

## SALUD, AGUA Y SANEAMIENTO<sup>1</sup>

Estamos en el octavo año del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental lanzado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. ¿Qué ha pasado en estos años? Podemos hablar de números y de hechos.

En los cinco primeros años la población urbana de la Región que dispuso de servicios de abastecimiento de agua aumentó de 186 millones (83%) en 1980 a 226 millones (86%) en 1985 y la cobertura de los servicios de alcantarillado y de las instalaciones de saneamiento particulares se incrementó de 132 millones (59%) en 1980 a 156 millones (60%) en 1985. Esto significa que el progreso logrado en la extensión de la cobertura en estos años del Decenio ha sido inferior al previsto. De mantenerse el incremento de 3% de cobertura del abastecimiento de agua en el sector urbano en cinco años, no se podrá lograr la meta del 91% para 1990. En lo que se refiere al saneamiento urbano, el aumento de 1% en cinco años significa que, de continuar esa tasa, podría lograrse una cobertura del 61% en lugar del 69% propuesto.

Los hechos son más alentadores, y entre ellos se pueden apuntar el reconocimiento general de que los consumidores deben pagar por el servicio de agua potable; la legislación específica mediante la cual se asignan responsabilidades institucionales a los servicios de agua y saneamiento; la creación y perfeccionamiento de las instituciones; la mayor disponibilidad de fondos de fuentes externas y de mecanismos internos para extender o, por lo menos, mantener las coberturas de agua y alcantarillado urbano alcanzadas, aunque con notorias diferencias entre los países. En este campo fáctico hay limitaciones y puntos negros: limitado conocimiento y conciencia sobre la relación

---

<sup>1</sup> Se presentan en esta Crónica versiones condensadas de trabajos relacionados con la salud, el agua, el saneamiento y la atención primaria de salud, presentados en el XX Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, celebrado del 16 al 21 de noviembre de 1986 en la ciudad de Guatemala, y en el Simposio Regional sobre Abastecimiento de Agua y Saneamiento, un Elemento de la Atención Primaria de Salud, celebrado del 10 al 14 de noviembre de 1986 en la misma ciudad.

entre el agua, el saneamiento y la enfermedad, deficiencia que a veces comparten público y autoridades; políticas financieras, infraestructuras y sistemas jurídicos que entorpecen los programas; debilidad administrativa y uso de tecnologías costosas e inapropiadas.<sup>2</sup>

### **Atención primaria de salud: una revolución de los valores sociales de la salud<sup>3</sup>**

La atención primaria de salud es un movimiento que replantea la forma tradicional de enfrentar los problemas de salud de la población, en el marco de la realidad de cada país. Este concepto se ha ido formando como resultado de la acumulación de diversas experiencias en distintos países del mundo, después de un largo proceso de análisis, reflexión, diálogo y síntesis que fructificó en Alma-Ata en 1978.

**Temas que enriquecen el concepto.** El contenido conceptual de la atención primaria de salud responde al reconocimiento directo de cualquier realidad nacional, regional o local y a la toma de conciencia de los siguientes temas:

La salud como una entidad que va más allá de la existencia y el tratamiento de la enfermedad.

La multicausalidad y complejidad de los problemas de salud y la necesidad consecuente de enfrentarlos mediante el uso adecuado de diferentes conocimientos científicos, técnicos y profesionales.

La necesidad impostergable de devolver el control y el manejo de la salud a las personas, las familias y las comunidades de base, es decir, al pueblo organizado.

La existencia de grandes déficits y limitaciones en los recursos que la sociedad asigna formalmente a la solución de los problemas de salud.

La diversidad de situaciones culturales, sociales, económicas y políticas en cada realidad social, sea país, región o comunidad.

El desconocimiento y la violación permanente de valores sociales importantes para el desarrollo humano, tales como la justicia social, la democracia, la participación, la igualdad, la libertad, la solidaridad y la no discriminación.

**Factores de deformación del concepto.** La Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, su declaración y sus recomendaciones no han sido suficientes para que la conceptualización de la

<sup>2</sup> Datos del Programa de Salud Ambiental de la Organización Panamericana de la Salud.

<sup>3</sup> David A. Tejada de Rivero, Ex-Ministro de Salud del Perú y Ex-Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud. Versión condensada de la conferencia dictada en el XX Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente. El autor fue coordinador general de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata.

atención primaria de salud se lleve a la práctica sin distorsiones o negaciones de su propio sentido y contenido doctrinario. Hay muchos factores que intervienen en este proceso de deformación, entre los cuales cabe citar una educación profesional con ausencia de contenido social y con orientación individualista y competitiva; la experiencia del trabajador de salud en sistemas donde los valores sociales de servicio al pueblo, solidaridad humana y compromiso social han estado casi ausentes; los intereses que pueden o parecen ser afectados por la nueva conceptualización, la burocratización y centralización de los sistemas de salud y la separación entre estos y el pueblo a quien se supone deben servir.

