

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

Desarrollo humano y servicios sociales básicos

Como recoge el informe sobre el Desarrollo Humano del PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), publicado en 2001, “el simple aumento o disminución del ingreso nacional no entraña en sí un desarrollo humano, éste es algo más. El desarrollo humano significa crear un entorno, no sólo económico, sino también social, político y cultural en el que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus necesidades e intereses. Los pueblos son la verdadera riqueza de las naciones y, por lo tanto, el desarrollo consiste en la ampliación de las opciones que ellos tienen para vivir de acuerdo con sus valores. Por eso el desarrollo significa mucho más que el crecimiento económico, el cual solamente constituye un medio, aunque muy importante, para ampliar las opciones de la población”.

Esta cuestión es la que en el ámbito internacional ha llevado a nuevos paradigmas de desarrollo que se centran en el crecimiento personal y la cobertura de necesidades básicas, entendidas éstas como salud, educación, vivienda, agua y saneamiento. Siguiendo este esquema, abordaremos la situación del desarrollo humano de Marruecos en relación con dichos elementos, para reflejar a continuación la situación del país en materia de población y salud reproductiva, como elemento integrante del paquete básico de necesidades sociales.

Desarrollo humano versus crecimiento económico

El Reino de Marruecos ocupa el lugar 123 en la clasificación elaborada por el PNUD según el Índice de Desarrollo Humano, que agrupa a 173 países. Situado entre los países de Desarrollo Humano Medio, con un índice de 0,602, Marruecos está a dieciséis posiciones del lugar que ocuparía si tomáramos exclusivamente el PIB per cápita como indicador. Un retroceso de 11 puestos en relación a la clasificación del año 2001 (en ese año el ranking agrupaba a 11 países menos). El reino de Marruecos se encuentra en el grupo de 84 países considerados de “desarrollo humano medio”.

Hasta mediados de los años ochenta Marruecos no atraviesa la frontera que separa los países de desarrollo humano bajo de los de desarrollo

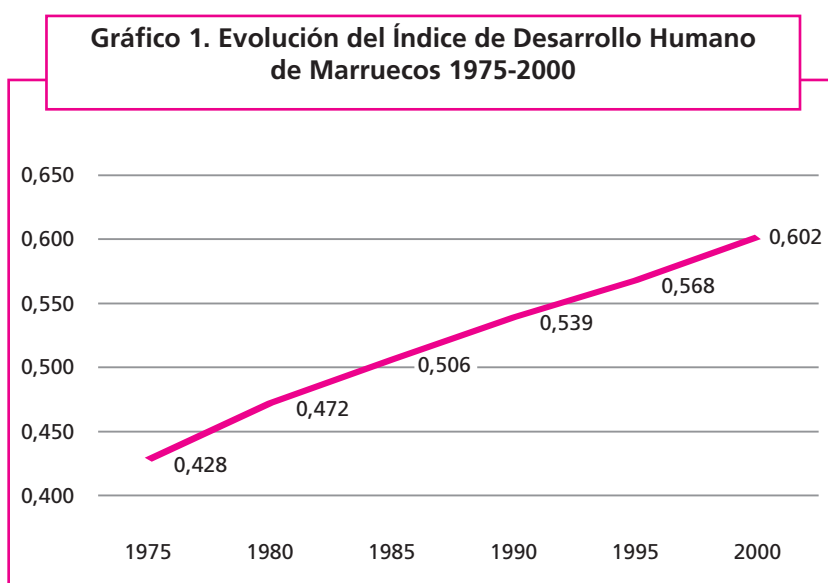
El mundo rural marroquí se encuentra en un ritmo de desarrollo por debajo de los países menos avanzados, mientras que en las ciudades el desarrollo humano se efectúa a un ritmo que supera la media observada por el grupo de países en desarrollo

humano medio. Este índice se calcula a partir de la esperanza de vida, del nivel de educación y de los ingresos económicos. En el siguiente gráfico se observa la evolución del país a través de su índice de desarrollo humano calculado por el PNUD entre 1975 y 1999.

