



Estado Mundial de LA HIGIENE DE MANOS

Un llamamiento mundial a la acción para que la
higiene de manos se convierta en una prioridad
tanto en la normativa como en la práctica



Organización
Mundial de la Salud



unicef
para cada niño

Publicado por UNICEF y la OMS
División de Programas/WASH
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY, 10017, EE. UU.
www.unicef.org/wash

© **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021**

Referencia sugerida: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Estado Mundial de la Higiene de Manos: Un llamamiento mundial a la acción para que la higiene de manos se convierta en una prioridad tanto en la normativa como en la práctica*, UNICEF, Nueva York, 2021.

ISBN (UNICEF) 978-92-806-5325-0
ISBN (OMS) 978-92-4-004972-7 (versión electrónica)
ISBN (OMS) 978-92-4-004973-4 (versión impresa)

La reproducción total o parcial de esta publicación requiere autorización previa. Para obtener más información sobre los derechos de uso, póngase en contacto con nyhqdoc.permit@unicef.org. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), juicio alguno sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni tampoco sobre sus autoridades o el trazado de sus fronteras. Es posible que las líneas discontinuas o de puntos que figuran en los mapas representen, de forma aproximada, fronteras respecto a las cuales no exista acuerdo pleno.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS o UNICEF los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos amparados por un derecho de propiedad intelectual llevan letra inicial mayúscula. La OMS y UNICEF han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin ningún tipo de garantía, ya sea explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recaerá en el lector. Ni la OMS ni UNICEF serán responsables en ningún caso de los daños que se deriven de su uso.

Las declaraciones incluidas en esta publicación pertenecen a los autores y no representan necesariamente las políticas o puntos de vista de UNICEF o la OMS.

Editado por Jeff Sinden. Diseño de la publicación realizado por Blossom.

Agradecimientos

Este informe es fruto de la cooperación entre un gran número de colaboradores, revisores y editores. La elaboración del informe ha sido dirigida por Ann Thomas (Asesora Superior, WASH, UNICEF), con la dirección y orientación generales de Kelly Ann Naylor (Directora de WASH, UNICEF) y de Bruce Gordon (Coordinador de Agua, Saneamiento, Higiene y Salud, Organización Mundial de la Salud). Asimismo, Clarissa Brocklehurst desempeñó el cargo de Editora Administrativa.

El presente documento no podría haberse elaborado sin las valiosas aportaciones de Nathaniel Paynter, Tom Slaymaker, Christian Snoad, Job Ominyi, Mitsunori Odagiri y Guy Hutton, de UNICEF; y de Joanna Esteves Mills, Rick Johnson, Betsy Engebretson, Maggie Montgomery, Benedetta Allegranzi, Claire Kilpatrick y Kerstin Schotte, de la OMS.

La OMS y UNICEF también desean expresar su agradecimiento a las otras muchas personas que han prestado su contribución, entre otras Om Prasad, Helen Hamilton y Julie Truelove, de WaterAid; Julia Rosenbaum, de FHI 360; Claire Chase, del Banco Mundial; Cheryl Hicks, de WASH4Work; Jason Cardosi, de LIXIL; Jeff Albert, de Aquaya; Andrea Beatriz Lee-Llacer y Beverly Ho, del Gobierno de Filipinas; Ben Mandell y Jessica Jacobson, de Water.org; Belinda Makhafola, de los Servicios de Salud Ambiental del Gobierno de Sudáfrica; Ian Ross y Daniel Korbel, de la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres; y Peter van Maanen, consultor.

Asimismo, los autores desean rendir homenaje a la memoria de Val Curtis, Directora del Grupo de Salud Ambiental de la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, que falleció trágicamente en 2020. Val fue una gran defensora de la higiene de manos y su trabajo contribuyó más que el de ninguna otra persona a dar mayor visibilidad a la higiene y a lograr un cambio de comportamiento en las agendas mundiales políticas y sanitarias.

Índice

1

2

3

¿POR QUÉ ES NECESARIO ESTE INFORME?

1.1	14
Definir el reto	15
1.2	17
Línea cronológica de la historia de la higiene de manos	17
1.3	19
Información que debe conocer antes de leer este informe	19

¿POR QUÉ INVERTIR EN LA HIGIENE DE MANOS?

2.1	22
La higiene de manos protege la salud	23
2.2	24
La higiene de manos repercute positivamente en la economía	24
2.3	26
La higiene de manos es beneficiosa para toda la sociedad	26

¿CÓMO PROGRESA ACTUALMENTE LA HIGIENE DE MANOS EN EL MUNDO?

3.1	28
El monitoreo de la higiene de manos	29
3.2	30
La higiene de manos en los hogares	30
3.3	36
La higiene de manos en las escuelas	36
3.4	39
La higiene de manos en los establecimientos de salud	39
3.5	42
La higiene de manos en otros entornos	42

Agradecimientos	3
Prólogo	9
Siglas y abreviaturas	10
Resumen	11
Notas finales	84



¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA NORMATIVA Y LA FINANCIACIÓN EN MATERIA DE HIGIENE DE MANOS?

4.1 Situación de la normativa y los planes nacionales de higiene	46
4.2 Metas nacionales en materia de higiene	47
4.3 El costo de lograr el acceso universal a la higiene de manos	49
4.4 Fuentes de financiación y niveles de inversión actuales	50
	54

IMAGINAR UN FUTURO MEJOR: ES NECESARIO TOMAR MEDIDAS EN MUCHOS FRENTER PARA ACELERAR EL PROGRESO DE FORMA DRÁSTICA

5.1 La pandemia de COVID-19 constituye un punto de inflexión	58
5.2 Los países asumen el reto	59
	61

LOS GOBIERNOS PUEDEN ACELERAR LOS PROGRESOS EN MATERIA DE HIGIENE DE MANOS MEDIANTE ENFOQUES CUYA EFICACIA HA SIDO DEMOSTRADA

6.1 La buena gobernanza se basa en el liderazgo, la normativa y la coordinación de carácter eficaz	66
6.2 Las finanzas públicas inteligentes propician la inversión eficaz de los hogares y del sector privado	67
6.3 La capacidad a todos los niveles impulsa el progreso y mantiene los servicios	70
6.4 Los datos fiables mejoran la toma de decisiones y la rendición de cuentas	72
6.5 La innovación propicia enfoques más adecuados y responde a los nuevos desafíos	76
6.6 De cara al futuro: Una senda hasta 2030	79
	82

Tablas, gráficos y recuadros

TABLAS

TABLA 1: Escala de servicios de los ODS para la higiene	20
TABLA 2: Número y porcentaje de países con planes nacionales de higiene que han sido presupuestados y dotados de recursos financieros suficientes	48
TABLA 3: Metas nacionales respecto a la cobertura de la higiene y adecuación al ODS 6	49

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Línea cronológica de los avances en la higiene de manos	18
GRÁFICO 2: Avances en la cobertura de los servicios de higiene entre 2015 y 2020	31
GRÁFICO 3: Población sin instalaciones para el lavado de manos en el hogar, 2020 (%)	31
GRÁFICO 4: Población con acceso a instalaciones básicas de higiene en Haití, desglosada según región de los ODS, país, zona urbana o rural, región subnacional y quintiles de riqueza (%)	33
GRÁFICO 5: Progresos en la consecución del acceso universal a la higiene básica en los países con una cobertura inferior al 99% en 2020, según la categoría de ingreso nacional, entre 2015 y 2020	33
GRÁFICO 6: Países que más han ampliado la cobertura de la higiene de manos entre 2015 y 2020	34
GRÁFICO 7: Higiene básica respecto a la disponibilidad de fuentes de agua mejoradas y accesibles <i>in situ</i> (%)	35
GRÁFICO 8: Progreso con respecto a los servicios básicos de higiene (entre 2015 y 2020) y aceleración necesaria para alcanzar la cobertura universal de aquí a 2030	36
GRÁFICO 9: La higiene en las escuelas (% de escuelas y n.º de niños)	36
GRÁFICO 10: Tendencias en la cobertura mundial de la higiene en las escuelas, entre 2015 y 2019 (% de escuelas)	37
GRÁFICO 11: Cobertura regional de la higiene en las escuelas entre 2015 y 2019 (%)	37
GRÁFICO 12: El lavado de manos antes de comer y después de usar el retrete en las escuelas de América Latina y el Caribe (%)	38
GRÁFICO 13: El uso del jabón para el lavado de manos por parte de niñas y niños (%)	38
GRÁFICO 14: Servicios de higiene de manos en los establecimientos de salud, por país, 2019 (%)	42
GRÁFICO 15: Proporción de establecimientos de salud con higiene de manos en los puntos de atención, 2019 (%)	41
GRÁFICO 16: Progresos en los servicios básicos de higiene de manos en países frágiles y afectados por conflictos (%)	43
GRÁFICO 17: Desigualdades en los servicios básicos de higiene a escala mundial, en contextos frágiles y en el Níger	43

GRÁFICO 18: Hogares en campamentos de refugiados que disponen de acceso a jabón (%)	44
GRÁFICO 19: Costo anual estimado de dotar de servicios de higiene de manos a todos los hogares en 46 países menos adelantados (USD)	51
GRÁFICO 20: Suficiencia de los recursos financieros asignados a la higiene para alcanzar las metas nacionales	55
GRÁFICO 21: Gasto público en higiene en comparación con el de agua potable y saneamiento, 14 países (%)	56

RECUADROS

RECUADRO 1: Definición de higiene e higiene de manos	15
RECUADRO 2: Definición de las instalaciones para el lavado de manos	19
RECUADRO 3: ¿Jabón y agua o gel hidroalcohólico?	20
RECUADRO 4: El lavado de manos es una intervención muy eficaz en función del costo en el entorno doméstico	25
RECUADRO 5: Puntos de atención	40
RECUADRO 6: Garantizar la disponibilidad de jabón y gel hidroalcohólico a precios asequibles	53
RECUADRO 7: Inversión pública en el cambio de comportamiento: el ejemplo del tabaquismo	54
RECUADRO 8: Rastreo del gasto en higiene a través de las cuentas de WASH en Malí	56
RECUADRO 9: Aceleración del progreso de la higiene de manos a través del gobierno local en Filipinas	63
RECUADRO 10: Promoción de la higiene a gran escala en Zambia	64
RECUADRO 11: Fomento de la higiene de manos en los espacios públicos en Indonesia	64
RECUADRO 12: Sudáfrica: Desarrollo y aplicación de una política nacional de higiene de manos	68
RECUADRO 13: Adopción de un enfoque gubernamental integral de la higiene en Nigeria	68
RECUADRO 14: La higiene de manos como parte de la iniciativa Clean Green Pakistan	69
RECUADRO 15: Integración de los programas de higiene e inmunización en Nepal	69
RECUADRO 16: Movilización de fondos destinados a la lucha contra la COVID-19 para la higiene de manos en la República Democrática Popular Lao	71
RECUADRO 17: Las Directrices Normativas sobre Saneamiento de África brindan apoyo a los gobiernos para incluir la higiene de manos en sus políticas de saneamiento	73
RECUADRO 18: En Timor-Leste, una alianza de hermanamiento con Macao tenía como fin introducir mejoras en los establecimientos de salud	74
RECUADRO 19: La Organización Internacional del Trabajo ofrece orientación para fomentar la higiene de manos en los lugares de trabajo	75
RECUADRO 20: Monitoreo del comportamiento en materia de higiene de manos en los espacios públicos en Indonesia a través de los teléfonos móviles	77
RECUADRO 21: La realización de encuestas por SMS para recopilar información sobre el acceso al jabón y el lavado de manos en África	78
RECUADRO 22: Aprovechar una alianza preexistente para introducir innovaciones en el lavado de manos: El grifo SATO	80
RECUADRO 23: HappyTap, una empresa social que responde a la necesidad de contar con instalaciones portátiles para el lavado de manos	81
RECUADRO 24: El diseño inclusivo permite que las personas con discapacidad puedan acceder al lavado de manos en la República Unida de Tanzania y en Zambia	81

Prólogo

Cuando la COVID-19 apareció hace casi dos años, el mundo carecía de vacunas y medicamentos contra este nuevo virus. A la hora de evitar las infecciones, una de nuestras armas más antiguas también resultó ser una de las más importantes: la higiene de manos. Sin embargo, se trataba de una herramienta inaccesible para casi un tercio del planeta.

Se tiene constancia de que la higiene de manos ayuda a evitar la transmisión de enfermedades infecciosas desde 1850. Por ejemplo, se ha demostrado que con una higiene de manos adecuada se puede reducir el número de muertes causadas por enfermedades respiratorias y diarreas en niños menores de 5 años en un 21% y un 30%, respectivamente.

A pesar de ello, se estima que en 2021 hay 2.300 millones de personas en todo el planeta que no tienen la posibilidad de lavarse las manos con agua y jabón en el hogar y que un tercio de los establecimientos de salud de todo el mundo carecen de recursos para la higiene de manos en los puntos de atención. A su vez, casi la mitad de las escuelas a escala mundial están desprovistas de servicios básicos de higiene, lo cual afecta a 817 millones de niños.

Durante los últimos cinco años, 500 millones de personas han logrado acceso a instalaciones básicas de higiene de manos; es decir, un promedio de 300.000 personas al día. Esto constituye un avance que, por desgracia, resulta demasiado lento. Al ritmo actual, en 2030 seguirá habiendo casi 2.000 millones de personas sin acceso a instalaciones básicas de higiene de manos, lo que repercutirá negativamente en otras cuestiones prioritarias del desarrollo, como la educación, la salud, la nutrición y el crecimiento económico.

La COVID-19 ha generado un momento histórico para la higiene de manos, y le ha brindado un nivel de atención, recursos y voluntad política sin precedentes. No obstante, sabemos que esta atención puede ser pasajera, como ya hemos visto en emergencias anteriores. En 2020, UNICEF y la OMS, junto con otros asociados, pusieron en marcha la iniciativa Higiene de manos para todos, con el objetivo de aprovechar el impulso en torno a la higiene de manos y promover un cambio sostenible a largo plazo.

El *Estado Mundial de la Higiene de Manos* es el informe insignia de la iniciativa Higiene de manos para todos y también complementa al informe *Estado Mundial del Saneamiento*, del año pasado. El mensaje del presente informe es claro: debemos cuadruplicar el ritmo de progreso actual para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativa a la higiene de manos.

Hacemos un llamamiento a todos los gobiernos para que realicen inversiones en higiene de manos que sean eficaces en función del costo y con las que se podrán salvar numerosas vidas.

Es el momento de que gobiernos, donantes y organismos multilaterales den un paso al frente para apoyar esta intervención absolutamente fundamental en materia de salud pública. La higiene de manos es una parte esencial de la atención primaria de la salud, la cobertura sanitaria universal y la lucha contra las enfermedades. Con el liderazgo adecuado en materia de higiene de manos, podremos hacer del mundo un lugar más saludable para todas las personas.

SRA. HENRIETTA H. FORE
Directora Ejecutiva
UNICEF

DR. TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS
Director General
Organización Mundial de la Salud

Siglas y abreviaturas

AMCOW	Consejo Ministerial Africano sobre el Agua
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
OSC	organizaciones de la sociedad civil
AVAD	año de vida ajustado en función de la discapacidad
EDS	Encuesta Demográfica y de Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PCI	prevención y control de las infecciones
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
ONG	organización no gubernamental
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
WASH	agua, saneamiento e higiene
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 6 insta a la comunidad mundial a lograr el acceso universal a la higiene de aquí al 2030. La higiene de manos es uno de los componentes más importantes de la higiene. Sin embargo, muchos entornos carecen tanto de acceso a instalaciones para practicar la higiene de manos como de apoyo en favor de los comportamientos necesarios.

Se calcula que 3 de cada 10 personas —es decir, 2.300 millones de personas en todo el mundo— carecen de instalaciones con agua y jabón para lavarse las manos en el hogar y, entre ellas, hay 670 millones que no disponen de ningún tipo de instalación para el lavado de manos. También sucede lo mismo en muchos establecimientos de salud, escuelas y espacios públicos. Por ejemplo, el 7% de los establecimientos de salud en África Subsahariana y el 2% a escala mundial carecen de cualquier tipo de servicio de higiene de manos; por otro lado, 462 millones de niños asisten a escuelas sin instalaciones de higiene.

Un gesto tan sencillo como lavarse las manos permite salvar vidas y reducir las enfermedades, ya que ayuda a evitar la propagación de enfermedades infecciosas. Estas enfermedades pueden deberse a agentes patógenos (gérmenes) que se transmiten por el aire o a través de superficies, alimentos o heces humanas. Debido a que las personas se tocan la cara con frecuencia, así como los alimentos y las superficies, las manos contribuyen a la propagación de enfermedades de forma sustancial. De hecho, se calcula que cada año muere medio millón de personas a causa de diarreas o de infecciones respiratorias agudas que podrían haberse evitado mediante una adecuada higiene de manos. Además de prevenir multitud de enfermedades, la higiene de manos ayuda a evitar altos costos financieros causados por las muertes y las enfermedades.

Durante la pandemia de COVID-19, la higiene de manos ha recibido una atención sin precedentes y se ha convertido en uno de los pilares centrales de las estrategias nacionales de prevención de dicha enfermedad, lo que, a su vez, ha traído consigo una ocasión única para lograr que la higiene de manos se convierta en una cuestión de orden público relevante a largo plazo. Los datos demuestran que la higiene de manos constituye una inversión muy eficaz en función del costo que genera beneficios enormes para la salud a un costo relativamente bajo; es decir, se trata de una inversión realmente “útil en todo caso”.

A pesar de las labores realizadas para promover la higiene de manos, en muchas ocasiones con el apoyo de la comunidad internacional y coincidiendo con epidemias o emergencias, los índices de acceso a las instalaciones de higiene de manos continúan siendo persistentemente bajos. Si el ritmo de progreso no cambia, al final de la era de los ODS, en 2030, seguirá habiendo 1.900 millones de personas sin acceso a instalaciones para lavarse las manos en el hogar.

Los gobiernos deben asumir un compromiso con la higiene de manos que no la convierta en una intervención de salud pública temporal en momentos de crisis, sino en un comportamiento diario imprescindible que favorece la resiliencia en términos económicos y sanitarios. La comunidad internacional está atravesando un momento histórico que entraña tanto una urgencia como una

oportunidad. **Debemos acelerar el progreso en la higiene de manos de forma inmediata**, antes de que se produzca la próxima crisis sanitaria.

Tanto la ciudadanía como los gobiernos tienen una función que desempeñar. Los gobiernos, por su parte, deben demostrar liderazgo y hacer que la higiene de manos se convierta una cuestión de orden público; para ello, han de dotarla de la normativa correspondiente y garantizar su aplicación. Acceder al agua debe resultar sencillo para que la higiene de manos pueda practicarse en cualquier lugar, y también es necesario que todas las escuelas y establecimientos de salud dispongan de instalaciones de higiene de manos que se utilicen. Asimismo, es importante que los gobiernos inviertan de forma estratégica en la promoción y en la creación de capacidad. Los análisis llevados a cabo indican que el gasto público en la promoción de la higiene de manos aprovechará en gran medida las inversiones de los hogares.

La ciudadanía, por otra parte, tiene la obligación de adoptar y mantener comportamientos positivos en relación con la higiene de manos y esperar que el resto de personas hagan lo mismo. Los hogares pueden invertir en instalaciones para el lavado de manos, que podrían consistir en algo tan sencillo como una jarra y un cuenco, y adquirir jabón. No obstante, el sector privado ha de cumplir su papel y trabajar con los gobiernos para que tanto las instalaciones de higiene de manos como el agua y el jabón estén disponibles a gran escala y sean asequibles para todas las personas.

Tal y como muestra el presente informe, invertir en los cinco “aceleradores” clave —gobernanza, financiación, desarrollo de la capacidad, datos e información, e innovación—, determinados en el Marco Mundial de Aceleración del ODS 6 de ONU-Agua, puede allanar el camino hacia el logro de la higiene de manos para todos.

La buena gobernanza se basa en el liderazgo, la normativa y la coordinación de carácter eficaz: Es fundamental que los gobiernos dicten políticas claras en lo que respecta tanto a la disponibilidad de servicios que faciliten el lavado de manos, y el abastecimiento de agua, como a los comportamientos necesarios para garantizar que la higiene de manos sea una práctica habitual en todos los entornos pertinentes. Es necesario que haya un jefe de Estado, un ministro u otra figura política destacada dispuesta a promover la higiene de manos y asumir el reto de impulsar el progreso. No obstante, el papel de los líderes locales es igualmente importante; tanto los estados como los distritos y los municipios deben asumir este compromiso. Es necesario que el gobierno sea consciente a todos los niveles de que la higiene de manos es una cuestión fundamental de orden público, y de que el progreso requiere objetivos, estrategias, hojas de ruta y presupuestos.

Las finanzas públicas inteligentes propician la inversión eficaz de los hogares y del sector privado: Los gobiernos deben buscar fórmulas para que el gasto público genere la máxima repercusión posible y estimule las inversiones de los hogares y del sector privado. El gobierno y la ciudadanía pueden compartir el costo de la higiene de manos, ya que el gasto público estratégico destinado a la promoción, el refuerzo y la educación favorece y optimiza la inversión de los hogares. Los gobiernos deben invertir en la higiene de manos en las escuelas y los establecimientos de salud, así como fijar normas claras para este tipo de entornos y regular la actividad empresarial a fin de velar por la higiene de manos. Es importante que los gobiernos inviertan en los sistemas de abastecimiento de agua, con el objetivo de que esta pueda conseguirse fácilmente y en cantidad suficiente para facilitar el lavado de manos.

La capacidad a todos los niveles impulsa el progreso y mantiene los servicios: Los gobiernos deben evaluar la capacidad actual de la que disponen en lo que respecta a sus políticas y estrategias en materia de higiene de manos, así como determinar cuáles son las deficiencias y desarrollar estrategias de creación de capacidad basadas en la aplicación rigurosa de las mejores prácticas. Existen importantes carencias de capacidad a la hora de promover la higiene de manos y lograr una aceptación duradera, lo cual provoca que muchas partes interesadas la consideren un terreno incierto. Las investigaciones realizadas para determinar qué métodos funcionan en diversos entornos han propiciado la aparición de innovaciones decisivas en materia de higiene de manos a lo largo de los decenios. Estas investigaciones son de carácter continuo, de modo que tanto a los gobiernos como al resto de partes les resulta difícil seguir de cerca la evolución de los datos disponibles a la hora de garantizar la debida aplicación de las innovaciones. En muchos casos, es preciso que los países inviertan en el desarrollo de conjuntos de habilidades totalmente nuevas en lo que respecta a la manera de crear un entorno normativo propicio, promover la higiene de manos, estimular la participación del sector privado y dictar y hacer cumplir las políticas. Se debe crear capacidad a todos los niveles y en todos los entornos, tanto a escala nacional y local como dentro de los gobiernos, en el sector privado y en la sociedad en su conjunto.

Los datos fiables mejoran la toma de decisiones y la rendición de cuentas: los gobiernos deben atender la necesidad de contar con datos sólidos sobre higiene de manos para poder adoptar decisiones fundamentadas y realizar inversiones estratégicas. A pesar de que durante los últimos años se han producido mejoras importantísimas en cuanto a la disponibilidad de datos sobre higiene de manos, especialmente en lo que se refiere a los hogares, actualmente sigue habiendo carencias. Por ejemplo, hay determinados aspectos relacionados con la higiene de manos en los establecimientos de salud que no están siendo objeto de monitoreos exhaustivos y los datos sobre la disponibilidad y asequibilidad del jabón son escasos. Esta falta de datos dificulta el monitoreo del progreso respecto a las metas nacionales e internacionales y, al mismo tiempo, supone un obstáculo para que los gobiernos tomen decisiones sobre políticas, programación e inversiones. La recopilación de datos puede llevarse a cabo incorporando una sección normalizada sobre el lavado de manos en las encuestas de hogares y también mediante enfoques innovadores que se sirvan de los teléfonos móviles. Se pueden citar, entre otros ejemplos, la producción masiva de datos sobre higiene de manos en los espacios públicos de Indonesia, y los datos recogidos en África, a través de encuestas por SMS, sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en la disponibilidad de jabón.

La innovación propicia enfoques más adecuados y responde a los nuevos desafíos: Tanto los gobiernos como los organismos de apoyo tienen el deber de fomentar la innovación, especialmente en el sector privado, con el objetivo de poner en práctica la higiene de manos para todos con independencia del entorno. Se necesitan ideas nuevas para superar las dificultades existentes, tales como la falta de abastecimiento del agua, la desigualdad de acceso al jabón y los problemas relacionados con la asequibilidad.



© UNICEF/UNI1367259/Fazel

¿Por qué es necesario este informe?

-
- 1.1 Definir el reto

 - 1.2 Línea cronológica de la historia de la higiene de manos

 - 1.3 Información que debe conocer antes de leer este informe



© UNICEF/UN0414850/Naftalin

1.1

Definir el reto

La segunda meta del ODS 6 insta a la comunidad mundial a: “De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e **higiene** adecuados y equitativos **para todos** y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en

situaciones de vulnerabilidad”. La higiene de manos es uno de los componentes más importantes de la higiene. Sin embargo, muchos entornos carecen tanto de acceso a instalaciones para practicar la higiene de manos como de apoyo en favor de los comportamientos necesarios.

Definición de higiene e higiene de manos

RECUADRO 1

Higiene es un término amplio que abarca un número considerable de actividades. Puede incluir la higiene de manos (tanto el lavado de manos como el uso de geles desinfectantes como los geles hidroalcohólicos), la gestión de la higiene menstrual, la higiene bucal, la limpieza del entorno en los establecimientos de salud y la higiene alimentaria. Uno de los obstáculos que se debe afrontar es la falta de una definición clara, consensuada y reconocida a nivel internacional del término “higiene”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado una serie de directrices sobre la higiene de manos en los entornos sanitarios y también publica recursos que se actualizan de forma periódica; no obstante, no existe una definición reconocida internacionalmente ni orientaciones normativas sobre la higiene de manos en los hogares, las escuelas u otros entornos¹.

Se calcula que **3 de cada 10 personas —es decir, 2.300 millones de personas en todo el mundo— carecen de instalaciones con agua y jabón para lavarse las manos en el hogar y, entre ellas, hay 670 millones que no disponen de ningún tipo de instalación para el lavado de manos.** También sucede lo mismo en muchos establecimientos de salud, escuelas y espacios públicos, a pesar de que los datos demuestran que la presencia de instalaciones de higiene de manos constituye un factor determinante para que la higiene de manos se lleve a cabo con regularidad en los hogares y los establecimientos de salud.

La higiene de manos es una de las medidas más importantes a la hora de evitar la propagación de enfermedades infecciosas, incluidas las diarreicas y las respiratorias, como la COVID-19. La pandemia de COVID-19 ha hecho que la función que desempeña la higiene de manos en el control de las enfermedades haya recibido un nivel de atención sin precedentes, lo que, a su vez, ha brindado una oportunidad única para convertirla en una cuestión de orden público relevante. Por ejemplo, la OMS sostiene que para el control de la COVID-19 se necesita “un conjunto integral de medidas preventivas, entre las que se encuentran la higiene frecuente de las manos”². Sin embargo, existe un riesgo serio y muy posible de que las respuestas de emergencia adoptadas durante la pandemia no lleguen a convertirse en compromisos a largo plazo con la higiene de manos. La experiencia ha demostrado que el aumento del interés por la higiene de manos a raíz de brotes epidémicos suele ir seguido de un declive rápido³. Existe, por tanto, un riesgo considerable de que se desaproveche la oportunidad que ha brindado este momento decisivo.

Este informe describe la magnitud del desafío que supone garantizar que la higiene de manos se encuentre al alcance de todos en diversos entornos; entre otros, las escuelas, los establecimientos de salud, los lugares de trabajo y los espacios públicos. Asimismo, ofrece ejemplos concretos de logros conseguidos en una serie de países y señala las medidas clave que tanto los gobiernos como sus asociados para el desarrollo deben adoptar a fin de conseguir que la higiene de manos para todos se convierta en una realidad.

Los datos demuestran que la higiene de manos constituye una inversión muy eficaz en función del costo que genera beneficios enormes para la salud a un costo relativamente bajo. Tanto la ciudadanía como los gobiernos tienen una función que desempeñar. **Los gobiernos, por un lado, deben demostrar liderazgo y hacer que la higiene de manos se convierta en una cuestión de orden público,** mientras que la ciudadanía tiene la obligación de adoptar y mantener comportamientos positivos en relación con la higiene de manos e instar al resto de personas a hacer lo propio. Es necesario que los gobiernos inviertan estratégicamente en la promoción y la creación de capacidad para aprovechar las inversiones realizadas por los hogares y las empresas. Asimismo, deben garantizar que el acceso al agua resulte sencillo, de manera que la higiene de manos pueda practicarse en cualquier lugar y todos los establecimientos de salud y las escuelas cuenten con instalaciones para la higiene de manos que sean utilizadas.



1.2

Línea cronológica de la historia de la higiene de manos

La historia de la higiene de manos comienza a mediados del siglo XIX. En 1847, el pionero de la higiene de manos Ignaz Semmelweis promovió el lavado de manos con una disolución de cal clorada para reducir las tasas de mortalidad alarmantes de las clínicas de maternidad. Asimismo, publicó un libro en 1861 en el que se establecía una conexión entre la fiebre puerperal y una higiene de manos deficiente entre el personal médico⁴. Por su parte, Florence Nightingale implantó medidas de higiene, entre otras, el lavado de manos por parte del personal hospitalario durante la Guerra de Crimea, y demostró estadísticamente que dichas medidas habían logrado reducir la mortalidad entre los soldados.