Transcurridos ocho años, todavía existe la necesidad de reiterar los elementos fundamentales de la política de atención primaria de salud. También es necesario precisar aquellos elementos secundarios que, tomados al margen de los fundamentales, condicionan las distorsiones en la interpretación y en la aplicación del concepto.

**Lo que *no es* atención primaria.** Frente a situaciones como la presente, es preferible comenzar puntualizando y diferenciando lo que *no es* la atención primaria de salud. La lista que sigue no es exhaustiva, pero sí señala las concepciones erróneas más significativas a manera de ejemplo:

- No es una respuesta aplicable exclusivamente a los países en desarrollo.
- No es una forma primitiva, empírica y elemental de atención ni se basa solamente en tecnologías que no incorporan los adelantos del desarrollo científico y tecnológico.
- No es una acción exclusiva de los servicios de salud o de las instituciones de ese sector.
- No es un nivel de atención dentro de un sistema de salud ni se reduce a lo que podría considerarse como el nivel o los niveles periféricos.
- No es un programa independiente ni paralelo a las demás actividades de salud.
- No es solo la utilización de personal no profesional, ni puede circunscribirse a los miembros de la comunidad que se adiestran para una atención elemental.
- No es una forma de satisfacción parcial de las necesidades sociales de una comunidad, ni una cortina de humo, paliativa y tendiente a postergar reivindicaciones sociales, en sociedades donde existen grandes desigualdades e injusticias.

**Lo que *es* atención primaria.** Desde una perspectiva positiva, habría que reiterar o redefinir con mayor claridad los elementos fundamentales que, con carácter de valor social, definen la atención primaria de salud y la diferencia de los enfoques tradicionales que se presentaron bajo la denominación de servicios básicos de salud. La gran diferencia entre estos enfoques y la atención primaria de salud consiste en que esta da prioridad a los siguientes elementos básicos:

*La participación del pueblo.* Entendida como una participación activa, genuina, permanente, no manipulada, en todas las etapas del proceso de desarrollo de salud de una sociedad. Esto es desde la determinación de las necesidades sentidas por el propio pueblo, pasando por la priorización de tales necesidades, la definición de las formas de enfrentamiento de los problemas, la formulación de los programas correspondientes, la participación en la producción de las actividades, hasta la supervisión, la evaluación y el control social de los recursos y programas de salud. Esta participación debe llevarse a cabo a través de las organizaciones naturales de base; es decir, de aquellas que surgen directamente del propio pueblo como una reacción natural a la insatisfacción de sus necesidades y al abandono de esta responsabilidad por parte del Estado y de las instituciones formales.

Este enunciado de participación del pueblo es la piedra angular del concepto de atención primaria de salud. En esto radica la diferencia sustantiva entre las antiguas políticas y la atención primaria de salud.

*La descentralización y la desconcentración.* No puede haber atención primaria de salud dentro de un sistema altamente centralizado y burocrático. La descentralización efectiva y la desburocratización son imprescindibles para hacer posible la participación del pueblo. La descentralización supone la desconcentración de la responsabilidad a todos los niveles del sistema nacional de salud, lo cual significa revertir la tendencia histórica de acaparamiento progresivo de territorios y responsabilidades. Para facilitar la delegación de responsabilidades hay que utilizar los medios masivos de comunicación para informar y educar a la burocracia y, sobre todo, al pueblo para facilitarle el rol de factor de cambio. Aun en países industrializados, el pueblo puede llevar adelante la mayoría de las acciones de salud, en el seno de la familia, sobre la base de los servicios de salud sencillos y con la cooperación de acciones de otros sectores sociales y económicos.

*La acción multisectorial y la conjunción de esfuerzos.* Una de las mayores incoherencias y contradicciones en las que hemos estado inmersos es la de aceptar la multicausalidad de los problemas de salud y pretender enfrentarlos, casi unidimensionalmente, con recursos y acciones pertenecientes solo a la atención médica. La salud es demasiado importante para dejarla exclusivamente bajo la responsabilidad de una profesión, de una disciplina, de una institución o de un sector. Es necesario definir nuevamente al equipo de salud como un cuerpo donde la presencia de cada disciplina es indispensable y donde no es posible la hegemonía de una profesión, disciplina o sector. Es oportuno aclarar que, al hablar de disciplina y de profesión, debe incluirse también a quienes formal o académicamente no son profesionales, lo cual

conlleva además el concepto de equipo democrático cuyos integrantes son iguales y ejercen el liderazgo alternativamente, según los problemas y las circunstancias.