Sin embargo, como toda cifra estadística, como todo índice, encierra tras de sí una realidad más compleja y que se hace necesario desarrollar. Como país de contrastes, Marruecos se caracteriza por albergar en su seno distintos ritmos de desarrollo social y económico, que responden a dos realidades sociodemográficas diferentes y con diferencias abismales entre sí, podríamos afirmar que existen dos Marruecos, el urbano y el rural. Las diferencias abismales que en ocasiones separan ambas realidades hacen que los indicadores generales del país tengan muy poca utilidad para reflejar la situación del país.

Las ganancias realizadas por Marruecos en desarrollo humano han beneficiado sobre todo a las zonas urbanas que agrupan a cerca de la mitad de la población. El mundo rural marroquí se encuentra en un ritmo de desarrollo por debajo de los países menos avanzados, mientras que en las ciudades el desarrollo humano se efectúa a un ritmo que supera la media observada por el grupo de países en desarrollo. En otros términos, la transformación de los frutos del crecimiento económico en desarrollo humano se efectúa en Marruecos según un esquema de distribución que aventaja a la población urbana. Ello aumenta las disparidades sociales y la marginación social de las poblaciones rurales, mientras el país necesita todos sus recursos humanos para llevar a cabo un fuerte crecimiento económico sostenible.

La diferencia entre la riqueza del país y el desarrollo de su población es un primer dato a tener en cuenta al referirnos al proceso de desarrollo de Marruecos. El motivo principal de esta diferencia se debe a los bajos niveles de educación y alfabetización de su población, muy dispar en comparación con los de otros países de similar nivel de desarrollo.



Fuente: IDH 2002, PNUD

Así, en el informe sobre desarrollo nacional de Marruecos elaborado por el PNUD en 1997 se afirma que es “la relación eficiencia económica-cohesión social uno de los problemas básicos para el desarrollo del país”. Las fuertes desigualdades sociales, la tasa elevada de analfabetismo, la debilidad del sistema educativo, las deficiencias de la cobertura sanitaria, la fractura profunda (en términos de acceso a sistema educativo, a cuidados, al agua potable, a la electricidad...) entre los mundos urbano y rural, son en Marruecos, más que en ningún otro lugar, trabas para la eficiencia económica. El crecimiento económico no depende sólo de la capacidad de un país de producir, sino de un reparto equitativo de los frutos de ese crecimiento y del grado de cohesión del tejido social.” En 1999 países de América Latina como Bolivia, Nicaragua, Honduras o Ecuador tenían un PIB per cápita netamente inferior al de Marruecos y sin embargo gozaban de un IDH superior, así como algunos países asiáticos como Sri Lanka, Vietnam, o Filipinas, que con un PIB per cápita ligeramente superior tiene un IDH mucho más elevado.

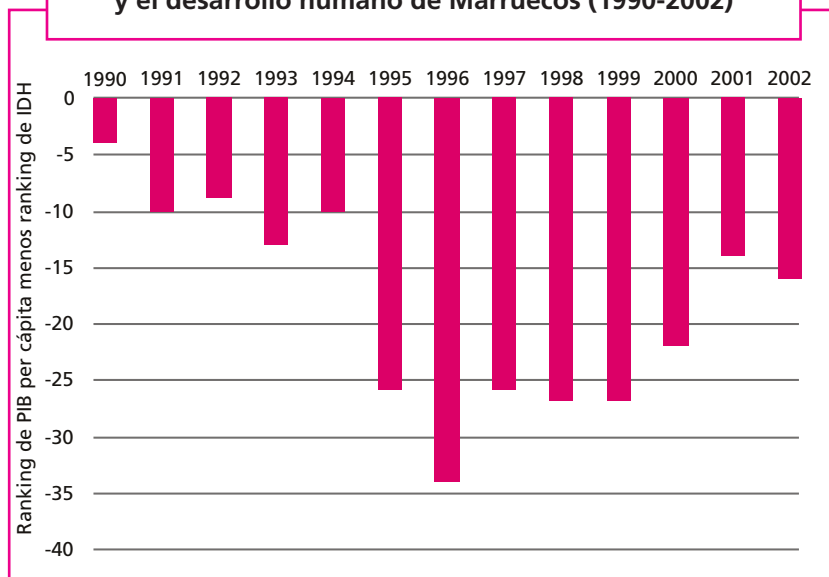
La fractura profunda entre los mundos urbano y rural es en Marruecos, más que en ningún otro lugar, una traba para la eficiencia económica

