



AGUAS TURBIAS

*La actual epidemia de cólera en Luanda (Angola),
un desastre anunciado*

MSF
Mayo 2006



Resumen

Desde febrero de 2006, Luanda se ve afectada por la peor epidemia de cólera de su historia, con una media de 500 nuevos casos cada día. El brote se ha propagado también con gran rapidez a las provincias y hasta la fecha se han reportado casos en 11 de las 18 provincias del país.

La población de Luanda se ha duplicado en los 10 últimos años, con la mayoría del crecimiento concentrado en barrios marginales donde las condiciones de vida son deplorables. A pesar de los impresionantes ingresos provenientes del petróleo y los diamantes, prácticamente no ha habido inversiones en los servicios públicos desde los años 70 y únicamente una minoría privilegiada de personas residentes en Luanda tienen acceso a agua corriente. El resto de la población obtiene gran parte del agua de la enorme red de camiones cisterna que recogen el agua de dos puntos principales (Kifangondo en el río Bengo en Cacuaco y Kikuxi en el río Kuanza en Viana) y después la distribuyen a toda la ciudad con unos beneficios considerables. El agua, uno de los bienes más básicos, se ha convertido en un negocio lucrativo y a veces complejo en Luanda, con precios que varían en función de la demanda.

Sin suficientes cantidades de agua, y en ausencia de un sistema de alcantarillado y de recogida de basuras, la enfermedad hace estragos en los vastos barrios marginales. Esta catastrófica situación de las condiciones de agua y saneamiento hace que sea prácticamente imposible contener la rápida propagación del brote.

Médicos Sin Fronteras trabaja en 10 estructuras de tratamiento de cólera y se plantea abrir más en las próximas semanas. De los 17.500 pacientes reportados en Luanda, más de 14.000 han sido tratados en los centros de MSF.

A pesar de los significativos esfuerzos para asegurar que los pacientes tienen acceso a tratamiento, se ha hecho muy poco para impedir que cientos de personas más contraigan la infección.

Luanda

Como la mayoría de ciudades africanas, Luanda ha experimentado un rápido crecimiento de población en las últimas tres décadas. Tras obtener su independencia en los años 70 y cuando los portugueses abandonaron algunas de las pequeñas granjas entorno a la ciudad, empezó la diseminación de asentamientos y barrios pobres y precarios, también conocidos como *musseques*¹, diseminación que continuó y se agravó con la constante llegada de personas que huían de los combates en las provincias. En el año 2000, los *musseques* se extendían ya 13 kilómetros más allá de la ciudad (Cain et al, 2002). El fin de la guerra en 2002 hizo posible desplazarse por el país con seguridad, y una nueva ola de personas llegó a la capital. La densidad de población no ha cesado de aumentar, y la población de Luanda actualmente se estima entre los 4,5 y los 5,5 millones de personas.^{2, 3}

La “ciudad de cemento”, que ocupa parte de las municipalidades de Ingombotas y de Maianga y donde se encuentra la ciudad colonial antigua, la zona de negocios y los barrios residenciales, está bien abastecida y los servicios allí funcionan sin problemas. Se estima que en la ciudad de cemento⁴ viven unas 400.000 personas, lo que significa que alrededor del 90% de la población de Luanda vive en los *musseques*, zonas que han crecido sin ningún tipo de planificación y donde prácticamente no ha habido inversiones en materia de servicios de agua, saneamiento y eliminación de desechos. Esto ha sido la causa de unas deplorables condiciones de vida y de una desastrosa situación sanitaria dominada por la enfermedad y unos elevados índices de mortalidad.

El peor brote de cólera de la historia de Luanda

Desde el 13 de febrero, Luanda está siendo asolada por el peor brote de cólera de su historia. El 14 de mayo ya se habían reportado más de 17.500 casos y 245 muertes, pero como el registro de los fallecimientos en la ciudad es muy deficiente resulta prácticamente imposible conocer con exactitud las cifras de mortalidad (de las 245 reportadas, únicamente 96 corresponden a la comunidad. Ver más adelante los detalles sobre mortalidad).

