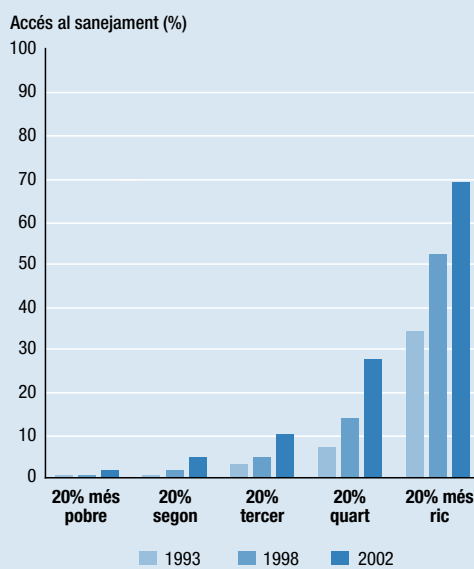
El fet que les famílies sovint percebin un millor sanejament com un servei privat amb beneficis privats en lloc que com una responsabilitat pública pot haver debilitat la percepció de l'imperatiu polític de desenvolupar estratègies nacionals. El fet de comprendre què valoren les persones sobre el sanejament millorat i per què ho valoren representa un primer pas cap a un enfocament receptiu a la demanda. Però la demanda no pot tractar-se com un factor invariable. L'educació, el màrqueting social i les campanyes polítiques poden fer variar els models de demanda perquè poden fer augmentar les aspiracions i crear noves expectatives.

La barrera de la pobresa

El cost d'un sanejament millorat pot ser prohibitiu quan grans segments de la població no hi tenen accés. Els sectors de població sense un sanejament millorat no s'ubiquen tant en les poblacions molt pobres, com en el cas de l'aigua, però la pobresa continua essent una limitació important per aconseguir aquest accés. Més de

Els beneficis per a la salut pública d'instal·lar una latrina poden no materialitzar-se a menys que també actuïn altres llars

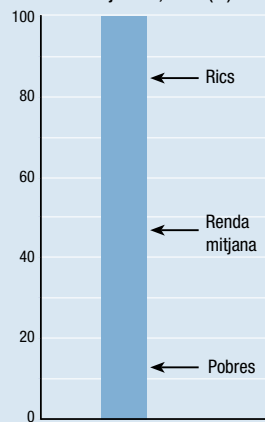
Figura 3.3 Al Vietnam, els pobres queden molt més enrere



Font: Phan, Frias i Salter (2004).

Figura 3.4 Diferències de riquesa en el sanejament a Cambodja

Accés al sanejament, 2001 (%)



Nota: pobres, renda mitjana i rics corresponen a com es van identificar els mateixos enquestats.
Font: Mukherjee (2001).

1.400 milions de persones sense accés al sanejament viuen amb menys de 2 dòlars al dia. Per a la majoria d'elles, fins i tot una tecnologia millorada de baix cost pot estar més enllà de les seves possibilitats financeres.

Pensem en el cas del Vietnam, que ja ha complert la fita de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni referent al sanejament. La cobertura rural ha augmentat ràpidament, tot i que partia d'una base molt baixa. Però les llars més pobres han quedat molt enrere (figura 3.3). A Cambodja, el salari diari dels treballadors rurals no cobreix les necessitats alimentàries bàsiques d'una família, i no queda res per a la salut, la roba ni l'educació. Caldria el sou de 20 dies per comprar una simple latrina de fossa, la qual cosa ajuda a entendre l'enorme diferència entre els índexs de cobertura dels rics i dels pobres (figura 3.4). A Kibera, Nairobi, construir una latrina de fossa costa al voltant de 45 dòlars, o l'equivalent a dos mesos de sou per a algú que cobri el salari mínim. Calen acords per atorgar subvencions o la possibilitat de pagaments a terminis a través de microcrèdits per tal d'ajudar les famílies pobres a aconseguir els requisits econòmics necessaris per a un sanejament millorat.

La barrera del gènere

Les desigualtats de gènere ajuden a explicar la baixa demanda de sanejament a moltes comunitats. L'evidència de molts països suggereix que les dones donen més valor a l'accés a un sanejament privat que els homes, un resultat que reflecteix el fet que les dones pateixen majors inconvenients sorgits de la inseguretat, pèrdua de dignitat i una salut pitjor associada a la manca d'accés. La recerca a Cambodja, Indonèsia i el Vietnam ha mostrat que les dones atorguen un lloc més destacat en les prioritats de despesa als vàters que els homes.¹⁵

Però la feblesa de la veu de les dones a l'hora de decidir les prioritats pel que fa a les despeses dins de la llar significa que els membres que expressen una major demanda de sanejament tenen poc control sobre les despeses. Per la mateixa raó, la prioritat que les dones atorguen al sanejament poques vegades es reflecteix en la presa de decisions més enllà de la llar, en les estructures polítiques que s'estenen des del poble a través del govern local fins a àmbits nacionals. Atorgar poder a les dones pot ser un dels mecanismes més eficaços per augmentar la demanda efectiva.

La barrera del subministrament

Si passem de la demanda a l'oferta veiem que el progrés no només es veu dificultat per l'absència d'una tecnologia de sanejament assequible, sinó també per un excés d'oferta de tecnologies inadequades, que provoquen un desajust entre el que les persones volen i el que els governs els han ofert. Per exemple, les latrines amb cisterna que s'ofereixen a través de programes governamentals sovint han tingut uns índexs d'acceptació baixos perquè les comunitats no tenen subministraments estables d'aigua. En altres casos, les tecnologies comercialitzades a través d'agències governamentals han resultat difícils o cares de mantenir. Els productes dissenyats per enginyers sense tenir en compte les necessitats i les prioritats de les comunitats, subministrats per agències governamentals poc responsables han deixat un llegat de productes de sanejament abandonats. L'horitzó temporal és un altre factor. Les dades de diversos països suggereixen que els avenços en sanejament, molt més que en l'aigua, demanen un marc de planificació de 10-15 anys, mentre que els cicles de donacions i els cicles de planificació nacionals mitjans operen amb cicles de 2-3 anys.

