ASPECTOS RELEVANTES DEL COMPONENTE EDUCATIVO EN LAS INTERVENCIONES DE AGUA Y SANEAMIENTO EN COMUNIDADES RURALES

ASPECTOS RELEVANTES DEL COMPONENTE EDUCATIVO EN LAS INTERVENCIONES DE AGUA Y SANEAMIENTO EN COMUNIDADES RURALES

Dirección Técnica
Edgar Medina Figueroa
Director Ejecutivo
Management Sciences for Health-Perú

Elaboración
Miram Santivanez
Consultora

Rocío Valle Donayre
Gerenta de Agua y Saneamiento
Management Sciences for Health-Perú

Apoyo técnico
Paloma Andrés
Desarrollo y sostenibilidad
Grupo INCLAM

Diseño y diagramación
Carla de la Quintana
Área de Comunicación y Marketing
Management Sciences for Health-Perú

MSH-Perú
Calle Gonzales Prada Nº 350 MIraflores-Lima 18. Perú
Teléfono: (0511) 717-5592 info@mshperu.org
www.mshperu.org

Geupo INCLAM
Calle Las Begonias 441, Interior 1001-Distrito de Lima 15046
Teléfono: (0511) 440 2249
www.inclam.com

PROGRAMA AGUA ES SALUD

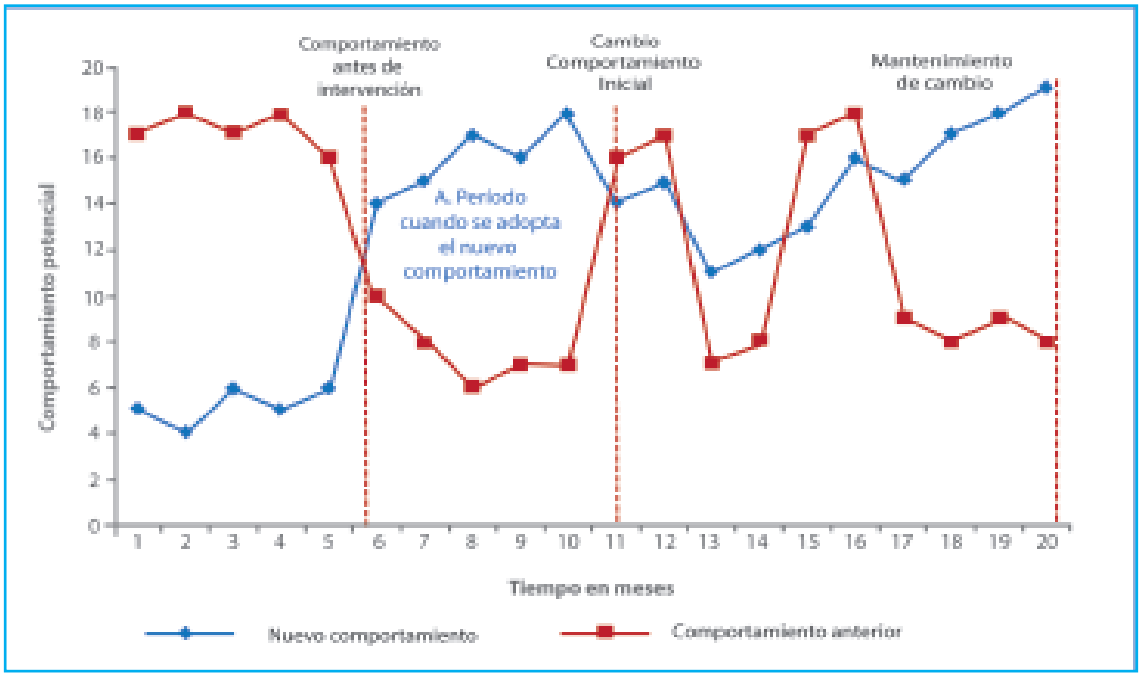
ASPECTOS RELEVANTES DEL COMPONENTE EDUCATIVO EN LAS INTERVENCIONES DE AGUA Y SANEAMIENTO EN COMUNIDADES RURALES

La salud es una construcción social, que se basa en los principios teóricos de las creencias de salud, la acción razonada y el aprendizaje social; bajo estos enfoques se han aplicado intervenciones orientadas a mejorar o modificar la conducta eficaz a favor de prácticas saludables a favor del cuidado en salud(1)(2)548.