Con el paso del tiempo, el número de hallazgos fue creciendo hasta que se demostró que la higiene de manos ayudaba a prevenir toda una serie de enfermedades respiratorias y diarreicas y resultaba determinante a la hora de combatir infecciones bacterianas en los establecimientos de salud. Durante los primeros años del nuevo milenio, la higiene de manos ganó protagonismo hasta convertirse en una intervención de salud pública imprescindible, al tiempo que fue aumentando el número de contribuciones aportadas por sociólogos e investigadores de la conducta. Además, el sector privado comenzó a desempeñar un papel importante y a proporcionar, por un lado, conocimientos especializados sobre comercialización y, por otro, asesoramiento sobre cómo mejorar los mercados de productos para la higiene de manos. Todo ello propició la aparición de alianzas de múltiples partes interesadas y el desarrollo de toda una serie de recursos.

En 2001, se puso en marcha la Alianza entre los sectores Público y Privado para Promover

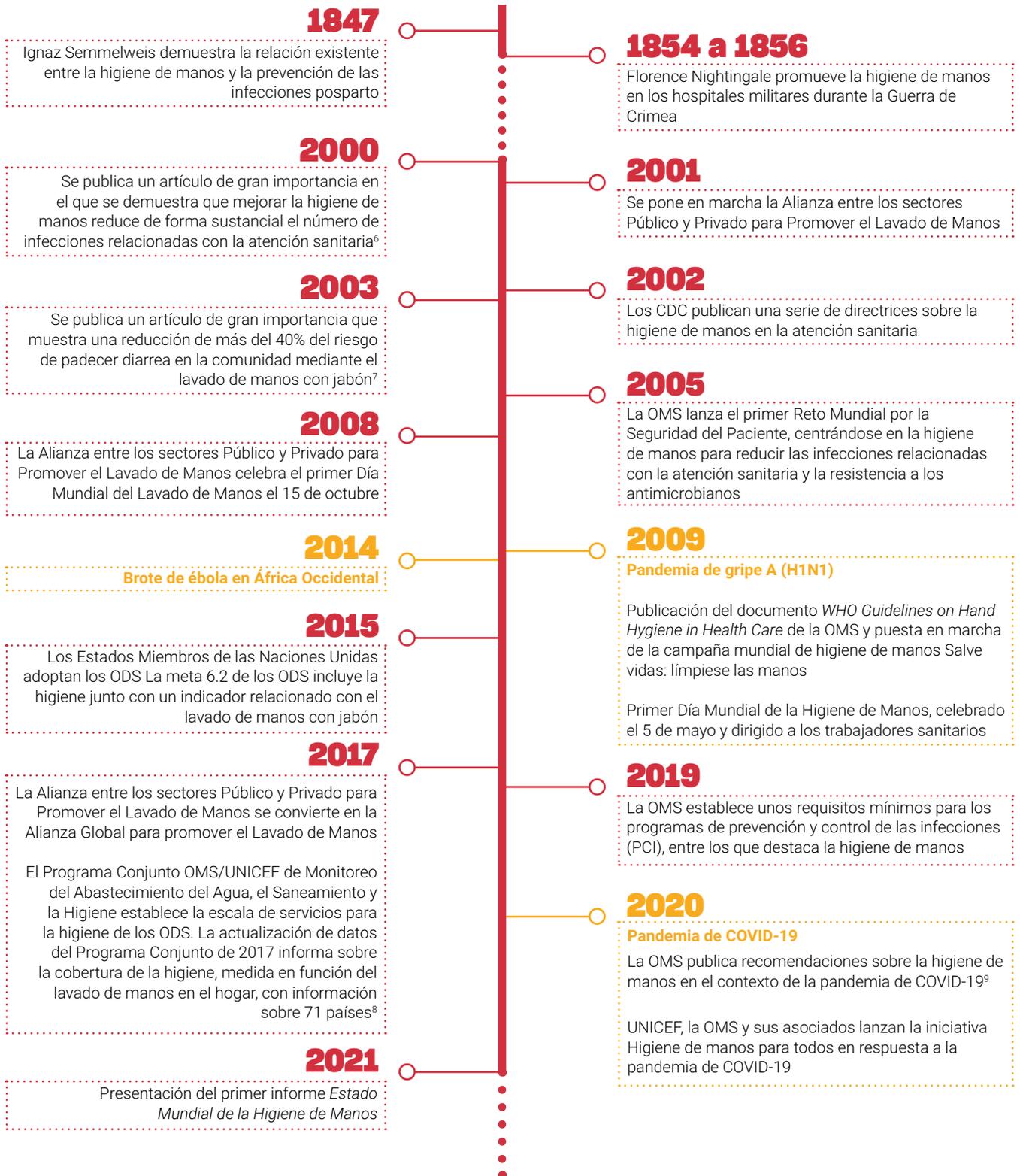
el Lavado de Manos, entre cuyos miembros figuraban el Banco Mundial, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), UNICEF, la Universidad Johns Hopkins, la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Unilever, Procter & Gamble y Colgate-Palmolive. Un año más tarde, los CDC, miembros de dicha alianza, publicaron un conjunto de directrices de gran importancia. Asimismo, pasados unos años, la alianza presentó el Día Mundial del Lavado de Manos, que actualmente se celebra el 15 de octubre de todos los años en más de un centenar de países, y en el que los escolares participan con especial entusiasmo. Esta alianza ha continuado creciendo y ampliándose, y actualmente cuenta con casi 40 miembros y organizaciones afiliadas.

Paralelamente, la OMS publicó el documento *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* (Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria), junto con una estrategia de mejora, herramientas de evaluación y un conjunto de herramientas de mejora; desde entonces, ha continuado actualizando y ampliando estos recursos⁵.

Según la experiencia obtenida hasta la fecha, el ritmo de progreso en la higiene de manos registra acelerones periódicos cuando aparecen brotes epidémicos de gran calado, como la gripe A (H1N1), la enfermedad por el virus del Ébola y, más recientemente, la COVID-19. En respuesta a la COVID-19, los gobiernos han promovido la higiene de manos no solo como primera línea de defensa para luchar contra la pandemia, sino también para generar mayor resiliencia de cara a futuros brotes epidémicos.

GRÁFICO 1

Línea cronológica de los avances en la higiene de manos



1.3

Información que debe conocer antes de leer este informe

A pesar de que la definición de la higiene puede ser bastante general, este informe se centra de forma específica en la higiene de manos y, más concretamente, en el *lavado de manos con jabón*. La higiene de manos adecuada se basa en la eliminación eficaz de los gérmenes presentes en las manos.

Aunque los desinfectantes de manos en formato líquido o gel, como los geles hidroalcohólicos, son muy importantes en los establecimientos de salud y se utilizan cada vez más para complementar al lavado de manos en las escuelas, las oficinas y los espacios públicos, este informe se centra en el lavado de manos con jabón por tratarse de un comportamiento cuya práctica está muy extendida tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo y por ser el hábito más común en los hogares.

Recopilar información sobre el lavado de manos no es tarea sencilla. Por un lado, limitarse a preguntar a las personas si se lavan las manos es un método muy poco fiable. Al mismo tiempo, la observación del lavado de

manos puede provocar un sesgo si las personas observadas son conscientes de que se está estudiando su comportamiento; además, resulta costoso realizar esta labor a gran escala. En el caso de los establecimientos de salud, las directrices de la OMS instan a llevar a cabo un monitoreo de la higiene de manos mediante la observación directa. También está creciendo el interés por la vigilancia electrónica dirigida a los puntos de atención, a medida que se van desarrollando sistemas fiables.

Dada la dificultad de medir la higiene de manos a través de la observación, los progresos respecto a la consecución de la meta mundial de los ODS en materia de higiene se miden mediante un sencillo indicador sobre la existencia de instalaciones para el lavado de manos con jabón en los hogares (Indicador 6.2.1b: "proporción de la población con instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón en el hogar"). La presencia de instalaciones de higiene de manos se emplea también como indicador indirecto para medir la cobertura en las escuelas y los establecimientos de salud.

Definición de las instalaciones para el lavado de manos

RECUADRO 2

Fuente: Programa Conjunto de Monitoreo

Las instalaciones para el lavado de manos pueden ser fijas o móviles e incluyen las pilas con agua corriente, los cubos con grifo, los tippy-taps (lavamanos de fabricación casera) y las jarras o palanganas

destinadas a este uso. El jabón abarca las pastillas de jabón sólido, el jabón líquido, los detergentes en polvo y el agua jabonosa, pero no la ceniza, la tierra, la arena ni otros agentes para el lavado de manos.

Escala de servicios de la higiene de manos

El Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene se encarga de realizar un

monitoreo escala internacional de la higiene de manos utilizando definiciones y métodos acordados a nivel mundial. Los hogares y las escuelas que disponen de una instalación para el lavado de manos con agua y jabón *in situ* cumplen los criterios de los servicios "básicos" de higiene. Este tipo de instalaciones, del mismo modo que el jabón, pueden ser de diversa

índole (véase el recuadro 2). Los hogares y las escuelas que cuentan con instalaciones pero carecen de agua o jabón se clasifican como de servicio "limitado", aunque se los diferencia de aquellos que no disponen de ningún tipo de instalación. Por ejemplo, en determinadas culturas se utiliza ceniza, tierra, arena u otros materiales a modo de agentes para el lavado de manos; no obstante, su eficacia es inferior a la del jabón y, por tanto, se considerarían un servicio limitado. En los establecimientos de salud,

los geles hidroalcohólicos también se incluyen dentro de la definición de servicio de higiene y se consideran el "modelo de referencia" cuando están disponibles, siempre y cuando las manos no estén visiblemente sucias (véase el recuadro 3)¹⁰.

La tabla 1 muestra la "escala de servicios" de los ODS para la higiene en los hogares, las escuelas y los establecimientos de salud.

TABLA 1 Escala de servicios de los ODS para la higiene

NIVEL DEL SERVICIO	DEFINICIÓN
Básico	En el caso de los hogares: Disponibilidad de una instalación para el lavado de manos <i>in situ</i> que disponga de agua y jabón. En el caso de las escuelas: Disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón en la escuela en el momento de la encuesta. En el caso de los establecimientos de salud: Instalación funcional para la higiene de manos con agua y jabón o gel hidroalcohólico en los puntos de atención y a no más de cinco metros de los retretes.
Limitado	En el caso de los hogares: Disponibilidad de una instalación para el lavado de manos <i>in situ</i> sin agua o jabón. En el caso de las escuelas: Disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos con agua pero sin jabón en la escuela en el momento de la encuesta. En el caso de los establecimientos de salud: Instalaciones funcionales para el lavado de manos disponibles, o bien en los puntos de atención, o bien en los retretes, pero no en ambos.
Sin instalación	En el caso de los hogares: Sin disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos <i>in situ</i> . En el caso de las escuelas: Sin disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos ni de agua en la escuela. En el caso de los establecimientos de salud: Sin disponibilidad de instalaciones funcionales para la higiene de manos tanto en los puntos de atención como en los retretes.

Fuente: Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo

¿Jabón y agua o gel hidroalcohólico?

RECUADRO 3

Lavarse las manos con gel hidroalcohólico puede resultar más rápido, sencillo y eficaz que hacerlo con agua y jabón, siempre y cuando se haga de forma correcta. Así pues, alentar a los trabajadores sanitarios a utilizar gel hidroalcohólico permitiría potenciar en gran medida el cumplimiento de la higiene de manos y ofrecería una alternativa para aquellos lugares donde exista escasez de agua. No obstante, el gel hidroalcohólico es menos eficaz cuando las manos están visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros líquidos corporales. En estos casos

(y también después de usar el retrete), se recomienda el lavado de manos con agua y jabón, puesto que el gel hidroalcohólico tal vez no inactive o elimine completamente determinados agentes patógenos (como el *Clostridium difficile*). Por tanto, si hubiera sospecha firme de una posible exposición a este tipo de agentes patógenos o se demostrase que tal exposición ha tenido lugar, el método recomendado para la higiene de manos debe ser el lavado de manos con agua y jabón¹¹.



© UNICEF/UNI357812/Buta

Factores que influyen en el comportamiento en materia de higiene de manos

En el comportamiento influyen toda una serie de determinantes sociales, ambientales y psicológicos. En el entorno doméstico, algunos de los determinantes más influyentes son el conocimiento, la percepción del riesgo, las compensaciones psicológicas, los rasgos característicos como el género y la educación, y la disponibilidad de infraestructuras. Por ejemplo, existen pruebas de que la presencia de instalaciones para el lavado de manos sirve como señal o recordatorio y funciona a la hora de superar ciertos factores que podrían impedir que dicho lavado de manos se lleve a cabo¹².

Estos determinantes no dejan de ser factores que pueden modificarse para estimular cambios en el comportamiento, como el lavado de manos con jabón; así pues, para que una intervención dirigida al cambio de comportamiento resulte eficaz, deberá tener en cuenta cuáles son los factores que lo influyen. Los datos demuestran que el mero hecho de difundir conocimientos sobre prácticas higiénicas adecuadas rara vez da lugar a un cambio de comportamiento duradero (es decir, disponer de conocimiento resulta necesario, pero no es suficiente). **Es preciso comprender dónde reside el interés de las personas para poder diseñar intervenciones que promuevan la higiene de manos; por otro lado, estas intervenciones deben tener en cuenta las normas sociales pertinentes para estimular y afianzar la práctica del lavado de manos.** A pesar de que el miedo funciona como estímulo temporal en favor del lavado de manos, como sucedió durante los brotes epidémicos de ébola o COVID-19, suele ser algo pasajero y una vez que la amenaza desaparece, también lo hacen estos comportamientos.

Es importante prestar atención a las razones y emociones que tengan la capacidad cambiar la mentalidad de las personas a largo plazo a fin de conseguir mejoras duraderas en la higiene de manos.

Entre ellas, cabe mencionar la afiliación (crear sentido de solidaridad en el hogar y la sociedad), la crianza (el deseo de cuidar, atender y proteger a los niños)¹³ y la repulsión (el deseo de evitar que se produzca ningún tipo de contaminación)^{14,15,16}. Se ha demostrado que los programas para el cambio de comportamiento en materia de higiene proporcionan buenos resultados cuando se emplean enfoques multimodales, se tienen en cuenta diversos determinantes, se recurre a las emociones (como la repulsión, la crianza, la condición social y la afiliación) y se modifican los entornos de comportamiento mediante la instalación de infraestructuras con señales visuales (a veces denominadas “reclamos”) con el objetivo de transformar el medio en el que tiene lugar el comportamiento^{17,18}. Aunque las mejoras en el lavado de manos se pueden incentivar a través de la modificación del entorno físico, también se le ha aplicado la ciencia de la formación de hábitos en el ámbito del lavado de manos. Con ello se pretende lograr que el lavado de manos pase de ser un hábito consciente y orientado a un objetivo a un comportamiento inconsciente cuya práctica se convierta en un reflejo¹⁹.

En el caso de los entornos sanitarios, la OMS ha desarrollado un enfoque multimodal basado en la premisa de que se deben incorporar y combinar diversos elementos, tanto esenciales como complementarios, para lograr que la higiene de manos sea óptima²⁰. Estos cinco elementos son: cambios del sistema, capacitación y educación, monitoreo y retroalimentación, recordatorios y comunicaciones, y la existencia de una cultura de la seguridad. Este enfoque multimodal se ha aplicado en un gran número de países desde 2006 y ha demostrado ser una manera eficaz de mejorar las prácticas de higiene de manos, así como los resultados para el paciente^{21,22}.



© UNICEF/UN024066/Sokhin

¿Por qué invertir en la higiene de manos?

-
- 2.1 La higiene de manos protege la salud

 - 2.2 La higiene de manos repercute positivamente en la economía

 - 2.3 La higiene de manos es beneficiosa para toda la sociedad

2.1

La higiene de manos protege la salud

Un gesto tan sencillo como lavarse las manos permite salvar vidas y reducir las enfermedades, ya que ayuda a evitar la propagación de enfermedades infecciosas. Estas enfermedades pueden deberse a bacterias, virus o protozoos patógenos (gérmenes) que se transmiten por el aire o a través de superficies, alimentos o heces humanas. Debido a que las personas se tocan la cara con frecuencia, así como los alimentos y las superficies, las manos contribuyen a la propagación de enfermedades de forma sustancial.

De hecho, se calcula que cada año muere medio millón de personas a causa de diarreas o de infecciones respiratorias agudas que podrían haberse evitado mediante una adecuada higiene de manos. Algunos de los problemas de salud que podrían reducirse mediante la higiene de manos son:

Las *infecciones respiratorias agudas*, que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo²³. Por ejemplo, la COVID-19 y la neumonía, la mayor causa de muerte por infección en niños menores de 5 años en países de ingreso bajo y mediano²⁴. Según las estimaciones de 2016, a través de la higiene de manos básica podrían haberse evitado 370.000 muertes provocadas por infecciones respiratorias agudas al año²⁵.

Las *enfermedades diarreicas*, que representan uno de los mayores problemas en materia de salud pública y, a su vez, una de las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años en países de ingreso bajo y mediano. Entre ellas se incluye el cólera, una enfermedad diarreica aguda que, si no se trata, puede acabar con la vida del enfermo en cuestión de horas. Según estimaciones de 2016, se calcula que a través de la higiene de manos básica se podrían haber evitado 165.000 muertes causadas por la diarrea al año²⁶.

El *retraso del crecimiento*, que puede deberse a episodios recurrentes de diarrea y que afecta a casi una cuarta parte de los niños menores de 5 años en todo el mundo²⁷. Además, si durante los primeros años de vida se produce un déficit en el desarrollo físico, el desarrollo cognitivo se

ve afectado y aumenta el riesgo de padecer enfermedades y morir durante la infancia²⁸.

La *sepsis*, una afección potencialmente mortal aunque evitable que se caracteriza por provocar disfunciones graves en los órganos y que suele originarse a causa de la mala calidad de la atención sanitaria. Asimismo, es la culpable de un elevado porcentaje de muertes neonatales y maternas a escala mundial, así como de infecciones relacionadas con la atención sanitaria²⁹. Respetar la higiene de manos durante el período de dilatación, el parto y el posparto es crucial para reducir las infecciones.

Las *infecciones relacionadas con la atención sanitaria*, también denominadas infecciones nosocomiales, constituyen una de las principales causas de daños evitables, ponen en peligro la seguridad de los pacientes y representan una carga de morbilidad desproporcionada. Las que se producen con mayor frecuencia son las infecciones quirúrgicas, la neumonía hospitalaria, las infecciones urinarias derivadas del uso de catéteres y la septicemia; muchas de ellas están causadas por microorganismos resistentes a los antibióticos. Se calcula que la higiene de manos podría reducir hasta el 50% de estas infecciones³⁰.

La higiene de manos también ofrece muchas otras ventajas indirectas para la salud, a saber:

Promueve otras prácticas de higiene: la palan-gana, el abastecimiento de agua y el jabón que se necesitan para el lavado de manos traen consigo otras prácticas de higiene beneficiosas (p. ej., la limpieza del rostro para reducir la transmisión del tracoma).

Reduce la carga del sistema sanitario: al reducir la carga que representan las enfermedades infecciosas para el sistema sanitario, la higiene de manos libera recursos que pueden destinarse a otras cuestiones prioritarias de salud.

Fomenta el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria: en los establecimientos de salud, la falta de condiciones adecuadas en materia de agua, saneamiento e higiene (WASH), incluida la falta de instalaciones para el lavado de manos, repercute negativamente

en la moral de los trabajadores, así como en el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria que presentan los pacientes (especialmente en el caso de las mujeres embarazadas) y en su percepción general con respecto a la atención sanitaria³¹.

Mejora la calidad general de la atención sanitaria en los establecimientos de salud: la higiene de manos, en cuanto que medida relevante para todas aquellas personas que trabajan en entornos sanitarios, puede funcionar como punto de partida para propiciar otras mejoras en la calidad.

Reduce la resistencia a los antimicrobianos: al reducir la necesidad de tratar las enfermedades infecciosas mediante antibióticos, la higiene de manos puede reducir de forma sustancial la resistencia a los antimicrobianos y, por tanto, prolongar la vida útil de los antimicrobianos que constituyen la última línea de defensa. Asimismo, al disminuir la propagación de infecciones resistentes a los antibióticos, también reduce el número de muertes y los costos sanitarios derivados de infecciones intratables que, a menudo, acaban desembocando en sepsis.



© UNICEF/UN0414837/Naftalin

2.2

La higiene de manos repercute positivamente en la economía

Las enfermedades y muertes causadas por una mala higiene de manos ocasionan costos económicos considerables que repercuten tanto en los pacientes como en el sistema sanitario. Entre ellos figuran: *costos directos*, como los derivados de tratamientos médicos de enfermedades prevenibles que corren a cuenta de los hogares o del gobierno, así como los gastos no médicos, incluidos los pagos por cuenta propia y los gastos de viaje en el caso de los hogares que buscan atención sanitaria; y los

costos indirectos, que comprenden la pérdida de ingresos, el absentismo escolar y la pérdida de productividad por motivos de enfermedad.

Según un prestigioso análisis de la relación costo-eficacia de las intervenciones para la mejora de la salud infantil, **la promoción de la higiene de manos en el hogar resulta muy eficaz en función del costo, tanto como la terapia de rehidratación oral y la mayoría de las vacunas infantiles** (véase el recuadro 4)³². De hecho, un

estudio llevado a cabo por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en 2012 sugiere que, en los Estados miembros de la organización, las inversiones en higiene de manos en los establecimientos de salud generan ahorros en el gasto sanitario que son, de media, 15 veces superiores a los costos de ejecución³³.

La higiene de manos en el lugar de trabajo también genera efectos económicos positivos, ya que protege a los trabajadores y, en el caso de los establecimientos de venta al por menor o la hostelería, también a los clientes. Por tanto, se considera fundamental a la hora de velar por la continuidad de las operaciones y el sector privado la percibe cada vez más como una inversión importante³⁴. También es imprescindible para aquellos países que deseen desarrollar la industria del turismo.

El lavado de manos es una intervención muy eficaz en función del costo en el entorno doméstico

RECUADRO 4

En 2002 se realizó un estudio sobre la intervención llevada a cabo en las zonas urbanas de Burkina Faso con el objetivo de promover la higiene³⁵. Los resultados de la intervención se evaluaron estudiando la aceptación y los comportamientos relacionados con el lavado de manos de los que hacían gala las madres de niños de corta edad, y los hallazgos se combinaron con datos secundarios sobre la reducción del riesgo para la salud en la zona de intervención. Dicho estudio analizó el ahorro directo del Gobierno y los hogares en concepto de gastos médicos generados por enfermedades diarreicas, además del ahorro indirecto relacionado con el tiempo dedicado por las personas que proporcionan los cuidados y la pérdida de productividad causada por las muertes infantiles. Los autores concluyeron que el costo que la intervención supuso para la sociedad (el proveedor de la intervención más los hogares que participaron) equivalía a 51 USD por caso de diarrea evitado (a precios de 2002), aunque esta cifra se reduciría a 7,90 USD si se incluyesen los beneficios indirectos. En aquel momento, el costo anual del programa constituía un 0,001% del presupuesto de salud anual de Burkina Faso.

Estos resultados son difíciles de interpretar de forma aislada. No obstante, el proyecto Prioridades para el control de enfermedades (DCP, por sus siglas en inglés) proporciona evaluaciones combinadas de la relación costo-eficacia de las intervenciones sanitarias, las cuales mide en función de su capacidad para evitar "años de vida ajustados en función de la discapacidad" (AVAD). Los AVAD se calculan sumando los años potenciales de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años de vida productiva perdidos a causa de la discapacidad. Así pues, en 2016 el proyecto DCP estimó, con base en el estudio de Burkina Faso, que el costo por cada AVAD evitado mediante el lavado de manos oscilaba entre los 88 y los 225 USD. Partiendo de tales resultados, dicho proyecto calificó el lavado de manos como una intervención en materia de salud infantil muy eficaz en función del costo, lo que la sitúa a un nivel similar al de la terapia de rehidratación oral y la mayoría de las vacunas infantiles³⁶.





© UNICEF/UN0225386/Brown

2.3

La higiene de manos es beneficiosa para toda la sociedad

Además de beneficios para la salud, una buena higiene de manos genera efectos positivos en la sociedad que resultan difíciles de cuantificar. Por ejemplo, se ha demostrado que el acceso a servicios mejorados de WASH reduce el estrés, sobre todo en mujeres y personas con discapacidad. Esto se debe a que refuerza la sensación de dignidad, privacidad y seguridad, y, al mismo tiempo, disminuye los sentimientos relacionados con la repulsión, el miedo a la violencia, las lesiones y la vergüenza. En este aspecto, la capacidad de mantener una higiene personal satisfactoria desempeña un papel importante, pues está ligada a la dignidad y el orgullo³⁷.

Según los estudios realizados en Malawi, los efectos adversos de la higiene de manos inadecuada repercuten de forma desproporcionada en las personas con discapacidad³⁸. A escala mundial, se ha demostrado que las poblaciones más vulnerables y las que se encuentran en entornos con escasez de recursos son las que más padecen las consecuencias negativas registradas a raíz de las deficiencias

en materia de WASH³⁹. Por tanto, las mejoras en la higiene de manos ayudan a reducir las desigualdades.

La higiene de manos ayuda a controlar enfermedades infecciosas que impiden tanto que los niños acudan a la escuela como que los adultos trabajen y que, en consecuencia, tienen repercusiones en el bienestar económico de los hogares a corto y largo plazo. Dado que los hogares más pobres están más expuestos a los factores clave que causan las enfermedades, se puede crear un patrón de deterioro de la salud y del estatus socioeconómico. La disminución del rendimiento escolar y de la productividad de los hogares perjudica el desarrollo económico nacional y este, a su vez, repercute en la capacidad del país para prestar servicios esenciales. Los servicios sanitarios carentes de financiación suficiente, por su parte, se ven aún más presionados por la necesidad de tratar enfermedades infecciosas prevenibles, dando lugar a consecuencias de gran alcance. Además, este ciclo de deterioro se ve agravado por las nuevas tendencias mun-

diales, como el elevado riesgo de que se registren brotes epidémicos a escala mundial y la resistencia a los antimicrobianos.

Así como la higiene de manos inadecuada puede derivar en este tipo de ciclos de retroceso, una higiene de manos adecuada es capaz de generar una serie de efectos positivos de carácter sanitario, social y económico que se refuerzan recíprocamente. Evitar la presencia de gérmenes en las manos cuando se está en el hogar, en la escuela o cuando se acude a los servicios sanitarios mantiene a raya las enfermedades infecciosas, lo que permite a

las personas sobrevivir, prosperar y contribuir activamente a la economía nacional. También garantiza que todas las personas puedan protegerse, tanto a sí mismas como a las demás, cuando se producen brotes epidémicos de enfermedades infecciosas como la COVID-19, pues permite frenar su transmisión y mitigar las repercusiones socioeconómicas derivadas de otras medidas de respuesta. Estas repercusiones, como se ha podido observar con crudeza durante la pandemia de COVID-19, son profundas y tienen consecuencias duraderas en los servicios sanitarios, la sociedad y la economía.





© UNICEF/UN0368346/Emorut

¿Cómo progresa actualmente la higiene de manos en el mundo?

3.1 El monitoreo de la higiene de manos

3.2 La higiene de manos en los hogares

3.3 La higiene de manos en las escuelas

3.4 La higiene de manos en los establecimientos de salud

3.5 La higiene de manos en otros entornos



© UNICEF/UNI226397/Naftalin

3.1

El monitoreo de la higiene de manos

Los datos sobre los servicios de agua potable y saneamiento se han venido recogiendo de forma sistemática a lo largo de muchos años; sin embargo, los datos sobre higiene son escasos. De hecho, la recogida de datos sobre el lavado de manos no se había normalizado hasta hace poco. En 2009, tanto las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de UNICEF como las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) apoyadas por USAID incorporaron preguntas sobre el lavado de manos a sus cuestionarios habituales. Actualmente, tanto estas como un número cada vez mayor de encuestas de hogares incorporan una sección sobre lavado de manos que implica la observación directa en las instalaciones para el lavado de manos⁴⁰. Para ello, los encargados de las encuestas solicitan ver el lugar donde los miembros de la familia se lavan las manos normalmente y registran, por un lado, el tipo de instalación empleada y, por otro, si dicha instalación disponía o no de agua y jabón en el momento en que se realizó la encuesta.

Los países que participan en programas de encuestas de hogares gestionados a nivel internacional han organizado una o más rondas para recopilar datos sobre servicios de higiene. Sin embargo, los países de ingreso alto y mediano alto rara vez incluyen preguntas sobre instalaciones para el lavado de manos en las encuestas de hogares y disponen de una cobertura de datos muy baja.

En el caso de los países de ingreso bajo y mediano, la disponibilidad de datos sobre higiene ha ido creciendo de forma progresiva durante los últimos años; además, se ha registrado un aumento considerable a nivel regional, debido a que los países con mayor densidad de población han llevado a cabo recogidas de datos por primera vez (p. ej., la India, en Asia Central y Meridional; y Papua Nueva Guinea, en Oceanía). No obstante, algunos países no han recopilado datos recientes sobre higiene básica recientemente, de modo que en 2020 solo cuatro de las regiones de los ODS contaban con datos

suficientes para que el Programa Conjunto de Monitoreo, que se encarga de seguir el progreso con respecto a las metas de los ODS en materia de WASH, pudiera generar estimaciones regionales sobre higiene básica.

