

Informe de situación mundial sobre WASH FIT: examen de un instrumento basado en los riesgos para mejorar el agua, el saneamiento, la higiene y la gestión de desechos en los establecimientos de salud



Organización
Mundial de la Salud

unicef 
para cada niño

Informe de situación mundial sobre
WASH FIT: examen de un instrumento
basado en los riesgos para mejorar el agua,
el saneamiento, la higiene y la gestión de
desechos en los establecimientos de salud



Organización
Mundial de la Salud

unicef 
para cada niño

Informe de situación mundial sobre WASH FIT: examen de un instrumento basado en los riesgos para mejorar el agua, el saneamiento, la higiene y la gestión de desechos en los establecimientos de salud [Implementation of the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT): global report]

ISBN (OMS) 978-92-4-011530-9 (versión electrónica)

ISBN (OMS) 978-92-4-011531-6 (versión impresa)

© **Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2025**

Este informe conjunto refleja las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS o el UNICEF refrendan una organización, productos o servicios específicos. Los nombres y logotipos de la OMS y el UNICEF no se pueden utilizar sin autorización. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La OMS y el UNICEF no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules/>).

Forma de cita propuesta. Informe de situación mundial sobre WASH FIT: examen de un instrumento basado en los riesgos para mejorar el agua, el saneamiento, la higiene y la gestión de desechos en los establecimientos de salud [Implementation of the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT): global report]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2025. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <https://iris.who.int/?locale-attribute=es&>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <https://www.who.int/publications/book-orders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Fotografías del UNICEF y la OMS. Las fotografías del UNICEF y la OMS están protegidas por derechos de autor y no deben reproducirse en ningún medio sin una autorización escrita previa. Pueden concederse permisos para un único uso en un contexto que refleje con exactitud la situación real y la identidad de todas las personas representadas. Las fotografías del UNICEF y la OMS no deben utilizarse en ningún contexto comercial; el contenido no puede ser alterado digitalmente para cambiar el significado o el contexto; y los materiales no pueden ser archivados por ninguna entidad ajena a la OMS y el UNICEF. Las solicitudes de autorización para reproducir las fotografías del UNICEF deben dirigirse a UNICEF, Division of Communication, 3 United Nations Plaza, New York 10017, Estados Unidos de América (dirección electrónica: nyhqdoc.permit@unicef.org). Las solicitudes de autorización para reproducir las fotografías de la OMS deben dirigirse a: <http://www.who.int/es/copyright>.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS o el UNICEF, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS o el UNICEF los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

Las cifras que figuran en el presente informe son estimaciones establecidas por el Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene (www.washdata.org) para garantizar su compatibilidad; por tanto, no son necesariamente las estadísticas oficiales del país, zona o territorio de que se trate, los cuales pueden utilizar métodos alternativos.

La OMS y el UNICEF han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS o el UNICEF podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

Diseño de Inis Communication

Índice

| | |
|--|-------------|
| Agradecimientos | vi |
| Abreviaciones | viii |
| 1 Resumen | 1 |
| 1.1 Alcance del documento | 1 |
| 1.2 Lista de estudios de casos | 1 |
| 2 Antecedentes | 5 |
| 2.1 Estrategia mundial sobre ASH, gestión de desechos y electricidad en los establecimientos de salud | 6 |
| 2.2 Un enfoque integral para mejorar los servicios de ASH, gestión de desechos y electricidad | 6 |
| 2.3 Sistemas de apoyo para fortalecer y mejorar los servicios de ASH y de gestión de desechos en los establecimientos de salud | 8 |
| 2.4 Antecedentes y uso de WASH FIT | 10 |
| 3 Metodología | 11 |
| 4 Constataciones | 13 |
| 4.1 Países y territorios que han implantado WASH FIT | 13 |
| 4.2 Formación | 14 |
| 4.3 Alcance de la implantación | 15 |
| 4.4 Los datos de WASH FIT influyen en la toma de decisiones y la asignación de recursos a nivel local y nacional | 20 |
| 4.5 Determinación de costos, presupuestación y financiación | 23 |
| 4.6 Integración con otros programas de salud | 25 |
| 4.7 Evaluación de los resultados y los beneficios percibidos de WASH FIT | 36 |
| 4.8 Principales desafíos para la implantación | 42 |
| 4.9 Limitaciones de datos | 43 |
| 5 Recomendaciones | 45 |
| Institucionalización | 45 |
| Formación profesional | 45 |
| Monitoreo | 46 |
| Participación de la comunidad | 46 |
| Financiación | 47 |
| Integración | 47 |
| Respuesta de emergencia | 47 |
| 6 Conclusión | 49 |
| Bibliografía | 50 |
| Anexo 1: Países que han realizado actividades de formación o de implantación de WASH FIT | 52 |
| Anexo 2: Cuestionario de la encuesta | 53 |
| Anexo 3: Bibliografía complementaria: Publicaciones sobre WASH FIT | 59 |

Agradecimientos

Entre los colaboradores técnicos del documento figuran Arabella Hayter, Maggie Montgomery, Nadia Abdalla (Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud, Organización Mundial de la Salud [OMS]; Ginebra, Suiza) y Lindsay Denny (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]; Nueva York, Estados Unidos de América). La supervisión estratégica estuvo a cargo de Bruce Gordon (Departamento de Medio Ambiente, Cambio Climático y Salud, OMS) y Ann Thomas (UNICEF).

Los autores agradecen las contribuciones de todos los colegas y asociados nacionales de la OMS y UNICEF que respondieron a la encuesta o aportaron estudios de casos. Entre ellos se encuentran: Itsnaeni Abbas (OMS Indonesia), Mohamed Abdelrahim Abdallah (OMS Sudán), Moussa Ag Hamma (Ministerio de Salud, Malí), Aweis Abdinur Ahmed (Ministerio de Energía y Recursos Hídricos, Somalia), Paul Agwanda (Ministerio de Salud, Kenya), Fatma Al Fahdi (Ministerio de Salud, Omán), Imad Almusawi (OMS Iraq), Raja Alsloom (Ministerio de Salud, Bahrein), Abdulaziz Mohd Al Qatabri (Corporación General de Electricidad y Agua de Qatar), Salam Al Ratrout (Ministerio de Salud, Autoridad Palestina), Nazier Alsalahbi (República Árabe Siria), Hassan Yousif Mohammed Al-Silwy (Asociación de Atención Familiar del Yemen), Bob Omoda Amodan (Ministerio de Salud, Uganda), Bodovoahangy Andriamaroson (UNICEF Madagascar), Charles Ashie (Christ Soldiers Foundation, Ghana), Elom Assigbley (OMS Togo), Alexis Baron (UNICEF Haití), Senad Begic (UNICEF Montenegro), Sandrine Benjimen (UNICEF Vanuatu), Farah Bin Essa (Ministerio de Salud, Kuwait), Prakash Bohara (Terre des hommes), Gertrude Nsambi Bokombo (Ministerio de Salud, República Democrática del Congo), Sory Bouare (OMS Malí), John Brogan (Helvetas), Hugues Burrows (UNICEF Malawi), Alice Chabi Guiya (Helvetas), Cinthia Costa (WaterAid), E. Jefferson Dahnlo (Instituto Nacional de Salud Pública, Liberia), Indah Deviyanti (OMS Indonesia), Nontokozo Dlamini (UNICEF Eswatini), Rana El Hage (UNICEF Líbano), Kebede Eticha (UNICEF

Nueva York), Ida Ferdinandi (UNICEF Montenegro), Rawnag Gabor (OMS Siria), Mitra Gholami (Universidad de Ciencias Médicas de la República Islámica del Irán), Alex Grumbley (SNV), Innocent Habimana (OMS Rwanda), Innocent Hamuganyu (Ministerio de Salud, Zambia), Hussein Halaweh (PWA Qatar), Benqlilou Hanane (Onee), Falouda Hanan (Ministerio de Salud, Arabia Saudita), Charbel Hanna (UNICEF Líbano), Mitsuaki Hirai (UNICEF Zimbabwe), May Jurdi (Universidad Americana de Beirut), Ahammadul Kabir (OMS Bangladesh), Tizita Kefyalew Tefera Fanta (Concern World Wide), Nansira Keita (Ministerio de Salud, Guinea), San Khine (OMS Myanmar), Stella Marie Kombul (WaterAid), Ramesh Kumar (Academia de Servicios de Salud, Pakistán), Nomsa Dlamini Kunene (Ministerio de Salud, Eswatini), Halima Laoual (UNICEF Burkina Faso), Shaima Fried Lazim (Ministerio de Salud, Iraq), Abdou Aziz Linjouom (Soldis), Oyuntogos Lkhasuren (OMS República Democrática Popular Lao), Robert Lominsuk (UNICEF Sudán del Sur), Bonifacio Magtibay (OMS Filipinas), Ibrahim Mohamed Maalim (Ministerio de Salud, Kenya), Andrea Martinsen Sharmila Moiane (Helvetas), Ayorinde Margaret Mojisola (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos), Evangeline Mutunga (Oficina Regional de UNICEF para Europa y Asia Central), Milika Nabulivula (UNICEF Fiji), Abdelaziz Negm (OMS Egipto), Joanna N'tsoukpoe Lompo (UNICEF Burkina Faso), Pedro Ogando dos Santos (UNICEF Región de Oriente Medio y Norte de África), Boulama Ousmane (Ministerio de Salud, Níger), Sudan Panthi

(OMS Nepal), Andrii Pavlenko (OMS Ucrania), Bounthanome Phimmasone (Ministerio de Salud, República Democrática Popular Lao), Philip June Ruiz (Departamento de Salud, Filipinas), Samuel Cheserek Rutto (Ministerio de Salud, Kenya), Farag Ahmed Sabhan (Organismo de Regulación del Agua y Protección del Consumidor de Egipto), Bockarie P. Sesay (OMS Sierra Leona), Aminath Shaufa (Ministerio de Salud, Maldivas), Stevan Stanisic (UNICEF Montenegro), Anna Stativkina (UNICEF Kazajstán), Ihab Salim Suliman (Oficina Central de Estadísticas, Iraq), Moialbaye Magloire Tampélé (OMS Chad), Yibeltal Hayelom Teshome (OMS Etiopía), Souvanaly Thammavong (OMS República Democrática Popular Lao), Silindza

Thembumusa (Ministerio de Salud, Eswatini), Georgios Theocharopoulos (OMS Islas Salomón), Gebremedhin Tigist (Swiss Church Aid/HEKS), Nghia Ton Tuan (OMS Viet Nam), Samuel Treglown (UNICEF Región de Asia Oriental y el Pacífico), Mayza Tricamegy (UNICEF Mozambique), Pemba Tshering (Ministerio de Salud, Bhután), Maya Vandenent (UNICEF Bangladesh), Martin Watsisi (IRC), Bonna Wedadibam (Servicio de Salud de Ghana), Adhy Prasetyo Widodo (Ministerio de Salud, Indonesia), Abiyow Worku (World Vision International), Muhammad Zainal (UNICEF Indonesia), Anta Zida (Ministerio de Salud, Burkina Faso).

La OMS y UNICEF agradecen el apoyo financiero proporcionado por la Dirección General de Cooperación Internacional (DGIS) de los Países Bajos y el New Venture Fund.



Abreviaciones

ASH agua, saneamiento e higiene

WASH FIT Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud



1 Resumen

1.1 Alcance del documento

En el presente documento figura un breve análisis de la aplicación del Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud (WASH FIT), junto con estudios de casos de varios países que ilustran diferentes enfoques para poner en práctica el instrumento y aumentar su alcance. También se incluyen recomendaciones para mejorar WASH FIT, su aplicación y su integración con iniciativas en materia de salud, energía y clima.

1.2 Lista de estudios de casos

| País | Tema | Página |
|---|---|--------|
| Bangladesh | Adopción de WASH FIT con la atención centrada en el fortalecimiento de los sistemas y el clima en Bangladesh | 27 |
| Burkina Faso | Evaluación de WASH FIT en Burkina Faso | 41 |
| Filipinas | Adaptación y adopción nacional de WASH FIT en Filipinas, con especial atención a la resiliencia climática | 26 |
| Georgia | WASH FIT forma parte del plan de estudios de formación médica continua para médicos de familia en Georgia | 15 |
| Indonesia | Conjunto de actividades de formación reconocida a nivel nacional en Indonesia | 15 |
| | Más de 13 000 establecimientos indonesios emplean el portal nacional de recopilación de datos | 21 |
| | Utilización de WASH FIT para que los establecimientos sean más accesibles en Indonesia | 31 |
| Líbano | Utilización de WASH FIT para evaluar y mejorar los centros de tratamiento del cólera en el Líbano | 36 |
| Montenegro | Uso de WASH FIT como instrumento de promoción en centros de atención primaria de salud en Montenegro | 17 |
| Mozambique | Ampliación de alcance e institucionalización en Mozambique | 19 |
| Nepal | Motivación del personal de limpieza y evaluación de los resultados de WASH FIT en Nepal | 39 |
| Oriente Medio | Intercambio regional de datos mediante tableros en línea en Oriente Medio | 22 |
| | Empleo de un tablero en línea para crear conciencia sobre la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la inclusión social en Oriente Medio | 30 |
| República Democrática Popular Lao | Integración con una iniciativa climática nacional proporciona un medio de ampliación de escala en la República Democrática Popular Lao | 29 |
| Ucrania | La integración del ASH y la prevención y control de las infecciones pone de manifiesto que pequeñas mejoras catalizan mayores mejoras, incluso en tiempos de guerra | 32 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | Recopilación y visualización electrónica de datos en Venezuela como instrumento de promoción | 23 |
| Zimbabue | Costo de WASH FIT en Zimbabue: el poder de los datos en relación con la promoción y la inversión | 24 |

Constataciones principales

| | |
|--|---|
| El empleo de WASH FIT ha aumentado progresivamente desde que se puso en marcha en 2015. | WASH FIT se ha adoptado y se está utilizando en distinta medida en 71 países y territorios de todas las regiones del mundo. |
| Se está adaptando para su utilización en diversos contextos: desarrollo, situaciones de conflicto y humanitarias, brotes e ingreso mediano. | El 31 % de los países que utilizan WASH FIT están clasificados como países en situaciones de fragilidad y conflicto (1), el 27 % son países de ingreso bajo y el 24 % son países de ingreso mediano-alto o ingreso alto, ¹ lo que pone de relieve una gran diversidad en la aplicación del instrumento. |
| Los usuarios de WASH FIT observan distintos beneficios al aplicar el enfoque de mejora progresiva basado en los riesgos. | Más del 80 % de los encuestados indicó un mejor desempeño institucional y un mejor funcionamiento y mantenimiento, y más del 75 % observó una mayor satisfacción de los pacientes y del personal, una mayor claridad de las funciones y responsabilidades y una mejor orientación de los recursos. |
| WASH FIT proporciona datos y un marco para respaldar el fortalecimiento de los sistemas de salud, especialmente en lo que respecta al seguimiento, el personal de salud y la prestación de atención de calidad. | Los países han utilizado WASH FIT para elaborar estimaciones de referencia a fin de poner de relieve la urgencia de actuar, respaldar la aplicación de normas actualizadas y proporcionar más detalles sobre la calidad y sostenibilidad de los servicios de agua, saneamiento e higiene y de gestión de desechos, con miras a entender mejor y colmar las lagunas en cuanto a la calidad de la atención. |
| Los gobiernos participan activamente en la implantación de WASH FIT en más de la mitad de los países donde se utiliza el instrumento. | El 65 % de los países indicó que su ministerio de salud había validado una versión nacional del instrumento, pero menos de 1 de cada 4 países está aplicando WASH FIT en el ámbito nacional. |
| Las actividades nacionales de formación sobre WASH FIT han creado capacidad para su aplicación y para la participación de las partes interesadas. | Las actividades nacionales de formación son un primer paso esencial en el proceso de WASH FIT, pero deben ir acompañadas de un plan concreto para su realización y desarrollo. |
| La financiación es una de las dificultades más citadas como obstáculo a la aplicación. | En la mayoría de los países, los recursos para aplicar WASH FIT en todo el territorio, apoyar las actividades de mentoría y seguimiento continuas, invertir en las mejoras necesarias de la infraestructura y financiar el funcionamiento y el mantenimiento distan mucho de ser suficientes . Es tres veces más probable que la financiación para la aplicación proceda de donantes que del propio gobierno, lo que pone de manifiesto una falta de financiamiento sostenible. |

Recomendaciones

| | |
|--|--|
| Se necesita más trabajo para institucionalizar WASH FIT en los programas gubernamentales y actividades de salud existentes. | Para que WASH FIT tenga repercusión y se pueda ampliar su escala es necesario incorporarlo a los planes de estudio nacionales y plataformas de desarrollo profesional existentes , y que las actividades de mentoría y seguimiento se integren en las actividades y responsabilidades de los organismos de salud existentes (por ejemplo, los equipos de salud de distrito o los centros regionales para el control de enfermedades). Además, los procesos de WASH FIT deben incorporarse a la toma de decisiones y la preparación de presupuestos a nivel nacional, municipal y de los establecimientos. |
|--|--|

1 Nota: Algunos países pueden ser considerados países de ingreso bajo y países en situaciones de fragilidad y conflicto, por lo que pueden figurar dos veces en estos porcentajes.

2 Informe de situación mundial sobre WASH FIT: examen de un instrumento basado en los riesgos para mejorar el agua, el saneamiento, la higiene y la gestión de desechos en los establecimientos de salud

Recomendaciones

| | |
|---|---|
| La formación debe ir acompañada de recursos y de un plan para respaldar la aplicación y el seguimiento operativo. | Al menos diez países han comunicado que llevan a cabo actividades de formación, pero casi no se sabe nada sobre ellas o la información aportada es escasa; antes de que se celebren las actividades de formación, se debe llevar a cabo un plan con recursos a los fines de apoyar su realización , incluidas visitas sobre el terreno y labores de seguimiento con los establecimientos. |
| Para mejorar la aplicación y los resultados hace falta un mayor seguimiento y examen de los cambios en los servicios de agua, saneamiento e higiene y gestión de desechos, así como medidas relativas a la calidad de la atención. | Recopilar puntuaciones de referencia de WASH FIT y actualizarlas periódicamente después de la implantación es importante para informar al personal y los directores sobre los avances y las esferas a las que es necesario prestar mayor atención. Se debe divulgar un resumen de los resultados entre los usuarios y la comunidad en general, dada su importancia para que el instrumento obtenga respaldo activo y se generen inversiones. Por otro lado, evaluar otros beneficios potenciales (por ejemplo, la satisfacción del personal y de los pacientes, la aceptación de los servicios, la calidad del funcionamiento y el mantenimiento) puede ayudar a justificar una mayor inversión. |
| Es necesaria una mayor utilización de herramientas digitales para la recopilación de datos y su aplicación continua, así como un mayor intercambio de experiencias al respecto. | Estas herramientas tienen distintas ventajas, ya que permiten la recopilación, el seguimiento y el intercambio de datos en tiempo real . Ahora bien, es esencial conocer las necesidades de los usuarios, definir quién será el propietario de los datos y determinar la viabilidad financiera de las herramientas digitales. |
| La movilización de financiación y fondos debe planificarse e incluir la implicación local de los municipios. | La financiación es fundamental para llevar a cabo la labor de formación, mejorar la infraestructura y cubrir los costos de funcionamiento y mantenimiento de las mejoras. Tanto para la labor de formación como para los planes de cada establecimiento hace falta un presupuesto realista en el que se dé prioridad a las inversiones de alto valor. Esta tarea también lleva aparejado un seguimiento regular de los presupuestos y gastos para comprender y respaldar mejor las necesidades presupuestarias y los modelos de financiación eficaces. |
| Es importante coordinar WASH FIT con otros instrumentos en materia de salud y clima para conseguir enfoques más holísticos y eficaces y reducir la carga administrativa. | Cuando se utilizan otros instrumentos en los establecimientos (por ejemplo, para la prevención y control de las infecciones, la atención primaria de salud, la resistencia a los antimicrobianos, el clima y la sostenibilidad, la preparación y la resiliencia ante emergencias), WASH FIT debe integrarse en las actividades y mecanismos existentes a fin de mejorar la calidad. Esta integración comprende una formación conjunta, indicadores reducidos y armonizados para un seguimiento periódico y la preparación intersectorial de presupuestos. |
| Cada paso del proceso de WASH FIT debe implicar a representantes y expertos en clima, género, discapacidad y equidad. | Es especialmente importante que los proyectos de los planes de mejora de WASH FIT sean examinados e incorporen aportaciones de los grupos dedicados al clima, las comunidades, el género, la discapacidad y las etnias , y que dichos grupos realicen exámenes periódicos para garantizar que WASH FIT se traduzca en procesos y servicios que apoyen la equidad, los derechos humanos y servicios universales de calidad para todos. |
| En situaciones de emergencia, los procesos de WASH FIT deben abreviarse. | Se debe utilizar un conjunto más pequeño de indicadores esenciales y se deben hacer más explícitas las duplicaciones con la prevención y el control de las infecciones y las inversiones en infraestructura. Trabajar con expertos en logística de situaciones de emergencia, prevención y control de las infecciones, diagnóstico y vacunas para adaptar el enfoque podría resultar de gran valor. |



2 Antecedentes

Unos servicios de agua, saneamiento e higiene (ASH), de gestión de desechos de la atención de salud y de electricidad plenamente operativos son aspectos fundamentales de las prácticas de prevención y control de las infecciones, así como para garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención. Estos servicios también son esenciales para crear un entorno que apoye la dignidad y los derechos humanos de todas las personas que solicitan atención, especialmente las madres, los recién nacidos, los niños y niñas y los cuidadores. Los servicios de ASH y gestión de desechos también son fundamentales para prevenir y responder eficazmente ante los brotes de enfermedades. Lamentablemente, sigue habiendo grandes lagunas en esos servicios básicos (véase el texto del recuadro 1). Dichas lagunas ponen en peligro la seguridad de los pacientes y los cuidadores y pueden tener graves consecuencias ambientales. Todos los servicios de ASH, de gestión de desechos y de electricidad también deben respaldar un enfoque integral más amplio en favor de establecimientos de salud seguros, resilientes al clima y ambientalmente sostenibles, dado el impacto del cambio climático en la salud (2).

