



# Outlook

## En este número

- ¿Qué son las microfinanzas?
- Microfinanzas y la salud de las mujeres: los argumentos
- Microfinanzas y la salud de las mujeres: las evidencias
- Microfinanzas y riesgo de las mujeres de adquirir VIH: las evidencias
- Las evidencias: panorama general y síntesis
- Consideraciones operacionales para la integración
- Prioridades para futuras investigaciones

## Las microfinanzas y la salud de las mujeres: ¿Qué sabemos?

La importancia de evaluar y comunicar los éxitos y fracasos de los programas mundiales de salud ha recibido cada vez más atención en años recientes.<sup>1</sup> Se necesita información robusta y clara sobre los beneficios de diferentes enfoques para la población y de su incrementada eficiencia.

Este número de *Outlook* tiene por objetivo revisar la base de las evidencias en el enfoque de las microfinanzas para mejorar y atender la salud de las mujeres. El interés en la conexión entre las microfinanzas y la salud de las mujeres ha estado presente por décadas y varias evaluaciones consideran ampliamente el impacto de las microfinanzas en la salud.<sup>2-6</sup> Una apreciación realista de si las microfinanzas pueden mejorar la salud de una mujer a lo largo de su vida y cómo lo hacen puede ayudar a identificar áreas promisorias para la inversión y futuro estudio, especialmente en un entorno de fondos limitados y un periodo de escrutinio intenso para ambos campos. Este número inicia presentando antecedentes sobre el sector de las

microfinanzas y las conexiones entre las microfinanzas y la salud, seguido de una revisión de evidencias pertinentes y prioridades para futuras investigaciones.

### ¿Qué son las microfinanzas?

Las microfinanzas se definen como “el suministro de préstamos, ahorros y otros servicios financieros a personas en situación de pobreza.”<sup>7</sup> El objetivo primordial de los programas de microfinanzas es el alivio de la pobreza, operando bajo la suposición de que ciertos grupos en la población carecen de acceso a recursos financieros confiables y/o servicios que les harían posible mejorar tanto su propio nivel de vida como el de sus familias.

Microfinanzas es un término amplio que incluye préstamos o crédito como un producto para la clientela, además de subsidios, seguros y educación y capacitación vocacional para desarrollar habilidades de negocios o para la vida. El tipo de intervención más común probablemente sea el microcrédito, en el cual las organizaciones otorgan préstamos muy pequeños a una persona, usualmente mujer, para ayudarla a hacer crecer su pequeño negocio o iniciar un nuevo emprendimiento (en 2009, el préstamo promedio era de aproximadamente US\$550<sup>7</sup>). El Banco Grameen en Bangladés fue la primera organización microcrediticia que logró un crecimiento significativo<sup>8</sup> y podría afirmarse que continúa siendo el modelo de microcrédito mejor documentado y más conocido hasta la fecha.<sup>2</sup> El modelo Grameen involucra a grupos voluntarios en los cuales las personas reciben préstamos y todas ayudan a asegurar que cada quien haga sus pagos. Las características específicas varían dependiendo del diseño del programa y del contexto regulatorio, pero el ciclo de los préstamos suele ser relativamente corto, los montos de éstos aumentan a medida que las personas hacen sus pagos y por lo general hay ahorros involucrados con oportunidades limitadas para retiros. Hacia la década de 1990, los programas de microcrédito habían proporcionado evidencias relativamente sólidas de que las personas de escasos recursos son capaces de pagar sus préstamos y lo hacen, los programas pueden tornarse

financieramente sostenibles a escala (es decir, son financiados por cuotas de la clientela y tasas de interés, no con apoyo de donantes) y además las mujeres tienden a tener mejores tasas de reembolso y mayores niveles de inversión de recursos en sus familias que los hombres.<sup>3</sup>

Organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones comunitarias de ahorro y préstamo, bancos de desarrollo gubernamentales e instituciones comerciales prestamistas con fines de lucro pueden proporcionar microcréditos. Los grupos de autogestión, cuyos integrantes participan en manejo de créditos con supervisión externa mínima, han sido populares en la India.<sup>9</sup> Los bancos comunitarios son un modelo común en América Latina. Una organización patrocinadora otorga un préstamo a un banco comunitario integrado por un grupo de entre 20 a 40 mujeres; a su vez, cada una de ellas recibe un préstamo individual y todas son responsables del reembolso de cada cual.<sup>10</sup>

Aunque el Banco Grameen, el Comité de Progreso Rural de Bangladés (BRAC), Freedom from Hunger (FFH, Libres de Hambre), el Proyecto HOPE y más ampliamente otros pequeños grupos microcrediticios y microfinancieros,<sup>2</sup> han tenido logros impresionantes, el desempeño de las instituciones de microfinanzas en

general no ha sido parejo.<sup>11</sup> Muchas organizaciones microfinancieras enfrentan retos para llegar eficazmente a la clientela de más escasos recursos, a diferencia de las personas que están en la misma situación pero son económicamente activas.<sup>8,12</sup> No todos los programas han sido capaces de incrementar el ingreso o los activos de las personas en situación de pobreza, empoderar a mujeres participantes o lograr la sostenibilidad financiera. Son escasas las evaluaciones experimentales de intervenciones microfinancieras y es un reto hacer muestreos de sesgos.<sup>5</sup> Hay quienes han dicho que las instituciones de microfinanzas pueden imponer una carga problemática de deuda a personas ya vulnerables.<sup>13</sup>

El escrutinio sobre la industria microfinanciera también se ha incrementado de manera notable entre el 2010 y 2011. En particular, ha habido cierta preocupación respecto a la ética en las prácticas de préstamo de algunas instituciones microfinancieras, incluyendo las de SKS Microfinance, la mayor institución en su género en la India (que ofertó acciones al público en la Bolsa en 2010). A consecuencia de ello, en partes de la India y otros lugares se han propuesto restricciones a las actividades del sector microfinanciero.<sup>7,14</sup> Las disputas por el diseño de las investigaciones y la interpretación de resultados también han complicado aseveraciones previas

de que las microfinanzas han ayudado a reducir la pobreza y alcanzar progresos en el desarrollo humano a gran escala.<sup>14-16</sup>

A pesar de estas críticas, actualmente las instituciones microfinancieras sirven a alrededor de 92 millones de clientes en más de 100 países, con una cartera general de US\$65 mil millones en préstamos y US\$27 mil millones en ahorros.<sup>7</sup> Una prioridad fundamental para las microfinanzas en la próxima década es la diversificación de modelos para llegar a más clientes vulnerables, incluyendo enfoques impulsados por la demanda que pongan énfasis en las necesidades de la clientela (por ejemplo, abordando asuntos sociales tales como salud y educación; Cuadro 1).<sup>17</sup>

## Microfinanzas y la salud de las mujeres: los argumentos

La pobreza afecta la salud de la persona, incluyendo su capacidad y oportunidad de practicar conductas de búsqueda y promoción de la salud. Al mismo tiempo, una salud deficiente puede exacerbar la pobreza de la persona pues reduce su capacidad de ser económicamente productiva y genera costos de salud catastróficos. En vista de estas conexiones, parece razonable deducir que los programas exclusivamente de microfinanzas centrados en el alivio de la pobreza podrían también lograr mejoras en la salud.