Posar a l'abast el sanejament per a tothom

La lentitud dels avenços en el sanejament ha estat des de fa temps una font de preocupació. Després de més de tres dècades de congressos d'alt nivell, de canvis polítics radicals i d'objectius ambiciosos –però irrealitzats–, hi ha un fort rerefons de pessimisme entorn de l'objectiu de desenvolupa-

ment del mil·lenni referent al sanejament. Aquest pessimisme està tan poc justificat com l'excés d'optimisme d'enfocaments anteriors.

Mirat amb distància, el panorama del sanejament global és descoratjador. Però una mirada més atenta ens mostra una sorprenent prolifera-

Orangi és un extens assentament informal de rendes baixes –o *katchi abadi*– a Karachi, Pakistan. Hi viuen més d'un milió de persones i presenta un cas reeixit del poder de les comunitats per ampliar l'accés al sanejament.

El 1980 una organització no governamental local va començar a treballar amb les comunitats locals, a través del Projecte Pilot d'Orangi, per afrontar l'atroç situació del sanejament a l'assentament. Els punts de partida de la mobilització van ser els carrers. A través del diàleg i de l'educació s'instava els residents de cada carrer perquè formessin grups per construir canals de clavegueram que recollissin els residus de les cases. Després, la cooperació entre els encarregats dels diferents carrers va facilitar la construcció de canals al barri que recollien els residus de diversos carrers.

Font: Satterthwaite (2006); Hasan (2005); Zaidi (2001).

A l'inici, els canals descarregaven en desguassos propers. Però al cap d'un temps de diàleg amb les autoritats municipals, la ciutat va acordar finançar un col·lector per recollir els residus i transportar-los fora de la comunitat.

Els índexs de mortalitat infantil de la barriada han disminuït de 130 morts per cada 1.000 infants nascuts vius a primers de la dècada de 1980 a menys de 40 en l'actualitat. S'hi van implicar gairebé 100.000 famílies en més de 6.000 carrers, que representen el 90% de la població. El fet de formar treballadors comunitaris per al manteniment i la mobilització de mà d'obra ha reduït les despeses del servei de sanejament a la meitat del cost del servei oficial, la qual cosa ha permès que el projecte recuperés costos sense que el servei esdevingués inassequible.

ció de casos reeixits tant d'àmbit local com nacional dins d'aquest panorama més ampli. En alguns casos les persones que es troben en el pitjor extrem de la crisi del sanejament –els habitants de les barriades pobres i les zones rurals on no hi ha ni un sanejament bàsic– han capgirat les coses de soca-rel. En altres casos, les agències governamentals i els proveïdors de serveis han pres la iniciativa o han tingut un paper clau en el desenvolupament d'accions iniciades des de la base. El que hi ha de comú en els casos reeixits són els principis agermanats dels drets compartits i de les responsabilitats comunes, que són les bases per a qualsevol contracte social entre el govern i el poble. En aquest marc tan ampli, la demanda de la comunitat, una tecnologia adequada i una provisió de servei receptiva a la demanda i responsable són els temes recurrents.

L'acció de base és important

Els principis dels drets compartits i les responsabilitats comunes tenen una importància pràctica. En les barriades urbanes amb poblacions molt nombroses i concentrades, l'èxit de qualsevol iniciativa de la comunitat depèn de la participació individual, sobretot pel que fa al sanejament millorat. A través d'una mobilització des de la base, el Projecte Pilot d'Orangi, a Karachi, Pakistan, ha evolucionat en les dues darreres dècades cap a un programa que duu sanejament a milions d'habitants de les barriades pobres.¹⁶ La participació gairebé universal ha sorgit d'una percepció col·lectiva dels beneficis i de l'acceptació de la responsabilitat comuna per aconseguir aquests beneficis (requadre 3.3).

El Projecte d'Orangi, que va començar com una iniciativa menor impulsada per la comuni-

tat, va ampliar-se amb la cooperació de governs locals. L'ampliació és important perquè els petits projectes aïllats no poden endegar ni sostenir el progrés nacional. Alhora l'energia i la innovació de les accions de les comunitats poden enfortir la capacitat del govern per produir el canvi.

A l'Índia, a primers de la dècada de 1990, la Federació d'Habitants de Barriades Desfavorides (NSDF); la Societat per a la Promoció de Centres de Recursos d'Àrea (SPARC), una organització no-governamental (ONG) amb seu a Bombai; i Mahila Milan, una xarxa de grups d'estalvi formats per dones de barriades pobres i sense sostre, va ser pionera en un nou projecte per dissenyar i gestionar uns barracons amb vàters públics com a resposta a la incapacitat de les famílies pobres per instal·lar latrines en zones d'alta densitat. La construcció va anar precedida d'un seguit d'enquestes als barris, mobilitzacions d'estalvis i el desenvolupament de comissions per gestionar els vàters. Les innovacions en el disseny incloïen instal·lacions separades per a homes i dones. Inicialment, les autoritats locals van desaconsellar aquests esforços. Però des d'aleshores aquest model ha estat adoptat a Pune, una ciutat de més de 2 milions d'habitants, gràcies a la col·laboració entre les autoritats municipals i la NSDF, la SPARC i Mahila Milan. Entre els anys 1999 i 2001 es van construir més de 440 barraques, amb més de 10.000 vàters nous. S'han finançat a través del govern de Maharashtra, i algunes ONG s'han encarregat del disseny i el manteniment.

La participació de la comunitat és segurament el factor més important per a l'èxit –o el fracàs– de les instal·lacions de sanejament públiques. Fins fa poc, les instal·lacions creades per les municipalitats tenien un historial de servei defi-

Però la divisió entre les actuacions de les llars o les comunitats i les actuacions públiques impulsades des del govern és equívoca i poc útil. El lideratge governamental continua sent vital

citari, amb un mal manteniment, ubicacions inadequades i altres problemes que comportaven un reduït ús públic. Aquest historial ha començat a canviar. Les autoritats municipals de Windhoek, Namíbia, van reconèixer que les instal·lacions de sanejament governamentals no arribaven als pobres perquè els costos dels estàndards de qualitat eren prohibitius. Treballant amb la Federació Nacional d'Habitants de Barraques, les autoritats municipals van crear un nou marc legislatiu que permetia que comitès dels barris construïssin i gestionessin els seus propis barracons de vàters. Es van relaxar els estàndards i es va flexibilitzar l'aplicació de les regulacions. A Chittagong, Bangla Desh, l'ONG internacional Water Aid, ONG locals i les autoritats municipals van desenvolupar grups de latrines per a ús de 150 famílies a un cost de 0,60 dòlars al mes per llar.¹⁷ Aquestes latrines, que mantenen organitzacions de la comunitat, han fet arribar el sanejament a molta més gent que el que s'hauria aconseguit a través d'adquisicions individuals de les llars.