Recuadro de texto 1. Situación mundial de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud



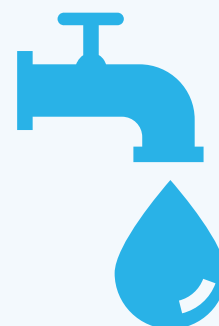
En 2022, se estima que a nivel mundial

1 de cada 5

establecimientos de salud (el 22 %) carecía de servicios básicos de agua, lo que afectó a

1700 millones de personas

incluidos 874 millones de personas

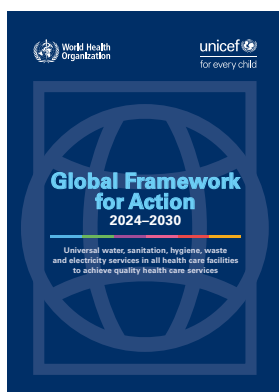


que accedieron a establecimientos de salud **sin agua.**

En 2022, se estima que a nivel mundial 1 de cada 5 establecimientos de salud (el 22 %) carecía de servicios básicos de agua, lo que afectó a 1700 millones de personas, incluidos 874 millones de personas que accedieron a establecimientos de salud sin agua (3). Los servicios de higiene siguen siendo limitados: el 39 % de los establecimientos de salud carecían de servicios básicos de higiene y existen deficiencias similares en materia de saneamiento y gestión de desechos de la atención de salud. Se estima que cerca de 1000 millones de personas en países de ingreso bajo y de ingreso mediano bajo reciben servicios de atención de salud que carecen de acceso a la electricidad (433 millones de personas) o cuyo suministro eléctrico es poco fiable (478 millones de personas)²(4).

² Estas cifras corresponden a cuatro regiones en desarrollo: América Latina y el Caribe, Oriente Medio y Norte de África, Asia Meridional y África Subsahariana.

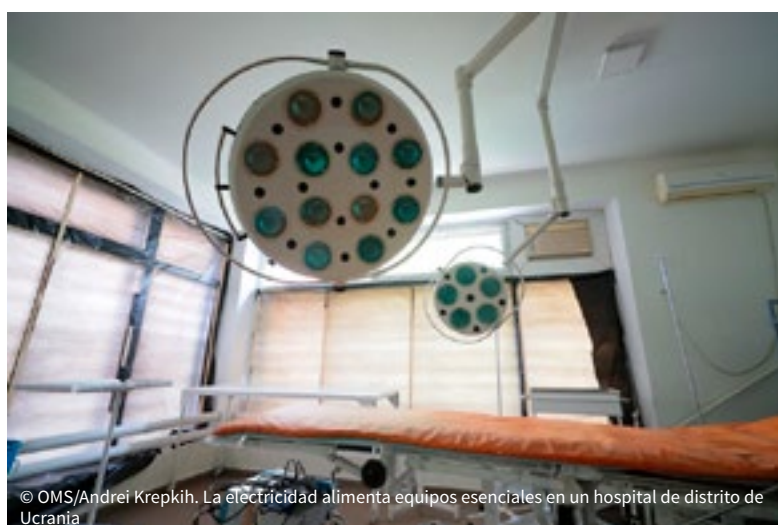
2.1 Estrategia mundial sobre ASH, gestión de desechos y electricidad en los establecimientos de salud



La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cofacilitadores del trabajo mundial sobre ASH, gestión de desechos y electricidad en los establecimientos de salud, pusieron recientemente en marcha un Marco Mundial para la Acción (2024-2030) a fin de acelerar los avances y concentrar los esfuerzos colectivos (5). El Marco se centra sobre todo en la integración con la salud, incluida la atención primaria de salud, y describe objetivos operativos y medidas en tres esferas principales: i) integración, políticas y gobernanza, ii) niveles de servicio y iii) equidad, inclusión y participación comunitaria. Esta labor se ha visto reforzada recientemente por una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre servicios de agua, saneamiento, higiene, desechos y

electricidad sostenibles, seguros y universales en los establecimientos de salud, que los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron por unanimidad en diciembre de 2023 (6). En el Marco se destaca específicamente WASH FIT como un instrumento de eficacia demostrada para respaldar mejoras progresivas en los establecimientos de salud a fin de lograr objetivos mundiales y nacionales.

2.2 Un enfoque integral para mejorar los servicios de ASH, gestión de desechos y electricidad



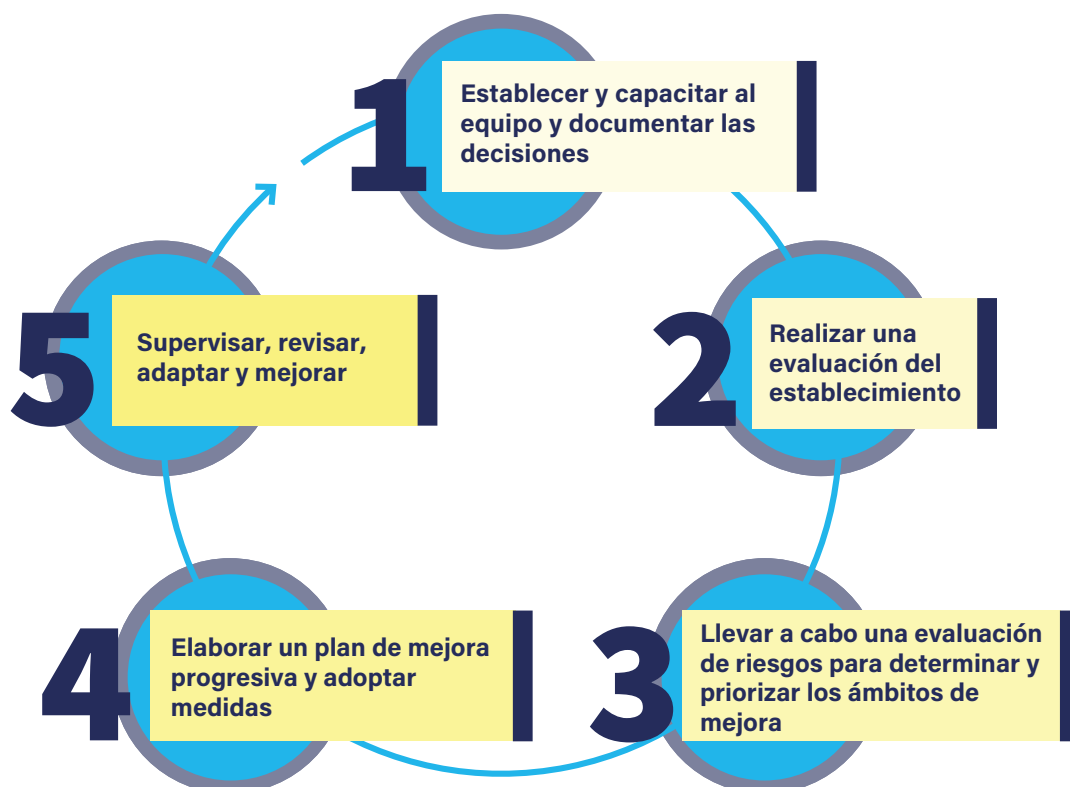
El Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud (WASH FIT) es un recurso de gestión basada en riesgos para establecimientos de salud, que abarca aspectos fundamentales de los servicios de ASH en siete dominios: agua, saneamiento, higiene de las manos, limpieza del entorno, gestión de desechos de la atención de salud y determinados aspectos en materia de energía, construcción y gestión de estable-

cimientos. También comprende dos temas transversales, con indicadores integrados en los siete dominios: la resiliencia climática y la igualdad e inclusión de género.

El Instrumento brinda un marco para elaborar, seguir de cerca y aplicar continuamente un plan de mejora (que abarque la infraestructura, los comportamientos y el funcionamiento y mantenimiento) y para priorizar acciones específicas de ASH que sean resilientes al clima, equitativas e inclusivas. Utiliza un proceso cíclico de cinco pasos que se lleva a cabo en el establecimiento (véase la figura 1), sobre la base de las metodologías de la OMS de planificación de la salubridad del agua y de planificación de la seguridad del saneamiento (7, 8) (véase el texto del recuadro 2). Se trata de metodologías sólidas en cuanto enfoques eficaces a fin de reducir los riesgos para la salud relacionados con el agua y el saneamiento y mejorar la calidad de dichos servicios.

6 Informe de situación mundial sobre WASH FIT: examen de un instrumento basado en los riesgos para mejorar el agua, el saneamiento, la higiene y la gestión de desechos en los establecimientos de salud

Figura 1. Ciclo de cinco pasos de WASH FIT



Recuadro de texto 2. Planificación de la salubridad del agua y de la seguridad del saneamiento

La planificación de la salubridad del agua es un enfoque proactivo de evaluación y gestión de riesgos que comprende todos los pasos en la cadena de suministro del agua, desde su captación hasta su consumo. La OMS recomienda los planes de salubridad del agua como medio más eficaz para garantizar sistemáticamente la seguridad del suministro de agua potable (9). Se han implantado planes de este tipo en más de 90 países en todo el mundo (10), y al menos 70 países los han incluido en políticas y reglamentos para sustentar una mejor gestión de la calidad del agua y prevenir y reducir el riesgo de enfermedades de transmisión hídrica.³

La planificación de la seguridad del saneamiento sigue un enfoque similar y se centra en la evaluación y gestión de riesgos para garantizar el uso y eliminación seguros de los desechos humanos. Los planes de seguridad del saneamiento pueden ser de ayuda para los planes de salubridad del agua a raíz de la gestión de los riesgos relacionados con el saneamiento para el suministro de agua potable.

WASH FIT se basa en los principios y pasos de estos dos tipos de planes, y se ha adaptado para reflejar los entornos de atención de salud, incluida una evaluación más cabal que no se limita únicamente al agua y el saneamiento, sino que aborda otras esferas fundamentales, como la gestión de desechos de la atención de salud, la higiene de las manos y la electricidad.

³ Fuente: Base de datos interna de la OMS de países con políticas de planes de seguridad del agua validadas.

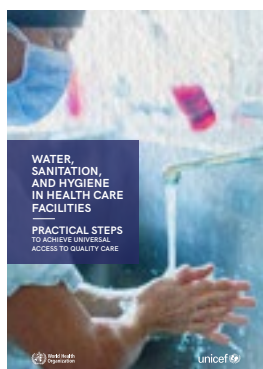


WASH FIT orienta la planificación y adopción de mejoras en materia de ASH y gestión de desechos como parte de iniciativas más amplias de mejora de la calidad y la prevención y control de las infecciones. También ayuda a propiciar el diálogo entre todos los actores que comparten la responsabilidad de proporcionar servicios de ASH y de gestión de desechos, como legisladores y encargados de la formulación de políticas, funcionarios de salud de distrito, administradores de hospitales, ingenieros de agua y saneamiento, especialistas en clima y medio ambiente, y usuarios, a fin de abordar las deficiencias de una manera más cabal y coordinada. Su objetivo es mejorar los servicios de ASH, lo que se traducirá en una mejor calidad de la atención y de los resultados de salud a través de menos infecciones, una mayor utilización de los servicios y un personal de atención médica más productivo y seguro de sí mismo. Para obtener más información sobre el alcance y la metodología de WASH FIT, consulte la guía de WASH FIT (11).

Vinculación de iniciativas más amplias con WASH FIT a través del Portal Mundial de Conocimientos (www.washinhcf.org)

Apoyar el aprendizaje, el intercambio de conocimientos y una comunidad mundial de práctica es una parte importante de la implantación del Marco Mundial para la Acción. Para respaldar esta labor, la OMS y el UNICEF administran un portal mundial de conocimientos que incluye datos sobre las iniciativas nacionales para mejorar los servicios (es decir, los pasos prácticos), distintos instrumentos y recursos nacionales y los últimos conocimientos sobre el terreno. Además, cuenta con un portal específico con recursos didácticos, fichas descriptivas y recursos de evaluación de WASH FIT.

2.3 Sistemas de apoyo para fortalecer y mejorar los servicios de ASH y de gestión de desechos en los establecimientos de salud



En 2019, la OMS y el UNICEF describieron un conjunto de ocho medidas prácticas para fortalecer los sistemas a los fines de mejorar los servicios de ASH y de gestión de desechos y su mantenimiento en los establecimientos de salud (12). Estos pasos forman la base y el marco de los compromisos y la acción a escala nacional sobre este tema asumidos en la Asamblea Mundial de la Salud en 2019 (13) y en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2023 (6). Se trata de una síntesis de cuestiones que han demostrado ser eficaces en más de 50 países, y se elaboró mediante un proceso iterativo de varios años facilitado por la OMS y el UNICEF. El uso de WASH FIT (y de otros instrumentos de mejora basados en riesgos) es una parte importante del avance del paso 4 («Mejorar la infraestructura y su mantenimiento»), pero también tiene vínculos con otros pasos (véase el cuadro 1). Por lo tanto, WASH FIT complementa las medidas prácticas y contribuye a las mejoras en los establecimientos.

Cuadro 1. WASH FIT y el fortalecimiento de los sistemas de apoyo (medidas prácticas)

WASH FIT y los pasos prácticos son complementarios. Los pasos prácticos guían la implementación de WASH FIT y, a su vez, el uso de WASH FIT puede ayudar a lograr cada uno de los pasos prácticos.



| Medida práctica | Influencia de las medidas prácticas en WASH FIT | Cómo contribuye WASH FIT a la medida práctica |
|---|--|--|
|  1 Análisis de la situación | Se determinan los establecimientos (o las regiones geográficas) que se beneficiarían del uso de WASH FIT. Brinda la oportunidad de examinar cualquier iniciativa existente de WASH FIT y realizar las adaptaciones necesarias. | Sirve de base para futuros análisis de la situación y genera datos para estimaciones nacionales (siempre que se utilicen las preguntas básicas en la evaluación de WASH FIT). |
|  2 Hoja de ruta y metas nacionales | La hoja de ruta establece objetivos, cronogramas y presupuestos para la implantación de WASH FIT. | Proporciona información sobre los avances en el cumplimiento de las metas y facilita mejoras sostenibles basadas en los riesgos para alcanzar aquellas. |
|  3 Criterios nacionales | Las normas recomiendan el uso de WASH FIT, y WASH FIT se adapta en consonancia con las normas nacionales para garantizar que todos los asociados trabajan con un enfoque común. | Orienta a los establecimientos a los fines de realizar mejoras para cumplir con los criterios nacionales. |
|  4 Mejora de la infraestructura y su mantenimiento | WASH FIT es el recurso que se recomienda para mejorar la infraestructura, aunque puede usarse conjuntamente con otros programas nacionales existentes. | Ayuda a los establecimientos a mejorar la infraestructura de forma sistemática, cabal y sostenible para que sean más respetuosos con el clima y satisfagan los criterios de igualdad de género, inclusión de la discapacidad e inclusión social. |
|  5 Monitoreo y examen de los datos | Los indicadores de WASH FIT y del sistema de información de gestión de la salud están en sintonía para armonizar y agilizar la recopilación de datos | Genera datos periódicos para la toma de decisiones, que se incorporan a la planificación de los sistemas de salud y la asignación de recursos. |
|  6 Desarrollo profesional del personal de salud | El personal está capacitado en WASH FIT y otras esferas técnicas pertinentes (por ejemplo, gestión de la calidad del agua, higiene de las manos, gestión de desechos). | Mejora las competencias del personal mediante la formación y el desarrollo profesional continuo; el personal es más feliz, tiene mejor salud y es más productivo. |
|  7 Participación de las comunidades | Los miembros de la comunidad son parte integrante del equipo y definen las principales prioridades y medidas que satisfacen las necesidades de la comunidad. | Proporciona un mecanismo para hacer partícipes a las comunidades y permite que las comunidades colaboren en las evaluaciones, la planificación de mejoras y los procesos operacionales, aumentando así la rendición de cuentas. |
|  8 Investigaciones operacionales y aprendizaje | Los enfoques WASH FIT se basan en enseñanzas extraídas anteriormente. | Genera datos empíricos para el aprendizaje operacional |

2.4 Antecedentes y uso de WASH FIT

El primer proyecto piloto de WASH FIT se inició en 2015, y el Instrumento se presentó oficialmente en 2018. En 2022 se publicó una segunda edición, con indicadores y orientaciones adicionales sobre la gestión segura de los servicios, el género, la equidad y la inclusión, y la resiliencia climática y la sostenibilidad. Como parte de la actualización, se preparó un completo conjunto de recursos para respaldar la puesta en práctica, que incluye diapositivas y materiales didácticos, formularios de evaluación, listas de verificación, fichas descriptivas y un manual para capacitadores (14). El interés y la adopción de WASH FIT han seguido creciendo, y, desde 2015, nuevos países comunican cada año que utilizan el Instrumento. En todas las regiones se han descrito indicios aislados de su repercusión positiva. Sin embargo, ha sido difícil cuantificar cuántos países lo están utilizando, de qué manera y con qué resultados.

Curso de formación WASH FIT de la Academia de la OMS

En 2024 se presentó un conjunto de actividades de formación en línea, accesible desde la Academia de la OMS. Este curso integral tiene 13 módulos, que incluyen un módulo introductorio, que representa un módulo para cada uno de los cinco pasos del ciclo WASH FIT, un módulo sobre ampliación de escala y seis módulos técnicos que abarcan el agua, el saneamiento, la gestión de desechos de la atención de salud, la higiene de las manos, la limpieza del entorno y la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la inclusión social en WASH FIT. Se recomienda a todas las personas que asistan a una formación presencial sobre WASH FIT que realicen primero el curso en línea. Se puede acceder al curso en <https://whoacademy.org/>.

3 Metodología

Se distribuyó una encuesta en línea (en árabe, español, francés e inglés) entre las oficinas regionales y de país de la OMS y el UNICEF y los asociados en la ejecución y a través del boletín sobre ASH de la OMS/UNICEF destinado a los establecimientos de salud, entre septiembre de 2023 y enero de 2024. También se estableció contacto directo con los países y las organizaciones que se sabía que utilizaban WASH FIT, o que habían participado en la formación, para solicitarles que cumplimentaran la encuesta, y se les pidió que coordinaran sus respuestas para proporcionar una sola respuesta a la encuesta por país. Cuando fue necesario, se pidió a los encuestados que aclararan o complementaran la información proporcionada a través de la encuesta. La encuesta incluyó preguntas sobre la aplicación y evaluación de WASH FIT. En el anexo 2 se puede encontrar un ejemplar de la encuesta. La información se analizó cualitativamente y no se intentó calcular la cantidad de establecimientos que utilizan WASH FIT ni los grupos de población destinatarios, debido a que algunos países no difunden esa información.