Tabla 1. PIB per cápita versus IDH en Marruecos y otros países

País	PIB per cápita (en dólares USA)	IDH
Filipinas	3805	0,749
Marruecos	3419	0,596
Sri Lanka	3279	0,735
Albania	3189	0,725
Ecuador	2994	0,726
Bolivia	2355	0,648
Vietnam	1860	0,682

Fuente IDH 2001

Gráfico 2. Disparidad entre el crecimiento económico y el desarrollo humano de Marruecos (1990-2002)



Fuente: IDH, PNUD (1990 a 2002)

Marruecos está realizando un esfuerzo por situar su desarrollo humano al nivel de su crecimiento económico

La desigual distribución de los beneficios del desarrollo en Marruecos no sólo tiene que ver con la dicotomía rural-urbano, sino que también existe una marcada desigualdad por razón de género. Hombres y mujeres no se benefician equitativamente, siendo las segundas las más perjudicadas. Así, la tasa de analfabetismo de las mujeres marroquíes se sitúa entre el 35,8% de la ciudad de Rabat y el 96,5% en las zonas rurales de la provincia de Essaouira, mientras que la media nacional, un 67%, es una aproximación muy burda a la realidad. También en los hombres, un mínimo en Mechouar-Casablanca del 14,3% y un máximo en la zona rural de la provincia de Chichaoua, 76,4%, mientras la media nacional es del 41%.

Sin embargo, en los últimos años, Marruecos está realizando un esfuerzo por situar su desarrollo humano al nivel de su crecimiento económico. Analizando los datos entre 1982 y 1996 vemos como el PIB per cápita ha aumentado en términos reales a una tasa anual media del 1,4%, mientras que la tasa de escolarización lo ha hecho al 1,9%, la de alfabetización al 2,1% y la esperanza de vida a un 1,0%. El país es objeto de una mejora sostenida de las condiciones de bienestar de la población, mejora que tiene más valor cuando se contextualiza en el período de estabilización financiera y ajuste estructural a que se ha visto sujeto. Actualmente, la prioridad acordada a las materias sociales y al desarrollo del mundo rural, en particular, garantizan la continuidad de esta tendencia, y deberán reducir en especial las disparidades en que se realiza el crecimiento del país. De todas, maneras, el ritmo es similar al de otros países del mismo nivel de desarrollo, por lo que el retraso heredado de la etapa del protectorado, sobre todo en el medio rural, no ha podido ser superado, dada la extrema lentitud de los avances en zonas rurales, pues los progresos observados son esencialmente imputables a las zonas urbanas.

