Documento del Banco Interamericano De Desarrollo

**honduras**

Viviendas RURALES Saludables

**(HO-M1046)**

**Memorando de Donantes**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: David Bloomgarden (MIF/ABS), Ignacio Fernández Admetlla (MIF/ABS), Brian Muraresku (LEG/NSG), Dora Moscoso (MIF/DEU), Gladis Morena Gómez (MIF/CHO), Hugo Godoy (SPH/CHO), Isabel Auge (MIF/ABG), María Julia Bocco (INE/WSA), Max Velásquez (WSA/CHO) y Beatriz Uribe (MIF/ABS) - Co-líder de Equipo.

Índice

Resumen del Proyecto

I. Antecedentes y Justificación

II. Descripción del Proyecto

III. Estrategia de Seguimiento y Evaluación

IV. Costs y Financiamiento

V. Agencia Ejecutora

VI. Riesgos del Proyecto

VII. Efectos Ambientales y Sociales

VII. Cumplimiento con Hitos y Acuerdos Fiduciarios

VIII. Acceso a Información y Propiedad Intelectual

Resumen de Proyecto

**Viviendas Rurales Saludables**[[1]](#footnote-1)

(HO-M1046)

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y las Enfermedades Diarreicas (EDAs) están entre las principales causas de muerte entre los niños menores de cinco años en Honduras, 15% y 12% respectivamente. De acuerdo a la Encuesta de Demografía y Salud del 2011-2012 ([ENDESA 2011–12](http://www.ine.gob.hn/index.php/censos-y-encuestas/encuestas-todos-las-encuestas-de-honduras/encuesta-endesa)), la prevalencia de estas enfermedades creció en un 2,3% y en un 1,4% respectivamente entre los periodos 2005-06 y 2011-12.

El objetivo a nivel de impacto de este proyecto es reducir la prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en 250 aldeas de los departamentos de Choluteca, El Paraíso, Francisco Morazán[[2]](#footnote-2) y Valle. A nivel de resultado se busca incrementar el acceso, la adquisición y uso sostenible de productos de salud preventiva promovidos en la *Iniciativa de Vivienda Saludable* (HHI, por sus siglas en inglés[[3]](#footnote-3)) desarrollada por la ONG PATH[[4]](#footnote-4), a través de un sistema innovador de financiación y distribución. Para alcanzar estos logros, el proyecto adaptará, replicará y pondrá en marcha el modelo de negocio de *Vivienda Saludable* introducido e implementado por PATH en India y Camboya desde 2006, que será ejecutado en Honduras por la ONG local **Brigadas Globales**. La implementación de este modelo ha demostrado que el uso doméstico de productos duraderos de salud preventiva -como filtros de agua, letrinas, tanques de recolección, estufas limpias y linternas solares- se triplica cuando para su adquisición se ofrece financiamiento y ventas individuales directas, frente a la opción de un subsidio directo (estatal o privado) para su compra.

El modelo promueve y fortalece alianzas entre las comunidades, las instituciones de financiamiento y las empresas distribuidoras locales. Estas alianzas hacen posible: (i) la superación por parte de las comunidades de la barrera del costo inicial de productos, a través de esquemas financieros adecuados a los ingresos y capacidades de las familias y (ii) el fortalecimiento de empresas locales de financiamiento y suministro de productos.

Las cajas rurales, que son actores clave en esquema comunitario de ahorro y crédito de Honduras, serán el vehículo para proveer financiamiento a los hogares. 50 cajas ubicadas en 50 aldeas céntricas han sido seleccionadas. Desde cada una de estas se atenderá a por lo menos 200 familias para lograr un alcance que abarque a aproximadamente 10.000 familias en total. De este conjunto se espera que, de manera directa, puedan beneficiarse por lo menos 3.000 familias y por lo menos 9.000 niños. El proyecto también busca fortalecer la capacidad de: (i) 50 cajas rurales; (ii) 50 unidades de distribución y (iii) 750 mujeres quienes tendrán apoyo en su capacidad de generar unidades de negocio.

Anexos

ANEXO I Marco Lógico

ANEXO II Resumen del Presupuesto

ANEXO III QED

ANEXO IV Presupuesto Detallado

ANEXO V Hitos Preliminares

ANEXO VI Diagnóstico de Necesidades de la Agencia Ejecutora (DNA)

ANEXO VII Informes de Avance (PSR), Cumplimiento con Hitos, Acuerdos Fiduciarios e Integridad Institucional

ANEXO VIII Plan Financiero

ANEXO IX Plan de Adquisiciones y Contrataciones

ANEXO X Cronograma

ANEXO XI Reglamento Operativo

ANEXO XII Propuesta Técnica de PATH

ANEXO XIII Carta de Compromiso de Brigadas Globales

Siglas y abreviaturas

|  |  |
| --- | --- |
| **BID** | Banco Interamericano de Desarrollo |
| **DNA** | Diagnóstico de las Necesidades de la Agencia Ejecutora |
| **FOMIN** | Fondo Multilateral de Inversiones |
| **POA** | Plan Operativo Anual |
| **QED** | Matriz de Calidad para la Efectividad en el Desarrollo |
| **RO** | Reglamento Operativo |
| **TdR** | Términos de Referencia |
| **UCP** | Unidad Coordinadora del Proyecto |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Resumen Ejecutivo

**Viviendas Rurales Saludables**

(HO-M1046)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **País y ubicación geográfica** | Honduras. Aldeas rurales de 32 municipios de los departamentos de Choluteca, El Paraíso, Francisco Morazán (sin el Distrito Central), y Valle. | | |
| **Organismo Ejecutor:** | Brigadas Globales Honduras (BGH) | | |
| **Área de acceso:** | Acceso a Servicios Básicos y Crecimiento Verde | | |
| **Agenda:** | Acceso a Servicios Básicos para los Pobres | | |
| **Coordinación con otros donantes/Operaciones del Banco:** | Este proyecto espera generar sinergias durante su ejecución con los siguientes proyectos del FOMIN en la región: Cocinas mejoradas con Fundación VIDA (ATN/ME-14118-HO); Energías renovables con Fundación COVELO (ATN/ME-14031-HO), Acceso a agua y energía con ES-FUSAI (ATN/ME-13879-ES) y Acceso a agua y saneamiento AGUALIMPIA (ATN/ME-10889-PE). | | |
| **Beneficiarios directos:** | 3.000 familias de la base de la pirámide, incluyendo 9.000 niños, ubicadas en 250 aldeas de por lo menos 32 municipios de los departamentos de Choluteca, El Paraíso, Francisco Morazán (sin el Distrito Central), y Valle. | | |
| **Beneficiarios indirectos:** | (i) 50 unidades empresariales de financiamiento (cajas rurales); (ii) 50 unidades empresariales o empresarios de la cadena de distribución y (iii) 750 mujeres quienes se vincularán o fortalecerán su vinculación a las actividades de las cajas y tendrán apoyo en su capacidad de generar unidades de negocio. | | |
| **Financiamiento:** | Cooperación Técnica FOMIN: | US$ 1.050.000 | 60% |
| Contraparte: | US$673.247 | 40% |
| Total | US$1.723.247 | 100% |
| **Ejecución y Desembolso:** | 36 y 42 meses respectivamente. | | |
| **Condiciones contractuales especiales:** | Serán condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso la aprobación del FOMIN de: (i) el Plan Operativo Anual (POA) del programa; (ii) una carta acuerdo firmada entre BGH y PATH en la que se especifique el alcance, entregables, presupuesto y cronograma de la asistencia técnica prevista ; (iii) el reglamento Operativo de la CT; (iv) los perfiles y términos de referencia (TdR) del coordinador del proyecto y del equipo de profesionales de la UCP; (v) la metodología para recolectar, analizar y sistematizar información básica de comunidades, aldeas, productos y socios (componente 1) y la metodología de los talleres de socialización a las comunidades; (vi) una plantilla del acuerdo marco que se firmaría con las comunidades; y (vii) la selección de por lo menos 10 aldeas céntricas para el arranque de la CT definidas con base en los criterios de focalización. | | |
| **Revisión de Medio Ambiente e Impacto Social:** | Esta operación ha sido pre-evaluada y clasificada de acuerdo a los requerimientos de la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias del BID (OP-703). Dado que los impactos y riesgos son limitados, la Categoría propuesta para el Proyecto es C. | | |
| **Unidad con Responsabilidad de Desembolsar** | MIF/COF Honduras | | |