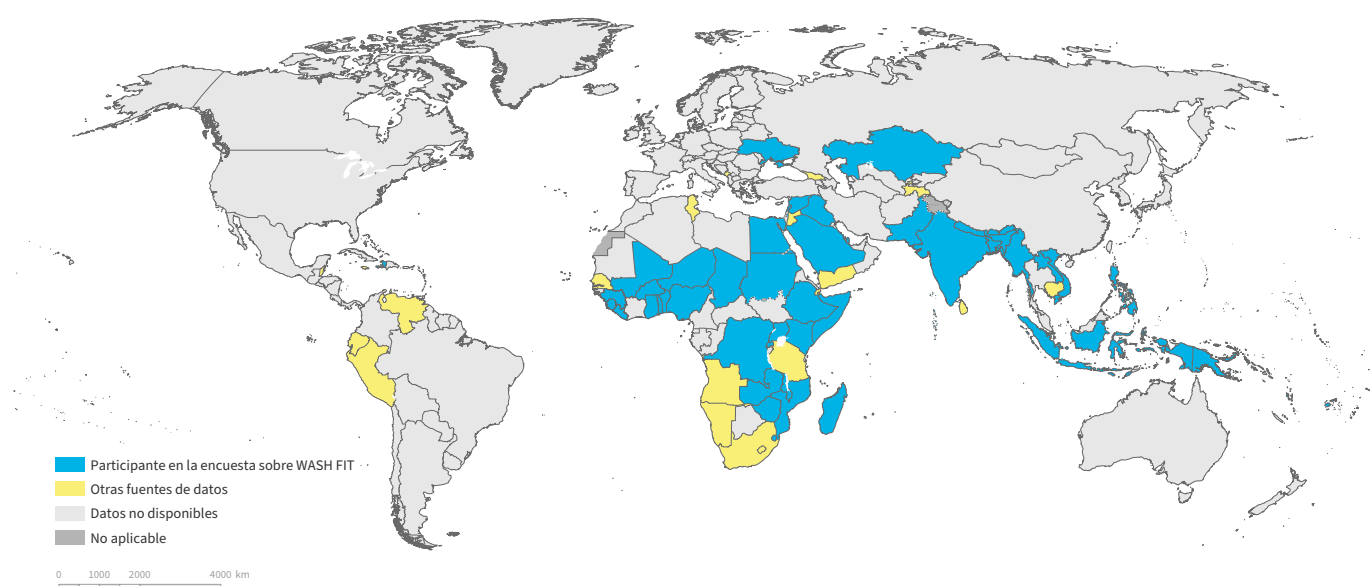


4 Constataciones

4.1 Países y territorios que han implantado WASH FIT

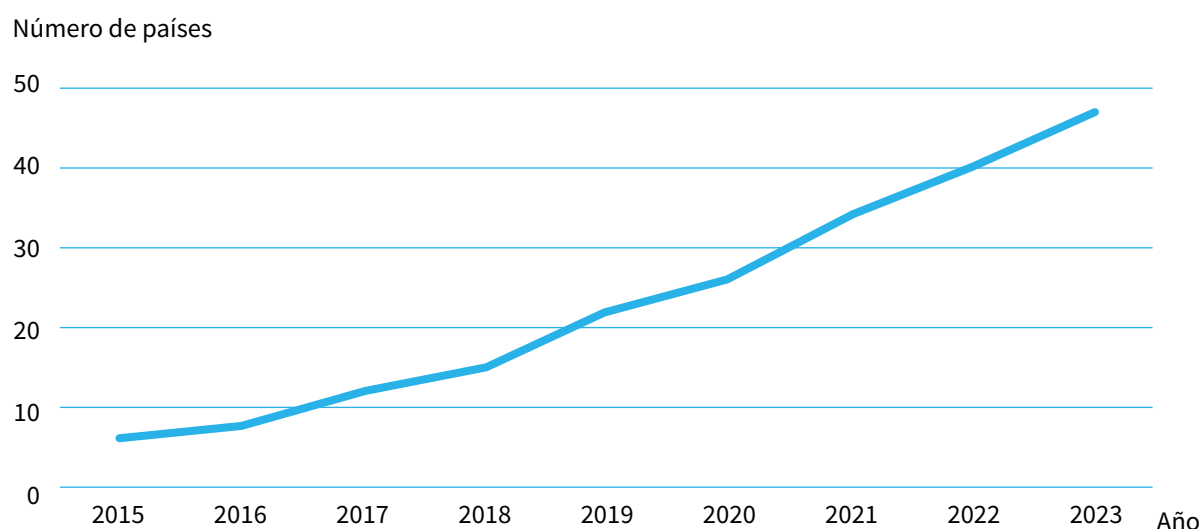
Cincuenta y seis países respondieron a la encuesta. De ellos, siete países declararon que aún no habían comenzado a utilizar WASH FIT ni habían realizado ninguna formación, de modo que 49 países cumplían las condiciones para ser incluidos en el análisis. Al menos un país en cada Región de la OMS utiliza WASH FIT, pero la Región de las Américas está notablemente subrepresentada (véase la figura 2). La encuesta fue cumplimentada por representantes de los ministerios de salud, las oficinas de país de la OMS y el UNICEF y otros asociados en la ejecución.⁴ La figura 3 indica el número de países que respondieron a la encuesta y están utilizando WASH FIT. Más países han comenzado a utilizar WASH FIT en los últimos años, particularmente desde el lanzamiento de la segunda edición de WASH FIT en 2022 (11).

Figura 2. Todos los países y territorios que se sabe que están adoptando WASH FIT y fuentes de los datos correspondientes



⁴ Los siguientes asociados respondieron a la encuesta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África, Christ Soldiers Foundation (Ghana), Concern Worldwide, Helvetas, IRC, SNV, Swiss Church Aid/HEKS, Terre des hommes, WaterAid, World Vision.

Figura 3. Número total de países y territorios que utilizan WASH FIT por año (entre los que respondieron a la encuesta)



Se sabe que otros 22 países, que no respondieron a la encuesta, están adoptando WASH FIT. Por lo tanto, el número total de países que utilizan WASH FIT es de 71. Esta información se basa en los informes y la información de www.washinhcf.org, en el seguimiento específico con determinados países y asociados y en los conocimientos previos. Algunos de estos países solo han participado en actividades de formación, o bien han celebrado ellos mismos esa capacitación, y otros se encuentran en etapas más avanzadas de la adopción del Instrumento (consulte la sección 4.3). Estos países han sido incluidos en el análisis cuando se disponía de información. Para conocer una lista de todos los países (los que respondieron a la encuesta y otras fuentes de datos), consulte el anexo 1.

4.2 Formación

De los países que respondieron a la encuesta, 21 señalaron que habían celebrado una o dos actividades de formación y 22 países habían celebrado tres o más. No todos los países proporcionaron detalles sobre el nivel de la formación impartida; sin embargo, muchos países indicaron que habían realizado formación tanto a nivel nacional como local (**Bangladesh, Benin, Eswatini, Etiopía, Fiji, Filipinas, Ghana, Indonesia, Kenya, Maldivas, Malí, Mozambique, Níger, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, Rwanda y Ucrania**). A escala local, las actividades de formación suelen ser impartidas principalmente por el gobierno local, pero en algunos casos son impartidas por asociados (como en **Nepal, Papua Nueva Guinea, el Sudán o Uganda**). En **Mozambique**, después de las actividades de formación, hay uno o dos años de acompañamiento para los equipos de los establecimientos en virtud de acuerdos con asociados (incluidos Helvetas, SNV y WaterAid). En algunos casos, se llevó a cabo una formación experimental inicial sin que se hubiera presupuestado ni planificado ninguna formación adicional (por ejemplo, en **Angola, Djibouti o Haití**). Los estudios de casos de **Georgia e Indonesia** brindan dos ejemplos de cómo se puede reproducir la formación a nivel nacional.

Además de los países que participaron en la encuesta, otros países han participado en actividades nacionales y regionales de formación, pero aún no han comenzado a implantar WASH FIT en los establecimientos (**Benin, Gambia, Namibia, Nigeria, Malawi, República Unida de Tanzania, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Zambia y Zimbabwe**). En 2023 se llevaron a cabo actividades

regionales de capacitación en África Oriental en las que participaron nueve países (**Etiopía, Kenya, Malawi, Mozambique, República Unida de Tanzania, Sudán del Sur, Uganda, Zambia y Zimbabwe**). La mayoría de estos países han empezado a adoptar WASH FIT en cierta medida.



Conjunto de actividades de formación reconocida a nivel nacional en Indonesia

Para ampliar el alcance de la formación y la adopción del Instrumento en **Indonesia**, el Ministerio de Salud, con el apoyo del UNICEF, elaboró un módulo de formación y tutoriales en video que han sido reconocidos por el Departamento de Desarrollo Humano del Ministerio. La formación se ampliará a fines de 2024, con un curso de seis días al que asistirán participantes de los ámbitos nacional y provincial, incluidas 38 oficinas de salud provinciales, el centro de formación del Ministerio de Salud, instituciones académicas del ámbito de la salud y trabajadores de la salud de varios hospitales. Quienes asistan a este curso se convertirán en formadores expertos acreditados.



WASH FIT forma parte del plan de estudios de formación médica continua para médicos de familia en Georgia

UNICEF **Georgia** apoyó la adaptación de WASH FIT al contexto de Georgia, que fue posteriormente validada por las autoridades de salud nacionales. Diez formadores expertos de Georgian Medical Holding asistieron a una formación de formadores WASH FIT, y luego capacitaron a otros 2617 miembros del personal de 935 establecimientos rurales de atención primaria de salud en todo el país (de un total de 2295 establecimientos posibles) en 67 sesiones. Se ha preparado un curso de formación WASH FIT para médicos de establecimientos rurales de atención primaria de salud, el cual ha sido reconocido a los fines de su integración en el plan de estudios de formación médica continua para médicos de familia.

4.3 Alcance de la implantación

En el ámbito mundial, WASH FIT se ha utilizado en distintos establecimientos de salud, incluidos todo tipo de centros (de atención primaria, secundaria y terciaria), establecimientos temporales y móviles en campamentos y asentamientos de emergencia humanitaria, establecimientos en zonas rurales y urbanas, y establecimientos públicos, privados y de carácter confesional. Estos establecimientos ofrecen una amplia gama de servicios de salud, incluidos servicios hospitalarios, ambulatorios, de maternidad, neonatales, pediátricos, médicos, quirúrgicos, de planificación familiar y de laboratorio. También hay ejemplos del uso de WASH FIT para mejorar las competencias del personal de salud y de los establecimientos en respuesta a una pandemia, el tratamiento del cólera o la recuperación de la COVID-19.

4.3.1 Adopción a nivel nacional y ampliación del alcance

Según la encuesta, 28 países están implantando WASH FIT a gran escala o a nivel nacional y 19 países están implantando este instrumento a pequeña escala o todavía están en una fase experimental (véase el recuadro de texto 3 para consultar una definición del alcance de implantación utilizado). Se preguntó a los países si WASH FIT contaba con el respaldo oficial de su ministerio de salud en lo que respectaba a las políticas o la legislación. En 22 países, WASH FIT ha sido respaldado oficialmente por el ministerio de salud en lo tocante a las políticas y la legislación, mientras que en 21 países este no ha sido el caso o se desconoce el estado de ese respaldo. En 31 países (el 65 %), el ministerio de salud ha validado una versión nacional del instrumento de evaluación. Algunos países también han elaborado directrices sobre WASH FIT. En **Montenegro**, las directrices se han utilizado como instrumento de promoción en entornos de atención primaria de salud, y en **Filipinas** el énfasis se pone sobre todo en el clima.

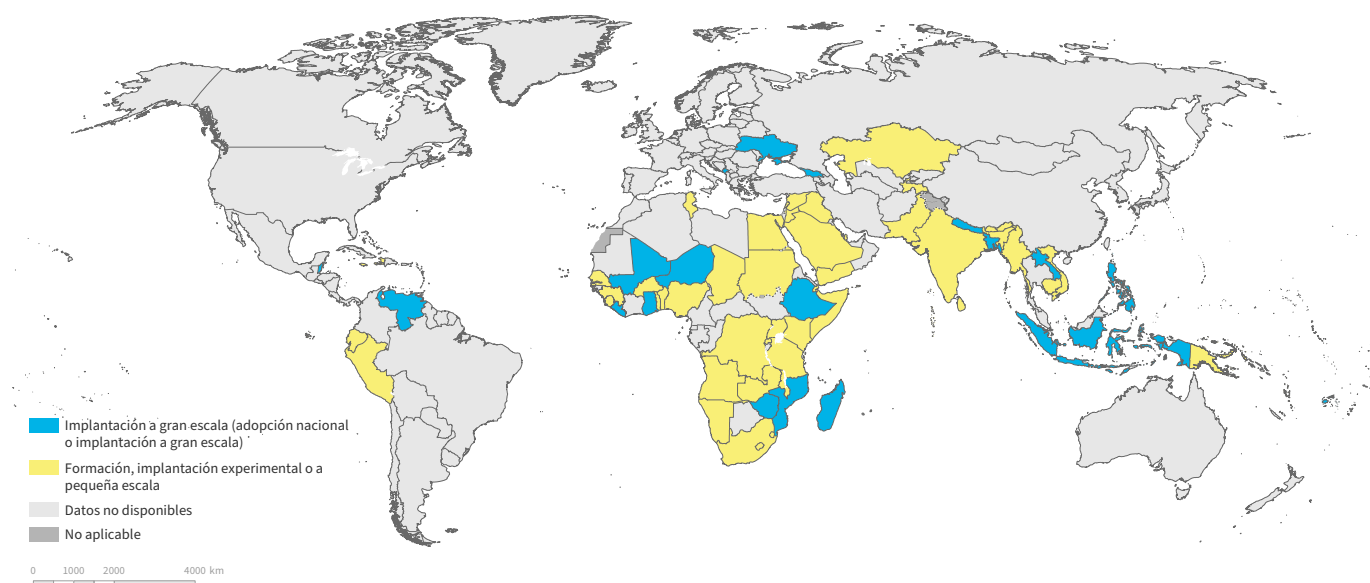
Recuadro de texto 3. Implantación experimental/a pequeña escala e implantación a gran escala: definición

Uno de los objetivos de la evaluación era comprender el alcance de la implantación de WASH FIT. En la figura 4 se muestra el alcance de implantación en los países que se sabe que utilizan WASH FIT.

La implantación experimental o a pequeña escala entraña la capacitación de un número reducido de personal de los establecimientos mediante actividades de seguimiento y fondos limitados. Los gobiernos pueden participar en esas iniciativas, pero a menudo solo a nivel local, y los vínculos con las políticas, las estrategias y la financiación gubernamental de ámbito nacional suelen ser mínimos.

La implantación a gran escala conlleva una capacitación de ámbito nacional, incluida la adopción de WASH FIT como mecanismo oficial para implantar criterios nacionales o lograr objetivos específicos de salud o de ASH. Participarán al menos varios cientos de establecimientos, existe un mecanismo de seguimiento (por ejemplo, supervisión de apoyo con carácter periódico y visitas a los establecimientos) y hay datos empíricos de las medidas tanto pequeñas e inmediatas (por ejemplo, contenedores de basura para la separación de desechos) como grandes y a más largo plazo (por ejemplo, instalación de nuevas tuberías o almacenamiento/suministro adicional de agua). A gran escala, las partes interesadas locales y nacionales participan para apoyar la implantación, se unen a otras iniciativas conexas y contribuyen a la obtención de recursos.

Figura 4. Panorama mundial del estado de implantación de WASH FIT



Uso de WASH FIT como instrumento de promoción en centros de atención primaria de salud en Montenegro

En Montenegro, las directrices sobre WASH FIT se han adaptado al contexto nacional, además de promoverse y difundirse a través del sistema de salud (15). La adaptación incluyó el desarrollo de cuatro procedimientos operativos estándar nacionales, en concreto directrices para el personal de limpieza sobre el mantenimiento una higiene adecuada en las instituciones de salud, sobre la gestión de desechos médicos en un establecimiento de salud, sobre la gestión adecuada de los servicios de ASH para los equipos de gestión de las instituciones de salud y sobre el cálculo de los costos de mantenimiento de los servicios de ASH.

Se han llevado a cabo iniciativas de promoción en el ámbito local con administradores de atención primaria de salud, así como capacitación para el personal esencial impartida por el Instituto Nacional de Salud Pública sobre higiene de las manos y del entorno, medidas de prevención y control de las infecciones y procedimientos de limpieza y gestión de desechos. En total, se han visitado y evaluado 31 establecimientos de salud, incluidos los 18 centros de atención primaria de salud del país. Paralelamente, se han establecido pautas y protocolos de limpieza, con técnicas definidas paso a paso para tareas específicas y cronogramas de limpieza, el uso y manejo de agentes de limpieza, y las funciones y responsabilidades en relación con las tareas de limpieza. Estas pautas y protocolos se han aplicado como parte del proceso WASH FIT.

4.3.2 Número de establecimientos que utilizan WASH FIT en todo el mundo

La falta de datos conlleva que no sea posible proporcionar una estimación del número total de establecimientos de atención de salud que están utilizando WASH FIT a nivel mundial. En muchos países, las cifras son todavía relativamente pequeñas (menos de 50) y en su mayoría son iniciativas dirigidas por asociados sin financiación sostenible. En el cuadro 2 figuran distintos países en los que se sabe que la implantación y/o adopción nacional de WASH FIT se realiza a mayor escala.

Cuadro 2: Ejemplos de países con adopción a nivel nacional y ampliación de alcance

| País | Número total de establecimientos de salud | Establecimientos que implantan WASH FIT | Año de inicio | Otra información |
|-------------------|---|---|---------------|--|
| Bangladesh | >17 000 | 200 | 2017 | La mayor parte de la implantación de WASH FIT ocurre en Bazar de Cox, que alberga a más de 1 millón de refugiados, pero la formación nacional impartida en 2024 ha impulsado una adopción más amplia. |
| Fiji | >200 | 221 | 2023 | Todos los datos recopilados en los establecimientos se transmiten al gobierno para mayor transparencia y seguimiento. Está prevista una evaluación para finales de 2024. |
| Filipinas | >40 000 | 538 | 2019 | Implantado en 18 regiones con especial hincapié en la resiliencia climática y un sólido liderazgo gubernamental, como se refleja en las políticas y directrices nacionales. |
| Georgia | 2295 ^a | 935 | 2023 | En total, 2600 miembros del personal de establecimientos rurales de atención primaria de salud han sido capacitados por 10 formadores expertos del Georgian Medical Holding. |
| Indonesia | 13 000 | 600 | 2018 | Implantado principalmente en centros de atención primaria de salud con especial hincapié en el género, la equidad, la discapacidad y la inclusión social. |
| Liberia | 856 | 285 | 2015 | Se inició en respuesta al brote de enfermedad del Ébola y se integró en los planes y el seguimiento de los equipos de salud del distrito. |
| Malí | 1640 | 328 | 2015 | Comenzó en respuesta a un gran brote de cólera y se adaptó para hacer frente a la evolución de la situación humanitaria y de conflicto. |
| Montenegro | >30 ^b | 31 | 2023 | Se utiliza para evaluar todos los centros de atención primaria de salud del país y como instrumento de promoción dirigida al personal de los centros. |
| Zimbabue | 1700 | 150 | 2020 | WASH FIT se ha digitalizado y lleva aparejada una herramienta de cálculo de costos para orientar la inversión. El seguimiento ahora se realiza dentro del sistema de seguimiento en línea del Ministerio de Salud, que ha comunicado las estimaciones de costos nacionales y ha canalizado mayores asignaciones. |

^a Centros de atención primaria de salud

^b Establecimientos del sector público

Ampliación de alcance e institucionalización en Mozambique

En **Mozambique**, WASH FIT se ha adoptado como parte de una estrategia general para mejorar los servicios de ASH en los establecimientos de salud desde 2019. Dirigido por el Ministerio de Salud, con el apoyo del UNICEF, la OMS y distintos asociados en la ejecución (como Helvetas, SNV y WaterAid), se estableció un grupo de trabajo nacional sobre ASH para los establecimientos de salud, que tiene como una de sus actividades principales la adopción de WASH FIT. Después de traducir el Instrumento al portugués, se llevaron a cabo actividades nacionales y subnacionales de formación, que llegaron a las 11 provincias entre 2021 y 2023. Para atender a los 205 establecimientos incluidos en el programa del UNICEF y aumentar la eficacia de la implantación, se adoptó un componente de supervisión de apoyo mediante asociaciones de acompañamiento de un año de duración con organizaciones de la sociedad civil. Para ampliar el alcance de esta iniciativa en todo el país, la segunda edición de WASH FIT (versión 2.0, 2022) se está traduciendo al portugués para su futura aprobación por el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud está probando planes de mejora en una provincia para integrarlos en los planes anuales de desarrollo de los establecimientos. El Instituto Nacional de Salud llevará a cabo más actividades de capacitación y los establecimientos participantes recibirán un reconocimiento por su labor mediante la certificación de WASH FIT. Sin embargo, los presupuestos son limitados, tanto a nivel nacional, para continuar con las formaciones (sin financiación constante de los asociados), como en los establecimientos, para afrontar sus propias necesidades. Dado que todos los asociados utilizan la misma versión de WASH FIT, es más fácil que se institucionalice WASH FIT en el Ministerio de Salud como el instrumento recomendado para la mejora de la calidad.