Pobreza humana

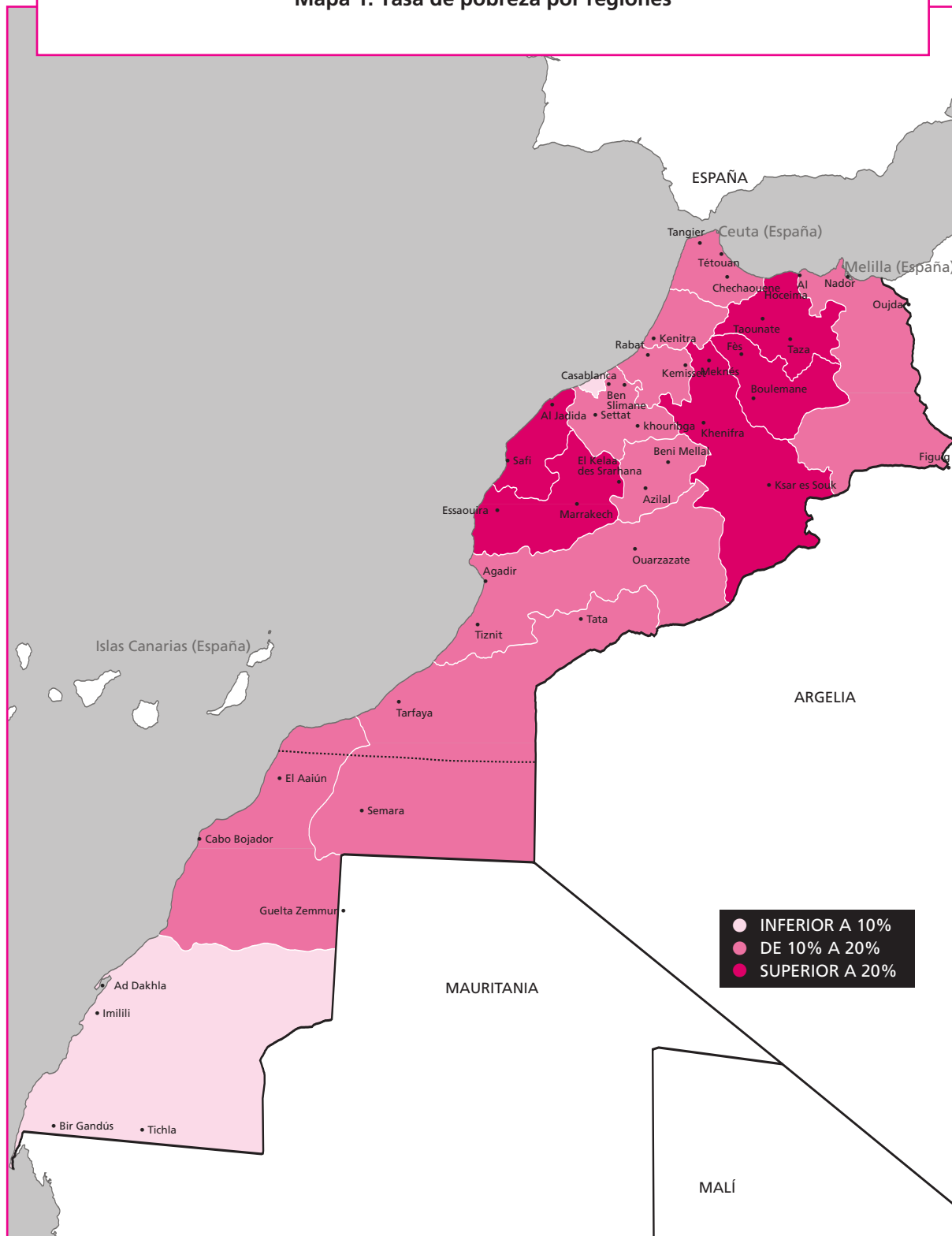
Paralelamente al desigual reparto del desarrollo humano, la geografía de la pobreza marroquí también es diversa, bien se mida ésta por los gastos de consumo, como por el Índice de Pobreza Humana (IPH). Si analizamos los datos de gastos de consumo de los hogares marroquíes, observamos de nuevo cómo el crecimiento económico no alcanza a una parte importante de la población del país. El siguiente cuadro muestra el alcance de la pobreza y la disparidad urbana-rural.

Tabla 2: La pobreza medida por los gastos de consumo

Categorías	1998-1999			% de cambio de 1990 a 1998		
	Urbano	Rural	Nacional	Urbano	Rural	Nacional
<i>Proporción de personas pobres (%)</i>						
Pobres	12,0	27,2	19,0	+58%	+51%	+45%
Pobreza absoluta	0,5	6,6	3,3	0	+247%	+175%
<i>Número de pobres (en miles)</i>						
Pobres	1811	3496	5307	+98%	+43%	+58%
Pobreza absoluta	78	844	923	+32%	+231%	+194%
<i>Número de personas vulnerables (en miles)</i>						
Población vulnerable	5034	7122	12156	+118%	+7,3%	+35%
Población total	15015	12920	27971	+25%	-5%	+8,5%

Fuente: Bilan Commun de Pays 2000, Nations Unies, Rabat, 2001.

Mapa 1. Tasa de pobreza por regiones



Elaboración propia. Fuente: Dirección de la Estadística, ENNV 1998/99 (Boletín mensual, n.47, julio 2000)

El 43% de la población marroquí puede ser considerado como vulnerable y bascular en la pobreza tras ciertas adversidades de la vida cotidiana

En 1998 la población pobre se estimaba en 5,3 millones de personas, un aumento del 45% en relación a 1991. Ello corresponde al 19% de la población, y significa que 1 marroquí de cada 5 vivía con menos de 3.337 dirhams al año. La tasa de incidencia en las ciudades era del 12% contra el 27% en el campo. Los dos tercios de pobres residían en el campo contra el 73% en 1991. Así, la incidencia de la pobreza ha aumentado más rápidamente en las ciudades.

