



Microcredit Summit Campaign
 440 1st Street, NW Suite 460
 Washington, DC 20001
www.microcreditsummit.org

United Nations Population Fund
 220 East 42nd Street
 New York, NY 10017
www.unfpa.org



De las Microfinanzas al Macrocambio:

Integrando la Educación en Salud con las Microfinanzas para Empoderar a la Mujer y Reducir la Pobreza



“El microcrédito es una herramienta crítica contra la pobreza y una inversión inteligente en el capital humano. Ahora que las naciones del mundo se han comprometido a reducir a la mitad el número de personas que vive con menos de \$1 dólar diario para el año 2015, debemos considerar aún más seriamente el papel crucial que las microfinanzas sustentables pueden jugar y están jugando para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio”.

—Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas



Copyright © 2006 United Nations Population Fund

Este documento es una publicación conjunta del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Campaña de la Cumbre del Microcrédito.

United Nations Population Fund

220 East 42nd Street, 18th Floor
New York, NY 10017
www.unfpa.org

Microcredit Summit Campaign

440 1st Street, NW, Suite 460
Washington, DC 20001
www.microcreditsummit.org

Diseño de publicación por el Tackett-Barbaria Design Group

Fotografía: Karl Grobl para Freedom from Hunger
© 2005, Kashf Foundation

Equipo de publicación:

Escrito por April Allen Watson, Especialista en Microfinanzas, y Christopher Dunford, Presidente de Freedom from Hunger

Fondo de Población de las Naciones Unidas:
Aminata Toure, Asesor Técnico Principal
Kaori Ishikawa, Especialista de Programas

Campaña de la Cumbre del Microcrédito:
Sam Daley-Harris, Director
Anna Awimbo, Directora de Investigación

Todo el equipo desea agradecer a los siguientes consultores por su contribución a este documento:

Dra. Ernestine A. Addy, Nelson Agyemang, Robinah Babirye, Armando Boquin, Dra. Mimoso Cortez-Ocampo, Beatriz Espinoza, Angelyn Litao, Dr. Basant Maharjan, Dr. Bernard Owumi, Dr. D.S.K. Rao, B.V. Subba Reddy, y Stalin Gnanasigamani. Un especial agradecimiento también para el personal de las siguientes organizaciones que jugaron un valioso papel, facilitando la recolección de los datos utilizados en este documento: Center for Agriculture and Rural Development (CARD) en las Filipinas, Crédito con Educación Rural (CRECER) Bolivia y Pro Mujer Bolivia, y Upper Manya Kro Rural Bank en Ghana.

De las Microfinanzas al Macrocambio:

Integrando la Educación en Salud con las Microfinanzas para Empoderar a la Mujer y Reducir la Pobreza

Índice de Contenido

Resumen Ejecutivo	2
Introducción	3
1. Pobreza, Mala Salud y Desigualdad	4
2. Microfinanzas: Una Estrategia Efectiva para Reducir la Pobreza Global	6
3. Maximizando el Potencial: Las Microfinanzas como Vehículo para Mejorar la Salud Reproductiva, Prevenir el VIH y Aumentar el Poder de la Mujer	12
4. Resúmenes de dos Estudios de caso en Bolivia: Integración Exitosa de la Educación en Salud y los Servicios Microfinancieros	17
5. Conclusión y Recomendaciones	22
Referencias	25

Resumen Ejecutivo

Las prioridades de desarrollo para los gobiernos, donantes y agencias ejecutoras en todo el mundo están guiadas por las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM)—un conjunto de objetivos para reducir la pobreza extrema y extender los derechos universales para el año 2015. Lograr las MDM representaría un enorme avance hacia la visión del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de que mundialmente, “cada embarazo sea deseado, cada nacimiento sea seguro, cada persona joven esté libre de VIH/SIDA, y cada mujer joven y adulta sea tratada con dignidad y respeto”. Sin embargo, como lo advierte el *Informe de Desarrollo Humano 2005* (IDH 2005), la promesa de las MDM no se cumplirá si las tendencias actuales continúan. De hecho, el Secretario General de la ONU ha dicho, “Las Metas de Desarrollo del Milenio pueden lograrse para el año 2015—pero solamente si todos los involucrados rompen el ritmo habitual de los negocios y aceleran y aumentan dramáticamente la escala de acción ahora”.

Ha llegado el momento de la acción. Este documento hace un llamado a las agencias de desarrollo, gobiernos, instituciones microfinancieras (IMF) y donantes para que ayuden a lograr la meta de salud e igualdad de oportunidades para todos mediante la inversión en estrategias con impacto demostrado en los problemas de la pobreza y salud globales. Propone una estrategia específica que reconoce la relación íntima entre la pobreza y la mala salud y que ha tenido impacto demostrado en un gran número de gente pobre y muy pobre.¹ Esta estrategia propuesta es la combinación de las microfinanzas con la educación en salud reproductiva.

Están surgiendo hallazgos impresionantes a un macro nivel que apoyan la importancia de las microfinanzas. Un estudio de 14 años realizado por el Banco Mundial de tres IMF en Bangladesh reveló que el 40 por ciento de la reducción total de la pobreza en la región rural de Bangladesh se atribuía directamente a las microfinanzas.² Yuxtapuesta con otros datos nacionales presentados en el IDH 2005, esta evidencia es aún más impactante. El IDH 2005 cita los éxitos de Bangladesh en el desarrollo humano comparándolo con la India, un país con ingresos y crecimiento económico mu-

¹ En este documento, “muy pobre” se define como aquellas personas que pertenecen a la mitad inferior de quienes viven bajo la línea de pobreza de su nación, o cualquiera entre los 1,200 millones que viven con menos de US \$1 diario, ajustado a la paridad del poder adquisitivo (PPA).

² Los cuatro programas más grandes en Bangladesh tienen un total combinado de más de 15 millones de clientes, afectando a 75 millones de miembros de familia, lo cual equivale a más de la mitad de la población de Bangladesh.

cho mayores, pero con menor avance hacia las metas de desarrollo humano. Declara que “Si la India hubiera igualado la tasa de reducción de mortalidad infantil de Bangladesh durante la década pasada, se habría reducido en 732,000 el número de niños muertos este año”. El IDH 2005 presenta cuatro estrategias que contribuyeron directamente a los avances de Bangladesh, incluyendo la “expansión de oportunidades de empleo y el acceso al microcrédito”.

A pesar del impresionante impacto de los servicios microfinancieros en la pobreza, salud, y empoderamiento, la comunidad del desarrollo está consciente de que deben existir otros servicios y estrategias—además del crédito—para crear una red de apoyo que ayude a las familias a salir por sí mismas de la pobreza. Dos organizaciones en Bolivia, CRECER y Pro Mujer, están combinando con éxito los servicios microfinancieros con la educación en salud reproductiva, llegando al mismo tiempo a un gran número de clientes pobres y logrando la autosuficiencia financiera. En la tercera sección de este documento aparecen los resúmenes de estudios de caso de ambas instituciones.

Muchos creen que las microfinanzas podrían maximizar su potencial si integraran otros servicios complementarios a la infraestructura de los servicios financieros. Mientras que otros han profundizado el nivel de la integración de las microfinanzas y la educación en salud en sus propias instituciones, la organización norteamericana sin fines de lucro Freedom from Hunger ha encabezado durante años el cambio a nivel mundial y como resultado, los programas microfinancieros en muchas regiones han ofrecido exitosamente a sus clientes información básica sobre la salud junto con los servicios financieros. **Si la educación sobre la salud reproductiva se integrara en escala masiva con los servicios microfinancieros para la gente muy pobre en todo el mundo, entonces podría realizarse el verdadero potencial de las microfinanzas para empoderar a la mujer y ofrecer así una ruta digna para salir de la pobreza.**

La sección final de este documento ofrece ocho recomendaciones concretas de acción para realizar el potencial de los servicios combinados. Inherente en todas las ocho acciones está el papel crucial que pueden jugar las agencias de desarrollo, gobiernos, IMF y donantes en apoyar los servicios integrados de educación en salud reproductiva y microfinanzas, mientras que al mismo tiempo promueven las microfinanzas como uno de los pilares para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio.

Introducción

El movimiento de las microfinanzas está llevando esperanza, prosperidad y progreso a muchas de las personas más pobres del mundo.

—Amartya Sen, Profesor de Lamont University y Harvard University, Premio Nóbel de Economía (1998)

Este documento es un llamado a la acción para las agencias de desarrollo, gobiernos, IMF y donantes comprometidos a encontrar estrategias prácticas para cumplir la visión compartida del desarrollo humano. Con base en la columna vertebral de un mecanismo de alivio de pobreza que ya está sirviendo a más de 66.6 millones de las familias más pobres del mundo, **la estrategia propuesta pide que se combinen la educación en salud reproductiva y los servicios microfinancieros en los países en desarrollo.**

La primera sección del documento reconoce y revisa el estrecho vínculo entre la pobreza, las consecuencias de la mala salud y la desigualdad. La siguiente sección presenta las microfinanzas como una estrategia efectiva para reducir la pobreza y revisa la evidencia de su impacto en la pobreza, así como otros impactos más amplios. La tercera sección propone a las microfinanzas como un vehículo para mejorar las consecuencias de la salud reproductiva, la prevención del VIH y el empoderamiento de la mujer mediante la combinación de la educación en salud con los programas de microfinanzas. Se presentan resúmenes de estudios de caso en Bolivia, donde ya se está empleando esta estrategia junto con evidencia del impacto de combinar los servicios de microfinanzas y educación en salud. Finalmente, se ofrecen recomendaciones de acción para las agencias de desarrollo, gobiernos, IMF y donantes para promover y expandir esta estrategia esencial.

Las Metas de Desarrollo del Milenio

- 1. Erradicar el hambre y la pobreza extrema.** Reducir a la mitad la proporción de personas que viven con menos de \$1 dólar diario y reducir a la mitad la malnutrición.
- 2. Lograr la educación primaria universal.** Asegurar que todos los niños puedan completar la educación primaria.
- 3. Promover la igualdad de géneros y empoderar a la mujer.** Eliminar la disparidad de géneros en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005 y a más tardar para 2015.
- 4. Reducir la mortalidad infantil.** Reducir la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años a una tercera parte de la actual.
- 5. Mejorar la salud materna.** Reducir la tasa de mortalidad maternal a una cuarta parte de la actual.
- 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.** Detener y comenzar a revertir el VIH/SIDA y otras enfermedades.
- 7. Asegurar la estabilidad ambiental.** Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y medidas sanitarias.
- 8. Desarrollar una asociación global para el desarrollo.** Reformar la asistencia y el comercio con un tratamiento especial hacia los países más pobres.