El fracàs dels enfocaments impulsats pel subministrament del passat ha produït un canvi important en l'orientació política. Una de les expressions més profundes d'aquest canvi és la campanya per al sanejament total impulsada per la comunitat, un enfocament dissenyat per generar demanda de sanejament millorat.¹⁸ A Bangla Desh, la campanya per al sanejament total la van iniciar ONG locals, però des d'aleshores s'ha ampliat a un programa nacional. L'èxit ha ajudat a mantenir el país en el bon camí cap a la fita de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni referent al sanejament (requadre 3.4).

L'enfocament de la campanya per al sanejament total comença amb una avaluació per part de la comunitat de les pràctiques de sanejament actuals, que normalment inclouen la defecació a l'aire lliure.¹⁹ Els veïns fan un exercici de recopilació de dades a les llars per identificar els llocs de defecació, les vies de transmissió que causen malalties i quina és la contribució de cada família al problema. L'objectiu és apel·lar a tres elements bàsics per impulsar el canvi: el desgrat, el propi interès i un sentit de responsabilitat individual vers el benestar de la comunitat. Aquest enfocament ha estat àmpliament desenvolupat i dut a terme amb cert èxit a països com ara Cambodja, la Xina, l'Índia i Zàmbia.

Un disseny i una comercialització innovadors poden posar el sanejament millorat fins i tot a l'abast dels més desfavorits. Prenem el cas de Sulabh a l'Índia. Basat en principis gandhians, ha desenvolupat productes destinats a alguns

dels sectors més pobres de la societat índia, incloent-hi les castes més baixes i els treballadors immigrants. L'envergadura de l'operació –ha subministrat sanejament millorat a uns 10 milions de persones– i el model de negoci són impressionants (requadre 3.5).

El lideratge governamental és vital

El paper central de les llars en el finançament del sanejament, el clar fracàs d'algunes iniciatives governamentals altament subvencionades i el paper crucial de la demanda de les llars com a catalitzador per al canvi han dut algunes persones a defensar un paper mínim del govern. Però la divisió entre les actuacions de les llars o les comunitats i les actuacions públiques impulsades des del govern és equívoca i poc útil. El lideratge governamental continua sent vital.

Establir estratègies nacionals

En el sanejament, igual que en l'aigua, el punt de partida per a una expansió de la cobertura eficaç és una planificació nacional efectiva. Molts països han de modificar una mentalitat que subestima el sanejament. Aquesta mentalitat es reflecteix sovint en la ubicació institucional de la responsabilitat del sanejament dins el govern. Una solució comuna és la d'assignar el sanejament a una unitat tècnica inclosa en el ministeri de sanitat, un enfocament que limita la possibilitat d'iniciatives polítiques valentes. Un altre problema és la fragmentació de l'autoritat. A Ghana els rols i les responsabilitats referents a l'aigua estan ben definits dins d'un marc de planificació nacional. Però no és així en el cas del sanejament, on l'autoritat està dividida entre el Ministeri per als Recursos de l'Aigua, les Obres i l'Habitatge i un seguit d'altres ministeris sectorials. Al Níger el sanejament depèn del Ministeri de l'Aigua, però la coordinació del sanejament es fa a través d'un comitè nacional amb autoritat limitada. En tots els casos, la planificació nacional es veuria reforçada si la dirigís una figura ministerial d'alt rang que coordinés el desenvolupament i la implantació de les estratègies de sanejament.

Alguns governs tenen un historial important en la provisió d'accés al sanejament. Des del 1990, Tailàndia ha incrementat l'índex de la cobertura nacional de sanejament del 80 al 100%. Els avenços en les zones rurals han estat particularment destacats: més de 13 milions de persones en zones rurals han aconseguit l'accés en dues dècades. Aquests resultats són mostra de la prioritat atorgada al sanejament com a part de

Fa deu anys, Bangla Desh, un dels països més pobres del món, tenia un dels nivells de cobertura més baixos pel que fa a sanejament rural. Avui, té uns plans ambiciosos per aconseguir una cobertura de sanejament d'abast nacional de cara al 2010. Amb un gran suport per part de les associacions d'ajuda del país, l'objectiu d'aquests plans és un augment anual assolible de la cobertura de sanejament de 2,4 milions de llars.

La campanya per al sanejament total és fonamental per a l'èxit a Bangla Desh. Iniciada per una ONG de Bangla Desh a finals de la dècada de 1990, la campanya implica ara més de 600 ONG que treballen amb les autoritats del districte local en la difusió de missatges de sanejament millorat.

El punt de partida és el compromís amb les comunitats locals per identificar els problemes associats amb la defecació a l'aire lliure a partir del càlcul de la quantitat d'excrecions dipositada en l'entorn del poble, del traçat d'un mapa de les zones brutes i de la identificació de les vies de transmissió per a la diarrea i els problemes de salut pública més generals. El «camí de la vergonya» cap a zones de defecació i el «càlcul d'excrecions» són dues eines inicials per generar una preocupació compartida a la comunitat. Les comunitats debaten i documenten la defecació a l'aire lliure i en consideren les conseqüències per a la salut. Un cop s'ha despertat l'interès, és el moment perquè els habitants treballin amb les agències governamentals, amb les ONG, amb les organitzacions religioses i altres per tal d'establir fòrums sobre sanejament per identificar els problemes.

A mesura que la campanya s'ha anat desenvolupant i ha augmentat la demanda de sanejament, ha sorgit un petit sector comercial molt dinàmic. Bangla Desh és ara un líder mundial en la producció, la comercialització i el manteniment de latrines de baix cost. A finals de l'any 2000 hi havia 2.400 centres registrats de producció de latrines a petita escala. Aquesta xifra ha augmentat ara fins a 3.000, la qual cosa demostra novament la capacitat dels proveïdors a petita escala per donar resposta als mercats locals. El cost de les latrines ha caigut en picat. Mentrestant, els esforços dels pobles s'han vist recompensats per esquemes de microfinançament impulsats per ONG, la mobilització d'estalvis i la concessió de préstecs.