El cólera es endémico en Luanda. Desde finales de la década de los 80 y hasta 1991, cada año hubo un brote de cólera, el más grande en 1991 con 8.000 casos. No fue hasta 1994 cuando no se produjo otro nuevo brote y el último reportado hasta la fecha, esta vez con 4.000 casos.

El brote actual se ha propagado con gran rapidez a las otras provincias, y a 14 de mayo 11 de las 18 provincias del país reportaban casos. El incremento del número de casos en algunas de las ciudades de provincia más grandes ha sido extremadamente rápido y se ha caracterizado por una muy elevada mortalidad (con una tasa de letalidad de más del 15%⁵ en algunos lugares). Actualmente, las ciudades más afectadas después de Luanda son Benguela y Malange, y el aumento del número de casos en Lubango es motivo de gran preocupación.

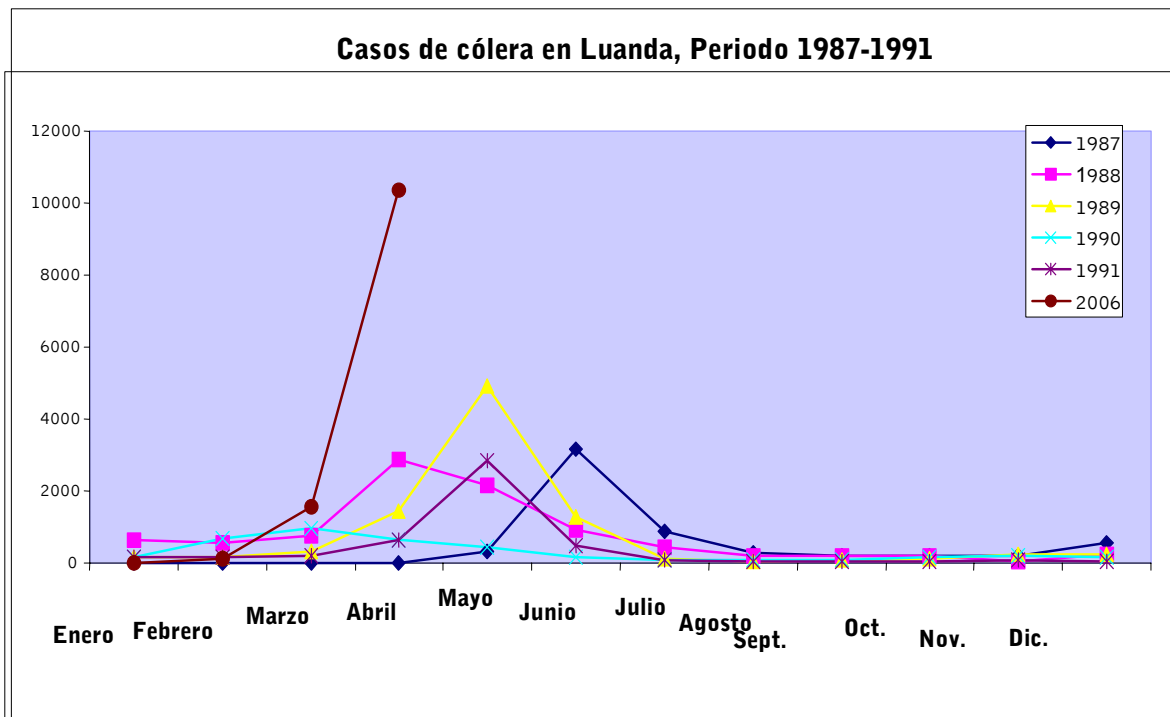
¹ Procedente de la palabra que en kimbundo hace referencia al suelo arenoso sobre el que están contruidos

² Dependiendo de las fuentes. Las estimaciones calculadas a partir del último censo (1988) indicarían una población total de 4,5 millones, según los registros de vacunación la población supera los 5 millones.

³ La ciudad está dividida en 9 municipalidades: Ingombotas, Maianga, Samba, Rangel, Sambizanga, Cazenga, Kilamba Kiaxi, Cacuaco y Viana.