1. Antecedentes y Justificación

1. A. Honduras
   1. De acuerdo con cifras de La Encuesta [ENDESA- 2011–12](http://www.ine.gob.hn/index.php/censos-y-encuestas/encuestas-todos-las-encuestas-de-honduras/encuesta-endesa) Honduras tiene una población de 8 millones de habitantes, con un porcentaje de hogares bajo el umbral de pobreza situado en el 64,5% en el año 2013. La proporción de hogares con niveles de pobreza extrema en el mismo año alcanza el 42,6% a nivel nacional y el 55,6% en las áreas rurales. El nivel de desigualdad en la distribución del ingreso de Honduras es el más alto de América Central. La [Nota BID Sectorial de Salud](http://zahori.iadb.org/search/cgi-bin/query-meta.exe?v%3aproject=IDB-P-Intranet&v%3asources=IDB-SB-SEC-Merge&query=marco%20sectorial%20salud) señala que si bien el Gobierno ha logrado mejoras notables en los indicadores de salud de su población, los indicadores básicos del sector se ubican aun en niveles bajos y son todavía más preocupantes para las poblaciones rurales: La tasa de mortalidad post-neonatal hoy se sitúa en 6 por cada-mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad de menores de cinco años es de 29 por cada mil, la desnutrición crónica total es del 23% y la anemia en niños menores de 5 años alcanza el 29%.
   2. El sistema institucional de salud del país muestra deficiencias que resultan de la segmentación de la oferta y de una limitada dotación de infraestructura, equipos, medicamentos y personal especializado en programas de prevención. Esta realidad es más aguda en las zonas rurales, donde las familias se ven obligadas a gastar una importante proporción de sus recursos en el transporte de sus familiares a centros de atención alejados y a la compra de medicamentos costosos y que no siempre son suministrados a tiempo. Honduras ha hecho importantes esfuerzos en el sector de agua y saneamiento que está estrechamente ligado a los niveles de salud, pasando de una cobertura en agua del 73% en 1990 al 89% en 2010 y en saneamiento del 49% al 81% en el mismo periodo. No obstante, el sector enfrenta grandes carencias de acceso, calidad y continuidad que se acentúan en la población rural dispersa, donde las familias surten sus viviendas de agua en bloque, sistemas de bombeo, camiones cisterna o recolección de aguas lluvia o de agua de ríos, quebradas o nacimientos.
2. B. Diagnóstico del problema a ser atendido por el proyecto[[5]](#footnote-5)
   1. Según [ENDESA](http://www.ine.gob.hn/index.php/censos-y-encuestas/encuestas-todos-las-encuestas-de-honduras/encuesta-endesa) las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) son las principales causas de muerte entre los niños menores de cinco años en Honduras (15% y 12% respectivamente). La prevalencia de estas enfermedades ha crecido en un 2,3% y en un 1,4% respectivamente, entre los periodos 2005-06 y 2011-12[[6]](#footnote-6). Las IRAs fueron el principal motivo de consulta ambulatoria (58%) y la segunda causa de búsqueda de asistencia sanitaria fueron otras enfermedades infecciosas (10%) como la diarrea o malaria.
   2. Enfermedades Diarreicas Agudas: A nivel nacional y en este último periodo de medición, el porcentaje de niños afectados por EDAs -medido como el porcentaje de niños que tuvo un episodio de diarrea dentro de las últimas dos semanas anteriores a la encuesta- registró un 17,8%. Este porcentaje fue inferior en las niñas (17%) que en los niños (18,5%) y en el área rural del país alcanzó el 19%, mientras que en la urbana el 16,4%. Según [ENDESA](http://www.ine.gob.hn/index.php/censos-y-encuestas/encuestas-todos-las-encuestas-de-honduras/encuesta-endesa), en Choluteca, el Paraíso, Francisco Morazán (sin el Distrito Central) y Valle, los departamentos donde se desarrollará la presente CT, la prevalencia de EDAs se ubica en porcentajes del 18%, 13%, 16% y 14% respectivamente.
   3. Infecciones Respiratorias Agudas: A nivel nacional el porcentaje de niños afectados por IRAs en 2010-2011 -medido como el porcentaje de niños con síntomas de neumonía- registró un 12,8%. Este porcentaje fue inferior en las niñas (12,4%) que en los niños (13,2%) y en el área rural del país alcanzó el 13,4%, mientras que en la urbana alcanzó el 12,2%. Según [ENDESA](http://www.ine.gob.hn/index.php/censos-y-encuestas/encuestas-todos-las-encuestas-de-honduras/encuesta-endesa), en Choluteca, el Paraíso, Francisco Morazán (sin el Distrito Central) y Valle, departamentos que hacen parte de la presente CT, la prevalencia de IRAs se ubica en porcentajes del 15,4%, 15,1%, 11,7% y 13,1% respectivamente.
   4. En las áreas rurales de Honduras el 75% de los hogares tiene acceso a agua (20% dentro de la vivienda). La provisión de agua proviene en un 71% de servicios privados o comunitarios y en un 3,9% de servicios públicos. Gran parte de los hogares solo tienen acceso a agua a través de sistemas de bombeo o tanques de agua y las familias también se ven obligadas a almacenar lluvia y agua de los ríos o arroyos para el consumo diario. Solo el 4% de las viviendas rurales tiene acceso al servicio de alcantarillado y únicamente el 41% de los hogares elimina sus residuos sólidos de una manera segura.
   5. El Documento del [Estado Mundial de la Infancia](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2012-Main_Report_SP.pdf) de [UNICEF](http://www.unicef.org) para 2012 y el [Boletín 2000 78](http://www.who.int/bulletin/archives/78(11)1316.pdf) de La [Organización Mundial para la Salud](http://www.who.int/es/) presentan evidencia de las consecuencias de las prevalencia de EDAs e IRAs mencionadas. Dentro de éstas destacan: (i) la perdida de calorías y nutrientes y la reducción del crecimiento y desarrollo del niño, (ii) convalecencias y altos gastos familiares en transporte y en compra de medicinas e insuficientes gastos en alimentación, salud preventiva y educación y (iii) dificultades para el traslado del menor a centros de asistencia. Las familias visitadas durante la preparación de la presente operación, han indicado además que las enfermedades han generado inasistencia, repetición y bajo rendimiento escolar.
   6. La literatura especializada como la mencionada, ha señalado también, que la causa del aumento en la prevalencia de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias entre los niños menores de cinco años se encuentra en el aumento en la susceptibilidad de contraer infecciones virales y bacterianas. Para el caso de Honduras, y de acuerdo con la experiencia de PATH y de Brigadas Globales, esta disposición es causada, entre otros, por (i) el limitado acceso de los hogares a fuentes de financiamiento asequibles que posibiliten a las familias adquirir productos duraderos de salud preventiva; (ii) el limitado uso, y sostenibilidad en el uso, que muchas familias tienen de bienes duraderos de uso doméstico que puedan reducir la contracción de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas; (iii) la débil conformación empresarial y limitada sostenibilidad de actores de la cadena capaces de proveer crédito y fuentes de distribución y (iv) la debilidad de los modelos o mecanismos comunitarios a la hora de prevenir las enfermedades anteriormente detalladas y/o promueve un sector empresarial privado con capacidad de ofrecer una solución[[7]](#footnote-7).

**B. Beneficiarios del proyecto**

* 1. Selección de Departamentos y municipios[[8]](#footnote-8): El proyecto se ejecutará en aldeas pobladas por comunidades rurales de 32 municipios de los departamentos de Choluteca, El Paraíso, Francisco Morazán (sin contar el Distrito Central), y Valle. En la selección de los departamentos Brigadas Globales Honduras y el FOMIN han asegurado que la CT complementa y no duplica esfuerzos del Gobierno de Honduras, como el *Programa Vida Mejor*, o de otras agencias de cooperación, ONGs o iniciativas privadas.
  2. Una primera selección de los municipios beneficiarios ha sido definida en base a los criterios acordados por la Agencia Ejecutora, el Banco y el FOMIN: (i) los indicadores socioeconómicos y de salud de las comunidades y (ii) la existencia de condiciones mínimas de acceso (carretera y un mínimo de capacidad de telecomunicaciones) que permita la llegada y permanencia del programa en el tiempo. Adicionalmente, BGH ha realizado consultas con autoridades gubernamentales municipales, para asegurar que el programa va en línea con las iniciativas locales y para asegurar colaboración, eficiencia y sostenibilidad en el desarrollo del programa. En la tabla siguiente se presentan los principales indicadores de los departamentos del proyecto:

**Tabla 1: Departamentos del programa -Indicadores-**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Departamento** | **Pobreza % de población que vive en o abajo de la línea de pobreza\*** | **% hogares con mujeres como jefa del hogar** | **Promedio miembros hogar** | **Mortalidad en la ninez (0-5 años) - muertes por cada 1000 nacimientos** | **EDAS: % niños con diarrea** | **IRAS: % niños con neumonia** | **Disposición eliminada en forma segura (%)** | **Tasa repeticion escolar grado 1** | **Promedio de años de educación mujeres** |
| Choluteca | 81,9 | 27,4 | 4,7 | 25 | 17,8 | 15,4 | 48,9 | 16,9 | 4.8 |
| El Paraíso | 73,3 | 24,6 | 4,7 | 31 | 12,7 | 15,1 | 48,7 | 18,9 | 4.9 |
| Francisco Morazán (sin distrito central) | 74,3 | 28,7 | 4,4 | 31 | 16,9 | 11,7 | 46,8 | 13,2 | 5.1 |
| Valle | 75,1 | 32,4 | 4,4 | 26 | 13,8 | 13,1 | 38 | 6,7 | 5.2 |
| Total nacional 2011-2012 | n/a | 28,1 | 4,4 | n/a | 17,8 | 12,8 | 44,9 | 15,6 | 5.2 |
| Total nacional 2005-2006 | n/a | 26,0 | 4,8 | n/a | 15,5 | 11,4 | 46,5 | 17,9 | 4.3 |
| Mujeres | n/a | n/a | n/a | n/a | 17 | 12,4 | n/a | 13,1 | n/a |
| Hombres | n/a | n/a | n/a | n/a | 18,5 | 13,2 | n/a | 17,6 | n/a |
| Urbana | n/a | 33,8 | 4,2 | 29 | 16,4 | 12,2 | 49,7 | 11,5 | 8.3 |
| Rural | n/a | 21,8 | 4,7 | 30 | 19 | 13,4 | 40,8 | 18,3 | 5.3 |