Si bé el programa s'ha basat en enfocaments receptius a la demanda, la política nacional ha estat també important. Els governs successius han fet del sanejament rural una prioritat. La Política Nacional per a l'Aigua i el Sanejament, elaborada el 1998, estableix un marc polític per a la col·laboració de petits empresaris i grups de la comunitat i ofereix suport per a la promoció i la formació a través d'agències governamentals locals i nacionals.

Per fer-nos una idea de l'eficàcia d'aquesta col·laboració, comparem Bangla Desh amb l'Índia. Fa deu anys ambdós països s'enfrontaven a problemes similars. Des d'aleshores, l'Índia ha gaudit d'un creixement econòmic molt més ràpid, amb la qual cosa han augmentat les diferències entre les rendes dels dos països. Però pel que fa al sanejament rural, l'Índia ha quedat enrere respecte de Bangla Desh (vegeu taula), tot i que alguns estats de l'Índia han aconseguit progressos.

A la dècada que va fins al 2015, els reptes més grans són sostenir l'impuls creat en els darrers anys i reduir les desigualtats en l'accés. Si bé les dades són incompletes, al govern de Bangla Desh el preocupa que l'índex de cobertura nacional de sanejament millorat pugui amagar el fet que les llars rurals pobres no poden pagar ni tan sols latrines de baix cost. La resposta ha estat destinar la partida sencera del programa de desenvolupament anual del sanejament per subvencionar la demanda del 20% més pobre de la població.

Millores en el sanejament i la mortalitat infantil: Bangla Desh i l'Índia, 1990–2004

Indicador	Bangla Desh			Índia		
	1990	2004	Canvi	1990	2004	Canvi
Sanejament, nacional (%)	20	39	19	14	33	19
Sanejament rural (%)	12	35	23	3	22	19
Mortalitat infantil (per 1.000 nascuts vius)	96	56	-40	84	62	-22

Font: taula d'indicadors 10; OMS i UNICEF (2006).

Font: Bangladesh (1998, 2005); Kar i Pasteur (2005); Practical Action Consulting (2006a); VERC 2002; WSP-SA (2005).

la planificació nacional.²⁰ Sota l'estratègia nacional s'ha requerit a tots els districtes que identifiquessin els buits en la cobertura prenent com a

base els pobles, i que desenvolupessin estratègies per omplir-los. Les agències governamentals de Tailàndia van desenvolupar tecnologies que eren

Fundada el 1970 per fer front als problemes de sanejament a què s'enfrontaven els grups de les castes baixes i amb rendes baixes a l'Índia, Sulabh ha esdevingut un dels proveïdors no governamentals d'instal·lacions de sanejament més grans del món. A banda de la seva envergadura, el que fa que el seu sistema de subministrament sigui tan interessant és la viabilitat comercial.

En poc més de tres dècades, Sulabh ha passat d'un projecte modest a l'estat de Bihar a una operació que abraça 1.080 ciutats i pobles i 455 districtes a 27 estats indis. Ha construït més de 7.500 barracons de vàters públics i 1,2 milions de latrines privades, amb la qual cosa ha donat accés al sanejament a 10 milions de persones. La recerca feta a Hyderabad ha mostrat que aproximadament la meitat d'usuaris d'instal·lacions Sulabh tenen salaris per sota del llindar de la pobresa, i són majoritàriament petits comerciants, treballadors manuals i un ampli ventall de treballadors de l'economia submergida.

Sulabh segueix un model de negoci, no d'organització benèfica. Estableix contractes amb municipalitats i proveïdors del sector públic per construir barracons de vàters amb fons públics. Les autoritats locals subministren terrenys i financen les connexions inicials a empreses de servei, però totes les despeses recurrents es financen a costa dels usuaris. Les tarifes s'estableixen aproximadament a 1 rupia (2 cèntims). L'accés és gratuït per als infants, per a les persones amb discapacitats i per a aquells que no poden pagar. A 29 barris desfavorits, Sulabh ha construït barracons de vàters que funcionen a través de contractes de servei amb les municipalitats i sense tarifes per als usuaris.

Sulabh també produeix i comercialitza latrines que costen de 10 a 500 dòlars. Les latrines de baix cost dissenyades per a llars amb ingressos baixos es comercialitzen amb l'ajuda d'una subvenció del govern que cobreix la meitat del cost, i amb crèdits tous retornables a 12-30 anys.

Font: Bhatia (2004); Chary, Narender i Rao (2003); Patak (2006).

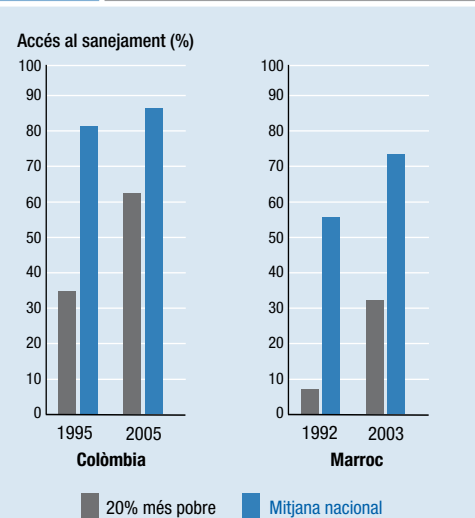
accessibles i a l'abast dels pobres, van donar formació per al manteniment i van finançar fons renovables per fer front als costos de capital. Els programes de salut de la comunitat van incrementar la consciència sobre els beneficis sanitaris del sanejament.

L'èxit governamental en algunes zones pot ressaltar els fracassos de les polítiques públiques

en d'altres. Tant Colòmbia com el Marroc han ampliat l'accés al sanejament millorat d'alguns dels sectors més pobres de la societat. Els índexs de cobertura a Colòmbia –entorn del 86%– són molt més elevats que el que la renda nacional podria vaticinar (figura 3.5). Al Marroc, la cobertura per al 20% de la població més pobre s'ha multiplicat per quatre des del 1992. Però en tots dos països els avenços s'han tergiversat en un altre sentit, que és l'agreuament de les desigualtats entre les zones urbanes i les rurals.²¹