En esta línea muchas intervenciones orientadas al cambio de comportamientos en salud han privilegiado el modelo transteórico, que tiene como base del cambio el "tiempo" y que se desarrolla en cuatro etapas(3)(4):

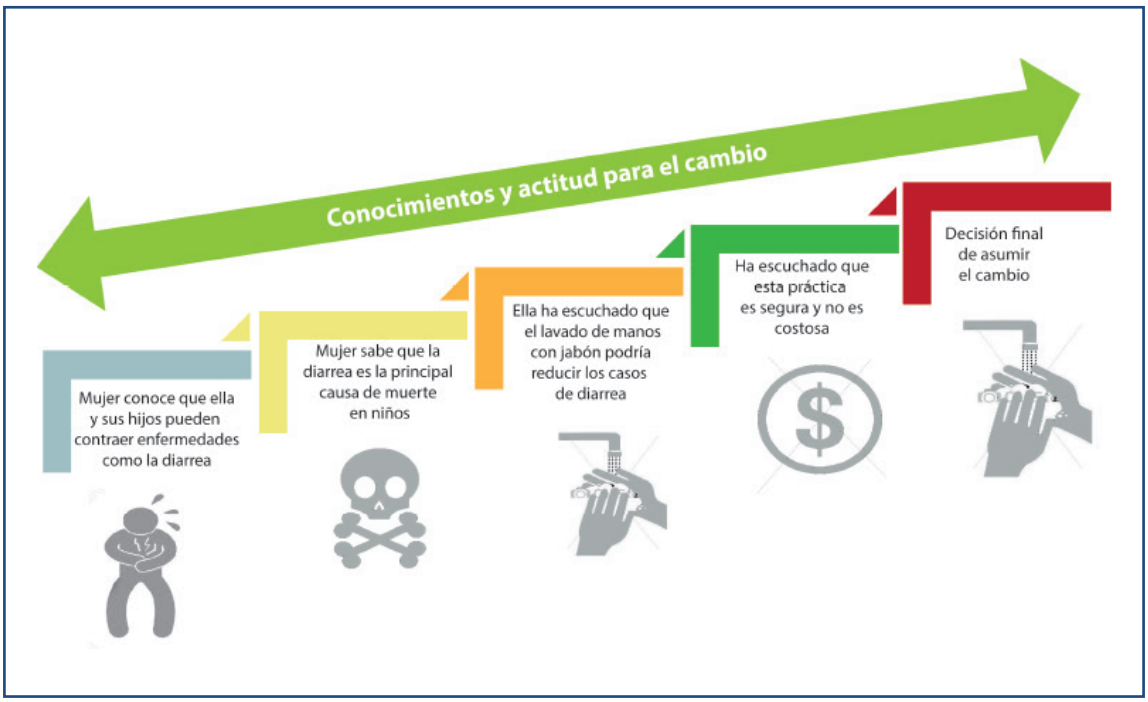
- La **precontemplación** es la etapa que se da por falta de información, el tiempo para interiorizar la información es aproximadamente seis meses.
- En la **contemplación** se da el proceso de toma de conciencia de la importancia del cambio, toma un tiempo entre 6 a 24 meses; puede permanecer latente la intensión si no se presenta factores facilitadores o motivadores en esta etapa.
- En la etapa de **preparación** la persona ya tiene la decisión del cambio e inicia pequeños cambios; la acción de cambio se da entre uno a seis meses. Este periodo es inestable porque puede darse recaídas o avanzar hacia el mantenimiento del cambio de la práctica, este proceso tiene una duración promedio entre seis a veinticuatro meses después del cambio observable.
- Etapa de **terminación** que expresa la adopción de la práctica como parte de su estilo de vida.