\*Fuente: Indicadores de Pobreza Según Diferentes Metodologías - Instituto Nacional de Estadísticas - Republica de Honduras

* 1. Selección de aldeas. La CT espera llegar a por lo menos 250 aldeas. De estas aldeas, se seleccionarán 50 aldeas céntricas para la operación logística del programa. Dentro de los criterios acordados para la selección de aldeas deberán, por lo menos, incluirse los siguientes: (i) no duplicidad con programas gubernamentales o privados y limitado acceso de las familias a los servicios financieros y productos ofrecidos por la CT; (ii) voluntad gubernamental local y voluntad de las comunidades de participar en el programa; (iii) optimización operativa por proximidades geográficas y facilidades logísticas; (iv) características socioeconómicas de las comunidades y preferencias de las comunidades con relación al desarrollo de actividades de atención en prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias y (v) existencia de cajas rurales con interés en el programa, cuya operación es susceptible de ser fortalecida o ampliada en su alcance y cuya ubicación sea céntrica y permita atender el número de familias previstas. La selección de las aldeas deberá estar acompañada de un mapeo sencillo con el que se pueda verificar que la aldea/comunidad cumple con los criterios acordados.
  2. Trabajos recientes sobre las cajas rurales y la experiencia de BGH muestran que cada caja/aldea céntrica tiene la capacidad de atender a por lo menos 200 familias -de la aldea misma y de aldeas aledañas-. Con esto, el proyecto tendría capacidad de ofrecer acceso a los servicios del programa a por lo menos 10.000 familias, que se estima estarían conformadas por 50.000 personas[[9]](#footnote-9).
  3. Características socio-económicas de las comunidades del programa: La pobreza es generalizada en las áreas del proyecto. Las zonas rurales de los municipios propuestos en la CT están situados en zonas montañosas y sus aldeas son ampliamente dispersas y de difícil acceso. La principal actividad económica de estas áreas es la agricultura. El principal medio de transporte es el autobús y la distancia al centro de salud más cercano puede alcanzar hasta 2 horas. Las viviendas están construidas con adobe, madera o zarzo, y la mayoría de los hogares no tiene acceso a electricidad o a servicios de agua y de saneamiento. La leña o carbón de leña es el medio utilizado para cocinar y las cocinas están situados en espacios cerrados. La mayoría de los habitantes de estas zonas se encuentran vinculados a la economía informal agrícola, ganadera o pesquera. Los agricultores de subsistencia, constituyen alrededor del 70% de las familias, con muy limitado acceso a cultivos de mediana escala. Los cultivos más comunes son maíz, frijol, plátano, arroz y café. La estructura económica se basa en las pequeñas explotaciones las fuentes formales de empleo son muy limitadas. Los rangos de ingreso familiar se ubican entre US$72 y US$144 mensuales.
  4. Beneficiarios directos: La experiencia de PATH en otros continentes y el conocimiento local de BGH fruto de su experiencia y de sondeos recientes han permitido determinar como meta de beneficiarios de la CT a 3.000 familias y por lo menos 9.000 niños. Esta meta, que se establece como mínima, resulta de proyectar que por lo menos el 30% de las familias que tienen acceso al programa, efectivamente se vincularán o fortalecerán su vinculación a las cajas rurales y adquirirán, con el apoyo del programa, productos de salud preventiva.
  5. Beneficiarios Indirectos: Se espera generar empleo y fortalecer las capacidades emprendedoras locales en las 250 aldeas del proyecto. El proyecto tiene el potencial de impactar a por lo menos: (i) 50 unidades empresariales de financiamiento (cajas rurales); (ii) 50 unidades empresariales o empresarios de la cadena de distribución y (iii) 750 mujeres quienes se vincularán o fortalecerán su vinculación a las actividades de las cajas rurales y tendrán apoyo en su capacidad de generar unidades de negocio (ver Componente II).
  6. Si bien la CT ha sido dimensionada considerando que solo el 30% de las 10.000 familias adquirirán y le darán un uso sostenido a los productos del programa HHI, se estima que otro 30% entrarán a formar parte de programas de las cajas y tendrán la posibilidad adquirir crédito para emprender proyectos productivos o para gastos de educación o salud de sus hijos. La CT recogerá esta estadística en sus sistemas de seguimiento y evaluación. En la tabla siguiente se presentan las metas de focalización territorial, acceso y beneficiarios del programa:

Tabla 2: Focalización territorial y de Beneficiarios

Metas cuantitativas y base de cálculo



**C. Contribución al Mandato FOMIN, Marco de Acceso, y Estrategia BID** [[10]](#footnote-10)

* 1. Desarrollo del sector privado: La operación propuesta contribuye al objetivo de promover el desarrollo de pequeñas empresas y emprendedores sociales locales.
  2. Reducción de la pobreza: La CT permite acceso y garantiza asequibilidad de productos que han sido probados como eficaces en la reducción de la prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias y en la mejora de la salud y de las condiciones de vida de la población.
  3. Vinculo a la Agenda. El proyecto pertenece a la Agenda de Servicios Básicos para poblaciones de bajos ingresos.
  4. Colaboración con el Grupo BID. Esta operación se alinea con el mandato del BID y su estrategia institucional, que indica la necesidad de invertir en aquellas áreas que aumentan el capital humano y aseguran que las personas alcanzan niveles aceptables de salud. La intervención es consistente con el objetivo de la estrategia del BID en el país 2011-2014 (EBP-HO) en la que el sector de la salud se define como un área clave con dos indicadores de impacto: reducción de la mortalidad infantil y aumento en la cobertura de servicios de salud.
  5. El proyecto contribuye a los objetivos del estado Hondureño, definidos en la Ley Visión de País 2010–2038, el Plan Nación 2010-2022 y el Plan Gobierno 2010-2014. En este marco, se establecen los objetivos de trabajar para lograr una Honduras: (i) sin pobreza extrema, educada y sana, (ii) con seguridad y sin violencia; y (iii) productiva, generadora de empleos dignos y que aprovecha sus recursos y reduce su vulnerabilidad ambiental. La CT complementa acciones del programa gubernamental Vida Mejor liderado del el Ministerio de Desarrollo Social y por la Presidencia de la Republica y complementa acciones de la Asociación Hondureña para el Desarrollo (ADHESA). Este proyecto espera generar sinergias durante su ejecución con los proyectos ATN/ME-14118-HO, ATN/ME-14031-HO, ATN/ME-13879-ES y ATN/ME-10889-PE.

1. Objetivos y componentes del Proyecto
2. A. Objetivos
   1. El objetivo a nivel de impacto de este proyecto es reducir la prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años mejorando las condiciones de la vivienda y entorno y la calidad de vida de las familias.
   2. El objetivo a nivel de resultado es incrementar el acceso, adquisición y uso sostenible de productos duraderos de salud. Hasta 3.000 familias aumentarán su ahorro anual al menos un 10% con la inversión en estos productos.
   3. Para lograr estos objetivos es necesario reducir los riesgos de contraer las enfermedades anotadas, lo cual requiere el desarrollo de actividades tendientes a: (i) aumentar el uso y sostenibilidad en el uso de productos que amplíen el acceso a agua apta para el consumo, disminuyan la contaminación fecal y reduzcan las inhalaciones de agentes tóxicos; (ii) mejorar los hábitos de higiene; (ii) aumentar el acceso y asegurar la asequibilidad a fuentes de crédito de consumo para la adquisición de estos bienes; (iii) fortalecer y asegurar la sostenibilidad futura de los actores de la cadena (cajas y distribuidores) y (iv) expandir el modelo y fortalecer y sistematizar la acervo de evidencia empírica sobre sus resultados.

**B. Descripción del Modelo/Solución/Intervención**

* 1. El proyecto adapta y replica el modelo de negocio *Vivienda Rural Saludable* introducido por PATH[[11]](#footnote-11) en India y Camboya en el año 2006. La implementación de este modelo, ha demostrado que el uso de productos duraderos de salud preventiva se triplica cuando para su adquisición se le ofrece a los hogares financiamiento y ventas individuales directas versus la opción de un subsidio directo (estatal o privado) para su compra. El modelo permite el acceso a productos básicos nuevos para la prevención, mediante la promoción y fortalecimiento de relaciones de confianza y alianzas locales entre las comunidades, las instituciones de financiamiento y las empresas distribuidoras. La implementación del modelo permite la superación -por parte de las comunidades- de la barrera del costo inicial de productos duraderos de salud preventiva, a través de esquemas financieros adecuados a sus ingresos y capacidades de pago. Igualmente el modelo promueve el fortalecimiento de empresas locales de financiamiento y suministro de productos.
  2. Del lado de la demanda, este modelo ha logrado los resultados previstos en la medida en que involucra a miembros de la comunidad en diálogos grupales sobre sus necesidades y valoración de los beneficios que se generan por el uso de los productos domésticos en términos de reducción en la prevalencia de enfermedades, ahorros en transporte y en medicinas. El modelo proporciona un medio —crédito de consumo— que permite la compra de los productos ya identificados como necesarios, asequibles y disponibles localmente. Del lado empresarial, el modelo trabaja para desarrollar la capacidad de proveedores locales interesados en crear o ampliar sus espacios de mercado, aumentar la sostenibilidad de sus negocios o crear plataformas de negocios fortalecidas que puedan ser usadas para proveer una más amplia variedad de productos.
  3. La implementación del modelo comprende: (i) construcción de una línea de base de los hogares, productos y cadena de valor (cajas y distribuidores); (ii) diagnóstico de necesidades, preferencias y potencialidades de consumidores y distribuidores; (iii) desarrollo de un modelo de financiamiento, venta y distribución que se adecue a las necesidades de los hogares y a las capacidades de las cajas y empresarios identificadas; (iv) entrenamiento a empresarios en técnicas grupales de ventas, mercadeo y entrega de productos; (v) Entrega y entrenamiento para el uso de los productos y (vi) recolección continua de evidencia de avances y de lecciones y (vi) divulgación de resultados y lecciones.