**Cuadro 1. Gama de intervenciones relacionadas con la salud para satisfacer las necesidades de clientes de microfinanzas**

<b>Necesidades de clientes</b>	Conciencia/ conocimiento de prácticas de salud	Capacidad para pagar gastos de salud	Acceso a trabajadoras/es de salud competentes en la comunidad	Acceso a productos y servicios relacionados con la salud	Acceso a cobertura predecible de salud
<b>Respuestas ilustrativas</b>	Educación y promoción de la salud	Préstamos y cuentas de ahorro para la salud	Contacto con proveedores de servicios de salud Facilitación de referencias Trabajadoras/es de salud comunitarias/os capacitadas/os Micropréstamos a proveedores privados para inversión de capital	Coordinación con proveedores públicos Empresarios/as de salud social Dispensarios comunitarios	Planes prepago de salud y de seguro Contratos con programas gubernamentales

Adaptado de Leatherman S, Metcalfe M, Gessler K, Dunford C.<sup>6</sup>

Por otro lado, muchos factores complican el potencial de que los programas exclusivamente de microfinanzas tengan impacto en la salud.<sup>10</sup> Además de incrementos en el ingreso, se necesitan conocimientos esenciales sobre la salud para un cambio de conductas. Numerosas realidades sociales y contextuales, incluyendo la relación de una mujer con su pareja y la accesibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de salud, afectan su capacidad de actuar a favor de su salud y la de su familia. Por lo tanto, también deberían considerarse los programas integrados que abordan directamente la salud (Cuadro 1 y Recuadro 1).

### Apoyo a la integración: perspectiva del sector salud

Una mayor demanda de cuidados de salud y la limitación de recursos en muchos entornos han aumentado el interés en mecanismos alternativos de financiación para cuidados de salud. Las instituciones microfinancieras que apoyan la prestación de servicios de salud mediante cuotas pagadas por clientes, ingresos operacionales (por ejemplo, interés sobre préstamos o proveniente de ahorros) y préstamos o cuentas de ahorro destinados a la salud presentan una opción atractiva. Además, la impresionante escala y sostenibilidad financiera alcanzadas por el Banco Grameen, el BRAC y otras organizaciones microfinancieras pueden brindar modelos para aplicar intervenciones de salud costo-eficientes a escala.<sup>18</sup> Las instituciones microfinancieras a menudo tienen mecanismos establecidos a fin de llegar repetidamente a las personas en situación de pobreza a lo largo del tiempo que pueden aprovecharse para aplicar y reforzar intervenciones de salud sencillas y eficaces.

Las intervenciones integradas también pueden incentivar conductas de búsqueda o promoción de la salud. Al ofrecer el incentivo de servicios financieros, las instituciones microfinancieras pueden facilitar cuidados de salud para personas a quienes de otra forma les resulta

demasiado alto el costo real o de oportunidad de buscar servicios de salud. De manera similar, mayores recursos financieros pueden propiciar que las personas actúen a partir de lo que aprenden por medio de programas simultáneos de educación en salud, o bien incrementar su consumo de servicios y productos de salud ofrecidos conjuntamente.

### Apoyo a la integración: perspectiva del sector de las microfinanzas

Ocuparse de la salud puede ayudar a una organización microfinanciera a realizar la misión de brindar tanto seguridad financiera como protección social a sus clientes y a las comunidades donde estas personas viven.<sup>11</sup> Una clientela más saludable también puede contribuir al crecimiento y la viabilidad a largo plazo de una institución microfinanciera mediante buenas prácticas de reembolso y el incremento de la actividad empresarial, entre otras cosas. Desde un punto de vista práctico,

los grupos actuales de clientes que se reúnen regularmente proporcionan una alternativa para la educación, servicios básicos o incluso cobro de pagos de primas si una organización microfinanciera decide ofrecer seguros.<sup>17</sup> También está la posibilidad de atraer una nueva clientela e incrementar la lealtad de clientes actuales ofreciéndoles educación o servicios de salud.

### Microfinanzas y la salud de las mujeres: las evidencias

Tanto las evaluaciones como los diseños experimentales de algunos programas han valorado el impacto que los programas exclusivamente de microfinanzas y los enfoques integrados tienen sobre la salud. Las evidencias que están más disponibles, resumidas a continuación, se refieren a la planificación familiar, la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres y el acceso a éstos. También se incluye una sinopsis de otros temas sobre la salud de las mujeres.

### Recuadro 1. Ejemplos de plataformas microfinancieras para mejorar la salud de las clientas

Existe una gama de opciones en cuanto a cómo brindar servicios de microfinanzas y salud en forma conjunta.<sup>3,23</sup> Por ejemplo, las intervenciones de salud desde el lado de la **demanda** pueden generar demanda y voluntad o capacidad de pagar servicios de salud. Éstas podrían incluir educación en salud o extensión del seguro de salud, préstamos o ahorros para el cuidado de la salud a grupos de bajos ingresos y vulnerables. En contraste, las intervenciones de salud por el lado de la **oferta** pueden incrementar la eficiencia y gestión de proveedores de cuidados de servicios de salud y/o crear nuevas empresas relacionadas con la salud. Ejemplo de ello sería un programa para aumentar la calidad de los servicios brindados por proveedores de salud a pequeña escala, como comadronas.<sup>24</sup> Ver en el Cuadro 1 una ilustración de intervenciones potenciales de microfinanzas y salud que pueden satisfacer una gama de necesidades de la clientela.

Los enfoques operacionales para integrar las microfinanzas y los servicios de salud incluyen:

- Enfoque vinculado: dos organizaciones independientes que están alineadas estratégicamente y sirven a la misma clientela en una misma área geográfica y que proporcionan servicios microfinancieros y de salud.
- Enfoque paralelo: una organización brinda servicios tanto microfinancieros como de salud a través de dos programas autónomos con personal separados.
- Enfoque unificado: una organización brinda ambos tipos de servicios dentro del mismo programa y con el mismo personal.