En el caso de los establecimientos de salud, es la OMS quien ha ido recopilando datos sobre la higiene de manos mediante encuestas mundiales en 2011, 2015 y 2019^{41,42,43}. A tal fin, dichos establecimientos debían cumplimentar una herramienta normalizada de autoevaluación basada en los cinco elementos de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos⁴⁴. El Programa Conjunto de Monitoreo gestiona una base de datos mundial sobre WASH en los establecimientos de salud que se apoya en estas evaluaciones e incluye datos nacionales de 165 países y casi 800.000 establecimientos de salud. Los datos se han extraído de 476 evaluaciones de instalaciones representativas a nivel nacional y se han ajustado a un conjunto normalizado de indicadores mundiales, incluidos los relativos a la higiene. A pesar de estos esfuerzos, la proporción de población regional y mundial sobre la que existían datos disponibles era pequeña. De hecho, en 2019 y a nivel mundial solo había datos disponibles sobre servicios de básicos de higiene en los establecimientos de salud para un 26% de la población y, en el caso de los entornos hospitalarios, un 22%.

En lo que respecta a los servicios de WASH en las escuelas, las principales fuentes de datos son los informes administrativos rutinarios que se elaboran a través de los sistemas de información sobre la gestión de la educación y los censos o encuestas periódicos sobre instalaciones escolares. La base de datos mundial del Programa Conjunto de Monitoreo sobre los servicios de WASH en las escuelas contiene más de mil conjuntos de datos nacionales que, en la actualidad, pueden emplearse para generar estimaciones sobre WASH en las escuelas de 173 países, zonas y territorios. Entre ellos, 110 países, que aglutinaban al 57% de la población en edad escolar del mundo, disponían de datos suficientes para estimar la cobertura nacional de la higiene básica en las escuelas, y en 2019 se pudieron elaborar las estimaciones correspondientes a todas las regiones de los ODS excepto una. Aunque dista de ser lo ideal, este hecho refleja que la disponibilidad de datos ha mejorado desde que en 2018 se publicó el informe de referencia del Programa Conjunto de Monitoreo, que solo disponía de estimaciones nacionales sobre la higiene básica de 81 países.

Es preciso suplir la falta de datos sobre higiene de manos, pues dificulta el monitoreo del progreso respecto a las metas nacionales e internacionales y supone un obstáculo para que los gobiernos tomen decisiones sobre políticas, programación e inversiones.

3.2

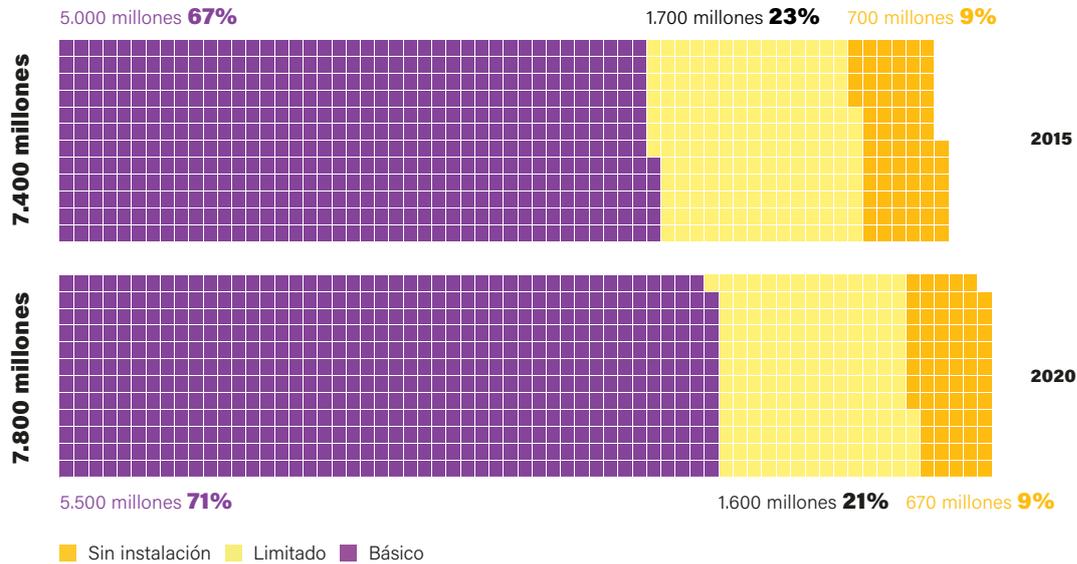
La higiene de manos en los hogares

La población mundial con acceso a servicios básicos de higiene en el hogar ha aumentado en más de 500 millones de personas desde 2015; concretamente, ha pasado de 5.000 millones a 5.500 millones. Asimismo, actualmente se estima que el 71% de la población mundial dispone de acce-

so a servicios básicos de higiene. No obstante, se calcula que en 2020 2.300 millones de personas carecían aún de servicios básicos de higiene de manos en el hogar, incluidos 670 millones que no contaban con ningún tipo instalación para el lavado de manos (véase el gráfico 2).

GRÁFICO 2 Avances en la cobertura de los servicios de higiene entre 2015 y 2020

Entre 2015 y 2020, 500 millones de personas lograron acceso a servicios básicos de higiene



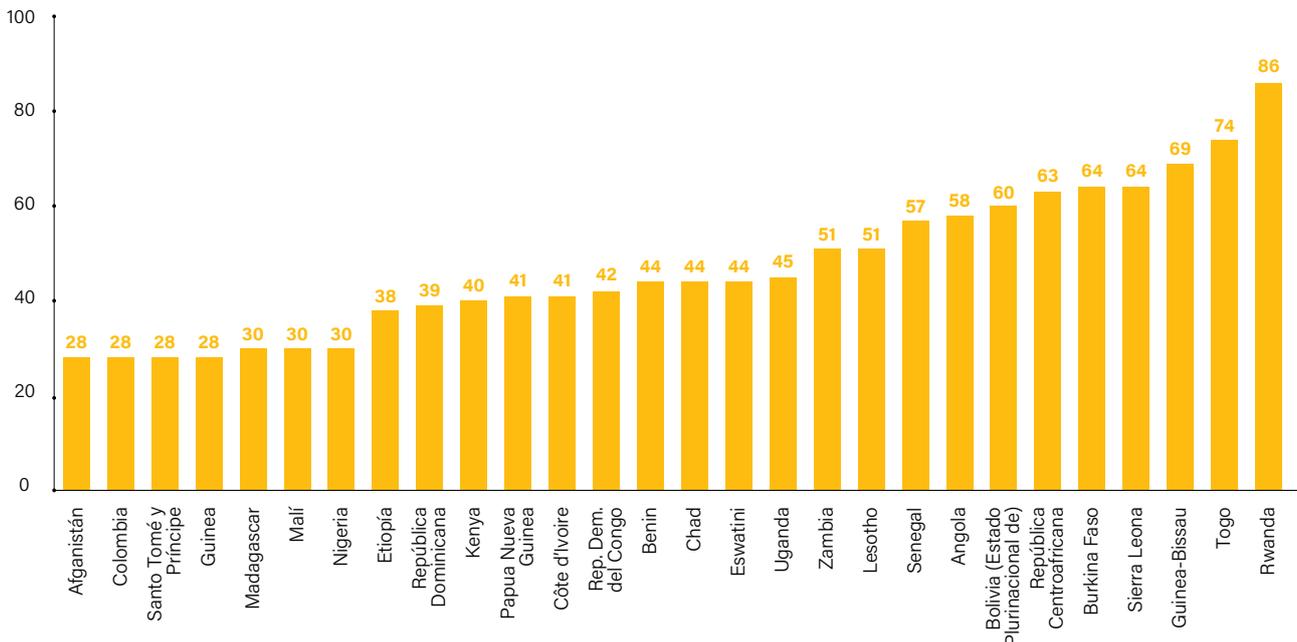
Nota: Cada cuadrado equivale a 10 millones de personas.

El número de personas que no disponen de instalaciones para el lavado de manos solo disminuyó de forma leve durante los primeros cinco años del período de los ODS. Más de la mitad de estas personas (374 millones) vivían

en contextos frágiles. Por otro lado, más de un cuarto de la población de 28 países carecía de instalaciones para el lavado de manos en el hogar (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 3 Población sin instalaciones para el lavado de manos en el hogar, 2020 (%)

En 2020, al menos una cuarta parte de la población de 28 países carecía de instalaciones para el lavado de manos en el hogar



No obstante, en algunos de estos países las encuestas no han contabilizado los instrumentos portátiles para el lavado de manos, como las jarras y las palanganas portátiles, y es posible que hayan subestimado el acceso a las instalaciones para el lavado de manos, especialmente en el caso de los países de África Subsahariana. Por ejemplo, una encuesta realizada en 2017 en el Togo reveló que el número de hogares con instalaciones básicas para el lavado de manos era casi el doble de lo que indicaba una encuesta realizada en 2014, la cual no había incluido los instrumentos móviles (no obstante, aun teniendo en cuenta dichos instrumentos, la gran mayoría de los hogares del Togo seguía sin disponer de ningún tipo de instalación para el lavado de manos). Desde 2016, se han perfeccionado las preguntas de las encuestas de hogares, de modo que incluyan categorías de respuesta relacionadas con diferentes tipos de instalaciones para el lavado de manos, incluidos los instrumentos tanto fijos como móviles. Estas encuestas han demostrado que más de la mitad de la población de muchos países de África Subsahariana emplea instrumentos móviles.

Por lo general, la cobertura de los hogares en las zonas urbanas es mayor que en las zonas rurales. Por ejemplo, en África Subsahariana el 37% de la población urbana dispone de un servicio básico de higiene, comparado con el 18% de las zonas rurales. No obstante, el ritmo de progreso tiende a ser mayor en las zonas rurales. Por ejemplo, en el grupo de países categorizados como frágiles, la cobertura de servicios básicos de higiene en las zonas urbanas aumentó solo del 58% al 59% entre 2015 y 2020, mientras que en las zonas rurales creció del 33% al 40%.

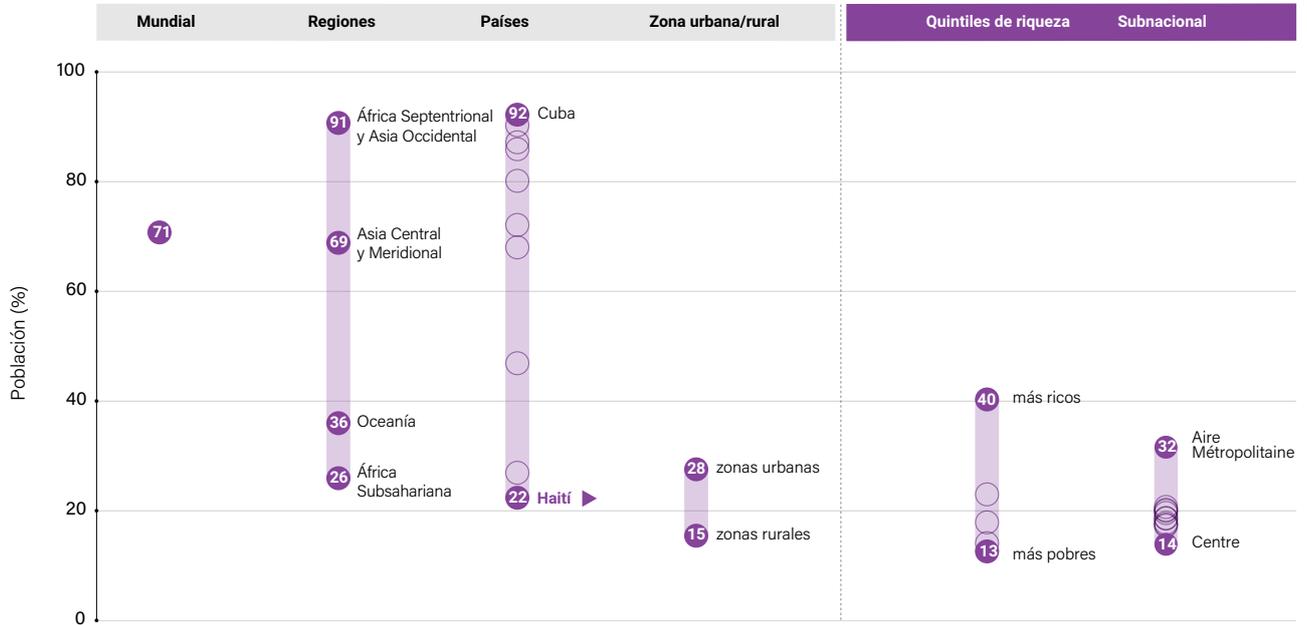
Existen grandes desigualdades de acceso a la higiene básica que guardan relación con la riqueza, lo cual puede demostrarse comparando el acceso de la quinta parte más rica de la población con el de la quinta parte más pobre. Por ejemplo, en Burundi en 2017 el 62% de los habitantes más ricos de las zonas urbanas disponía de acceso, lo que constituía una tasa 30 veces superior a la de los habitantes más pobres, que era del 2%. En algunos casos, las proporciones de desigualdad pueden llegar a ser muy altas, aunque la brecha absoluta no sea tan amplia. En las zonas urbanas de Liberia, en 2020 la población más rica tenía 32 veces más probabilidades de contar con acceso a servicios básicos de lavado de manos que la población más pobre, pues a pesar de que la cobertura entre los más ricos era baja (17%), entre los más pobres era extremadamente baja (0,5%).

Dentro de cada país pueden existir grandes desigualdades entre las distintas zonas geográficas, las zonas urbanas y rurales, y los quintiles de riqueza, tal y como muestran los datos sobre Haití del gráfico 4, donde la cobertura nacional de los servicios básicos de higiene es de tan solo un 22%, frente al 92% en el caso de Cuba. No obstante, también existen grandes desigualdades entre los distintos subgrupos de población. La cobertura es dos veces mayor en las zonas urbanas (28%) que en las rurales (15%), y tres veces mayor en la quinta parte más rica de la población (40%) que en la quinta parte más pobre (13%). En la mayor parte de las regiones subnacionales, alrededor del 20% de las personas disponen de servicios básicos de higiene, aunque la cobertura es mucho más alta en Aire Métropolitaine (que incluye la capital, Puerto Príncipe) y mucho más baja en la zona subnacional denominada Centre.



GRÁFICO 4 Población con acceso a instalaciones básicas de higiene en Haití, desglosada según región de los ODS, país, zona urbana o rural, región subnacional y quintiles de riqueza (%)

Las medias nacionales esconden disparidades en el acceso a las instalaciones básicas de higiene



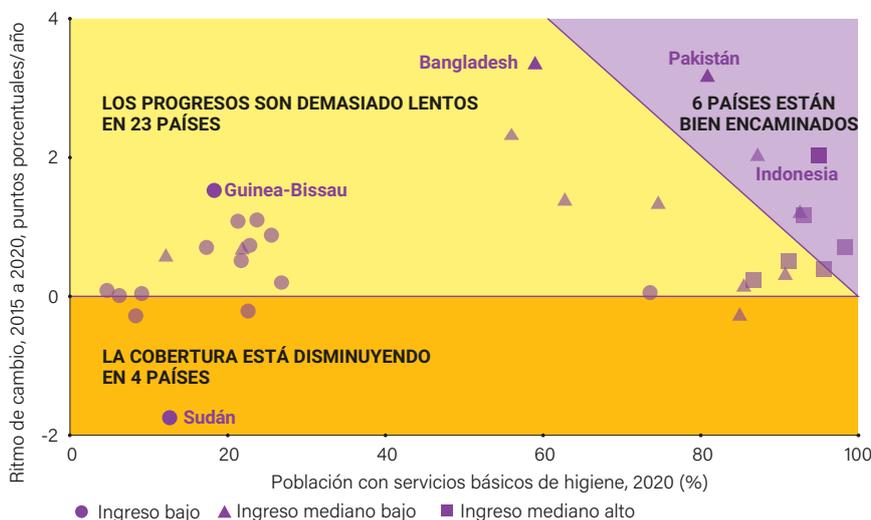
Nota: Los datos subnacionales y de los quintiles de riqueza se han extraído de las EDS realizadas en Haití en 2017. Los demás datos son estimaciones sobre higiene elaboradas por el Programa Conjunto de Monitoreo (2021). Fuentes: Programa Conjunto de Monitoreo (2021) y EDS de Haití (2017).

De los 73 países que en 2020 aún no habían logrado el acceso universal a los servicios básicos de higiene, solo 6 estaban bien encaminados para alcanzar la cobertura universal (definida como una cobertura superior al 99%) para

2030. Tal y como muestra el gráfico 5, hay 23 países cuyos progresos son demasiado lentos y otros 4 en los que la cobertura está disminuyendo.

GRÁFICO 5 Progresos en la consecución del acceso universal a la higiene básica en los países con una cobertura inferior al 99% en 2020, según la categoría de ingreso nacional, entre 2015 y 2020

Solo 6 de los 33 países que disponen de datos sobre las tendencias están bien encaminados para lograr el acceso universal a los servicios básicos de higiene de aquí a 2030



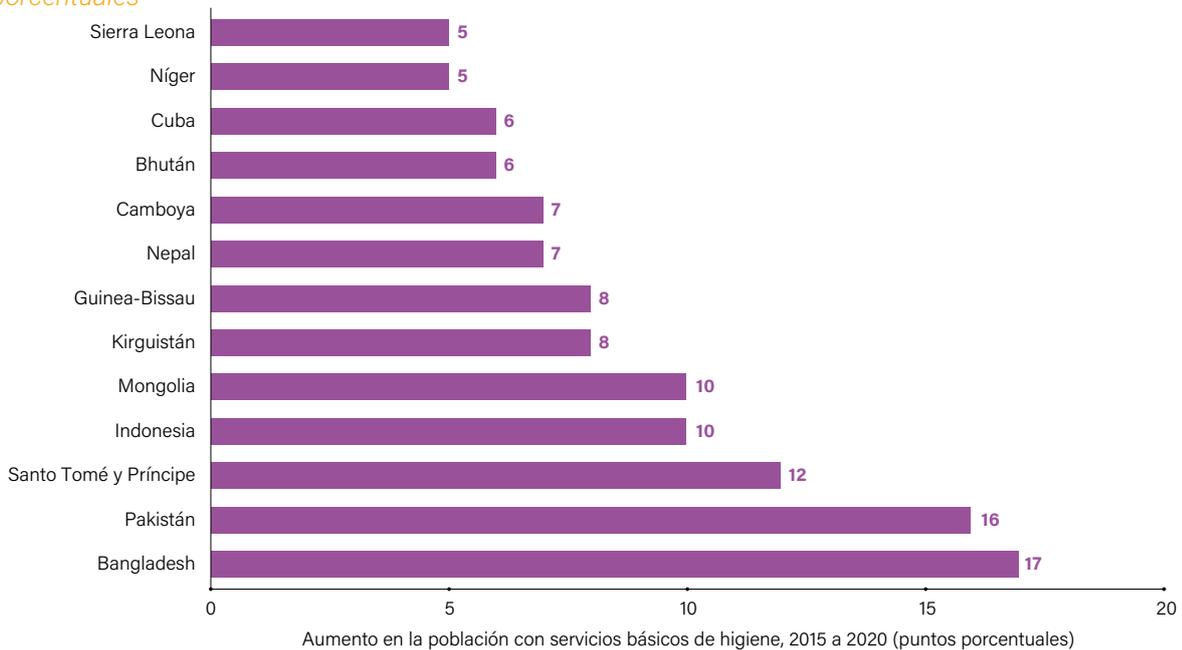
Nota: Comprende 33 países en los que al menos un 1% carecía de acceso a servicios básicos de higiene en 2020, pero no incluye dos países que en 2020 ya habían logrado un acceso a los servicios básicos de higiene superior al 99%.

No obstante, se están registrando avances y, como se puede observar en el gráfico 6, la tasa de cambio alcanzada en algunos países representa el cambio drástico que se necesita. Bangladesh, el Pakistán, Santo Tomé y Príncipe, Indonesia y Mongolia han aumentado en más de diez puntos porcentuales la proporción

de población que dispone de acceso a servicios básicos de higiene en el hogar durante los últimos cinco años. Bangladesh ha logrado un aumento de 17 puntos porcentuales e incluso los países de ingreso bajo, como Guinea-Bissau, han alcanzado tasas de cambio considerables.

GRÁFICO 6 Países que más han ampliado la cobertura de la higiene de manos entre 2015 y 2020

Desde 2015, 13 países han aumentado el acceso a servicios básicos de higiene al menos cinco puntos porcentuales



Como se observa en el gráfico 7, es más probable que los hogares dispongan de acceso a servicios básicos de higiene cuando ya cuentan con acceso a agua potable *in situ* (es decir, agua que no es necesario transportar desde una fuente lejana). A pesar de ello, hay otros factores que resultan igualmente importantes. Por ejemplo, en Bolivia el 86% de la población

dispone de agua mejorada *in situ*, pero solo el 27% cuenta con un servicio básico de higiene; en este caso, el factor limitante es la disponibilidad de jabón. Por otro lado, la disponibilidad de servicios básicos de higiene en Mongolia es alta, a pesar de que el número de hogares que disponen de abastecimiento de agua *in situ* es relativamente bajo.

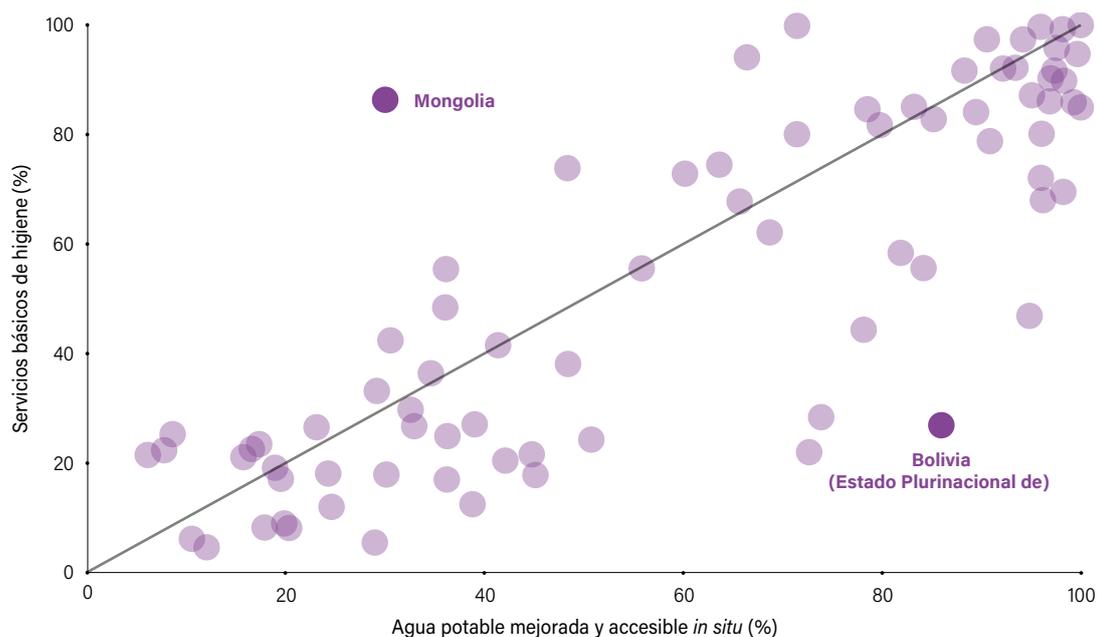




© UNICEF/UNIZ16423/Nybo

GRÁFICO 7 Higiene básica respecto a la disponibilidad de fuentes de agua mejoradas y accesibles *in situ* (%)

Las poblaciones con acceso a agua potable *in situ* no siempre disponen de servicios básicos de higiene

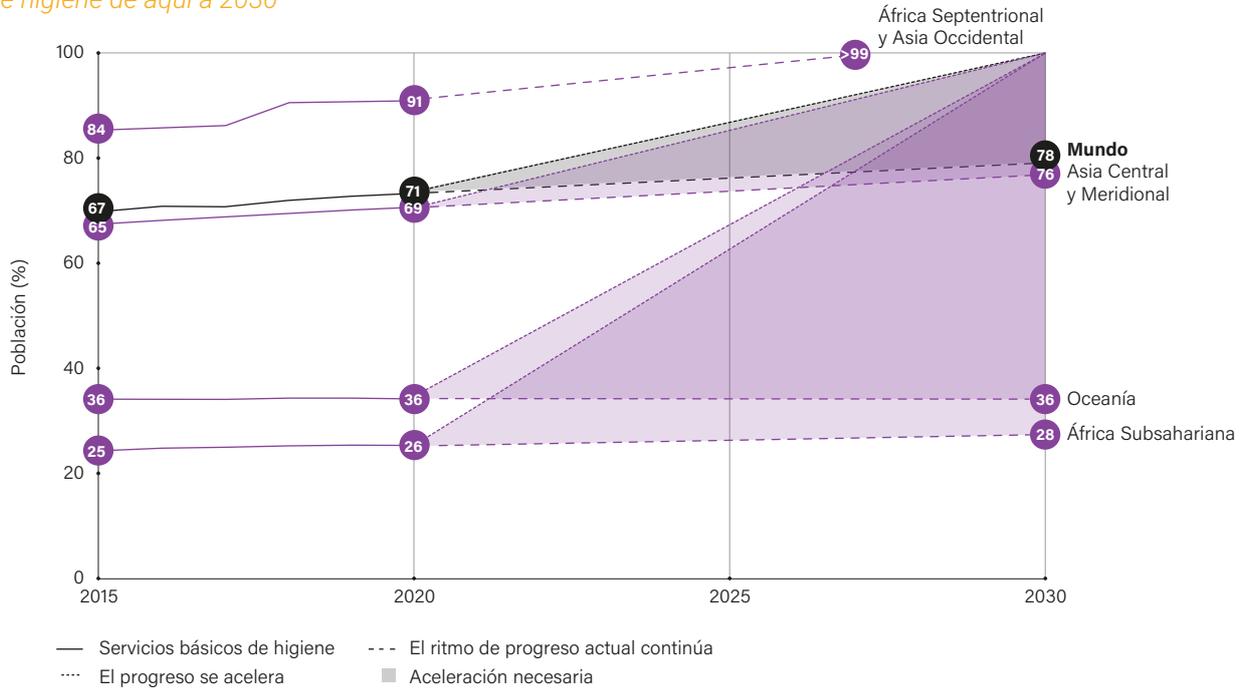


A partir de los datos actualmente disponibles, se puede estimar qué tendencias seguirán cuatro regiones de los ODS hasta 2030. Según se observa en el gráfico 8, solo una de las regiones está bien encaminada para lograr el acceso universal a los servicios de básicos de higiene de aquí a 2030 (el cual se define como un porcentaje de acceso superior al 99%). **Si el ritmo de progreso continúa siendo el mismo, en 2030 el mundo habrá alcanzado una cobertura de tan solo el 78% en lo que respecta a los servicios básicos de higiene, lo que significa que 1.900 millones de personas carecerán de instalaciones para lavarse las manos en el hogar.**

Si las tendencias actuales se mantienen, África Septentrional y Asia Occidental alcanzarán la cobertura universal entre 2025 y 2030; sin embargo, en el caso de Oceanía y África Subsahariana los datos indican que los progresos han sido relativamente bajos durante los primeros cinco años del período de los ODS. De hecho, a menos que se logre cambiar radicalmente el ritmo de progreso en estas regiones, podrían finalizar el período de 15 años de los ODS teniendo prácticamente el mismo acceso a la higiene de manos que al principio.

GRÁFICO 8 Progreso con respecto a los servicios básicos de higiene (entre 2015 y 2020) y aceleración necesaria para alcanzar la cobertura universal de aquí a 2030

Solo 1 de las 4 regiones de los ODS está bien encaminada para lograr el acceso universal a los servicios básicos de higiene de aquí a 2030



3.3

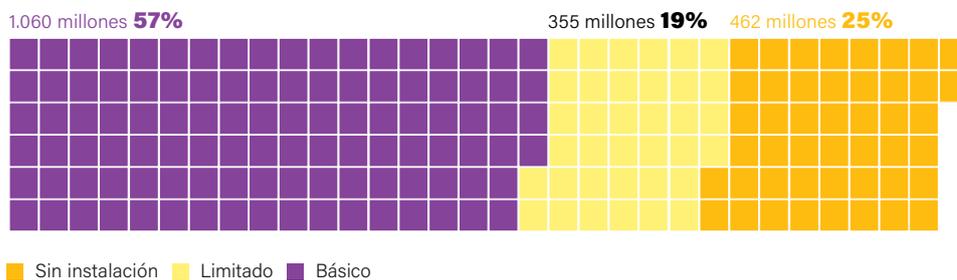
La higiene de manos en las escuelas

Se estima que en 2019, el 57% de las escuelas de todo el mundo disponía de un servicio básico de higiene (instalaciones para el lavado de manos y agua y jabón), asimismo, el 19% contaba con un servicio limitado (instalaciones para el lavado de manos con agua pero sin disponibilidad de jabón) y el 25% carecía de

cualquier tipo de servicio (sin instalaciones o sin agua en absoluto). Esto significa que **en 2019 818 millones de niños carecían de servicios básicos de higiene en la escuela, incluidos 462 millones de niños que acudían a escuelas sin ningún servicio de higiene** (véase el gráfico 9).