1. C. Componentes

**Componente I:** **Modelo de *Vivienda Saludable* adaptado al entorno de Honduras y socializado con los actores locales**. **FOMIN: US$269.696/Contrapartida: US$ 00,00**

* 1. El objetivo de este componente es adaptar el modelo de Vivienda Saludable al entorno de Honduras con el fin de ampliar el acceso y asequibilidad de familias rurales pobres del país a fuentes y esquemas financieros que les permitan adquirir productos duraderos de salud preventiva. Con el fin de adaptar el modelo mencionado es necesario comprender a fondo el entorno del mercado local. El proceso de investigación, será formativo y se realizará a través de entrevistas y grupos focales.
  2. Las actividades del componente se desarrollaran en tres etapas: Mapeo local: (i) evaluación de las necesidades, actitudes, conocimiento y accesibilidad de las comunidades a productos de salud preventiva y a servicios de financiamiento para su adquisición; (ii) análisis del inventario de productos existentes en el mercado, sus características técnicas, volúmenes potenciales de distribución, costos, precios y ventajas y desventajas; (iii) análisis de los distribuidores o comerciantes disponibles y sus mecanismos y canales de distribución y (iv) análisis de las cajas rurales, su ubicación, modo y capacidad de operación. Establecimientos de alianzas: (i) selección y formalización de alianzas entre comunidades, cajas céntricas y distribuidores y (ii) selección de productos. Plan de trabajo: (i) definición del alcance de la CT indicando la manera como se espera atender las necesidades y preferencias de las familias a través de los servicios, productos y canales disponibles o adaptados. Dentro del componente se llevarán cabo las actividades de fortalecimiento institucional del ejecutor acordadas entre el FOMIN y BGH.
  3. Para la implementación del componente, el ejecutor, con la asistencia técnica de PATH y con base en las evaluaciones descritas en el párrafo anterior y el conocimiento que se tiene de la operación del modelo en otros ámbitos del mundo, desarrollará hasta 50 talleres locales, con el objetivo de presentar a las comunidades los resultados de la problemática en términos de prevalencia de enfermedades y hábitos de higiene y de ofrecer charlas sobre la importancia y capacidad comunitaria de buscar soluciones a esta problemática mediante la transformación –con un esfuerzo propio- de sus viviendas en viviendas y entornos saludables. Se le presentará a las comunidades las características del programa, las experiencias previas y la manera de operar en cada uno de los componentes. Asegurando espacios permanentes de retroalimentación de parte de la comunidad, se hará una exposición sencilla de la gama de productos disponibles así como de los canales de financiamiento existentes y sus características y condiciones. Este trabajo de campo proporcionará a la vez datos de referencia y ayudará a BGH a identificar indicadores de mercado que sirvan para estimar los resultados e impacto de las actividades del proyecto.
  4. Con base en la retroalimentación que se reciba de la comunidad, la oferta financiera y la oferta comercial previstas serán adaptadas, introduciendo mejoras e incentivos a los procesos de las mismas. La adaptación del modelo será un proceso permanente a lo largo de la vida del proyecto y en la medida en que la CT entra a cada aldea, podrán revisarse y ajustarse sus condiciones de operación para contar finalmente con un modelo de Vivienda Saludable adaptado para Honduras. Una vez BGH asegure que se cuenta con las condiciones que garanticen su óptima operación y resultados propuestos, se trazará, para cada una de las aldeas/cajas céntricas un plan de implementación que contenga entre otros información de línea de base, metas, responsables, presupuesto e indicadores operacionales. Cada plan de implementación se acordara con la comunidad y con los socios locales (cajas y distribuidores) de manera formal mediante la suscripción de un acuerdo marco. Los talleres se realizarán en escuelas o centros comunitarios de las aldeas céntricas, serán amplios y didácticos y estarán acompañados de actividades paralelas de recreación para los niños de la aldea (participen o no los padres en el taller del programa). Esta recreación estará asociada a tópicos de salud preventiva.
  5. El producto de este componente será el modelo de Vivienda Saludable adaptado al entorno de Honduras y la línea de base que servirá para medir los avances y resultados de la implementación del modelo. Los subproductos del mismo deberán a su vez generarse con el desarrollo de las actividades descritas a continuación:

|  |
| --- |
| 1.1 Análisis del inventario y características de productos existentes en el mercado local e internacional |
| 1.2 Análisis de los distribuidores y comerciantes disponibles y sus mecanismos y canales de distribución |
| 1.3 Selección y análisis institucional de socios distribuidores |
| 1.4 Desarrollar y formalizar el alcance, los entregables, el presupuesto, los indicadores de éxito y el cronograma con los socios distribuidores |
| 1.5 Selección y análisis institucional de socios financieros |
| 1.6 Desarrollar y formalizar el alcance, los entregables, el presupuesto, los indicadores de éxito y el cronograma con los socios financieros |
| 1.7 Evaluación de las necesidades, actitudes, conocimiento y accesibilidad de las comunidades a productos de salud preventiva y a servicios de financiamiento para su adquisición |
| 1.8 Análisis de operaciones y capacidades de socios de la cadena y creación del cronograma del proyecto |

* 1. **Componente II: Fortalecida la capacidad empresarial local para la financiación y distribución de productos de salud preventiva**. **FOMIN: US$291.018/ Contrapartida: US$112.500.**
  2. El objetivo de este componente es fortalecer la capacidad empresarial local para la financiación y distribución de productos domésticos para la prevención de ERAs e IRAs. Las actividades de este componente estarán antecedidas por el fortalecimiento institucional de BGH, el cual se ejecutará desde el arranque del proyecto y en el mismo periodo que se implementan las etapas de Mapeo y Alianzas del primer componente de la CT.
  3. El trabajo con las cajas rurales se centrará en proveerles asistencia técnica en procesos de suscripción de créditos y de administración que aseguren que estas pueden ofrecer diferentes opciones viables de crédito de consumo, que sean de fácil acceso y acordes con las capacidades y preferencias de pago de parte de las comunidades. Las cajas rurales proveerán créditos a través de esquemas financieros adecuados a los ingresos y capacidades de pago de los beneficiarios. En los créditos que las familias contraigan, el ejecutor tendrá especial cuidado en que se incorporen -en los estudios previos- los pasivos y contingencias que pueda tener la familia para asegurar que la familia tiene capacidad de asumir el crédito. En la optimización de procesos de cajas y distribuidores se hará énfasis en aquellos relacionados con la operación, el mercadeo y la preparación de reportes. En las capacitaciones al personal distribuidor se hará énfasis especial en las ventas directas utilizando herramientas como rotafolios ilustrativos, proyecciones y manejos de inventarios, servicios postventa a las comunidades y reportes y contabilidad de ventas. Igualmente se trabajara en la identificación de incentivos para las ventas y expansión de volúmenes ofrecidos y comunidades atendidas.
  4. BGH trabajará con las cajas rurales, distribuidores locales y comunidades ya identificados, en las siguientes actividades:

|  |
| --- |
| 2.1 Fortalecer la capacidad de BGH Honduras de operar como agencia ejecutora |
| 2.2 Desarrollar el primer modelo de operaciones para el financiamiento de productos de salud preventivos |
| 2.3 Desarrollar productos financieros (prestamos) para los productos de salud preventivos y materiales de educación financiera para hogares |
| 2.4 Desarrollar el primer modelo de venta |
| 2.5 Desarrollar el primer modelo de distribución |
| 2.6 Identificar y contratar a emprendedores locales para la venta de productos de salud preventivos |
| 2.7 Capacitar, entrenar y proveer asistencia técnica a socios financieros, distribuidores, y equipos/emprendedores de venta |
| 2.8 Desarrollar y/o fortalecer sistemas de información gerencial de socios locales |
| 2.9 Desarrollar indicadores de esfuerzos y de calidad de operaciones |
| 2.10 Adaptar el modelo de monitoreo e evaluación para el entorno de Honduras |

* 1. Como producto y meta de este componente se contará con por lo menos 50 cajas rurales fortalecidas para la financiación (una por cada 5 aldeas) y 50 empresarios o unidades empresariales fortalecidas para la distribución de productos (una por cada 5 aldeas). En las actividades de capacitación se convocaran de manera activa a las mujeres de la comunidad y se espera alcanzar a por lo menos 750 de ellas, 15 por cada aldea céntrica del programa. Se espera obtener por lo menos obtener los siguientes sub-productos de las actividades descriptas: (i) un diagnóstico de procesos de cajas y distribuidores locales; (ii) materiales y memorias de las capacitaciones (al menos una por aldea céntrica); (iii) un informe de monitoreo (por aldea céntrica) de esfuerzos y calidad de operación de la oferta y (iv) un modelo de desarrollo de negocios adaptado y consolidado para el entorno local.