## Planificación familiar

Los programas de microcrédito en Bangladés mostraron un impacto positivo sobre el uso de métodos anticonceptivos durante la década de 1990. Aunque no brindaron ningún programa o servicio directo de educación para planificación familiar, en sus actividades generalmente hicieron referencia a los beneficios económicos de tener una familia más pequeña. Un estudio reveló que el Banco Grameen incrementó el uso de anticonceptivos tanto dentro como fuera de las aldeas donde opera.<sup>19</sup> Otra evaluación indicó que las integrantes del Banco Grameen tenían tasas significativamente más altas de uso de anticonceptivos que mujeres residentes en aldeas donde no había programas del Banco, lo cual podía atribuirse a la mayor movilidad de esas integrantes.<sup>20</sup> De nuevo, el estudio reveló que incluso mujeres que no vivían en aldeas con programas activos del Banco tenían tasas más altas de uso de anticonceptivos que mujeres en las aldeas “comparativas.” Estos estudios también señalaron que la infraestructura para planificación familiar en áreas rurales de Bangladés era relativamente fuerte, por lo que los servicios estaban disponibles aun cuando no eran brindados por los propios programas de microcrédito. Un informe más reciente sobre un programa de microcrédito en el Perú reveló que una participación más prolongada en el programa se asociaba significativamente a menores conocimientos sobre planificación familiar y no hubo impacto en el uso de servicios de salud reproductiva en cualquiera de las dos direcciones. Los autores no explicaron el por qué esto pudo haber ocurrido.<sup>21</sup>

No está claro si los programas de microcrédito también pueden afectar los patrones reales de fertilidad de las mujeres. Un estudio realizado en Bangladés encontró que la participación en un programa de créditos incrementó el uso de anticonceptivos y el deseo de tener una familia más pequeña, pero no las tasas de fertilidad.<sup>22</sup> También faltan evidencias sobre el impacto de la provisión de educación o servicios para

la planificación familiar a través de un enfoque integrado.

## Utilización de los servicios de salud y acceso a éstos

Las evidencias sobre los efectos de las microfinanzas en el acceso de las mujeres a los servicios de salud y su utilización de los mismos son mixtas. En la literatura se documentan cuatro principales enfoques para abordar el acceso de las mujeres a los servicios de salud por medio de las microfinanzas: programas exclusivamente de microcrédito, educación en salud, intervenciones por el lado de la oferta y mecanismos de financiación para la salud.

### *Programas exclusivamente de microcréditos*

Una evaluación del programa de microcrédito del BRAC en Bangladés identificó un incremento en la demanda de atención formal de salud por parte de las mujeres como resultado de su participación, probablemente debido a un mayor control sobre los recursos financieros.<sup>25</sup> Otro estudio en la India mostró que la participación en grupos de autogestión sin un componente formal de salud puede ayudar a proteger contra la exclusión de los servicios de salud; se especuló que esto se debía principalmente a que las mujeres podían usar los préstamos para cubrir costos de salud (según auto-reporte) y no a incrementos en sus ingresos.<sup>26</sup>

### *Educación en salud*

Una intervención focalizada del BRAC que proporcionó subsidios, capacitación para el desarrollo de educación en salud, productos y asistencia financiera a personas de muy escasos recursos, logró incrementar la utilización de servicios de salud, pero las mujeres fueron menos capaces que los hombres de acceder a proveedores formales; por otro lado, las mujeres sí tenían una mayor percepción de su propia salud y una tasa más alta de uso de anticonceptivos como resultado de la intervención.<sup>27</sup> En Bolivia, un programa de microfinanzas que incluyó educación en salud sobre planificación

financiera para la salud y uso racional de los servicios de salud condujo a que la clientela hiciera un mayor uso de servicios preventivos de salud.<sup>28</sup> Una evaluación en la República Dominicana reveló que los programas paralelos de microcrédito y promoción de la salud, comparados con programas sólo de microcrédito, no afectaron la frecuencia reportada de autoexámenes de mamas, aunque sí hubo mejoras en otros indicadores de salud.<sup>29</sup>

### *Financiamiento de servicios terciarizados*

Otra manera en que se podría influir en las instituciones de microfinanzas a fin de mejorar los servicios de salud para mujeres es mediante el financiamiento de servicios terciarizados, o brindando recursos y apoyo financieros a proveedores de servicios de salud para mujeres. Una evaluación de dichos préstamos a comadronas en Uganda reveló que las percepciones de las clientas respecto a la calidad de los servicios de estas proveedoras mejoraron, incluyendo específicamente en cuatro de ocho indicadores de calidad: disponibilidad de fármacos, cobros justos, limpieza y privacidad.<sup>24</sup>

### *Mecanismos de financiación para la salud*

Los mecanismos de financiación para la salud son una oferta relativamente reciente de los programas microfinancieros; un proyecto grande sobre microfinanzas y salud implementado por FFH en cinco países reveló que el financiamiento de la salud era una barrera principal para satisfacer las necesidades de salud de los clientes.<sup>28</sup> FFH apoyó a organizaciones en la India, Bolivia y Burkina Faso a fin de que brindaran a su clientela préstamos para salud con tasas de interés más bajas y condiciones más flexibles que sus préstamos empresariales. La clientela en Burkina Faso también podía abrir cuentas de ahorro para el cuidado de la salud. La socia de FFH en Filipinas ofreció microseguros para salud cuyas primas para unirse al programa nacional de seguros fueron financiadas



por un préstamo para salud pagado por clientes en pequeños abonos junto con sus pagos regulares de microcréditos. La clientela en estos programas (conformada mayoritariamente por mujeres) se sintió muy satisfecha con tales servicios y consideró que los préstamos para salud, ahorros y/o seguro eran fuentes importantes de financiamiento que le permitían cubrir gastos de salud. Como resultado de ello, clientes en Burkina Faso que tenían acceso a ahorros y préstamos para salud reportaron un mayor uso de los servicios preventivos. El análisis económico de FFH también reveló que estos programas eran relativamente baratos para sus socias microfinancieras. Sin embargo, una cantidad significativa de clientes seguían enfrentando brechas en la financiación de servicios de salud.<sup>28</sup>

Otros ejemplos disponibles provienen de Nicaragua y Bangladés. Un programa en Nicaragua intentó inscribir a personas que trabajan en el sector informal en un programa de seguros subsidiados usando a grupos microfinancieros como mecanismo para llegar a ellas. Las evaluaciones revelaron que las personas confiaban más en instituciones gubernamentales que en las microfinancieras como mecanismo para inscripción en seguros y provisión de éstos; los seguros no eran considerados un área de experiencia de las organizaciones microfinancieras.<sup>30</sup> El uso de servicios de salud no incrementó entre mujeres que se inscribieron en el programa de seguros. Además, aunque la cobertura del seguro redujo los gastos de salud de las personas beneficiarias, no los disminuyó lo suficiente para cubrir el costo de la prima. Las autoras concluyeron que las instituciones microfinancieras podrían ser más eficaces como canales para proveer de seguros en lugares donde no existen programas gubernamentales fuertes de seguridad social. En Bangladés, los programas de microseguros con primas y márgenes de ganancia relativamente bajos han incrementado el acceso de las mujeres a los servicios al reducir los costos de la atención preventiva

básica de salud.<sup>31</sup> Sin embargo, los microseguros que se centran en cuidados preventivos no son suficientes para proteger a las mujeres y a sus familias contra los impactos y los significativos gastos de salud asociados (por ejemplo, cesáreas de emergencia). Esto contrasta con la experiencia en la India, donde los microseguros tienden a cubrir servicios de costos más elevados.