Grafico N° 01: Ruta del tiempo para promover cambios



Evidencias científicas dan cuenta que todo este proceso de las etapas del cambio de comportamiento hacia prácticas adecuadas de higiene, como el consumo de agua segura entre otras, están en función del conocimiento y de las actitudes (Rosenstock, 1977). En tal sentido, promover cambios en salud implica que se debe alcanzar información (saber) y promover la reflexión para que las personas puedan reconocer los riesgos a las enfermedades y que medidas o tratamientos son eficaces, estas dos condiciones de reflexión influyen en la decisión final del cambio de comportamiento de salud en la persona.

El cambio de comportamiento se traduce en una serie consecutiva de situaciones hasta llegar a la interiorización del cambio, como por ejemplo en el cambio de la práctica de higiene de las manos una mujer considera (1) la importancia de lavarse las manos, dada la posibilidad de que ella y sus hijos pueden contraer enfermedades como la diarrea; (2) y sabe que es la principal causa de muerte en niños menores de cinco años; (3) ha escuchado que el lavado de manos con jabón podría reducir la incidencia de diarrea en un 47 por ciento; (4) al mismo tiempo ha escuchado que esta práctica es segura y no es costosa; y (5) fue aconsejada por el promotor de salud para que no deje de lavarse las manos(5).



Fuente: Adaptado del Diplomado de Comunicación para la Salud-PAHO, 2011

A esto se suma que el cambio de comportamiento tiene que ver con la compatibilidad de la intervención, con los valores existentes, experiencias anteriores, las necesidades; las condiciones del entorno como la estructura social, la forma de comunicación y otros factores que afectan la velocidad con que se adoptan los cambios según los principios teóricos de los valores y actitudes(6).

En esta línea la intensidad de las intervenciones es importante por un periodo efectivo de campo de 24 a 30 meses en promedio en el marco del modelo transteórico, para asegurar su sostenibilidad en el tiempo, evitando retrocesos en el tiempo.

Este marco se sustenta en investigaciones de campo de tipo longitudinal con casos y controles que han evidenciado intervenciones en educación sanitaria que reducen las enfermedades gastrointestinales en comparación a los grupos control que no han tenido intervención educativa: (lavado de manos en Nepal redujo en 41% en EDAs, p=0.023(7); efecto de cuidado de lavado de manos después del cambio de pañales mejoro en guarderías de 0.75 vs 0.357 p<0.01, t test(8); en Mozambique consumo de agua segura e infraestructura redujo EDAS(9); en un meta análisis se halló que el lavado de manos evita alrededor de una cuarta parte de los episodios de EDAs en menores de 5 años en países de ingresos medio y bajos (10)

En América Latina estudios en los 90´comprobaron que un porcentaje importante de los sistemas de agua implementados en comunidades rurales, eran abandonados por falta de mantenimiento o por agotamiento de las fuentes y que en muchos casos las condiciones sanitarias de las comunidades no habían mejorado. Así se fue reconociendo, cada vez más, que la sola ejecución de obras de infraestructura tales como acueductos e instalaciones sanitarias, sin ser acompañados de un fuerte componente educativo, no producía un cambio en las condiciones de salud de las comunidades y no garantizaba la sostenibilidad de los proyectos (11).