**Componente III: Comercialización y Distribución del Modelo de *Vivienda Saludable* en Honduras. FOMIN: US$279.185/Contrapartida: US$421.875.**

* 1. El objetivo de este componente es implementar y optimizar el modelo de *Vivienda Saludable* adaptado para Honduras. El desarrollo de este proyecto se basará en el uso del modelo adaptado y socializado (componente I) y la capacidad empresarial local fortalecida para la financiación y distribución de productos de salud preventiva (componente II). Durante este componente se llevará a la práctica la aplicación del modelo a través de su comercialización y distribución, logrando así su optimización progresiva.
  2. Las actividades de este componente contemplan:

|  |
| --- |
| 3.1.Ventas directas utilizando herramientas novedosas, proyecciones y manejos de inventarios, servicios postventa, y reporte y contabilidad de ventas |
| 3.2 Desarrollar y fortalecer la capacidad, contabilidad y operaciones de las cajas rurales |
| 3.3 Monitorear actividades de venta, revisar los esfuerzos y calidad de operaciones cada trimestre (analizar las presentaciones de venta, resultados de venta, proceso de revisión y aprobación de los préstamos, y el sistema y proceso de repago), y modificar el modelo como sea necesario y según los resultados/recomendaciones |
| 3.4 Proveer asistencia técnica y fortalecer las capacidades empresariales de cajas, distribuidores, y emprendedores en áreas de operaciones, venta/promoción, financiamiento, y post venta seguimiento. |

* 1. Durante el desarrollo de este componente se continuaran las actividades de fortalecimiento empresarial de cajas y de empresas distribuidoras. BGH trabajará para asegurar que las necesidades y deseos de las familias -de acceder a productos de salud - son adecuadamente cubiertos a través de la oferta empresarial propuesta.
  2. Las actividades postventa se harán coincidir con reuniones comunitarias programadas. Usando datos en tiempo real recogidos en indicadores, el ejecutor trabajará con los actores participantes para optimizar continuamente el modelo en su expansión y así reducir las ineficiencias, satisfacer un mayor porcentaje de la demanda comunitaria y garantizar la sostenibilidad del modelo. El producto de este componente es un modelo aprobado y validado funcionando en las comunidades.

**Componente IV: Resultados, lecciones, conocimientos y mejores prácticas sistematizadas, documentadas y difundidas. FOMIN: US$87.101/Contrapartida: US$25.512**

* 1. El objetivo de este componente es sistematizar, documentar y difundir los resultados, lecciones, conocimientos y mejores prácticas de este proyecto. Las brechas de conocimiento que estarían llenándose serian: (i)¿Qué tipo de modelos son más eficaces para la prestación de servicios básicos para poblaciones pobres (y aisladas)? (ii) ¿Qué tipo de herramientas debe usar el sector privado para adaptar la prestación de servicios a las necesidades específicas de la *'última milla'*?
  2. El producto principal de este componente será una guía metodológica y un estudio de caso sobre cómo opera el modelo, destacando los aspectos financieros y no financieros del mismo. Con la participación de audiencias de los sectores público y privado, instituciones financieras y organizaciones no gubernamentales especializadas en la región se convocará en Tegucigalpa un Taller nacional o subregional de cierre con el objetivo de evaluar los resultados alcanzados, identificar las tareas adicionales para garantizar la sostenibilidad de las acciones iniciadas por el proyecto e identificar y diseminar las lecciones aprendidas y mejores prácticas. Como parte de este taller, PATH presentara los más relevantes de la ejecución del modelo de Vivienda Saludable en otras partes del mundo.
  3. El conjunto de actividades para este componente son:

|  |
| --- |
| 4.1 Desarrollar un plan de difusión de resultados |
| 4.2 Analizar los resultados de operación y del proyecto |
| 4.3 Realizar una evaluación final, recolectando datos cualitativos y cuantitativos |
| 4.4 Sistematizar y difundir lecciones aprendidas |
| 4.5 Reporte final del proyecto entregado al MIF |

**D. Gobernanza del Proyecto y Mecanismo de Ejecución**

* 1. Para efectos de la implementación del proyecto, BGH establecerá una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) con un coordinador y un equipo mínimo que operará en las instalaciones de BGH en Tegucigalpa y cuyas actividades, gerencia y manejos financieros serán independientes de la actividad regular de BGH.
  2. Brigadas Globales implementará el proyecto HHI en Honduras con la asistencia técnica de PATH tal y como se describe en la propuesta técnica disponible en el Anexo XII. Brigadas Globales establecerá una interlocución con el personal del FOMIN para tener claridad en relación a los requisitos del BID y para el asesoramiento en el contexto operativo de Honduras. KIVA proporcionará capital de préstamo. El personal de las Cajas Rurales interactuará directamente con miembros de la comunidad de manera permanente a través de la comercialización de los productos y la concesión de préstamos de consumo. Los miembros de la comunidad compartirán sus puntos de vista como parte de la elaboración de la línea de base del programa, que ayudará a definir qué productos tienen capacidad de generar demanda y cuáles requieren una estrategia de marketing más intensiva. La supervisión continua de los informes de ventas proporcionará una fuente de retroalimentación constante por parte de la comunidad acerca de qué técnicas de venta están funcionando y donde hay una necesidad de introducir mejoras en los procesos.

**Roles y Responsabilidades**

Brigadas Globales llevará la coordinación entre los socios para la implementación del programa y la asistencia técnica, al igual se hará responsable de gestionar los fondos de la CT y de reportar al FOMIN. Serán los representarán el proyecto de Viviendas Saludables y los responsables de rendir cuentas de los resultados a los beneficiarios hondureños. Brigadas Globales también proporcionará asistencia técnica en forma de herramientas y capacitación para Instituciones Micro-Financieras y las empresas de distribución. También será responsable de la supervisión de las operaciones y la aplicación de mejorar progresivas basadas ​​en las lecciones de los resultados de la evaluación de campo.

PATH aprovechará su experiencia institucional y las herramientas desarrolladas para la HHI en otros países, identificará y apoyará buenas prácticas y modelos sostenibles entre los diferentes socios del programa, y asesorará a Brigadas Globales en la evaluación de la implementación de HHI.

Las cajas rurales proveerán y gestionarán los créditos de consumo para los productos y los préstamos de negocios para los empresarios de distribución. Igualmente facilitarán asambleas y otras plataformas para sensibilizar a las personas. Por último contribuirán a agregar de la demanda por parte de las empresas de distribución.

Los fabricantes asegurarán la entrega de los productos hasta el último punto de distribución formal, a partir del cual los empresarios de distribución gestionarán el transporte y el almacenamiento. Supervisores de venta de los equipos de venta y distribución de los fabricantes en cada estado serán los responsables de la formación de los empresarios en todos los aspectos relacionados con la promoción del producto, la entrega, la instalación y el servicio post-venta.

**E. Sostenibilidad**

* 1. La *Iniciativa de Viviendas Saludables* que se desarrollará por BGH con la Asistencia Técnica de PATH y recurso económicos de FOMIN se considerará como una ejecución sostenible si logra que las capacidades técnicas y organizativas transmitidas a los equipos comunales de ventas y cajas rurales les permiten a estos seguir operando de manera continua, una vez finalizado el periodo de ejecución de la iniciativa, vendiendo más productos en las comunidades y otorgando más créditos a las familias ubicadas dentro su área de influencia. Con la formación y capacitación de los Equipos Comunales de ventas se espera lograr que con el tiempo estos equipos se encarguen de ofrecer servicios de mantenimiento y reparación de los productos entregados a las familias así como el recambio de los mismos cuando la vida útil de estos productos finalice.
  2. Las Cajas Rurales seguirán ofreciendo acceso a financiamiento de consumo para las familias que lo necesiten ya sea para el mantenimiento, reparación o compra de más o nuevos productos que la iniciativa introduzca, así como podrá dar acceso a nuevos tipos de productos financieros (Ahorro, Préstamos, Microseguros etc.) que la población del área de influencia pueda adquirir. Al implementar esta iniciativa BGH se fortalecerá institucionalmente a través de la reestructuración de su gobierno corporativo que pueda definir la estrategia organizacional de manera objetiva. Además se reestructurará su área administrativa, ya que al robustecer esta área BGH tendrá nuevas capacidades de control de sus operaciones y lograra niveles eficientes de operatividad, y transparencia que solo se lograrían con la experiencia ganada a través de la ejecución de esta iniciativa y el acompañamiento cercano de FOMIN. Prácticas que se perpetuaran dentro de la organización.
  3. Las acciones que se tomaran durante la ejecución de la iniciativa para garantizar la sostenibilidad de la misma consistirán en la contratación y entrenamiento del personal necesario para la formación de los equipos de ventas comunales y cajas rurales, mismo personal que durante el periodo de ejecución deberá dar seguimiento al accionar de los equipos de ventas y cajas rurales por ellos formados, garantizando que apliquen la técnica transmitida y creando las capacidades que garanticen el funcionamiento por si mismos de estos equipos y cajas. El modelo económico a implementar a través de la ejecución de la iniciativa, que consiste en la recuperación del costo total de los productos entregados a los beneficiarios será fundamental para la sostenibilidad de la misma ya que deberá generar suficientes ingresos como para que el equipo de técnicos que se dedican a la capacitación y formación de Equipos de Ventas y Cajas Rurales sea subsidiado y siga implementado el modelo en nuevas regiones del país una vez terminado el periodo de ejecución de esta iniciativa.