4.4 Los datos de WASH FIT influyen en la toma de decisiones y la asignación de recursos a nivel local y nacional

Si bien la intención principal de WASH FIT es que los datos se utilicen y difundan dentro de los propios establecimientos para propiciar que se realicen mejoras, también es valioso difundir los datos fuera de los establecimientos en sí. En 28 países, los datos de WASH FIT se remiten a las instancias decisoras y estructuras subnacionales y nacionales. La frecuencia con que se remiten los datos pasó de ser puntual o de depender de los resultados ($n=7$) a tener carácter anual ($n=10$), trimestral ($n=4$) o mensual ($n=4$). Tres países todavía estaban recopilando datos de referencia o estableciendo sus sistemas y aún no habían comenzado a compartir datos.

En **Eswatini**, la toma de decisiones sobre WASH FIT actualmente tiene lugar a nivel de país; sin embargo, los directores regionales han recomendado compartir datos de WASH FIT a nivel regional para posibilitar intervenciones más específicas. En **Fiji**, los datos se utilizarán como parte del examen del sector y para sustentar un plan de costos para los donantes. En **Nepal**, algunos gobiernos locales han comenzado a utilizar la información de WASH FIT para la planificación anual y las asignaciones presupuestarias. Por ejemplo, en una pequeña ciudad, el gobierno movilizó USD 25 000 en 24 meses para llevar a cabo las mejoras que se habían determinado gracias a WASH FIT. Si bien las asignaciones de fondos varían según el municipio, casi todos han realizado inversiones sustanciales (que abarcaron en promedio el 30 % de los costos de mejora). Muchos municipios cambiaron sus prioridades de inversión y pasaron de proyectos más grandes a intervenciones más esenciales en esferas de alto riesgo. Los planes de mejora fueron fundamentales para orientar estas decisiones, al señalar claramente las deficiencias existentes.

En **Malí** se llevan a cabo audiencias públicas en las que los resultados de las evaluaciones de WASH FIT se presentan a la comunidad para que puedan solicitar inversiones al municipio. Los establecimientos dialogan con los comités de salud comunitarios y utilizan los datos para convenir inversiones prioritarias. Un ejemplo es la instalación de alicatados en las salas de tratamiento para mejorar la facilidad y eficacia de la limpieza del entorno, así como la instalación de nuevas letrinas que cubran las necesidades de mujeres, niños y niñas y personas con movilidad reducida.





Más de 13 000 establecimientos indonesios emplean el portal nacional de recopilación de datos

En **Indonesia** se utiliza un portal de datos en línea llamado SIKELIM, gestionado por el Ministerio de Salud y creado con el apoyo de la OMS, para examinar los avances y orientar la planificación. Hasta diciembre de 2023, 13 000 hospitales y *puskesmas* (centros de atención primaria de salud), de un total de 13 685 establecimientos, han enviado datos al portal sobre el estado de los servicios de ASH. Estos datos se basan en las preguntas principales del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo (cuyas respuestas se presentan anualmente). El tablero incluye asimismo indicadores de WASH FIT, lo que permite que cualquier establecimiento que utilice el Instrumento también difunda electrónicamente una lista más completa de indicadores (cada dos años). De los 13 000 establecimientos incluidos en SIKELIM, 601 *puskesmas* han presentado datos de WASH FIT y 233 han llevado a cabo mejoras.

Los datos recopilados a través del portal se comparten automáticamente con los gobiernos municipales y provinciales y, a su vez, son utilizados por el Ministerio de Salud para establecer objetivos nacionales y locales y asignar recursos a nivel nacional y provincial. En particular, el Ministerio está interesado en comprender los presupuestos necesarios (montos presupuestados y ejecutados) para la gestión de desechos de la atención de salud, que es sistemáticamente el ámbito con peores resultados y en el que se encuentran las mayores deficiencias. En un país como Indonesia, en que los establecimientos están repartidos en 514 distritos situados en miles de islas, la recopilación de datos electrónicos es particularmente esencial, ya que ahorra tiempo y recursos valiosos.

| Domain | Total (RS & PKM) n = 11.429 | Kota* n = 1.479 | Desa* n = 7.155 | RS n = 2.753 | Puskesmas n = 8.939 | Pemerintah* n = 9.896 | Swasta* n = 1.658 |
|------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|------------------------|--------------------------|----------------------|
| Air | 3175 (27.2%) | 424 (28.7%) | 2181 (30.5%) | 477 (17.3%) | 2698 (30.2%) | 2927 (29.6%) | 218 (13.1%) |
| Sanitasi | 3321 (28.4%) | 469 (31.7%) | 2165 (30.3%) | 588 (21.4%) | 2733 (30.6%) | 2955 (29.9%) | 328 (19.8%) |
| Limbah | 1413 (12.1%) | 139 (9.4%) | 1007 (14.1%) | 218 (7.9%) | 1195 (13.4%) | 1292 (13.1%) | 103 (6.2%) |
| Higiene | 4439 (38.0%) | 637 (43.1%) | 2845 (39.8%) | 839 (30.5%) | 3600 (40.3%) | 3922 (39.6%) | 462 (27.9%) |
| Kebersihan | 3198 (27.4%) | 473 (32.0%) | 2195 (30.7%) | 444 (16.1%) | 2754 (30.8%) | 2964 (30.0%) | 200 (12.1%) |

* Sesuai klasifikasi data fasyankes yang tersedia didatabase SIKELIM (Desember 2023)

Imagen de SIKELIM que muestra el porcentaje de establecimientos que cumplen con los servicios básicos

Air: agua; sanitasi: saneamiento; limbah: desechos; kebersihan: limpieza del entorno.

Pemerintah: gobierno; swasta: privado; RS: hospital, PKM: *puskesmas*.



Intercambio regional de datos mediante tableros en línea en Oriente Medio

A escala regional, nueve países y territorios de Oriente Medio están utilizando la visualización de datos para realizar un seguimiento del progreso en relación con los indicadores de WASH FIT. Hasta la fecha, 11 213 establecimientos han realizado evaluaciones de los servicios desde 2021-2022, y los datos se muestran en un tablero en línea creado por el UNICEF. Los países y territorios son **Djibouti, Egipto, el Iraq, Jordania, el Líbano, territorio palestino ocupado, la República Árabe Siria, el Sudán y Túnez. Marruecos** y el **Yemen** tienen previsto realizar evaluaciones a finales de 2024 y también serán incluidos en el tablero. El porcentaje de establecimientos cuyos datos se difunden a través del tablero es elevado: el 100 % de los establecimientos en el **Iraq** (n=4295) y **Jordania** (n=1858) y el 80 % de los establecimientos en **Túnez**, el **territorio palestino ocupado** y el **Sudán** están incluidos. En el conjunto de los establecimientos encuestados, solo el 19,8 % de los indicadores cumplían con los servicios básicos (según se definen en los indicadores de WASH FIT), mientras que el 8,1 % de los establecimientos no tenía ningún servicio.

En el **Iraq** se realizaron nuevamente evaluaciones en 2023-2024, las cuales pusieron de relieve que se habían logrado avances significativos. Solo el 6 % de los establecimientos cumplían con los servicios básicos al principio, cifra que aumentó hasta el 40 % en 2024. El visualizador de datos también permite a los usuarios realizar un seguimiento de los progresos en relación con indicadores específicos; por ejemplo, «el agua corriente en los establecimientos» mejoró en un 66 % en todos los establecimientos. Esta función ayuda a determinar las prioridades fundamentales para las intervenciones en materia de ASH, que estaban relacionadas principalmente con el saneamiento, la limpieza del entorno y el agua.





Recopilación y visualización electrónica de datos en Venezuela como instrumento de promoción

En la República Bolivariana de Venezuela se creó un tablero de visualización de datos mediante KoboToolbox y Power BI, inicialmente como un recurso para que el Clúster ASH obtuviera datos de referencia y midiera los avances en la adopción de ASH y de la prevención y control de las infecciones en los establecimientos de salud. KoboToolbox facilitó la recopilación eficiente de datos gracias a su interfaz sencilla y compatible con dispositivos móviles, el uso de datos normalizados, el seguimiento en tiempo real (acceso instantáneo para analizar los datos de las encuestas) y el ahorro de tiempo y costos (sin necesidad de ingresar datos manualmente en papel, lo que ahorra recursos y reduce errores). KoboToolbox promueve el intercambio de información, al tiempo que mantiene la confidencialidad de los datos. Power BI permite la visualización de datos complejos (mediante cuadros, gráficos y mapas que aparecen de forma conjunta) y el tablero interactivo crea visualizaciones dinámicas que permiten a los usuarios explorar los datos de las encuestas e interactuar con ellos. Es importante destacar que muestra información y tendencias de los datos, lo que permite realizar comparaciones entre establecimientos y estados y ver los cambios producidos a lo largo del tiempo (antes, durante y después de la intervención). Entre 2020 y 2023, 205 establecimientos (60 hospitales y 145 centros de atención primaria de salud) de 15 estados realizaron evaluaciones WASH FIT y muchos efectuaron mejoras. En tres años se lograron importantes avances en saneamiento y gestión de desechos (mejoras del 34 % y el 39 %, respectivamente), y los menores avances se lograron en el acceso al agua (un 9 %) y la limpieza del entorno (un 4 %). Hubo un lento descenso en la higiene de las manos (un -6 %), lo que pone de relieve la necesidad de reforzar los servicios y las prácticas. El tablero y los datos brindaron un valioso instrumento de promoción, y los datos generados se utilizaron para orientar y priorizar las actividades y los recursos, y como parte de la presentación de informes a los donantes.

4.5 Determinación de costos, presupuestación y financiación

Un elemento central de la elaboración de los planes de mejora de WASH FIT es calcular el costo de las medidas prioritarias y presentar esos costos a las instancias decisoras. Si bien WASH FIT no proporciona orientación sobre la determinación de costos, existen varios recursos de alcance mundial que proporcionan cifras de referencia (16). Además, dada la especificidad local y el carácter fluctuante de los costos de los suministros, la mayoría de los países necesitan precisar las cifras mundiales o regionales para obtener cifras locales. WASH FIT fomenta la adquisición de suministros en el mercado local para respaldar una mayor sostenibilidad, reducir la huella de carbono asociada al transporte y garantizar la compatibilidad con la infraestructura existente. En varios países, incluidos **Filipinas**, **Ucrania** y **Zimbabwe** (véase el estudio de caso de Zimbabwe), los costos se calcularon sistemáticamente como parte de la planificación de mejoras.

Los planes de mejora que incluyen una estimación de costos son un medio de influencia importante para asegurar recursos adicionales. Por ejemplo, en **Ucrania**, los establecimientos pudieron presentar planes con estimaciones de costos a los municipios, quienes a su vez proporcionaron fondos para mejorar la canalización y el almacenamiento de agua, así como para instalar un nuevo pozo en un hospital. Los planes con estimaciones de costos también son importantes para comprender las necesidades

presupuestarias a la hora de cubrir los gastos de funcionamiento y mantenimiento y para abogar por aumentos presupuestarios en los establecimientos.

En **Nepal**, aunque algunos municipios están comenzando a incluir partidas presupuestarias concretas para WASH FIT, no hay fondos específicamente asignados para cubrir estas partidas. Sin embargo, WASH FIT ha ayudado a los establecimientos a priorizar las necesidades esenciales de ASH, en lugar de comprar artículos como sillas de oficina. En general, las autoridades locales no consideran que la salud y la educación sean prioridades, pero una intensa labor de promoción ha demostrado que esta dificultad se puede superar.



Costo de WASH FIT en Zimbabwe: el poder de los datos en relación con la promoción y la inversión

La COVID-19 fue un catalizador importante para la implantación de WASH FIT en **Zimbabwe**. Se utilizó por primera vez en 50 centros para aislamiento por la COVID-19 a fin de evaluar y realizar mejoras de importancia secundaria en la infraestructura. Un año después, el instrumento de evaluación se digitalizó y se integró en los sistemas del Ministerio de Salud y Atención a la Infancia y se implantó en otros 100 establecimientos de salud mediante formación adicional (instructores nacionales expertos que impartieron capacitación sucesiva hasta niveles subnacionales), planificación, mejoras y seguimiento. En 2022, el UNICEF, en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud y Atención a la Infancia, desarrolló un instrumento de cálculo de costos para ayudar a cuantificar los costos promedio del uso de WASH FIT y las mejoras necesarias. Se calculó una estimación de los requisitos presupuestarios totales para cada dominio de WASH FIT (agua, saneamiento, etc.) en 100 establecimientos a partir de los siguientes datos: ubicación del establecimiento (zona urbana o rural), tipo de establecimiento (hospital/centro de atención primaria de salud), población de influencia, número de camas, personal de los establecimientos y puntuación promedio de cada dominio de WASH FIT. Posteriormente, esa información se utilizó para calcular los costos de intervención indirecta y los costos operativos en función de la cantidad de personal de los establecimientos y el costo estimado de capacitación y suministros. El presupuesto nacional total necesario que se estimó para infraestructura (costos de capital no recurrentes), costos operativos (costos anuales) y suministros (gastos intangibles no recurrentes) fue de USD 116 millones. Estas estimaciones se han utilizado para abogar por un mayor gasto público. Como resultado, el Ministerio de Salud y Atención a la Infancia ha aumentado significativamente la inversión y ahora supervisa mensualmente el estado de ASH en los establecimientos de salud. Uno de los mayores factores del éxito ha sido la integración de la recopilación de datos en las estructuras existentes del Ministerio de Salud y Atención a la Infancia, en lugar de la creación de un sistema paralelo.



4.6 Integración con otros programas de salud

WASH FIT facilita la programación multisectorial al propiciar el diálogo entre todos los actores que comparten la responsabilidad de proporcionar servicios de ASH, como legisladores y encargados de la formulación de políticas, funcionarios de salud de distrito, administradores de hospitales, ingenieros de agua y saneamiento, especialistas en clima y medio ambiente y usuarios. En la siguiente sección figuran algunos ejemplos de dónde se ha utilizado WASH FIT para abordar esferas conexas: la sostenibilidad ambiental y la resiliencia climática; la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la inclusión social; la prevención y control de las infecciones, y los brotes o emergencias.

4.6.1 Sostenibilidad ambiental y resiliencia climática

Ante las crecientes amenazas a la salud asociadas al cambio climático y la degradación ambiental, todos los establecimientos de salud deben adoptar medidas para fortalecer la resiliencia y la sostenibilidad de sus servicios de ASH, gestión de desechos y energía. En la publicación *Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: orientaciones de la OMS* (2) se establecen cuatro requisitos fundamentales para brindar atención segura y de calidad. Uno de ellos es la gestión sostenible y segura de los servicios de agua, saneamiento y desechos de atención de la salud. La metodología WASH FIT incorpora elementos de esa publicación, como indicadores que pueden ser objeto de seguimiento y mejorarse sistemáticamente para fortalecer la adaptación y la resiliencia. En el cuadro 3 figura una comparación sencilla de los dos recursos. A continuación se resumen algunos ejemplos de la integración y utilización de WASH FIT para apoyar las iniciativas en materia de sostenibilidad y resiliencia climática en **Bangladesh, Filipinas** y la **República Democrática Popular Lao**.

Cuadro 3. Comparación de WASH FIT y recursos para la resiliencia climática

| | WASH FIT | Resiliencia climática y sostenibilidad |
|----------------------------------|--|---|
| Tema | Agua, saneamiento, higiene, desechos, limpieza del entorno, servicios de electricidad, gestión de establecimientos | Riesgos relacionados con el clima para el personal de salud, ASH, energía, infraestructura, tecnologías y productos |
| Alcance | Último estado del establecimiento y operaciones diarias | Planificación futura frente a emergencias y desastres |
| Metodología de evaluación | Herramienta de autoevaluación con indicadores esenciales y avanzados | Planificación de escenarios, inventario de vulnerabilidades, elaboración de estrategias de resiliencia |
| Resultados | Planes factibles, aplicación y seguimiento continuo de los planes | Estrategias de resiliencia, incluidos protocolos de respuesta a las olas de calor |
| Enfoque temporal | Corto a mediano plazo | Adaptación al riesgo climático a largo plazo |
| Usuarios/público objetivo | Personal de establecimientos de salud, sector de la salud. | Personal de establecimientos de salud, gestión ambiental, planificación urbana. |
| Ciclo de mejora | Se basa en un enfoque de mejora de la calidad; planificación prioritaria, implantación y supervisión | Se combinan la evaluación y la adopción de medidas; no hay orientación sobre priorización y mejoras progresivas. |



Adaptación y adopción nacional de WASH FIT en Filipinas, con especial atención a la resiliencia climática

Filipinas fue uno de los primeros países en publicar sus propias directrices específicas para el país sobre el uso de WASH FIT (17) y en dar carácter oficial al Instrumento a través de políticas y normas nacionales. Las directrices de WASH FIT se ajustan a las normas y directrices técnicas para establecimientos de salud ecológicos y seguros (2021) y el Plan de Desarrollo de los Establecimientos de Salud de Filipinas (2020-2040), la hoja de ruta del país hacia una atención de salud accesible. Estas políticas se centran en sistemas de atención de salud modernos, resilientes y sostenibles y subrayan la necesidad de una gestión y un uso eficientes de los recursos. El Plan de Acción Nacional de Medio Ambiente y Salud (2023-2030) estipula que WASH FIT se utilice para ayudar a fortalecer la capacidad del sistema de atención de salud a fin de responder al cambio climático, y en él se pide que se mejoren los entornos naturales y los entornos construidos para propiciar la mejora de la salud de la población. Las directrices de WASH FIT también incluyen elementos de planificación de la salubridad del agua y la seguridad del saneamiento.



En 2020, el Departamento de Salud revisó los indicadores mundiales de WASH FIT y los redujo a un conjunto más pequeño que se consideró esencial ante la COVID-19. Con el apoyo del UNICEF, el Departamento de Salud también estableció una plataforma digital para la

presentación de información, que incluye un conjunto de recursos para brindar al personal y a los administradores de establecimientos de salud acceso fuera de Internet al formulario de autoevaluación y a un tablero en línea en tiempo real para efectuar análisis rápidos. Esta versión simplificada se concibió para permitir la aplicación directa del recurso y la rápida elaboración de planes de mejora de ASH por parte de equipos multisectoriales de WASH FIT.