Pobreza, Mala Salud y Desigualdad

Por cada niño que muere, millones más se enfermarán o dejarán de ir a la escuela, atrapados en un círculo vicioso que vincula la mala salud en la infancia con la pobreza en la vida adulta. Como las 500,000 mujeres que mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, más del 98 por ciento de los niños que mueren cada año viven en países pobres. Mueren debido al lugar donde nacieron.

—Informe de Desarrollo Humano 2005

La pobreza, la mala salud y la desigualdad están tan estrechamente vinculadas que es prácticamente imposible distinguir las causas de una y los efectos de la otra. Los mil millones o más de personas pobres en este planeta que viven en la pobreza extrema, especialmente las mujeres, soportan una carga inmensamente desproporcionada de enfermedad, mala salud y desigualdad mundiales. Cada minuto muere una mujer por complicaciones de embarazo y nacimiento mientras que otras 20 sufren serias complicaciones—la mayoría de ellas son

Los mil millones o más de personas pobres en este planeta que viven en la pobreza extrema, especialmente las mujeres, soportan una carga inmensamente desproporcionada de la enfermedad, mala salud y desigualdad mundiales.

pobres y viven en países en desarrollo. Una mujer que vive en la pobreza tiene mayores probabilidades de tener demasiados hijos, demasiado seguido y a una edad demasiado joven, de morir durante el parto, tener un hijo de bajo peso, contraer VIH, y presenciar la muerte de sus hijos jóvenes. La falta de recursos financieros adecuados limita la habilidad de las familias pobres para sobrellevar estos eventos traumáticos de salud que con frecuencia los sumergen en una situación económica todavía peor, de la cual, generaciones más tarde todavía no se han recuperado.

Los Resultados de la Pobreza, la Mala Salud y la Desigualdad

- Una de cada cinco personas en el mundo—más de mil millones de personas—todavía sobrevive con menos de \$1 dólar

diario, un nivel de pobreza tan miserable que amenaza la supervivencia. Otros 1,500 millones de personas viven con \$1 a \$2 dólares al día. Más del 40 por ciento de la población mundial constituye, de hecho, una sub-clase global que enfrenta diariamente la amenaza real de la pobreza extrema.

- Se estima que en 2004 tres millones de personas murieron de VIH y otros cinco millones fueron infectados. Casi todas estas muertes ocurrieron en el mundo en desarrollo, con el 70 por ciento de ellas en África.
- Se estima que 530,000 mujeres mueren por año durante el embarazo o el parto. . . . Por lo menos ocho millones de mujeres al año sufren complicaciones severas durante el embarazo o parto, con riesgos graves a su salud . . . la gran mayoría de estas muertes ocurre en países en desarrollo.

Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2005

Por el contrario, las familias pobres con acceso a aumentos incluso modestos de recursos financieros pueden manejar mejor los problemas de salud que ocurren. Por ejemplo, el dinero que genera un pequeño negocio contribuye a los ingresos del hogar y puede mejorar la seguridad alimentaria de la familia y apoyar la educación de los hijos. Una cantidad aun pequeña de ahorros puede ayudar a una familia a sobrellevar y recuperarse más rápidamente de eventos traumáticos, tales como la muerte o enfermedad de quien genera los ingresos.

El aumento de los ingresos familiares no dice todo sobre la reducción de la pobreza y de las consecuencias de la mala salud—ninguna puede lograrse sin la igualdad de géneros y el empoderamiento de la mujer. Algunas investigaciones han demostrado que las desigualdades de género y la falta de empoderamiento de la mujer inhiben el crecimiento económico y el desarrollo. Un informe del Banco Mundial sobre la igualdad de géneros afirma que “No hay una sola región del mundo en desarrollo donde las mujeres son iguales a los hombres en cuanto a derechos legales, sociales y económicos. Las brechas de géneros son amplias en cuanto al acceso y control de recursos, oportunidades económicas, poder y voz política. Las mujeres adultas y jóvenes soportan los costos más grandes y más directos de estas

desigualdades—pero los costos repercuten más a través de la sociedad, dañando finalmente a todos”.³ Las MDM reconocen la importancia del empoderamiento e igualdad de géneros para eliminar la pobreza al incluirlos como la tercera de las ocho metas: “Promover la igualdad de géneros y empoderar a la mujer”.

“Sabemos que la pobreza no se trata solamente de la falta de dinero; se trata también de la falta de opciones. Esto es particularmente cierto para las mujeres. Actualmente, muchas mujeres no pueden elegir sus propias opciones sobre embarazo y crianza de sus hijos; no pueden elegir sus propias opciones sobre cuidado médico. Otros eligen estas opciones por ellas y, en el peor de los casos, simplemente no hay opciones”.

—Thoraya Ahmed Obaid,
Directora Ejecutiva, UNFPA

Una mejor salud reproductiva es también un factor clave para reducir la pobreza, mejorar las consecuencias de la salud y promover la igualdad de géneros. En la escala global, promover el acceso a la información sobre la salud reproductiva y recursos para las familias pobres producirá resultados positivos en muchos frentes del desarrollo. El documento de la UNFPA “Beijing at Ten: UNFPA’s Commitment to the Platform for Action” (Diez años después de Beijing: El compromiso de UNFPA con la Plataforma de Acción) enfatiza este punto de manera sucinta cuando afirma:

La habilidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad es absolutamente fundamental para su empoderamiento e igualdad. Cuando una mujer puede planificar su familia, ella puede planificar el resto de su vida. Cuando ella tiene salud, puede ser más productiva. Y cuando sus derechos reproductivos se promueven y protegen, ella tiene la libertad de participar en la sociedad de manera más entera y equitativa.

El progreso hacia muchas de las metas de desarrollo globales antes mencionadas, podrá lograrse cuando el creciente

³ “Engendering development through gender equality in rights, resources, and voices” (“Generando el desarrollo mediante la igualdad de géneros en derechos, recursos y voces”). Informe Resumen. <http://www.worldbank.org/gender/prt/engendersummary.pdf>

Microfinanzas:

Una Estrategia Efectiva para Reducir la Pobreza Global

Las microfinanzas son una de las herramientas más prometedoras y costo-efectivas en la lucha contra la pobreza global En primer lugar, hay evidencia clara de que las microfinanzas pueden trabajar a favor de los muy pobres. Muchos entre los muy pobres buscan activamente mejores formas de obtener préstamos, ahorrar y comprar seguros—pero con demasiada frecuencia se ven rechazados por los bancos estatales o por las instituciones comerciales tradicionales. No todos serían clientes confiables, pero los agentes microfinancieros han demostrado que es posible servir a un gran número de los muy pobres.

—Jonathan Morduch, Presidente, Grupo de Expertos en Estadísticas de la Pobreza de las Naciones Unidas, 20 de septiembre de 2005

¿Qué son las Microfinanzas?

El microcrédito significa ofrecer préstamos muy pequeños a la gente pobre, usualmente a las mujeres, para ayudarles a aumentar sus pequeños negocios o iniciar otros nuevos. Después de que las instituciones de microcrédito en los años 1990 se dieron cuenta que los pobres necesitan una variedad de productos financieros (no sólo crédito), el microcrédito se convirtió en “microfinanzas”, ampliándose para incluir ahorros y otros productos financieros como los seguros.

El mecanismo más común que utilizan las instituciones microfinancieras para ofrecer servicios a sus clientes es el préstamo de grupo. Los prestatarios en grupo garantizan mutuamente los préstamos de cada miembro o socio. Los grupos se reúnen cada una o dos semanas para hacer pagos de préstamos y para depositar ahorros. Los ciclos y horarios de pago son cortos para el microcrédito, usualmente de cuatro a seis meses, debido a la naturaleza de la mayoría de los micronegocios—empresas con circulación diaria y semanal de efectivo. El interés que se carga a los préstamos

siempre es significativamente más bajo que las tasas que otras fuentes de crédito ofrecen a las mujeres pobres, tales como los usureros y prestamistas.

Usualmente se requiere una cantidad determinada de ahorros para que un grupo pueda recibir un préstamo. Para la mayoría de las mujeres que forman parte, sus ahorros representan la primera oportunidad en sus vidas de acumular dinero para comprar bienes o usarlos en emergencias. El personal de campo que apoya a los grupos microfinancieros constituye un componente crítico. Usualmente son la “cara” de cualquier programa microfinanciero, ya que ellos asisten a todas las reuniones de los grupos y los capacitan en cómo elegir a sus líderes, cómo decidir las cantidades de los préstamos y cómo administrar sus propias finanzas. Por supuesto, cada programa de microfinanzas es ligeramente distinto, pero esta metodología básica es el fundamento de la mayoría de los programas en todo el mundo.

¿Por qué se Ofrecen los Servicios Microfinancieros Principalmente a las Mujeres?

- Las mujeres representan un mejor riesgo crediticio que los hombres.
- Las mujeres se benefician de la creación de una red social y un mayor nivel de empoderamiento, además de los beneficios económicos.
- La estructura de grupo ofrece una fuente de apoyo mutuo y valor colectivo que de otra forma no existiría para la mayoría de las mujeres que tienen acceso a servicios microfinancieros.
- Cuando la mujer controla los ingresos y los obtiene en cantidades pequeñas y regulares, éstos afectan directa y positivamente la salud de los miembros de la familia.

La Historia de Sufia

Sufia Begum, del distrito de Feni en Bangladesh, se casó con Bachhu Mia antes de cumplir los 13 años. Tuvieron tres hijos, pero su esposo se casó de nuevo y la abandonó a ella y a los niños, a quienes Sufia tenía grandes dificultades en alimentar. Muchas veces tenían que sufrir hambre junto con ella. Los niños no iban a la escuela y la familia dormía en el piso.

Sin otra forma de sobrevivir, Sufia Begum optó por pedir limosna. “No tengo nada en el estómago,” decía ella a los transeúntes. “Por el amor de Dios, ¿podría usted darme algo de comer?” Un día Sufia conoció a Monwara, presidente del Basanti Landless Women’s Group (Grupo Basanti de Mujeres sin Tierra), miembro de ASA Bangladesh (una organización que proporciona servicios microfinancieros). Monwara le contó a Sufia sobre el programa de préstamos para los pobres. A Sufia le preocupaba no poder pagar el préstamo. Monwara la animó y Sufia tomó un préstamo de aproximadamente US \$40, el cual utilizó para comprar pescado seco, biscochos, nueces, chocolate y otros alimentos. Desde su pueblo en el distrito de Feni, Sufia viajaba a las pequeñas villas rurales para vender sus productos.

En lugar de pedir limosna, Sufia comenzó a decir “¿Necesita usted churi, shanka, pescado seco, o chocolate?” Gradualmente los pobladores comenzaron a verla como una comerciante regular y se convirtieron en clientes rutinarios. Sufia cargaba la comida en una canasta sobre su cabeza.