## Otros resultados de salud de las mujeres

Las evidencias sobre las mejoras reales en la salud de las mujeres que se han logrado mediante programas microfinancieros son mínimas.<sup>\*</sup> Uno de los ejemplos más sólidos es el programa IMAGE en Sudáfrica (Recuadro 2).

\* Se han documentado<sup>6,17,28</sup> mejoras en conocimientos sobre la salud o conductas relacionadas con salud infantil, malaria y otras áreas de salud, pero están fuera del alcance de este examen que se centra específicamente en la salud de las mujeres.

### Recuadro 2. El enfoque de IMAGE

Una de las intervenciones integradas de microfinanzas y salud femenina que ha sido evaluada más rigurosamente es el programa IMAGE (Intervención de Microfinanciación para el Sida y la Equidad de Género) en Sudáfrica.<sup>18,34,42-44</sup> Esta intervención involucró un diseño de ensayo para conglomerados seleccionados aleatoriamente a fin de determinar si la inclusión de la capacitación participativa en prevención del VIH y el riesgo de adquirir la infección, normas de género, violencia doméstica y sexualidad, en iniciativas de microfinanzas puede mejorar el bienestar económico, empoderar a las mujeres y conducir a reducciones de la violencia interpersonal contra ellas. La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública: aumenta sus riesgos de sufrir lesiones, adquirir la infección por VIH y tener embarazos no deseados; puede afectar los resultados del embarazo y repercutir negativamente en la salud física y mental de las mujeres.<sup>45</sup> A través del programa IMAGE, la organización microfinanciera Small Enterprise Foundation [Fundación para Pequeñas Empresas] implementó un programa estilo Grameen centrado en préstamos grupales. Las participantes en la intervención recibieron servicios microfinancieros junto con un programa de salud y prevención de la violencia desarrollado por otra ONG e impartido por equipos separados de facilitadoras. En la primera fase del programa de salud y prevención de la violencia, las mujeres participaron en diez sesiones de capacitación de una hora sobre diversos temas durante seis meses. La segunda fase se centró más en alcance comunitario y capacitaciones más amplias sobre asuntos tales como VIH y violencia.

Los resultados mostraron que la participación en esta intervención dio a las mujeres una mayor confianza en sí mismas y en las finanzas, las llevó a una mayor participación en grupos sociales y actividades fuera del hogar y, en el caso de las mujeres con pareja, les dio más autonomía en la toma de decisiones y propició una mejor comunicación y relación con su pareja. Asimismo, los niveles de violencia interpersonal se redujeron sistemáticamente en las cuatro aldeas donde la intervención de IMAGE tuvo lugar, mientras que se mantuvieron iguales o aumentaron en otras cuatro aldeas donde únicamente hubo programas microfinancieros. El equipo investigador recolectó datos cualitativos de apoyo para analizar las razones de esta diferencia y descubrió que las mujeres en las comunidades donde se aplicó la intervención se sintieron lo suficientemente empoderadas para desafiar la aceptación a la violencia y esperar un mejor trato por parte de sus parejas, así como dejar relaciones violentas y/u ofrecer apoyo a otras que estaban sufriendo abusos. Los resultados también mostraron que la movilización de grupos en la comunidad y una mayor conciencia pública jugaron un papel en la prevención o reducción de la violencia.<sup>43</sup> El impacto directo sobre la salud no fue evaluado.

Una evaluación de un programa de microcrédito en las áreas de Etiopía afectadas por sequías e inseguridad alimentaria reveló que las mujeres a quienes se les otorgaron préstamos tenían mucho menos probabilidades de sufrir malnutrición que otras de la misma comunidad que no los recibieron.<sup>32</sup> Evidencias provenientes de Nigeria indican algún potencial de que los enfoques de microfinanzas apoyen a sobrevivientes de fístula.<sup>33</sup> Los efectos de intervenciones microfinancieras sobre la salud mental en general de las mujeres son ambiguos.<sup>13,20,34,35</sup>

Existen algunas evidencias de que la participación en programas de microfinanzas con educación integrada en salud puede mejorar los conocimientos sobre asuntos de salud de las mujeres, incluyendo atención pre y posnatal.<sup>36,37</sup>

### Microfinanzas y riesgo de las mujeres de adquirir VIH: las evidencias

Las mujeres, especialmente las jóvenes, enfrentan una desproporcionada vulnerabilidad al VIH y el sida en todo el mundo. Las razones incluyen privación y dependencia económicas que dan lugar a conductas sexuales inseguras, así como una desigualdad de género que pone en riesgo a las mujeres en muchas maneras (por ejemplo, incapacidad de negociar el uso del condón y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva). Dado que las intervenciones microfinancieras se asocian tanto al empoderamiento económico como al empoderamiento de las mujeres más ampliamente, ha habido un reciente interés por averiguar si estos programas

podrían aplicarse para reducir el riesgo de ellas de adquirir la infección por VIH. Por ejemplo,<sup>38</sup> un estudio en la República Dominicana reveló que las mujeres que perciben tener mayores niveles de control sobre su propio dinero también se sienten más capaces de negociar conductas sexuales seguras con sus parejas.

Por sí solos, los programas de microfinanzas muestran resultados claros respecto al empoderamiento económico de las mujeres; además, en esta etapa no está claro cuáles elementos de esos programas podrían aprovecharse más eficazmente para reducir el riesgo de que una mujer adquiera la infección por VIH.<sup>39</sup> Se cuenta con evaluaciones e informes más detallados sobre intervenciones integradas de las microfinanzas y la reducción de los riesgos de adquirir la infección para mujeres jóvenes en el África subsahariana.

### Prevención del VIH en mujeres jóvenes

Ha habido unos cuantos intentos bien documentados en el África subsahariana para aplicar el modelo de las microfinanzas a la prevención del VIH en mujeres jóvenes. Por ejemplo, el programa Tap and Reposition Youth (TRY, Aprovechar y Reposicionar a la Juventud) en Kenia pretendía reducir la vulnerabilidad de las adolescentes a la infección por VIH y otros resultados adversos para la salud reproductiva mediante el mejoramiento de sus opciones para la vida. El proyecto se desarrolló en áreas de escasos ingresos y barrios bajos de Nairobi. Al principio la intervención siguió un modelo de microcrédito bastante riguroso que puso énfasis en los emprendimientos y en préstamos repetitivos. Se descubrió, sin embargo, que las jóvenes tenían más necesidad de grupos de apoyo, amistades, tutorías y oportunidades para ahorros seguros y accesibles (aunque una minoría de participantes mayores trabajó eficazmente dentro del enfoque tradicional). La educación básica, la capacitación para el desarrollo de habilidades, el ahorro y la educación financiera pueden ser más importantes

### Recuadro 3. Un enfoque sistemático a la integración en Nicaragua

En 2009–2010, PATH, Global Partnerships y Pro Mujer Nicaragua colaboraron para integrar servicios de salud y educación en salud en una plataforma de microfinanzas. Pro Mujer ya tenía 20 años de experiencia en brindar cuidados de salud a bajo costo y educación en salud preventiva a sus clientas de microfinanzas en América Latina, así que las tres organizaciones desarrollaron un método sistemático e innovador para identificar un paquete de salud basado en evidencias.