Hasta la fecha, este instrumento se ha utilizado en 538 establecimientos de 18 subregiones de Filipinas. Los datos sobre costos son recopilados por los establecimientos y estos se han utilizado para persuadir a los donantes e influir sobre las fuentes de financiamiento locales. Entre los ejemplos de mejoras resultantes de estos fondos cabe citar la adquisición de dos tanques de agua de 30 m³ (por un costo de aproximadamente USD 20 000) instalados en un establecimiento de la ciudad de Baguío. En la provincia de Aclán, los establecimientos recibieron un presupuesto de entre USD 1000 y USD 10 000 en el marco de un proyecto financiado por la Agencia de Cooperación Internacional de la República de Corea. Estos fondos se destinaron a tanques de agua, bombas, inodoros, dispensadores de agua, instalaciones para lavarse las manos y paneles solares. Otros donantes y asociados (por ejemplo, la Unión Europea y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) están apoyando la instalación de paneles solares en establecimientos de salud y analizando la elaboración de directrices sobre fontanería para la salud en el contexto de WASH FIT. Para superar los desafíos relativos a la implantación (es decir, acceder a fondos suficientes para las mejoras necesarias), se contrataron más expertos a nivel nacional, regional y provincial a fin de impartir la capacitación sucesiva. Estos expertos también ayudaron a recompensar a los profesionales con mejor desempeño (a partir de un sistema de puntuación de tres estrellas) como forma de motivar a las dependencias de los gobiernos locales a seguir realizando mejoras.



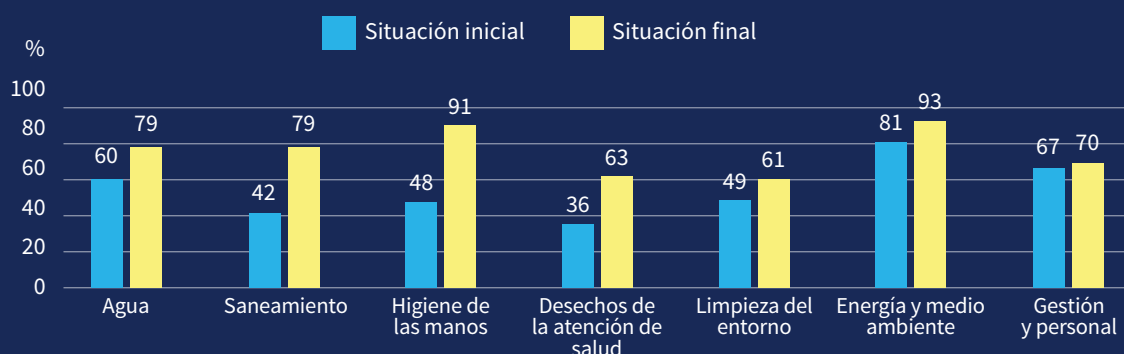
Adopción de WASH FIT con la atención centrada en el fortalecimiento de los sistemas y el clima en Bangladesh

El Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia de **Bangladesh**, con el apoyo del UNICEF, llevó a cabo una iniciativa de mejora de la calidad centrada en mejorar la prevención y el control de las infecciones durante la COVID-19, y posteriormente la amplió para adoptar WASH FIT siguiendo un enfoque de fortalecimiento del sistema de salud. El Ministerio ha implantado WASH FIT en 32 establecimientos, utilizando una versión adaptada localmente del Instrumento traducida al bengalí. Se han logrado mejoras en los siete dominios, de mayor envergadura en la higiene de las manos (de un 48 % a un 91 %) y el saneamiento (de un 42 % a un 79 %) (véase el gráfico). Después de que se impartiera formación desde el nivel nacional hasta el ámbito local, se crearon equipos de WASH FIT dentro de los equipos de gestión hospitalaria o los comités de mejora de la calidad en cada establecimiento, es decir, se utilizaron las estructuras existentes. Estos equipos organizan reuniones mensuales para examinar los avances y definir las medidas que se han de adoptar. Se organizan talleres de examen de WASH FIT en los distritos con los administradores de establecimientos para evaluar los resultados y facilitar el apoyo de los departamentos de ingeniería. El UNICEF también está

respaldando la investigación en materia de implantación para determinar con qué obstáculos se topa la adopción de WASH FIT y qué elementos facilitan esta, a los fines de ampliar su alcance. Se han elaborado materiales informativos, didácticos y de comunicación con la idea de llevarlos a imprenta y distribuirlos en todos los establecimientos. UNICEF Bangladesh está abogando por que el Ministerio incluya el ASH en el ámbito de los comités de mejora de la calidad y amplíe la implantación de WASH FIT a todos los establecimientos del país. Estas experiencias ayudarán a revitalizar el comité técnico nacional sobre ASH en los establecimientos de salud y a elaborar la estrategia nacional y el plan de acción conexos.

Está previsto continuar con la implantación de WASH FIT en 50 establecimientos en zonas vulnerables al clima, aunque esta labor se ha suspendido debido a problemas de financiación. Bangladesh ha adquirido una experiencia significativa con respecto a las modalidades de implantación después de poner en marcha el Instrumento en asentamientos de emergencia humanitaria. Anteriormente, WASH FIT se había implantado en 200 establecimientos de salud, aproximadamente, incluidos centros de atención primaria de salud, puestos de salud, hospitales de campaña, consultorios comunitarios, subcentros de salud y complejos de salud de *upazila*. Más de 550 profesionales de la salud y de ASH (ingenieros, administradores de establecimientos, médicos, personal de enfermería y personal afín) recibieron formación sobre WASH FIT gracias a la veintena de cursos de formación presenciales y sobre el terreno celebrados. También se elaboró una gran base de datos de indicadores de WASH FIT y un documental en video.

Comparación de las puntuaciones de WASH FIT entre la situación inicial y la final





Integración con una iniciativa climática nacional proporciona un medio de ampliación de escala en la República Democrática Popular Lao

WASH FIT se adoptó en la **República Democrática Popular Lao** en 2017, y el proyecto experimental inicial llegó a su término en 2019. Posteriormente se integró en la iniciativa nacional Hospitales Seguros, Limpios, Verdes y Resilientes al Clima. La incorporación de WASH FIT a un programa más amplio dirigido por el Gobierno brindó el mecanismo necesario para extenderlo por todo el país. En total, 125 hospitales de distrito (más del 90 % de todos los hospitales de distrito del país) han recibido formación y están implantando WASH FIT. Según los indicios aislados, el mayor éxito conseguido ha sido la mejora de la gestión de la calidad del agua, el saneamiento y la higiene de las manos. La gestión de desechos fue sistemáticamente el ámbito con peores resultados y ha sido la esfera más difícil de mejorar, sobre todo en las zonas rurales, donde también hay carencias en infraestructura municipal de gestión de desechos. Para hacer frente a esta dificultad, se añadió un sexto paso a WASH FIT, que consiste en que los hospitales evalúen los desechos por separado y elaboren un plan de mejora independiente. Tres hospitales modelo, repartidos por todo el país, organizan periódicamente demostraciones de estudios sobre gestión de desechos y prevención y control de infecciones para el personal de otros establecimientos de su región. Estos hospitales han demostrado ser de valor inestimable a la hora de inspirar cambios. Las visitas puntuales de la OMS a los establecimientos también han resultado útiles para solucionar problemas *in situ*.

Para complementar la iniciativa Hospitales Seguros, Limpios, Verdes y Resilientes al Clima, los indicadores de ASH se integraron en el sistema distrital de información de salud en 2023, y se espera que a partir de 2025 se recopilen datos y se presenten informes periódicos, lo que servirá como medio sistemático para evaluar los resultados de WASH FIT a nivel nacional. El Banco Mundial también ha incluido indicadores de WASH FIT en su plan de mejora de establecimientos de salud. A través del Ministerio de Salud, aproximadamente 800 establecimientos de salud han realizado evaluaciones para detectar riesgos, sobre la base de las cuales deben mejorar los servicios para recibir financiación basada en los resultados (aproximadamente USD 6000 por año para cada establecimiento).

4.6.2 Igualdad de género, inclusión de la discapacidad e inclusión social

En la planificación, el diseño y la gestión de los servicios de ASH en los establecimientos de salud se deben considerar la accesibilidad, la seguridad, la privacidad, la idoneidad o aceptabilidad social, la dignidad y la comodidad de los diferentes usuarios de un centro. Entre estos usuarios puede haber parturientas y menstruantes; lactantes y niños y niñas; personas mayores; personas con discapacidad; personas con prácticas y creencias religiosas o culturales, y personas que sufren lesiones, enfermedades o incontinencia. WASH FIT incluye indicadores que abordan cuestiones de igualdad de género, inclusión de la discapacidad e inclusión social y orientaciones para que el proceso de WASH FIT sea inclusivo y equitativo. Ciertos países y regiones están utilizando WASH FIT con éxito para dar respuesta a estos problemas, como en Oriente Medio e Indonesia (véanse los estudios de casos).



Empleo de un tablero en línea para crear conciencia sobre la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la inclusión social en Oriente Medio

En ocho países y territorios que contribuyen al tablero regional de WASH FIT en **Oriente Medio** se creó una puntuación para la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la inclusión social, basada en cinco indicadores relacionados con esos ámbitos.⁵ Esta labor demostró, por primera vez, que se prestaba poca atención a la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la inclusión social en los establecimientos: de 11 123 establecimientos encuestados, más del 80 % apenas tenían servicios sensibles a estos ámbitos o carecían por completo de ellos (el 51 % no tenía ningún tipo de servicio), los peores resultados de todos los dominios. La generación de estos parámetros ha demostrado ser muy valiosa para iniciar debates a nivel nacional sobre las necesidades de las mujeres y los grupos vulnerables, algo que antes rara vez se consideraba.



© OMS/Sebastian List. Una trabajadora sanitaria atiende a un paciente en Islamabad, Pakistán

⁵ Estos cinco indicadores fueron la separación por género de las instalaciones de aseo, las instalaciones de aseo que permitían manejar la higiene menstrual, las instalaciones de aseo que satisfacían las necesidades de las personas con movilidad reducida, la disponibilidad de duchas/espacios funcionales para que las mujeres se bañen y la participación de los grupos marginados a la hora de determinar las necesidades de ASH.



Utilización de WASH FIT para que los establecimientos sean más accesibles en Indonesia

Con el apoyo de los gobiernos municipales, nueve *puskesmas* (centros de atención primaria de salud) de dos ciudades de la provincia de Lampung han trabajado para que sus centros sean más inclusivos y tengan en cuenta las cuestiones de género. Esta labor fue dirigida por SNV Indonesia y su asociado local Yayasan Konservasi Way Seputih, que trabajaron para mejorar los servicios. Uno de los *puskesmas* añadió rampas a la entrada y para los retretes, amplió las puertas de los baños de 80 a 100 cm para permitir que las sillas de ruedas entren y salgan más fácilmente, y dotó las instalaciones de aseo con cortinas para aumentar la privacidad de los usuarios. En otro, el grupo de trabajo WASH FIT ha comenzado a priorizar el manejo de la higiene menstrual en las instalaciones de aseo femenino, mediante el suministro de productos de higiene menstrual, especialmente para adolescentes y mujeres en puerperio. También cambiaron el proceso de registro y la sala de espera del establecimiento para dar prioridad a las personas con discapacidad, junto con las embarazadas y los pacientes de edad avanzada. El director del centro dijo: «Tenemos muchos pacientes con discapacidad, personas mayores y embarazadas. Tienen los mismos derechos a los servicios de atención de salud y damos prioridad a los grupos de población más vulnerables para que sean atendidos [aquí]».

La composición de los equipos de WASH FIT, en los que había representantes de personas con discapacidad, mujeres, gente joven y organizaciones religiosas que viven en los alrededores de cada *puskesmas*, fue fundamental para lograr resultados satisfactorios: cada establecimiento puede recopilar comentarios directos de sus usuarios y siente la responsabilidad de cumplir con su deber para con la comunidad circundante. El enfoque participativo, en el que todos los indicadores de WASH FIT se analizaron colectivamente sin que se dijera a los participantes qué mejoras se debían realizar, generó un mayor entusiasmo entre el personal y la dirección sobre la mejora de sus servicios. También fue útil el apoyo de los gobiernos municipales y los alcaldes.

Sobre la base de este trabajo, el Ministerio de Salud prevé realizar un análisis de la situación para incorporar la igualdad de género, la inclusión de la discapacidad y la inclusión social a los servicios de ASH a fin de proporcionar una referencia desde el punto de vista de las políticas y programas a nivel nacional y en determinados distritos (ciudad de Padang, provincia de Sumatra Occidental; ciudad de Balikpapan, provincia de Kalimantan Oriental; distrito de Bantul, provincia de Yogyakarta).



© OMS/Indonesia. Una paciente utiliza un cuarto de baño apto para personas con discapacidad.

4.6.3 Vinculación de WASH FIT con la prevención y el control de las infecciones

El ASH es un requisito mínimo para lograr programas sólidos y eficaces de prevención y control de las infecciones y para aplicar buenas prácticas en ese ámbito (18, 19, 20). La integración del ASH y la prevención y control de las infecciones se fortalece aún más a través del Plan de Acción Mundial y el Marco de Seguimiento para la Prevención y el Control de las Infecciones (2024-2030), que hace hincapié en la importancia del ASH e incluye varias metas e indicadores que abarcan el ASH en los establecimientos de salud (21). Para respaldar la implantación de la prevención y el control de las infecciones, hay varios instrumentos de evaluación y guías de aplicación disponibles (22, 23). El despliegue de WASH FIT junto con estos enfoques respalda una planificación de medidas y una evaluación más exhaustivas y holísticas en relación con el ASH y la prevención y control de las infecciones. Se están empleando cada vez más enfoques integrados de ASH y prevención y control de las infecciones a nivel de país, incluso hecha de Ucrania (véase el estudio de caso).

4.6.4 Uso de WASH FIT en emergencias agudas y crónicas

Las emergencias pueden referirse a situaciones de evolución lenta o rápida, así como a emergencias complejas por motivos políticos en todos los países. Pueden incluir desastres, término que se refiere principalmente a desastres naturales, como los que propician los fenómenos climáticos extremos (por ejemplo, huracanes, tifones o inundaciones), las sequías, los terremotos y las enfermedades, así como situaciones derivadas de guerras, conflictos y migraciones masivas. Muchos sistemas de salud en todo el mundo no están preparados y son incapaces de prestar servicios básicos, y se ven aún más sobrecargados cuando se enfrentan a una emergencia aguda o crónica, al imposibilitar que respondan a los brotes de enfermedades y brinden atención de calidad. WASH FIT proporciona un marco para que los establecimientos cumplan con los requisitos de prestación de servicios básicos y, por lo tanto, refuerzan sus capacidades de preparación y respuesta ante estas situaciones. WASH FIT se ha utilizado en varios contextos de emergencia, desde emergencias agudas causadas por fenómenos meteorológicos hasta emergencias crónicas resultantes de conflictos y desplazamientos. En **Ucrania**, WASH FIT se está utilizando para fortalecer la resiliencia y responder a los efectos del conflicto.



La integración del ASH y la prevención y control de las infecciones pone de manifiesto que pequeñas mejoras catalizan mayores mejoras, incluso en tiempos de guerra

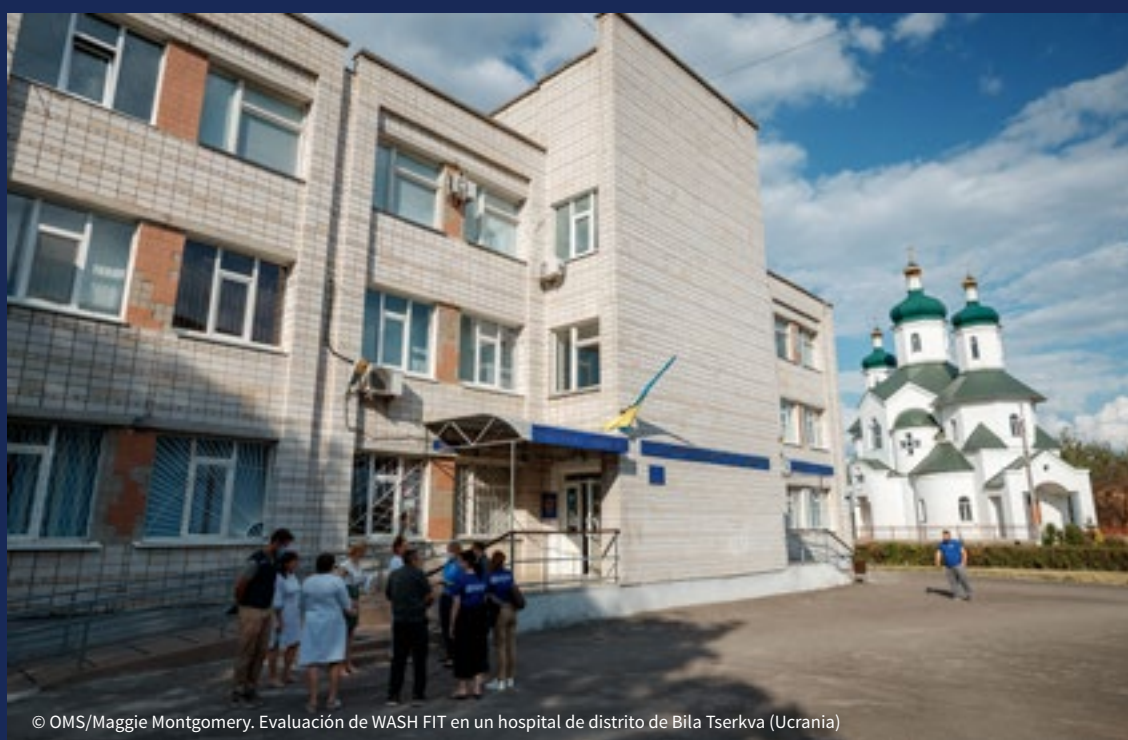
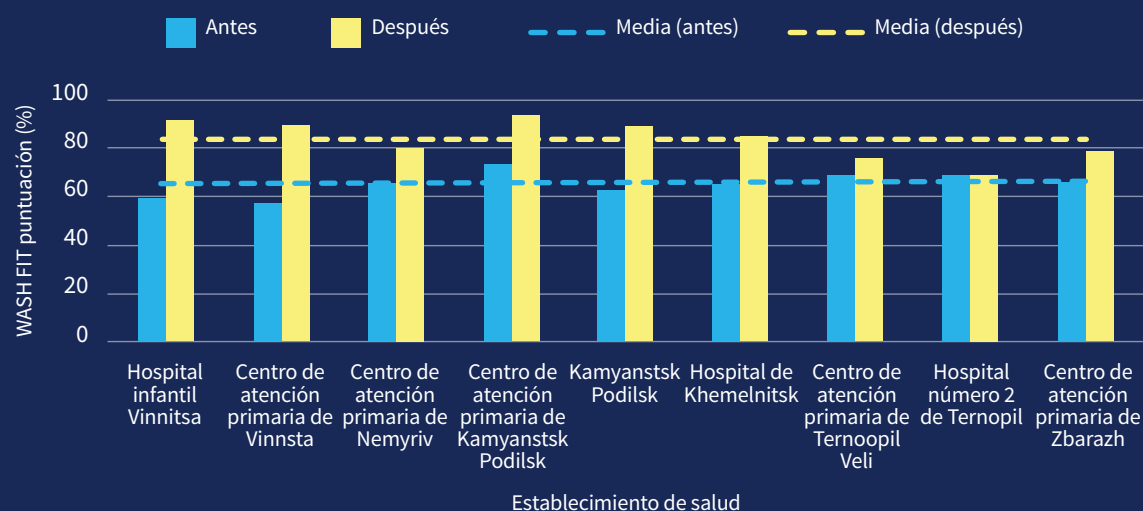
Se estima que en 2024, 9,6 millones de personas en **Ucrania** necesitan asistencia para satisfacer sus necesidades básicas de agua, saneamiento e higiene (24). Como parte de iniciativas más amplias para fortalecer la resiliencia y la seguridad de los servicios de agua y saneamiento en Ucrania, la OMS, el Ministerio de Salud de Ucrania, el Centro de Salud Pública de Ucrania y los Centros Regionales para la Prevención y el Control de Enfermedades, junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, han estado trabajando desde 2022 para facilitar mejoras en los servicios en los centros de atención médica a través del ASH, además de fortalecer las políticas y normas nacionales. Uno de los componentes es la implantación de WASH FIT.