Para junio de 2004, Sufia había pagado su préstamo y tomó otro de aproximadamente US \$80 para poder expandir su negocio. Con las ganancias generadas, Sufia compró un catre para que sus hijos durmieran y le puso un techo de aluminio a su vivienda.

La Historia de Ana

Antes de recibir un préstamo de US \$100 para ampliar su negocio de tortillas, Ana Ruiz de Nicaragua vivía en una casucha de madera con sus ocho hijos. No tenía muebles, excepto su mesa de trabajo y sus hijos nunca habían tenido zapatos o asistido a la escuela. Después de su segundo préstamo ella pudo enviar a sus cuatro hijos mayores a la escuela y comprar ocho sillas de plástico para que sus hijos no se sentaran en el piso de tierra. Antes de su micropréstamo, sus hijos estaban desnutridos. “Los pequeñitos ahora corren de aquí para allá”, dice ella. “Se van a dormir temprano porque están cansados de jugar, no porque están débiles”.

Microfinanzas Hoy

Después de tres décadas, el crecimiento y expansión de los servicios microfinancieros continúan en una impresionante trayectoria ascendente. La Campaña de la Cumbre del Microcrédito reporta más de 3,100 instituciones de varios tipos que ofrecen servicios microfinancieros a más de 92 millones de clientes, de los cuales más del 80 por ciento son mujeres. Las prioridades clave de los agentes del microcrédito en la década por venir son:

- lograr un alcance de gran escala,
- lograr la autosuficiencia financiera,
- llevar servicios microfinancieros a un porcentaje significativo de los pobres de cada nación y
- jugar un papel significativo en la reducción de la pobreza

Varias instituciones microfinancieras en países tales como Bangladesh, Bolivia y Uganda han logrado las dos primeras metas y contribuyen substancialmente hacia la tercera y cuarta. Estas instituciones están demostrando que se puede dar servicio a un gran número de gente pobre logrando al mismo tiempo la autosuficiencia financiera.

Las 3,164 instituciones que presentan informes a la Campaña de la Cumbre del Microcrédito estiman que 72 por ciento de sus clientes se encontraban entre los más pobres cuando tomaron su primer préstamo. El Informe 2005 sobre el Estado de la Campaña de la Cumbre del Microcrédito afirma que “asumiendo cinco personas por familia, los 66.6 millones de clientes más pobres servidos

para finales de 2004 afectaron a unos 333 millones de miembros de familia”. Lo que es más revolucionario sobre las microfinanzas como estrategia de desarrollo es la naturaleza rotativa de los fondos para préstamos, su enfoque claro en servir a los más pobres y su éxito en lograr esto.

Evidencia de los Impactos de las Microfinanzas en la Pobreza

Los clientes de microfinanzas administran sus flujos de efectivo y los aplican a cualquier prioridad del hogar que ellos juzgan más importante para su propio bienestar. Así, las microfinanzas son un elemento de desarrollo especialmente participativo y no paternalista. El acceso a servicios financieros flexibles, convenientes y de costo razonable empodera y equipa a los pobres para elegir sus propias opciones y construir su camino de salida de la pobreza de una forma sostenible y auto-determinada.

—¿Son las microfinanzas una estrategia efectiva para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio? Nota de Enfoque No. 24 de CGAP por Elizabeth Littlefield, Jonathan Morduch, y Syed Hashemi

El conjunto de evidencia sobre el impacto de las microfinanzas en la pobreza ha crecido a un nivel tal que la respuesta a la pregunta: “¿Funcionan las microfinanzas realmente para los pobres como un mecanismo de alivio de la pobreza?”, es un “sí” definitivo, siempre y cuando los servicios se enfoquen en los pobres y la institución esté bien manejada. Aunque pueden extraerse hallazgos neutrales o incluso negativos de cualquier estudio, la totalidad de la

evidencia identifica a las microfinanzas como una estrategia vital para la reducción de la pobreza. Alguna de la evidencia más notable sobre el impacto de las microfinanzas en la pobreza incluye los siguientes hallazgos:

- Después de un periodo de dos años, los participantes en tres programas microfinancieros en Uganda mostraron un aumento tanto en bienes como en ahorros en comparación con un grupo de no-participantes. Al mismo tiempo, los participantes reportaron mayores ganancias en sus micronegocios (Barnes 2001).
- Una evaluación en India descubrió que tres cuartas partes de los miembros que participaron durante periodos más largos, experimentaron mejoras notables en su estatus económico (Todd 2001).
- Un estudio de los clientes del Banco Grameen en Bangladesh encontró que después de haber participado entre ocho y diez años en el programa, un 57.7 por ciento de los hogares participantes ya no eran pobres (Todd 1996).
- Otro estudio en Bangladesh reveló que los fondos prestados a mujeres producían un rendimiento del capital del 20 por ciento de los préstamos en forma de gastos para el hogar (Khandker 2005).
- Comparando las tasas de pobreza a lo largo de un periodo de siete años, el mismo estudio encontró que la pobreza disminuyó en 18 puntos porcentuales en los poblados dentro del programa y 13 puntos porcentuales en áreas fuera del programa. Estimó además que más de la mitad de la reducción de la pobreza entre los participantes en el programa se podía atribuir directamente a las microfinanzas (Khandker 2005).

Impactos más Amplios de las Microfinanzas

Aunque algunas veces es más difícil medirla, hay clara evidencia de que las microfinanzas ofrecen impactos para las mujeres pobres y familias más allá de los cambios de ingresos y nivel de pobreza. Los investigadores han examinado los efectos de las microfinanzas en el empoderamiento y

nutrición de las mujeres, entre otras áreas, y han descubierto efectos en todas las esferas.

La observación directa de los clientes de las microfinanzas nos dice que uno de los primeros cambios que ocurren es el aumento de la confianza en sí mismos, especialmente entre las mujeres más pobres. La habilidad de tomar un préstamo y pagarlo y de acumular ahorros, es sin duda una experiencia de empoderamiento para las mujeres pobres. Combinada con el apoyo mutuo y valor colectivo que ofrece la dinámica de grupo, las mujeres se ven empoderadas para participar en las decisiones de la familia y la comunidad y son más capaces de superar los obstáculos de la desigualdad.

La mayoría de los estudios que examinan el empoderamiento de la mujer se enfocan en el poder de la mujer para tomar decisiones en distintas áreas de sus vidas. Un estudio en Bangladesh encontró que las socias del Banco Grameen tenían una probabilidad de estar empoderadas 7.5 veces mayor que el grupo de comparación, mientras que las socias de BRAC tenían una probabilidad 4.5 veces mayor—y el nivel de empoderamiento aumenta a medida que aumenta la duración de su participación como socias (Hashemi 1996). En Nepal, una evaluación halló que el 68 por ciento de las participantes en microfinanzas dentro del Programa de Empoderamiento de la Mujer experimentó un aumento en su papel de tomadoras de decisiones en áreas tradicionalmente dominadas por los hombres (Cheston y Kuhn 2002). En Ghana, las participantes en microfinanzas demostraron un creciente empoderamiento cuando comenzaron a aconsejar a otras personas. Por su parte, las participantes en Bolivia se

Un estudio de los clientes del Banco Grameen en Bangladesh encontró que después de ocho a diez años en el programa, un 57.7 por ciento de los hogares participantes ya no eran pobres (Todd 1996).

“Siempre nos alegra reunirnos [en el grupo del banco comunal] y tener la oportunidad de hablar de nuestro progreso”.

—Participante de un grupo de enfoque y socia de CARD en las Filipinas.

La Historia de Hermelil

Mediante su programa de microfinanzas en las Filipinas, Hermelil atiende sesiones de educación en salud, nutrición y desarrollo de negocios. Con el préstamo que recibió, Hermelil abrió una pequeña tienda. Ella duerme en el piso de la tienda y su madre e hijos duermen en una casucha cercana.

“Antes de unirme a mi Asociación de Crédito, siempre me quedaba en mi casa. Nunca socializaba. Pensaba que porque mi pasado era pobre, las otras mujeres no me aceptarían. Pero me aceptaron”.

“Ahora sé cómo separar lo que gasto en mi inventario de lo que saco en ganancias. De esa forma puedo determinar mis ganancias. Hasta puedo separar el costo de los tipos de productos, para saber cuáles me dan más dinero. Utilizo mis ganancias para pagar las cuotas escolares de los niños”.

involucraron más en la vida política local después de unirse al programa de microfinanzas (MkNelly y Dunford 1998 y 1999).

Los intentos de medir los efectos de las microfinanzas en la salud han demostrado que las familias con acceso a microfinanzas tienen mejores prácticas de salud y mejor nutrición, así como menos enfermedades que otras familias. Mayores ingresos conducen a obtener más y mejores alimentos para la familia, mejores condiciones de vida y consumo de servicios de salud, incluyendo medicina preventiva. Cuando las microfinanzas van a la par de la educación en salud, una estrategia que se discutirá con mayor detalle en la siguiente sección de este documento, estos impactos aumentan considerablemente.

La evaluación que Freedom from Hunger realizó en Ghana y Bolivia encontró que en ambos países las participantes de los programas tenían mejor conocimiento y prácticas de salud en las áreas de alimentación con leche materna, tratamiento de la diarrea e inmunización como resultado de la educación que el programa microfinanciero proporcionó en estos temas (MkNelly y Dunford 1998 y 1999). Y en

Ghana, los hijos de las participantes tenían un mejor estado de salud que los de mujeres que no participaban. Después de recibir educación en salud, las clientes de FOCCAS en Uganda tenían mejores prácticas de salud que las que no participaban y 32 por ciento de las clientes habían intentado por lo menos una práctica de prevención del VIH/SIDA, en comparación con 18 por ciento de las que no participaban (Barnes 2001).

Las Microfinanzas como una Estrategia para Aliviar la Pobreza Global

Los estudios que acaban de describirse presentan una impresionante evidencia sobre el poder de las microfinanzas para reducir la pobreza entre los participantes en programas. Pero, ¿Qué puede decirse de los efectos de las microfinanzas a un nivel nacional? ¿Pueden las microfinanzas tener un impacto real en el problema de la pobreza global? Evidencia reciente demuestra que pueden hacerlo. Mediante

Los intentos de medir los efectos de las microfinanzas en la salud han demostrado que las familias con acceso a microfinanzas tienen mejores prácticas de salud y mejor nutrición, así como menos enfermedades que otras familias.

el análisis que Shahidur Khandker realizó en 2005, él encontró que 40 por ciento de la total reducción de la pobreza en la región rural de Bangladesh podía atribuirse directamente a las microfinanzas. En yuxtaposición con otros datos presentados en el IDH 2005, esta evidencia es aún más fuerte. El IDH 2005 cita a Bangladesh como ejemplo de un país que está teniendo avances extraordinarios en los indicadores de desarrollo humano sin el crecimiento económico que otros países experimentan.