La tendència urbana es pot explicar en part per la planificació de la política nacional. A Colòmbia la responsabilitat de l'aigua i el sanejament s'ha delegat a les municipalitats amb un important historial en la provisió de serveis. Les transferències fiscals del govern central a les municipalitats representen dos terços de la inversió en aigua i sanejament, i les municipalitats més pobres reben més quantitat per capita.²² Altres programes del govern central ofereixen subvencions adreçades a les llars pobres per a la connexió i la provisió de servei (capítol 2) i ofereixen préstecs i assistència tècnica a les empreses de servei. Això ha aportat beneficis tangibles per a les llars urbanes pobres. També al Marroc, les polítiques del govern han creat incentius perquè les empreses de servei amplïin el subministrament a llars urbanes de rendes baixes. El problema en tots dos països és que no hi ha cap estratègia de sanejament nacional efectiva per a les zones ru-

Figura 3.5 Creixement favorable als pobres en l'accés al sanejament a Colòmbia i el Marroc



Font: càlculs de l'Oficina de l'Informe sobre el Desenvolupament Humà basats en Measure DHS (2006).

rals. Per exemple, el Pla de Desenvolupament Nacional de Colòmbia està dirigit a la cobertura en les zones urbanes però no en les rurals. S'estableixen objectius polítics i estàndards nacionals per a les connexions de canonades i les xarxes, però potser a les zones rurals les latrines de fossa serien més adequades.

La col·laboració amb les comunitats

La creació d'un entorn en què el sanejament es consideri tant una responsabilitat de cada llar com un dret de la comunitat, pot fer canviar les actituds i les conductes que limiten el progrés. Un entorn així exigeix una interacció dinàmica entre les agències governamentals i les comunitats. Significa aprofitar el capital social de les comunitats i crear un sentiment de solidaritat social i de ciutadania compartida, on els governs creïn un entorn polític que permeti que totes les persones avancin cap al sanejament millorat.

Alguns dels casos d'èxit més evidents en el sanejament són el resultat de la col·laboració entre governs i comunitats, amb tot un seguit d'organitzacions de la societat civil actuant com a pont. La política pública pot generar demanda i ajudar a desenvolupar iniciatives impulsades per la comunitat. La campanya per al sanejament total de Bangla Desh n'és un exemple. Un altre són els ràpids avenços en el sanejament rural de Lesotho, on un procés ferm de planificació nacional i de lideratge polític, amb especial èmfasi en la implicació de la comunitat, van donar lloc a un progrés real (requadre 3.6).²³

Moltes intervencions governamentals han estat justificadament criticades per subministrar tecnologia inadequada, però els casos reeixits reben un reconeixement menys ampli. Al Brasil, els governs municipals van donar suport a un canvi en l'èmfasi de la tecnologia del clavegueram convencional a una alternativa de més baix cost, el sistema de condòminis. Aquest sistema ha permès un creixement sostingut dels índexs de cobertura.²⁴

En un sistema de clavegueram convencional es dona servei a cada llar independentment. En un model de condòminis el servei es dona per illes o grups de cases, i s'evita la necessitat de canonades a cada parcel·la o fins i tot a cada carrer d'un barri. La xarxa consta de dues parts. El sistema que abraça tota la ciutat proveeix un col·lector connectat a micro sistemes paral·lels que reben els residus de les illes dels condòminis. Aquests sistemes tenen en compte la topografia local i les condicions de desguàs, i redueixen dràsticament la llargària del sistema de cano-

Requadre 3.6

Lesotho: avenços en el sanejament rural

Fa vint anys, Lesotho va iniciar un petit projecte pilot per al sanejament rural amb l'ajuda econòmica del Programa de les Nacions Unides per al Desenvolupament i del Fons de les Nacions Unides per a la Infància. Des d'aleshores, la cobertura rural s'ha incrementat del 15 al 32%, un índex més alt que el de molts països amb rendes mitjanes més elevades. L'objectiu actual és la cobertura total per al 2010.

El programa ha generat demanda i ha ofert suport per a la formació en la construcció de latrines. Equips sanitaris dels districtes treballen a partir de les estructures de les comunitats locals per augmentar el nivell de consciència sobre els beneficis del sanejament i generar demanda de latrines millorades. La resposta de subministrament va sorgir a través de petits proveïdors locals, amb el suport en la formació de les agències governamentals locals.

El Ministeri de l'Interior (que s'ocupa principalment d'aspectes de suport material) i el Ministeri de Sanitat donen suport a través de la coordinació nacional a una integració de l'educació de la salut i la higiene amb activitats constructives i tècniques. També ha millorat la coordinació amb el sector del subministrament d'aigua.

Un dels reptes per a l'objectiu del 2010 és aconseguir arribar a algunes de les llars més pobres del país. Les polítiques de recuperació íntegra dels costos i de subvenció zero han creat incentius per a la innovació. Però fins i tot les latrines bàsiques continuen estant fora de l'abast dels més pobres. Només recentment s'han establert mesures per reduir els costos de les latrines a través de programes de microcrèdits que ofereixen llargs terminis per al retorn del préstec.

Font: Jenkins i Sugden (2006); Banc Mundial (2004b).

des. I poden funcionar independentment fins que puguin connectar-se a un col·lector general de la ciutat.

El desenvolupament del sistema de condòminis al Brasil ha tingut a veure tant amb la política com amb la tecnologia. La participació de la comunitat en la presa de decisions està àmpliament considerada tant un dret com un deure de la ciutadania, i el condòmini ofereix una unitat social que facilita les decisions col·lectives. Els membres dels condòminis han de posar-se d'acord sobre l'emplaçament adequat per al ramal de la xarxa i organitzar-se per dur a terme activitats complementàries, incloent la construcció i el manteniment. Aquest sistema és ara una part central del sistema de clavegueram que dona servei a més de 2 milions de persones només a Brasília (requadre 3.7).

Crear condicions per al progrés

El lideratge governamental en la creació de condicions per al progrés en el sanejament és vital per raons òbvies. Les actuacions en solitari de les comunitats o les ONG poden crear casos aïllats d'èxit, de vegades d'un abast impressionant. Però els avenços impulsats per un projecte aïllat no poden substituir els recursos financers, polítics i administratius que els governs hi poden aportar.

L'enfocament dels condominis per als sistemes de clavegueram a Brasília: política i tecnologia

Desenvolupat durant la dècada de 1980 per fer arribar serveis de sanejament a les llars amb rendes baixes, el sistema de condominis ha emergit com a solució a la gestió del clavegueram en zones urbanes senceres, independentment de quin sigui el nivell de la renda. La Companyia de l'Aigua i el Clavegueram de Brasília demostra com les tecnologies innovadores poden passar de petits projectes a cobrir ciutats senceres.