En el Perú, un estudio auspiciado por el Programa de Agua y Saneamiento PNUD-Banco Mundial en la región San Martín, identificó que la estrategia para dotar de servicios de saneamiento sostenibles en población rural de la selva debe diferenciar a los nativos, que residen en las comunidades, de los colonos o mestizos, que proceden de los departamentos aledaños. Esta diferenciación permitirá determinar el tiempo que se asignara a los distintos componentes de los proyectos y las formas de contribución de las familias: **los proyectos destinados a las comunidades nativas deben incluir un periodo más largo de promoción, capacitación y asistencia técnica**, mientras que la concentración de colonos y mestizos en los centros poblados facilita la creación de organismos para la operación y mantenimiento de los servicios. Sin embargo, en ambos casos, a mayor participación de los usuarios en las distintas fases del proyecto, mayores posibilidades de sostenibilidad de los servicios (12).

Otro proyecto en la región Cajamarca APRISABAC – Atención Primaria y Saneamiento Básico, identifico entre sus lecciones de aprendizaje que el saneamiento básico debe ir complementado con educación sanitaria para garantizar agua segura a la población rural; que las metodologías de trabajo educativo requiere de un trabajo mucho más cercano con la familia, complementada con estrategias masivas de Información, Educación y Comunicación en salud y saneamiento y que se debe incluir estrategias que aseguren la sostenibilidad concertando con los gobiernos locales y capacitación de promotores para que promuevan cambios de hábitos y actitudes en su comunidad (13).

El informe final "Agua y saneamiento: el caso del perú rural. ITDG - Oficina Regional Para América Latina" señala con relación a la educación sanitaria, que se ha constatado que en los proyectos:

- La educación en higiene no es una prioridad sectorial de los programas, lo que se evidencia en su reducida participación presupuestal en la estructura de los costos;
- La escasa coordinación entre los actores en el campo de la educación sanitaria, con iniciativas regionales y nacionales todavía incipientes (Banco Mundial, PNUD, UNICEF y ONG);
- La educación sanitaria es realizada con escasa participación comunitaria.

Además, refiere que las metodologías para conducir los procesos de aprendizaje social son inefectivas porque se plantean sobre mensajes universales, desconociendo adaptaciones locales generacionales y procesos de ensayo y error, dejando de lado los propios significados culturales locales, no considerando la utilización de medios de comunicación masivos y la falta de capacitación de los propios educadores (Centurión, 2000). Como consecuencia, continúa la incidencia de enfermedades diarreicas y parasitosis, especialmente entre los niños menores de 5 años debido a que no se producen cambios en la conducta sanitaria de las familias (14).

Estos antecedentes presentan resultados alentadores de mejora en la línea de agua y saneamiento, destacan que es importante su continuidad para evitar retroceso del cambio inicial, siendo clave intervenciones/estrategias de mantenimiento o reforzamiento del cambio de comportamiento, para asegurar progresivamente su inserción como una práctica positiva de estilos de vida saludable.

Estas evidencias citadas han sido la base para para el diseño del proyecto "Emergencias Sanitarias en las cuencas de Marañón, Tigre, Corrientes y Pastaza" en 65 comunidades nativas de Loreto; con un componente de infraestructura que instala sistemas de agua potable constituida por plantas potabilizadoras y piletas comunales; complementada con un componente educativo, que ha priorizado una metodología interactiva y reflexiva validada en la región Ucayali, adaptando sus herramientas acordes a la realidad cultural de las comunidades de las cuencas de Loreto y con tres ejes de intervención:

(i) Sesiones educativas abordando temas de recojo, transporte, almacenamiento y consumo de agua segura; uso racional del agua; y prácticas de higiene (lavado de manos y eliminación adecuada de excretas). También se implemen-