“Si India hubiera igualado la tasa de reducción de mortalidad infantil de Bangladesh durante la década pasada, se habría reducido en 732,000 el número de niños muertos este año”.

El IDH 2005 compara los éxitos en desarrollo humano de Bangladesh con los de la India, un país con ingresos y crecimiento económico mucho mayores, pero con menos avance hacia las metas de desarrollo humano. Declara que “Si India hubiera igualado la tasa de reducción de mortalidad infantil de Bangladesh durante la década pasada, se habría reducido en 732,000 el número de niños muertos este año”. El IDH presenta cuatro estrategias que contribuyen directamente a los avances en Bangladesh, nombrando específicamente a BRAC (una organización que provee servicios microfinancieros, entre otros) como una de las organizaciones no-gubernamentales que está “mejorando el acceso a servicios básicos mediante programas innovadores.” Otra de las cuatro estrategias, que el IDH denomina “ciclos virtuosos y agencia femenina”, se centra en la idea de que:

El mejor acceso a la salud y educación para las mujeres, junto con oportunidades más amplias de empleo y acceso al microcrédito, han expandido las opciones y empoderado a las mujeres. Aunque las disparidades de género todavía existen, las mujeres se han convertido cada vez más en fuertes catalizadoras del desarrollo, demandando un mayor control sobre la fertilidad y el espacio entre nacimientos, sobre la educación de sus hijas y el acceso a servicios.

En otras palabras, debido a la habilidad de programas tales como los de microfinanzas, junto con un creciente empoderamiento y acceso a servicios de salud reproductiva para la mujer, Bangladesh fue capaz de mejorar el desarrollo de su gente a pesar de haberse quedado relegado al compararlo con el impresionante crecimiento económico de la India. Una impactante anécdota que se encuentra en el libro del Profesor Jeffrey Sachs “El Fin de la Pobreza” (The End of Poverty), el cual ofrece una visión de los efectos de las microfinanzas en las vidas de los clientes, apoya los datos sobre Bangladesh. En el libro, él describe una visita suya a clientes del microcrédito ofrecido por BRAC, donde se entera de que todas las mujeres tenían, o planeaban tener, no más de dos hijos cada una.

Tal vez más asombroso que las historias de cómo las microfinanzas estaban impulsando negocios en pequeña escala, era la actitud de las mujeres frente a la crianza de sus hijos... He aquí un grupo donde el número promedio de hijos para estas mujeres era entre uno y dos... Esta norma social era nueva, la demostración de un cambio de perspectiva y posibilidad tan dramático que el Dr. Rosenfield [Decano de la Facultad de Salud Pública de la Columbia University] pasó meditando durante el resto de su visita... él recordaba vivamente los días cuando las mujeres de la parte rural de Bangladesh típicamente tenían seis o siete hijos.⁴

Si consideramos a Bangladesh como ejemplo del potencial de las microfinanzas en una escala nacional, no es tan descabellado imaginar su impacto potencial en la pobreza global. El reconocimiento del vínculo estrecho entre la pobreza, la mala salud y la desigualdad, junto con la evidencia de los impactos más amplios de las microfinanzas en estas áreas, demanda la expansión de los servicios microfinancieros para los pobres como una estrategia principal para cumplir las MDM.

⁴ Sachs, Jeffrey (2005): The End of Poverty (El Fin de La Pobreza). The Penguin Press, pp. 13-14. (Disponible en Español en www.libreriacompas.com)

Maximizando el Potencial:

Las Microfinanzas como Vehículo para Mejorar la Salud Reproductiva, Prevenir el VIH y Aumentar el Poder de la Mujer

Las instituciones de microcrédito reconocen cada vez más su dependencia de la salud de sus clientes y las familias de sus clientes. Muchas reconocen las circunstancias desafiantes de clientes que juegan el papel triple de esposa, madre y mujer de negocios. Los oficiales locales de salud pública confirman que gran parte del riesgo a los clientes e instituciones de microcrédito por igual podría reducirse en gran parte con el uso de métodos efectivos de planificación familiar. En algunos países la epidemia del VIH/SIDA es tan severa que amenaza a las instituciones de microcrédito reduciendo el crecimiento de la cartera de préstamos, disminuyendo la retención de clientes, aumentando la morosidad de pagos y el retiro de depósitos de ahorro, así como con la muerte de personal con experiencia o la carga que impone en ellos el cuidado de parientes gravemente enfermos.

—Pathways Out of Poverty (Caminos para Salir de la Pobreza), 2002

La integración de la educación en salud reproductiva con los servicios microfinancieros considera que es poco probable que los pobres, especialmente los más pobres, tengan acceso a la educación y servicios para la salud reproductiva sin el incentivo del beneficio inmediato que el crédito a costo razonable puede proporcionar. El prospecto de obtener un préstamo puede atraer gente a un programa que les ofrezca servicios adicionales. Ciertos rasgos de los programas microfinancieros basados en grupos los hacen ideales para integrar la educación en salud reproductiva:

- 1) Las microfinanzas basadas en grupos reúnen a mujeres pobres de manera regular por períodos de meses y años para pagar sus préstamos y depositar ahorros. Estas

reuniones también son oportunidades de proporcionar educación en salud reproductiva (y otros temas de salud) durante periodos largos. Los servicios pueden ofrecerse a madres de familia y también a mujeres más jóvenes o de mayor edad quienes normalmente no se beneficiarían de la educación en salud reproductiva.

- 2) Mayores ingresos y bienes gracias a las microfinanzas, deberán permitir a las clientes mujeres poner en práctica lo que han aprendido sobre la educación en salud reproductiva y aumentar su consumo de servicios de salud primaria y anticonceptivos.
- 3) Los servicios microfinancieros empoderan a las mujeres, mejoran su papel como tomadoras de decisiones dentro de la familia y abren camino hacia un cambio de comportamiento.
- 4) Los programas microfinancieros con frecuencia logran la autosuficiencia mediante el interés sobre préstamos. También pueden generar ingresos suficientes para mantener no sólo los servicios financieros, sino también servicios adicionales de educación en salud reproductiva ofrecidos por el mismo personal. Gran parte del costo de la educación consiste en reunir a un número suficiente de gente con un educador en un horario y lugar determinados, lo cual ya se logra mediante las operaciones microfinancieras.

El Impacto de la Combinación de Servicios de Educación en Salud Reproductiva y Microfinanzas

En vista de los impactos de las microfinanzas anteriormente presentados, cabe asumir que esos impactos sólo mejorarán mediante la introducción de servicios de educación en salud, específicamente, educación en salud reproductiva. Hay una limitada cantidad de investigaciones enfocadas específicamente en los impactos que estos programas combinados tienen en los resultados de la salud reproductiva.

La Historia de Saraswathi

“Cuando mis hijos lloraban de hambre en la noche, sentía que quería suicidarme”, recuerda Saraswathi Krishnan, que vive en la India. El esposo de Saraswathi, un obrero temporal carente de habilidades, ganaba muy poco y a menudo derrochaba lo poco que ganaba en alcohol. Eventualmente, cuando el techo de su pequeña casa estaba a punto de colapsarse, Saraswathi, al no poseer joyas ni otros bienes que embargar para obtener un préstamo y repararlo, vendió a su hija de siete años a un comerciante local por 2,000 rupias indias (aproximadamente US \$40) bajo un contrato de trabajo obligatorio.

“Mi hijita se quejaba conmigo todos los días de que el comerciante abusaba de ella. Su familia comía en frente de ella y no le ofrecían nada”, ella recuerda. Cinco años después Saraswathi se unió al Foro de Mujeres Trabajadoras (Working Women’s Forum), un programa de auto-ayuda y microcrédito para la mujer basado en Madrás, India. Con su primer préstamo le pagó la deuda al comerciante, liberando a su hija, quien ahora atiende la escuela, y comenzó un pequeño negocio de venta de verduras.

Ahora el negocio de verduras de Saraswathi está en apogeo gracias a su arduo trabajo y a la capacitación que ha recibido del programa. Ella se alegra de poder darles oportunidades a sus hijos. Con los nuevos ingresos de la familia, Saraswathi siente un orgullo y seguridad que nunca antes experimentó. “Nunca más hipotecaré a mis hijos; ellos tendrán educación. Ahora me encargo de que mi esposo sea bueno y no me golpee más”.

La Historia de Janet

Janet Mwima tiene 50 años y participa en un programa integrado de educación en salud y microfinanzas en Uganda.

“Mi mayor fuente de ingresos es el negocio de carbón. Tengo algo de tierra donde planto maíz, frijoles y bananas. Mi familia consume lo que cultivo”.

“La educación de [la organización microfinanciera] me ha beneficiado en términos del cuidado de la salud y puedo cuidar a mi familia. Desde que dejé de tener hijos, yo comparto la información sobre planificación familiar que aprendo [en el programa] con otras mujeres en edad de tener hijos—especialmente la información sobre espacio entre embarazos y alimentación con leche materna”.

Sin embargo, las investigaciones existentes nos dan una buena base para asumir los impactos que tales programas han tenido.

Varios estudios han examinado específicamente el uso de anticonceptivos por parte de las clientes como resultado de su participación en programas de microfinanzas. Algunos de estos programas ofrecían servicios adicionales de educación y otros no lo hacían. De cualquier forma, la mayoría encontró que hubo un aumento en el uso de anticonceptivos entre las participantes de los programas. BRAC en Bangladesh, que ofrece una variedad de servicios sociales y financieros a sus clientes, halló que los socios que habían estado participando por más de cuatro años tenían índices más altos de uso de anticonceptivos (Khandker 1998). Otro estudio en Bangladesh de un programa nuevo de microfinanzas encontró que los participantes, después de un año o más, tenían una probabilidad 1.8 veces mayor de usar anticonceptivos que el grupo de control (Steele et al. 1998).

Para este documento, la Cumbre del Microcrédito comisionó su propia investigación cuantitativa a finales de 2005, usando grupos de enfoque en tres continentes para evaluar los impactos en salud reproductiva de los servicios integrados. En esta sección se encuentra un resumen de los resultados.

Discusiones de Grupos de Enfoque

La Campaña de la Cumbre del Microcrédito condujo grupos de enfoque como fuentes de información para este documento y para comprender mejor qué es lo que los clientes perciben como los efectos de su participación en programas que combinan microfinanzas y educación en salud, particularmente en el área de empoderamiento, salud reproductiva y VIH/SIDA. Las discusiones de grupo se llevaron a cabo en tres países: Bolivia, Ghana y las Filipinas, con clientes de organizaciones que ofrecen servicios integrados y en algunos casos, con los miembros de sus familias.