*Las formas de enfrentar los problemas de salud.* Podemos decir que los problemas de salud son históricos pues su naturaleza compleja se define en función del momento y del contexto de la sociedad donde se registran. Su solución no puede obedecer a fórmulas operativas de tipo universal ni aun nacional, sino que cada sociedad, en cualquier circunstancia, debe decidir los enfoques más adecuados y factibles para enfrentar sus problemas de salud. De esto surgen dos consecuencias: la necesidad de rescatar las formas tradicionales de la sabiduría popular a partir de las cuales se han desarrollado las tecnologías más modernas y la de encontrar y usar tecnologías apropiadas de salud. La calificación de "apropiadas" implica que las tecnologías deben funcionar de acuerdo con los factores que condicionan una realidad, y de acuerdo con la disponibilidad en cantidad, calidad, distribución y uso de los recursos que la sociedad asigna para el enfrentamiento de los problemas de salud. Al mismo tiempo, esta calificación obliga a incorporar lo más adelantado del desarrollo científico y tecnológico, pero condicionándolo a aquella realidad. El uso indiscriminado de tecnologías de salud que no corresponden a estas características es el resultado de la comercialización de la ciencia y la tecnología. En otro sentido, al concepto de tecnología apropiada debe agregarse también el de "tecnología apropiable", entendiéndose por tal aquella que pueda ser absorbida, entendida y utilizada por el propio pueblo y pueda dejar de ser recurso exclusivo y excluyente del burócrata, del tecnócrata o del profesional que trabaja en el sistema de salud.

**Salud para todos.** Pocos han entendido que la expresión "salud para todos" asigna el carácter de valor social al cambio revolucionario de la sociedad. La atención primaria de salud se propone como un instrumento para hacer posible, dentro de las restricciones de recursos y complejidad de los problemas de salud, la reducción sustancial de las desigualdades en los niveles de salud y en la asignación, uso y efecto de los recursos. Todo esto supone un contenido doctrinario de la atención primaria como factor fundamental para la democratización de la salud y de la sociedad en general que comprende todos aquellos elementos que tienen que ver con la salud y que son, tal vez, más importantes que la atención médica. Allí entran el agua potable, el saneamiento básico, la alimentación y la nutrición adecuados; la educación, las condiciones de vivienda, la protección frente al medio físico y social, etc. No puede hablarse de democracia en un país si parte o la gran mayoría de su población no cuenta con los servicios básicos, está desnutrida, habita en condiciones infrahumanas o sufre regímenes despóticos.

De este modo, la atención primaria de salud, entendida en la forma en que se ha tratado de presentar y desde el punto de vista de los valores sociales que encierra, es un concepto que va más allá del campo de la salud y que tiene validez —*mutatis mutandi*— en otros sectores y en otros campos de la actividad social. En última instancia, la atención primaria de la salud es una punta de lanza para la democratización y el cambio que nuestras sociedades requieren urgente e impostergablemente.

## Agua, saneamiento y participación de la comunidad urbana<sup>4</sup>

La organización política y administrativa de las ciudades de América Latina y el Caribe es compleja; allí, las entidades de distinto carácter (público, privado y de la seguridad social) y jurisdicción (nacional, provincial, municipal, local) que participan en la prestación de servicios generan una intrincada red de interrelaciones y responsabilidades que inevitablemente se reflejan en la organización y financiación de los servicios de salud.

Con relación a los servicios de agua y saneamiento, la organización es menos compleja. Sin embargo, en los últimos dos decenios los países han efectuado avances en su racionalización y amplificación. Ciudades importantes y áreas metropolitanas han establecido empresas descentralizadas de agua y saneamiento de economía mixta basadas en principios comerciales. Estas empresas se han establecido con la misión de acelerar el cumplimiento de las metas de extensión de la cobertura mediante el autofinanciamiento y la aplicación de técnicas modernas de administración, que aseguren una gestión y operación eficientes y un suministro efectivo de servicios a la comunidad.