⁴ Reuniones con diferentes agencias y funcionarios

⁵ En contextos urbanos, una tasa de letalidad >2% se considera indicativa de una deficiente / mala gestión.



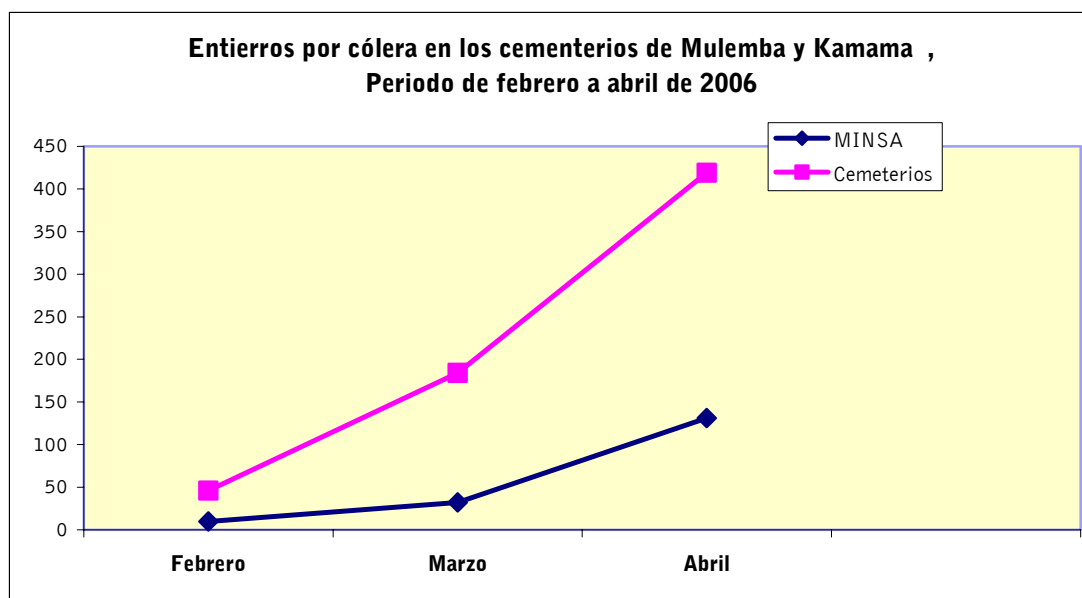
NB: casos en 2006 hasta el 30 de abril 2006

NB: este gráfico no incluye los casos desde 1994, porque no se han encontrado registros oficiales

Los primeros casos empezaron en la zona de Boa Vista (Municipalidad de Ingombotas) y desde entonces la epidemia de cólera ha llegado a todos los municipios de Luanda. Tras alcanzar el pico en Boa Vista, el brote se propagó a Sambizanga y luego a Cacuaco. Si miramos los datos epidemiológicos del brote anterior así como la evolución actual de los casos, se anticipó que en los municipios de Cazenga, Samba, Maianga y Viana pronto verían un aumento en picado del número de casos.

Mortalidad

Tal como se ha mencionado más arriba, la vigilancia epidemiológica es motivo de gran preocupación, y en particular el registro de muertes en la comunidad. Una evaluación de los municipios más afectados ha revelado que no existe un sistema estandarizado para registrar y reportar los fallecimientos que se producen fuera de las estructuras hospitalarias, en algunos municipios sencillamente no hay registro alguno. A fin de conseguir un cálculo aproximado del número real de muertes, MSF consultó los libros de registro de los 2 cementerios principales de Luanda donde se producen la mayoría de los entierros (Mulemba y Kamama). En sólo 2 cementerios, el número de entierros del 13 de febrero al 30 de abril en los que la causa de muerte registrada fue el “cólera” ascendía a 437 casos, comparados con los 173 casos reportados por el Ministerio de Salud (MINSA) para el mismo periodo.



Para el mismo periodo en estos dos cementerios, también hubo 211 entierros en los que la causa de muerte registrada fue “diarrea aguda”. Dados los muy deficientes mecanismos para establecer la causa de muerte en personas que mueren en casa, y debido al hecho que haya un brote de cólera, puede suponerse que por lo menos parte de estas muertes puedan también atribuirse al cólera.