En cada país las discusiones de los grupos de enfoque se realizaron con grupos variados de individuos, incluyendo grupos de clientes solamente y grupos combinados de clientes y sus familias. Durante las discusiones de grupos de enfoque, se les preguntó a las socias cómo se vieron afectadas sus vidas en un número de áreas debido a la participación en los programas, específicamente sus habilidades para los negocios, cambios en la carga de trabajo, toma de decisiones en la familia, cuidado prenatal y postnatal, prácticas de planificación familiar y conocimiento y prácticas con respecto al VIH/SIDA.

En los tres países las mujeres expresaron enfáticamente sus sentimientos y la descripción de efectos positivos en muchas de estas áreas como resultado de la participación en

los programas integrados. En los tres países: (a) las clientes indicaron haber aprendido valiosas habilidades e información para ayudarles a manejar sus negocios; por ejemplo, separar los gastos personales de los comerciales, hacer presupuestos y diversificar productos y (b) las mujeres reportaron haber participado en la toma de decisiones, junto con sus esposos, sobre el uso del dinero.

En Ghana, donde los grupos de enfoque se llevaron a cabo con clientes del Upper Manya Kro Rural Bank (Banco Rural del Alto Manya Kro), todas las participantes entusiastamente afirmaron que sus cargas de trabajo habían disminuido significativamente desde que obtuvieron acceso al programa de microfinanzas y educación. Las mujeres, cuando se les preguntaba sobre el tema, explicaban que ya no tenían que pedir prestado de otras fuentes o comprar cosas a crédito, lo cual causaba escasez de dinero, estrés y tensión dentro del hogar. Una participante del grupo de enfoque describió este efecto diciendo: “Antes había peleas en la casa a la menor provocación, debido al pesado trabajo que cada miembro de la familia tenía que hacer sólo para permitirle a la familia satisfacer las necesidades básicas. Ahora hay paz porque no tenemos que agotarnos trabajando”.

“Hemos aprendido [sobre el VIH] con CRECER. A veces no tenemos la oportunidad de hablar con nuestros esposos, pero aquí [en nuestro grupo] podemos hablar con otras personas”.

—Participante de un grupo de enfoque en Bolivia

En el área de servicios de salud reproductiva, la mayoría de las mujeres dijeron usar el cuidado prenatal y postnatal ofrecido por las clínicas de salud locales, a pesar de que en algunos casos es difícil obtener esos servicios. También en los tres países, la mayoría de las mujeres daban a luz en sus casas, atendidas por una partera o una promotora de salud de la clínica. Otras, que en su mayoría tenían embarazos difíciles o algún tipo de enfermedad, daban a luz en el hospital o clínica.

Los resultados de las discusiones de grupo enfatizaron la gran necesidad de servicios, productos y educación en el área de la separación entre embarazos y los anticonceptivos. Las mujeres en estos tres países dijeron recibir información y apoyo por parte del personal de campo del programa con respecto a la planificación familiar, disponibilidad de servicios de salud y VIH/SIDA. Se refirieron al programa como un recurso en estos asuntos y un medio para recibir conse-

jos e información sobre salud reproductiva y VIH/SIDA. En Bolivia, con excepción de dos participantes de los cuatro grupos, todas dieron consejos sobre la planificación familiar o VIH a sus familias y amigas. Dar consejos parece ser un fuerte resultado de los servicios educativos recibidos al participar en el programa de CRECER.

En las Filipinas, con clientes de CARD, las participantes en las discusiones notaron, a menudo de manera emotiva, que ellas consideran a su grupo como una fuente de apoyo y su participación en éste ha aumentado su autoconfianza. El moderador del grupo de enfoque relató de la siguiente manera cómo una participante describió sus sentimientos al respecto:

Ella piensa que CARD es una gran responsabilidad, pero la hace sentir bien—la hace sentirse más orgullosa y satisfecha de ser una mujer y esposa. Su asociación con CARD y el negocio que inició han motivado a su esposo a trabajar mejor. Lo han inspirado a vivir su vida de una mejor manera; sus actividades de peleas de gallos y otros vicios son ya una cosa del pasado. Ella está contenta también de poder ayudar y ofrecer empleo a otros. Así, no siente tener una pesada carga de trabajo, sino satisfacción.

Resumen de los Resultados de las Evaluaciones de Talleres

Nuestra información sobre la combinación de la educación en salud y las microfinanzas proviene también de las evaluaciones de capacitaciones impartidas por la Cumbre del Microcrédito en África y Asia. Con la asistencia técnica de Freedom from Hunger desde fines de 2004 hasta septiembre de 2005, la Campaña de la Cumbre del Microcrédito—con el apoyo financiero de UNFPA, la UN Foundation y Johnson & Johnson—realizó una serie de talleres de tres y cinco días de duración sobre la integración de la educación en salud con los servicios microfinancieros. Los talleres se llevaron a cabo en ocho países a lo largo de Asia y África, con representantes de más de 160 instituciones asistiendo a uno o ambos tipos de talleres. Se contrató a evaluadores independientes para dar seguimiento a las instituciones y examinar el avance hacia la implementación de los servicios integrados.

Hasta ahora, la información obtenida de las evaluaciones en siete países ofrece una indicación del nivel de interés por parte de las organizaciones locales de ofrecer servicios integrados y del potencial de difusión de estos servicios. De las

164 instituciones que atendieron los talleres en siete de los ocho países, 46 han comenzado a integrar los servicios de educación en salud con sus programas existentes de microfinanzas. La mayoría lo está haciendo mediante proyectos piloto, en una cantidad del tres al 70 por ciento de sus bancos comunales existentes. Una vez que estas 46 instituciones extiendan los servicios combinados a toda su clientela, estarán dando servicio a más de 463,000 participantes en programas, afectando a unos 2.3 millones de miembros de familia. Otras 38 instituciones no han comenzado todavía a integrar la educación en salud, pero tienen planes de hacerlo en el futuro, y estas organizaciones representan a 270,000 clientes adicionales de las microfinanzas.

Los evaluadores hicieron visitas de campo en donde pudieron observar una muestra de las instituciones que habían comenzado a ofrecer educación en salud en dos áreas temáticas—por un lado la prevención y el cuidado del VIH y por el otro el manejo integrado de las enfermedades infantiles.

Durante las mismas visitas de campo, los evaluadores preguntaron a las organizaciones qué tipo de apoyo necesitarían para mantener y expandir los servicios combinados.

Éstas respondieron de forma unánime que necesitaban más financiamiento para apoyar los costos iniciales, como los de capacitación y materiales, para integrar la educación en salud. Muchas expresaron su deseo de que la educación en salud como parte de los servicios microfinancieros sea la vía común, así como la necesidad del apoyo y reconocimiento de los donantes para lograr esto. Las instituciones microfinancieras también expresaron la necesidad de apoyo técnico en el área de monitoreo y evaluación de los servicios integrados para comprender mejor los impactos de la educación en salud.

Las evaluaciones de los talleres de integración impartidos por la Campaña de la Cumbre del Microcrédito demuestran un claro interés y voluntad por parte de las instituciones microfinancieras de ofrecer educación en salud junto con sus servicios financieros. Además, el alcance potencial es significativo—considerando que solamente la primera serie de talleres demuestra un alcance posible de más de medio millón de clientes, afectando a varios millones de miembros de familia.

Una vez que estas 46 instituciones extiendan los servicios combinados a toda su clientela, estarán dando servicio a más de 463,000 participantes en programas, afectando a unos 2.3 millones de miembros de familia.

Los evaluadores emplearon cuestionarios antes y después para entender el nivel de conocimiento de la clientela antes y después de las sesiones educativas y las acciones que planean tomar como resultado:

Lo que los clientes ya sabían	Lo que los clientes aprendieron	Las acciones que tomarán como resultado
<p>VIH/SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> El SIDA no tiene cura El VIH se transmite mediante el sexo y compartiendo instrumentos afilados La abstinencia sexual y los condones controlan la propagación del VIH La gente dedicada a la prostitución y con estilos de vida promiscuos es más vulnerable <p>Enfermedades infantiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los niños que vomitan, desechan con sangre y tienen convulsiones deben ir al hospital No todos los casos de diarrea requieren atención médica Los medicamentos deben darse a los niños inmediatamente 	<p>VIH/SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> El VIH puede contraerse mediante el sexo e instrumentos afilados, mediante alimentación materna y mediante transfusiones de sangre Es importante conocer nuestro propio estado de VIH El uso de condones y agujas nuevas puede prevenir el VIH Los exámenes de sangre pueden decir si uno tiene o no VIH <p>Enfermedades infantiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los síntomas en los niños que indican si necesitan atención médica inmediata Los niños enfermos necesitan alimentarse más frecuentemente 	<p>VIH/SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educar a la familia, amigos y vecinos Prevenir el VIH mediante el uso cuidadoso de materiales compartidos Aconsejar a la gente en los grupos de alto riesgo sobre los exámenes y la reducción de riesgo Mantenerse fiel a su esposa(o) Evitar el sexo casual Hacerse la prueba del VIH <p>Enfermedades infantiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decirle al doctor todos los problemas de salud que sus hijos están experimentando Llevar a los niños a un hospital inmediatamente si exhiben señales de peligro Asegurar que los doctores completen las pruebas apropiadas a sus hijos Practicar en el hogar el cuidado de las enfermedades comunes de los niños

Resúmenes de dos Estudios de Caso en Bolivia: Integración Exitosa de la Educación en Salud y los Servicios Microfinancieros

“El crédito me permite comprar verduras en mayor cantidad para tener más que vender. Así puedo comprar leche para mi hijo. Mis ingresos también me permiten ahorrar. Ahora tengo una reserva para resolver una emergencia y ayudar a mi familia en tiempos difíciles. Antes no la tenía. Hemos aprendido sobre prácticas de alimentación para bebés y niños. También hemos aprendido sobre la importancia de la buena higiene para prevenir enfermedades como la diarrea. Yo valoro mucho esta educación. Muchas mujeres en nuestro pueblo perdieron a sus hijos cuando éstos se enfermaron. Yo sé como proteger a mi hijo y comparto este conocimiento con otros en mi comunidad—incluso con mujeres mayores”.

—Rosemary Flores, 20 años de edad, madre de un hijo de dos años y participante del programa Crédito con Educación de CRECER en Bolivia.