**F. Lecciones aprendidas del FOMIN u otras instituciones en el diseño del proyecto**

* 1. La iniciativa de Viviendas Saludables desarrollada por PATH en Asia y en África ha demostrado resultados positivos, que se espera sean trasladados a Honduras y posiblemente a otros países de la región. Dentro de estos resultados se incluyen: (i) un incremento en el uso de filtros de agua de 7% a 43% en un periodo de 9 meses (después de tomar más de 10 años para llegar a 7% utilizando métodos tradicionales); (ii) un incremento de 10% en el uso de préstamos de consumo para adquirir productos de salud preventiva por parte de familias de los quintiles más bajos de ingreso; (iii) un aumento de 300% en los ingresos de emprendedores sociales dedicados a la distribución de productos; (iv) tasas de interés de los préstamos inferiores a aquellas ofrecidas por instituciones micro financieras tradicionales (Blanton 2014); y (v) un aumento del 400% en la decisión de compra de letrinas como respuesta a ofertas adecuadas de financiación a las familias (Shah 2013).[[12]](#footnote-12)
  2. El conocimiento adquirido y las lecciones aprendidas sobre este tema de parte del BID, FOMIN, PATH, Brigadas Globales, ADHESA y las Cajas Rurales ha sido incorporado en el diseño del presente proyecto. Los siguientes son factores de éxito que se han destacado de la revisión del conocimiento adquirido de estas instituciones: (i) la importancia de ofrecer bienes apropiados y deseados a través de empresarios locales de distribución; (ii) la importancia, en términos de sostenibilidad, en la selección de modelos de negocios ya consolidados y que cuentan con rigurosos sistemas de recuperación de costos; (iii) el valor de la participación y de la estrecha interacción con instituciones financieras locales especializadas y de naturaleza emprendedora; (iv) la importancia de generar confianza al consumidor a través de contacto directo y personalizado y dándole respuesta a su demanda a través de productos de calidad, financiación adecuada e introducción de incentivar el cambio de hábitos y al uso sostenido de los producto; (v) retroalimentación a la comunidad sobre las transformaciones en su calidad de vida que resultan del uso de los productos, y (vi) la importancia de abrir las sesiones de trabajo y el diálogo entre los miembros de la microfinancieras, los hogares y los empresarios distribuidores, como medio para facilitar el intercambio de información y avanzar en la sensibilización sobre las necesidades del hogar, la idoneidad de los bienes, las oportunidades y los riesgos de créditos y la creación de la confianza mutua.

**G. Adicionalidad del FOMIN**

* 1. Adicionalidad No-financiera. El mandato del FOMIN, su capacidad técnica y su experiencia operativa en el desarrollo de modelos de negocio en la región complementan aquellos de la agencia ejecutora y de sus socios estratégicos y hacen viable probar y ampliar los beneficios del modelo propuesto. La presencia física de especialistas de FOMIN en Honduras y la relación de cercanía operativa que se ha desarrollado con especialistas del Banco en Honduras, y su amplia experiencia y conocimiento con relación a proyectos del sector de salud, de agua potable y de pobreza, tanto públicos como privados, hacen de FOMIN el socio adecuado para la introducción de este modelo a LAC.
  2. Adicionalidad Financiera.

FOMIN está proporcionando 64% de los fondos totales de la intervención, complementando los recursos de la contraparte local de la Agencia Ejecutora (40%). Con los recursos del FOMIN se apoyará la logística necesaria para la ejecución de las actividades de la iniciativa, así como el aporte salarial a las personas que trabajaran directamente en la ejecución de este proyecto, los recursos de FOMIN apoyarán la formación de los equipos de comunales de ventas y la formación de nuevas cajas rurales así como la recapacitación de las cajas rurales existentes dentro el rango de focalización geográfica de esta iniciativa, con la aplicación de estos fondos se espera generar la capacidad técnica necesaria tanto en la agencia ejecutora como de las comunidades beneficiadas para poder replicar este modelo en otras áreas geográficas de Honduras. Con los recursos de la contrapartida se financiarán de manera complementaria la logística de la ejecución de las actividades descritas para esta iniciativa. Principalmente los recursos de contrapartida apoyarán la capitalización de las Cajas Rurales para garantizar a los beneficiarios el acceso al financiamiento necesario para la adquisición de los productos de la HHI.

**H. Resultado del Proyecto**

* 1. El resultado esperado de este proyecto es Incrementar el acceso, adquisición y uso sostenible de productos duraderos de salud preventiva a través del modelo innovador de financiación y distribución de *Vivienda Saludable*. Los resultados de cada uno de los componentes se han presentado en los apartes correspondientes a estos y en el Marco Lógico se han indicado los más importantes.

**I. Impacto del Proyecto**

* 1. El objetivo a nivel de impacto de este proyecto es Reducir la prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas (EDAs/IRAs) en 250 aldeas de por lo menos 32 municipios de los departamentos de Choluteca, El Paraíso, Francisco Morazán (sin el Distrito Central), y Valle. Este impacto resulta en mejoras positivas en lo social y en lo económico para las familias. Con la reducción en la prevalencia de enfermedades se espera lograr menores convalecencias, menores gastos familiares y mejores indicadores de crecimiento y desarrollo, asistencia y rendimiento escolar de los menores. Adicionalmente, con la sustitución de estufas contaminantes, se garantizarán menores niveles de contaminación dentro de los hogares y un aporte a la reducción en las emisiones de carbono.

**J. Impacto Sistémico**

El impacto sistémico esperado de esta operación es la adaptación y puesta en marcha de un modelo comunitario que tenga la capacidad de prevenir enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, al tiempo que promueve el sector empresarial local privado en un contexto de mercado.

1. Estrategia de Seguimiento y Evaluación
   1. Para este proyecto BGH creará un marco de S&E que incluirá una línea de base, un plan operativo anual, informes semestrales de avance y tanto una evaluación intermedia como final. Los informes se presentará en función a los indicadores acordados en el marco lógico de la CT. El seguimiento a los procesos y actividades del proyecto será permanente a lo largo de la vida del mismo. La información que alimente los indicadores acordados serán recolectados por medio de encuestas, entrevistas y grupos focales con las comunidades y los empresarios locales, y serán desglosados por lo menos por sexo y edad de los beneficiarios. El sistema de S&E recogerá evidencia sobre el desempeño de los procesos y sobre los resultados de la CT. PATH tiene una fuerte capacidad y amplia experiencia en seguimiento y evaluación de programas sociales y proporcionará asistencia técnica según sea necesario para la estructuración y fortalecimiento del sistema de S&E. El S&E se realizará con consultores externos que capturaran datos en tiempo real con el fin de optimizar los resultados del proyecto durante su ejecución.
   2. Línea de Base y Plan Operativo Anual (POA): En la línea de base se establecerán conocimientos, actitudes y situación de acceso a financiamiento de consumo y a productos domésticos de salud preventiva de la comunidad. Para su levantamiento de BGH contratará un centro de investigación o universidad local. PATH apoyará en definir los TdR para esta contratación.
   3. BGH presentará al FOMIN Informes semestrales de avance dentro de los 30 (treinta) días siguientes al vencimiento de cada semestre. Estos informes registrarán el avance en la ejecución del proyecto, cumplimiento de hitos, resultados obtenidos, su contribución al objetivo del proyecto y los problemas encontrados en la ejecución. Dentro de los 90 días posteriores a la terminación de la ejecución, BGH presentará al FOMIN una evaluación final en la que se agregarán los resultados del proyecto y se presentaran el plan de sostenibilidad y las lecciones aprendidas durante la ejecución.
   4. Entre las preguntas a las que pretende dar respuesta la evaluación final se encuentran: ¿Cuántas familias nuevas han logrado un acceso sostenible a productos de salud preventiva? ¿Existe un uso adecuado de estos productos que permita mejorar significativamente los niveles de salud de las familias? ¿La estrategia implementada por Brigadas Globales y por PATH ha logrado introducir un modelo de financiación, venta y distribución de productos de salud preventiva que es sostenible en el tiempo? ¿Se demuestra que efectivamente la utilización y efectividad de los productos de salud preventiva en Honduras es mayor cuando son adquiridos mediante sistemas de autofinanciación frente a subvenciones, tal y como sucedió en India y Camboya)? ¿Cómo se han estructurado las alianzas con actores públicos y privados para la implementación del modelo? ¿Cuáles han sido las lecciones aprendidas y los principales retos afrontados? ¿Ha posibilidad de réplica y escalado del modelo implementado en otros regiones del país o en otros países de LAC?
2. Costo y Financiamiento
   1. El proyecto tiene un costo total de US$1.723.247, de los cuales US$1.050.000 (60%) serán aportados por el FOMIN y US$673.247 (40%) de la contraparte. El presupuesto detallado y la [carta de compromiso](https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38963102) del aporte de la contrapartida pueden ser consultados en los anexos IV y XIII.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Componentes** | **MIF** | **Contrapartida** | **Total** |  |
|  |
| Componente 1: Modelo de Vivienda Saludable adaptado al entorno de Honduras y socializado con los actores locales. | $269.696 | $0 | $269.696 |  |
| Componente 2: Fortalecida la capacidad empresarial local para la financiación y distribución de productos de salud preventiva. | $291.018 | $112.500 | $403.518 |  |
| Componente 3: Comercialización y Distribución del Modelo de Vivienda Saludable en Honduras | $279.185 | $421.875 | 701,060 |  |
| Componente 4: Resultados, lecciones, conocimientos y mejores prácticas sistematizadas, documentadas y difundidas. | $87.101 | $25.512 | $112.613 |  |
| Componentes de Ejecución y Supervisión | $927.000 | $559.887 | 1.486.887 |  |
| Administración | $48.000 | $113.360 | $161.360 |  |
| Evaluation | $20,000 | $0 | $20,000 |  |
| Ex post reviews/Audits | $15.000 | $0 | $15.000 |  |
| Contingencias | $20,000 | $0 | $20.000 |  |
| **Sub Total – Fondos del Proyecto** | **$1.030.000** | **$673.247** | **$1.703.247** |  |
| % de Financiamiento | 60% | 40% | 100% |  |
| Fortalecimiento Institucional | $0 | $0 | $0 |  |
| Cuenta de Evaluación de Impacto | $0 | $0 | $0 |  |
| Cuenta de Agenda | $20,000 | $0 | $20,000 |  |
| **Gran Total** | **$1.050.000** | **$673.247** | **$1.723.247** |  |