GRÁFICO 9 Higiene en las escuelas (% de escuelas y n.º de niños)

Casi la mitad de las escuelas de todo el mundo carecen de servicios básicos de higiene

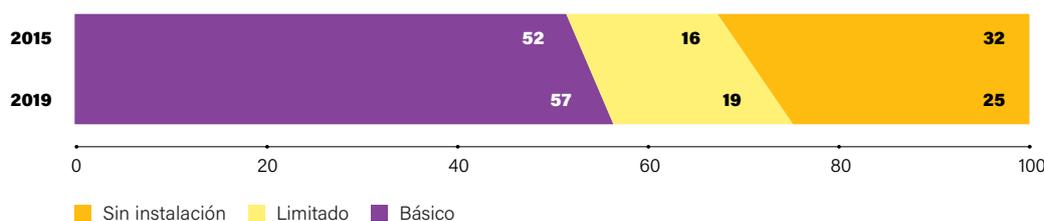


Desde 2015, la cobertura de los servicios básicos de higiene en las escuelas ha crecido tan solo cinco puntos porcentuales; es decir, un punto porcentual de media al año (véase el gráfico 10). **Para lograr el acceso universal**

a los servicios básicos de higiene en las escuelas de aquí a 2030, será necesario, como mínimo, cuadruplicar el ritmo medio de progreso actual y en el caso de algunas regiones y países, mucho más.

GRÁFICO 10 Tendencias en la cobertura mundial de la higiene en las escuelas, entre 2015 y 2019 (% de escuelas)

Es necesario cuadruplicar el progreso durante la próxima década para alcanzar la meta de los ODS en materia de WASH en las escuelas

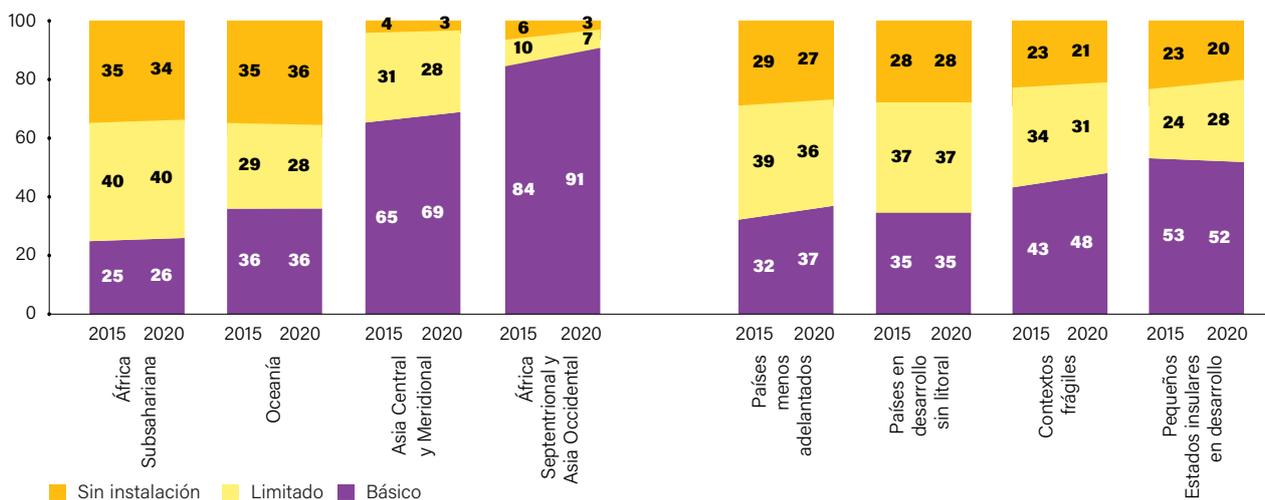


Se dispone de datos sobre los servicios de higiene en las escuelas de todas las regiones, excepto en el caso de Asia Oriental y Sudoriental. A pesar de que algunas regiones están

logrando avanzar, en otras el progreso se ha estancado; asimismo, hay regiones en las que la cobertura está incluso disminuyendo (véase el gráfico 11).

GRÁFICO 11 Cobertura regional de la higiene en las escuelas entre 2015 y 2019 (%)

Los progresos regionales varían: la cobertura aumenta en algunas regiones, mientras que desciende en otras



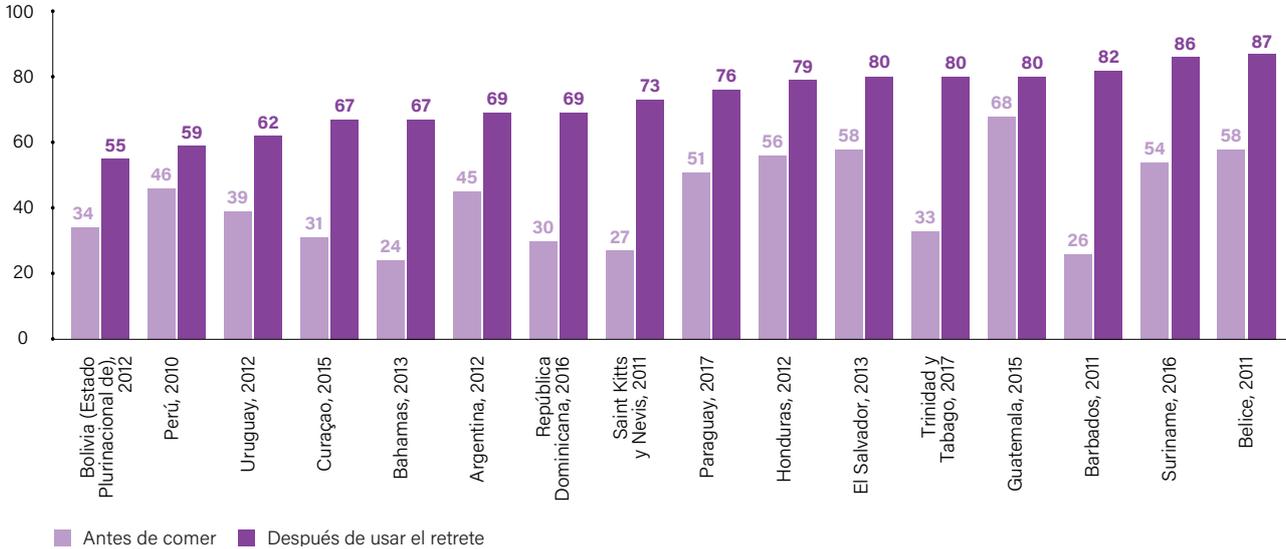
Mantener la higiene de manos en las escuelas plantea dificultades que van más allá del simple hecho de proporcionar acceso a instalaciones. La disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos en las escuelas no garantiza que los estudiantes siempre se laven las manos en los momentos cruciales o que utilicen jabón. A través de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares de la OMS, llevada a cabo en más de 100

países, se preguntó a estudiantes de secundaria sobre varias cuestiones relacionadas con las prácticas de higiene. Tal y como muestra el gráfico 12, los datos extraídos de esta encuesta indican que los estudiantes de América Latina y el Caribe responden con mucha mayor frecuencia que se laven las manos después de usar el retrete que antes de comer, un patrón que se observa en la mayoría de las regiones.

GRÁFICO 12

El lavado de manos antes de comer y después de usar el retrete en las escuelas de América Latina y el Caribe (%)

La disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos en las escuelas no garantiza que los estudiantes siempre se laven las manos en los momentos cruciales



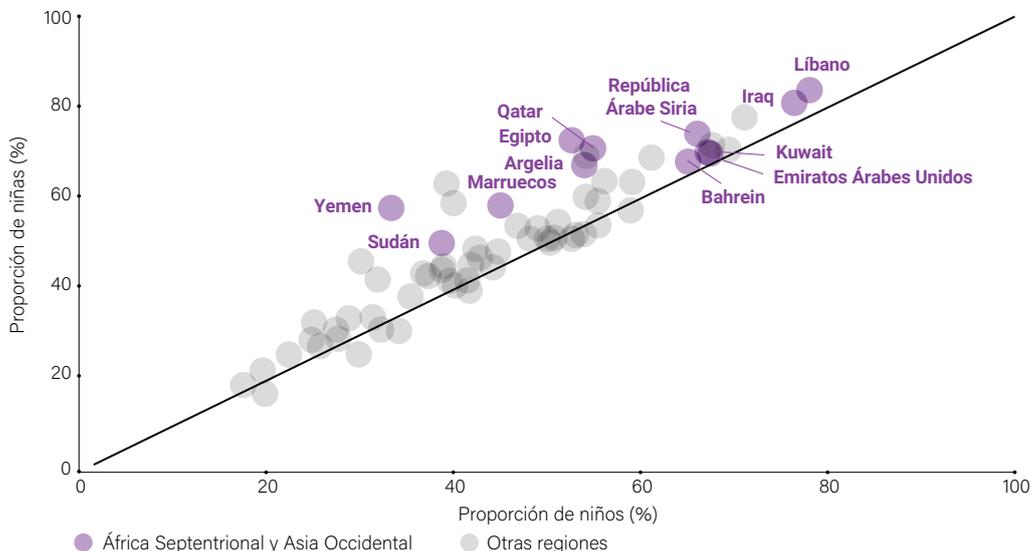
La encuesta también indica que las prácticas de lavado de manos de los menores varones son distintas a las de las niñas. En muchos países, especialmente de África Septentrional y Asia Occidental, las niñas suelen indicar con mayor frecuencia que siempre se lavan las manos con jabón. Por ejemplo, en el Yemen la frecuencia con la que las niñas manifestaron que siempre se lavaban las manos con jabón fue casi dos veces mayor que la de los niños

(véase el gráfico 13) Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de proporcionar suficientes instalaciones para el lavado de manos en los puntos clave de las escuelas, de garantizar que se mantengan en buen estado y de promover cambios de comportamiento en materia de higiene; por ejemplo, practicando el lavado de manos en grupo en momentos cruciales.

GRÁFICO 13

El uso del jabón para el lavado de manos por parte de niñas y niños (%)

En comparación con los menores varones, las niñas suelen indicar con mayor frecuencia que se lavan las manos con jabón





© WaterAid/ Basile Ouedraogo (Mali)

3.4

La higiene de manos en los establecimientos de salud

La higiene de manos figura recomendada como indicador nacional clave del desempeño dentro de las directrices mundiales de la OMS, publicadas en 2015, sobre componentes esenciales para lograr una PCI eficaz en los establecimientos de salud. A medida que se ha ido adoptando este indicador, algunos países han publicado resultados de forma periódica a través de los cuales se demuestra que establecer metas en materia de higiene de manos, en combinación con una estrategia integral de perfeccionamiento, permite obtener mejores resultados en lo que respecta a la seguridad de los pacientes^{45,46}.

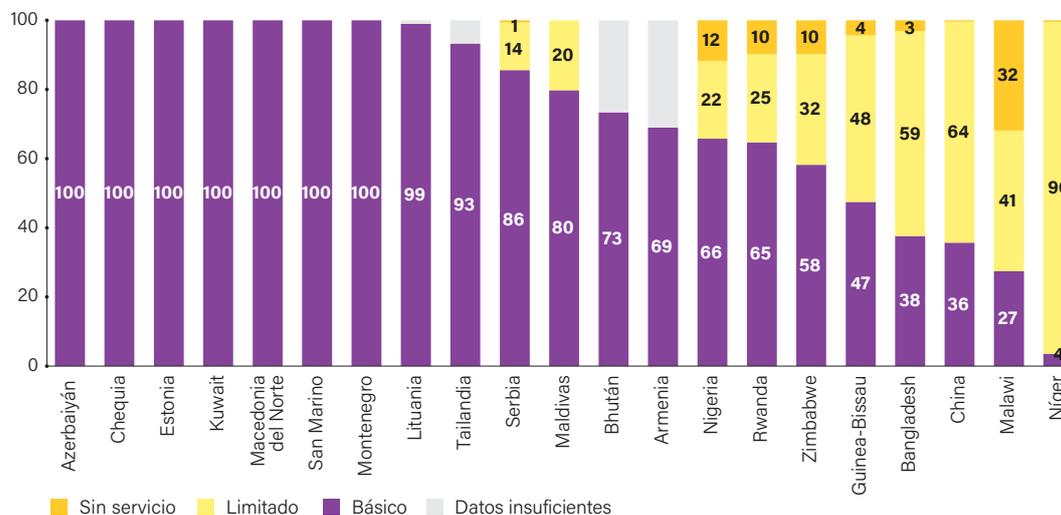
Servicios básicos de higiene de manos

El indicador del que se sirve el Programa Conjunto de Monitoreo para informar sobre los

servicios básicos de higiene de manos en los establecimientos de salud requiere que se proporcione información sobre las instalaciones de higiene de manos en dos tipos de lugares: los puntos de atención y los retretes. Las evaluaciones sobre los establecimientos de salud suelen recopilar información relativa a la higiene de manos en los puntos de atención; sin embargo, se dispone de pocos datos sobre instalaciones para el lavado de manos en los retretes de dichos establecimientos. Por esta razón, en 2019 solo 21 países pudieron presentar informes completos sobre el indicador relativo a los servicios básicos de higiene de manos. Aunque no es posible elaborar estimaciones regionales de la mayor parte de las regiones de los ODS, los pocos datos disponibles indican que el **7% de los establecimientos de salud de África Subsahariana y el 2% a escala mundial carecen de cualquier tipo de servicio de higiene de manos.**

GRÁFICO 14 Servicios de higiene de manos en los establecimientos de salud, por país, 2019 (%)

Muchos establecimientos de salud de África Subsahariana carecen por completo de servicios de higiene de manos



La higiene de manos en los puntos de atención

Dos de los requisitos mínimos de la OMS para los programas de PCI en los establecimientos de salud son: disponer de instalaciones de higiene de manos en todos los puntos de atención y supervisar el cumplimiento de la higiene de manos⁴⁷. Los indicadores del "modelo de referencia" de la OMS incluyen la disponibilidad de dispensadores de gel hidroalcohólico

que, según el criterio de exigencia más elevado, deberían estar "disponibles en todo el establecimiento con un suministro continuo en cada uno de los puntos de atención (y de eficacia y tolerabilidad demostradas)", así como la proporción entre el número de sumideros y de camas, el abastecimiento continuo de agua corriente no contaminada, la disponibilidad de jabón y toallas de un solo uso en cada uno de los sumideros, y la existencia de un presupuesto específico para la adquisición ininterrumpida de productos.

Puntos de atención

RECUADRO 5

Los puntos de atención se definen como el lugar donde convergen tres elementos: el paciente, el trabajador sanitario y la prestación de un tratamiento o de asistencia sanitaria que implique contacto con el paciente. El concepto abarca la necesidad de practicar la higiene de manos en los momentos recomendados en el lugar exacto donde se presta la asistencia. Esto exige que haya un producto para la higiene de manos (por ejemplo, gel hidroalcohólico

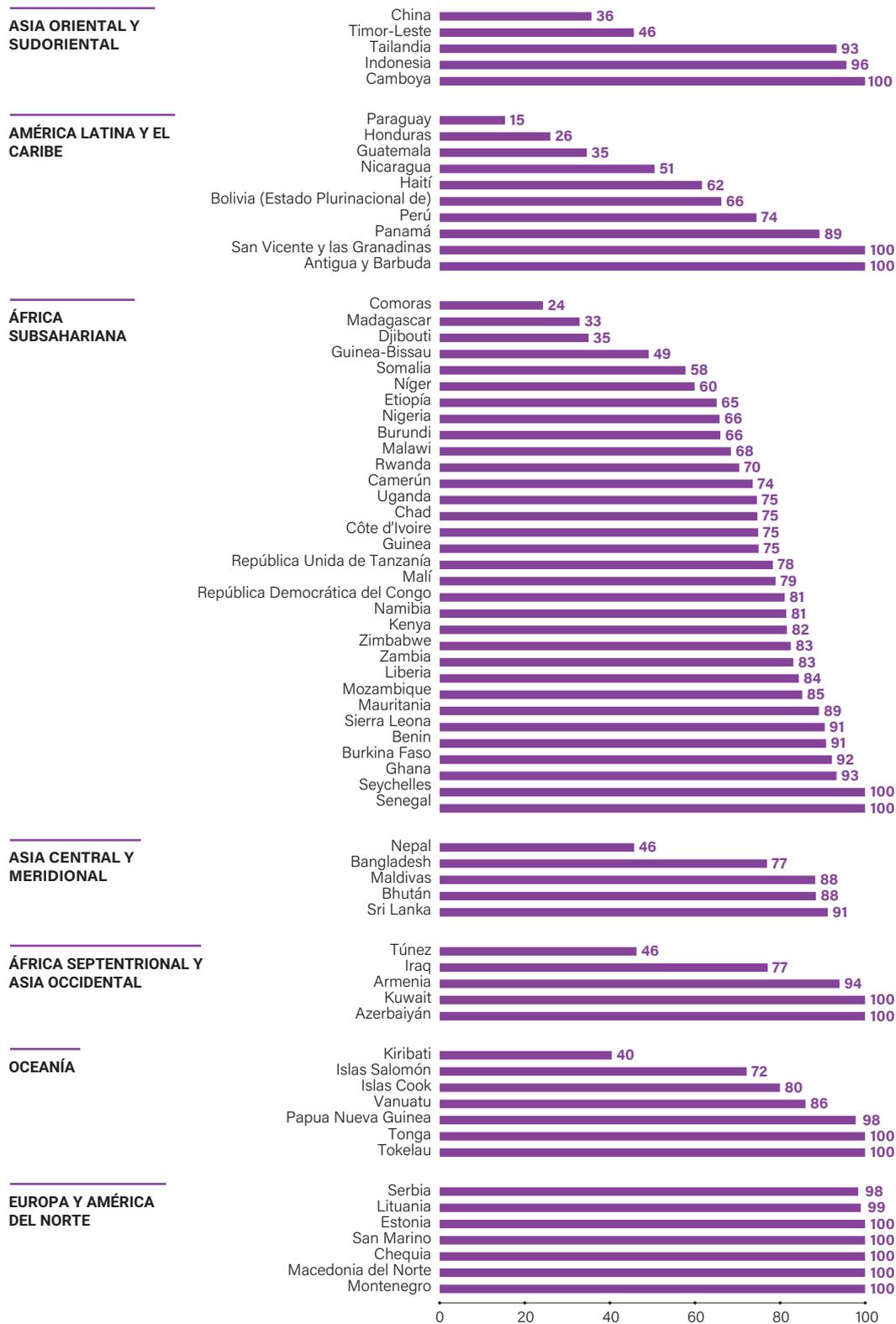
o agua y jabón) al que pueda accederse con facilidad y que esté lo más cerca posible —es decir, que se pueda alcanzar con un simple movimiento de brazo desde el lugar en el que se está prestando asistencia o tratando al paciente—. Como resultado, los productos de los puntos de atención deben poder alcanzarse sin necesidad de abandonar la zona reservada a los pacientes.

A efectos del monitoreo que realiza el Programa Conjunto de Monitoreo, se considera que los puntos de atención están dotados de una instalación para la higiene de manos cuando se constata o se notifica que disponen de agua y jabón o de gel hidroalcohólico. Cuando se evalúan varios puntos de atención dentro de un establecimiento de salud, se da prioridad a los datos de la zona ambulatoria o de consultas generales. En caso de no haber datos sobre la

zona de consultas generales ni sobre los servicios ambulatorios, se registra la disponibilidad de instalaciones para la higiene de manos en cualquier otro lugar disponible, con el objetivo de utilizarla en el cálculo de la cobertura. Si se exigiera la disponibilidad de instalaciones para la higiene de manos en todos los puntos de atención evaluados, las cifras de la cobertura serían mucho más bajas (véase el gráfico 15).

GRÁFICO 15 Proporción de establecimientos de salud con higiene de manos en los puntos de atención, 2019 (%)

En 12 de los 71 países sobre los que se dispone de datos, más de la mitad de los establecimientos de salud carecían de instalaciones para la higiene de manos en los puntos de atención



Las encuestas mundiales realizadas por la OMS en 2011, 2015 y 2019 evidenciaron ciertos progresos en los programas de higiene de manos a nivel mundial y una mejora significa-

tiva de las puntuaciones correspondientes a los establecimientos de salud con el paso del tiempo^{48,49}.



© WaterAid/ Tom Greenwood (Camboya)

3.5

La higiene de manos en otros entornos

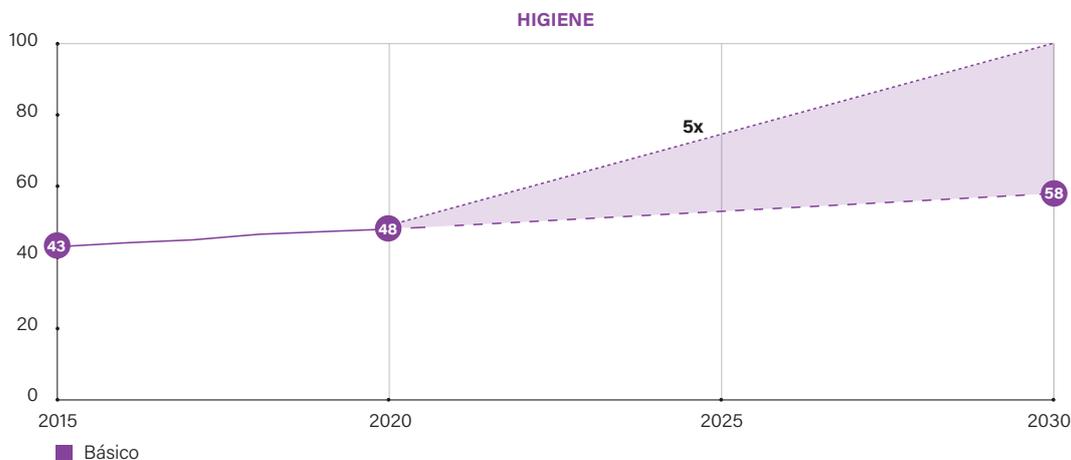
Entornos frágiles, afectados por conflictos y de refugiados

La fragilidad supone una gran amenaza para la consecución de los ODS. En 2020, en los 57 países clasificados como “frágiles” por la OCDE se concentraba el 23% de la población mundial (1.800 millones de personas) y más de tres cuartas partes de las personas que vivían en situación de pobreza extrema.

Los países que padecen situaciones de fragilidad y conflicto avanzan con lentitud en materia de higiene de manos. Teniendo en cuenta que entre 2015 y 2020 la cobertura de los servicios básicos de higiene de manos en los hogares que pertenecían a países frágiles o afectados por conflictos tan solo aumentó cinco puntos porcentuales (del 43% al 48%), sería necesario quintuplicar el ritmo de progreso para poder lograr el acceso universal a la higiene de manos de aquí a 2030 (véase el gráfico 16).

GRÁFICO 16 Progresos en los servicios básicos de higiene de manos en países frágiles y afectados por conflictos (%)

Para alcanzar las metas de los ODS en contextos frágiles, será necesario acelerar drásticamente el ritmo de progreso actual

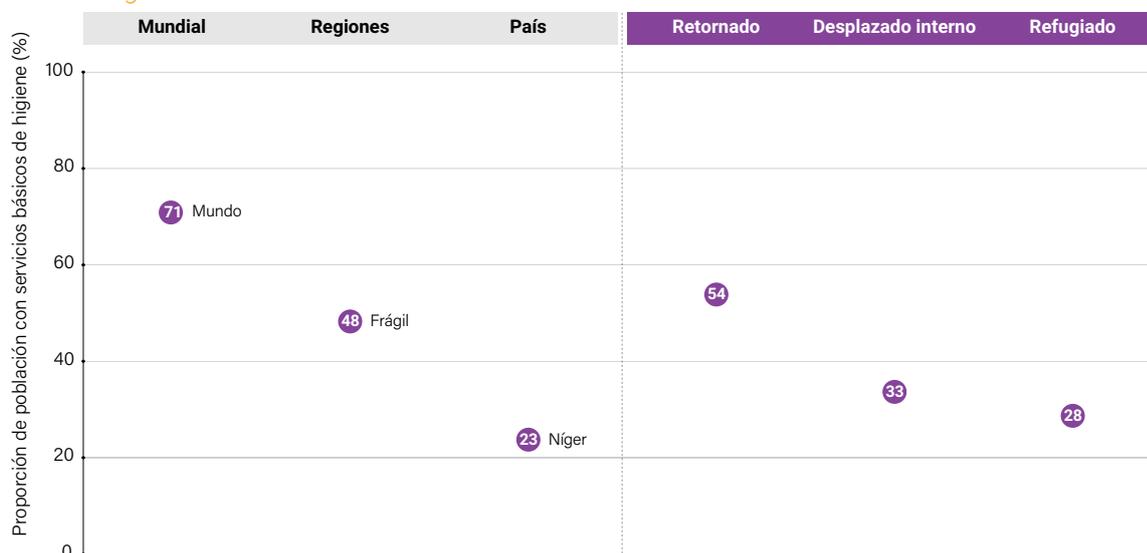


Los contextos frágiles suelen caracterizarse por niveles de cobertura muy bajos, grandes poblaciones desplazadas y desigualdades considerables entre los subgrupos. Por ejemplo, en el Níger menos de 1 de cada 4 personas disponía de servicios básicos de higiene en 2020 (véase el gráfico 17). No es frecuente que haya datos desglosados disponibles; sin embargo, recientemente se llevó a cabo una evaluación multisectorial de las necesidades de las poblaciones desplazadas en el Níger. Dicha evaluación se centró exclusivamente en las pobla-

ciones vulnerables; asimismo, a través de ella se solicitó a los hogares información sobre la disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos con o sin agua y jabón. No obstante, no incluyó observación directa, de modo que los resultados no pueden compararse directamente con las cifras del Programa Conjunto de Monitoreo. Los resultados de la evaluación indican que la cobertura de servicios básicos de higiene era casi el doble entre los retornados que entre los refugiados.

GRÁFICO 17 Desigualdades en los servicios básicos de higiene a escala mundial, en contextos frágiles y en el Níger

Los países frágiles como el Níger van considerablemente atrasados en cuanto al acceso a los servicios básicos de higiene



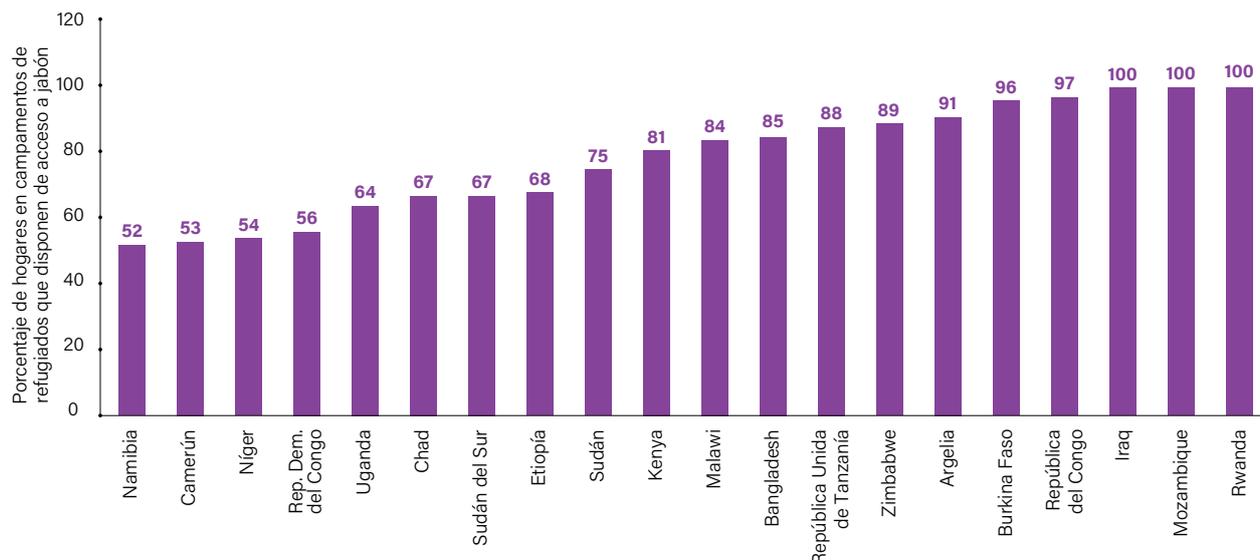
Nota: Las estimaciones sobre la población desplazada se han extraído del análisis multisectorial de las necesidades llevado a cabo en el Níger en 2020; el resto de cifras son estimaciones de 2021 del Programa Conjunto de Monitoreo

No existen muchos datos sobre la higiene de manos de los refugiados; no obstante, en 8 de cada 20 países sobre los que la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los

Refugiados (ACNUR) disponía de datos los hogares de refugiados con acceso a jabón no llegaban al 70% (véase el gráfico 18).

GRÁFICO 18 Hogares en campamentos de refugiados que disponen de acceso a jabón (%)

En casi la mitad de los países sobre los que se dispone de datos, los hogares de refugiados con acceso a jabón no llegaban al 70%



Fuente: Base de datos mundial del ACNUR sobre WASH en entornos de refugiados (hogares y comunidades).

Espacios públicos

La OMS recomienda que se proporcione acceso universal a las instalaciones de higiene de manos en frente de todos los edificios públicos y centros de transporte, como mercados, tiendas, lugares de culto, escuelas, establecimientos de salud y estaciones de trenes o autobuses. Asimismo, recomienda que haya instalaciones operativas para el lavado de manos con agua y jabón a no más de cinco metros de todos los retretes, ya sean públicos o privados⁵⁰.

A pesar de ello, son pocos los países que han registrado avances sustanciales a la hora de cubrir las necesidades relacionadas con la higiene de manos en los espacios públicos, aunque hay algunas excepciones destacables:

- En Filipinas, como parte de la respuesta gubernamental a la pandemia de COVID, se han construido instalaciones para el lavado de manos en varios mercados públicos, parques al aire libre y centros deportivos de la Región Metropolitana de Manila, las cuales incluyen “reclamos” conductuales⁵¹.

- En Indonesia, se promovió el lavado de manos en los espacios públicos —entre otros, trenes, autobuses y mezquitas— como parte de la campaña nacional del Gobierno en favor del lavado de manos con jabón, el uso de mascarillas y el distanciamiento físico, con el objetivo de que la economía pudiera permanecer activa durante la pandemia.