**Empresas de administración.** Como la mayoría de estas empresas de servicios de agua se formaron a partir de entidades y organismos municipales y tuvieron que cambiar de una estrategia pública a otra más comercial, se han tenido que superar numerosas dificultades. Todavía existen muchos problemas de organización, entre los cuales no es el menor la comercialización de los servicios, donde se debe tener en cuenta la capacidad del usuario para pagar por ellos por medio de tarifas equitativas. También debe mejorarse la comunicación entre la empresa y el público. Más aun, no se ha prestado suficiente atención a otras fases del sistema, como la operación, el mantenimiento y la administración. Como resultado, las instalaciones del proyecto sufren y los propósitos para los que se construyeron no se llegan a alcanzar.

Por su parte, las instituciones que manejan los desechos sólidos, en general, corresponden todavía a las tradicionales oficinas municipales con una serie de limitaciones que entorpecen la adecuada administración de estos servicios. Deberán ocurrir cambios como

<sup>4</sup> Guido Acurio, Jorge Castellanos, Guillermo Dávila y César Vieira. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Tomado del trabajo presentado al Simposio Regional sobre Abastecimiento de Agua y Saneamiento, un Elemento de la Atención Primaria de Salud. El Programa de Salud Ambiental tiene en preparación una publicación sobre el tema del agua y del saneamiento, un componente de la atención primaria.

los que hubo en las instituciones de agua y saneamiento si se desea hacer progresos sustanciales.

**Participación de la comunidad.** La participación comunitaria en los servicios de agua y saneamiento depende en gran medida de la situación social del grupo, pues los riesgos para la salud de sus miembros varían de acuerdo con tal situación. En las zonas urbanas se pueden distinguir tres grupos de población diferentes que demandan variadas formas de participación: el grupo de usuarios que cuentan con servicio, principalmente mediante conexiones a las viviendas unifamiliares o multifamiliares, para el abastecimiento de agua y el saneamiento; el grupo que vive en tugurios y casas de vecindad en el interior de la ciudad y que tiene servicios sanitarios limitados, usados colectivamente por un gran número de personas, y el grupo de las zonas urbanas marginales cubiertas solo muy parcialmente por los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento.

Generalmente ha sido muy limitada la participación comunitaria en las ciudades de América Latina en los tres grupos mencionados. Los organismos de salud, vivienda y servicios municipales, y las organizaciones nacionales y las empresas de agua y saneamiento, en realidad no la han estimulado o han hecho poco para aprovechar su potencialidad.

*Factores culturales.* En las sociedades de los países de la Región, la planificación y construcción son aspectos en los cuales raramente participan los pobladores urbanos. La comunidad no es consultada en la etapa de planificación sobre el tipo de servicio que se selecciona, sobre la localización de las plantas de tratamiento de aguas residuales, de una estación de transferencia o de un relleno sanitario, ni sobre la colocación de colectores de agua de lluvia. Uno de los problemas específicos de la participación comunitaria que tendrá que enfrentar la atención primaria de salud urbana es la falta de homogeneidad en muchas comunidades urbanas comparada con la situación en las zonas rurales. El individualismo tiende a ser mucho más alto en las áreas urbanas y el sentido de responsabilidad colectiva es por lo tanto menor, pues la ciudad anonimiza a sus habitantes. Es igualmente difícil mantener la voluntad y la cohesión de la gente para trabajar durante el largo plazo de cumplimiento de los programas.

*Cooperación de los usuarios.* Se puede afirmar que no ha habido participación de la población de las ciudades en la operación y mantenimiento de los servicios de abastecimiento de agua y de saneamiento. Frecuentemente, los colectores de las alcantarillas y los desagües pluviales se obstruyen con desechos sólidos; las tapas de las alcantarillas, las cajas de los medidores de

agua, las llaves públicas del agua potable y los grifos contra incendios se rompen o son destruidos. Esto prueba que la comunidad urbana no se identifica con su servicio y, por lo tanto, no considera importante velar por su operación y mantenimiento.

*Grado de participación.* Por lo dicho, la participación comunitaria en la administración y el financiamiento de los servicios urbanos continúa siendo muy débil. La comunidad urbana es totalmente ajena a los problemas básicos del agua. Su desconocimiento es más alienante que el de un campesino y su falta de inserción en el conglomerado urbano no le permite ni siquiera vislumbrar una participación. En general, el hombre de la ciudad desconoce totalmente los mecanismos y procedimientos por los cuales llega el agua; por ejemplo, ignora los costos de los servicios, por qué deben pagarse las tarifas, la importancia de la medición del agua, la cantidad de agua que se desperdicia domésticamente, la necesidad de pagar a tiempo por los servicios, el daño ocasionado a la administración del servicio por las conexiones clandestinas, la importancia de asegurar la honestidad del personal de servicio; ignora también la posibilidad de financiar la extensión de los servicios a las zonas tugurizadas y a las zonas urbanas marginales y otros elementos propios de la administración de los servicios, todo lo cual tiene importantes implicaciones para su eficiente funcionamiento. En algunos casos, los directorios de las empresas de saneamiento incluyen un delegado de los usuarios o comités de vecinos, generalmente nombrado por el gobierno nacional o local, que no es representante auténtico de la comunidad.