Asimismo, tal como mencionamos más arriba, estos datos sólo reflejan entierros en dos de los seis cementerios de Luanda. Si bien es cierto que Mulemba y Kamama son los dos cementerios más grandes en los que se producen la mayoría de entierros (los demás son más pequeños o están prácticamente llenos), existe un cementerio no oficial en el municipio de Viana (el cementerio de Mulenvos) donde se entierra a la gente sin un certificado de defunción oficial. Una evaluación realizada en el resto de cementerios de Luanda, incluyendo el de Mulenvos, probablemente revelará un número más elevado de muertes por cólera.

Respuesta al brote

La respuesta al brote ha sido muy lenta y los recursos desplegados insuficientes. Debido a que han pasado muchos años desde la última epidemia, y teniendo en cuenta las desastrosas condiciones de agua y saneamiento en gran parte de la ciudad, el riesgo de que se produjese una epidemia de grandes dimensiones debería haberse previsto y deberían haberse movilizado enormes recursos en el momento que se declaró el brote. Sin embargo, se tardaron dos meses y medio en activar el comité nacional de crisis, cuando el Parlamento asignó cinco millones de dólares americanos a la respuesta de emergencia. A pesar de estas medidas, todavía no se ha materializado ningún tipo de respuesta por parte de otros Ministerios a parte de la del Ministerio de Salud (MINSAs).

Médicos Sin Fronteras ya ha abierto 10 estructuras de tratamiento de cólera en las zonas afectadas, y puede que abra más en las próximas semanas. Del total de 17.500 pacientes

reportados en Luanda desde que empezó la epidemia, más de 14.000 han sido tratados en los centros de MSF.

A pesar de estos esfuerzos, todavía queda mucho trabajo por hacer para asegurar que los pacientes son identificados y referidos a tiempo a las estructuras de tratamiento (más unidades de tratamiento, puntos de rehidratación, una mayor capacidad de referencia, búsqueda activa de casos).

Pero sin lugar a dudas el aspecto más preocupante de la respuesta son los medios tan limitados que se destinan a contener el brote. Hay que movilizar de inmediato enormes recursos para garantizar el acceso gratuito a agua limpia en los *musseques*. Sin cantidades suficientes de agua, es imposible asegurar unas mínimas medidas de higiene. Decir a la gente que deben lavarse las manos no funcionará si estas personas apenas tienen suficiente agua para beber. Asimismo, hay que incrementar los esfuerzos para asegurar que se implementan las actividades preventivas clave mencionadas anteriormente.

En una ciudad donde por lo menos el 70% de la población depende del negocio que suponen los camiones cisterna para obtener el agua que necesitan, una respuesta adecuada en materia de suministro de agua sin duda afectaría muchos intereses particulares (ver más adelante el apartado sobre el agua). Esto puede explicar la inaceptable demora de la respuesta de emergencia que debería garantizarse para intentar paliar esta muy grave situación.

Si no se ponen en marcha urgentemente medidas pragmáticas y eficaces para incrementar la disponibilidad de agua, se dan todas las condiciones para que este brote dure muchos meses.



Agua y Saneamiento en Luanda

Agua

La red de distribución de agua en Luanda cuenta con cerca de 650 Km de cañerías⁶ y el suministro de agua potable segura se garantiza a través de 4 sistemas diferentes⁷. Cuando sale de la planta de tratamiento, el agua suministrada por estos sistemas es de buena calidad. No obstante, las cañerías son muy viejas y algunas de ellas se encuentran en muy mal estado, lo que incrementa el riesgo de contaminación del agua durante el transporte⁸.

Esta red mayoritariamente cubre la “ciudad de cemento”, la parte más acaudalada de Luanda, y tiene ramificaciones a otros municipios principalmente dando abasteciendo a las pocas fábricas situadas en la periferia. En los *musseques*, entre el 70 y el 100 por ciento de la población compran agua de suministradores particulares (DW, 1995).