A principis de la dècada de 1990, la manca de sanejament en les zones perifèriques de Brasília i la contaminació del llac Paranoa van dur les autoritats municipals a embarcar-se en un important programa de sanejament. La companyia havia d'ampliar la xarxa de clavegueram a 1,7 milions de persones. Les tecnologies convencionals haurien resultat inassequibles, la qual cosa va estimular la recerca d'alternatives de baix cost.

Després d'estudis pilots inicials es va adoptar el model de condominis tant per a barris perifèrics com per a zones més opulentes de la capital. Es van rebre fons del Banc Federal de Desenvolupament i del Banc Interamericà de Desenvolupament, amb aportacions addicionals de la capital i del districte federal. Del 1993 al 2001, aproximadament unes 188.000 connexions de clavegueram de condominis al districte federal van beneficiar unes 680.000 persones.

La implicació de la comunitat va ser fonamental des de l'inici. Les famílies tenien l'opció de fer-se elles mateixes les obres de connexió, sota la supervisió de l'empresa de serveis, o de pagar perquè els les fessin. Les tarifes es van estructurar de manera que reflectissin els costos, i s'aplicaven taxes més baixes a les famílies disposades a instal·lar canonades als seus jardins i a responsabilitzar-se del manteniment del sistema.

Què va fer que el model de Brasília reeixís? En primer lloc, l'empresa de serveis va prendre una decisió política ferma sobre la tecnologia, va comunicar aquesta decisió clarament al públic i va adaptar la seva estructura interna d'acord amb això. En segon lloc, un sistema de sanejament descentralitzat amb potencial per integrar-se en una xarxa general de la ciutat oferia una flexibilitat considerable. Receptiu a la demanda, es va prestar a l'aplicació a partir d'illes de condominis i de diferents micro-sistemes. En tercer lloc, la participació de la comunitat va permetre que els costos es mantinguessin baixos i va millorar l'eficàcia.

Font: Melo 2005.

Considerem del cas de Bengala Occidental, a l'Índia. Des del 1990 el govern estatal ha desenvolupat una estratègia per ampliar el sanejament rural que implica col·laboracions a llarg termini amb agències internacionals com l'UNICEF, ONG d'àmbit estatal i altres grups, sota el paraigua de la campanya nacional índia per al sanejament total.²⁵ La campanya de Bengala Occidental és l'única a l'Índia que té una unitat especialitzada –l'Institut Estatal per als *Panchayats* i el Desenvolupament Rural– responsable de controlar la cobertura, d'elaborar estudis i avaluacions i d'oferir suport i formació als governs locals. La campanya posa especial èmfasi en l'educació higiènica i en la implicació de la comunitat per generar demanda. Però les agències governamentals i les ONG també han estat molt implicades en el subministrament. Els governs locals han donat suport a xarxes de mercats rurals de productes sanitaris per fabricar plaques de latrina, i el govern també ha donat

suport en la formació d'obriers per treballar als pobles.

Els resultats han estat impressionants. El 1990, quan el govern estatal va impulsar la campanya per al sanejament rural a Midnapur, aleshores la ciutat més gran de l'Índia, els índexs de cobertura eren inferiors al 5%. Ara el districte té una cobertura del 100%. En el conjunt de l'estat, en els darrers 5 anys s'han construït i s'han instal·lat 2 milions de vàters, amb la qual cosa la cobertura del sanejament a l'estat ha passat del 12% l'any 1991 a més d'un 40% en l'actualitat. Les subvencions del govern cobreixen aproximadament un 40% del cost d'una latrina, però la major part de la despesa pública ha anat a parar a campanyes de promoció social i a programes de construcció de latrines.

Les consecucions dels darrers cinc anys a Bengala Occidental sorgeixen de més d'una dècada d'inversió política i institucional. L'evidència d'altres estats subratlla les dificultats d'aconseguir avenços ràpids sense aquestes inversions. Per exemple, Andhra Pradesh va llançar una gran campanya per al sanejament el 1997. Però s'ha centrat en latrines amb un cost relativament elevat, altament subvencionades (amb un preu mitjà cinc vegades més elevat que el de Bengala Occidental). Les avaluacions indiquen que la campanya ha arribat a poques persones pobres i que moltes de les noves latrines han estat abandonades. El problema no és la presència de subvencions sinó el fracàs a l'hora de triar-ne els destinataris i de generar demanda a través de col·laboracions amb la comunitat.

Els alts costos de connectar-se a una claveguera fan que el sanejament *in situ* continuï sent l'opció més viable en les zones amb rendes baixes. Els vàters públics del model desenvolupat per Sulabh i d'altres il·lustren un enfocament útil en zones d'alta densitat de població. Amb tot, els governs podrien fer molt més per crear un entorn favorable al desenvolupament de serveis com el buidatge de fosses i depuració que actualment hi ha tantes ciutats que no tenen. En efecte, les llars més pobres suporten no només les despeses de construir latrines, sinó també de proveir la infraestructura per a la depuració de les excrecions.

Els proveïdors públics o les col·laboracions publicoprivades poden tenir un paper important. Les empreses de servei municipals poden subministrar serveis o crear les condicions perquè es desenvolupin a través de contractes amb el sector privat. A Dar es Salaam, les autoritats municipals emeten llicències a petites empreses perquè subministrin serveis d'eliminació de sedi-

ments dins d'un marge de preus assequibles per a les llars pobres. Les companyies han de dipositar els residus a plantes de tractament autoritzades. A mesura que han aparegut més companyies, els preus han baixat. Una condició per al desenvolupament d'una estructura de depuració correctament regulada és la disponibilitat de plantes depuradores de residus. Als barris desfavorits de Kibera, Nairobi, els petits proveïdors operen d'una manera informal durant l'estació de pluges, en què aboquen els sediments perquè els arrossegui l'aigua de la pluja. No hi ha cap alternativa immediata perquè no existeix cap planta depuradora de residus.

El problema del finançament

Igual que en el cas de l'aigua, les llars que desitgen connectar-se a la xarxa de sanejament oficial han de pagar un preu de connexió i unes despeses d'ús regular. Per a la immensa majoria de llars que no tenen una connexió, la instal·lació d'una latrina implica tant despeses econòmiques com aportacions en mà d'obra. Superar la barrera financera és una part important de qualsevol estratègia per accelerar el progrés.