El proceso de planificación inicial de nueve meses involucró una evaluación operacional de la capacidad de Pro Mujer, una evaluación sanitaria para identificar los principales asuntos y problemas de salud que las clientas de Pro Mujer enfrentaban, así como una evaluación del mercado para servicios de salud en el que Pro Mujer opera (incluyendo brechas entre las necesidades de las clientas y los servicios disponibles). Se llevó a cabo una evaluación financiera para asegurar la sostenibilidad y grupos focales con clientas que ayudaron a refinar el paquete de salud propuesto. A modo de ejemplo, el paquete fue ampliado para abordar enfermedades crónicas—entre ellas diabetes e hipertensión—en respuesta tanto a un examen de datos sobre carga de enfermedad como a comentarios de las clientas de Pro Mujer.

En octubre de 2010, Pro Mujer inició un proyecto piloto de tres años para poner a prueba el nuevo paquete de salud. Las evaluaciones realizadas hasta la fecha muestran que las clientas están teniendo acceso a los servicios y su nivel de satisfacción es alto. La decisión de enfatizar la prevención y atención de enfermedades crónicas parece bien fundada: al 36 por ciento de las clientas hasta el momento se les ha diagnosticado una enfermedad crónica o metabólica (por ejemplo, diabetes o hipertensión) y el 65 por ciento tiene sobrepeso u obesidad. Pro Mujer prevé que el paquete esté listo a finales de 2011 para ser proporcionado en toda Nicaragua. *Más información sobre este enfoque puede obtenerse contactando a PATH: [outlook@path.org](mailto:outlook@path.org).*

para chicas de menor edad y más vulnerables; en el caso de las jóvenes mayores y con más experiencia es más pertinente la capacitación vocacional, técnica o empresarial combinada con microcréditos.<sup>40</sup>

Otro programa, Shaping the Health of Adolescents in Zimbabwe (SHAZI, Moldeando la Salud de Adolescentes en Zimbabwe), que se centró en brindar microcréditos a huérfanas adolescentes en Zimbabwe a fin de prevenir la infección por VIH, tuvo tasas bajas de reembolso. Esto se debió en buena medida a la falta de apoyo social para participantes fuera del programa y a la ineficacia de los mentores del mismo. De hecho, una consecuencia no prevista del programa fue que las participantes quedaron expuestas a daños físicos, abuso sexual y coerción en el contexto de sus nuevas actividades económicas. Basándose en estos hallazgos iniciales, el programa tuvo una transición a un enfoque centrado en los medios de sustento dirigido a desarrollar habilidades para la vida e incrementar el apoyo social.<sup>41</sup>

Un revisión de los programas sobre microfinanzas y prevención del VIH entre adolescentes reveló que “el vínculo era más débil de lo que se esperaba.”<sup>38</sup> Las adolescentes tienen una necesidad a más largo plazo de empoderamiento y transformación de las dinámicas de género en sus relaciones que las participantes típicas en el modelo Grameen tradicional; las segundas tienden a ser mujeres en etapas más estables de sus vidas, con pocas probabilidades de reubicarse físicamente, y que ya dejaron de tener hijas e hijos.<sup>46</sup>

Se han sugerido algunas adaptaciones del modelo microfinanciero para apoyar de mejor manera el objetivo de prevenir la infección por VIH en mujeres jóvenes: por ejemplo, un enfoque en los medios de vida centrado más ampliamente en oportunidades de empleo seguro y productivo, incluyendo trabajo asalariado y trabajo desde el hogar así como empleo por cuenta propia y emprendimiento. Este enfoque también tiende a invertir

en desarrollar capacidades y poner recursos (ahorros o préstamos, vivienda o redes sociales) a disponibilidad de las adolescentes.<sup>8</sup> Otro modelo que puede aplicarse en adolescentes es un programa implementado por el Banco Grameen en 2005, que enfatiza la tutoría a participantes que están en situaciones difíciles, por parte de integrantes regulares que brindan orientación y apoyo; los préstamos son colaterales y están libres de interés.<sup>8</sup>

### Las evidencias: panorama general y síntesis

Hay evidencias limitadas de que los programas exclusivamente de microfinanzas o integrados tienen efectos directos en la salud de las mujeres. El mayor uso de métodos anticonceptivos por clientas de microcréditos en Bangladés a principios de la década de 1990 es una notable excepción. Sin embargo, hasta la fecha no se ha establecido que estos resultados puedan replicarse ampliamente.

Hay algunas evidencias alentadoras de que los programas de microfinanzas, incluyendo herramientas de financiación para la salud, pueden mejorar la utilización de los servicios de salud para mujeres y el acceso a éstos. El programa IMAGE fue capaz de lograr algunas reducciones impresionantes en la violencia interpersonal contra las mujeres a través de un programa relativamente rentable que vinculó el microcrédito con la educación en salud.<sup>18</sup> Entre los componentes importantes de IMAGE están la colaboración de personas con experiencia tanto en microfinanzas como en prevención de la violencia y los esfuerzos por hacer frente a un entorno social más amplio que transformaba la vulnerabilidad de las mujeres en la violencia.<sup>43</sup>

### Consideraciones operacionales para la integración

Hay evidencias limitadas acerca de cuáles elementos específicos de los programas integrados han sido exitosos. Podría ser útil orientar estas decisiones tanto con aportes de las clientas sobre sus necesidades como con evaluaciones de la capacidad organizacional para implementar programas nuevos o fortalecidos. Recientemente, PATH y la organización microfinanciera Global Partnerships documentaron su experiencia de haber trabajado con Pro Mujer en Nicaragua para desarrollar un programa de salud más sólido dirigido a clientas de microfinanzas (Recuadro 3). Las siguientes son algunas preguntas fundamentales que pueden ayudar a determinar oportunidades para programas integrados:

- ¿Existe un ambiente propicio para enfoques integrados (por ejemplo, leyes y políticas, infraestructura de prestación de servicios para remisiones o atención especializada, un sector estable y promisorio con fines de lucro)?
- ¿Hay financiamiento disponible para apoyar algunos enfoques creativos o de riesgos relativamente más altos para llegar a las poblaciones más vulnerables (por ejemplo, a través de subsidios o ahorros para poblaciones de muy escasos recursos o inversiones en poblaciones más jóvenes)?
- ¿Cuánta capacidad tiene una organización para planificar y brindar nuevos servicios de salud (por ejemplo, en cuanto a reclutar, capacitar, incentivar y supervisar al personal a fin de brindar nuevos programas)? ¿Existe el personal experimentado que se requiere en la localidad?
- ¿Cómo puede un programa integrado asegurar que los programas de salud no queden marginados en el contexto de preocupaciones relacionadas con ganancias y pérdidas respecto al reembolso de préstamos y la retención de clientas? ¿Qué rol pueden jugar líderes institucionales que quieren brindar apoyo?