Según un estudio realizado en 2002, aunque el 17% de las familias en Luanda reportan tener algún tipo de conexión de agua, únicamente un 10% cuentan con agua corriente en sus viviendas (DW, 2002:4). El resto de la población, en ausencia de una red pública de distribución de agua, deben pagar un elevado precio por un agua, a menudo contaminada, a suministradores particulares que distribuyen el agua con camiones cisterna a vendedores de agua dueños de depósitos de agua subterráneos que a su vez venden el agua por cubos a las familias.

En las zonas que dependen en gran parte o exclusivamente del agua de los camiones cisterna, la gente se las arregla con cantidades de agua peligrosamente irrisorias. Un estudio específico de la situación en dos comunas adyacentes en los municipios de Sambizanga y de Cazenga en 2002 reveló que el consumo medio de agua por persona al día era de 7,6 litros (para todos los usos: beber, cocinar, lavarse y limpiar), una cantidad muy por debajo de los estándares mínimos acordados internacionalmente de 20 litros por persona al día. En comparación, la media de consumo en los países occidentales oscila entre los 200 y los 600 litros por persona al día.

En los barrios de Luanda, no se ha completado ningún proyecto para mejorar la disponibilidad de agua de calidad en cantidades suficientes y a precios razonables en las últimas décadas. En realidad, la situación se ha deteriorado⁹. En 1989 se construyó una planta de agua en Mulemba, que supuestamente debía convertirse en la segunda planta de tratamiento y distribución de agua de Luanda. Pero no llegó a abrirse nunca, puesto que el proyecto de construcción de la red de distribución fue abortado¹⁰. Varios grandes proyectos han sido aprobados desde 2003, pero todavía no se han hecho públicos. Por lo tanto, a pesar de los

⁶ EPAL (Empresa Publica de Aguas de Luanda) gestiona el sistema de producción y distribución de agua en Luanda. EPAL actualmente opera bajo un sistema de recuperación de costes.

⁷ El sistema I (construido en 1953) y el sistema II (construido en 1971/81) que obtienen el agua del río Bengo, y el sistema III (construido en 1998/2000) y Kikuxi (1985) que la obtienen del río Kuanza

⁸ Además, estas cañerías dañadas, muy cercanas a la superficie o incluso totalmente expuestas, cruzan kilómetros de *musseques*, con numerosas zonas donde se apilan las basuras y donde es frecuente la defecación al aire libre.

⁹ Tomando Cazenga como ejemplo, hay cañerías principales que llevan el agua a una serie de fábricas situadas en el extremo sudeste del municipio. Junto a dos grandes fábricas hay una escuela y a su lado un viejo grifo público. Hoy, los grifos están cerrados a pesar del hecho que las cañerías que pasan por debajo continúan suministrando agua a las fábricas. La escuela compra el agua que necesita de los camiones.

¹⁰ La estación actualmente está cerrada. Sería posible obtener agua, pero sería necesario depender de camiones cisterna.

planes existentes, no se han producido cambios concretos para millones de personas que carecen de acceso a agua corriente por lo que *“las personas más pobres utilizan un agua de calidad inferior, la hierven o tratan menos y gastan más dinero y tiempo en conseguirla”* (Cain et al, 2002:11)

El negocio de los camiones cisterna

Hay 7 puntos donde los camiones cisterna pueden recoger agua en Luanda. Uno es Kifangondo, cerca de río Bengo, que llena alrededor de 450 camiones cada día (5 millones de litros). Kikuxi es el segundo gran punto de recogida de agua que proviene del río Kwanza con una capacidad media de 150 cisternas al día. Los otros 5 puntos son más pequeños y recogen el agua tratada de la red de EPAL. Estos puntos en comparación con los dos más grandes ven menos tráfico debido a que todo el proceso es más lento.

Actualmente se estima que hay cerca de 330 camiones cisterna en Luanda de los que la gran mayoría pertenecen a propietarios particulares que mayoritariamente se organizan en una asociación tipo cartel y obtienen el agua de la planta de tratamiento de Kifangondo.