En el passat, els governs destinaven les subvencions directament a aspectes materials del sanejament, en un intent de fer augmentar la demanda per causa de la reducció dels preus. Massa sovint aquestes subvencions beneficiaven d'una manera desproporcionada les famílies amb més ingressos, que moltes vegades eren les úniques que podien permetre's les instal·lacions de sanejament susceptibles de rebre l'ajuda del govern. Sembla que això és el que va passar a Zimbabue, on les subvencions del govern ajudaven a la despesa familiar sense destinar-se clarament als pobres. La sobtada retirada de subvencions va significar una retracció brusca en la construcció de vàters. A Moçambic, un programa nacional per ampliar el subministrament de sanejament urbà forjat durant dues dècades es va col·lapsar a final de la dècada de 1990 quan una reducció de les ajudes va obligar el govern a retirar les subvencions i va incrementar el preu de les plaques de latrina en un 400%.

El desenvolupament de mercats receptius

Amb els nous enfocaments receptius a la demanda el focus s'ha col·locat en l'estimulació de la demanda. En alguns casos aquests enfocaments s'han basat en el planquejament de

les finances en les comunitats. Bangla Desh i Lesotho tenen polítiques de subvenció zero per als que no són pobres, i la major part de l'ajuda financera del govern es destina a la promoció social de latrines.²⁶ En aquest enfocament hi ha implícita la suposició que una major inversió en tecnologia i producció farà baixar el preu de les latrines a nivells assequibles a mesura que el mercat es desenvolupa.

Aquesta suposició es recolza, en part, en l'evidència. A Bangla Desh, la campanya per al sanejament total va fomentar l'aparició de petites empreses molt innovadores especialitzades en el subministrament i el manteniment de sanejament de baix cost. A Lesotho la inversió pública en la formació i la promoció va generar una forta resposta per part del sector privat. Els preus de les latrines van caure, el disseny va millorar i les petites empreses van acostumar-se a treballar en els mercats locals.²⁷ Però el que el mercat pot aconseguir té uns límits quan la pobresa està molt estesa. Tant Bangla Desh com Lesotho han tingut dificultats per ampliar l'accés entre els sectors més pobres de la societat, un problema que podria retardar els avenços si no es resol.

L'experiència del Vietnam, un país amb un important historial d'augment de l'accés al sanejament, resulta instructiva. Com ja s'ha dit, les xifres nacionals amaguen grans desigualtats en la cobertura entre rics i pobres i entre zones urbanes i rurals. El factor del cost ajuda a explicar perquè existeixen aquestes desigualtats. Els programes d'ajuda actualment comercialitzen latrines per a llars amb rendes baixes a 35-90 dòlars.²⁸ De mitjana, aquestes llars gasten un 72% dels ingressos en menjar. Si la resta dels ingressos s'hagués de destinar a comprar una latrina, significaria que s'estarien desviant molts recursos de la salut i l'educació.

Alguns governs han desenvolupat estratègies innovadores per subvencionar transversalment el sanejament. A Burkina Faso l'empresa dels serveis públics de l'aigua i el sanejament imposa un petit recàrrec de sanejament als usuaris de l'aigua, i la meitat d'aquesta quantitat finança la promoció social del sanejament. Una quarta part del recàrrec ajuda a la construcció d'instal·lacions de sanejament en zones de rendes baixes. El recàrrec s'ha utilitzat per finançar la instal·lació de serveis de sanejament a totes les escoles de primària d'Ougadougou. Les famílies poden rebre ajuda econòmica per a latrines de fossa millorades i per a latrines amb cisterna. Amb tot, les famílies han de finançar-se el 70-80% del cost de les instal·lacions de sanejament.²⁹ És un cost elevat

Superar la barrera financera és una part important de qualsevol estratègia per accelerar el progrés

La majoria de països que han aconseguit avenços ràpids han mobilitzat recursos familiars a gran escala, alhora que han donat suport a mercats subministradors de tecnologies i manteniment

en comparació amb els recursos de les persones amb rendes baixes, així que les llars més pobres poden no accedir-hi.

Finançament de les llars i altres

La majoria de països que han aconseguit avenços ràpids han mobilitzat recursos familiars a gran escala, alhora que han donat suport a mercats subministradors de tecnologies i manteniment. Novament, el factor crític és la força del procés de la política nacional. A la Xina, el progrés en el sanejament en zones rurals estava molt endarrerit respecte al de les zones urbanes fins a mitjan dècada de 1990, la qual cosa impedia el progrés en temes sanitaris. Des d'aleshores, el sanejament rural ha estat part integrant de l'estratègia nacional per a la salut. Els governs provincials i regionals supervisen els plans per complir els objectius establerts pel govern. S'han invertit recursos per desenvolupar i comercialitzar latrines sanitàries dissenyades per a zones rurals. La resposta ha estat impressionant, i la cobertura del sanejament rural s'ha doblat en cinc anys. El finançament prové de diverses fonts; els usuaris paguen un 70% del cost, les associacions dels pobles, un 15%, i el govern, un 15% més aproximadament. Aquestes xifres ofereixen un indicador del nivell de mobilització de recursos de les llars, tot i que continua existint el problema de l'assequibilitat per a les llars pobres.³⁰

A tots els països en via de desenvolupament, els recursos familiars continuaran sent un determinant clau de la possibilitat que els països compleixin l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni referent al sanejament. Però el que les famílies més pobres poden pagar és limitat. Molts governs i donants d'ajuda es mostren pro-

fundament contraris a l'ús de subvencions per al sanejament de les llars. Amb tot, sense subvencions, un sanejament adequat quedarà probablement fora de l'abast d'un gran sector de la població del món en via de desenvolupament, amb riscos per a la salut pública i pobresa per a les famílies. Si bé és cert que la història de les subvencions en el sanejament no és encoratjadora, això no hauria de descartar arranjaments econòmics innovadors, com els acords de microfinançament per a inversions inicials amb pagaments a més llarg termini. A l'Índia, Water-Aid ha cooperat amb els governs locals per desenvolupar aquestes facilitats de microfinançament.³¹ Iniciatives d'aquesta mena poden estendre's a programes nacionals si parteixen de sistemes de participació de les comunitats. En la mesura que els governs intenten que els països es posin en marxa cap a les fites de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni per al 2015, és important situar el tema de l'equitat de ple en l'agenda. Per a gran part de la humanitat, és probable que el sanejament bàsic continuï sent inassequible en un futur immediat. Sense ajuda financera per a les llars més pobres, les mesures massa ambicioses de recuperació íntegra dels costos i les estratègies de subvenció zero alentiran el progrés. Alguns dels costos recauran sobre aquells que queden exclosos. Però altres costos es repartiran entre la comunitat sencera. La importància de les subvencions en el sanejament, igual que en l'aigua, radica en part en el reconeixement que tothom té dret a uns drets humans bàsics, siguin quines siguin les seves possibilitats per pagar, i en part en el reconeixement que el preu de l'exclusió va més enllà de l'àmbit privat de les llars i afecta l'esfera pública.