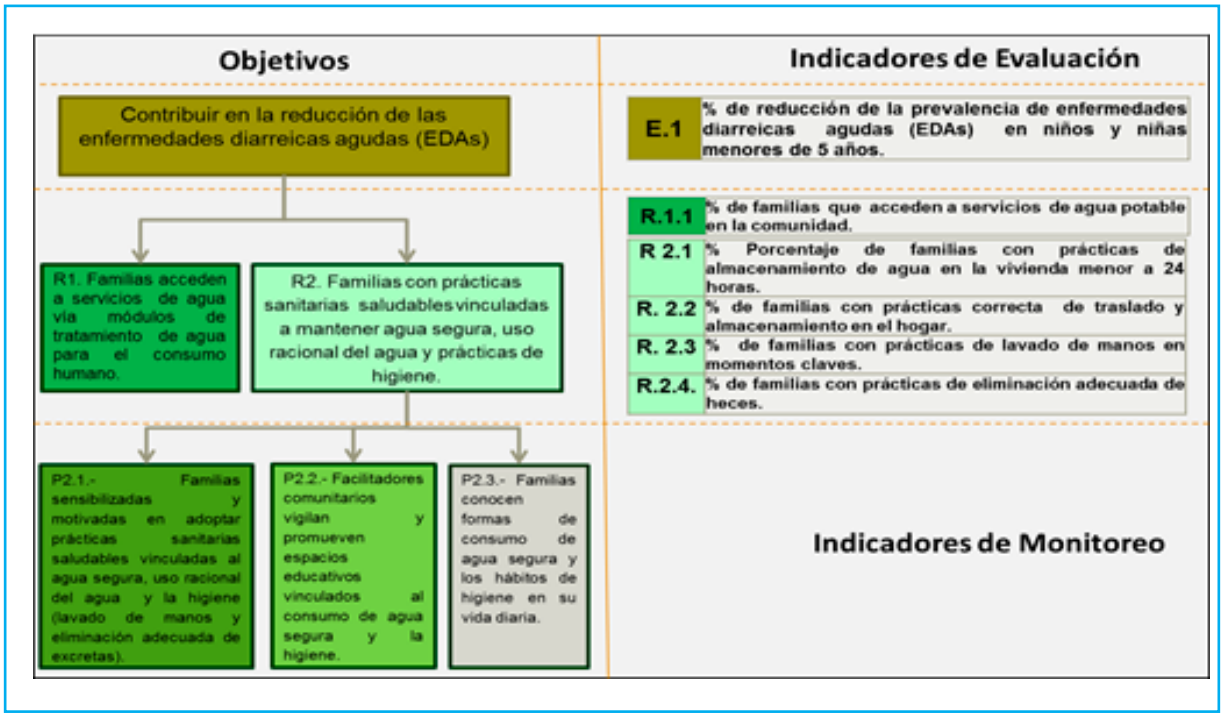
taron Funciones de títeres y Concursos de dibujo y pintura, canto y diseño de cuentos, dirigidos principalmente a la población escolar.

(ii) Visitas domiciliarias para reforzar los aprendizajes de las sesiones educativas y de promover in situ las condiciones para el cambio de práctica como habilitar espacios para el almacenamiento adecuado de agua, lugar para lavado de manos y lugar para la disposición de heces y.

(iii) Formación de facilitadores comunitarios del agua y la higiene, quienes debidamente sensibilizados y capacitados asumieron las actividades de educación y vigilancia de las familias de la comunidad, realizando visitas domiciliarias y co-facilitando con los gestores sociales las actividades de sesiones demostrativas y funciones de títeres.

Gráfica N° 2

Diseño de la intervención del Proyecto Emergencia Sanitaria



De acuerdo a lo señalado anteriormente, el componente educativo es importante para el impacto de intervenciones en agua y saneamiento en la población como lo demuestran los resultados obtenidos en las evaluaciones del proyecto, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 1

Resultados Comparativos entre la Línea de Base y Evaluación Final

Proyecto "Emergencia Sanitaria en las cuencas de Marañón, Tigre, Corrientes y Pastaza"

INDICADORES	RESULTADO LÍNEA DE BASE	RESULTADO EVALUACIÓN FINAL
Prevalencia de EDAs en menores de 5 años	64.59%	23.74%
Familias que acceden a servicios de agua potable en la comunidad	0%	86.2%
Porcentaje de familias que almacenan el agua potable el tiempo adecuado (hasta 24 horas)	0%	85.77%
Familias con prácticas correctas de traslado y almacenamiento	54.97%	85.52%
Familias con prácticas de lavado de manos en momentos clave	13.32%	66.84%
Familias con prácticas de eliminación adecuada de heces	33.39%	51.52%

Fuente: Línea de Base y Evaluación Final. Proyecto Emergencia Sanitaria.