* 1. El período de ejecución será de 36 meses y período de desembolsos será 42 meses. Los recursos del FOMIN estarán dirigidos a producir el modelo adaptado a la realidad de Honduras, fortalecer las capacidades de los actores locales para asumir las tareas que el modelo demanda y profundizar el conocimiento de modelos de mercado que sirvan el doble propósito de mejorar el acceso de poblaciones pobres a servicios básicos y de estimular el crecimiento empresarial local con base de una manera sostenida. La cofinanciación está dirigida a complementar el desarrollo de las demás actividades. El presupuesto detallado se presenta en el Anexo IV.
  2. Reconocimiento retroactivo de recursos de contraparte. No se autoriza el reconocimiento retroactivo de gastos.

1. Agencia Ejecutora
   1. El ejecutor de la CT será Brigadas Globales Honduras (BGH), quien contará con la asistencia técnica y acompañamiento especializado de PATH en el proceso de adaptación, prueba y seguimiento del modelo propuesto (ver Propuesta técnica de apoyo de PATH a BGH en Anexo XII). La supervisión de la CT se hará desde la oficina del Banco en Honduras.
   2. En el ejercicio de Diagnostico de Necesidades de La Agencia Ejecutora (DNA), BGH y FOMIN acordaron las actividades necesarias para el fortalecimiento de la capacidad del ejecutor en lo técnico y administrativo y con el fin de mitigar riesgos de ejecución. Se acordó que las revisiones de procesos de adquisiciones y desembolsos será ex-post, salvo para los primeros seis meses.
   3. BGH trabaja en 100 comunidades en Honduras y es una ONG destacada en el sector de la salud. Su trabajo se caracteriza por estar apoyado por voluntarios alrededor del mundo. BGH Se originó en Honduras en el 2004 y desde entonces ha movilizado cerca de 1.300 brigadas de salud con 24.000 voluntarios, beneficiando a más de 400 mil personas alrededor del mundo. BGH tiene actividades en las zonas del presente proyecto y trabaja también en Nicaragua, Panamá y Ghana. BGH está en proceso de registro en Honduras como entidad de crédito.
   4. PATH es una organización internacional sin fines de lucro que impulsa procesos de innovación tendientes a mejorar la calidad de la salud y de vida de mujeres y niños de bajos ingresos en países pobres. PATH tiene cinco programas: innovaciones en vacunas, medicamentos, métodos de diagnóstico, sistemas y servicios de salud. PATH trabaja con un enfoque de negocios y tiene gran conocimiento científico y experiencia en salud pública. Ha logrado movilizar membrecías y alianzas de todo el mundo desde 1977, llevando sus iniciativas de programas pilotos a proyectos a gran escala de mayores envergaduras. PATH ha trabajado en la difusión de modelos que tienen un impacto duradero sobre la salud de la población en más de 70 países de África y Asia. PATH tiene oficinas en 21 países, y ha beneficiado a más de 118 millones de personas, con inversiones que alcanzan USD 313 millones (año 2012). Tiene una planta de 1.100 personas, cuenta con más de 47 mil personas capacitadas y cuenta con más de 192 tecnologías e innovaciones de producto en su portafolio. En la presente operación, PATH a aprovechará su experiencia en la implementación del modelo en otras regiones y proveerá asistirá técnica como empresa consultora especializada, contratada de manera directa por BGH en actividades de diseño, implementación, monitoreo y evaluación del proyecto. Esto se justifica por la experiencia y el modelo de negocio único desarrollado e implementado por PATH en Asia y África. El proyecto transferirá este modelo para ser aplicado en Honduras.
   5. Las cajas rurales son asociaciones civiles voluntarias, a través de las cuales las personas asociadas a estas buscan como fin común potenciar sus recursos económicos poniendo en práctica acciones solidarias de una manera ordenada y controlada para generar instrumentos de ahorro y crédito en zonas geográficas en donde los entes financieros no llegan. Estas Cajas Rurales se forman con una estructura de gobierno corporativo en la cual se incluyen Junta Directiva, Junta de Vigilancia y Comité de Créditos, todos estos conformados por hombres y mujeres que pasan a ser socios de la misma caja y a través de sus acciones dentro de los diferentes cuerpos de la gobernanza de la caja garantizan la transparente operatividad de la misma. Los socios de las cajas se convierten en accionistas a través de la estructura accionaria A, B y C cada una de estas acciones implica grados de participación y beneficios diferenciados para los accionistas. Se procura evitar la segregación económica en cuanto a las diferentes acciones emitidas por la caja, por lo que se fija una cuota igual para todos los accionistas independientemente del tipo de acción que tengan, la diferenciación consta en el tiempo en que los socios se unieron a la caja(Los Socios Fundadores tienen Acciones “A”). Las Cajas Rurales atienden las necesidades de sus socios y le dan acceso a los productos y servicios que esta promueve al público en general. Los Productos ofrecidos por las cajas son Cuentas de Ahorro y Préstamos en la medida que su capital se lo permite. Hoy alrededor de 4.000 Cajas Rurales operan en Honduras, con 85.000 miembros (accionistas, ahorradores o prestatarios), 40% de los cuales son mujeres. Su mandato se ha implementado con éxito al ofrecer pequeños préstamos (de US$50 a US$250) en términos asequibles y con tasas adecuadas (2.5% mensual para los miembros). Estos créditos se han otorgado para la creación de negocios micro empresariales o para el establecimiento de tiendas de propiedad de familias rurales pobres. Las Cajas se han adaptado a un mercado caracterizado por la naturaleza cambiante de la producción agrícola, los ciclos de venta de ganado y la dinámica climática, ofreciendo plazos y tazas flexibles. Las Cajas han demostrado ser menos costosas que las fuentes no comunitarias del microcrédito disponibles en este el entorno rural.
   6. BGH establecerá una Unidad Ejecutora y la estructura necesaria para que efectiva y eficientemente ejecute las actividades y gestione los recursos del proyecto. BGH también se responsabilizará por someter informes de avance acerca de la implementación del proyecto. Los detalles de la estructura de la Unidad Ejecutora y los requerimientos de los informes de avance se encuentran en el Anexo 7en los archivos técnicos de esta operación.
2. Riesgos del Proyecto
   1. Los siguientes son los principales riesgos que se pueden presentar durante el desarrollo de la operación, y la manera como se propone que estos sean mitigados:
   2. Para el cumplimiento del objetivo y los resultados esperados de la operación existe el riesgo de que los productos no sean adquiridos por la población beneficiaria o que su uso no sea adecuado, consistente y sostenido. Como se ha indicado, dentro del componente 3 de la CT se fortalecerá la capacidad de las cajas y de los distribuidores para que mantengan una relación muy cercana a las familias y aseguren que proveen servicios de posventa. Un segundo riesgo es que el uso de los productos no conduzca a disminuir la prevalencia de las enfermedades e infecciones. Las visitas domiciliarias de personal especializado de BGH verificarán que las familias le están dando un uso adecuado y permanente a los nuevos productos. Por último, es posible que una porción menor que el 30% de la población que tiene acceso al programa, establezca compromisos de financiamiento de la caja rural y adquisición de bienes. Esta meta ha sido establecida de una manera conservadora y el proyecto contempla actividades de S&E que permitirán medir de manera permanente avances en metas parciales de beneficiarios e ir introduciendo modificaciones y tomando decisiones en la medida en que estas metas no se estén alcanzando.
   3. Riesgo de sostenibilidad debido a la limitada participación de las comunidades beneficiarias y del sector empresarial local: este riesgo se puede mitigar asegurando que se tiene un pleno entendimiento de los consumidores y del mercado local. El proyecto logra tener un contacto directo con las comunidades y con los empresarios e instituciones financieras. En este proceso de contacto, el proyecto tendrá la oportunidad de propiciar asociaciones directas de las familias con instituciones de microempresarios y de estas con las familias, de manera que las partes cuentan con un contacto personalizado, directo en el que los procesos de socialización son abiertos grupales o personalizados. El proyecto llega con sus actividades de ventas directas a la casa del consumidor que es la familia. Estimular la demanda a nivel comunitario fue y sigue siendo una barrera significativa. PATH ha encontrado que si al consumidor se le ofrece financiamiento, habiendo llevado a cabo un proceso previo de entrenamiento con agentes profesionales de ventas, los consumidores entablaran una conversación abierta sobre las necesidades de ellos en esta materia. Se mitigara el riesgo de sostenibilidad utilizando la capacitación de las Cajas Rurales y equipos de venta local, siempre apoyados durante la ejecución del proyecto de parte de los técnicos de la Agencia Ejecutora. El modelo de recuperación de costo total de producto dejara que, ya creado el mercado, el proyecto funcionara de manera sostenible.
   4. **Riesgos sectoriales:** Este riesgo está asociado a la posibilidad de que las soluciones tecnológicas no estén adaptadas a las necesidades de las comunidades o no sean aceptadas por estas. Este riesgo es mitigado desde el arranque del proyecto. En el mapeo de las comunidades BGH realiza visitas domiciliarias y desarrolla grupos focales con metodologías de PATH probadas para el efecto y que han permitido identificar preferencias e incluso adaptar productos a estas preferencias. Las actividades comunitarias incluirán también capacitación sobe el uso de los productos. Por último, una vez se culmina la fase de valoración de necesidades y oportunidades del componente 1, BGH tiene previsto la firma de un acuerdo sencillo con las comunidades, las cajas y los distribuidores, con el fin de establecer el compromisos de asociación de las partes entre ellas y con el proyecto y de participar de manera proactiva en las actividades del proyecto y retroalimentar al ejecutor sobre su desarrollo. Los mecanismos permanentes de medición servirán para captar descontentos o inconformismos de las familias en esta materia.
   5. En el lado empresarial, el riesgo puede ser mitigado por el conocimiento, presencia y diálogo ya establecido por BGH y ADHESA con las comunidades en las áreas específicas y por el papel activo del trazado en la asistencia técnica continua para la implementación y sirviendo al centro del conocimiento responsable de liderar el contenido y la logística para la capacitación empresarial. También habrá retroalimentación de calidad de producto apropiado para asegurar que dichos productos de salud se utilizan después de ser instalada en de 20 años de experiencia en desarrollo de negocio de casas del FOMIN y en microcrédito pueden ponerse a prueba por el organismo de ejecución con el fin de mitigar este riesgo.
   6. Riesgo financiero debido al incumplimiento de pago de parte de las familias: estudios recientes demuestran que el crédito de las Cajas puede ser un estimulante para el desarrollo económico de las familias rurales pobres, siempre y cuando las familias reciban asistencia técnica simultánea y pertinente para la operación de la empresa o negocio que se pretende establecer o fortalecer. BGH hará uso de la experiencia del FOMIN y de la evidencia reciente sobre este tema para asegurar que el mayor número de créditos que se pretende generar, se hace a precios adecuados para la población. Esto con el fin de garantizar la buena calidad de la cartera y la sostenibilidad empresarial en proceso de consolidación.
   7. Riesgo de rentabilidad. En la selección de productos de salud, la AE asegurará que los productos ofrecidos a la comunidad están alineados con los intereses de los consumidores, ofreciéndole a las familias formas más efectivas y menos costosas de prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