**Derechos del usuario.** En los últimos años la participación comunitaria ha asumido un papel cada vez más importante en el proceso del desarrollo. Esto ha sido específicamente así en el sector salud, donde, dentro de la estructura de la atención primaria de la salud, se ha establecido que las comunidades tienen el derecho y la responsabilidad de participar en la planificación y en la puesta en marcha de sus propios programas de salud.

Asimismo, en la administración de los servicios de agua potable y alcantarillado y en la eliminación de desechos sólidos, los planificadores han llegado a la conclusión de que la participación comunitaria es un componente esencial para que los programas y proyectos sean exitosos. Esto representa un cambio medular de los anteriores procedimientos en los cuales la comunidad era vista como la receptora pasiva de servicios planificados y suministrados por el gobierno central o los gobiernos locales.

Sin embargo, no puede esperarse que los proyectos manejados tradicionalmente en forma centralizada pasen de la noche a la mañana a una administración con una participación comunitaria más activa. En muchos países esto requerirá transformaciones significativas de políticas, conjuntamente con la reorganización y reorientación del personal responsable y de las instituciones y, muy especialmente, de un cambio en las actitudes de la sociedad.



## Agua, saneamiento y atención primaria de salud en las zonas rurales<sup>5</sup>

Según datos del Banco Mundial, durante 1985 los porcentajes del gasto total en salud de los países latinoamericanos variaron del 1 al 33%.<sup>6</sup> Estos datos no distinguen entre gastos de las poblaciones urbanas y gastos de las comunidades rurales, pero reflejan la inquietud de parte de muchos gobiernos de proveer atención de la salud.

**Atención curativa.** Con todo, el gasto familiar en atención de salud curativa probablemente exceda los gastos del gobierno. Un trabajo realizado por la Administración de Ciencias para la Salud (EUA) y el gobierno de Haití, por ejemplo, encontró gastos significativos por medicamentos no esenciales vendidos sin prescripción médica aun en las comunidades rurales más pobres. Cuando estas cantidades se suman a los costos que representan las esperas de las madres durante largas horas en los establecimientos de salud, el transporte y los gastos por atención privada de la salud (tradicional o moderna), no puede haber duda de que las poblaciones rurales otorgan un alto valor a las medidas de salud curativa.

**Atención preventiva.** El valor de la atención preventiva en las comunidades rurales es menos manifiesto. Esto se debe parcialmente a los diferentes sistemas de creencias, que atribuyen las enfermedades a agentes y condiciones causales distintas de las que acepta la medicina moderna. Además, en determinadas circunstancias, la población rural pobre puede llegar a considerar la atención de la salud preventiva como un lujo que ellos no pueden pagar. Estas percepciones plantean un problema a los encargados del diseño, ejecución y vigilancia de la vacunación y de los programas de agua y saneamiento, pues los beneficios de las intervenciones no son tan claros para la población.

**Atención de los niños.** Hay indicadores de salud y resultados que sí son de inmediato interés para los padres que viven en las comunidades rurales. Estos son el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de sus hijos. Por ejemplo, mientras que las enfermedades relacionadas con el agua afectan a todos, los lactantes y los niños menores de cinco años son especialmente susceptibles a sus efectos adversos y sirven como un barómetro de salud de la comunidad. A pesar de esto, los padres no asocian automáticamente enfermedades, crecimiento o muerte con la presencia o ausencia de una condición ambiental y perciben la diarrea infantil como un acontecimiento común y estacional propio del desarrollo natural de un niño.

**Personal y comunidad.** La participación comunitaria es un concepto que se asocia principalmente con las poblaciones rurales; en parte esto se debe a que

<sup>5</sup> Terry Elliott y John B. Tomaro. Programa sobre Tecnología Apropriada en Salud, Seattle, Washington, EUA. Versión condensada del trabajo presentado al Simposio Regional sobre Abastecimiento de Agua y Saneamiento, un Elemento de la Atención Primaria de Salud.