- Por último, en Kenia una coalición de empresas y alianzas del sector privado, trabajando de acuerdo a las prioridades gubernamentales y con el apoyo de financiación pública, filantrópica y de donantes, aprovechó sus competencias empresariales para facilitar el despliegue de 5.400 instalaciones para el lavado de manos en espacios públicos, principalmente en la entrada de las tiendas situadas en zonas críticas con respecto a la COVID-19⁵².

Realizar un monitoreo de la higiene de manos en los espacios públicos también entraña dificultades. A pesar de que existen herramientas disponibles para los hogares, las escuelas y los establecimientos de salud, hay muy pocas que vayan dirigidas al monitoreo de la higiene

de manos en los espacios públicos. Algunos países, entre los que se encuentran la India, Indonesia y Nigeria, han desarrollado mecanismos de monitoreo. No obstante, son muchos los parámetros que intervienen (el tamaño del espacio público, el uso según el número de personas, sus características demográficas y los motivos para acudir a dicho espacio, así como el tiempo de permanencia), lo que hace que resulte muy difícil estimar la cobertura. Además, tampoco existe un conjunto estándar de normas o indicadores para realizar el monitoreo, aunque el Programa Conjunto de Monitoreo ha llevado a cabo una revisión de los métodos actualmente utilizados con el objetivo de proporcionar datos para la elaboración de indicadores normalizados y herramientas de monitoreo⁵³.

Lugares de trabajo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que el lavado de manos es fundamental en los lugares de trabajo, ya que en ellos se reúne con frecuencia una gran cantidad de personas en espacios reducidos⁵⁴. Las personas suelen pasar la mayor parte de las horas del día en el trabajo, lo que aumenta el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas no solo a través de otros trabajadores, sino también de clientes, especialmente cuando se concentran muchos individuos. El lavado de manos es especialmente importante en lugares de trabajo

donde se concentran personas enfermas o vulnerables (como establecimientos de salud y residencias de ancianos), así como en aquellos en los que se preparan y consumen alimentos o en las instalaciones de alojamiento conexas.

Los datos sobre la disponibilidad de acceso al lavado de manos en los lugares de trabajo son escasos. La alianza WASH4Work, compuesta por un grupo de partes interesadas del sector tanto público como privado, ha desarrollado una herramienta de autoevaluación. Con ella, las empresas tienen la posibilidad de emplear una herramienta en formato Excel para evaluar su implantación del acceso a servicios seguros de WASH en el lugar de trabajo. Esta evaluación incluye la higiene de manos y ayuda a las empresas a puntuar su desempeño a la hora de proporcionar instalaciones para el lavado de manos, así como agua, jabón y capacitación en materia de higiene. La herramienta en cuestión, que se halla en el sitio web del Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible, está diseñada para ayudar a comprender cuáles son los ámbitos susceptibles de mejora y facilitar la adopción de decisiones sobre inversiones y medidas prioritarias⁵⁵. En 2018, el Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible notificó que había 47 empresas comprometidas a realizar mejoras en materia de WASH en sus lugares de trabajo, lo cual repercutiría en 2,4 millones de trabajadores en casi 6.000 centros de 170 países⁵⁶.





© UNICEF/UNI388537/Dejongh

¿Cuál es la situación de la normativa y la financiación en materia de higiene de manos?

- 4.1. Situación de la normativa y los planes nacionales de higiene
- 4.2. Metas nacionales en materia de higiene
- 4.3. El costo de lograr el acceso universal a la higiene de manos
- 4.4. Fuentes de financiación y niveles de inversión actuales

Para conocer el progreso mundial en materia de higiene de manos, es necesario estudiar qué tipo de labor están realizando los gobiernos para dictar políticas que la promoción y fo-

menten. Asimismo, es importante saber cuáles son las distintas formas de financiación y pago con respecto a la higiene de manos.

4.1

Situación de la normativa y los planes nacionales de higiene

La OMS ha dirigido, desde 2008, la iniciativa para el Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable de ONU-Agua, la cual se encarga de realizar un monitoreo de los elementos de los sistemas nacionales de WASH, incluidas las políticas y los planes, así como las metas nacionales, los presupuestos y los gastos. El ciclo de recopilación de datos más reciente del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable se realizó en 2018/2019, y proporciona información sobre la labor que los gobiernos están llevando a cabo para poner en marcha políticas y planes de higiene.

Cabe señalar que el Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable recoge datos de carácter más general sobre la higiene, en lugar de centrarse específicamente en la higiene de manos. A esto se añade que la interpretación de los datos se ve dificultada debido a que no existe una definición del término "higiene" acordada a nivel mundial; por tanto, cada país define la higiene de una manera distinta manera al responder a la encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable. Asimismo, los temas incluidos con respecto a la higiene pueden abarcar desde el lavado de manos hasta la higiene alimentaria o la promoción y las infraestructuras de la higiene. Los datos, por tanto, no siempre pueden compararse. Así pues, la OMS está elaborando una definición más normalizada de higiene de cara a los ciclos de recogida de datos del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable que se lleven a cabo en el futuro.

En la encuesta nacional para el Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019, el 79% de los países manifestaron disponer de políticas nacionales para la promoción de la higiene (lo que significa que las

políticas habían sido aprobadas formalmente o se encontraban en proceso de revisión, pero que el país había indicado que existía una política en materia de higiene); asimismo, el 73% señaló que contaba con planes nacionales. En cambio, casi todos los países (el 94%) declararon disponer de políticas de agua potable y saneamiento.

En la encuesta, la promoción de la higiene se definió de forma amplia, de modo que podía incluir actividades de carácter general diseñadas tanto para educar como para fomentar prácticas de higiene seguras; por esta razón, es muy probable que las políticas de higiene que indicaron los países no se limitasen solo a la higiene de manos. Además, cabe la posibilidad que estos países no contaran con políticas de higiene independientes; dicha esfera podría haberse incluido en otras políticas en materia de WASH.

Cuando se les preguntó acerca del contenido de sus políticas de higiene, el 93% de los países que disponían de ellas manifestaron que incluían la promoción del lavado de manos con agua y jabón, y que la mayoría de los planes y políticas incluían la promoción de la higiene en las escuelas y los establecimientos de salud.

Aunque es importante contar con políticas y planes de higiene, es preciso dotarlos de suficientes recursos humanos y financieros para que resulten eficaces (según el Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable, esto significa disponer de más del 75% de lo que se necesita para ejecutar los planes nacionales de WASH). Como se observa en la tabla 2, si bien la mayoría de los países manifestaron disponer de políticas y planes de higiene en vigor, el porcentaje de países que contaba con suficientes recursos humanos y financieros para ejecutar dichos planes no llegaba al 10%.

TABLA 2

Número y porcentaje de países con planes nacionales de higiene que han sido presupuestados y dotados de recursos financieros suficientes

Número de países con planes nacionales de higiene	PLANES PRESUPUESTADOS Y RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES		EVALUACIONES DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LOS PLANES Y RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES	
	Porcentaje de países con planes nacionales presupuestados	Porcentaje de países con planes presupuestados y que afirman haberlos dotado de financiación suficiente para que puedan ejecutarse*	Porcentaje de países que han evaluado los recursos humanos de los planes	Porcentaje de países que han evaluado los recursos humanos de los planes y que manifiestan haberles asignado recursos humanos suficientes para que puedan ejecutarse*
80	60%	9%	41%	10%

*De acuerdo con la encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019, para que los recursos humanos y financieros se consideren suficientes, es preciso que se haya asignado más del 75% de lo que se necesita para ejecutar los planes nacionales de WASH.

Fuente: Encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019.

Del mismo modo, una encuesta de 2018 llevada a cabo por la OMS en 88 países, a través de la cual se evaluaron los programas nacionales de PCI en los establecimientos de salud, reveló que casi el 90% de los países disponía de directrices nacionales para la higiene de manos como medida de PCI, mientras que un 62% contaba con programas generales de PCI⁵⁷. Por otro lado, la supervisión del cumplimiento de la

higiene de manos constituía un componente central de la PCI en un 50% de los países, y en un 27% en el caso del monitoreo del consumo de gel hidroalcohólico. No obstante, solo el 36% de los países contaba con una estrategia de aplicación en materia de PCI, el 22% evaluaba el cumplimiento de sus directrices y solo el 26% había asignado un presupuesto específico.



4.2

Metas nacionales en materia de higiene

Las metas nacionales son un indicador de las aspiraciones de los gobiernos. En el ciclo 2018/2019 del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable, el 59% de los países que presentaron informes manifestaron haber fijado metas nacionales en materia de higiene (véase la tabla 3). Algunas de estas metas guardaban relación con las instalaciones para el lavado de manos *in situ* con

agua y jabón, en consonancia con el indicador de los ODS. Son menos los países que declararon haber fijado metas en materia de higiene que los que afirmaron disponer de políticas para promoverla. Esto podría deberse a que la definición de la higiene en algunos planes y políticas nacionales es de carácter general, lo cual no favorece que se fijen metas de cobertura específicas.

TABLA 3 Metas nacionales respecto a la cobertura de la higiene y adecuación al ODS 6

CATEGORÍA	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LAS METAS	EJEMPLOS DE NORMAS E INDICADORES NACIONALES UTILIZADOS PARA EL MONITOREO DE LAS METAS NACIONALES	NÚMERO DE PAÍSES (PORCENTAJE) NÚM. = 93
Básica	La meta exige que haya instalaciones para el lavado de manos <i>in situ</i> con agua y jabón.	Nigeria: porcentaje de población con instalaciones para el lavado de manos con jabón <i>in situ</i> .	38 (41%)
Otra	La meta exige otro tipo de objetivos en materia de higiene, como los que son específicos de WASH en las escuelas, los establecimientos de salud, los servicios de alimentación, la promoción de la higiene o las prácticas de higiene.	Jamaica: porcentaje de establecimientos en los que se manipulan alimentos que deben disponer de instalaciones para el lavado de manos que incluyan jabón y agua corriente. Pakistán: porcentaje de la población con acceso a actividades de promoción de la salud y la higiene. Togo: porcentaje de la población que se lava las manos con jabón en los momentos cruciales.	17 (18%)
Ninguna	Países que no han establecido ninguna meta nacional relacionada con la cobertura de los servicios de higiene.		38 (41%)

Fuente: Encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019.

De los 38 países que manifestaron haber fijado metas de servicios básicos de higiene en relación con las instalaciones para el lavado de manos con jabón *in situ*, solo 9 pudieron proporcionar datos sobre el estado de cobertura actual de esta meta. En cambio, casi la mitad de los países proporcionaron información sobre los progresos realizados en las metas de agua potable y saneamiento en las zonas urbanas.

Por otro lado, 96 países afirmaron contar con una o más instituciones directivas para la gobernanza y la regulación de la higiene. El 90% de estos 96 países había designado al ministerio de salud como institución directiva. Otros ejemplos de instituciones directivas son el Ministerio de Saneamiento y Recursos Hídricos de Ghana, el Ministerio de Capacidades Humanas de Hungría y el Ministerio de Educación de Maldivas.



© UNICEF/UNI1369791/Nzaramba

4.3

El costo de lograr el acceso universal a la higiene de manos

Existen diversas formas de financiar la higiene de manos aprovechando los recursos de los hogares, los gobiernos, el sector privado y los asociados para el desarrollo. Lo más habitual es que los gobiernos o los organismos de asistencia se hagan cargo del costo de la promoción del lavado de manos. Esto incluye la inversión inicial en el diseño de intervenciones con base empírica y específicamente adaptadas al contexto (desde la elaboración de los mensajes para el cambio de comportamiento hasta los mecanismos y enfoques de ejecución), la eje-

cución y las actividades promocionales periódicas "complementarias" pensadas para reforzar los mensajes y garantizar que los comportamientos sean duraderos. En el caso de los establecimientos de salud y las escuelas del sector privado, es probable que los costos de promoción corran a cargo del propio centro sanitario o educativo. En lo que respecta a los costos de las instalaciones para el lavado de manos, suelen ser los hogares quienes los asumen o, en el caso de los entornos institucionales, el establecimiento de salud o la escuela (con fi-

nanciación gubernamental si se trata de instalaciones públicas, o con financiación privada en caso contrario).

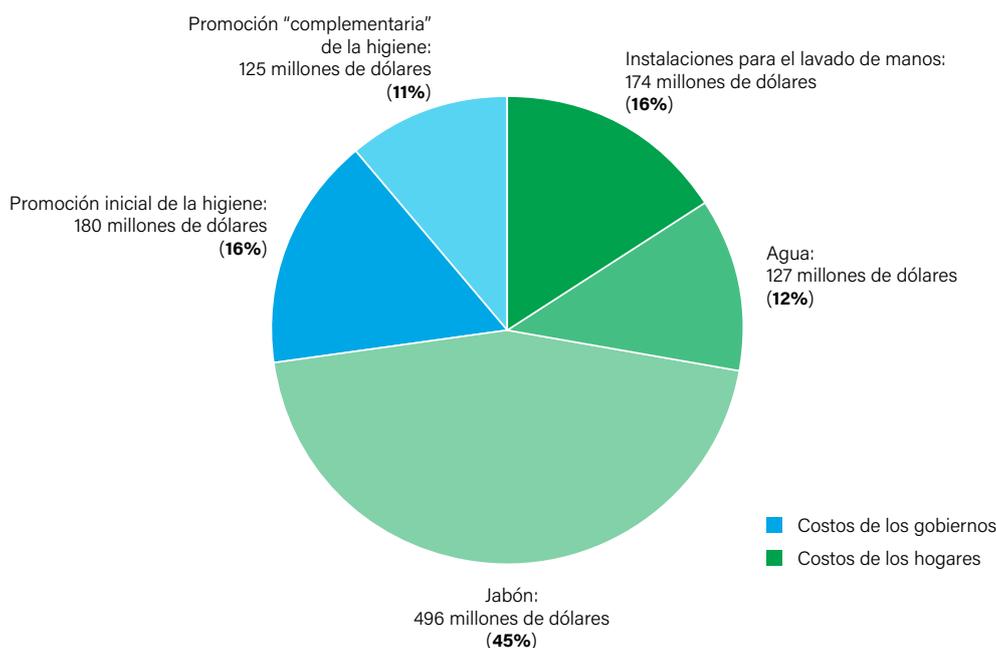
El costo de lograr el acceso a la higiene de manos puede estimarse estudiando las diversas intervenciones que pueden llevarse a cabo para impulsarla, las cuales se clasifican, a grandes rasgos, como: 1) provisión de instalaciones para el lavado de manos, y 2) promoción de comportamientos. Estas intervenciones varían en función del entorno; por ejemplo, hogares, escuelas y establecimientos de salud. En relación con la higiene de manos, existen tanto gastos de capital que se realizan una sola vez como gastos de gestión habituales.

En agosto de 2021, la OMS y UNICEF publicaron un estudio en el que se calculó el costo de proporcionar higiene de manos para todos en los hogares de 46 de los países menos adelantados del mundo⁵⁸. Se estimó que en estos países lograr el acceso universal a la higiene de manos de aquí a 2030 en todos los entornos domésticos costaría 11.000 millones de USD, lo que conlleva, en promedio, algo más de 1.000 millones de dólares al año. Esta estimación partía de la base de que los hogares se harían cargo de los costos de implantación de

las instalaciones para el lavado de manos (un cubo que disponga de grifo y soporte diseñado específicamente para tal fin), así como de los costos derivados de la compra de agua y jabón. Los gobiernos asumirían el costo de la promoción de la higiene (tanto el inicial como el "complementario"). La modelización de los costos presupuso que los gobiernos tendrían la posibilidad de elegir los métodos de promoción de la higiene; por ejemplo, podrían incluir actividades de grupo, como reuniones comunitarias, espectáculos itinerantes y teatro callejero, así como recurrir a los medios de comunicación, como la radio, la televisión y los medios sociales. Además, puede añadirse la promoción individual —por ejemplo, mediante visitas domiciliarias— en caso de que se considere aconsejable recurrir a intervenciones más intensivas; se ha demostrado que estas intervenciones son sumamente eficaces⁵⁹. No obstante, la promoción individual supone un costo adicional considerable, por lo que las estimaciones expuestas a continuación no incluyen esta intervención. El gráfico 19 muestra el costo anual estimado que tendría dotar de servicios básicos de higiene a todos los hogares en 46 países menos adelantados (los costos asumidos por el gobierno se indican en azul y los sufragados por los hogares en verde).

GRÁFICO 19 Costo anual estimado de dotar de servicios de higiene de manos a todos los hogares en 46 países menos adelantados (USD)

Se calcula que el costo de proporcionar acceso universal a la higiene de manos en 46 de los países menos adelantados del mundo para 2030 es de 11.000 millones de USD, una cifra a la que los hogares contribuirían con el 73% del total



Fuente: Ross, I., et al., "Costs of hand hygiene for all in household settings - estimating the price tag for the 46 least-developed countries", 2021.

Se calcula que los costos para el gobierno de la promoción inicial y complementaria equivalen a 0,25 USD per cápita al año en los 46 países. Es razonable suponer que el presupuesto de salud debe absorber gran parte de este costo (aunque otros presupuestos, como los de agua y saneamiento, también podrían contribuir). Si se compara el costo con el gasto sanitario gubernamental medio en los países menos adelantados del mundo, que fue de 9,97 USD per cápita en 2018, se observa que, por término medio, **el costo anual para los gobiernos de garantizar servicios básicos de higiene de manos en el hogar equivale al 2,5% del gasto sanitario gubernamental medio**⁶⁰.

Aunque se espera que los gobiernos contribuyan el 27% del costo de lograr la higiene de manos universal en el hogar, los hogares invertirían más de dos veces y media esta cantidad, lo que supone el 73% restante. **El gasto público en la promoción de la higiene de manos aprovechará en gran medida las inversiones de los hogares.**

Los costos que correrían por cuenta por los hogares consistirían en una inversión inicial en una instalación para el lavado de manos con una vida útil prevista de cinco años, con un costo medio de 17 USD para un cubo con-

struido *ex profeso* con grifo y soporte, y unos costos anuales de 17 USD en jabón y 5 USD en agua. Otras instalaciones más básicas, como una simple jarra y un cuenco, tienen un costo medio de 1,20 USD.

Estas inversiones serían viables para numerosos hogares, ya que las instalaciones para el lavado de manos pueden ser muy sencillas, y se está trabajando en todo el mundo para garantizar la disponibilidad generalizada de jabón asequible (véase el recuadro 6). Un análisis realizado en 2009 de los estudios llevados a cabo en 11 países llegó a la conclusión de que la disponibilidad de jabón en los hogares encuestados era alta. Más del 95% de los hogares afirmaron contar con jabón, aunque en muchos casos se trataba de pastillas de jabón no perfumado para la ropa. El jabón de baño era menos frecuente y se conservaba cuidadosamente. El análisis concluyó: "Aunque los encuestados calificaron como un problema el costo del agua y el jabón, en realidad casi todos disponían de jabón y agua en sus hogares, y en el lavado de manos con jabón estos recursos se utilizan en poca cantidad. Un modo de cambiar este hábito podría ser demostrar que se necesita muy poca cantidad de agua y jabón para lavarse las manos de forma eficaz"⁶¹.



Garantizar la disponibilidad de jabón y gel hidroalcohólico a precios asequibles

RECUADRO 6

El sector privado es un asociado fundamental para garantizar la disponibilidad de jabón al alcance todos los bolsillos. Los grandes fabricantes de jabón gozan de un gran alcance y comercializan sus productos a gran escala. La marca de jabón Lifebuoy de Unilever, por ejemplo, se puede adquirir en más de 60 países. Dicha marca incluye una gama de pastillas de jabón cuyo precio se encuentra entre los más asequibles de la cartera de la empresa y que está destinada a consumidores de ingreso bajo. En la India, por poner un ejemplo, el precio de las pastillas de jabón Lifebuoy es un 20% menor que el precio medio de otras marcas de consumo masivo, con precios de tan solo 5 INR y 10 INR, que son las denominaciones de moneda más bajas (equivalentes, más o menos, a 0,07 USD y 0,14 USD, respectivamente). Unilever también ha experimentado con pastillas de tamaño reducido para hacerlas más asequibles; en la India, algunas pesan únicamente 25 gramos. Unilever ha declarado de forma explícita que su intención es alentar a los usuarios primeros de jabón, que normalmente son consumidores de ingreso bajo⁶².

También hay un papel reservado para los productores locales a pequeña escala. Por ejemplo, en Malí la organización no gubernamental internacional WaterAid colaboró con el Gobierno para apoyar a los grupos locales de mujeres en la producción de jabón asequible, tanto para uso propio como para la venta. WaterAid impartió capacitación para la producción, comercialización y la gestión de pequeñas empresas a grupos de jóvenes y mujeres y los ayudó a acceder a microcréditos. El jabón se vende en comunidades, centros de salud y escuelas a precios asequibles (desde 0,10 USD la pastilla).

En Burundi se adoptó un enfoque más inusual y directo en lo referido a la disponibilidad de jabón a precios asequibles. En respuesta a la pandemia de COVID-19, UNICEF y sus asociados iniciaron una campaña de comunicación masiva para promover el lavado de manos con jabón. Sin embargo, la aceptación fue escasa debido a que más de la mitad de la población de Burundi vive con menos de 0,90 USD al día y a que una pastilla de jabón normal cuesta 0,16 USD. UNICEF acudió al mayor fabricante de jabón y llegó a un acuerdo: la empresa reduciría su margen de beneficios y UNICEF subvencionaría aún más la producción con miras a reducir a la mitad el precio del jabón. La empresa utilizaría su red de distribución para comercializar el jabón, de un color azul distintivo y con el precio estampado en las pastillas, en todo el país. En septiembre de 2020, se habían vendido más de 20 millones de pastillas. Cabe señalar que este enfoque no está exento de riesgos: es posible que el subsidio no sea sostenible a largo plazo desde una perspectiva económica y, entre tanto, puede desalentar la introducción de nuevos participantes en el mercado y obligar a los proveedores del sector privado ya existentes a abandonarlo.

También existe apoyo para quienes necesitan gel hidroalcohólico asequible. La OMS ofrece instrucciones para la elaboración local de gel de manos a partir de ingredientes fáciles de obtener en su documento *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*⁶³. En Uganda, los CDC e IRC WASH apoyaron a un asociado local, el Instituto de Enfermedades Infecciosas, para ayudar a los establecimientos de salud a producir su propio gel hidroalcohólico con un costo reducido. El costo se redujo a casi la mitad al principio, y aún más cuando los precios del gel hidroalcohólico se dispararon como consecuencia de la pandemia de COVID-19⁶⁴.

Las estimaciones anteriores del costo de alcanzar la cobertura universal de los servicios básicos de WASH en los establecimientos de salud de estos 46 países menos adelantados son de 8.100 millones de USD durante un período de diez años, de los cuales las instalaciones para la higiene de manos representan aproximadamente el 10%, u 80 millones de USD al año. Las necesidades son mayores para los centros no hospitalarios y en las zonas rurales. En el futuro debería ser posible recopilar información sobre los costos desde los mismos establecimientos de salud mediante herramientas de

presupuestación vinculadas a un portal mundial dedicado a la PCI gestionado por la OMS. Para ayudar a los establecimientos de salud a estimar los costos, la OMS publicó en 2021 un documento que describe las consideraciones relativas a recursos para la inversión en la higiene de manos en los entornos de atención de la salud⁶⁵. En él, se detallan los insumos — como equipos, suministros y actividades— que son necesarios para implantar y sostener un programa exhaustivo de higiene de manos y se presta asistencia a los usuarios a fin de estimar las inversiones requeridas.

Inversión pública en el cambio de comportamiento: el ejemplo del tabaquismo

RECUADRO 7

El gasto en atención de la salud ocasionado por enfermedades atribuibles al tabaquismo es de miles de millones de dólares en todo el mundo. Los costos son aún mayores si se tiene en cuenta la productividad que se pierde. Cerca del 40% de estos costos se registran en países de ingreso bajo y mediano⁶⁶. Reducir el tabaquismo, por consiguiente, redundará en grandes ahorros para los países. Por este motivo, en numerosos países se invierte en intervenciones conductuales para abandonar el tabaco y en campañas mediáticas para reducir el tabaquismo.

Las intervenciones conductuales para abandonar el tabaco suelen tener un costo reducido y pueden incluir breves recomendaciones de los profesionales sanitarios como parte de sus consultas habituales, junto con apoyo conductual para ayudar a dejar el tabaco. En 2019, la OMS comunicó que 73 países de todo el mundo cuentan con una estrategia nacional en aras del abandono del tabaquismo, y que en 50 países se imparte capacitación regular a los profesionales de atención primaria para que ofrezcan breves recomendaciones como parte del control y la prevención de enfermedades en este ámbito. Hay pruebas fehacientes de que las campañas en los medios de comunicación aumentan el número de "tentativas de abandono" y reducen las tasas de

iniciación de los jóvenes y la exposición a humo de tabaco ajeno. Cerca de una cuarta parte de la población mundial vive en un país donde entre 2016 y 2018 el gobierno invirtió en al menos una campaña nacional exhaustiva contra el tabaquismo en los medios de comunicación⁶⁷.

Es habitual que los gobiernos complementen la inversión en el cambio de hábitos con la promulgación y aplicación de normativas. Por ejemplo, durante la década de 1980, la publicidad de los medios de comunicación de los Estados Unidos de América promovió el uso del cinturón de seguridad en los automóviles. Por su parte, los estados comenzaron a aprobar leyes que hacían obligatorio el uso del cinturón. Estas medidas fueron tremendamente impopulares, pero los datos eran incontestables: el cinturón de seguridad reducía el riesgo de fallecimiento de los pasajeros de los asientos delanteros en un 45%⁶⁸. En 1985, el estado de Nueva York fue el primero en hacer obligatorio el uso del cinturón de seguridad bajo pena de multa, y el uso del cinturón se disparó en un 70% en menos de un año. Hoy, el cinturón de seguridad es de uso obligatorio en 49 de los 50 estados, y la tasa de cumplimiento llega al 90%⁶⁹.

4.4

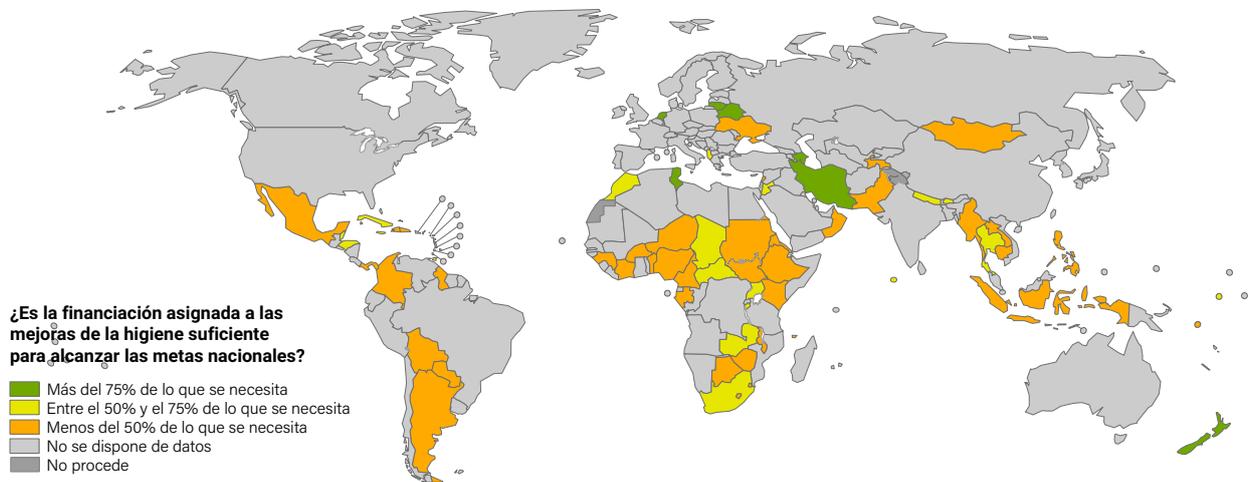
Fuentes de financiación y niveles de inversión actuales

Sesenta y siete países ofrecieron estimaciones sobre si la financiación destinada a la esfera de la higiene proveniente de todas las fuentes era suficiente para alcanzar los objetivos nacion-

ales de higiene. Solo unos pocos comunicaron disponer de más del 75% de la cifra necesaria para alcanzar estos objetivos (véase el gráfico 20).

GRÁFICO 20 Suficiencia de los recursos financieros asignados a la higiene para alcanzar las metas nacionales

La mayoría de los países afirman no disponer de financiación suficiente para cumplir sus metas nacionales de higiene



Fuente: Encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019.

Gasto de todas las fuentes

El rastreo y monitoreo del gasto en materia de WASH plantea dificultades debido a la naturaleza fragmentada del sector. Los gastos en higiene son particularmente difíciles de rastrear debido a las diferencias en el modo de definir el término "higiene". En el ciclo 2018/2019 del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable, 54 de los 115 países proporcionaron datos sobre el gasto en WASH. En la encuesta, se pidió a los países que indicaran el gasto en higiene de los hogares, el gobierno, las fuentes externas y la

financiación reembolsable. Sin embargo, solo 16 países pudieron proporcionar estimaciones comparables del gasto en higiene (Albania, Burkina Faso, Bangladesh, Bhután, Botswana, Colombia, Gabón, Georgia, Guinea, Kirguistán, Malí, Nepal, Senegal, Serbia, Togo y Túnez). Estos países comunicaron un gasto en higiene de 960 millones de USD procedentes de todas las fuentes, lo cual representaba el 12% de su gasto total en WASH.