Los resultados obtenidos en la Evaluación Final del proyecto "Emergencia Sanitaria en las cuencas de los ríos Pastaza, Marañón, Tigre y Corrientes" nos permiten llegar a las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- Los proyectos de agua y saneamiento con la incorporación de un fuerte componente de educación sanitaria a la población logran resultados y cambios significativos en las condiciones sanitarias de las familias y comunidades.
- Es fundamental adecuar la metodología e instrumentos educativos a la realidad local y cultural de la zona de intervención.
- Se logra un ambiente de confianza y compromiso social, que facilita la implementación de las actividades, cuando desde el inicio de la intervención se involucra y promueve la participación comunitaria de los actores locales.
- Otro factor de éxito lo ha constituido la inclusión de líderes comunitarios, familias y población escolar en las actividades implementadas.

- Ha sido muy importante implementar en forma conjunta los componentes técnico y social, durante los 29 meses de intervención del proyecto.

La ruta de intervención del proyecto ha sido alineada con las evidencias sobre el cambio de comportamientos, previendo en su diseño un escenario con un mínimo de tres años de intervención, que incluye procesos de organización al inicio de la intervención y de cierre.

En un **primer momento, de Organización y Diagnóstico e implementación,** se organiza la intervención en comunidad centrada en actividades de sensibilización e información a los líderes y población, implementación del estudio de Línea de Base, organización/reactivación de las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento – JASS, identificación/selección de los Facilitadores Comunitarios del Agua y la Higiene así como las coordinaciones con el Área Técnica Municipal – ATM del gobierno local para realizar un trabajo articulado.

En este primer momento se inician las actividades de capacitación tanto para las JASS, ATM, Facilitadores Comunitarios del agua y la higiene, y también a las familias de las comunidades para promover el cambio de comportamientos en las familias expresado en prácticas de higiene, adecuado traslado y almacenamiento de consumo de agua segura con una intervención intensiva mensual, a fin de que las familias accedan a información, reflexión de la información reconociendo la importancia de estas prácticas en su salud y bienestar

El **segundo momento, de Implementación y consollidación,** centrado en consolidar el cambio de comportamientos iniciado por los líderes y familias, para lo cual se continuará con las actividades de capacitación expresado en prácticas de higiene, adecuado traslado y almacenamiento de consumo de agua segura con una intervención intensiva mensual, a fin de que las familias accedan a información, reflexión de la información reconociendo la importancia de estas prácticas en su salud y bienestar.

Y en la perspectiva de sostenibilidad seguir con las actividades de coordinación y acompañamiento a actores claves como los agentes comunitarios, las JASS y representante municipal del Área Técnica Municipal de saneamiento (ATM); en la perspectiva de fortalecer sus competencias para que gradualmente asuman en forma más efectiva sus funciones en el acceso a agua segura, higiene y mantenimiento de los sistemas de agua construidos para transferirle las estrategias y metodologías que desde la intervención vienen siendo exitosas.