<sup>6</sup> Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington, DC, 1985.

estas, a diferencia de los asentamientos urbanos y periurbanos, tienen una economía agrícola que requiere una cooperación más cercana y constante. Al mismo tiempo, el alto grado de participación comunitaria en muchos proyectos de agua y saneamiento rurales puede atribuirse tanto a que los departamentos gubernamentales de agua y saneamiento carecen del personal requerido para asegurar una cobertura nacional, como a la creencia de que la participación comunitaria es muy importante para el éxito. Las limitaciones de personal han favorecido en muchos casos el desarrollo de programas rurales porque esos departamentos gubernamentales han tenido que crear vínculos inter e intrasectoriales para realizar su trabajo. En verdad, como se muestra en muchos proyectos de América Latina, cuando estos vínculos no se establecen, las perspectivas para un efecto a largo plazo se ven gravemente amenazadas. En todo caso, el factor principal de la participación comunitaria en estos servicios tradicionalmente ha sido el abaratamiento de los costos de construcción.

**Integración de ambiente y salud.** Mientras que los profesionales de la salud parten de la comprensión de la relación entre los programas de abastecimiento de agua y saneamiento y el mejor estado de la salud, en muchos casos, la comunidad no llega a comprender esta relación. Sin embargo, una vez que están estimuladas, las poblaciones rurales otorgan gran valor al agua, y se pueden citar innumerables ejemplos que señalan hasta dónde llegarán, qué precio pagarán por obtener una fuente de agua más accesible y por mejorar la utilidad de un suministro. Los servicios de abastecimiento de agua sin medidas de saneamiento no mejorarán necesariamente el estado de salud de la comunidad si no van acompañados de educación en salud. Esta mejora solo puede lograrse si la comunidad es, al mismo tiempo, participante y beneficiaria del programa, y un enlace directo de avanzada entre la atención primaria de salud y los programas de agua y saneamiento.

Es imperativo que los responsables de atención primaria y de agua y saneamiento definan y establezcan una colaboración efectiva. Según los autores, esto no sucede. Por ejemplo, organismos de cooperación internacional tienen millones de dólares disponibles para los programas de supervivencia infantil, terapia de rehidratación oral y vacunación, mientras que no hay fondos suficientes para agua y saneamiento. En parte, la causa de este desequilibrio está en que estos programas se han considerado como sistemas tecnológicos, productos o equipo, y no como intervenciones de salud y desarrollo. En la medida en que los responsables del sector presenten una perspectiva más integradora y puedan transmitir ese mensaje a las autoridades y a los padres de las comunidades rurales, la situación puede cambiar.

En verdad, la inquietud actual para asegurar la supervivencia de los niños del mundo, especialmente los que viven en el campo, ofrece una oportunidad para comprometer a los trabajadores de atención primaria en los programas de agua y saneamiento, y para que los padres deseen participar en estas actividades.

## Agua y participación de comunidades rurales de Bolivia<sup>7</sup>

En el vasto territorio de Bolivia, enclaustrado en el corazón de América Latina, conviven una veintena de grupos étnicos distintos, entre los que predominan los quechuas y los aymarás. Es una población con altas tasas de fecundidad y de mortalidad que desembocan en una exigua esperanza de vida al nacer de solo 48,9 años y que se pierde literalmente en la inmensidad de su territorio. Estos grupos, a causa de su propia dispersión, apenas pueden aspirar a un mínimo de servicios que mejoren sus precarios niveles de vida. Por ejemplo, solo un 9% de la población rural cuenta con agua que llega a sus hogares por tubería y no alcanza al 1% la cantidad de gente en el área rural que cuenta con servicios de energía eléctrica.<sup>8</sup>

**Salud y agua.** El técnico que trabaja con las comunidades indígenas penetra en un universo cultural donde los conceptos del hombre, de la divinidad y de la naturaleza son distintos de los que fundamentan la cultura a la que él pertenece. Salud y enfermedad se inscriben en ese universo.<sup>9</sup> Las enfermedades no encajan en la clasificación de transmisibles y crónicas sino que son “naturales” y “míticas”; frías y calientes. Los médicos, los procedimientos y lugares de salud en los que esos pueblos confían son los suyos: oficinantes y curanderos, ritos e infusiones de yerbas, la familia y los sitios ancestrales.<sup>10</sup>