Ocho de los 16 países indicaron una sola fuente de financiación en materia de higiene, que podía ser el gobierno, los hogares o los donantes, lo que subraya la falta de datos detallados sobre el gasto en higiene.



Rastreo del gasto en higiene a través de las cuentas de WASH en Malí

RECUADRO 8

La OMS apoya a los países en el desarrollo de "cuentas de WASH" empleando la metodología TrackFin, que facilita la recopilación y correlación de los flujos financieros de un modo exhaustivo y comparable. Sin embargo, el monitoreo del gasto en higiene puede tornarse difícil debido a la naturaleza amplia y variable de las definiciones. Los resultados muestran que es frecuente que los países dispongan de muy pocos datos financieros sobre higiene, y que recopilar los datos de los que se dispone es problemático. A pesar de ello, algunos gobiernos han demostrado estar a la altura y han comenzado a

incluir la higiene en sus cuentas de WASH. Malí, por ejemplo, ha completado tres ciclos de cuentas de WASH y los resultados en materia de agua y saneamiento se han utilizado con éxito para promover un aumento de las asignaciones presupuestarias. Esta experiencia confirma la utilidad y la eficacia de las cuentas de WASH. La higiene ha formado parte de los dos últimos ciclos y el Gobierno de Malí planea seguir incluyendo esta esfera en futuros ciclos de las cuentas de WASH, además de mejorar los datos.

Gasto gubernamental

Se dispone de presupuestos gubernamentales en materia de higiene de 18 de los 60 países que han facilitado datos sobre los presupuestos de WASH de sus gobiernos en la encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019 (Azerbaiyán, Bangladesh, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gabón, Guinea, Jordania, Malí, Nepal, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, Senegal, Serbia, Togo y Túnez). En estos 18 países, el presupuesto total destinado a programas e instalaciones de higiene era sumamente variable, desde menos de 0,01 USD per cápita en Burundi a 5,25 USD per cápita en Serbia. Debido a la amplitud de la definición del

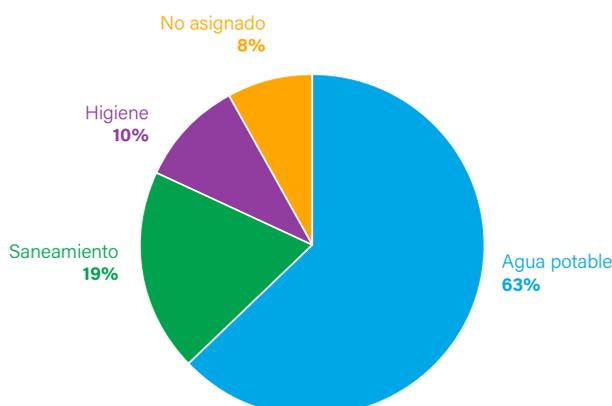
término "higiene" y a los datos disponibles, no hay forma de saber qué proporción de esos presupuestos se asigna a la higiene de manos. No obstante, los 18 países tienen políticas de higiene que abordan la higiene de manos. De los países que pudieron facilitar datos presupuestarios desglosados por ministerio, el ministerio de salud era el que más frecuentemente disponía de un presupuesto destinado al ámbito de la higiene.

Catorce países aportaron datos sobre los gastos públicos que incluían información sobre el gasto en higiene de sus gobiernos. En estos países, el gasto en higiene era relativamente bajo en comparación con el gasto global en WASH, que ascendía aproximadamente al 10% del gasto (véase el gráfico 21).

GRÁFICO 21

Gasto público en higiene en comparación con el de agua potable y saneamiento, 14 países (%)

A pesar de su gran impacto, solo el 10% del gasto de los gobiernos en WASH se destina a la higiene



Fuente: Encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019.

Gasto de los hogares

Solo cinco de los países que participaron en la encuesta nacional del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019 pudieron comunicar un gasto de los hogares comparable en higiene. En esos países, el porcentaje destinado a la esfera de la higiene variaba entre el 11% y el 74% del gasto total de los hogares en materia de WASH. Dicha variación se debe a la amplitud de la definición del gasto en higiene de los hogares, que incluye gastos que no se limitan al lavado de manos. En Kirguistán, por ejemplo, el gasto en higiene se definía como los fondos que los hogares destinaban al lavado de manos; la compra de jabón, polvo para lavar y otros detergentes; el costo de lavar la ropa; y el mantenimiento de la higiene familiar y del hogar. Se está trabajando para corregir de forma gradual las lagunas informativas en el próximo ciclo de recopilación de datos.

Apoyo externo

Los organismos de asistencia exterior también participan en la financiación de la higiene; y en la encuesta del Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable 2018/2019 realizada a dichos organismos, 11 señalaron que la higiene era una prioridad importante. Sin embargo, se carece de datos sobre los compromisos de asistencia y los desembolsos en materia de higiene. Según la encuesta, solo dos organismos de asistencia exterior facilitaron datos sobre los flujos de ayuda para la higiene y, además, se trataba de datos parciales. La OCDE rastrea la financiación de la asistencia a través de su sistema de notificación de los países acreedores, pero no efectúa un monitoreo definido de las ayudas para la higiene.





© UNICEF/UNI349558/Nijimbere

Imaginar un futuro mejor: es necesario tomar medidas en muchos frentes para acelerar el progreso de forma drástica

-
- 5.1. La pandemia de COVID-19 constituye un punto de inflexión

 - 5.2. Los países asumen el reto



© UNICEF/UNI388354/Arcos

5.1

La pandemia de COVID-19 constituye un punto de inflexión

La pandemia de COVID-19 ha logrado que se preste una atención sin precedentes a la higiene de manos. Aunque no es la única forma de prevenir la COVID-19, y debe combinarse con otros hábitos —como el uso de mascarillas y el distanciamiento físico—, la pandemia ha sacado a relucir la importancia de la higiene de manos como medida de protección económica y de aplicación general. Por este motivo, la higiene de manos ha formado parte de la primera línea de la respuesta de muchos países.

Los esfuerzos y estrategias de respuesta a la COVID-19 han dado lugar a un momento sin precedentes para la higiene de manos. La higiene de manos ha suscitado un gran

interés como táctica de primera línea para que los países “vuelvan a la normalidad” y las economías “enderecen el rumbo”. Se han tomado medidas y se ha registrado un apoyo ministerial de alto nivel para aumentar la capacidad en materia de higiene, vigilar los hábitos e integrarlos. Cabe destacar que existe la aspiración de mantener estos hábitos más allá de la pandemia, ya que la **higiene de manos es una inversión “útil en todo caso” que previene multitud de enfermedades diarreicas y respiratorias.**

Se han observado progresos significativos en todo el mundo en materia de higiene de manos desde el comienzo de la pandemia, lo que in-

cluye un refuerzo de las políticas y un aumento de las inversiones. Estos esfuerzos han mejorado en última instancia los hábitos de higiene y las instalaciones asociadas, de modo que se ha brindado protección a millones de personas contra enfermedades diarreicas y respiratorias. Sin embargo, algunos esfuerzos han tenido más éxito que otros. Cuando han tenido éxito, se ha debido en gran parte a inversiones realizadas mucho antes de la pandemia, lo que demuestra que invertir en sistemas de WASH da sus frutos cuando tiene lugar una crisis.

Al mismo tiempo, la oportunidad que ha supuesto la pandemia para aumentar drásticamente la aceptación de la higiene de manos ha puesto de manifiesto los considerables obstáculos que aún es preciso sortear. La programación en materia de promoción del lavado de manos con jabón ha evolucionado considerablemente y se ha demostrado que tiene potencial a la hora de abordar algunos de los retos fundamentales asociados al mantenimiento de los hábitos y lograr la implicación de más partes interesadas en la integración de los comportamientos y servicios. Sin embargo, el progreso se ha visto obstaculizado por las limitaciones de las políticas nacionales, las perturbaciones en las cadenas de suministro mundiales y nacionales, el carácter insuficiente del monitoreo y la evaluación, y una inversión inadecuada en infraestructuras críticas, especialmente en lo referido a un abastecimiento de agua conveniente y fiable.

La pandemia de COVID-19 ha revelado tendencias en los hábitos que ya se habían observado habitualmente en epidemias anteriores; en particular, que dichos ámbitos experimentan un incremento debido al temor inmediato a la enfermedad, pero que su adopción disminuye con el paso del tiempo (las epidemias recientes rara vez han alcanzado la categoría de pandemia). La práctica del lavado de manos con jabón suele proliferar durante las epidemias a causa del miedo y la mayor concienciación con esta práctica para prevenir la transmisión, pero luego este hábito se pierde con el tiempo y es difícil de mantener. Un panel de información sobre datos relacionados con la COVID-19 gestionado por la Universidad Johns Hopkins muestra

un declive en las tasas de lavado de manos en la mayoría de los países entre julio de 2020 y marzo de 2021⁷⁰. En entornos hospitalarios de los Estados Unidos de América, la tasa de cumplimiento de la higiene de manos llegó casi al 100% durante el primer pico del brote de COVID, pero en septiembre de 2020 había descendido hasta las tasas anteriores a la pandemia⁷¹.

La duración imprevista de la pandemia de COVID, además de brindar la oportunidad de realizar inversiones y establecer estrategias a más largo plazo, ha subrayado la importancia de permanecer vigilantes y no permitir que los hábitos se abandonen, sobre todo en vista de la amenaza de nuevas variantes y la naturaleza no probada de las nuevas vacunas. No obstante, debido a la atención que suscita la vacunación, existe el temor de que la prioridad concedida a la higiene vuelva a disminuir y de que la mayor parte de la energía y los recursos se destinen a la compra de vacunas a expensas de medidas relativamente económicas como el lavado de manos con jabón y el uso de geles hidroalcohólicos. Se han observado pautas similares en todo el mundo con el cólera y la polio, que son enfermedades de transmisión fecal-oral para las cuales una inversión básica en WASH habría ofrecido un rendimiento significativo. Históricamente, sin embargo, la introducción de vacunas ha desplazado a estas soluciones complementarias.

Un incremento de la higiene de manos promovida por la pandemia podría tener impactos positivos a largo plazo sobre la mortalidad y la morbilidad infantiles, pero dependerá de cómo aprovechemos esta oportunidad para conseguir grandes avances. Queda mucho por hacer en varios frentes, lo que incluye mantener estos hábitos, ampliar el acceso a las instalaciones de higiene de manos y mejorar el entorno normativo.

Debemos acelerar el progreso en la higiene de manos de forma inmediata, antes de que se produzca la próxima crisis sanitaria. El reto consiste en encontrar el mejor modo de transformar el mayor interés que muestran las personas y los gobiernos en un cambio duradero.



© UNICEF/UNI189548

5.2

Los países asumen el reto

A medida que los países han ido adoptando la higiene como estrategia de primera línea frente a la pandemia, se han encontrado con tres retos principales: mejorar la cobertura de los servicios y el cumplimiento en diversos entornos, mantener los hábitos a largo plazo y establecer un marco normativo propicio.

Durante las últimas décadas, ha tenido lugar una evolución significativa en los enfoques relativos al cambio de hábitos, las formas de hacer un monitoreo de los comportamientos, la participación del sector privado para innovar con miras a estimular la oferta y la demanda, y en las políticas que reflejan la necesidad de mecanismos de rendición de cuentas institucionales y mandatos financiados. La COVID-19 ha impulsado las inversiones en todos estos frentes y llevado a la comunidad internacional

un paso más allá a la hora de convertir el lavado de manos en “cosa de todos”.

La pandemia de COVID-19 ha obligado a los agentes de todo el mundo a abordar los retos que conlleva la prestación de servicios de higiene de manos. Han emergido nuevas iniciativas de colaboración, como:

- La iniciativa **Higiene de manos para todos**, lanzada por UNICEF y la OMS, y entre cuyos miembros se encuentran el Comité Internacional de la Cruz Roja, la OIT, el ACNUR, WaterAid, el Banco Mundial y asociaciones como el COVID-19 Hygiene Hub, Saneamiento y Agua para Todos, la Alianza Global para promover el Lavado de Manos y el Foro Económico Mundial. A través de esta iniciativa, casi 40 gobiernos han

recibido apoyo hasta la fecha para desarrollar hojas de ruta completamente presu-puestadas con miras a alcanzar la cobertura universal de los servicios de higiene⁷².

- La **Coalición para la Higiene y el Cambio de Comportamiento**, una coalición público-privada establecida en respuesta a la pandemia de COVID-19 por Unilever y el Gobierno del Reino Unido, ha facilitado productos, infraestructura y educación en materia de higiene a más de 1.000 millones de personas.
- El **Acelerador del Mercado de la Higiene de Manos**, una iniciativa del sector privado creada por el Foro Económico Mundial y UNICEF con el objetivo de apoyar la creación de nuevos y dinámicos mercados locales para impulsar la oferta y la demanda de soluciones asequibles, accesibles y deseables para el lavado de manos.
- Otras iniciativas de **“aceleración” de la higiene de manos**, cuya finalidad es impulsar nuevos negocios que cubran las deficiencias en los servicios, recurriendo a la habilidad especial del sector privado de aprovechar la investigación y el desarrollo con vistas a ofrecer innovaciones y nuevas soluciones. Por ejemplo, el Acelerador de la Innovación de la Universidad Duke y UNICEF, alojado en la Universidad, se estableció para ayudar a los emprendedores sociales a adquirir el conocimiento, las herramientas y las redes de contactos que necesitan para mejorar las vidas de los niños de todo el mundo.
- Una iniciativa para localizar lagunas empíricas y trazar una **agenda de investigación acordada internacionalmente**, coordinada de forma conjunta por la Facultad de Hi-

gine y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, la OMS y UNICEF, que aglutina investigación, políticas y comunidades de profesionales.

Varios países destacan en lo referido a su atención a la higiene de manos como problema de importancia nacional. En octubre de 2020, **Bangladesh** fue uno de los primeros países en acelerar el desarrollo de una hoja de ruta nacional en materia de higiene, lo que ofreció la oportunidad de establecer medidas normativas que abordasen las necesidades de las poblaciones marginadas al tiempo que respondían a las necesidades a corto y largo plazo de la higiene de manos como pilar de la salud pública. La hoja de ruta aborda la desigualdad de género, la inclusión de las personas con discapacidad y la adaptación al cambio climático. También recalca la necesidad de contar con una estrategia nacional de gestión de la higiene menstrual vinculada. Aunque el Gobierno disponía de una plataforma eficaz para coordinar el proceso de desarrollo de elaboración de la hoja de ruta, se precisaba la participación activa de la sociedad civil. WaterAid promovió un proceso destinado a reunir a las organizaciones de la sociedad civil (OSC), el sector privado y los agentes gubernamentales. Dicho proceso amplió la coordinación de la hoja de ruta entre sectores, garantizó la participación de los grupos vulnerables e incrementó la probabilidad de que los responsables de la toma de decisiones rindieran cuentas por sus compromisos.

En **Filipinas**, los programas ya existentes para promover el lavado de manos con jabón constituyeron la base de la respuesta durante la pandemia de COVID-19, durante la cual el Gobierno nacional distribuyó a las autoridades locales una guía con métodos de eficacia demostrada (véase el recuadro 9).

Aceleración del progreso de la higiene de manos a través del gobierno local en Filipinas

REGUADRO 9

En 2019, el Departamento de Educación de Filipinas comenzó a trabajar para fomentar el lavado de manos con jabón entre los niños escolarizados. El Departamento probó a utilizar reclamos conductuales de bajo costo, como huellas de pies pintadas que iban desde los retretes hasta el punto de lavado de manos, mensajes visuales sencillos que animaban a lavarse las manos en los cubículos de los aseos, un adhesivo que representaba un "ojo vigilante" sobre la fuente de agua y otro adhesivo que apuntaba hacia el jabonero en el punto de lavado de manos. Estos reclamos elevaron las tasas de lavado de manos entre los alumnos en 17 puntos porcentuales cuatro meses después de su implantación inicial⁷³.

La aparición de la COVID-19 impulsó una cooperación y colaboración sin precedentes entre todos los departamentos gubernamentales de Filipinas. El Presidente declaró el estado de emergencia de salud pública en todo el país en marzo de 2020. El Departamento de Salud promulgó una orden administrativa en abril de 2020 que exponía varias estrategias de salud pública, como el lavado de manos. También elaboró una guía de promoción de la salud destinada a los gobiernos locales consistente en unas directrices simples pero exhaustivas que abordan la provisión de instalaciones para el lavado de manos y la promoción del cambio de comportamiento. La guía abarca todas las poblaciones y

contextos, incluyendo escuelas, lugares de trabajo, mercados, restaurantes, alojamientos temporales y espacios públicos, y ofrece orientación detallada sobre la rendición de cuentas, las labores de monitoreo y los presupuestos. No obstante, cabe destacar que incluye directrices sencillas para poner en práctica reclamos conductuales a partir del programa ya establecido antes de la pandemia. La guía incluye modelos de ordenanzas municipales (denominadas "ordenanzas sobre reclamos conductuales en materia de higiene") que tienen por objetivo apoyar actividades como las campañas de concienciación sobre el lavado de manos, las demostraciones prácticas o la distribución de kits de higiene gratuitos; e institucionalizar la provisión de instalaciones para el lavado de manos y la implantación de reclamos, además de estipular sanciones en caso de incumplimiento. El Departamento publicó un memorando en el que se animaba a los gobiernos locales a aplicar estas directrices, incluida la promulgación de dichas ordenanzas.

Aunque la COVID-19 aceleró la publicación de la guía, esta enfermedad no goza de una presencia destacada en los materiales orientativos. La integración de este enfoque basado en reclamos en las políticas educativas y las ordenanzas municipales es señal de que se espera que se mantenga una vez que finalice la pandemia.



En **Zambia**, el Gobierno nacional, con el apoyo de WaterAid, ha desarrollado y ampliado un programa nacional de promoción de la higiene que emplea diversos mecanismos en distintos contextos (véase el recuadro 10).

RECUADRO 10

Promoción de la higiene a gran escala en Zambia

En Zambia, el Gobierno está implantando la campaña Kutuba, una iniciativa innovadora, inclusiva y sumamente participativa pensada para convertir la práctica de los hábitos de higiene en una norma social. La campaña se basa en un enfoque de diseño centrado en los comportamientos que ha sido desarrollado por un equipo creativo multidisciplinar con el apoyo de WaterAid. Kutuba comprende un paquete innovador e inclusivo de intervenciones en escuelas, establecimientos de salud y comunidades que emplea alicientes motivacionales positivos y actividades interactivas. La campaña está siendo ejecutada por el Ministerio de Salud de Zambia con el apoyo de otros ministerios competentes y partes interesadas, y se ha implantado en siete distritos hasta la fecha. La primera fase se compuso de campañas en medios de comunicación, digitales y sociales, y consistió en la instalación de varios centenares de instalaciones para el lavado de manos

en puntos clave, mediante lo cual se amplió el acceso a la higiene de manos en los espacios públicos y los establecimientos de salud. Personajes famosos, músicos e *influencers* participaron en ella para promover el lavado de manos y cambiar las normas sociales. En respuesta a la pandemia de COVID-19, se añadieron más hábitos. En la segunda fase, tuvo lugar una ampliación de las actividades comunitarias de Kutuba con objeto de mantener el cambio de hábitos a través de eventos interpersonales y comunitarios, sin abandonar la campaña en medios de comunicación y digitales. Hasta la fecha, la campaña ha llegado a casi 14 millones de personas y, según una evaluación rápida llevada a cabo por WaterAid a finales de 2020, el 99% de las personas encuestadas afirmó haber visto u oído materiales promocionales en materia de higiene y el 87% asegura lavarse las manos con más frecuencia como resultado.

En **Indonesia**, la higiene de manos se convirtió en un tema prioritario a escala nacional durante la pandemia de COVID como estrategia de primera línea para la prevención. Esto supuso incrementar el lavado de manos en espacios públicos, lo cual se convirtió en parte de la estrategia destinada a mantener la economía en marcha (véase el recuadro 11).

RECUADRO 11

Fomento de la higiene de manos en los espacios públicos en Indonesia

Indonesia adoptó una estrategia de respuesta a la pandemia consistente en un confinamiento parcial. Aunque se cerraron las escuelas y las oficinas, los centros comerciales y los negocios permanecieron abiertos tras adoptar protocolos higiénicos para el lavado de manos con jabón, el uso de mascarillas y el distanciamiento social (denominados "3M" en su conjunto, ya que el nombre de estas tres medidas comienza por la letra "M" en indonesio) en todos los espacios públicos. La estrategia de higiene se diseñó para mantener la economía en marcha y minimizar las perturbaciones, "normalizando" sistemáticamente los hábitos de higiene en la actividad cotidiana de las personas. Una particularidad del enfoque conductual 3M fue su aplicación en los espacios públicos. Sin embargo, los datos de referencia recopilados en diciembre de 2020 mostraron que la práctica del lavado de manos era escasa en numerosos entornos públicos, ya que tan solo se

observó a un 14% de las personas lavándose las manos; en muchos casos, el factor limitador era la falta de infraestructuras para el lavado de manos. Por ejemplo, la reapertura de las escuelas dependió de su capacidad para practicar los protocolos 3M, lo cual supuso un obstáculo, ya que más de la mitad no disponían de instalaciones de WASH funcionales. En marzo de 2021, el lavado de manos en los espacios públicos donde se disponía de instalaciones había pasado del 45% al 76%. En conjunto, no obstante, el lavado de manos en los espacios públicos tan solo había aumentado hasta situarse en torno al 26%, en parte porque, durante el mismo período, la disponibilidad de instalaciones funcionales para el lavado de manos había caído del 42% al 31%, en su mayor parte debido probablemente a las dificultades que presentaban su funcionamiento y mantenimiento.



© UNICEF/UNI33741/Veska

En el futuro, será fundamental que los gobiernos dicten políticas claras en lo que respecta tanto a la *disponibilidad de servicios que faciliten el lavado de manos* —y el *abastecimiento de agua*— como a los *comportamientos necesarios para garantizar que la higiene de manos sea una práctica habitual en todos los entornos pertinentes*. Esto significa que los gobiernos y los asociados para el desarrollo han de:

- Establecer políticas nacionales, así como estrategias y programas de higiene de manos presupuestados y financiados.
- Invertir en infraestructuras, incluidas instalaciones para el lavado de manos y sistemas de abastecimiento que proporcionen agua para este fin.
- Mejorar el monitoreo y la evaluación tanto en el plano nacional como en el mundial.
- Estudiar la función que la normativa y el cumplimiento pueden desempeñar a la hora de instaurar la higiene de manos en determinados entornos, como espacios públicos, establecimientos de salud y lugares de trabajo.
- Reforzar los mercados locales con miras a suministrar productos y servicios para la higiene de manos.
- Coordinar las intervenciones, tanto nacionales como mundiales, en materia de higiene de manos.



Los gobiernos pueden acelerar los progresos en materia de higiene de manos mediante enfoques cuya eficacia ha sido demostrada

- 6.1. La buena gobernanza se basa en el liderazgo, la normativa y la coordinación de carácter eficaz
- 6.2. Las finanzas públicas inteligentes propician la inversión eficaz de los hogares y del sector privado
- 6.3. La capacidad a todos los niveles impulsa el progreso y mantiene los servicios
- 6.4. Los datos fiables mejoran la toma de decisiones y la rendición de cuentas
- 6.5. La innovación propicia enfoques más adecuados y responde a los nuevos desafíos
- 6.6. De cara al futuro: Una senda hasta 2030

El **Marco Mundial de Aceleración del ODS 6**, coordinado por ONU-Agua, ha identificado cinco aceleradores para apoyar el logro del ODS 6:

- **Gobernanza:** hacer del ODS 6 un asunto que incumba a todos mediante la colaboración intersectorial y transfronteriza, funciones definidas, la participación de las partes interesadas e instituciones eficaces e inclusivas.
- **Financiación:** optimizar la financiación en materia de agua y saneamiento, especialmente para los países y las comunidades con acceso limitado a los recursos financieros.
- **Datos e información:** infundir confianza mediante la generación, validación y normalización de datos y la puesta en común de información para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.
- **Desarrollo de la capacidad:** centrarse en las capacidades humanas e institucionales inclusivas a todos los niveles para comprender y cumplir el ODS 6.
- **Innovación:** aprovechar y ampliar las prácticas y tecnologías innovadoras en escuelas, establecimientos de salud y otros espacios públicos, incluidas las tecnologías accesibles para las zonas rurales y las comunidades marginadas.

Los aceleradores proporcionan un marco valioso para conseguir acelerar el progreso en materia de higiene de manos. En este capítulo se expone cómo unas medidas e inversiones estratégicas armonizadas con los cinco aceleradores pueden acelerar el progreso de los gobiernos en la adopción a gran escala del lavado de manos en los hogares, las escuelas, los establecimientos de salud, los lugares de trabajo y los espacios públicos.

6.1

La buena gobernanza se basa en el liderazgo, la normativa y la coordinación de carácter eficaz

Los gobiernos deben dictar políticas claras en lo que respecta tano a la disponibilidad de servicios que faciliten el lavado de manos, y el abastecimiento de agua, como a los comportamientos necesarios para garantizar que la higiene de manos sea una práctica habitual en todos los entornos donde sea relevante.

La buena gobernanza se basa en un liderazgo que prioriza y promueve la higiene de manos en todos los entornos. Se trata de un papel que puede asumir un jefe de Estado, un ministro u otra figura política destacada dispuesta a afrontar el reto de impulsar los progresos. El liderazgo en el plano local es igual de importante. También es preciso contar con el compromiso

de los estados, los distritos o los municipios. Es imperativo que el gobierno sea consciente a todos los niveles de que la higiene de manos es una cuestión fundamental de orden público, y de que el progreso requiere objetivos, estrategias, hojas de ruta y presupuestos.

En **Sudáfrica**, una política sobre el lavado de manos, desarrollada en 2015, estipulaba claramente el papel de las instituciones gubernamentales en la promoción del lavado de manos y en la prestación de servicios, y fue decisiva a la hora de preparar al país para organizar con facilidad una campaña de respuesta a la COVID-19 a gran escala (véase el recuadro 12).

Sudáfrica: Desarrollo y aplicación de una política nacional de higiene de manos

RECUADRO 12

En 2015, UNICEF apoyó al Gobierno de Sudáfrica en la evaluación de la situación de la higiene de manos en el país empleando una herramienta de análisis de cuellos de botella creada específicamente para este fin. El ejercicio reunió a diferentes ministerios implicados en la provisión de agua y saneamiento, educación, atención de la salud y protección ambiental para debatir estrategias de lavado de manos y el modo de desentrañar las responsabilidades institucionales. Sobre la base de los resultados, se trazó una estrategia nacional quinquenal para promover la higiene de manos cuyo núcleo fue el establecimiento de responsabilidades ministeriales en aras de la adopción generalizada del lavado de manos con jabón. Dicha estrategia aglutinó a tres ministerios

clave: los de Agua y Saneamiento, Salud y Educación. También propició la creación de capacidad en el plano nacional y gubernamental, un proceso durante el cual el personal municipal trabajó con el personal ministerial para promover el lavado de manos en los hogares, las escuelas y los establecimientos de salud. Estos esfuerzos iniciales dieron sus frutos durante la crisis de la COVID, cuando contribuyeron a agilizar el desarrollo de una estrategia nacional con funciones y mandatos claramente delimitados en la que participaron múltiples ministerios. En la actualidad, el Gobierno busca desarrollar otra estrategia quinquenal que amplíe el mandato a otros ámbitos, como la higiene alimentaria.

En **Nigeria**, varios ministerios y niveles gubernamentales se reunieron para desarrollar una estrategia nacional para la promoción de la higiene (véase el recuadro 13).

Adopción de un enfoque gubernamental integral de la higiene en Nigeria

RECUADRO 13

El Ministerio Federal de Recursos Hídricos de Nigeria, con el apoyo de UNICEF, inició un proceso de desarrollo de una estrategia nacional para la promoción de la higiene, dirigido por el Departamento de Calidad del Agua y Saneamiento. Se llevaron a cabo estudios —que incluían visitas sobre el terreno— para determinar los enfoques que adoptarían en el país los organismos gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales (ONG) en cada estado. Una vez elaborado el proyecto de la estrategia, el Ministerio convocó a las partes interesadas de los Ministerios de Salud, Educación, Medio Ambiente y Asuntos de la Mujer y Desarrollo Social a un encuentro en el plano federal y estatal. En el plano nacional, se invitó, asimismo, a la Agencia Nacional de Desarrollo de la Atención Primaria de la Salud, la Comisión de Educación Básica Universal y el Consejo de Funcionarios de Salud Ambiental de Nigeria. En el plano subnacional, participaron los organismos de abastecimiento de agua y saneamiento en el ámbito rural y los comités de educación básica universal de los estados. Las aportaciones de estas partes interesadas quedaron reflejadas en la versión definitiva de la estrategia.

Se elaboraron directrices para: 1) promover la higiene en las comunidades y los mercados locales, haciendo especial hincapié en los hogares y trabajando a través de promotores voluntarios de la hi-

giene en las comunidades; 2) promover la higiene en las escuelas trabajando con docentes y alumnos; y 3) promover la higiene en los establecimientos de salud trabajando con los profesionales sanitarios. La estrategia contó con el debido respaldo de los ministros de recursos hídricos y educación, el Director Ejecutivo de la Agencia Nacional de Desarrollo de la Atención Primaria de la Salud y el Director del Departamento de Calidad del Agua y Saneamiento.