1. Efectos Ambientales y Sociales
   1. Esta operación fue objeto de revisión el 2 de abril de 2014 y clasificada en la categoría C, según lo requerido por el BID (OP-703). La CT generará efectos sociales positivos ampliando la inclusión social de familias vulnerables. Hacen parte de los beneficiarios directos 3 mil familias y 9 mil niños menores. Se estima que la CT vinculará de manera directa a por lo menos 750 mujeres de las familias beneficiarias y fomentará su capacidad empresarial dentro de la cadena de financiamiento y suministro del proyecto o hacia la formación de actividades empresariales comunitarias paraleles al proyecto.
   2. Desembolsos por Resultados y Arreglos Fiduciarios. La Agencia Ejecutora se comprometerá a los arreglos estándar del FOMIN referentes a desembolsos por resultados, adquisiciones, y gestión financiera acordada. Ver anexo VII.
2. Acceso a la Información y Propiedad intelectual
   1. Acceso a la información. La información del proyecto se considera pública. El FOMIN y BGH harán los esfuerzos necesarios para facilitar su acceso.
   2. Propiedad Intelectual. No habrá arreglos de propiedad intelectual diferentes a los contemplados en la carta convenio del proyecto.

1. Las siguientes han sido las fuentes más importantes para obtener las cifras e información del presente Memorando de Donantes: (i) Gobierno de Honduras [ENDESA- 2011–12](http://www.ine.gob.hn/index.php/censos-y-encuestas/encuestas-todos-las-encuestas-de-honduras/encuesta-endesa); (ii) [Nota BID Sectorial de Salud](http://zahori.iadb.org/search/cgi-bin/query-meta.exe?v%3aproject=IDB-P-Intranet&v%3asources=IDB-SB-SEC-Merge&query=marco%20sectorial%20salud); (iii) [WHO;](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\WHO;) (iv) [Banco Mundial](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\Banco%20Mundial); (v) [UNDP; (vi) PATH](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\UNDP;%20(vi)%20PATH)  y (vii) [http://geocommons.com/maps/136387](http://geocommons.com/maps/136387ñ) [↑](#footnote-ref-1)
2. Exceptuando el Distrito Central [↑](#footnote-ref-2)
3. Healthy Household Initiative [↑](#footnote-ref-3)
4. [PATH](http://www.path.org/) es una organización internacional sin fines de lucro que impulsa procesos de innovación tendientes a mejorar la calidad de la salud y de vida de mujeres y niños de bajos ingresos en países pobres. Ha trabajado en la difusión de modelos que tienen un impacto duradero sobre la salud de la población en más de 70 países de África y Asia y ha beneficiado a más de 118 millones de personas, con inversiones que alcanzan USD 313 millones. [↑](#footnote-ref-4)
5. [ENDESA- 2011–12](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/GF28/GF28.pdf) compara cifras 2011-2012 y 2005-2006; [Nota BID Sectorial de Salud](http://zahori.iadb.org/search/cgi-bin/query-meta.exe?v%3aproject=IDB-P-Intranet&v%3asources=IDB-SB-SEC-Merge&query=marco%20sectorial%20salud); [WHO;](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\WHO;) [Banco Mundial](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\Banco%20Mundial); [UNDP](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\UNDP%20ttp:\www.hn.undp.org\content\honduras\es\home\countryinfo\) y [http://geocommons.com/maps/136387](http://geocommons.com/maps/136387ñ) [↑](#footnote-ref-5)
6. Las siguientes han sido las fuentes más importantes para obtener las cifras e información del presente Memorando de Donantes: (i) Gobierno de Honduras [ENDESA- 2011–12](http://www.ine.gob.hn/index.php/censos-y-encuestas/encuestas-todos-las-encuestas-de-honduras/encuesta-endesa); (ii) [Nota BID Sectorial de Salud](http://zahori.iadb.org/search/cgi-bin/query-meta.exe?v%3aproject=IDB-P-Intranet&v%3asources=IDB-SB-SEC-Merge&query=marco%20sectorial%20salud); (iii) [WHO;](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\WHO;) (iv) [Banco Mundial](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\Banco%20Mundial); (v) [UNDP; (vi) PATH](file:///C:\Users\beatrizu\Documents\HONDURAS\UNDP;%20(vi)%20PATH)  y (vii) [http://geocommons.com/maps/136387](http://geocommons.com/maps/136387ñ) [↑](#footnote-ref-6)
7. Hemos dejado por fuera aquellas causas más estructurales, dado que sobre ellas no estaremos actuando. Estas son: la pobreza y aislamiento; la falta de agua potable, alcantarillado y servicios de salud; la contaminación fecal de agua y alimentos; la inhalación de agentes tóxicos y una débil educación sobre hábitos de higiene. [↑](#footnote-ref-7)
8. En la [ayuda memoria de la misión de análisis](https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx=38963253) firmada con BGH y PATH se encuentran consignados los acuerdos con relación al proceso de focalización de la CT. [↑](#footnote-ref-8)
9. El número de personas por vivienda fluctúa entre 5 y 8, se está consideran la estimación menor para evitar la sobreestimación. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ver documentación del FOMIN: [Access Framework, Institutional Results](http://zahori.iadb.org/search/cgi-bin/query-meta.exe?v:project=IDB-P-Intranet&v:sources=IDB-SB-SEC-Merge&query=MIF%20ab%2016) and [Basic Services Agenda for Low-Income Populations](http://mif.iadb.org/reports/mifagendas.aspx). [↑](#footnote-ref-10)
11. PATH es una organización internacional sin fines de lucro que impulsa procesos de innovación tendientes a mejorar la calidad de la salud y de vida de mujeres y niños de bajos ingresos en países pobres. Ha trabajado en la difusión de modelos que tienen un impacto duradero sobre la salud de la población en más de 70 países de África y Asia y ha beneficiado a más de 118 millones de personas, con inversiones que alcanzan USD 313 millones. [↑](#footnote-ref-11)
12. Blanton E, Chankova S, Ganesan R, Elliott T, Dargan T, Goodyear L. “Microfinance partnerships to improve access to durable water filters: results from six pilots in India and Cambodia. Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development”, 2014 y Shaw NB, “Microfinance loans to increase sanitary latrine sales: Evidence from a randomized trial in rural Cambodia”, 2013 [↑](#footnote-ref-12)