El camí que hi ha per endavant

La diversitat absoluta de les experiències dels països en via de desenvolupament pel que fa al sanejament ens alerta contra les prescripcions universals. En algunes zones hi ha paral·lelismes obvis entre l'aigua i el sanejament. En d'altres, el sanejament planteja reptes particulars perquè el canvi implica no només la reforma de les polítiques públiques i del finançament, sinó sovint un canvi força radical de la conducta. Quatre

grans temes sorgeixen com a indicadors de l'èxit futur.

Primer, les polítiques nacionals i el lideratge polític són importants. Països tan diversos com Bangla Desh, la Xina i Lesotho han registrat ràpids avenços en sanejament, i han seguit vies polítiques diferents. Però en tots els casos els líders polítics nacionals han deixat clar que el sanejament és part de la política nacional de desenvolupament.

lupament. Colòmbia i el Marroc han progressat en les zones urbanes perquè tenen estratègies municipals potents per als serveis de sanejament a través d'empreses de servei, però les zones rurals han hagut de patir uns marcs polítics més febles. Els Documents Estratègics de Reducció de Pobresa atorguen un paper central als plans nacionals, però els plans sense un suport polític creïble i sostenible no ofereixen bons resultats. Enfortir el pes polític i financer dels ministeris sectorials i de les estructures dels governs locals relacionades amb el sanejament és un punt de partida per superar la fragmentació actual.

Segon, la participació pública ha de ser part de la planificació nacional, a tots els nivells. La llarga història d'una provisió de dalt a baix i impulsada pel subministrament que ensopega amb les barreres de la demanda en les comunitats és un dels resultats d'una participació feble. Implicar les comunitats locals pot ajudar a identificar la tecnologia adequada de baix cost per millorar la cobertura, com en el cas del programa dels condominis al Brasil i el Projecte Pilot d'Orangi al Pakistan.

Tercer, accelerar el progrés requereix la identificació de qui no rep servei i per què. Col·locar els pobres al centre de la provisió dels serveis i permetre'ls que controlin i s'ocupin dels proveïdors de serveis, i crear incentius per atreure els proveïdors, és un objectiu general. Complementar la fita actual de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni referent al sanejament amb fites específiques per reduir les desigualtats basades en la riquesa i l'emplaçament ajudaria en dos sentits: afinaria el focus de la política i elevaria la consideració de la desigualtat com a problema en l'agenda política. Reduir en un 50% les desigualtats entre el 20% més ric i el més pobre, o entre les zones urbanes i rurals, seria un complement obvi a la fita de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni referent a reduir a la meitat el dèficit nacional en els nivells de cobertura. Les desigualtats de gènere són crítiques en el retard del progrés en el sanejament. Atorgar més veu a les dones en els debats de política pública, i en els mercats de tecnologia per al sanejament, enfortiria els incentius per a un millor subministrament de servei. Però acabar amb les desigualtats de gènere va més enllà de la política de sanejament i té a veure amb relacions de poder molt arrelades internes de les llars. Igualment, fer arribar la veu dels habitants dels barris desfavorits, de les zones rurals pobres i d'altres grups marginals en els debats de política nacional exigeix canvis polítics de base.

Quart, la col·laboració internacional és important. L'aigua i el sanejament continuen estant marcats per unes col·laboracions d'ajuda febles i fragmentades, i per la consegüent escassetat de finançament, on el sanejament és el germà pobre. Si bé diversos donants financen infraestructures de sanejament, el diàleg sobre l'ampliació del sanejament als pobres no està prou avançat. En el sanejament, igual que en l'aigua, les col·laboracions d'ajuda eficaces basades en processos participatius de planificació nacional podrien fer possible la consecució de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni. La proposta d'un pla d'acció global presentada al capítol 1 podria tenir un paper constructiu.

Tres dècades enrere, als congressos internacionals sobre aigua i sanejament s'assenyalava la tecnologia com l'obstacle més important per al progrés. La invenció i el desenvolupament d'opcions de baix cost, s'argumentava, donaria l'impuls tecnològic necessari per resoldre el problema. Més recentment, s'ha assenyalat el finançament com la limitació més important. El que demostren les experiències nacionals i els casos esbossats en aquest capítol és que els obstacles tecnològics i financers poden superar-se.

El major obstacle per al sanejament és la manca de voluntat dels líders polítics nacionals i internacionals per situar les excrecions i la seva eliminació segura en l'agenda internacional per al desenvolupament. Fins fa poc, un altre tema tabú estava absent de l'agenda internacional per al desenvolupament: la sida. En molts països s'ha fet front a aquest tabú gràcies a líders polítics i coalicions compromesos a lluitar contra una pandèmia que ha erosionat el benestar de la humanitat a una escala sense precedents. Aleshores, per què ha costat tant desmuntar el tabú del sanejament? En part perquè, al contrari que la sida, que afecta tant rics com pobres, el preu del dèficit del sanejament el paguen els pobres en una proporció aclaparadora. I en part perquè el cost humà és menys visible. Amb tot, el sanejament és com la sida en un aspecte crucial: el seu potencial de destrucció sostinguda. Sense el paper fonamental d'uns defensors potents que facin prendre consciència, mobilitzin recursos i ampliin les col·laboracions, el sanejament inadequat continuarà sent un dels impulsors clau de la pobresa, la mala salut i la inferioritat de condicions, i serà una de les majors amenaces per al projecte dels objectius de desenvolupament del mil·lenni.

El major obstacle per al sanejament és la manca de voluntat dels líders polítics nacionals i internacionals per situar les excrecions i la seva eliminació segura en l'agenda internacional per al desenvolupament