*Percepción de la salud.* Para completar el conocimiento de esa percepción de la salud y de la enfermedad, los autores llevaron a cabo una investigación como parte de proyectos de la Dirección Nacional de Atención al Medio Ambiente de Bolivia y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América en 1985. Se investigaron las creencias y costumbres sobre el agua potable y el saneamiento por medio de una encuesta en las principales ciudades y en la zona rural de los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca. En ambos departamentos, los pobladores manifestaron que la necesidad de agua es realmente prioritaria, mientras que no lo es tanto el saneamiento. Por esa encuesta se advierte que no hay una idea clara en esta población sobre los beneficios y las implicaciones específicas que puede tener para su salud la dotación de agua potable; para ellos no hay una relación clara entre el agua de mala calidad y la enfermedad. Fue muy revelador el saber que en las poblaciones que cuentan con servicios cunde la idea de que la responsabilidad de la construcción y el mantenimiento de sus sistemas es únicamente del gobierno; en cambio, aquellas comunidades que no cuentan con ellos están dispuestas a colaborar para su construcción, ya que después de tantos años están convencidos de que no hay otro camino.

<sup>7</sup> Rafael Incaburu Quintana y Luis Fernando Díaz Romero. Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA). Versión condensada del trabajo presentado en el Simposio Regional sobre Abastecimiento de Agua y Saneamiento, un Elemento de la Atención Primaria de Salud.

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadísticas: Proyecciones de población por áreas (urbano-rural), sexo y edad. La Paz, 1980 y 1983.

<sup>9</sup> En un próximo número del *Boletín* se publicará una Reseña sobre el concepto de salud y enfermedad de estas mismas comunidades, de los mismos autores.

<sup>10</sup> Morales Anaya, R. *Desarrollo y pobreza en Bolivia*. La Paz, UNICEF, 1984.

**Cultura y salud.** Ante estas comprobaciones, si se deseaba un cambio real en la salud, la cuestión era cómo “entrarle” a la comunidad sin repetir errores del pasado y respetando la sensibilidad y los hábitos culturales de la población quechua y aymará. Paradójicamente, la respuesta siempre estuvo al alcance de la mano: el problema más profundo es el agua; agua tanto para el riego como para el consumo doméstico. El 62% de estas poblaciones en la encuesta realizada por AID y la Dirección Nacional de Atención al Medio Ambiente de Bolivia expresó que esta era la preocupación principal, mientras que la atención de salud quedaba relegada y en muchos casos pasaba inadvertida para las comunidades. Más aun, en esa encuesta se pudo advertir que entre los campesinos no existe una relación mental directa entre la mala alimentación y la enfermedad, entre las pésimas condiciones de saneamiento y el contagio de las enfermedades. De ahí que cualquier intento de desarrollar programas preventivos de salud estaría destinado al fracaso si no se realizaran otro tipo de actividades que, atacando problemas y necesidades reales (percibidas) de la población, permitieran incorporar ese componente tan necesario.

**Agua potable.** El paso posterior sería precisar el modo de operación. La creación de juntas pro-agua potable en cada comunidad, la discusión de las características físicas del sistema y la explicación de que una vez terminada la construcción sería la comunidad la que se encargaría de operar y mantener el sistema nunca fueron un obstáculo. Quizás el problema más grave radicó en demostrar y comprender dentro del equipo de trabajo que los sistemas de agua potable rural no eran obras de ingeniería completas en sí mismas, sino que se trataba de instrumentos de los proyectos de salud; que el objetivo era la salud y no la conclusión de una obra en construcción. En este sentido, había que superar una visión técnica pretendidamente neutral y plantearse opciones técnicas que la comunidad entendiera. Los problemas más difíciles de resolver fueron la operación y mantenimiento por parte de la comunidad, el pago de servicios y el establecimiento de responsabilidades comunales.

La participación de la comunidad tiene costos que muchas veces no se contabilizan. Mientras que en todas partes se habla de lograr mayores niveles de participación popular y de organización de las comunidades, al tiempo de diseñar los presupuestos de los proyectos este componente brilla por su ausencia y no se incluyen los costos de movilización ni los de educación y promoción comunitaria que implican el diseño, las pruebas previas o introductorias y la producción de material audiovisual. Esto último adquiere una importancia extrema, más aun si recordamos los niveles de analfabetismo real y funcional que priman en las comunidades aymará y quechua que no hablan el español. Quizás el costo más importante sea el de formación de promotores, voluntarios y del propio personal responsable de las juntas administradoras locales de los sistemas de agua potable.