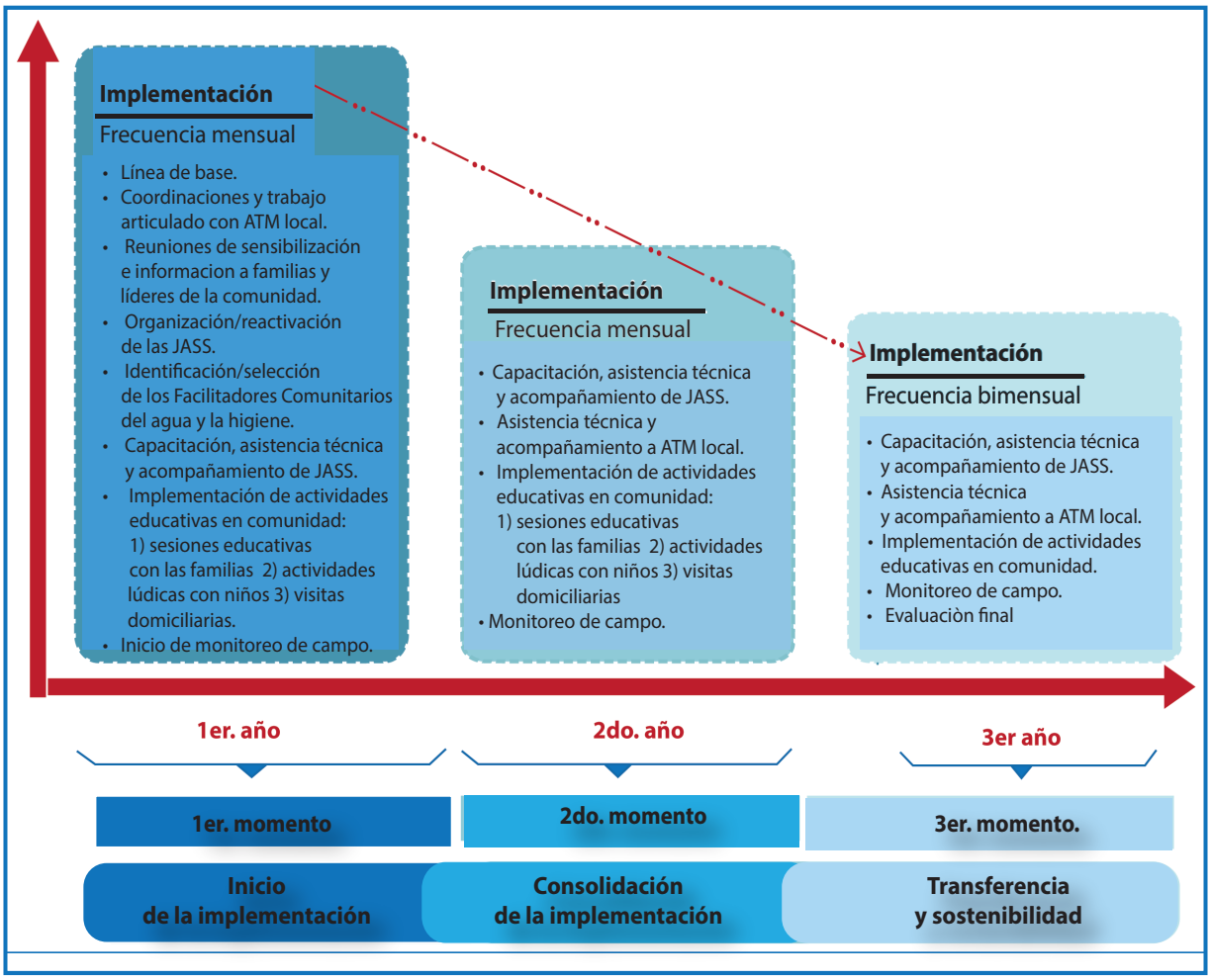
En el **tercer momento**, se busca consolidar el proceso de transferencia y sostenibilidad de la intervención, por ello, el equipo desarrollará sus actividades de manera más espaciada, delegando de manera consensuada parte de las tareas de acompañamiento, de esta manera los líderes locales y comunitarios asumirán el liderazgo de la intervención con la asesoría técnica cada dos a tres meses del proyecto

Durante todo el proceso de intervención se desarrollan las actividades de monitoreo con el propósito de identificar nudos críticos en el proceso de implementación, para replantear/fortalecer ciertas actividades, de manera oportuna y orientadas al cambio esperado. A la vez de rendir cuentas al conjunto de contrapartes involucradas en la intervención como el Ministerio de Vivienda. Construcción y Saneamiento, autoridades locales, líderes comunales, entre otros actores.