## Prioridades para futuras investigaciones

Varias experiencias positivas con las microfinanzas y la salud de las mujeres significan que ésta es un área que amerita mayor atención; sin embargo, sería útil contar con más evidencias para orientar el trabajo en este ámbito. En particular se encuentran las siguientes áreas que requieren una minuciosa consideración:

- Los programas integrados deberían desarrollar marcos de evaluación desde el inicio y recabar información sobre indicadores de éxito de las microfinanzas tradicionales (por ejemplo, reembolso de préstamos y retención de clientas), así como los resultados en la salud. Recolectar datos sobre ambos ayudará a evaluar la sostenibilidad, la escalabilidad y los beneficios financieros de los enfoques integrados, además de cómo los programas benefician a las participantes. Será útil una evaluación inicial de la capacidad, el tiempo y otros recursos necesarios para completar estas cruciales actividades (y a fin de que el programa logre impactos reales en la salud de las personas).
- Muchos tipos de grupos pueden trabajar juntos para moldear intervenciones integradas; el éxito podría facilitarse si se cuenta con más información sobre cómo forjar vínculos entre ellos, por ejemplo, proveedores de servicios de salud, grupos que sirven a jóvenes o grupos que trabajan en torno al alivio de la pobreza, la seguridad alimentaria, la violencia y los derechos de las mujeres. Hasta la fecha, numerosos enfoques integrados han sido iniciados por los propios grupos microfinancieros. A fin de expandir su alcance, proveedores de servicios de salud y otras ONG de servicio social podrían considerar la forma de aproximarse a las instituciones microfinancieras y colaborar con ellas.
- La pobreza y una atención de salud deficiente son asuntos complejos impulsados por fuerzas estructurales

más grandes. Algunas organizaciones microfinancieras o programas de salud podrían vacilar antes de asumir temas controversiales como la igualdad de género por temor a oposición comunitaria o política<sup>47</sup>; por lo que sería útil contar con más información sobre los beneficios y riesgos de estos enfoques integrales.

- Aun en casos en que los programas microfinancieros han arrojado sólidos resultados relacionados con la salud, no siempre está claro cuáles elementos de un programa particular son cruciales para producir cambios. Se necesita urgentemente mayor orientación sobre prácticas óptimas en cuanto a adaptar intervenciones de microfinanzas para abordar la salud.<sup>41</sup> El establecimiento de procesos de monitoreo en tiempo real, en vez del monitoreo tradicional de línea de base, línea media y línea final, puede ayudar a obtener ese tipo de información.

Quizás lo más importante es que gran parte de la investigación hasta la fecha se ha centrado en enfoques de microcrédito e intervenciones de educación en salud tradicionales; se necesitan más evidencias sobre mecanismos innovadores de financiación para la salud, programas de medios de vida sostenibles y enfoques de financiamientos terciarizados a la prestación de servicios de salud. Las evidencias convincentes de enfoques programáticos para llegar a grupos vulnerables que enfrentan obstáculos tanto a la salud como a su participación económica (por ejemplo, mujeres jóvenes vulnerables a la infección por VIH, mujeres mayores que tienen el VIH o sida o enfermedades crónicas o que cuidan a otras personas, y las personas de muy escasos recursos) pueden justificar la inversión de fondos cada vez más preciados en la salud mundial y en el desarrollo.

## Referencias

1. Murray CJL, Anderson B, Burstein R, et al. Development assistance for health: trends and prospects. *The Lancet*. 11 de Abril de 2011.
2. Goldberg N. *Measuring the Impact of Microfinance: Taking Stock of What We Know*. Washington, DC: Grameen Foundation USA; 2005. Disponible en: [www.grameenfoundation.org/sites/default/files/Measuring-Impact-of-Microfinance.pdf](http://www.grameenfoundation.org/sites/default/files/Measuring-Impact-of-Microfinance.pdf).
3. Olson L. *Building Linkages Between the Microenterprise and Health Sectors: An Issues Paper*. Bethesda: GEMINI; 1995.
4. Sebstad J, Chen G. *Overview of Studies on the Impact of Microenterprise Credit*. Washington, DC: Management Systems International; 1996. Disponible en: [www.sa-dhan.net/Adls/Microfinance/PerspectiveLivelihoods/ImpactofMEcredit.pdf](http://www.sa-dhan.net/Adls/Microfinance/PerspectiveLivelihoods/ImpactofMEcredit.pdf)
5. Pronyk P, Hargreaves J, Morduch J. Microfinance programs and better health: prospects for sub-Saharan Africa. *Journal of the American Medical Association*. 2007;298(16):1925–1927.
6. Leatherman S, Metcalfe M, Gessler K, Dunford C. Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. *Health Policy and Planning*. 22 de febrero de 2011. Disponible en: [www.fftechnical.org/resources/research-reports/integrating-microfinance-and-health-strategies-examining-evidence-inform-](http://www.fftechnical.org/resources/research-reports/integrating-microfinance-and-health-strategies-examining-evidence-inform-)
7. Microfinance Information eXchange. Disponible en: [www.themix.org/node/1010](http://www.themix.org/node/1010). Consultado el 22 de diciembre 2011.
8. Lukas T. *Reducing Adolescent Girls' Vulnerability to HIV Infection: Examining Microfinance and Sustainable Livelihood Approaches. A Literature and Program review*. Washington, DC: US Agency for International Development; 2008. Disponible en: [www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/541\\_1\\_Youth\\_Livelihoods\\_Microfinance\\_Paper\\_FINAL\\_7\\_25\\_08.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/541_1_Youth_Livelihoods_Microfinance_Paper_FINAL_7_25_08.pdf).
9. Ray-Bennett N. The role of microcredit in reducing women's vulnerabilities to multiple disasters. *Disasters*. 2010;34(1):240–260.
10. Smith S. Village banking and maternal and child health: evidence from Ecuador and Honduras. *World Development*. 2002;30(4):707–723.
11. Leatherman S, Dunford C. Linking health to microfinance to reduce poverty. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88:470–471. Disponible en: [www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-071464/en/index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-071464/en/index.html)
12. Vor der Bruegge E. Freedom from Hunger's Credit with Education program in Ghana. In: Burkhalter BR, Graham VL, eds. *High Impact PVO Child Survival Programs. Volume 2. Proceedings of an Expert Consultation, Gallaudet University, Washington, D.C., June 21-24, 1998*. Arlington, VA: Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival [BASICS]; 1999: 65–72.
13. Brett J. We sacrifice and eat less: the structural complexities of microfinance participation. *Human Organization*. 2006;65(1):8. Disponible en:



- [www.redorbit.com/news/technology/456357/we\\_sacrifice\\_and\\_eat\\_less\\_the\\_structural\\_complexities\\_of\\_microfinance/index.html](http://www.redorbit.com/news/technology/456357/we_sacrifice_and_eat_less_the_structural_complexities_of_microfinance/index.html).
14. David Roodman's Microfinance Open Book blog. Disponible en: [http://blogs.cgdev.org/open\\_book](http://blogs.cgdev.org/open_book). Accessed May 18, 2011.
  15. Khandker S. *Microfinance and Poverty: Evidence Using Panel Data from Bangladesh*. Washington, DC: World Bank; 2005. Disponible en: <http://go.worldbank.org/XOX4SRW7PQ>
  16. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano 2005: La cooperación internacional ante una encrucijada: Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual*. Nueva York: PNUD; 2005. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2005/>
  17. Dunford C, Watson A, Awimbo A. *Financiando vidas más saludables: Empoderando a la mujer mediante la integración de las microfinanzas con la educación en salud*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas y Campaña de la Cumbre del Microcrédito; 2008. Disponible en [www.microcreditsummit.org/papers/Adv\\_Doc\\_2009\\_Spanish.pdf](http://www.microcreditsummit.org/papers/Adv_Doc_2009_Spanish.pdf).
  18. Jan S, Ferrari G, Watts C, et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for the prevention of intimate partner violence in rural South Africa. *Health Policy and Planning*. 2010; 1-7. Disponible en: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2010/10/25/heapol.czq071.full.pdf+html>
  19. Schuler S, Hashemi S. Credit programs, women's empowerment, and contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning*. 1994;25(2):65-76.
  20. Schuler S, Hashemi S. *Increasing Use of Contraception by Decreasing Women's Dependence and Isolation: Credit Programs and Family Planning Outreach in Bangladesh* [working paper]. Arlington: John Snow, Inc.; 1994.
  21. Hamad R. Evaluating reproductive health outcomes for microcredit clients. *Contraception*. 2008;78:50.
  22. Steele F, Amin S, Naved R. *The Impact of an Integrated Micro-credit Program on Women's Empowerment and Fertility Behavior in Rural Bangladesh*. New York: Population Council; 1998. Disponible en: [www.popcouncil.org/pdfs/wp/115.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/115.pdf).
  23. Ohri C. Microfinance & health: a case for integrated service delivery. Presented at: Economic Self-Reliance Conference, Brigham Young University, 2003; Provo, Utah. Disponible en: <http://marriottschool.byu.edu/conferences/selfreliance/presentations/Microfinance%20-%20Health%20-%20Chandni%20Ohri.pdf>.
  24. Agha S, Balal A, Ogojo-Okello F. The impact of a microfinance program on client perceptions of the quality of care provided by private sector midwives in Uganda. *HSR: Health Services Research*. 2004;39(6):Part II:2081-2100. Disponible en: [http://shopsproject.org/sites/default/files/resources/925\\_file\\_13\\_Uganda\\_Microfinance\\_and\\_Perceptions\\_of\\_QOC.pdf](http://shopsproject.org/sites/default/files/resources/925_file_13_Uganda_Microfinance_and_Perceptions_of_QOC.pdf)
  25. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*. 1999;8(5):415-428.
  26. Mohindra K, Haddad S, Narayana D. Can microcredit help improve the health of poor women? Some findings from a cross-sectional study in Kerala, India. *International Journal for Equity in Health*. 2008;7(2). Disponible en: [www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-7-2.pdf](http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-7-2.pdf).
  27. Ahmed S, Petzold M, Kabir Z, Tomson G. Targeted intervention for the ultra poor in rural Bangladesh: does it make any difference in their health-seeking behaviour? *Social Science & Medicine*. 2006;63:2899-2911. Disponible en: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606003881](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953606003881)
  28. Metcalfe M, Leatherman L, Dunford C, et al. *Health and Microfinance: Leveraging the Strengths of Two Sectors to Alleviate Poverty*. Davis, CA: Freedom from Hunger; 2010. Disponible en: [www.ffhtechical.org/resources/microfinance-amp-health/health-and-microfinance-leveraging-strengths-two-sectors-alleviate](http://www.ffhtechical.org/resources/microfinance-amp-health/health-and-microfinance-leveraging-strengths-two-sectors-alleviate).
  29. Dohn A, Chávez A, Dohn M, Satturria L, Pimentel C. Cambios en los indicadores de salud relacionados con programas de promoción de la salud y de microcréditos en la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 2004;15(3):185-193.
  30. PSP-One. Extending health insurance to informal sector workers in Nicaragua [policy brief]. Washington, DC: US Agency for International Development; 2009. Disponible en: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADS046.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADS046.pdf)
  31. Werner W. Micro-insurance in Bangladesh: risk protection for the poor? *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2009;27(4):563-573. Disponible en: [https://centre.icddr.org/images/JHPN274-Micro-insurance\\_in\\_Bangladesh\\_Risk\\_Protection\\_for\\_the\\_Poor.pdf](https://centre.icddr.org/images/JHPN274-Micro-insurance_in_Bangladesh_Risk_Protection_for_the_Poor.pdf)
  32. Doocy S, Teferra S, Norell D, Burnham G. Credit program outcomes: coping capacity and nutritional status in the food insecure context of Ethiopia. *Social Science & Medicine*. 2005;60:2371-2382. Disponible en: [www.jhsph.edu/bin/u/f/CreditProgram.pdf](http://www.jhsph.edu/bin/u/f/CreditProgram.pdf)
  33. Mohammad RH. A community program for women's health and development: Implications for the long-term care of women with fistulas. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007;99(Suppl1):S17-S142.
  34. Pronyk P, Harpham T, Busza J, et al. Can social capital be intentionally generated? A randomized trial from rural South Africa. *Social Science & Medicine*. 2008;67:1559-1570. Disponible en: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608003997](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608003997)
  35. Fernald L, Hamad R, Karlan D, Ozer E, Zinman J. Small individual loans and mental health: a randomized controlled trial among South African adults. *BMC Public Health*. 2008;8(1):409. Disponible en: [www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-409.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-409.pdf)
  36. Hadi A. Promoting health knowledge through micro-credit programmes: experience of BRAC in Bangladesh. *Health Promotions International*. 2001;16(3):219-227. Disponible en: [heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/219.full](http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/219.full)
  37. Strobach T, Zaumseil M. An evaluation of a micro-credit system to promote health knowledge among poor women in Bangladesh. *Health Promotions International*. 2007;22(2):129-136. Disponible en: [heapro.oxfordjournals.org/content/22/2/129.full.pdf+html](http://heapro.oxfordjournals.org/content/22/2/129.full.pdf+html)
  38. Ashburn K, Kerrigan D, Sweat M. Micro-credit, women's groups, control of own money: HIV-related negotiation among partnered Dominican women. *AIDS and Behavior*. 2008;12:396-403.
  39. Dworkin S, Blankenship K. Microfinance and HIV/AIDS prevention: assessing its promise and limitations. *AIDS and Behavior*. 2009;13:462-469. Disponible en: [www.springerlink.com/content/j5386g62358770x1/fulltext.html](http://www.springerlink.com/content/j5386g62358770x1/fulltext.html)
  40. Erulkar A, Bruce J, Dondo A, et al. *Tap and Reposition Youth (TRY): Providing Social Support, Savings, and Microcredit Opportunities for Young Women in Areas with High HIV Prevalence*. Nairobi: Population Council; 2006. Disponible en: [www.popcouncil.org/pdfs/seeds/SEEDS23.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/seeds/SEEDS23.pdf)
  41. Dunbar M, Maternowska M, Kang M, Laver S, Mudekanye-Mahaka I, Padian N. Findings from SHAZI!: a feasibility study of a microcredit and life-skills HIV prevention intervention to reduce risk among adolescent female orphans in Zimbabwe. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*. 2010;38(2):147-161.
  42. Pronyk P, Hargreaves J, Kim J, et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomized trial. *The Lancet*. 2006;368:1973-1983. Disponible en: [www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/lancet\\_pronyk\\_kim.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/lancet_pronyk_kim.pdf)
  43. Kim J, Watts C, Hargreaves J, et al. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*. 2007;97(10):1794-1802. Disponible en: [ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2006.095521](http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2006.095521)
  44. Kim J, Ferrari G, Abramsky T, et al. Assessing the incremental effects of combining economic and health interventions: the IMAGE study in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87:824-832.
  45. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts C. *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Geneva: World Health Organization; 2005. Disponible en: [www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study).
  46. Urdang S. *Change, Choice and Power: Young Women, Livelihoods and HIV Prevention: Literature Review and Case Study Analysis*. London, UK: IPPF/UNFPA/Young Positives; 2007. Disponible en: [www.unfpa.org/public/global/pid/401](http://www.unfpa.org/public/global/pid/401)
  47. Izugbara C. Gendered micro-lending schemes and sustainable women's empowerment in Nigeria. *Community Development Journal*. 2004;39(1):72-84.