En la estación de Kifangondo, el agua se bombea directamente del río Bengo a los camiones. Los conductores de estos camiones, antes de salir de la estación suministradora de agua se supone deben pasar por el punto de cloración. Sin embargo, el tiempo cuesta dinero y para evitar hacer cola y así ganar tiempo para hacer más viajes, muchos camiones salen de la estación sin haber pasado por el proceso de cloración.



Cuando MSF evaluó Kifangondo en abril, en medio del brote de cólera, únicamente un 10% de los camiones cisterna pasaban por el proceso de cloración. Aunque las muestras tomadas dieron negativo para el vibrio del cólera, el laboratorio nacional declaró que el agua del río Bengo no era apta para el consumo humano. A pesar de ello, no se emprendió ninguna acción para asegurar un control más riguroso de la cloración. No se han realizado más pruebas desde entonces. A medida que el brote se expande y más y más agua contaminada va a parar al río a través de las esporádicas lluvias torrenciales, la posibilidad de que el río se contamine con el vibrio del cólera aumenta, y si ello ocurriese, los camiones serían una vía de propagación de la enfermedad. Desde el 22 de abril, MSF ha organizado equipos en Kifangondo para asegurar

que el agua de las 450 veces que se llena el camión cisterna en este punto ha sido debidamente clorada.

Camiones cisterna en la comunidad

La mayoría de los depósitos propiedad de vendedores de agua que se construyen bajo tierra utilizan tapas que no cubren el depósito adecuadamente. Debido a la dudosa construcción de algunos de estos depósitos y al hecho que queden abiertos y que apenas se limpien, estos puntos de agua están expuestos a la contaminación. Asimismo en los hogares, la falta de recipientes adecuados y el limitado conocimiento de la higiene básica tiene como resultado unos hábitos poco seguros, y el agua a menudo se almacena en contenedores abiertos y al alcance de los niños. Cuando el agua finalmente se consume, a pesar de haber pagado un elevado precio por un agua potable segura, ésta puede que esté contaminada.

El precio del agua

Irónicamente, donde el precio del agua, la necesidad más básica, disminuye es en las partes más ricas de la ciudad. **El agua corriente es hasta 160 veces más barata que el agua potencialmente contaminada de los camiones cisterna de la que dependen los habitantes pobres de los *musseques*.**

| | Precios por 10 litros |
|--|---|
| Agua corriente (EPAL) | 0,24 kz |
| Agua de Kifangondo (del río a los camiones) | 0,04 kz |
| De los camiones (que los vendedores con depósitos pagan a los camiones cisterna) | 1 kz (de media) |
| De los depósitos (que las familias pagan a los vendedores) | Entre 15-25 kz (aunque en momentos de gran demanda puede aumentar a 40 kz) |

Fuente: evaluación de terreno de MSF

El precio final del agua viene determinado por las fuerzas de mercado. Los precios del agua están pues sujetos a la especulación y pueden variar incluso a diario en función del acceso (distancia del punto de recogida del agua al punto de distribución, y las condiciones de la carretera que lleva al punto final de distribución) y de la demanda (disponibilidad de agua en zonas cercanas)

El sector privado de suministro del agua, que responde a las necesidades de la mayoría de la población de Luanda, constituye claramente un negocio rentable, por lo que tanto los propietarios de los camiones cisterna como los vendedores dueños de depósitos en la comunidad se benefician de unos márgenes de beneficios importantes.

Al otro lado del espectro, los habitantes de los *musseques*, a veces sobreviven en la pobreza mas extrema y deben limitar su consumo de agua no por falta de agua o por encontrarse muy lejos de las fuentes o puntos de suministro, sino simplemente porque no pueden pagar por ella.

Saneamiento

En los *musseques*, las condiciones de saneamiento son desastrosas. Hay zonas donde la población literalmente vive sobre montañas de basura y se estima que cerca de una tercera parte de esta población no tiene o no utiliza servicios de saneamiento de ningún tipo.