Abundan los ejemplos de instituciones microfinancieras que han integrado exitosamente las microfinanzas con los servicios no-financieros sin comprometer los impactos en los clientes o la fortaleza financiera de la institución. El método más prometedor para un servicio integrado de microfinanzas y salud reproductiva es el que combina los servicios en todos los niveles de la institución. Este método tiene personal de campo ofreciendo ambos servicios, educación y microfinanzas, en el mismo punto de servicio: la reunión del grupo. Esto proporciona eficiencias en costo para la institución, porque no requiere la separación de estructuras administrativas y programáticas para mantener ambos servicios, permitiendo que las ganancias generadas por las microfinanzas cubran los costos marginales de la educación.

Dos instituciones en Bolivia—CRECER y Pro Mujer—ilustran la integración exitosa de la educación en salud, inclu-

³ El texto completo del estudio de caso de CRECER puede encontrarse en <http://www.microcreditsummit.org>.

yendo salud reproductiva y prevención del VIH/SIDA, con los servicios microfinancieros. Ambas orientan sus servicios a las mujeres pobres y ambas reconocen y acogen la necesidad de una variedad de servicios para mejorar el estatus de las familias pobres. A continuación se resumen estudios de caso de estas dos instituciones.

Un Resumen del Caso de CRECER⁵

Antecedentes

Crédito con Educación Rural (CRECER) es la organización de crédito a grupos más grande de Bolivia, ampliamente reconocida por su éxito en lograr la autosuficiencia financiera sin arriesgar su compromiso de ofrecer servicios de educación en salud o el de servir a clientes pobres. La misión de CRECER es ofrecer servicios integrados de finanzas y educación a las mujeres pobres y sus familias en áreas marginadas urbanas y rurales de Bolivia para apoyar sus acciones autónomas para el mejoramiento de la salud, nutrición y estado económico de las familias.

Metodología

La metodología de CRECER se basa en el banco comunal, donde cada banco (o asociación comunal) consiste de 15 a 20 socias. Las socias de cada banco eligen a una mesa directiva de cinco personas para dirigir al grupo. CRECER otorga los préstamos al grupo y luego se dividen entre las socias. Los montos de préstamos individuales promedian US \$150, y se pagan en 16 o 24 semanas. Para recibir un préstamo, por lo menos 10 por ciento del valor del préstamo debe depositarse como ahorro.

Los bancos comunales de CRECER se reúnen cada una o dos semanas en las comunidades que abarca el programa. El personal local de CRECER (los promotores) atienden las reuniones, durante las cuales las socias hacen sus pagos y depositan ahorros. Los promotores no sólo capacitan a los nuevos bancos comunales y nuevas socias en la administración de las finanzas del grupo, sino que también ofrecen sesiones educativas en una variedad de temas para mejorar

la salud materno-infantil, la salud reproductiva, la autoestima y la administración de sus negocios. CRECER emplea a 124 promotores para administrar los servicios integrados y considera la integración de la educación en salud con sus servicios financieros como una ventaja competitiva en el vibrante ambiente microfinanciero de Bolivia.

Temas de Educación en Salud que Ofrece CRECER:

- Planificación familiar
- Salud de la mujer
- Alimentación con leche materna
- Manejo integral de las enfermedades infantiles
- Alimentación de recién nacidos y niños
- Inmunización
- Prevención y tratamiento de la diarrea
- Autoestima

CRECER trabaja para mejorar la educación en salud proporcionada durante las reuniones semanales. En algunas regiones, CRECER ha establecido relaciones con los proveedores de servicios de salud—tales como las clínicas rurales—para ofrecer referencias a servicios clínicos. El personal de las clínicas también visitará las reuniones de los bancos comunales para evaluar las necesidades de salud y CRECER, mediante sus reuniones de bancos comunales, promueve campañas de salud, tales como la vacunación y los servicios de prueba de Papanicolau.

Además, CRECER creó una red innovadora dentro de su programa de Crédito con Educación, la cual ofrece educación familiar y anticonceptivos a las clientes de los bancos comunales. El programa, llamado Sistema de Distribución Basado en Comunidades, identifica una socia del banco comunal que se convertirá en la Distribuidora Comunitaria. Las 330 distribuidoras reciben capacitación especial sobre el uso de varios métodos de planificación familiar y luego reciben una dotación de anticonceptivos al costo.⁶ Los promotores reabastecen el material de las distribuidoras, pero éste material está sujeto a reglamentos gubernamentales de salud para condones y cuentas del ciclo menstrual (cycle beads). No obstante, la distribuidora está entrenada para

ofrecer consejos sobre un rango de opciones de planificación familiar y tiene vínculos con los proveedores locales de servicios de planificación familiar.

Alcance y Autosuficiencia Financiera

Hasta septiembre de 2005, CRECER servía a 68,748 clientes, mujeres en su mayoría, en ocho de los nueve departamentos de Bolivia. A pesar de ofrecer educación además de servicios financieros y de servir principalmente a clientes pobres, el desempeño financiero de CRECER es impresionante, con una proporción de autosuficiencia operativa del 133 por ciento.⁷ Su progreso en las áreas de crecimiento, eficiencia y autosuficiencia financiera ha sido constante durante los últimos años, aun con el ofrecimiento del servicio adicional de educación en salud—cuyos costos actualmente se cubren completamente con el ingreso de los servicios financieros.

Por ejemplo, hasta diciembre de 2001, CRECER daba servicio a 30,989 clientes, tenía una cartera por pagar de casi US \$4 millones, un índice de productividad del personal de 223 clientes por empleado de campo, y una autosuficiencia operativa del 102 por ciento. Cuatro años después el número de clientes se duplicó, como lo es también el número de clientes servidos por empleado de campo. La cartera ha crecido en más de 30 por ciento y la autosuficiencia operativa es del 133 por ciento.

CRECER considera la integración de educación en salud con sus servicios financieros como una ventaja competitiva en el vibrante ambiente microfinanciero de

CRECER en Números:

Número de bancos comunales	4,306
Número de miembros	68,748
Cantidad en préstamos por pagar	US \$12,462,959
Cantidad en ahorros	US \$3,237,807
Monto promedio de préstamo por cliente	US \$150
Cartera en riesgo	0.17%
Autosuficiencia operativa	133%

⁶ CRECER compra los anticonceptivos a precios subsidiados con proveedores locales.

⁷ En otras palabras, 133 por ciento de los costos totales del programa se cubren con ingresos propios.

Para entender el perfil de su clientela y saber si sus servicios estaban llegando a la población objetivo, CRECER contrató al Programa de Finanzas Rurales de la Universidad Estatal de Ohio (Ohio State University Rural Finance Program) y a AGRODATA para hacer una evaluación del nivel de pobreza de sus clientes. El siguiente es un resumen de los resultados de estos estudios:

- Aproximadamente tres cuartas partes (73 por ciento) de los hogares de los clientes de CRECER estaban por debajo de la línea nacional de pobreza. Más específicamente, aproximadamente una cuarta parte (23 por ciento) de la clientela de CRECER se clasificaba como “más pobre”, la mitad (50 por ciento) como “moderadamente pobre”, una quinta parte (21 por ciento) estaban en el umbral, y sólo unos pocos (6 por ciento) no eran pobres (González-Vega, 2001).⁸
- A principios de 2002 se aplicó la herramienta para evaluación de la pobreza de CGAP a una muestra de los clientes nuevos y no-clientes de CRECER. Se encontró que los servicios de CRECER tenían un sesgo hacia la pobreza, con 39 por ciento de los clientes en la categoría del tercio más pobre, otro 40 por ciento en el tercio medio y sólo 22 por ciento en el tercio de las personas en mejor situación económica (Jiménez, 2002).⁹

CRECER está alcanzando su meta de lograr la autosuficiencia financiera al mismo tiempo que sirve a un gran número de clientes pobres y está lográndolo cubriendo el costo marginal de ofrecer servicios de salud y comerciales a sus clientes. CRECER está ganando amplio reconocimiento en la comunidad microfinanciera por este logro y fue una de las dos instituciones que aparecieron en el artículo comisionado por la Campaña de la Cumbre de Microcrédito como un modelo para lograr las metas de la autosuficiencia financiera y el alcance a la clientela pobre.

⁸ González-Vega, Claudio (2001): “Profile of the Clients of CRECER and Their Households in Bolivia.” (Perfil de los Clientes de CRECER y sus Hogares en Bolivia.” Resultados Preliminares del Rural Finance Program (Programa de Finanzas Rurales). The Ohio State University, Columbus, Ohio, USA.

⁹ Jiménez, Miguel (2002): “A Poverty Assessment of Micro-finance CRECER, Bolivia” (“Una Evaluación de CRECER Microfinanzas, Bolivia”) en representación del Grupo Consultivo para Asistir a los Pobres (Consultative Group to Assist the Poor).

¹⁰ El texto completo del caso de Pro Mujer Bolivia puede encontrarse en <http://www.microcredit-summit.org>

¹¹ Informe Anual 2005 de Pro Mujer Bolivia

Un Resumen del Caso de Pro Mujer Bolivia¹⁰

Antecedentes

Pro Mujer es una institución no regulada en Bolivia cuya misión es “apoyar a mujeres que viven en la exclusión socioeconómica mediante servicios participativos integrados para lograr la sustentabilidad personal, familiar y comunitaria”. Pro Mujer Bolivia fue el primer miembro de la red Pro Mujer, que incluye también a Perú, Nicaragua y México. Pro Mujer Bolivia actualmente tiene oficinas en 41 localidades en las regiones de El Alto, La Paz, Cochabamba, Sucre, Tarija, Potosí, Santa Cruz, Oruro y Beni.

Metodología

Pro Mujer Bolivia ofrece servicios integrados de microfinanzas y salud a mujeres reunidas en Asociaciones Comunales. La institución enfoca sus servicios en las mujeres pobres e iletradas que viven en áreas peri-urbanas y urbanas y cree que “este segmento poblacional necesita una intervención completa por parte de la institución, incluyendo servicios de desarrollo humano que respondan a sus necesidades sociales y personales y refuercen los efectos positivos del crédito”.¹¹ En promedio, las asociaciones comunales tienen 25 socias o participantes. Para convertirse en una asociación comunal, los grupos deben recibir capacitación (unas diez horas en total) del personal de Pro Mujer en las áreas de manejo y administración de sus grupos y en el empoderamiento de la mujer.

Los préstamos se otorgan a los grupos en ciclos de tres a siete meses y luego se dividen entre las socias individuales. Los montos varían de US \$100 a US \$1.000 y las clientes pagan el monto principal y los intereses durante las reuniones semanales. Para poder recibir un préstamo, cada cliente debe depositar una cantidad específica como ahorro, con base en su ciclo de crédito y en la cantidad solicitada.