## Recursos sobre microfinanzas y salud de las mujeres

La Campaña de la Cumbre del Microcrédito (español)  
[www.microcreditsummit.org](http://www.microcreditsummit.org)

Microfinance Information eXchange (inglés)  
[www.themix.org](http://www.themix.org)

Portal de Microfinanzas (español)  
[www.portalmicrofinanzas.org/p/site/s/](http://www.portalmicrofinanzas.org/p/site/s/)

Change, Choice and Power: Young Women, Livelihoods and HIV Prevention (Literature Review and Case Study Analysis, inglés)  
[www.unfpa.org/public/global/pid/401](http://www.unfpa.org/public/global/pid/401)

Financiando vidas más saludables: Empoderando a la mujer mediante la integración de las microfinanzas con la educación en salud (español)  
[www.microcreditsummit.org/papers/Adv\\_Doc\\_2009\\_Spanish.pdf](http://www.microcreditsummit.org/papers/Adv_Doc_2009_Spanish.pdf)

Libres de Hambre: Documentos sobre microfinanzas y protección de la salud (español)  
[www.ffhtechnical.org/resources/microfinance-health\\_spanish](http://www.ffhtechnical.org/resources/microfinance-health_spanish)

### ISSN:0737-3732

*Outlook* es publicado por PATH, cuya misión es mejorar la salud de las personas en todo el mundo mediante el desarrollo de nuevas tecnologías, el fortalecimiento de sistemas y el fomento de conductas saludables. Algunos números están disponibles en chino, español, francés, hindi, portugués y ruso. *Outlook* presenta noticias sobre aspectos de la salud reproductiva que son de interés para lectores de países en desarrollo. La publicación de este número fue posible gracias al apoyo de la Fundación William y Flora Hewlett. La traducción al español fue realizada por Laura E. Asturias (Guatemala, [www.transwiz.org](http://www.transwiz.org)). Las opiniones expresadas en este número no necesariamente reflejan los puntos de vista del donante, de los integrantes individuales de la Junta Asesora de *Outlook* o de PATH.

### Subscriptions

*Outlook* se envía sin costo a lectores de países en desarrollo. Para suscribirse, contacte a:

*Outlook* Editor  
PATH

Dirección postal:  
PO Box 900922  
Seattle, WA 98109 USA

Dirección física:  
2201 Westlake Avenue, Suite 200  
Seattle, WA 98121 USA

Teléfono: 206.285.3500

Fax: 206.285.6619

Dirección electrónica: [outlook@path.org](mailto:outlook@path.org)

### Números anteriores

Los números anteriores de *Outlook* están disponibles en:

[www.path.org/projects/outlook\\_issues](http://www.path.org/projects/outlook_issues).

### Junta Asesora

Paul Blumenthal, MD, MPH, Universidad de Stanford, EE. UU. • Lawrence Corey, MD • Fred Hutchinson, Centro para la Investigación del Cáncer, EE. UU. • Peter J. Donaldson, PhD, Population Council, EE. UU. • Christine Kaseba, MD, Hospital Universitario de Enseñanza, Zambia • Mary Kawonga, MD, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica • Nuriye Ortayli, MD, MPH, Fondo de Población de las Naciones Unidas, EE. UU. • Roberto Rivera, MD, Consultor en Salud, EE. UU. • Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, PhD, Foro Mundial de Investigación para la Salud, Sri Lanka y Reino Unido

### Contribuyeron en este número

Este número fue escrito por Jennifer Kidwell Drake y producido por Beth Balderston y Jennifer Kidwell Drake. *Outlook* aprecia los comentarios y sugerencias de quienes revisaron el texto: Christopher Dunford, Claudia Harner-Jay, Jane Hutchings, Tanya Lalwani, Sheila Leatherman, Marcia Metcalfe, Lara Puglielli, Jennifer L. Winkler y Gabriela Zapata Álvarez.

Derechos de autor © 2012, Programa para un Tecnología Apropiada en Salud (PATH). Todos los derechos reservados. El material contenido en este documento puede ser usado sin restricciones con fines educativos o sin fines de lucro, siempre que cite la fuente.

Impreso en papel reciclado.