Muchas personas aprovechan la noche para defecar al aire libre, en las calles y en los montones de basura, incluso si defecar en público se considera un hábito muy sucio. La falta de agua parece ser la primera razón de esta práctica. Development Workshop reporta que muchos niños no suelen utilizar las letrinas y que incluso los adultos que tienen letrina en casa a veces defecan al aire libre cuando no tienen bastante agua para las letrinas con cadena, o cuando su letrina abonera seca se inunda tras las lluvias.

En la mayoría de *musseques* no existe un sistema de alcantarillado organizado y cuando sí existe no funciona bien. Esta situación crea grandes problemas durante la estación de lluvias, porque las casas y letrinas se inundan, los excrementos y la basura flotan por todas partes y abundan los charcos de agua contaminada estancada.

Esta situación tiene un efecto muy negativo en el estado de salud general de la población durante todo el año, y durante un brote de cólera es presagio de catástrofe.

Gestión de eliminación de residuos sólidos

Montañas de basura son un panorama habitual cuando se sale de la ciudad. Aunque los residentes de los *musseques* suelen limpiar escrupulosamente sus casas y patios, no disponen de ningún sitio donde tirar la basura ni de un servicio de recogida de basuras organizado en la zona.

Sin un sistema de recogida regular de basura en los *musseques*, montones de desechos no tratados que no dejan de crecer se amontonan en puntos incontrolados muy cercanos a zonas densamente pobladas y justo dentro de éstas. Estos montones de podredumbre se convierten en

cenagales durante la estación de lluvias y con demasiada frecuencia son el único lugar donde juegan los niños.



En 1994 se contabilizaron aproximadamente 900 vertederos de basura incontrolados en la ciudad de Luanda, cubriendo una superficie total de 40 hectáreas con un volumen estimado de cerca de 170.000 m³. Para retirar esta basura se requerirían diez camiones de basura que hiciesen tres viajes al día a un vertedero oficial, los siete días de la semana durante dos años (Hailemichel, 2004).

Conclusión

Luanda actualmente es el escenario del mayor brote de cólera de la historia del país. La epidemia se ha propagado por toda la ciudad como si de fuego se tratase sin que un sólo rincón de la ciudad se haya salvado a la quema. Con más de 17.500 casos ya reportados y cientos de muertos, hasta la fecha no se vislumbra signo alguno de que la situación vaya a mejorar en las próximas semanas.

Mientras que MSF ha aumentado sus esfuerzos para asegurar que los pacientes tienen acceso a los centros de tratamiento y proyecta abrir nuevos centros de tratamiento para llegar a todavía más personas, el vacío en lo que respecta al despliegue de medios para contener el brote es todavía flagrante.

Las desastrosas condiciones de agua y saneamiento descritas en este documento constituyen el campo de cultivo perfecto para esta enfermedad. El cólera ha encontrado su medio ideal en los barrios marginales de Luanda.

Referencias

- MINSA, estadísticas diarias de la epidemia de cólera en Luanda
- MINSA, estadísticas diarias de la epidemia de cólera en Angola
- Development Workshop (DW), (1995), **Water supply and sanitation in Luanda**, Luanda, Angola
- Development Workshop (DW), (2002), **Water Vendors and their Clients, Val Saroca, Municipality of Sambizanga**, Luanda, Angola
- Development Workshop (DW), (2004), **Etudo sobre o consume de água, Vale Saroca e Hoji-ya-Henda**, Luanda, Angola
- Development Workshop (DW), (2004), **Solid waste collection in peri urban Luanda**, Luanda, Angola
- Haile w Hailemichel (2004), **Mechanisms of solid waste management in the musseques of Luanda**, DW, Luanda, Angola
- Cain, A; Daly, M.; Robson, P, (2002) **Basic service provision for the urban poor, the experience of Development Workshop in Angola**, Human Settlements Programme, International Institute for Environment and Development, Londres UK
- One World Action (2001), **Sustainable community services in Luanda**
- UNICEF, (1996), **MICS**
- FMI, (2006), **Preliminary conclusions, IMF mission in Angola in march 2006**
- Human Rights Watch (HRW), (2004), www.hrw.org