El resultado fue que, cuando el país se vio azotado por la COVID-19, el lavado de manos ya era una prioridad importante en momentos más cruciales, como se articuló en la estrategia, y Nigeria contaba con un grupo de promotores voluntarios de la higiene capacitados para organizar demostraciones sobre el lavado de manos eficaz y sesiones de asesoramiento en grupo. Actualmente, UNICEF brinda su apoyo al Gobierno en la realización de una evaluación del mercado de los productos y servicios de higiene, así como en el desarrollo de una hoja de ruta basada en la estrategia que defina las funciones y responsabilidades de las partes interesadas, marque hitos en favor de la consecución de la higiene de manos para todos —incluyendo una estrategia de movilización de recursos— y establezca presupuestos para los artículos comunes necesarios en la esfera de la higiene de manos.

En el **Pakistán**, no solo se ha incorporado la higiene a un programa nacional, junto con otras cuestiones fundamentales que son importantes para el futuro del país, sino que también está siendo promovida por el Jefe de Estado (véase el recuadro 14).

RECUADRO 14

La higiene de manos como parte de la iniciativa Clean Green Pakistan

Clean Green Pakistan es una campaña emblemática quinquenal promovida por el Primer Ministro del Pakistán. Uno de sus pilares —junto con el agua, la gestión de residuos, el saneamiento y la plantación de árboles— es la higiene, y existe una firme voluntad y liderazgo políticos de inspirar un cambio de hábitos en materia de higiene de manos en todo el país. Durante la pandemia de COVID-19, la necesidad de disponer de programas de higiene de manos de gran repercusión —y que ya se había identificado en las encuestas gubernamentales— cobró mayor importancia. Aunque se habían observado grandes progresos en lo referente a la infraestructura de agua y saneamiento en el plano provincial durante el último decenio, era necesario un impulso nacional para integrar la higiene en general y la higiene de manos en particular. Las personas encargadas de la planificación del sector público y de la formulación de políticas tomaron nota. Con la ayuda de una im-

portante inversión del sector público, y aprovechando la financiación proveniente de donantes y del sector privado, la programación en materia de higiene de manos se está transformando en un movimiento social nacional.

El Ministerio Federal para el Cambio Climático ha desarrollado, con la ayuda de UNICEF, WaterAid y otros asociados, una hoja de ruta para ofrecer servicios de higiene de manos para todos con la que se pretende alcanzar las metas de higiene de la iniciativa Clean Green Pakistan para 2030. Dicha hoja de ruta vincula la visión gubernamental a largo plazo, que incluye una estrategia de comunicación nacional destinada a promover un cambio de comportamiento, con políticas, planes y programas de WASH, además de alentar a una amplia variedad de partes interesadas a participar, contribuir y beneficiarse de sus fortalezas mutuas.

En **Nepal**, el Gobierno ha integrado la promoción de la higiene con la inmunización y ha logrado coordinar dos sectores importantes en todo el país (véase el recuadro 15).

Integración de los programas de higiene e inmunización en Nepal

RECUADRO 15

En Nepal, el Ministerio de Salud y Población desarrolló un enfoque que integra la promoción de los hábitos de higiene en el programa nacional de inmunización rutinaria ya existente. Una mujer que acaba de tener su primer hijo lleva a su bebé a una clínica de inmunización al menos cinco veces durante los primeros nueve meses de vida del niño, lo que ofrece un punto de contacto excelente en el que los trabajadores sanitarios, incluidas las voluntarias de salud de la comunidad, pueden promover buenos hábitos de higiene que mejoren la salud de los niños

y sus familias. La incorporación del cambio de los hábitos de higiene en el programa de inmunización rutinaria de Nepal supone una revolución en el modo en el que los sectores de higiene y de salud pública colaboran, con los consiguientes beneficios mutuos para la higiene y la inmunización. Con el apoyo técnico y financiero de WaterAid, el Ministerio de Salud y Población ha convertido un programa piloto iniciado en cuatro distritos en un programa activo en los 77 distritos del país.



© UNICEF/UNI388378/Arcos

6.2

Las finanzas públicas inteligentes propician la inversión eficaz de los hogares y del sector privado

Como se describe en la sección 4.3, el costo de la higiene de manos puede compartirse con los hogares, que cubrirían una parte importante. **El gasto gubernamental en la promoción de la higiene de manos y la educación conexas cataliza y maximiza al mismo tiempo la inversión de los hogares.** Los gobiernos deben invertir igualmente en la higiene de manos en las escuelas y los establecimientos de salud, así como fijar normas claras para este tipo de entornos y regular la actividad empresarial a fin de velar por la higiene de manos. Es importante que los gobiernos garanticen que los sistemas de abastecimiento de agua proporcionan dicho recurso hídrico con la suficiente periodicidad y cantidad para facilitar el lavado de manos. **Los gobiernos deben buscar fórmulas para que el gasto público genere la máxima repercusión posible y estimule las inversiones de los hogares y del sector privado.**

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una oportunidad para destinar financiación de emergencia al lavado de manos. Al principio de la pandemia, por ejemplo, el Banco Mundial lanzó el Programa Estratégico de Preparación y Respuesta ante la COVID-19 con el fin de acelerar la financiación de la respuesta ante la pandemia. A fecha de marzo de 2021, de 99 proyectos aprobados, dos tercios incluían actividades de promoción de la higiene y el lavado de manos, tanto en el ámbito comunitario como en los establecimientos de salud. Por ejemplo, en la República Democrática Popular Lao, el plan de respuesta ante la COVID-19 incluía una inversión significativa en instalaciones para el lavado de manos en los establecimientos de salud (véase el recuadro 16).

Mobilización de fondos destinados a la lucha contra la COVID-19 para la higiene de manos en la República Democrática Popular Lao

RECUADRO 16

En la República Democrática Popular Lao, el Ministerio de Medio Ambiente ha recibido apoyo de la OMS para desarrollar un plan de respuesta ante la COVID-19. El Ministerio ha logrado movilizar más de 2 millones de USD del Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia y los donantes bilaterales. Estos recursos se usarán para, entre otras cosas, mejorar los servicios de WASH en más de 60 establecimientos de salud en seis provincias y en la capital, Vientián. Los fondos se han utilizado para instalar puntos para el lavado de manos en las entradas y las zonas públicas de 40 hospitales y 300 dispensadores automáticos de gel de manos en 50 hospitales, así como para dotar de depósitos y bombas de agua a hospitales escogidos en distritos en los que el agua escasea.

Además, la OMS está proporcionando asistencia para llevar a cabo evaluaciones de WASH en los establecimientos de salud y se está impartiendo formación para formadores. Se está llevando a cabo un mapeo de los asociados familiarizados con los servicios de WASH con el fin de capacitarlos para que presten apoyo a dichos servicios en los establecimientos de salud. También se ha organizado un taller para definir líneas de base, definir objetivos en materia de WASH en los establecimientos de salud y desarrollar una hoja de ruta para cumplir las metas nacionales y de los ODS en 2025 y 2030. Así pues, las inversiones realizadas en respuesta a la pandemia de COVID-19 tienen probabilidades de cosechar frutos a largo plazo.

Antes incluso de la pandemia, los gobiernos tenían acceso a financiación para la higiene de manos a través de préstamos de los bancos de desarrollo. El Banco Mundial ha incluido el lavado de manos en numerosos proyectos, como:

- En Viet Nam, el Banco Mundial apoya los esfuerzos del Gobierno de implantar “saneamiento en toda la comuna”, lo que incluye la adopción del lavado de manos. El proyecto ofrece incentivos basados en los resultados para mejorar la infraestructura y los hábitos de lavado de manos en los hogares, escuelas y establecimientos de salud; y ha difundido mensajes destinados a cambiar los hábitos y promover el lavado de manos a 1,3 millones de personas y casi 2.000 escuelas y establecimientos de salud. Dicha estructura programática basada en resultados supone que los fondos solo se desembolsan cuando se verifica de manera creíble la consecución del saneamiento en toda la comuna. En 2019, en una evaluación de mitad de período del programa, se constató un aumento de 33 puntos porcentuales en el lavado de manos con jabón en las comunas incluidas en el alcance del proyecto.
- En Nicaragua, el Banco Mundial brindó apoyo a un proyecto de abastecimiento de agua y saneamiento destinado a las zonas rurales del país. Además de financiar

la mejora de la infraestructura de agua y saneamiento, el proyecto ayudó al Gobierno a implantar programas piloto sociales para concienciar sobre la importancia del lavado de manos. Se prestó especial atención a las comunidades indígenas y afronicaraguenses y, con vistas a llegar al mayor número posible de destinatarios, se empleó la financiación del Banco Mundial para prestar apoyo a un conjunto de actividades de extensión innovadoras. Algunas de ellas consistieron en visitas domiciliarias llevadas a cabo por voluntarios que también impartían capacitación en materia de higiene, mientras que en otras se recurrió al teatro comunitario.

Los gobiernos pueden trabajar con asociados para apoyar las inversiones realizadas por los hogares. Por ejemplo, pueden concederse pequeños préstamos a los hogares que desean construir instalaciones para el lavado de manos (como tuberías y lavabos). Water.org, una ONG internacional que fomenta la prestación de microfinanciación en aras de los servicios de WASH, alienta a las entidades microfinancieras con las que trabaja a conceder préstamos para la construcción de instalaciones para el lavado de manos. Debido a que suele tratarse de importes muy pequeños, a menudo se combinan con préstamos para otras instalaciones de WASH, como letrinas o baños. Water.org facilita, además, préstamos a pequeñas em-

presas con el fin de ayudarlas a construir instalaciones para el lavado de manos para sus clientes, y valora la concesión de préstamos a proveedores de equipos para el lavado de manos que, a su vez, ofrezcan opciones de pago a plazos a sus clientes. Los fabricantes de equipos para el lavado de manos también pueden ofrecer financiación. Por ejemplo, LIXIL, fabricante del grifo SATO, estudia opciones de financiación para ayudar a sus clientes a adquirir los grifos (véase el recuadro 22).

El cambio de comportamiento motivado por la pandemia de COVID-19 representa una oportunidad para la introducción de nuevos participantes en los mercados de jabón locales. Las

entrevistas realizadas a través de una evaluación del impacto de la pandemia en materia de WASH en Ghana con el apoyo de USAID revelaron que el aumento de la demanda de jabón ha atraído a numerosos nuevos participantes al mercado, principalmente pequeñas y medianas empresas convencidas de que los nuevos hábitos de lavado de manos perdurarán, creando así una oportunidad viable de negocio a largo plazo⁷⁴. Los gobiernos pueden facilitar la introducción de estos participantes en el mercado con políticas cuidadosas de tributación de los productos de higiene de manos y un entorno regulatorio propicio para las pequeñas empresas.



© NICEF/UN0353272

6.3

La capacidad a todos los niveles impulsa el progreso y mantiene los servicios

La capacidad es fundamental para garantizar el éxito de las iniciativas de higiene de manos. Existen importantes carencias de capacidad a la hora de promover la higiene de manos y lograr una aceptación duradera, lo cual provoca que muchas partes interesadas la consideren un terreno incierto. Las investigaciones realizadas para determinar qué métodos funcionan en diversos entornos han propiciado la aparición de innovaciones decisivas en materia de higiene de manos a lo largo de los decenios. Estas investigaciones

son de carácter continuo, de modo que tanto a los gobiernos como al resto de partes les resulta difícil seguir de cerca la evolución de los datos disponibles a la hora de garantizar la debida aplicación de las innovaciones. En muchos casos, es preciso que los países inviertan en el desarrollo de conjuntos de habilidades totalmente nuevas, como las necesarias para crear un entorno normativo propicio, promover la higiene de manos, estimular la participación del sector privado y dictar y hacer cumplir las políticas.

Se debe crear capacidad a todos los niveles y en todos los entornos, tanto a escala nacional y local como dentro de los gobiernos, en el sector privado y en la sociedad en su conjunto. **Los gobiernos deben evaluar la capacidad actual de la que disponen en lo que respecta a sus políticas y estrategias en materia de higiene de manos, así como determinar cuáles son las deficiencias y desarrollar estrategias de creación de capacidad basadas en la aplicación rigurosa de las mejores prácticas.**

El Consejo Ministerial Africano sobre el Agua ha encabezado una iniciativa regional para la creación de capacidades gubernamentales con el fin de formular políticas de saneamiento. El Consejo Ministerial Africano sobre el Agua elaboró las Directrices Normativas sobre Saneamiento de África con el fin de orientar a los gobiernos africanos en cuanto al examen, la revisión y el desarrollo de políticas de saneamiento y de sus estrategias de ejecución asociadas (véase el recuadro 17).

Las Directrices Normativas sobre Saneamiento de África brindan apoyo a los gobiernos para incluir la higiene de manos en sus políticas de saneamiento

RECUADRO 17

Publicadas en 2020 por el Consejo Ministerial Africano sobre el Agua, las Directrices Normativas sobre Saneamiento de África proporcionan información general y recomendaciones sobre el proceso de desarrollo de políticas de saneamiento, así como propuestas sobre su contenido. La higiene ocupa un lugar destacado en las directrices, y en ellas se exhorta a los gobiernos a incluirla en las políticas de saneamiento y a que velen por la provisión de instalaciones de higiene y la mejora de los hábitos de higiene.

Las directrices ofrecen recomendaciones para la redacción de políticas, como:

- Especificar el nivel de servicio mínimo para el lavado de manos; en particular, que una instalación básica de lavado de manos cumpla unas normas mínimas que incluyen la disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos *in situ* con agua y jabón en todos los entornos, pero sobre todo en retretes compartidos y públicos como los que se encuentran en establecimientos de salud, escuelas, campamentos de refu-

giados y desplazados internos, otras entidades públicas y privadas, y entornos comerciales.

- Especificar mecanismos para promover el lavado de manos con jabón, incluida la realización de investigaciones formativas para fundamentar las estrategias y los planes de ejecución.
- Velar por una asignación clara de responsabilidades en cuanto a las actividades de cambio de los hábitos de higiene, como la coordinación entre todos los agentes y el establecimiento de alianzas con otros ministerios, como los de salud y educación, en lo que se refiere a la higiene en establecimientos de salud y escuelas.

Las directrices proporcionan una serie de ejemplos de declaraciones normativas relacionadas con la higiene de manos que los gobiernos pueden utilizar, con las adaptaciones pertinentes para reflejar el contexto local según proceda, para redactar sus propias políticas.



En algunas iniciativas de creación de capacidades se han establecido alianzas de hermanamiento, como la existente entre **Timor-Leste** y **Macao** (véase el recuadro 18).

En Timor-Leste, una alianza de hermanamiento con Macao tenía como fin introducir mejoras en los establecimientos de salud

RECUADRO 18

La iniciativa Twinning Partnerships for Improvement (Alianzas de hermanamiento con fines de mejora) de la OMS estableció una alianza entre organismos gubernamentales de Timor-Leste y Macao. Empleando el Marco de autoevaluación de la higiene de las manos de la OMS, el Marco de evaluación de prevención y control de infecciones y las evaluaciones de WASH, los asociados de Timor-Leste recibieron apoyo para emprender una evaluación detallada de las necesidades que identificó las principales esferas susceptibles de mejora en materia de PCI y WASH. Se trataron cuatro ámbitos, a saber: la capacitación, la infraestructura, el establecimiento de equipos de PCI y calidad, y la mejora de la higiene de manos. Se adoptaron compromisos en el plano nacional que incluyeron al Ministerio de Salud. Se crearon materiales promocionales de la higiene de manos y se tradujeron a los idiomas locales. También se implantó un programa de capacitación y se publicó un vídeo, y se promovió la realización de auditorías de la higiene de manos. La recopilación

de datos cualitativos y cuantitativos resultante de las auditorías dedicó especial atención a las cuestiones sistémicas para comprender los retos y los impedimentos. Un objetivo importante de la alianza fue la capacitación de los profesionales sanitarios en los "componentes básicos" de PCI de la OMS. Una campaña de promoción de la higiene de manos que llegó a 9 de los 13 municipios de Timor-Leste ofreció la oportunidad de crear una base de conocimientos y practicar las habilidades propias de la higiene de manos.

Se lograron mejoras considerables en todas las esferas, como el cambio del sistema, la capacitación y la educación, el monitoreo y la retroalimentación, las comunicaciones y los recordatorios, y la cultura de la seguridad. Sin embargo, los servicios y la infraestructura de WASH constituyeron una limitación. Por ejemplo, se informó de que el abastecimiento de agua en una cuarta parte de las instalaciones era irregular.

También se necesita capacidad para mejorar la higiene de manos en los lugares de trabajo, lo que implica ampliar el conocimiento y la competencia de los empleadores. Varios organis-

mos y alianzas han formulado orientaciones, como WASH4Work, el Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible y la OIT (véase el recuadro 19).



La Organización Internacional del Trabajo ofrece orientación para fomentar la higiene de manos en los lugares de trabajo

RECUADRO 19

En agosto de 2020, la OIT publicó una reseña de políticas en la que se señala que la higiene de manos en el lugar de trabajo es una medida básica de salud y seguridad ocupacionales para la prevención y el control de la COVID-19. En la reseña se destaca que los trabajadores pueden pasar la mayor parte de las horas del día en el trabajo, lo que los expone no solo a resultar infectados por el contacto con otros trabajadores, sino también con los clientes. La OIT recalcó la necesidad de lavarse las manos en el trabajo y citó la *Declaración del Centenario de la OIT para el Futuro del Trabajo*, adoptada en 2019 por la Conferencia Internacional del Trabajo, en la que se subraya que las condiciones de trabajo seguras y saludables son fundamentales para el trabajo decente. En la reseña se afirma que "resulta esencial promover un lavado de manos frecuente y minucioso, incluso proporcionando a los trabajadores, los clientes y los visitantes del lugar de trabajo lugares para lavarse las manos".

En la reseña de políticas se urge a los empleadores a:

- Promover un lavado de manos frecuente y minucioso, incluso proporcionando a los trabajadores, los clientes y los visitantes del lugar de trabajo lugares para lavarse las manos.
- Fomentar el protocolo respiratorio, que incluye cubrir la tos y los estornudos.

- Disuadir a los trabajadores de utilizar los teléfonos, escritorios, oficinas u otras herramientas y equipos de trabajo de otros trabajadores, en la medida de lo posible.
- Aplicar protocolos periódicos de mantenimiento, lo que conlleva establecer rutinas de limpieza y desinfección de las superficies, los equipos y otros elementos del entorno de trabajo.
- Promover una cultura de limpieza y desinfección regular de las superficies de los escritorios y lugares de trabajo, los tiradores de las puertas, los teléfonos, los teclados y las herramientas de trabajo y desinfectar regularmente las áreas comunes, como las instalaciones sanitarias y los ascensores.

En la reseña se describen los elementos necesarios para facilitar el lavado de manos en el lugar de trabajo, como lavabos, agua corriente, jabón y toallas o secadores. También se incluye una guía ilustrada sobre la forma correcta de lavarse las manos, la cual se puede emplear en los lugares de trabajo. En ella se explican en qué momentos es más importante que los trabajadores se laven las manos y dónde deben estar ubicados los lavabos.

Numerosas entidades que proporcionan apoyo para la creación de capacidades lo hacen mediante recursos habilitados en línea. Durante la pandemia de COVID-19, la creación y el uso de contenido en línea ha experimentado un crecimiento considerable. Algunos ejemplos son:

- **El COVID-19 Hygiene Hub:** Este servicio gratuito en línea, creado en abril de 2020, ayuda a los usuarios de países de ingreso bajo y mediano a compartir, diseñar y adaptar rápidamente intervenciones en materia de higiene con base empírica para combatir la COVID-19. El Hygiene Hub, que cuenta con financiación del Gobierno del Reino Unido y la Fundación Bill y Melinda Gates, reúne a gobiernos, organismos internacionales, ONG e investigadores en materia de salud pública, cambio de comportamiento y ciencia de la aplicación. La plataforma permite acceder a un conjunto de recursos con capacidad de búsqueda

que resume las pruebas empíricas y las directrices actuales, crea un medio para compartir aquello que funciona y, en el momento álgido de la pandemia, conectó a instituciones y organizaciones con asesores técnicos que podían responder a sus preguntas y ofrecer asesoramiento detallado en tiempo real. En junio de 2021, el sitio web del Hygiene Hub había recibido más de 130.000 visitas⁷⁵.

- **Cursos en línea de la OMS:** Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, el uso de los recursos abiertos de la OMS ha crecido exponencialmente, y los cursos sobre higiene de manos y PCI se han mantenido de forma sistemática entre los diez cursos más visitados. En el primer trimestre de 2021, el curso de la OMS sobre higiene de manos en entornos sanitarios registró más de 13.000 inscripciones en todos los idiomas.

- Acelerador Mundial de la Higiene de Manos del Banco Mundial:** Esta plataforma, que fue lanzada con motivo del Día Mundial del Lavado de Manos de 2020, se diseñó para subsanar las carencias existentes y reunir los conocimientos, recursos y herramientas necesarios para mejorar las intervenciones en materia de higiene de los proyectos que reciben apoyo del Banco Mundial. A través de recursos disponibles en línea para el personal y los clientes gubernamentales, la plataforma conectó a los equipos de tareas con expertos para brindarles servicios de asistencia técnica y asesoramiento sobre higiene de manos y cambio de hábitos, compartió y difundió nuevas directrices sobre la higiene de manos, y convocó a asociados externos al Banco Mundial para que ofrecieran sus perspectivas acerca de las mejoras prácticas⁷⁶.
- Módulos de capacitación y cursos en línea masivos y abiertos de WaterAid:** En asociación con la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, WaterAid ha creado un paquete y unos módulos de capacitación en el desarrollo de capacidades en materia de higiene que tienen por objetivo aplicar un enfoque de “diseño centrado en el comportamiento” en los programas de cambio de los hábitos de higiene. Entre ellos se incluye una serie de seminarios web mundiales y un curso en línea masivo y abierto de seis semanas como complemento de la capacitación técnica presencial impartida en 21 países que han llegado a cientos de funcionarios gubernamentales. Durante la pandemia de COVID-19, las campañas de higiene creadas por personal capacitado por medio de estas intervenciones se utilizaron para incluir comportamientos que prevenían la COVID-19 y se ejecutaron rápidamente a escala nacional y regional.

6.4

Los datos fiables mejoran la toma de decisiones y la rendición de cuentas

A pesar de que durante los últimos años se han producido mejoras importantísimas en cuanto a la disponibilidad de datos sobre higiene de manos, especialmente en lo que se refiere a los hogares, actualmente sigue habiendo carencias. Por ejemplo, hay determinados aspectos relacionados con la higiene de manos en los establecimientos de salud que no están siendo objeto de monitoreos exhaustivos y los datos sobre la disponibilidad y asequibilidad del jabón son escasos.

Esta falta de datos sobre la higiene de manos dificulta el monitoreo del progreso y supone un obstáculo para que los gobiernos tomen decisiones sobre políticas, programación e

inversiones. **Los gobiernos deben atender la necesidad de contar con datos sólidos sobre higiene de manos para poder adoptar decisiones fundamentadas y realizar inversiones estratégicas.** Existen numerosas iniciativas destinadas a ampliar y mejorar los datos de los que disponen los responsables de tomar decisiones. La OMS y UNICEF, colaborando a través del Programa Conjunto de Monitoreo y el Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable, trabajan con los gobiernos para mejorar la recopilación y el análisis de los datos. Los datos del Programa Conjunto de Monitoreo y el Análisis y Evaluación Mundiales del Saneamiento y el Agua Potable se actualizan regularmente y pueden consultarse en

línea. La OMS mantiene y actualiza periódicamente un portal en línea con herramientas para recopilar datos sobre la higiene de manos en el sector de la salud⁷⁷. Gracias a la orientación facilitada por el Programa Conjunto de Monitoreo, las encuestas de hogares incluyen con cada vez más frecuencia una sección normalizada sobre el lavado de manos que implica la observación directa de las instalaciones para el lavado de manos⁷⁸. Para ello, los encargados de las encuestas solicitan ver el lugar donde los miembros de la familia se lavan las manos normalmente y registran, por un lado, el tipo de instalación empleada y, por otro, si dicha instala-

ción disponía o no de agua y jabón en el momento en que se realizó la encuesta.

Además de los datos de las encuestas, hay ejemplos de innovación en la recopilación de datos, como los datos resultantes de iniciativas de colaboración masiva sobre la higiene de manos en los espacios públicos de Indonesia (véase el recuadro 20) y los datos recopilados en encuestas realizadas por medio de mensajes de texto (SMS) para evaluar los efectos de la pandemia sobre el acceso a los servicios de WASH —incluida la disponibilidad de jabón— en África (véase el recuadro 21).

Monitoreo del comportamiento en materia de higiene de manos en los espacios públicos en Indonesia a través de los teléfonos móviles

RECUADRO 20

El sistema de monitoreo de la COVID-19 de Indonesia, desarrollado por el Gobierno con el apoyo de UNICEF, rastreó el cumplimiento del mandato nacional 3M de usar mascarillas, mantener el distanciamiento social y practicar la higiene de manos en las escuelas, los centros comerciales, las mezquitas y las estaciones de transporte. El sistema, que cuenta con un alcance notable y contó inicialmente con la dirección de la Presidencia, se benefició de la participación del ejército, las OSC y personajes famosos, y fue administrado por voluntarios que recibieron capacitación mediante WhatsApp y usaron teléfonos inteligentes para recopilar datos. Los voluntarios fueron recompensados con saldo para sus teléfonos móviles en lugar de con pagos en efectivo. El sistema proporcionó una fuente de datos fidedignos basados en una observación estructurada en lugar de en métodos de autoevaluación, que son menos precisos. El uso de los teléfonos móviles para recopilar datos fue especialmente adecuado para ampliar el sistema a un país con una gran superficie compuesta por 17.000 islas dispersas geográficamente. El monitoreo se anunció como parte de un movimiento social en el que los ciudadanos se protegían los unos a los otros adoptando hábitos saludables. Su propósito era que el proceso de monitoreo se convirtiera en un ejercicio en aras del

cambio de las normas sociales; el monitoreo liderado por la ciudadanía generaría una presión social en favor de la práctica de la higiene de manos en los espacios públicos. Tanto fue así que se observó que la presencia de las personas encargadas del monitoreo duplicaba la frecuencia del lavado de manos.

En noviembre de 2020, más de 13.000 observaciones de los puntos para el lavado de manos en mercados, escuelas, estaciones, espacios de culto y el transporte público revelaron que el lavado de manos con jabón o un producto desinfectante era el hábito menos practicado de las 3M, pese a ser el que ofrece mayores beneficios de los tres. En general, solo una cuarta parte de las personas observadas practicó la higiene de manos, cifra que descendía considerablemente en determinados entornos. Una higiene de manos deficiente puede deberse a la dificultad para encontrar instalaciones para el lavado de manos: la mitad de los espacios públicos observados no contaban con un punto funcional a tal efecto dotado de agua y jabón o desinfectante de manos. La reducida línea de base revelada por el monitoreo subrayó la necesidad de disponer de unos servicios de higiene capaces de seguir el ritmo de las estrategias de crecimiento económico del país.

La realización de encuestas por SMS para recopilar información sobre el acceso al jabón y el lavado de manos en África

RECUADRO 21

USAID trabajó con un equipo de evaluación para analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a servicios de WASH en seis países de África⁷⁹. El equipo contrató a GeoPoll, una empresa especializada en estudios realizados mediante dispositivos móviles, para llevar a cabo encuestas por SMS a un mínimo de 500 personas por país. Las encuestas por SMS son un modo extraordinariamente eficaz de recopilar información sobre los consumidores. GeoPoll tuvo acceso a bases de datos de abonados móviles compuestas por millones de personas en cada uno de los países, y mediante sus encuestas por SMS se obtuvieron respuestas de una muestra con una distribución geográfica y etaria representativa de la población general de cada país. La encuesta fue diseñada por el equipo de evaluación e incluía secciones sobre empleo y migración, abastecimiento de agua, saneamiento y lavado de manos. Esta podía ser leída y respondida sin dificultad mediante un teléfono básico (sin necesidad de usar un teléfono inteligente) y se distribuyó en los numerosos idiomas propios de cada país. La encuesta constaba de 33 preguntas, con opciones de omisión merced a las cuales cada encuestado llegaba a ver normalmente entre 20 y 25 preguntas. Se incentivó a los encuestados con una modesta oferta de reposición de saldo. El porcentaje de encuestas completadas varió entre el 19% de Rwanda y el 55% del Senegal.

El equipo reconoció que era probable que los encuestados constituyeran una muestra ligeramente sesgada, dado que para rellenar la encuesta era necesario disponer de un teléfono móvil cargado y cierta pericia técnica. También se estima que la

posesión de teléfonos móviles es un 10% menor entre las mujeres que entre los hombres en países de ingreso bajo y mediano. No obstante, se consideró que estos sesgos eran lo bastante reducidos como para considerar que las encuestas por SMS son sumamente útiles, vista la relativa facilidad con la que se ponen en práctica.

La encuesta reveló que en dos de los países (Kenya y Rwanda), un porcentaje mucho mayor de los encuestados afirmó que el acceso al jabón era relativamente más difícil como consecuencia de la COVID-19, mientras que en los otros cuatro países el acceso al jabón era relativamente más fácil o se mantenía constante. Es probable que estas diferencias estén vinculadas a las perturbaciones relativamente mayores en materia de ingresos indicadas por los ciudadanos de Kenya y Rwanda, ya que los datos recopilados durante la evaluación no mostraron ninguna tendencia al alza en el precio del jabón. El equipo de evaluación constató, asimismo, que el lavado de manos era extremadamente frecuente en el período inmediatamente posterior al inicio de la pandemia. De las 3.000 personas que respondieron a la encuesta por SMS, el 84% afirmó que sus vecinos y amigos se lavaban las manos con jabón con mayor asiduidad debido a la pandemia. Partiendo de este dato, el equipo de evaluación señaló con cauto optimismo que la pandemia puede haber motivado un cambio en las normas sociales con respecto al lavado de manos en estos países. Los datos complementarios provenientes de los proveedores de jabón indicaban que no se esperaba una escasez significativa de suministros para la higiene de manos en los seis países.