**Educación.** Este último punto conduce al componente de educación, para cuyo trabajo inicial se tuvo que partir del concepto básico de que la parte medular de un sistema de agua potable no está en las tuberías ni en las obras de ingeniería civil que lo componen, sino en la gente que hace uso de ellas. Por ello, el éxito de un sistema de agua potable rural depende menos de su acabado técnico impecable que de la conformación de un grupo que se encargue de operarlo y mantenerlo y, fundamentalmente, del buen uso que la comunidad haga del agua así obtenida. En otras palabras, el éxito reside en que la comunidad pueda comprender tanto el proceso interno que ella misma experimentó hasta decidirse a tener agua como el proceso de construcción, de operación y mantenimiento del sistema. Cuando esto sucede, la gente puede emprender nuevas tareas y seguir instrucciones. De allí la importancia de un programa complementario de educación y promoción en la comunidad que permita la movilización de sus miembros y la ejecución de un mínimo de tareas en forma conjunta.

Resumiendo: con este proceso de educación se da el paso más importante para la atención primaria de salud; por medio de la educación se capacita a la gente de la comunidad para que se ejercite de manera activa en la solución de sus problemas a partir de sus propios valores y posibilidades. Desde esta perspectiva, la comunidad participa activamente no solo como objeto de la atención de salud, sino también como sujeto que proporciona servicios y se asegura de obtener los beneficios de estos servicios en forma permanente.

**Participación de la mujer.** Se ha dicho que los hospitales, las clínicas y los programas de salud son de menor importancia para la salud que las acciones de las mujeres. Ellas desempeñan un papel protagónico en el hogar, ya que son quienes hacen posible que la familia se alimente y habite en ambientes limpios y adecuados. Cuando alguna enfermedad afecta a la familia, la intervención de la madre es esencial; normalmente, es en ese momento cuando se detectan los síntomas y se inician los primeros tratamientos de cualquier afección. Precisamente por ello, la mujer se convierte en el objetivo principal de cualquier programa de educación destinado a prevenir enfermedades y divulgar prácticas conducentes a mejorar los niveles de vida y salud. Ello reviste mayor importancia en la zona andina cuyas mujeres soportan los más altos índices de fecundidad y de mortalidad infantil y están privadas de mayor acceso a la cultura y al bienestar porque hablan un solo idioma nativo y carecen de instrucción.

Si bien el concepto de desarrollar un programa intensivo de capacitación sobre la base de la participación de las mujeres de la comunidad es una alternativa ciertamente prometedor, los resultados obtenidos hasta el momento no son del todo concluyentes. Los condicionantes culturales no permiten la obtención de logros inmediatos. Por ejemplo, según la experiencia de los autores, hasta la fecha es mínima la participación de las mujeres en las juntas administradoras de los sistemas de agua potable construidos. Más aun, la idea de que sean las mujeres las que transmitan los mensajes y las innovaciones en atención primaria de salud, en un proceso de mujer a mujer y de puerta a puerta, no se está concretando

en la medida que se esperaba. Sin embargo, las expectativas de los grupos de mujeres que se involucran en actividades de la comunidad son muy altas y en ellas se puede advertir, individualmente, una creciente motivación para encarar los problemas de salud que afectan a sus familias. Es interesante notar, por ejemplo, que en los proyectos de atención primaria de salud, donde se requiere el registro de los participantes, son las mujeres las que empujan a los padres y esposos a matricularse en los programas de salud, no porque ellos los necesiten —según los propios campesinos— sino porque sus hijos requieren de los cuidados de salud que el proyecto ofrece. Estos hechos y características de ciertas comunidades refuerzan el concepto del papel protagónico de primera línea que debe desarrollar la mujer en la transmisión de los mensajes de salud.

## **Fuentes de información sobre planificación familiar**

A continuación se facilita una lista de organizaciones que proveen gratuitamente o a un precio módico material informativo sobre planificación familiar y establecimiento de sistemas de comunicación destinado a los trabajadores de salud de países en desarrollo:

- Family Health International, Research Triangle Park, NC 27709, EUA
- Center for Population and Family Health, Columbia University, 60 Haven Avenue, New York, NY 10032, EUA
- East-West Population Institute, East-West Center, 1777 East-West Road, Honolulu, HA 96848, EUA
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP), Population Division, United Nations Building, Bangkok 10200, Tailandia
- International Clearinghouse on Adolescent Fertility, Center for Population Options, 1012 14th St., NW, Suite 1200, Washington, DC 20005, EUA
- International Planned Parenthood Federation, Distribution Unit, P.O. Box 759, Inner Circle, Regent's Park, London NW14LQ, Reino Unido
- Population Information Program, Johns Hopkins University, 624 North Broadway, Baltimore, MD 21205, EUA
- Population Reference Bureau, Inc., P.O. Box 35012, Washington, DC 20013, EUA