En total, han participado 18 establecimientos modelo con carácter experimental en el centro y este de Ucrania (cerca de la línea del frente), a través de actividades de formación, mentorías y financiación inicial, para implantar conjuntamente WASH FIT y el Marco de Evaluación de Prevención y Control de Infecciones de la OMS (23). El apoyo brindado incluye formación práctica sobre gestión de desechos, limpieza e higiene de las manos, todas ellas esferas en que el personal indicó que le gustaría recibir más respaldo. Los asociados, incluido el UNICEF, están brindando asistencia a otros 200 establecimientos en toda Ucrania para que adopten WASH FIT. La financiación inicial contribuyó a pequeñas mejoras, como el suministro de contenedores de separación de desechos y materiales para la higiene de las manos. A través de la promoción de los resultados iniciales de WASH FIT y el diálogo con los municipios, los establecimientos pudieron recaudar fondos para inversiones a mayor escala, como nuevos pozos, depósitos de almacenamiento de agua y mejoras de fontanería.

En general, el proceso de WASH FIT propició que los establecimientos efectuaran cambios positivos. Los nueve establecimientos de carácter experimental en los que se pudieron recopilar datos (los otros nueve no eran accesibles debido a la guerra) gestionaron de manera más eficaz los riesgos relacionados con el agua, reemplazaron grifos rotos, mejoraron las prácticas de gestión de desechos (al interrumpir prácticas obsoletas, como la desinfección con cloro de los desechos) e instalaron fuentes de respaldo para el abastecimiento de agua. En el siguiente gráfico figura el cambio general en las puntuaciones de WASH FIT de los nueve establecimientos de carácter experimental de los que se disponía de datos. Transcurridos seis meses desde la implantación, las mayores mejoras se observaron en la gestión de desechos de la atención de salud y la higiene de las manos, con un aumento del 67 % y del 69 %, en promedio, con respecto a los valores iniciales. Esta iniciativa ha demostrado que se pueden lograr pequeñas mejoras incluso con recursos limitados y durante tiempos de conflicto, y que estas pueden catalizar mejoras e inversiones de mayor enjundia.

Las normas nacionales basadas en la salud, las mentorías y las actividades de formación práctica de carácter periódico y los programas de desarrollo de competencias profesionales ayudaron a impulsar mejoras. La participación y el fortalecimiento de las entidades nacionales de salud pública son fundamentales para la institucionalización y las iniciativas con miras a la ampliación del alcance. La labor posterior se ha centrado en integrar WASH FIT en la legislación nacional, garantizando que los Centros Regionales de Ucrania para el Control y la Prevención de Enfermedades tengan la capacidad de liderar las actividades de formación y las mentorías, así como en incorporar los indicadores de WASH FIT a los sistemas nacionales de seguimiento.

Puntuaciones WASH FIT al inicio y seis meses después de la intervención



En el **Yemen**, WASH FIT se adoptó durante la pandemia de COVID-19 para evaluar los servicios de ASH en los establecimientos de salud destinados para su uso como unidades de aislamiento. Un grupo de trabajo técnico, en el marco de los grupos orgánicos Salud y ASH, tomó la iniciativa en relación con la implantación del Instrumento en esos establecimientos de salud, con el apoyo de asociados que continuaron utilizando WASH FIT para determinar cuáles eran los mayores desafíos y encontrar recursos disponibles para dar respuesta a cada uno ellos, así como para definir las funciones y responsabilidades. Sin embargo, fue difícil una implantación congruente, ya que había una capacidad limitada para realizar evaluaciones y definir prioridades en algunos establecimientos. También fueron frecuentes los daños a

lavabos y grifos por parte de los usuarios. A partir de las constataciones, la OMS prestó apoyo al Ministerio de Salud con un conjunto de actividades de formación en funcionamiento y mantenimiento dirigido al personal que trabaja en establecimientos de salud, además de facilitar un conjunto de instrumentos para ayudar a los establecimientos a solucionar problemas de fontanería de manera más rápida y sencilla.



© OMS/Arabella Hayter. Un equipo WASH FIT analiza los resultados de la evaluación en un hospital de distrito de Mali.

WASH FIT se adaptó para su uso en Gaza, en el **territorio palestino ocupado**, mediante una evaluación simplificada que consta de 27 preguntas (según lo acordado por el grupo orgánico ASH). Una adaptación notable fue la inclusión del número de personas alojadas en un establecimiento entre el número total de pacientes, algo que afecta en gran medida a la cantidad de agua y las necesidades de

letrinas. Los problemas más comunes que se señalaron fueron la calidad del agua en los hospitales, el saneamiento (debido al hacinamiento), las deficiencias en la limpieza y desinfección del entorno por falta de suministros, la eliminación de desechos y la interrupción general de los servicios ordinarios. También fueron frecuentes los daños a lavabos y el robo de grifos.

El conflicto actual y la inestabilidad sociopolítica son un desafío para la implantación de WASH FIT en el Sahel, especialmente en **Burkina Faso, el Chad, Malí y el Níger**. Algunos establecimientos quedan fuera del alcance del personal del Ministerio de Salud, la OMS, el UNICEF y otros asociados en la ejecución, lo que dificulta la introducción de mejoras, la prestación de apoyo continuo y el seguimiento de los progresos a lo largo del tiempo. En el **Chad**, la inestabilidad actual (y el cambio climático) ha provocado una afluencia de refugiados a nuevas zonas en el este y el sur del país y en el entorno del lago Chad, lo que resta atención al fortalecimiento de los sistemas y desvía los escasos recursos disponibles a la respuesta de emergencia.

En el **Níger**, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, IRC y World Vision estaban apoyando mejoras en WASH FIT en 15 establecimientos, pero constataron que no se podía llegar a tres establecimientos debido al conflicto y a la inseguridad existentes. Si bien el personal de esos establecimientos se benefició de la creación de capacidad y recibió suministros, no se pudieron realizar evaluaciones ni labores de seguimiento, de manera que no se recabaron pruebas del uso efectivo de WASH FIT. Los establecimientos que utilizan WASH FIT lo han hecho con distintos niveles de calidad, ya que se ven obstaculizados por la rotación de personal gubernamental, que es asignado a otros distritos o regiones. WASH FIT se encuentra en una etapa de ampliación de su alcance, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, con un número creciente de asociados interesados y que lo apoyan, y el número de miembros del Grupo de Trabajo Técnico de WASH FIT ha aumentado de 10 a 20.



Utilización de WASH FIT para evaluar y mejorar los centros de tratamiento del cólera en el Líbano

En el **Líbano** se desarrollaron tres versiones del instrumento de evaluación de WASH FIT para centros de atención primaria de salud, dispensarios y hospitales, que fueron aprobadas por el Ministerio de Salud. Posteriormente, ocho funcionarios designados llevaron a cabo evaluaciones en 463 establecimientos de salud, incluidos 31 hospitales gubernamentales, 289 centros de atención primaria de salud y 143 dispensarios. Se contrató a una empresa para que tomara muestras y analizara el agua en los establecimientos seleccionados en busca de cloro libre, *E. coli* y coliformes totales.

Entre los centros de atención primaria de salud evaluados, se analizaron 50 establecimientos ubicados en zonas de alto riesgo de cólera. Se dio prioridad a los centros con las puntuaciones más bajas de WASH FIT para realizar mejoras en ASH, y se preparó una estimación cuantitativa con el costo previsto de las mejoras en 16 establecimientos de alta prioridad. Sobre la base de esos resultados y el presupuesto disponible, se seleccionaron 12 centros de atención primaria de salud para realizar mejoras en ASH, que beneficiaron a los más de 180 000 libaneses y sirios que acceden a esos centros.

Las mejoras incluyeron: i) la instalación de nuevas unidades de tratamiento de aguas para proporcionar agua potable salubre y limpia en el establecimiento; ii) la rehabilitación o construcción de instalaciones sanitarias (incluidos sanitarios, alicatados, pintura, tuberías y accesorios) para garantizar que las instalaciones estuvieran separadas por género y hubiera instalaciones para personas con discapacidad y para pacientes/personal; iii) la rehabilitación o construcción de lugares para lavar las manos en puntos de atención médica (es decir, salas de consulta) cuando sea posible, y iv) la instalación de unidades de refrigeración para el almacenamiento adecuado de desechos infecciosos, reparaciones y despliegue de instalaciones eléctricas e instalación de una planta de tratamiento de aguas residuales para un centro de atención primaria de salud.

4.7 Evaluación de los resultados y los beneficios percibidos de WASH FIT

El 45 % de los países que respondieron a la encuesta declararon que no habían realizado ninguna evaluación de los resultados e impactos de WASH FIT, lo que significa que la disponibilidad de datos sobre la eficacia de WASH FIT es limitada. Esta circunstancia podría deberse a que el Instrumento se había implantado hacía poco tiempo, aparte de que los recursos para recopilar datos son limitados. Seis países (**Fiji, Indonesia, Kenya, República Democrática Popular Lao, Uganda y Vanuatu**) declararon que tenían previsto realizar una evaluación. Estas constataciones son compatibles con un examen realizado por el Instituto del Agua de la Universidad de Carolina del Norte, que analizó toda la información disponible publicada con datos de WASH FIT y concluyó que había pocos resultados publicados (véase el recuadro de texto 4).



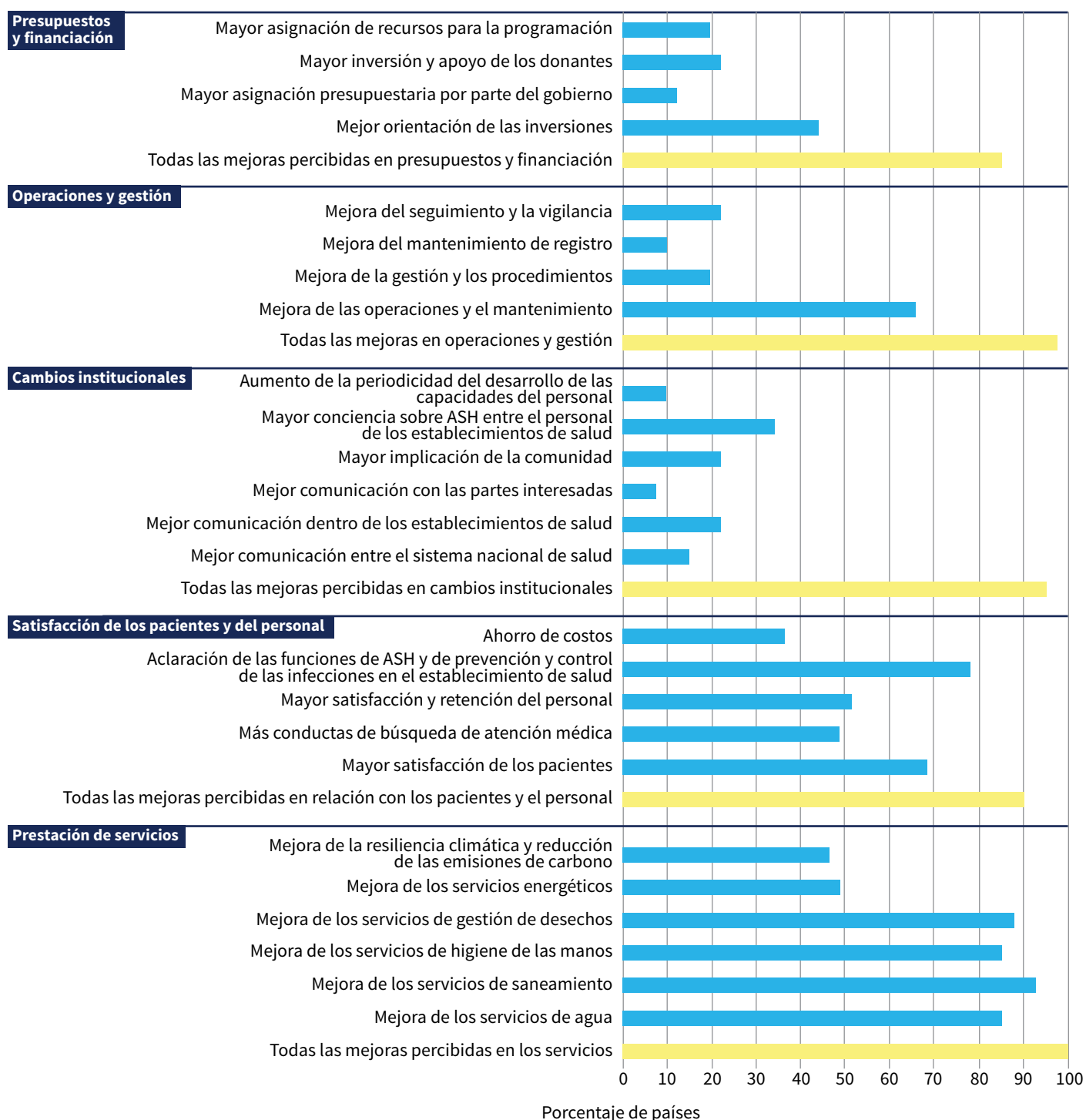
Recuadro de texto 4

Un examen realizado en 2024 por el Instituto del Agua de la Universidad de Carolina del Norte examinó la eficacia de WASH FIT y arrojó como conclusión que WASH FIT posiblemente mejoraba los niveles de servicios de ASH, pero la información disponible era precaria e insuficiente para evaluar la repercusión transformadora en el ámbito de la salud. Sin embargo, este examen se basó en la escasa cantidad de información publicada disponible (25).

De los 24 estudios incluidos en el examen, diez señalaban que WASH FIT había contribuido a cambios de políticas o había justificado decisiones gubernamentales para ampliar el alcance de WASH FIT. En cuatro estudios se indicaba que la implantación de WASH FIT había ayudado a mejorar la colaboración con las entidades gubernamentales. Siete estudios indicaban que WASH FIT había ayudado a justificar los presupuestos asignados a los servicios de ASH. En 12 estudios también se observaron mejoras en la seguridad ocupacional o en los conocimientos, actitudes o prácticas entre el personal de atención médica, los pacientes o los miembros de la comunidad. La mayoría de esos cambios se comunicaron cualitativamente a través de entrevistas u observaciones. Por último, en cuatro estudios se indicaba que WASH FIT había ayudado a aumentar la participación de la comunidad al crear nuevas vías e incentivos para que los trabajadores de la salud se relacionaran con los miembros de la comunidad.

Ahora bien, una abrumadora mayoría de quienes respondieron a la encuesta percibieron que WASH FIT había tenido una incidencia positiva. El 100 % consideró que había mejorado la prestación de servicios; el 98 % percibió una mayor eficiencia operativa y una mejor gestión; el 90 % percibió una mayor satisfacción de los pacientes y el personal, y el 85 % percibió una que la orientación de las inversiones en ASH era más precisa en relación con los establecimientos de salud (véase la figura 5). También hubo una mayor conciencia sobre los factores de riesgo y la importancia del ASH para la calidad de la atención entre los trabajadores de la salud y, específicamente, entre el personal de apoyo en **Malawi**, **Nepal** (véase el estudio de caso) y el **Togo**. En **Viet Nam**, WASH FIT ha ayudado a los establecimientos a abordar y mejorar la resiliencia climática.

Figura 5. Mejoras percibidas gracias a WASH FIT



Estudio de caso

Motivación del personal de limpieza y evaluación de los resultados de WASH FIT en Nepal

En **Nepal** se constató que el personal de limpieza estaba más motivado en su trabajo gracias a WASH FIT. Ser parte del comité WASH FIT dio a los limpiadores y limpiadoras (conocidos localmente como *Karyalaya Sahayogi*) un papel explícito en el proceso de toma de decisiones sobre el ASH dentro del establecimiento. Este reconocimiento no solo validó su función esencial, sino que también les dio un sentido de responsabilidad e identificación, y su participación sistemática en la toma de decisiones los hizo sentir respetados y reconocidos por sus contribuciones, a diferencia de lo que sucedía con anterioridad. Además, WASH FIT les brindó una valiosa formación, lo que mejoró sus competencias y aumentó su confianza, mientras que las mejores condiciones hicieron que su entorno de trabajo fuera más agradable y eficiente. Otros comentarios ponen de manifiesto que la integración de nuevas esferas (gestión energética, inclusión de género y adaptación al cambio climático) en la versión 2.0 de WASH FIT ha enriquecido significativamente el programa y sus resultados. Las enseñanzas extraídas inicialmente incluyen la importancia de disponer de fuentes de energía fiables a los fines de la continuidad operativa, los beneficios de los enfoques sensibles al género para obtener resultados de salud equitativos y la necesidad de infraestructuras y prácticas resilientes al clima para garantizar la sostenibilidad. Estas enseñanzas complementarias han contribuido a intervenciones en materia de ASH más amplias y eficaces, lo que se ha traducido en una mejora de la salud y la seguridad en los establecimientos de salud.



© OMS/Robic Upadhayay. Formación WASH FIT en el puesto de salud de Dhungrekhola



© OMS/Robic Upadhayay. Un miembro del equipo WASH FIT participa en una formación



La formación me ha permitido darme cuenta de que se necesitan muchas mejoras en mi establecimiento de salud y estoy decidido a trabajar para cambiar las cosas.



Partera, después de participar en una actividad de formación de WASH FIT.

En una evaluación de los proyectos de WASH FIT en tres países (**Benin, Malí y Nepal**) realizada por el Consorcio Suizo de Agua y Saneamiento se constató que WASH FIT, a través de su enfoque participativo y gracias a sus indicadores simples y fáciles de entender, había permitido la introducción de listas estructuradas de personal de limpieza, mecanismos de seguimiento, evaluaciones de necesidades y riesgos, resultados claros de los planes de trabajo para las operaciones diarias y futuras y planes de mejora simples y fácilmente comunicables cuyo costo se puede calcular. Todos estos aspectos tienen un valor inestimable para la promoción y la recaudación de fondos. Se llegó a la conclusión de que WASH FIT tiene una incidencia positiva notable en la limpieza del entorno de trabajo, la motivación del personal y la seguridad. De manera anecdótica, las tasas de infección se redujeron y la asistencia de pacientes aumentó en algunos establecimientos; sin embargo, no se disponía de datos de seguimiento fiables para confirmarlo. «La gente quiere tener a sus bebés aquí [en un centro de salud en Benin], en lugar de tenerlos en casa. Un hombre hizo una donación al centro después de que su esposa diera a luz aquí porque estaba muy contento de tener acceso al servicio».

| Factores que pueden explicar la eficacia de WASH FIT | Obstáculos en materia de sostenibilidad |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfoque participativo con un equipo inclusivo. 2. Indicadores fáciles de entender. 3. Resultados a partir de un plan de trabajo claro, con prioridades establecidas y estructurado para futuras mejoras. 4. Resultados a partir de un plan de trabajo claro y estructurado para las operaciones diarias. 5. Facilidad para el cálculo de costos y la presupuestación de los planes de mejora. 6. Instrumento de promoción tangible y sencillo. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fuentes locales de financiación limitadas: compromisos presupuestarios contraídos desde hace mucho tiempo. 2. Escasa implicación del gobierno local. 3. WASH FIT no se ha adoptado oficialmente en las políticas o directrices nacionales. 4. Escasa implicación del personal y de la comunidad. 5. Rotación de personal y pérdida de los conocimientos institucionales. |

Fuente: Consorcio Suizo de Agua y Saneamiento (26)

La interacción de cada establecimiento con los comités de salud comunitarios para convenir a qué ámbitos se debería destinar la inversión garantizó en gran medida que las inversiones se centraran en cuestiones prioritarias para cada establecimiento, por ejemplo, la instalación de alicatados en las salas de tratamiento para mejorar la facilidad y eficacia de la limpieza del entorno. Cuando un establecimiento dio prioridad a mejorar su puntuación WASH FIT, y no lugar a necesidades específicas detectadas, los fondos no se utilizaron necesariamente de manera eficiente. Un ejemplo es la instalación de un filtro de bioarena en un establecimiento en Nepal, donde no se llevaron a cabo suficientes análisis para confirmar si el filtro era necesario. Además, casi todas las instalaciones de aseo adaptadas para personas con discapacidad que se instalaron estaban centradas en la falta de movilidad física, pero con una mínima inversión se podrían haber adaptado para personas con discapacidad visual o que necesitan auxiliares auditivos.