Los servicios no financieros o de desarrollo humano proporcionados por Pro Mujer Bolivia son de dos tipos: desarrollo de negocios y salud. El primero se ofrece con el objetivo de mejorar las habilidades de administración de negocios de las mujeres clientes. Los servicios de salud ofrecidos por Pro Mujer buscan lograr las metas siguientes:

Crear conciencia y orientar a las mujeres en temas de salud familiar para que puedan prevenir las enfermedades más comunes que las afectan a ellas y a sus familias.

Orientarlas en temas de sexualidad y salud reproductiva para que aprendan la importancia del espacio entre embarazos y las posibilidades de controlar su vida reproductiva.

Proveer asistencia y orientación básicas para resolver problemas de salud de primer nivel y en caso de problemas más complejos, referirlas a los centros de salud.

Un Estudio de Pro Mujer sobre las Percepciones con Respecto al Acceso a los Servicios de Salud Reproductiva

Pro Mujer Bolivia condujo un estudio en 1996 y 1997 en El Alto y Sucre, para entender las percepciones de usuarios y no-usuarios de los servicios de salud reproductiva, así como las percepciones de los proveedores de estos servicios. Los resultados ofrecen una perspectiva sobre las actitudes de la clientela potencial y de los proveedores de servicios de salud para esa clientela. A Pro Mujer le interesó descubrir que las principales razones por las cuales tanto las usuarias como las no-usuarias de servicios de salud reproductiva no utilizaban los servicios de salud, eran la falta de recursos económicos, el temor, humillación y vergüenza. Las participantes en el estudio sugirieron que para mejorar el acceso a los servicios de salud, todos los puntos de servicio deberían contar con personal amigable y bien capacitado y que los servicios deberían entregarse de manera rápida, con privacidad y en sus propios idiomas.¹²

Los servicios de salud para las clientes de Pro Mujer se ofrecen en cuartos de consulta en las oficinas de Pro Mujer o Centros Focales, con un enfoque especial en servicios de salud sexual y reproductiva, salud del recién nacido y salud familiar. La educación en salud incluye temas de salud reproductiva así como temas relacionados a la salud materna e infantil. Hasta junio de 2005, más de 45,000 socias habían recibido consultas sobre sexualidad o salud repro-

ductiva en los Centros Focales, más de 5,700 recibieron consultas prenatales y se condujeron más de 9,000 sesiones de educación en salud.

Las Asociaciones Comunales se reúnen semanalmente en las localidades que Pro Mujer determina. Estos Centros Focales albergan al personal y ofrecen todos los servicios. Los 41 Centros Focales se ubican en localidades geográficamente estratégicas, para que la mayoría de las clientes no tenga que viajar más de media hora para llegar al Centro. El personal de salud y desarrollo de negocios vive en el Centro Focal, de tal forma que las clientes puedan usar los servicios directamente los días de la reunión.

Temas de Salud Reproductiva que Ofrece Pro Mujer

- Responsabilidades de las madres y los padres de familia
- Métodos de planificación familiar
- Embarazo y nacimiento
- Aborto
- Infecciones transmitidas sexualmente
- Cáncer uterino y de pecho

La diferencia clave entre los servicios que ofrecen Pro Mujer y CRECER es que el personal de CRECER va a las clientes y proporciona a las comunidades ambos, los servicios financieros y los de educación en salud; mientras que las clientes de Pro Mujer acuden al Centro Focal donde distintos empleados ofrecen diferentes servicios.

Alcance y Autosuficiencia Financiera

Hasta septiembre de 2005, Pro Mujer estaba ofreciendo sus servicios integrados de microfinanzas, salud y desarrollo de negocios a más de 68,000 clientes, la mayor parte de los cuales son mujeres. La autosuficiencia operativa de los servicios microfinancieros de la organización era del 107 por ciento, pero esto no incluye los costos de los servicios no financieros. Pro Mujer Bolivia ha estado expandiendo constantemente el alcance de su programa en más del 20 por ciento anual durante los últimos tres años. La cartera total de crédito ha crecido a una tasa aún mayor.

Se está avanzando en la cobertura de los costos de los servicios no financieros con ganancias generadas por el programa. Anteriormente, en este año, la red total de instituciones de Pro Mujer participó en un estudio para el Programa de Aprendizaje para Agentes de la Red SEEP [Small Enterprise Education and Promotion (Promoción y Educación para la Pequeña Empresa)]. En ese estudio, Pro Mujer participó en un ejercicio de distribución de costos para examinar los costos reales de ambos servicios, financieros y de salud. El estudio encontró que “Interesantemente, los niveles de sustentabilidad de la entrega de servicios financieros mejoraron en un promedio del 20 por ciento después de la distribución de costos. Mientras que incluso después de la distribución, los servicios de salud cubrieron hasta un 142 por ciento de sus costos con ingresos y donaciones y hasta un 70 por ciento únicamente con ingresos”.¹³

El estudio calculó también que el costo de los servicios de Pro Mujer Bolivia—tanto los financieros como los educativos—es de US \$5.60 por cliente al año. Pro Mujer ve la autosuficiencia financiera de los servicios no financieros como una prioridad institucional y cree que ayuda a mejorar el desempeño de los servicios financieros.

Pro Mujer en Números:

Número de bancos comunales	3,329
Número de socias	68,883
Número de ahorradoras	14,477
Monto de préstamos por pagar	US \$8,416,345
Monto de ahorros de los clientes	US \$4,092,107
Monto promedio de préstamo por cliente	US \$183
Cartera en riesgo	0.5%
Autosuficiencia operativa	107%

Pro Mujer monitorea los perfiles de clientes nuevas para asegurar que su población objetivo—mujeres pobres y marginadas—sea la que realmente reciba los servicios. Ellos encontraron que las nuevas socias de Asociaciones

Comunales son casi exclusivamente mujeres marginadas de bajo estatus socioeconómico y la mayoría carece de un micro-negocio. La mayor parte de las clientes de nuevo ingreso de Pro Mujer tienen acceso limitado al crédito, un bajo ingreso familiar y muy escasa educación formal. Más de la mitad de las familias de clientes nuevas ha sufrido una crisis alimentaria el año anterior.

FINRURAL realizó una evaluación de impacto detallada de Pro Mujer Bolivia en 2003. El estudio analizó el efecto de los servicios integrados en el nivel de pobreza de las clientes con más de dos años de participación, comparado con el de un grupo similar no expuesto a los servicios de Pro Mujer. La conclusión fue que los servicios disminuían el nivel de pobreza, ya que 20 por ciento de los hogares participantes en el programa se consideraban pobres, mientras que 40 por ciento de los hogares no participantes se consideraban pobres.¹⁴

El modelo de integración de Pro Mujer ofrece beneficios interesantes para proporcionar no sólo educación en salud reproductiva, sino también servicios en esta área. Y la institución está demostrando que estos servicios no tienen que impedir el progreso hacia la autosuficiencia financiera, siempre que un subsidio modesto apoye los servicios de educación en salud y negocios. Pro Mujer cree que al ofrecer sus servicios integrados, la institución gana una mejor lealtad de sus clientes y una posición más competitiva en el mercado de Bolivia.

¹² De la Quintana, Claudia, Gretzel Jové and Carmen Velasco (1998): Salud Reproductiva en Población Migrante: estudio comparativo El Alto – Sucre. Pro Mujer & Family Health International. Bolivia.

¹³ Berry, John (2005): “Healthy Women, Healthy Business: A Comparative Study of Pro Mujer’s Integration of Microfinance and Health Services” (“Mujeres Saludables, Negocios Saludables: Un Estudio Comparativo de la Integración de Servicios Microfinancieros y de Salud de Pro Mujer”). Resumen de un estudio de caso. SEEP Network Practitioner Learning Program.

¹⁴ FINRURAL (2003): Evaluación de Impactos de Programas para La Mujer (Pro Mujer) Bolivia. Informe Final.

Conclusión y Recomendaciones

Este documento ha mostrado que las microfinanzas son una estrategia viable de alivio de la pobreza a niveles local, nacional y global y que presentan el vehículo perfecto para ofrecer educación en salud reproductiva a grupos grandes de mujeres pobres y muy pobres. Instituciones tales como CRECER y Pro Mujer en Bolivia, y como BRAC y el Banco Grameen en Bangladesh ya lo están haciendo, mientras que docenas de otras instituciones han expresado gran interés en combinar la educación en salud con los servicios microfinancieros. **Pero ¿qué se puede hacer para asegurar que la educación en salud reproductiva y las microfinanzas, en conjunto, alcancen su potencial completo?**

La integración de las microfinanzas y la educación en salud reproductiva **puede** ser una herramienta crítica para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio para el año 2015, especialmente cuando la llevan a cabo instituciones microfin-

Las microfinanzas son una de las estrategias y métodos prácticos para el desarrollo que deben implementarse y apoyarse para lograr la osada ambición de reducir la pobreza mundial a la mitad.

—Invirtiendo en el Desarrollo, Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas

nancieras bien manejadas que llegan a la gente muy pobre. Sin embargo, para optimizar la efectividad de la herramienta deben suceder dos cosas. Primero, las microfinanzas deben convertirse en uno de los pilares para reducir a la mitad la pobreza extrema para 2015. Segundo, los servicios integrados de salud reproductiva y microfinanzas deben elevarse a una escala suficientemente grande como para que sus impactos en los resultados de salud se perciban tanto a nivel nacional como global.

Durante la Cumbre Mundial, celebrada en Nueva York en septiembre de 2005, se reunieron 151 dirigentes de estado de todo el mundo para revisar los avances hacia las MDM. Se dio reconocimiento a las microfinanzas en el Documento de Resultados de la Cumbre Mundial de 2005 (2005 World Summit Outcome Document), el cual declara que “Reconocemos la necesidad de acceso a los servicios finan-

cieros, en particular para los pobres, incluyendo las microfinanzas y el microcrédito”.

Este sentir es repetido por otros organismos internacionales—tales como las Declaraciones de 2004 y 2005 de los países G8, la Comisión para el Desarrollo del Sector Privado, el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, y el Informe de la Comisión de África—donde, en sus propias declaraciones, reconocen a las microfinanzas como una estrategia clave para reducir la pobreza. A pesar del llamado por parte de líderes mundiales y otras agencias internacionales de

poner a las microfinanzas al frente y centro de las estrategias de alivio a la pobreza, el verdadero compromiso con esta estrategia en términos monetarios es exiguo. El Banco Mundial, cuya misión es “ayudar a los países en desarrollo y a su gente a lograr las [MDM] trabajando con nuestros socios para aliviar la pobreza,”¹⁵ dedica a las microfinanzas menos del uno por ciento de su presupuesto anual. Los gobiernos y otros organismos de desarrollo todavía tienen que convertir la retórica en acción.