© UNICEF/UNI343278/

6.5

La innovación propicia enfoques más adecuados y responde a los nuevos desafíos

Tanto los gobiernos como los organismos de apoyo tienen el deber de fomentar la innovación, especialmente en el sector privado, con el objetivo de poner en práctica la higiene de manos para todos con independencia del entorno. Se necesitan ideas nuevas para superar las dificultades existentes, tales como la falta de abastecimiento del agua, la desigualdad de acceso al jabón y los problemas relacionados con la asequibilidad.

Algunas empresas emergentes, con la ayuda de la iniciativa del acelerador en materia de higiene de manos de la Universidad Duke y UNICEF, trabajan para ampliar el acceso al lavado de manos con jabón en diferentes contextos y para las poblaciones desatendidas. Por ejemplo:

- **Eco-Soap Bank** recupera y recicla restos de jabón que los fabricantes comerciales consideran inutilizables y los convierte en pastillas nuevas que pueden comercializarse a un precio inferior al de las otras marcas de jabón. Durante la pandemia de COVID-19, se distribuyeron 15,4 millones de pastillas de jabón entre ONG, escuelas y establecimientos de salud de África y Asia⁸⁰.
- **Tanzania young eco protection** es una organización juvenil que ha creado un punto de lavado de manos para las escuelas asequible y fácil de mantener que se acciona mediante un pedal. Su ambición es comercializarlo a gran escala entre las escuelas aplicando un modelo de pago a plazos.
- **Kidame Mart** no solo es la mayor red de distribución de último kilómetro de Etiopía, sino que también empodera a 3.000 emprendedoras para distribuir sus productos a más de 1,5 millones de clientes en todo el espacio rural del país. Las mujeres del ámbito rural reciben capacitación como representantes de ventas de Kidame Mart y trabajan como microempendedoras para facilitar el acceso a una amplia gama de bienes de consumo de calidad fabricados en masa, como el jabón.

- **Wow Mom** instala cambiadores de pañales innovadores diseñados localmente en los retretes públicos de los centros urbanos de Kenya y, además, ofrece capacitación en higiene para cuidadores y niños pequeños.

La pandemia de COVID-19 ha subrayado la urgente necesidad de contar con instalaciones

para la higiene de manos asequibles y que economicen el agua que no necesiten una conexión directa a un punto de abastecimiento. El grifo SATO y el HappyTap son ejemplos de innovaciones concebidas para superar estas dificultades (véanse los recuadros 22 y 23).



© UNICEF/UN0281081/Vishwanathan

Aprovechar una alianza preexistente para introducir innovaciones en el lavado de manos: El grifo SATO

RECUADRO 22

La empresa japonesa LIXIL ya tenía experiencia en el diseño y la comercialización de productos de aseo asequibles con la marca SATO a través de la alianza "Make a Splash", formada por LIXIL y UNICEF. LIXIL aprovechó esta circunstancia para priorizar el desarrollo de productos para la higiene de manos. Recabó comentarios de los usuarios acerca de las tecnologías de lavado de manos existentes y desarrolló prototipos de productos, al tiempo que UNICEF aportaba información acerca del modo de llegar a las personas más vulnerables y transmitía las observaciones de los asociados del sector. El resultado grifo SATO es una instalación doméstica para el lavado de manos compuesta por una base de plástico con una boquilla a la que pueden acoplarse botellas de plástico de distintos tamaños de uso habitual para proporcionar un caudal de agua continuo aunque limitado. Incorpora un jabonero y se ha diseñado para que pueda ser utilizado sin dificultad por cualquier persona y con el objetivo de reducir el contacto al mínimo. UNICEF y LIXIL llevaron a cabo pruebas rápidas del grifo SATO con la colaboración de hogares y empresas fabricantes de equipos de Bangladesh, Etiopía, la India, Kenya y la República Unida de Tanzania. Se determinó que este grifo era mejor que las soluciones ya existentes al alcance de los hogares, y la mayoría de los participantes en las pruebas se mostraron reticentes a prescindir de él cuando se les propuso la opción de una recompra por encima del precio de venta al público. En

respuesta a los comentarios de los usuarios, se incrementó ligeramente el caudal de agua, tras lo cual LIXIL comenzó a distribuir los grifos. Hasta el momento, se han producido y distribuido 500.000 grifos, más de la mitad de los cuales han llegado a los hogares a través de alianzas con los programas de UNICEF en los países. LIXIL planea conseguir que el suministro del grifo SATO sea sostenible a largo plazo mediante su venta en colaboración con empresas y organizaciones locales, que se espera que lo ofrezcan a un precio de entre 3 USD y 6 USD⁸¹.



Fuente: LIXIL

HappyTap, una empresa social que responde a la necesidad de contar con instalaciones portátiles para el lavado de manos

RECUADRO 23

HappyTap es una empresa social cuya misión es promover una “nueva normalidad” en materia de higiene en la cual sea posible lavarse las manos siempre que haga falta. Con el apoyo de asociados para el desarrollo y fondos de capitales de riesgo, HappyTap empleó un método de diseño iterativo centrado en las personas para crear una instalación para el lavado de manos portátil que pudiera disponerse con facilidad en los lugares donde fuera conveniente. La unidad consta de un depósito de agua, un grifo y un pequeño sumidero, y presenta un diseño atractivo que sirve como recordatorio físico para incentivar su uso. En los primeros estudios de mercado llevados a cabo en zonas rurales de Viet Nam, se determinó que los hogares estarían dispuestos a pagar por un punto de lavado de manos de este tipo si fuera atractivo y práctico.

Durante los primeros tres años de venta comercial, se comercializaron más de 10.000 HappyTaps a su precio de mercado íntegro. Un estudio de 2019 concluyó que contar con un HappyTap en el hogar en Viet Nam aumentaba las probabilidades de que los usuarios se lavaran las manos correctamente en los momentos cruciales en comparación con otras instalaciones para el lavado de manos, y que los niños eran los principales usuarios. Se amplió la

producción y la actividad comercial se extendió de Viet Nam a Camboya y a Bangladesh.

En respuesta a la COVID-19, se ha recurrido a los HappyTaps para equipar con rapidez a los establecimientos de salud y facilitar la reapertura de las escuelas. En la actualidad, los HappyTaps se distribuyen en todo el mundo a través de una red de asociados y el volumen de producción ha aumentado considerablemente. La empresa amplió su presencia a la India en 2020, y se expandió a los Estados Unidos de América, Indonesia y Kenya en 2021.



HappyTap

© UNICEF/UNI395263/Raab

En algunos casos, las ONG fomentan la innovación para eliminar los obstáculos que encuentran las personas marginadas y vulnerables. Por ejemplo, WaterAid ha apoyado la

creación de instalaciones accesibles para el lavado de manos en la República Unida de Tanzania y en Zambia (véase el recuadro 24).

El diseño inclusivo permite que las personas con discapacidad puedan acceder al lavado de manos en la República Unida de Tanzania y en Zambia

RECUADRO 24

En la República Unida de Tanzania y en Zambia, WaterAid ha promovido la creación de instalaciones para el lavado de manos adaptadas a las necesidades de las personas con discapacidad. Las instalaciones, diseñadas en la República Unida de Tanzania en colaboración con la Universidad de Dar es Salaam, incluyen grifos que se accionan sin necesidad de usar las manos y se encuentran situados a varias alturas apropiadas para personas con distintas capacidades, incluidas las que utilizan silla de ruedas. Se han ubicado en estaciones de autobuses, mercados y establecimientos de salud en respuesta a la pandemia de COVID-19. En Zambia, WaterAid creó puntos móviles para el lavado de manos con rampas y palancas que pueden accionarse con la rodilla, los pies o las manos en función

de las necesidades del usuario. Se trata de puntos fáciles de mantener y para los que pueden adquirirse recambios en la mayoría de las ferreterías. Las organizaciones locales se encargan de administrar estas instalaciones y reciben capacitación sobre su funcionamiento y mantenimiento, así como en lo relativo a su presupuestación y financiación para asegurar su sostenibilidad.



Instalaciones para el lavado de manos para personas con discapacidad

© Respuesta de WaterAid en materia de higiene ante la COVID-19, WaterAid/Zambia, 2020/21



© UNICEF/UNI38112

6.6

De cara al futuro: Una senda hasta 2030

La higiene de manos constituye una intervención asequible y de gran repercusión con la que los gobiernos pueden proteger a sus ciudadanos. **Los gobiernos tienen la evidente obligación de dictar políticas acerca de una medida de salud pública tan sumamente valiosa, así como de regular e imponer su adopción, particularmente en instituciones como las escuelas y los establecimientos de salud, en los espacios públicos y en los lugares de trabajo.** También pueden aprovechar las directrices y normas mundiales existentes (como los recursos sobre el lavado de manos del COVID-19 Hygiene Hub, los requisitos mínimos para los programas de PCI⁸² de la OMS y las

directrices sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria) y las alianzas activas que trabajan para fomentar la higiene de manos, como la iniciativa Higiene de manos para todos y la Alianza Global para promover el Lavado de Manos. Pueden contar, asimismo, con el apoyo de la campaña mundial de la OMS sobre la higiene de manos *Salve vidas: límpiense las manos*⁸³ y otros proyectos creados para mejorar la higiene de manos en los establecimientos de salud.

En algunos países se ha llegado a la conclusión de que el desarrollo de hojas de ruta para la higiene de manos es de utilidad⁸⁴. Hasta la fecha,

más de 40 países han preparado hojas de ruta para la higiene de manos con el apoyo de asociados para el desarrollo. Dichos documentos pueden ayudar a los países a descubrir lagunas en su gobernanza, financiación, monitoreo y capacidad. También ayudan a los gobiernos a identificar objetivos estratégicos y oportunidades de inversión con vistas a mejorar la higiene de manos y guiar sus acciones aglutinando a las partes interesadas de distintos sectores y las inversiones en torno a una visión y un rumbo de acción comunes desarrollados de forma conjunta. A su vez, las hojas de ruta pueden ser independientes o ser parte de otras estrategias nacionales. Para desarrollar y presupuestar una hoja de ruta, es preciso que haya comunicación y coordinación entre ministerios, departamentos y organismos, un elemento esencial debido a la naturaleza transversal de la higiene de manos. Requiere, asimismo, asignar autoridad a un organismo principal y coordinar los esfuerzos del sector. Por todos estos motivos, una hoja de ruta puede ser un primer paso de gran importancia para el desarrollo de una política de higiene de manos eficaz y de unos presupuestos específicos para tal fin.

Los gobiernos deben participar en el estudio de formas nuevas, sostenibles y económicas de lograr que las inversiones de los hogares en

instalaciones y artículos fungibles para el lavado de manos (como el jabón) sean asequibles. Es igual de importante hallar nuevas formas de fomentar la higiene de manos en las escuelas y los establecimientos de salud para velar por la disponibilidad a largo plazo de jabón y gel hidroalcohólico para todos los usuarios. Hay que desarrollar formas innovadoras de trabajar con el sector privado, tanto con las empresas multinacionales como con los emprendedores locales.

Aunque aún quedan muchas preguntas por responder sobre la mejor manera de promover y apoyar la higiene de las manos, los ejemplos que han tenido éxito pueden servirnos de inspiración. Los gobiernos deben ser imaginativos, mostrarse creativos y trabajar con diversas partes interesadas, incluido el sector privado. Como se aprecia en los ejemplos que se presentan en este capítulo, los gobiernos pueden encontrar formas de forjar alianzas, utilizar los presupuestos operacionales de forma estratégica y fomentar la innovación. Pueden aprovechar este momento de oportunidades y urgencia para consolidar la higiene de manos como una práctica adoptada de forma generalizada que ofrece protección a todas las personas.

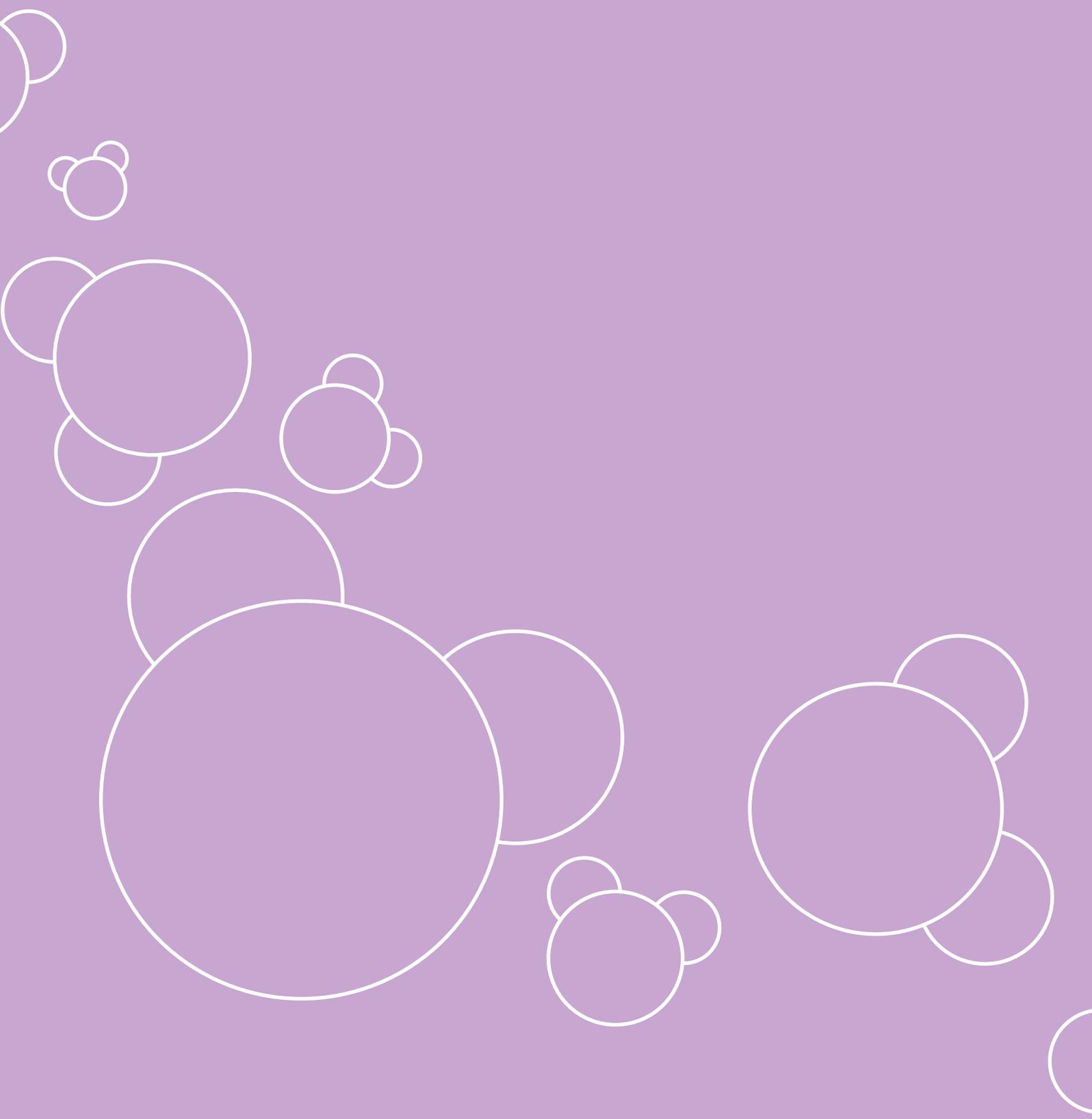


NOTAS FINALES

- ¹ Organización Mundial de la Salud, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, OMS, Ginebra, 2009.
- ² Organización Mundial de la Salud, "Reseña científica: Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones", OMS, Ginebra, 9 de julio de 2020.
- ³ Park, J. H. et al., "Perceptions and behaviors related to hand hygiene for the prevention of H1N1 influenza transmission among Korean university students during the peak pandemic period", *BMC Infect Dis*, 28 de julio de 2010; 10:222.
- ⁴ Dunn, P. M., "Perinatal lessons from the past: Ignac Semmelweis (1818-1865) of Budapest and the prevention of puerperal fever", *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 2005, 90: F345-FF348.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, OMS, Ginebra, 2009.
- ⁶ Pittet, D. et al., "Effectiveness of a Hospital-Wide Programme to Improve Compliance with Hand Hygiene", *The Lancet*, 2000, 14; 356(9238):1307-12. 2000.
- ⁷ Curtis, V. y S. Cairncross, "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review", *Lancet Infect Dis*, mayo de 2003, (5):275-81.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progresos en materia de agua potable, saneamiento e higiene: informe de actualización de 2017 y línea de base de los ODS*, OMS, Ginebra, 2017.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud, "Interim recommendations on obligatory hand hygiene against transmission of COVID-19", OMS, Ginebra, 2020.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, OMS, Ginebra, 2009.
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, OMS, Ginebra, 2009.
- ¹² White, S. et al., "The determinants of handwashing behaviour in domestic settings: An integrative systematic review", *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, volumen 227, 2020.
- ¹³ Biran, A. et al., "Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India (SuperAmma): a cluster-randomised trial", *Lancet Glob Health*, 2014, 2(3):e145-54.
- ¹⁴ Curtis, V. R. Auger y T. Rabie, "Evidence that disgust evolved to protect from risk of disease", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2004, 271 (suplemento 4).
- ¹⁵ Curtis, V., M. de Barra y R. Auger, "Disgust as an adaptive system for disease avoidance behaviour", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, enero de 2011, 366 (1563): 389-401.
- ¹⁶ Curtis, V., *Don't Look, Don't Touch, Don't Eat The Science Behind Revulsion*, Universidad de Chicago, 2013, pág. 184.
- ¹⁷ Grover, E. et al., "Comparing the behavioural impact of a nudge-based handwashing intervention to high-intensity hygiene education: a cluster-randomised trial in rural Bangladesh", *Trop Med Int Health*, 2018, 23: 10-25.
- ¹⁸ Dreifelbis, R. et al., "Behavior Change without Behavior Change Communication: Nudging Handwashing among Primary School Students in Bangladesh", *Int J Environ Res Public Health*, 2016;13(1):129.
- ¹⁹ Neal, D. et al., "The Science of Habit: Creating Disruptive and Sticky Behavior Change in Handwashing Behavior", *USAID/WASHplus Project*, Washington D.C., EE. UU., 2015.
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud, *Hand Hygiene for All Initiative: Improving access and behaviour in health care facilities*, OMS, Ginebra, 2020.
- ²¹ Allegranzi, B. et al., "Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study", *Lancet Infect Dis*, 2013; 13(10): 843-51.
- ²² Luangasanatip, N. et al., "Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis", *BMJ Glob Health*, 2015, 351: h3278.
- ²³ Vos, T. et al., "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet*, 2020, 396(10258), págs. 1204-1222.
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud, "WHO Pneumonia Fact Sheet", OMS, Ginebra, 2 de agosto de 2019.
- ²⁵ Prüss-Ustün, A. et al. "Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries", *Int J Hyg Environ Health*, 2019, 222: 765-777.
- ²⁶ Prüss-Ustün, A. et al. "Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries", *Int J Hyg Environ Health*, 2019, 222: 765-777.
- ²⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud y Grupo Banco Mundial, *Global database on child growth and malnutrition*. "Joint child malnutrition estimates – levels and trends", Ginebra, OMS, 2019.
- ²⁸ Dangour, A. D. et al., "Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, (8).

- ²⁹ Organización Mundial de la Salud, *Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions*, Ginebra, OMS, 2020.
- ³⁰ Luangasanatip, N. *et al.*, "Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: Systematic review and network meta-analysis", *BMJ (Clinical research ed.)*, 2015.
- ³¹ Bouzid, M., O. Cumming y P. R. Hunter, "What is the impact of water sanitation and hygiene in health-care facilities on care seeking behaviour and patient satisfaction? A systematic review of the evidence from low-income and middle-income countries", *BMJ global health*, 3(3), 2018.
- ³² Horton S., "Chapter 7: Cost-Effectiveness Analysis in Disease Control Priorities", *Prioridades para el control de enfermedades, tercera edición, volumen 9. Mejoramiento de la salud y reducción de la pobreza*, Washington, Banco Mundial, 2017: 147-56.
- ³³ OCDE, *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, 2018. La relación 1:15 USD se extrapola de la Sección 6.9, donde se afirma que la aplicación de una política de higiene de manos mejorada "genera ahorros en el gasto en salud que suponen, dependiendo del país, 15 veces los costos de su aplicación".
- ³⁴ Diageo, Gap, Unilever y WaterAid, "Strengthening the business case for water, sanitation and hygiene: how to measure value for your business", 2018.
- ³⁵ Borghi, J. *et al.*, "Is hygiene promotion cost-effective? A case study in Burkina Faso", *Trop Med Int Health*, noviembre de 2002;7(11):960-9.
- ³⁶ Black, R. *et al.*, *Prioridades para el control de enfermedades, tercera edición, volumen 2. "Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health"*, Washington, Banco Mundial, 2016: 319-334.
- ³⁷ Curtis V. A., L. O. Danquah y R. V. Aunger, "Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review", *Health Educ Res*, agosto de 2009, 24(4):655-73.
- ³⁸ White, S. *et al.*, "A Qualitative Study of Barriers to Accessing Water, Sanitation and Hygiene for Disabled People in Malawi", *PLoS One*, 2016, 11(5).
- ³⁹ Banco Mundial, "Reducing Inequalities in Water Supply, Sanitation, and Hygiene in the Era of the Sustainable Development Goals: Synthesis Report of the WASH Poverty Diagnostic Initiative", Washington, Banco Mundial, 2017.
- ⁴⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Preguntas principales sobre agua, saneamiento e higiene para uso en encuestas de hogares: Actualización de 2018*, Nueva York, 2018.
- ⁴¹ Kilpatrick, C. *et al.*, "Global hand hygiene improvement progress: two surveys using the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework", *Journal of Hospital Infection*, volumen 100 (2), 2018.
- ⁴² De Kraker, M. *et al.*, "Hand Hygiene Implementation Strongly Associated With Availability of Funds: Results From the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework Global Survey 2019". Presentación oral en la International Conference on Prevention and Infection Control, 14 al 17 de septiembre de 2021, Ginebra, Suiza.
- ⁴³ "Abstracts from the 6th international conference on prevention & infection control (ICPIC 2021)", <https://aricjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13756-021-00974-z.pdf>.
- ⁴⁴ Organización Mundial de la Salud, "Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010", OMS, Ginebra, 2010.
- ⁴⁵ Mathai, E. *et al.*, "Promoting hand hygiene in healthcare through national/subnational campaigns", *J Hosp Infect*, abril de 2011, 77(4):294-8.
- ⁴⁶ Grayson *et al.*, "Effects of the Australian National Hand Hygiene Initiative after 8 years on infection control practices, health-care worker education, and clinical outcomes: a longitudinal study", *Lancet Infect Dis*, 2018.
- ⁴⁷ Organización Mundial de la Salud, *Minimum requirements for infection prevention and control programmes*, OMS, Ginebra, 2019.
- ⁴⁸ Kilpatrick, C. *et al.*, "Global hand hygiene improvement progress: two surveys using the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework", *Journal of Hospital Infection*, volumen 100 (2), 2018.
- ⁴⁹ "Abstracts from the 6th international conference on prevention & infection control (ICPIC 2021)", <https://aricjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13756-021-00974-z.pdf>.
- ⁵⁰ Organización Mundial de la Salud, "Interim recommendations on obligatory hand hygiene against transmission of COVID-19", Ginebra, OMS, 2020.
- ⁵¹ Correspondencia por correo electrónico con Andrea Beatriz Lee-Llacer, Oficial de Programas de Salud II, División de Extensión y Ejecución de Programas, Departamento de Salud, Oficina de Promoción de la Salud, Gobierno de Filipinas, 25 de junio de 2021.
- ⁵² Business Fights Poverty, "Insight Report: A year on. A new blueprint for rapid collaboration?", National Business Compact on Coronavirus, 2021.
- ⁵³ Grupo de Trabajo del Monitoreo del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene, "Working paper: Mapping and gap analysis of tools designed to collect data on hand hygiene in public spaces", junio de 2021.
- ⁵⁴ Organización Internacional del Trabajo, "La higiene de las manos en el lugar de trabajo: una medida básica de salud y seguridad en el trabajo para la prevención y el control de la COVID-19", OIT, Ginebra, 2020.

- ⁵⁵ Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible, "WASH Pledge self-assessment tool for business", Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible, mayo de 2020.
- ⁵⁶ Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible, "WASH Pledge impact report: Maximizing the business contribution towards water, sanitation and hygiene", Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible, 2018.
- ⁵⁷ Tartari, E., *et al.*, "Implementation of the infection prevention and control core components at the national level: a global situational analysis", *J Hosp Infect*, febrero de 2021, 108:94-103.
- ⁵⁸ Ross, I., *et al.*, "Costs of hand hygiene for all in household settings - estimating the price tag for the 46 least developed countries", 2021.
- ⁵⁹ Pickering, A. J., *et al.*, "The WASH Benefits and SHINE trials: interpretation of WASH intervention effects on linear growth and diarrhoea", *Lancet Glob Heal*, 2019, 7: e1139-46.
- ⁶⁰ Organización Mundial de la Salud, *Global Health Expenditure Database*, OMS, Ginebra, 2021.
- ⁶¹ Curtis, V., L. O. Danquah y R. V. Aunger, "Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review", *Health Educ Res*, 2009;24(4):655-673.
- ⁶² Anjali Theagarajah, Unilever, comunicado personal, 6 de agosto de 2021.
- ⁶³ Organización Mundial de la Salud, *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*, OMS, Ginebra, 2009.
- ⁶⁴ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, "Ugandan healthcare facilities produce own alcohol-based hand rub during COVID-19", consultado el 5 de agosto de 2021, <https://www.cdc.gov/globalhealth/stories/2021/Ugandan-health-care-facilities-alcohol-based-hand-rub.html>.
- ⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, *Resource considerations for investing in hand hygiene improvement in health care facilities*, Ginebra, OMS, 2021.
- ⁶⁶ Organización Mundial de la Salud, *WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use*, 2019.
- ⁶⁷ Organización Mundial de la Salud, *WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use*, 2019.
- ⁶⁸ Departamento de Transporte de los Estados Unidos, "How States Achieve High Seat Belt Use Rates", 2008.
- ⁶⁹ History.com, "When New Seat Belt Laws Drew Fire as a Violation of Personal Freedom", consultado el 10 de agosto de 2020, <https://www.history.com/news/seat-belt-laws-resistance>.
- ⁷⁰ Johns Hopkins Centre for Communications Programs, "KAP COVID Trend Analysis for 23 Countries", consultado el 16 de septiembre de 2021, <https://ccp.jhu.edu/kap-covid-trend-analysis-for-23-countries/>.
- ⁷¹ Makhni, S., *et al.*, "Hand Hygiene Compliance Rate During the COVID-19 Pandemic", *JAMA Intern Med*, 26 de abril de 2021.
- ⁷² Informes regionales del personal de UNICEF (oficinas regionales de América Latina y el Caribe, África Central y Occidental, Oriente Medio y Norte de África, África Oriental y Meridional, Europa y Asia Central, Asia Meridional y Asia Oriental y el Pacífico), 2021.
- ⁷³ Huang, C. H. *et al.*, "A nudge toward hand hygiene: simple design features improved handwashing among Filipino students", *IDInsight*, 21 de mayo de 2020.
- ⁷⁴ USAID, "Assessing the Effects Of COVID-19 on Access to Water, Sanitation and Hygiene in USAID High Priority and Strategy-Aligned Countries", USAID, Washington D.C., 2020.
- ⁷⁵ Correspondencia por correo electrónico con Daniel Korbel, Director Superior del COVID-19 Hygiene Hub (20 de julio de 2021).
- ⁷⁶ Correspondencia por correo electrónico con Kamila Galeza, Especialista en Desarrollo Social del Grupo Banco Mundial (12 de mayo de 2021).
- ⁷⁷ Organización Mundial de la Salud, Portal Mundial de Prevención y Control de Infecciones (PCI), <https://ipccportal.who.int/?locale=es>.
- ⁷⁸ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Core Questions", consultado el 10 de agosto de 2021, <https://wash-data.org/monitoring/methods/core-questions>.
- ⁷⁹ USAID, "Assessing the Effects Of COVID-19 on Access to Water, Sanitation and Hygiene in USAID High Priority and Strategy-Aligned Countries", USAID, Washington D.C., 2020.
- ⁸⁰ Eco-Soap Bank, "Eco-Soap Bank's COVID-19 Impact", consultado el 16 de septiembre de 2021, <https://ecosoapbank.org/covid19>.
- ⁸¹ Correspondencia por correo electrónico con Jason Cardosi, Dirigente de Alianzas e Información de Mercado (SATO) en LIXIL (20 de junio de 2021).
- ⁸² Organización Mundial de la Salud, *Minimum requirements for infection prevention and control programmes*, OMS, Ginebra, 2019.
- ⁸³ Organización Mundial de la Salud, "SAVE LIVES - Clean Your Hands: Annual global campaign", consultado el 16 de septiembre de 2021, <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day>.
- ⁸⁴ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Hand Hygiene for All: Brief on Country Roadmaps", OMS, Ginebra, 2020.



unicef 
para cada niño

División de Programas/WASH
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY, 10017, EE. UU.
www.unicef.org/wash

ISBN: 978-92-806-5325-0