Evaluación de WASH FIT en Burkina Faso

Burkina Faso, con el apoyo financiero del UNICEF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, comenzó a implantar WASH FIT en 43 establecimientos en 2020-2022, y realizó una evaluación para determinar su éxito dos años después. Los establecimientos de salud llevaron a cabo evaluaciones del ASH mediante la recopilación de datos digitales en KoboToolbox y luego introdujeron mejoras en la infraestructura. La evaluación analizó el impacto de WASH FIT y las enseñanzas extraídas que permitirían al UNICEF y otros actores relacionados con el ASH reproducir mejor el modelo en diferentes regiones del país. Durante la evaluación, los establecimientos señalaron una mejora general media de su puntuación WASH FIT del 34 % (un 35 % en relación con el agua, un 29 % en relación con el saneamiento, un 33 % en relación con la higiene de las manos y un 32 % en relación con la gestión de establecimientos). Estos resultados satisfactorios se atribuyeron a distintos factores. El Instrumento se articula adecuadamente con los objetivos estratégicos del Programa Nacional de Abastecimiento de Agua Potable (2016-2030) y el Programa Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales y Excrementos (2016-2030), que representan el marco programático para todas las intervenciones en materia de agua potable, higiene y saneamiento en las zonas urbanas y rurales de Burkina Faso. También fue útil involucrar al personal de los establecimientos, a los miembros de las comunidades y a las autoridades de los distritos locales en la elaboración del plan de mejora. Los administradores de los establecimientos se comprometieron en mayor medida con el mantenimiento de los servicios (cuando los recursos lo permitieran), y las partes interesadas locales (ayuntamientos, grupos comunitarios y comités de WASH FIT) apoyaron de manera más activa a los establecimientos para que realizaran mejoras. Los materiales informativos, didácticos y de comunicación utilizados como parte del proceso motivaron a los trabajadores de la salud y a las comunidades a mejorar la higiene en los establecimientos de salud, y esto a su vez tuvo un efecto positivo en las prácticas de ASH en los hogares. Los factores que obstaculizaron el desempeño fueron el deterioro de la situación de seguridad y la elección equivocada del período de intervención (durante lluvias violentas y torrenciales), lo que provocó que algunas localidades se volvieran inaccesibles, retrasos en la ejecución de las actividades y falta de recursos financieros (que dieron lugar a que la infraestructura colapsara, que ciertas actividades descritas en los planes de mejora no se llevaran a cabo y que no se pudieran pagar los costos de limpieza, funcionamiento y mantenimiento). El deterioro de algunos edificios, sumado a la ausencia de vallas alrededor de algunos establecimientos, aumentó el riesgo de vandalismo y la inseguridad de las personas y las propiedades, por lo que las mejoras fueron menos sostenibles en estos casos. Las estrategias para aumentar el éxito en el futuro incluyen mejores mecanismos para la financiación endógena de los planes de mejora, una mayor participación comunitaria y el fortalecimiento de las capacidades de las partes interesadas, así como hacer que los municipios formen parte del eje central de WASH FIT y aumentar su protagonismo en la gestión de los establecimientos. Por último, tener en cuenta el género y la equidad en todas las etapas hará que los resultados sean más sostenibles. En general, WASH FIT fue bien acogido y se consideró un éxito.

4.8 Principales desafíos para la implantación

Con diferencia, el obstáculo para la implantación que más se citó fue la escasa financiación para WASH FIT (n=17, un 35 %), incluida la dependencia excesiva (o total) de la financiación de los donantes y la falta de fondos locales. A continuación figuró la falta de respaldo activo y liderazgo del gobierno (n=11), una escasa capacidad técnica (analfabetismo, capacidad limitada del personal, instrumento demasiado complejo, falta de apoyo continuo) (n=9), la renuencia del personal de los establecimientos, incluida la alta dirección, a colaborar (n=7) y la rotación de personal (n=1). En cinco países se citaron como dificultades la falta de colaboración entre las diferentes partes interesadas y la deficiente definición de las funciones y responsabilidades.

Existen numerosos retos relacionados con la financiación, como así reconocen 24 países (el 50 %). Se necesitan fondos tanto para iniciar el proceso de WASH FIT como para luego efectuar y mantener las mejoras. Por lo general, es difícil encontrar financiación para adquirir suministros y materiales de ASH y gestión de desechos (por ejemplo, autoclaves, contenedores, destructores de agujas o productos de limpieza) o incluso para efectuar pequeñas mejoras en la infraestructura (como mejoras en el sistema de agua o en el almacenamiento de agua, la construcción de un edificio de almacenamiento de desechos o modificaciones para hacer los baños más accesibles para el personal, los pacientes y las personas con movilidad reducida). Gran parte de la financiación gubernamental se destina al personal, lo que deja pocos recursos para la realización de reparaciones y mejoras. Las complicaciones asociadas a la burocracia también pueden dificultar la liberación de fondos cuando se necesitan, incluso si están disponibles. Los gobiernos de los ámbitos federal y provincial deben tener un presupuesto específico como parte de su planificación anual y permitir que los gobiernos locales accedan a sus recursos. Si no se coordinan en el ámbito nacional las actividades de WASH FIT entre los asociados, las brechas de financiación no se abordan de manera coherente, lo que supone otro reto.

Otros obstáculos fueron las dificultades para acceder a los establecimientos debido a arduas situaciones de seguridad o brotes (n=4), o por razones geográficas, cuando los establecimientos están dispersos a lo largo de grandes distancias o en numerosas islas, lo que hace que sea complicado llegar a ellos (n=2). Cuando los países atraviesan períodos de inseguridad, conflictos y guerras, WASH FIT se ha visto perjudicado por las prioridades gubernamentales antagónicas. También fue un problema la ausencia de normas y políticas nacionales (n=3) y de un marco legal o un mandato para el Instrumento (n=2). En dos países se aplican en paralelo otros enfoques en el ámbito de los establecimientos, lo que da lugar a que el respaldo activo que se destina a WASH FIT sea limitado.

En la **República Democrática del Congo**, los enfoques paralelos (es decir, diferentes instrumentos de mejora que se aplican en los establecimientos) y la falta de interés e información entre los servicios públicos constituyeron un freno para la implantación de WASH FIT. En el **Chad**, uno de los primeros países en utilizar WASH FIT de manera experimental, la implantación cesó después de que se agotara la financiación del proyecto, en un momento en que el sistema de salud del país se ve sometido a nuevas presiones por el cambio climático y la inestabilidad política. **Maldivas** y el **Togo** también mencionaron la falta de financiación.

4.9 Limitaciones de datos

Hay varias limitaciones importantes en cuanto a los datos que se utilizan en este análisis. En primer lugar, no todos los países que se sabe que han utilizado WASH FIT participaron en la encuesta, lo que significa que el número de países que comparten información no brinda una imagen exacta de la escala de la implantación. En segundo lugar, aunque se pidió a los países que presentaran una sola respuesta integrada, varios países presentaron más de una respuesta. Esta circunstancia generó algunas discrepancias en los datos y da a entender que la comunicación y la colaboración a nivel nacional son limitadas (y, por lo tanto, existe una falta de institucionalización). En los casos en que los países presentaron más de una respuesta, muchas de ellas eran contradictorias, con contestaciones diferentes según el tipo de encuestado (si era del ámbito gubernamental o no gubernamental). Este hecho hace difícil que se pueda determinar la exactitud de cierta información, a pesar de los intentos de hablar con los encuestados para verificar los datos.

WASH FIT está diseñado como un marco flexible que puede adaptarse e implantarse de acuerdo con el contexto nacional o local, lo que dificulta las comparaciones y el análisis entre países. El propósito general de WASH FIT es ofrecer un recurso para ayudar a los establecimientos a realizar mejoras. No está diseñado para generar datos o análisis de ámbito mundial. Además, hay relativamente pocas publicaciones sobre WASH FIT y la presentación de información sobre los programas y los resultados es incompleta e incongruente. Por lo tanto, no fue posible analizar estadísticamente los datos. Los datos de la encuesta se complementaron con información y estudios de casos de otros países; sin embargo, estos países no se incluyeron en ningún análisis cuantitativo, lo que añade un posible sesgo a los cálculos.

5 Recomendaciones

La adopción de WASH FIT continúa creciendo en todas las regiones, y un número cada vez mayor de países lo adaptan y adoptan como el mecanismo aprobado a nivel nacional para mejorar la calidad de la atención a través del ASH. Dicho esto, sigue habiendo numerosas lagunas y dificultades, como se destaca a lo largo de este documento. A continuación se ofrecen algunas recomendaciones en respuesta a los retos señalados.

Institucionalización

En general, existe una evidente necesidad de una mayor institucionalización para garantizar que todas las partes interesadas utilicen un enfoque común, basado en un conjunto de indicadores validados a nivel nacional. El análisis de riesgos y la priorización de mejoras sustentan los procesos de planificación del sector de la salud y de los gobiernos locales. Estos, a su vez, deben estar vinculados a una financiación sistemática y a largo plazo de las mejoras en WASH FIT y el ASH. A escala nacional, y como requisito básico, el Instrumento debe ajustarse a las normas nacionales y a cualquier programa existente, y estar validado por el ministerio de salud, con funciones y responsabilidades claramente definidas para todos los participantes (gobierno local y nacional, asociados, trabajadores de la salud). Para ello se puede recurrir a un grupo de trabajo técnico nacional de WASH FIT o a un grupo más amplio responsable del ASH o la mejora de la calidad. Una persona que actúe como coordinadora específica de WASH FIT a nivel nacional y local también puede ser de ayuda para mantener los avances. WASH FIT no puede integrarse de manera sostenible sin que los gobiernos y las autoridades sanitarias brinden apoyo para la formación continua del personal y financien el funcionamiento y el mantenimiento de la infraestructura a través del proceso presupuestario municipal.

Formación profesional

La capacidad y la sostenibilidad de WASH FIT mejorarán en suma medida mediante un programa de formación profesional. Los profesionales de la salud pública a nivel local deberían recibir capacitación como formadores certificados de WASH FIT, y el programa debería institucionalizarse integrándolo en un proceso de enseñanza continua. Debería formar parte del mandato de las autoridades sanitarias locales y, por tanto, vincularse a la legislación y la reglamentación. La capacitación debe ir acompañada de visitas de supervisión o mentorías a los establecimientos de salud para facilitar la evaluación de los servicios de ASH, la definición de las necesidades, la elaboración de planes de mejora y el seguimiento de los progresos. La rotación de personal en el ámbito de la atención médica suele ser alta, y es importante tener un programa profesional permanente con un componente de incorporación para los nuevos integrantes y de desarrollo profesional periódico para todo el personal. Esto ya existe en varios países, pero debe ser más habitual.

Monitoreo

El seguimiento y el examen periódicos de la implantación de WASH FIT son importantes para sostener los esfuerzos y hacer correcciones en la trayectoria que se sigue. Esta labor comprende el envío de datos de WASH FIT de los establecimientos a las instancias decisoras de ámbito subnacional y nacional. Los instrumentos de recopilación y visualización de datos en línea pueden simplificar y automatizar este proceso. La visualización de datos también es una forma eficaz de priorizar la asignación de recursos. Existen instrumentos en línea que se pueden utilizar con relativamente pocos recursos y competencias técnicas limitadas. Se necesitan informes más transparentes de todos los indicadores recopilados en las evaluaciones de WASH FIT, particularmente para el seguimiento y la supervisión a largo plazo después de que se lleven a la práctica los planes de mejora iniciales. Aumentar la accesibilidad de los resultados de las evaluaciones para los miembros de la comunidad a fin de que comprendan cómo está funcionando el establecimiento también puede aumentar la demanda de mejores servicios y rendición de cuentas.

Un mejor seguimiento de los principales indicadores del impacto, como las tasas de infección, también contribuirá a la base empírica y aumentará la probabilidad de que realicen más inversiones. Existen oportunidades a corto plazo para mejorar los datos empíricos mediante la presentación de informes más completos sobre las evaluaciones de WASH FIT y el aprovechamiento de los datos sobre los efectos en la salud de los sistemas de información de gestión de la salud. A largo plazo se recomiendan estudios experimentales. Estos datos empíricos son importantes para que los fondos invertidos en la implantación de WASH FIT se utilicen de manera eficaz y que las oportunidades para adaptar y perfeccionar WASH FIT se aprovechen plenamente a medida que el Instrumento sigue creciendo en uso e influencia.

Es necesario un mayor uso de herramientas digitales para la recopilación de datos y su aplicación continua, y se debe dar a conocer la experiencia en el uso de esos recursos. Estas herramientas permiten la recopilación, el seguimiento y el intercambio de datos en tiempo real, pero es esencial una evaluación cuidadosa de las necesidades de los usuarios, definir quién será el propietario de los datos y determinar la viabilidad financiera de las herramientas digitales. Los bucles digitales de retroalimentación son fundamentales para la mejora continua, a fin de ayudar a introducir información sobre lo que sucedió en el pasado en nuevas actividades.

Participación de la comunidad

Los indicios aislados en una variedad de entornos demuestran que es vital involucrar a los equipos de los establecimientos de WASH FIT y a la comunidad local para que WASH FIT tenga éxito. El liderazgo sólido y dinámico de los administradores y dirigentes de los comités de salud comunitarios ha demostrado beneficios patentes. Cuando el personal directivo superior no están comprometido con un enfoque colaborativo y el liderazgo comunitario es débil, las oportunidades de abogar por la financiación se reducen en gran medida. Las comunidades pueden verificar en qué ámbitos son mayores las necesidades y qué mejoras serían más beneficiosas, lo que asegura que los valiosos recursos se utilicen de la mejor manera.

Financiación

La movilización de financiación y fondos debe planificarse e incluir la implicación intersectorial y local de los municipios. La financiación es fundamental para la puesta en marcha, la mejora de la infraestructura y la realización de las operaciones y el mantenimiento permanentes. Tanto las actividades de formación como los planes de cada establecimiento necesitan un presupuesto realista, en el que se prioricen las inversiones de alto valor. Esta tarea también lleva aparejado un seguimiento periódico del presupuesto y del gasto para comprender mejor y respaldar las necesidades presupuestarias y los modelos de financiación eficaces.

Integración

Cada paso del proceso de WASH FIT debe implicar a representantes y expertos en clima, género, discapacidad y equidad. Es especialmente importante que los proyectos de los planes de mejora de WASH FIT sean examinados periódicamente e incorporen aportaciones de los grupos climáticos, de género, de discapacidad y étnicos. De esta forma se garantizará que WASH FIT dé como resultado procesos y servicios que respalden la sostenibilidad y la resiliencia climática, la equidad, los derechos humanos y unos servicios universales de calidad para todos.

Es importante coordinar WASH FIT con otros instrumentos en materia de salud y clima para conseguir enfoques más holísticos y eficaces y reducir la carga administrativa. Cuando se utilizan otros instrumentos en los establecimientos (para la prevención y el control de las infecciones, la atención primaria de salud, el clima y la sostenibilidad, la preparación y la resiliencia ante emergencias), WASH FIT debe integrarse en las actividades y mecanismos existentes a fin de mejorar la calidad. Esta integración comprende una formación conjunta, indicadores reducidos y armonizados para un seguimiento periódico y la preparación intersectorial de presupuestos.

Respuesta de emergencia

Por lo que respecta a las emergencias, los procesos de WASH FIT deben abreviarse con una lista más corta de indicadores esenciales, y las duplicaciones con la prevención y control de las infecciones y la inversión en infraestructura se deben hacer más explícitas. WASH FIT se ha utilizado y adaptado para su uso en varias emergencias humanitarias (por ejemplo, en Bazar de Cox (**Bangladesh**), Gaza, el **Iraq**, **Ucrania** y el **Yemen**); sin embargo, su diseño no es tan adecuado para brotes en los que es necesario tomar decisiones rápidas y posiblemente los establecimientos sean temporales y la atención se centre en contener y controlar un brote. Trabajar con especialistas en logística de emergencias, expertos en prevención y control de infecciones y en diagnóstico y equipos de vacunas (dado que las emergencias frecuentemente generan aumentos repentinos de desechos de la atención de salud) para modificar el enfoque podría ser de gran valor.



6 Conclusión

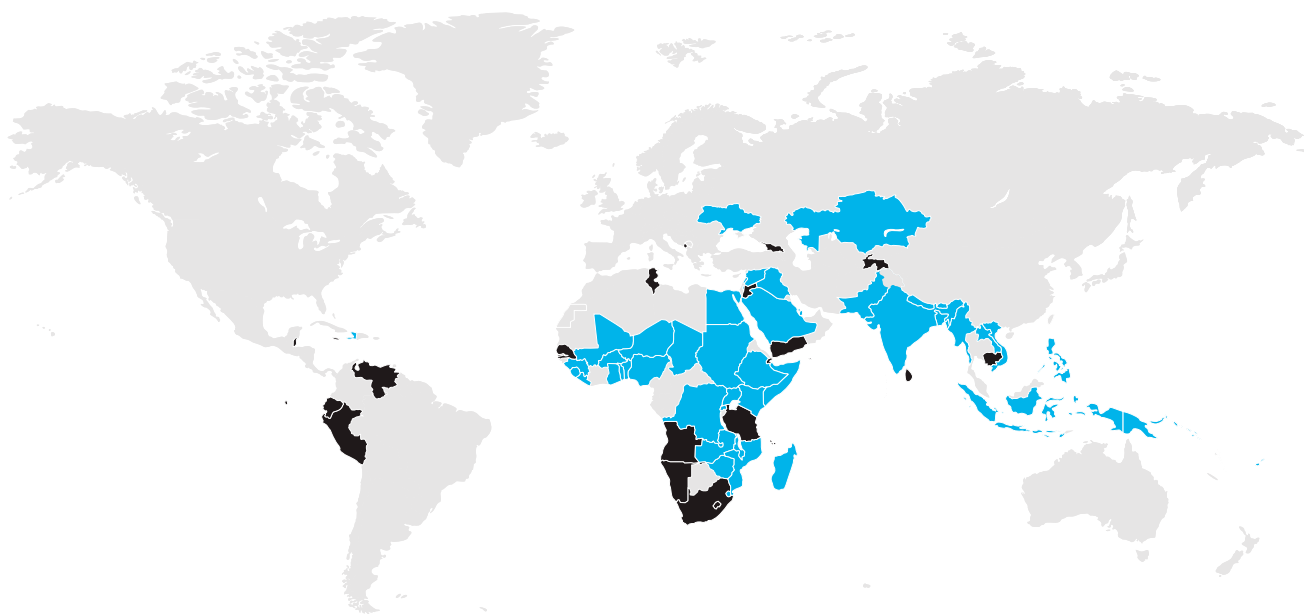
La necesidad de mejorar los servicios de agua, saneamiento, higiene y gestión de desechos en los establecimientos de salud es urgente e ingente. Como se ha demostrado a lo largo de esta evaluación, el enfoque de WASH FIT proporciona una metodología sensata y fácilmente comprensible para adoptar mejoras progresivas basadas en riesgos. Se necesita más rigor para comprender mejor los procesos que respaldan y sostienen la ampliación del alcance, así como los beneficios tangibles y percibidos (incluidos los económicos) de dichos esfuerzos. Ahora que hay 71 países que se sabe que utilizan WASH FIT y una creciente comunidad mundial familiarizada con el enfoque, es el momento oportuno para redoblar esfuerzos gracias a la documentación disponible, la labor de seguimiento y la integración con las iniciativas relacionadas con la salud y el clima. Lo más importante es que los usuarios, los pacientes, sus cuidadores y el personal de los establecimientos de salud merecen servicios seguros y sostenibles de ASH y de gestión de desechos y tienen derecho a ellos. Mejorar cómo y dónde se implanta WASH FIT y se integra con otros enfoques puede ayudar a colmar esta importante laguna y a hacer realidad este derecho fundamental.