Las agencias de desarrollo, los gobiernos, las IMF y donantes pueden ampliar y profundizar sus contribuciones a la realización de las Metas de Desarrollo del Milenio apoyando la integración de la educación en salud reproductiva—incluyendo la prevención y cuidado del VIH/SIDA—con los servicios microfinancieros sustentables y enfocados en la pobreza para grupos de mujeres pobres y muy pobres. Con base en los datos más recientes de la Campaña de la Cumbre del Microcrédito, el número de clientes que han recibido servicios microfinancieros está creciendo rápidamente año con año. Las microfinanzas aumentan la capacidad económica y reducen la vulnerabilidad de las familias a los eventos traumáticos. Muchas organizaciones microfinancieras están ansiosas por integrar la educación relacionada con la salud reproductiva y las recomendaciones a servi-

“Me gusta el haber aprendido sobre planificación familiar, especialmente porque soy joven. He aprendido a protegerme a mí misma con el uso de condones”.

—Sarah Wanyenze, socia de FOCCAS, un programa integrado de microfinanzas en Uganda

La Historia de Rajamma

Rajamma vive en Karnataka, India. Antes de recibir su primer préstamo de The Bridge Foundation (TBF), ella hacía trabajos de limpieza en casas de la “casta alta” para poder alimentar a sus hijas con las sobras de comida. Llegó a estar tan desesperada que pidió dinero prestado a un terrateniente rico. Como no pudo pagarle, se vio forzada a enviar a sus hijas a trabajar en su casa—prácticamente como esclavas. Rajamma se unió al Grupo de Auto Ayuda local de TBF y tomó un préstamo de 7,000 rupias (US \$196) para comprar una vaca lechera. En 10 meses pagó el préstamo y liberó a sus hijas de su empleo obligatorio. Ella gana más de 1,200 rupias (US \$34) mensua. Con sus ahorros compró 0.2 hectáreas de tierra y ha tomado otro préstamo para irrigarla para el cultivo de Apios americana, una raíz comestible (“groundnut” en inglés). La hija más grande de Rajamma está aprendiendo costura y las hijas más pequeñas van a la escuela. Con orgullo visible, Rajamma dice que TBF la ha ayudado a recuperar su dignidad y su autoestima. Ella es una de las socias más activas en el grupo y es aceptada como una igual en su pueblo.

cios calificados de salud reproductiva con las microfinanzas. Cuando estas organizaciones proveen cuidado y apoyo culturalmente sensibles a grupos de mujeres pobres y muy pobres, pueden aumentar aún más la autoconfianza y el poder de toma de decisiones en la familia y comunidad—ambos factores esenciales para el progreso de todas las mujeres, pero en particular las mujeres pobres.

Acciones Recomendadas para las Agencias de Desarrollo, Gobiernos y Donantes

Las agencias de desarrollo, los gobiernos y los donantes pueden concentrarse en ocho acciones para mejorar sus contribuciones a las MDM mediante la integración de programas de educación en salud reproductiva con programas microfinancieros:

- Dirigir recursos financieros significativos a las organizaciones microfinancieras—aquellas cuyo trabajo gira en torno a servir a los pobres y más pobres, con un enfoque en la mujer y en el logro de la autosuficiencia financiera—explícitamente para la integración de educación en salud reproductiva, junto con otros temas de salud.
- Promover entre otros organismos de desarrollo, gobiernos y donantes, que se combine la educación en salud reproductiva con las microfinanzas mediante la difusión de este documento, organizando reuniones y creando otras herramientas de promoción.
- Apoyar las microfinanzas sustentables para la gente muy pobre como una estrategia primaria para lograr las MDM mediante declaraciones, presentaciones y publicaciones.

¹⁵ Sitio Web del Banco Mundial: <http://www.worldbank.org/>

- Promover y financiar esfuerzos de evaluación para determinar el impacto que los servicios integrados de educación en salud reproductiva y microfinanzas tienen en los resultados de la salud reproductiva para las familias pobres.
- Identificar, colaborar con, y apoyar a instituciones—tanto a los agentes microfinancieros como a los proveedores de asistencia técnica internacional—que ofrecen experiencia y competencia en la combinación de educación en salud reproductiva con microfinanzas.
- Organizar simposios sobre este tema para los donantes, invitando a líderes de una variedad de instituciones, tales como BRAC, el Banco Grameen, Pro Mujer, CRECER y Freedom from Hunger.
- Capitalizar el ímpetu existente creado por los talleres de integración de la Campaña de la Cumbre del Microcrédito promoviendo y apoyando la continuación de estos talleres y otros mecanismos para diseminar estrategias de integración.
- Financiar viajes para agencias donantes, reporteros y miembros de parlamentos para que visiten instituciones microfinancieras líderes que integran las microfinanzas sustentables para la gente muy pobre con la educación en salud reproductiva y otros temas de salud.

El apoyo explícito y vocal de los servicios combinados de educación en salud reproductiva y microfinanzas, junto con la promoción de las microfinanzas como un mecanismo clave para reducir la pobreza, son cruciales para lograr nuestras metas compartidas de desarrollo humano. El poner en práctica estas ocho recomendaciones marcará el cambio de la retórica a la acción. Este documento concluye con una cita del Informe de Desarrollo Humano 2005:

Si las promesas solemnes, los ofrecimientos ambiciosos, los compromisos serios y conferencias de alto nivel sacaran a la gente de la pobreza, pusieran a los niños en la escuela y detuvieran las muertes infantiles, las MDM se hubieran logrado hace mucho tiempo. La

divisa de las promesas por parte de la comunidad internacional está ya tan severamente devaluada por falta de cumplimiento, que su valor se considera ampliamente como nulo. Restaurar esa divisa es vital, no sólo para el éxito de las MDM, sino también para crear confianza en el multilateralismo y cooperación internacional—los fundamentos gemelos para la paz y seguridad internacional.

Referencias

Barnes, Carolyn, Gary Gaile, and Richard Kimbombo (2001): “Impact of Three Microfinance Programs in Uganda.” Washington, D.C.: AIMS.

“Beijing at Ten: UNFPA’s Commitment to the Platform for Action.” 2005. New York, New York. United Nations Population Fund (UNFPA).

Berry, John (2005): “Healthy Women, Healthy Business: A Comparative Study of Pro Mujer’s Integration of Microfinance and Health Services.” Case study summary. SEEP Network Practitioner Learning Program.

Cheston, Suzy and Lisa Kuhn (2002): “Empowering Women Through Microfinance.” New York, New York. UNIFEM.

Daley-Harris, Sam (2005): “State of the Microcredit Summit Campaign Report 2005.” Microcredit Summit Campaign.

Daley-Harris, Sam, ed. (2002): “Pathways Out of Poverty: Innovations in Microfinance for the Poorest Families.” Bloomfield, Connecticut. Kumarian Press, Inc.

De la Quintana, Claudia, Gretzel Jové and Carmen Velasco (1998): *Salud Reproductiva en Población Migrante: estudio comparativo El Alto – Sucre*. Pro Mujer & Family Health International. Bolivia.

Dunford, Chris and Ellen Vor der Bruegge (2002): “Microfinance in the Perspective of Reproductive Health and UNFPA.” Second draft paper. Freedom from Hunger.

FINRURAL (2003): *Evaluación de Impactos de Programas para La Mujer (Pro Mujer) Bolivia*. Final Report.

Gonzalez-Vega, Claudio (2001): “Profile of the Clients of CRECER and Their Households in Bolivia.” Preliminary results by Rural Finance Program. The Ohio State University, Columbus, OH.

Hashemi, Syed, Sidney R. Schuler, S., and Ann P. Riley (1996): “Rural Credit Programs and Women’s Empowerment in Bangladesh.” *World Development* 24(4): 635-653.

Jimenez, Miguel (2002): “A Poverty Assessment of Micro-finance CRECER, Bolivia” on behalf of the Consultative Group to Assist the Poor.

Khandker, Shahidur (1998): *Fighting Poverty with Microcredit*. Dhaka, Bangladesh: University Press Limited.

Khandker, Shahidur (2005): “Micro-Finance and Poverty: Evidence Using Panel Data from Bangladesh.” *World Bank Economic Review* 19(2): 263-286.

Littlefield, Elizabeth, Jonathan Morduch, and Syed Hashemi (2003): “CGAP Focus Note 24: Is Microfinance an Effective Strategy to Reach the Millennium Development Goals?” Washington, D.C.: Consultative Group to Assist the Poor.

“Microfinance Matters: Building Inclusive Financial Sectors.” Issue 16, September 2005. United Nations Capital Development Fund.

“Microfinance and the Millennium Development Goals: A reader’s guide to the Millennium Project Reports and other UN documents.” October 2005. United Nations Capital Development Fund.

MkNelly, Barbara and April Watson (2003): “Credit with Education Impact Review No. 3: Children’s Nutritional Status.” Davis, California. Freedom from Hunger.

MkNelly, Barbara and Christopher Dunford (1998): “Impact of Credit with Education on Mothers and Their Young Children’s Nutrition: Lower Pra Rural Bank Credit with Education Program in Ghana.” Davis, California: Freedom from Hunger.

MkNelly, Barbara and Christopher Dunford (1999): “Impact of Credit with Education on Mothers and Their Young Children’s Nutrition: CRECER Credit with Education Program in Bolivia.” Davis, California: Freedom from Hunger.

MkNelly, Barbara and Mona McCord (2001): “Credit with Education Impact Review No. 1: Women’s Empowerment.” Davis, California. Freedom from Hunger.

Morduch, Jonathan (2005): “Implementing the Microenterprise Results and Accountability Act of 2004.” Washington, D.C. Testimony for the House International Relations Subcommittee on Africa, Global Human Rights and International Operations, September 20, 2005.

Pitt, Mark and Shahidur Khandker (1998): "The Impact of Group-Based Credit Programs on Poor Households in Bangladesh: Does the Gender of Participants Matter?" *Journal of Political Economy* 106(5): 958-996.

Sachs, Jeffrey (2005): *The End of Poverty*. The Penguin Press, pp. 13-14.

Schuler, S.R. and S.M. Hashemi (1994): "Credit Programs, Women's Empowerment, and Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning* 25, No. 2.

Steele, Fiona, Sajeda Amin, and Ruchira T. Naved (1998): "The Impact of an Integrated Micro-credit Program on Women's Empowerment and Fertility Behavior in Rural Bangladesh." Population Council.

Todd, Helen (1996): *Women at the Center*. Dhaka, Bangladesh: University Press Limited.

Todd, Helen (2001): "Paths out of Poverty: The Impact of SHARE Microfin Limited in Andhra Pradesh, India." Unpublished Imp-Act report.

Watkins, Kevin (2005): "Human Development Report 2005: International cooperation at a crossroads. Aid, trade and security in an unequal world." New York, New York. United Nations Development Programme (UNDP).