Y la otra actividad que facilitará tener evidencias relevantes del alcance de la intervención será la Evaluación Final, a través de las cuales se obtendrá bajo principios estadísticos el efecto logrado por el proyecto.

Grafico N° 03:

Momentos Propuestos de la intervención del Componente Educativo en proyectos de Agua y Saneamiento



BIBLIOGRAFIA

1. Cuesta Cambria U, Ugarte Iturrizaga A, Menéndez Hevia T. Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención. Comunicación y Salud. 2008. 25-1 p.

2. Bandstra NF, Crist WB, Napier-Phillips A, Flowerdew G. The Impact of Behavioral Feeding Intervention on Health Care Utilization. Child Heal Care [Internet]. 2011;40(4):282–96. Available from: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7840de14-d41d-4756-bc41-214d74bf5f00@sessionmgr120&vid=5&hid=102

3. Cabrera GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Publ en la Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2000 [cited 2016 Dec 7];18(2):129–38. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf

4. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behaviour and Health Education [Internet]. Health Education. 2008. 97-121 p. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350649815241

5. Rosenstock MI. Health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B E. explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, eds. Health behaviour and health education: Theory, research and practice. Available from: https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Rosenstock+cambio+de+comportamiento

6. MI R. explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, eds. Health behaviour and health education: Theory, research and practice. 1971. p. 496. Available from: http://garfield.library.upenn.edu/classics1991/A1991FT75500001.pdf

7. Langford R, Lunn P, Panter-Brick C. Hand-washing, subclinical infections, and growth: A longitudinal evaluation of an intervention in Nepali slums. Am J Hum Biol [Internet]. 2011 Sep [cited 2016 Nov 3];23(5):621–9. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/ajhb.21189

8. Jonathan B. Kotch, Ann H. Faircloth, Kristen A. Weigle, David J. Weber, Richard

M. Clifford, Thelma O. Harms, Pamela S. Rolandelli, Frank A. Loda, Philip N. Gallagher, Jr., Robert W. Edwards, Danielle LaBorde, Marsha P. McMurrayJonathan B. Kotch, Ann H. F MPM. Evaluation of an Hygienic Intervention.pdf [Internet]. 1994. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/94/6/991

9. González-Gómez F, Lluch-Frechina E, Guardiola J. Water Habits and Hygiene Education to Prevent Diarrhoeal Diseases: The Zambezi River Basin in Mozambique. African Dev Rev [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Sep 30];25(4):563–72. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/1467-8268.12050

10. Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing promotion for preventing diarrhoea. Ejemot-Nwadiaro RI, editor. Cochrane database Syst Rev [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 Sep 3 [cited 2016 Sep 30];(9):CD004265. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004265.pub3

11. Raúl Gálvez y Michele Messina (UNICEF). Serie de materiales didácticos del Proyecto "Escuela y Casa Saludable", Programa de Agua y Saneamiento. Honduras, 2002

12. Nathalie Vesco/Oscar Castillo Los servicios de agua y saneamiento en la selva: El caso de ITDG en San Martin. Programa de Agua y Saneamiento PNUD-Banco Mundial. Lima, agosto de 1999.

13. APRISABAC. Manual de Educación Sanitaria. Saneamiento Básico Rural, serie 4. Perú, 1997.

14. Julio Calderón Cockburn. Informe final AGUA Y SANEAMIENTO: EL CASO DEL PERÚ RURAL. ITDG - OFICINA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA. Lima, Octubre de 2004.

INCLAM
PERÚ

msh-Perú
Afiliado a Management Sciences *for* Health Inc.