Bibliografía

1. Classification of fragile and conflict-affected situations. Washington, D.C.: World Bank Group; 2024 (<https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/classification-of-fragile-and-conflict-affected-situations>).
2. Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: orientaciones de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/338922>).
3. WASH in health care facilities 2023 data update: special focus on primary health care. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2024 (<https://washdata.org/reports/jmp-2024-wash-hcf>).
4. Energizing health: accelerating electricity access in health-care facilities. Geneva: World Health Organization, the World Bank, Sustainable Energy for All and the International Renewable Energy Agency; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/365657>).
5. Universal water, sanitation, hygiene, waste and electricity services in all health care facilities to achieve quality care: global framework for action 2024–2030. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/377776>).
6. Resolución A/78/L.14. Servicios de agua, saneamiento, higiene, desechos y electricidad sostenibles, seguros y universales en los establecimientos de salud. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2023 (<https://documents.un.org/doc/undoc/ltd/n23/372/47/pdf/n2337247.pdf>).
7. Rickert B, Schmoll O, Rinehold A, Barrenberg E. Water safety plan: a field guide to improving drinking-water safety in small communities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/329537>).
8. Sanitation safety planning: manual for safe use and disposal of wastewater, greywater and excreta. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/171753>).
9. Guidelines for drinking-water quality: fourth edition incorporating the first and second addenda. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352532>).
10. Global status report on water safety plans: a review of proactive risk assessment and risk management practices to ensure the safety of drinking-water. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/255649>).
11. Water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT): a practical guide for improving quality of care through water, sanitation and hygiene in health care facilities, second edition. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353411>).
12. El agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud: medidas prácticas para lograr el acceso universal a una atención de calidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/330043>).
13. Resolución WHA72.7. Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R7-sp.pdf).
14. WASH FIT: manual for trainers. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/353805>).
15. Alat za unapređenje vodosnabdijevanja i sanitacije u zdravstvenim ustanovama (WASH FIT): Praktični vodič za unapređenje kvaliteta njege kroz vodosnabdijevanje, sanitaciju i higijenu u zdravstvenim ustanovama. Drugo izdanje [guía sobre WASH FIT, traducida al montenegrino]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.washinhcf.org/resource/wash-fit-guide-montenegrin/>).
16. Herramienta de cálculo de costos del ciclo de vida de los servicios de ASH en los establecimientos de salud. En: WaterAid/WASH Matters [sitio web]. Londres: WaterAid; 2023 (<https://washmatters.wateraid.org/publications/improving-water-sanitation-and-hygiene-sustainability-with-life-cycle-costing>, consultado el 12 de septiembre 2024).
- 50 Informe de situación mundial sobre WASH FIT: examen de un instrumento basado en los riesgos para mejorar el agua, el saneamiento, la higiene y la gestión de desechos en los establecimientos de salud

17. Guidelines of water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT): a practical guide for the use of hospitals and other health facilities. Manila: Republic of the Philippines Department of Health; 2023 (https://www.washinhcf.org/wp-content/uploads/2023/07/Guidelines-of-WASH-FIT_Philippine-Version.pdf).
18. Minimum requirements for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/330080>).
19. Assessment tool of the minimum requirements for infection prevention and control programmes at the national level. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/assessment-tool-of-the-minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes-at-the-national-level>).
20. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de salud para pacientes agudos Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/255764>).
21. Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024-2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/draft-global-action-plan-and-monitoring-framework-on-ipc>).
22. Marco de autoevaluación de la higiene de las manos Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://www.paho.org/es/documentos/marco-autoevaluacion-higiene-manos-2010>).
23. Marco de evaluación de prevención y el control de infecciones al nivel de establecimientos de salud Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.paho.org/es/documentos/marco-evaluacion-prevencion-control-infecciones-al-nivel-establecimientos-atencion-salud>).
24. World Bank, Government of Ukraine, European Union, United Nations. Ukraine: Third Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA3): February 2022-December 2023. Washington, D.C.: World Bank Group; 2024 (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099021324115085807/p1801741bea12c012189ca16d95d8c2556a>).
25. Lineberger H, Cronk R, Kpodzro S, Salzberg A, Anderson D. Does WASH FIT improve water, sanitation, and hygiene and related health impacts in healthcare facilities? A systematic review. medRxiv. 2024 (<https://doi.org/10.1101/2024.04.05.24305396>).
26. Purchas H, Sandison P, Adhikari A, Caussanel S. An evaluation of the Swiss Water and Sanitation Consortium (SWSC) signature approach of WASH FIT in healthcare facilities. London: Oxfam; 2023 (<https://waterconsortium.ch/wp-content/uploads/2023/10/WASH-FIT-Evaluation-Final-Report-EN-Aug-2023.pdf>).

Anexo 1: Países que han realizado actividades de formación o de implantación de WASH FIT



Se sabe que los

71 países y territorios

utilizan o han utilizado WASH FIT. Los países en **negrita** respondieron a la encuesta y han sido incluidos en el análisis cuantitativo que figura en el presente informe. Los países y territorios varían en cuanto a su nivel de implantación: algunos solo han realizado formación, mientras que otros han llevado a cabo labores de implantación a pequeña escala o experimental, o labores de implantación a gran escala.

Angola, **Arabia Saudita**, **Bahrein**, **Bangladesh**, Belice, **Benin**, **Bhután**, **Burkina Faso**, Camboya, **Chad**, Comoras, Djibouti, Ecuador, **Egipto**, **Eswatini**, **Etiopía**, **Fiji**, **Filipinas**, Gambia, Georgia, **Ghana**, **Guinea**, **Haití**, **India**, **Indonesia**, **Iraq**, Jamaica, Jordania, **Kazajstán**, **Kenya**, Lesotho, **Líbano**, **Liberia**, **Madagascar**, **Malawi**, **Maldivas**, **Malí**, Montenegro, **Mozambique**, **Myanmar**, Namibia, **Nepal**, **Níger**, **Nigeria**, **Pakistán**, **Papua Nueva Guinea**, Perú, **Qatar**, **Rwanda**, **República Árabe Siria**, **República Democrática del Congo**, **República Democrática Popular Lao**, República Bolivariana de Venezuela, República Unida de Tanzania, Senegal, **Sierra Leona**, **Somalia**, Sudáfrica, **Sudán**, Sri Lanka, Tayikistán, **territorio palestino ocupado**, **Togo**, Túnez, **Ucrania**, **Uganda**, **Vanuatu**, **Viet Nam**, Yemen, **Zambia** y **Zimbabwe**.

Anexo 2: Cuestionario de la encuesta

A continuación figura un ejemplar de la encuesta. La encuesta original se remitió mediante un formulario en línea y, por lo tanto, la apariencia y facilidad de uso fueron diferentes a los de la versión que se presenta aquí.

A. Información básica

1. País
2. Nombre
3. Dirección de correo electrónico
4. Organización
5. ¿Para qué tipo de organización u organismo trabaja?
 - a. Nacional
 - b. Gubernamental (ámbito estatal o subnacional)
 - c. Gubernamental (ámbito municipal)
 - d. Oficina de la OMS en el país
 - e. Oficina del UNICEF en el país
 - f. Organización no gubernamental/sociedad civil
 - g. Otros
6. Puesto en la organización
7. ¿En qué etapa se encuentra WASH FIT?
 - a. Aún no se ha puesto en marcha (no se han realizado actividades de formación), pero está previsto utilizar WASH FIT.
 - b. Se celebraron actividades de formación, pero aún no ha comenzado la implantación.
 - c. Se ha empezado a implantar WASH FIT.
8. Si aún no se ha puesto en marcha WASH FIT, proporcione una breve descripción de cómo piensan utilizar WASH FIT. Tenga en cuenta la formación, el alcance de la implantación (el número de establecimientos), el cronograma de las actividades propuestas, cómo se adaptará WASH FIT a su contexto, etc.

B. Formación

9. ¿Cuántas veces se han realizado actividades de formación de WASH FIT?
 - a. Nunca
 - b. 1 o 2 veces
 - c. 3 o más veces

10. ¿Se han utilizado el manual y los módulos de capacitación de la OMS y el UNICEF para las actividades formativas?
11. ¿Qué aspectos positivos destacaría de esos materiales?
12. ¿Qué lagunas existen y qué tipo de materiales o temas le gustaría ver en el futuro?
13. ¿Quién es el responsable de la formación en cada nivel (nacional/subnacional/establecimiento) y cómo se realiza la capacitación sucesiva entre esos niveles?
14. ¿Cuál de los siguientes grupos ha recibido formación?
 - a. Administradores de establecimientos de salud
 - b. Personal de planificación y políticas.
 - c. Personal de salud/médico (por ejemplo, médicos, enfermeras)
 - d. Personal no clínico (por ejemplo, personal de limpieza, manipuladores de desechos)
 - e. Personal de organizaciones no gubernamentales y comunitarias
 - f. Otros
15. ¿Se ha incluido WASH FIT en el plan de estudios nacional para autoridades de salud y trabajadores de la salud?
16. ¿Han comenzado a implantar WASH FIT?
17. Si se han llevado a cabo actividades de formación, pero aún no ha comenzado la implantación, describa los próximos pasos.

C. Alcance de la implantación de WASH FIT

18. ¿En qué año comenzó la implantación?
19. ¿Está en curso la implantación de WASH FIT? *Tenga en cuenta que, para que se considere que está en curso, los establecimientos deben realizar evaluaciones y realizar mejoras periódicamente o deben existir planes concretos para hacerlo).*
20. Si no es así, ¿en qué año dejó de implantarse WASH FIT?
21. ¿Por qué se interrumpió su implantación?
22. ¿Qué tipos de establecimientos han implantado WASH FIT?
 - a. Centros de atención primaria
 - b. Hospitales
 - c. Establecimientos temporal/móviles/en campamentos
 - d. Otros
23. ¿Cuántos de los siguientes tipos de establecimientos han implantado WASH FIT?
 - a. Centros de atención primaria:
 - b. Hospitales
 - c. Establecimientos temporal/móviles/en campamentos
 - d. Otros
24. En total, ¿cuántos de estos establecimientos se encuentran en zonas rurales?
25. En total, ¿cuántos de estos establecimientos son privados?

26. En general, ¿cómo se está implantando WASH FIT? Seleccione todas las respuestas que correspondan.
 - a. Implantación a nivel nacional, dirigida por el gobierno
 - b. Implantación en determinadas regiones, dirigida por el gobierno
 - c. Proyecto experimental a pequeña escala, dirigido por el gobierno
 - d. Bajo la dirección de asociados
 - e. Otros supuestos
27. Enumere todas las organizaciones o instituciones involucradas en WASH FIT y cómo se coordinan entre ellas.
28. ¿Se han contextualizado o adaptado los indicadores de evaluación de WASH FIT en relación con el país?
29. En caso afirmativo, ¿esta evaluación WASH FIT está validada por el Ministerio de Salud?
30. ¿La implantación de WASH FIT abarca los siete dominios (agua, saneamiento, higiene de las manos, desechos de atención de la salud, limpieza, electricidad y gestión)?
31. De no ser así, indique qué dominios abarca la implantación de WASH FIT.
32. ¿Hay algún enfoque temático para el despliegue de WASH FIT? Seleccione todas las respuestas que correspondan.
 - a. Resiliencia climática y sostenibilidad
 - b. Igualdad de género, inclusión de la discapacidad e inclusión social
 - c. Emergencias
 - d. Calidad de la atención/mejora de la calidad
 - e. Integración con otros programas de salud (por ejemplo, prevención y control de las infecciones, resistencia a los antimicrobianos o seguridad del paciente)
 - f. Otros

D. Mecanismos y políticas institucionales

33. ¿WASH FIT está respaldado formalmente por el Ministerio de Salud en las políticas o la legislación? Especifique las políticas e indique el enlace o suba una copia.
34. Enumere las políticas o leyes pertinentes e incluya enlaces si existen.
35. ¿Existe en el gobierno una entidad de enlace nacional específica para WASH FIT y el ASH en los establecimientos de salud?
36. ¿WASH FIT forma parte de una hoja de ruta o estrategia presupuestada para el ASH en los establecimientos de salud?

E. Datos

37. ¿Cómo recopilan los equipos de WASH FIT los datos de evaluación de WASH FIT en los establecimientos? Seleccione todas las respuestas que correspondan.
 - a. Formularios en papel
 - b. Hoja de cálculo de Excel de WASH FIT
 - c. Formulario en línea (KoboToolbox)
 - d. Formulario en línea (mWater)
 - e. Otros métodos

38. Proporcione un enlace a las herramientas de recopilación de datos en línea, si están disponibles.
39. ¿Los datos de WASH FIT a nivel de establecimiento se remiten a las instancias decisoras de ámbito subnacional y nacional?
40. ¿Con qué frecuencia se difunden los resultados?
- Anual
 - Semestral
 - Mensual
 - Otros
41. ¿Cómo se utilizan los datos de WASH FIT para la toma de decisiones y quién los utiliza? (Por ejemplo, se utilizan para el examen del sector, con fines de asignación de recursos).

F. Resultados de WASH FIT

42. ¿Ha habido alguna evaluación de la implantación de WASH FIT?
43. Facilite los enlaces a la documentación pertinente. *Tome en cuenta evaluaciones e informes de impacto, datos (tanto de antes como de después de la implantación y de las mejoras de WASH FIT), encuestas de satisfacción de usuarios y personal.*
44. En caso negativo, proporcione información sobre cómo prevé medir y documentar los resultados de la implantación de WASH FIT en el futuro.
45. ¿Cuáles de los siguientes resultados se han señalado como resultado de la implantación de WASH FIT? Seleccione todas las respuestas que correspondan.

Servicios de ASH, gestión de desechos y electricidad

- Servicios de agua mejorados
- Servicios de saneamiento mejorados
- Servicios de higiene de las manos mejorados
- Servicios de gestión de desechos de la atención de salud mejorados en los establecimientos
- Suministro de energía mejorado
- Mejora de la resiliencia al cambio climático y la sostenibilidad y cambio a tecnologías con bajas emisiones de carbono

Satisfacción de los pacientes y del personal

- Mayor satisfacción de los pacientes
- Aumento de las conductas de búsqueda de atención médica
- Mayor satisfacción y retención del personal
- Aclaración de funciones y responsabilidades del ASH y la prevención y control de las infecciones
- Ahorro de costos
- Otros

Cambios institucionales

- Mejora de la comunicación y aumento de la colaboración entre diferentes programas de salud a nivel nacional/subnacional
- Mejora de la comunicación y aumento de la colaboración entre el personal directivo superior, el personal de salud y el personal de apoyo de los establecimientos

- c. Mejora de la comunicación y aumento de la colaboración con otras partes interesadas (por ejemplo, organismo local de salud, organismo de desarrollo)
- d. Mejora de las oportunidades para el diálogo entre los usuarios de los establecimientos/la comunidad y la administración de los establecimientos en torno a mejoras en los servicios de los establecimientos, incluidas las condiciones del ASH
- e. Mayor conciencia, conocimiento y comprensión entre el personal sobre la importancia de los servicios de ASH
- f. Más actividades periódicas de creación de capacidad y capacitación para el personal de salud
- g. Otros

Operaciones y gestión

- a. Mejora del funcionamiento y el mantenimiento de los servicios de ASH, la gestión de desechos y la infraestructura eléctrica
- b. Mejora de los procedimientos operativos y de gestión en los establecimientos de salud
- c. Mejora del mantenimiento de registros de los consumibles de ASH y mejora de la gestión de los suministros
- d. Mejora del seguimiento (operacional y de verificación) y la vigilancia
- e. Otros

Presupuestos y financiación

- a. Mejor orientación de las inversiones por parte de los establecimientos de salud/autoridades sanitarias nacionales y subnacionales para atender necesidades fundamentales o conseguir mejoras rápidas.
 - b. Mayor asignación de fondos del presupuesto del gobierno nacional/estatal/local
 - c. Mayor apoyo financiero de los donantes/inversión en mejoras a nivel de todo el sistema
 - d. Mayor asignación de recursos para programas de apoyo (por ejemplo, formación)
 - e. Otros
46. Indique cualquier otro resultado que no se haya mencionado anteriormente.
47. ¿Ha empeorado algún aspecto de los establecimientos a raíz de WASH FIT? En caso afirmativo, proporcione información al respecto.

G. Presupuestación y financiación

48. ¿Cómo se financia WASH FIT? Seleccione todas las respuestas que correspondan.
- a. Fondos gubernamentales (Ministerio de Salud u otros)
 - b. Financiamiento de donantes/asociados
 - c. Otras fuentes
49. ¿Qué porcentaje de los fondos procede de cada una de las fuentes anteriores?
50. ¿Qué dificultades existen a la hora de acceder a fondos para la implantación de WASH FIT?
51. ¿Qué datos relativos a los costos de la implantación de WASH FIT se recopilan? *Tome en consideración todos los datos relacionados con formaciones, mentorías, consumibles, mejoras de los sistemas de agua y saneamiento, operaciones y mantenimiento.*

52. ¿Los datos de costos de WASH FIT o el seguimiento de los costos y las necesidades de financiamiento han ayudado a respaldar una mayor dotación de recursos para el ASH en general?
53. En caso afirmativo, explique qué datos se utilizaron y a quién se persuadió y cómo.

H. Desafíos y factores facilitadores

54. ¿Cuáles han sido los principales obstáculos para implantar WASH FIT?
55. ¿Qué estrategias se han utilizado para salvar esos obstáculos? *Por ejemplo, buscar apoyo externo, analizar problemas con el personal directivo superior...*
56. ¿Qué apoyo adicional necesitan los establecimientos para implantar satisfactoriamente WASH FIT?

I. Otros

57. Incluya cualquier información adicional relacionada con WASH FIT que no se haya tratado hasta ahora.



Anexo 3: Bibliografía complementaria: Publicaciones sobre WASH FIT

Los siguientes artículos se presentan en orden cronológico.

1. Strengthening healthcare facilities through water, sanitation, and hygiene (WASH) improvements: a pilot evaluation of “WASH FIT” in Togo. *Health Secur.* 2018; 6 (1) (<https://doi.org/10.1089/hs.2018.0042>).
2. Weber N, Patrick M, Hayter A, Martinsen AL, Gelting R. A conceptual evaluation framework for the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT). *J. Water Sanit. Hyg. Dev.* 2019; 9 (2): 380–391 (<https://doi.org/10.2166/washdev.2019.090>).
3. Maina M, Tosas-Auguet O, McKnight J, Zosi M, Kimemia G, Mwaniki P. Extending the use of the World Health Organisations’ water sanitation and hygiene assessment tool for surveys in hospitals – from WASH-FIT to WASH-FAST. *PLoS ONE.* 2019; 14(12):e0226548 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226548>).
4. Maina M, Tosas-Auguet O, McKnight J, Zosi M, Kimemia G, Mwaniki P. Evaluating the foundations that help avert antimicrobial resistance: performance of essential water sanitation and hygiene functions in hospitals and requirements for action in Kenya. *PLoS ONE.* 2019; 14(10): e0222922 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222922>).
5. Evaluation of water, sanitation and hygiene status of COVID-19 healthcare facilities in Ghana using the WASH FIT approach. *J. Water Sanit. Hyg. Dev.* 2021; 11 (3): 398–404 (<https://doi.org/10.2166/washdev.2021.254>).
6. Using the water and sanitation for health facility improvement tool (WASH FIT) in Zimbabwe: a cross-sectional study of water, sanitation and hygiene services in 50 COVID-19 isolation facilities. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18(11):5641 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18115641>).
7. Sehar B, Yaqoob M, Hanif A, Akhter AM, Gilani SA. Development of health care facilities in rural areas of District Bagh, Azad Jammu, and Kashmir: a study of the application of the WASH-FIT tool. *Journal of Sheikh Zayed Medical College (JSZMC).* 2022; 13(3); artículo 3 (<https://doi.org/10.47883/jszmc.v13i3.235>).
8. WASH FIT implementation in Rohingya camps in Cox’s Bazar Bangladesh – results after 1 year. *J. Water Sanit. Hyg. Dev.* 2023; 13(11): 866–874 (<https://doi.org/10.2166/washdev.2023.268>).
9. Lineberger H, Cronk R, Kpodzro S, Salzberg A, Anderson DM. Does WASH FIT improve water, sanitation, and hygiene and related health impacts in healthcare facilities? A systematic review. *medRxiv.* 2024 (<https://doi.org/10.1101/2024.04.05.24305396>).
10. Kpodzro S, Cronk R, Lineberger H, Lansing L, Anderson DM. Implementation and adaptation of WASH FIT in healthcare facilities: a systematic scoping review. *medRxiv.* 2024 (<https://doi.org/10.1101/2024.08.15.24312073>).