La extrema sensibilidad de estos indicadores monetarios de la pobreza lo muestra el hecho de que una variación al alza de 50 dirhams por persona y año del umbral de la pobreza (o sea menos del 2% del umbral) induce a un aumento considerable del número de pobres urbanos (más de 600.000). También por la fuerte concentración de gastos alrededor del umbral de la pobreza, conviene relativizar estas cifras, pues pueden variar muy sensiblemente según la coyuntura económica. Ello muestra la enorme vulnerabilidad de la población marroquí. El 43% de la población marroquí (55% en el campo y 33% en las ciudades) puede ser considerado como vulnerable y bascular en la pobreza tras ciertas adversidades de la vida cotidiana, como bien puede ser una sequía prolongada en medio rural.

Según el propio PNUD, el IPH (Índice de Pobreza Humana) es un mejor indicador que el IDH para medir la situación real del país. Contrariamente al IDH, que incluso cuando progresa puede enmascarar la desigualdad de la distribución, el IPH se focaliza sobre la pobreza humana que dura. Por otra parte, ofrece una visión menos reduccionista del cálculo de la pobreza según gastos de consumo, pues tiene en cuenta las proporciones de individuos privados del acceso a las materias abordadas por el IDH, es decir, escuela, servicios de salud, agua potable y saneamiento. Así, Marruecos tenía en el año 2001 un IPH de 36,4, es decir, el 36,4% de la población marroquí sufre "pobreza humana". Comparado con el 19% de la población considerada pobre en 1998 según gastos de consumo, nos ofrece una visión más reveladora de la amplitud de la pobreza en Marruecos. Esta cifra sitúa a Marruecos por debajo de países como Tanzania, Sudán, Djibuti, Nigeria, Congo, Camerún, Kenya, Lesotho, Ghana, Myanmar, Zimbabwe, o incluso la India.

El nivel elevado del IPH marroquí es fruto de las tasas elevadas de analfabetismo y de las débiles tasas de accesibilidad a los servicios sociales básicos. Tratándose del acceso a los servicios sociales básicos, Marruecos debe compararse con los países de desarrollo humano débil, como se desprende del cuadro siguiente.

Tabla 3: Niveles de desarrollo humano bajo para Marruecos

	Marruecos	Países de desarrollo humano bajo	Países de desarrollo humano medio
Probabilidad de morir antes de los 40 años (%)	11,3	31,9	11,4
Tasa de analfabetismo de adultos (%)	52,9	58	23,3
<i>Población privada de acceso a:</i>			
Agua potable	35	39	26
Servicios de salud	38		
Saneamiento	42	59	56
Menores de 5 años con peso insuficiente (%)	9	39	29

Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2000, PNUD

Como se puede observar, a nivel nutricional, Marruecos tiene una situación mucho mejor que los países de desarrollo humano medio, fruto de la estrategia de desarrollo dirigida hacia el campo, mediante subvenciones a productos alimentarios de base, programas de ayuda a la sequía, anulaciones de deudas y exención de impuestos entre otros. Sin embargo, la población rural, en términos de equipamientos y servicios públicos sociales, ha sido olvidada durante décadas.

Cuadro 1. Accesibilidad de los enclaves rurales a los servicios básicos

Aislamiento	
Pueblos sin conexión por carretera	40,2%
Distancia media entre un pueblo y la carretera asfaltada más cercana	10,7 km
Equipamientos	
Pueblos con electricidad	22,6%
Pueblos con agua potable	12,8%
Distancia media para alcanzar la fuente de agua más cercana	1,9 km
Inversión en desarrollo humano	
Pueblos con escuelas primarias	72,6%
Pueblos con dispensarios	12,8%
Pueblos con parteras capacitadas	1%
Pueblos con farmacias	5,9%
Pueblos donde "casi ninguna niña" ha sido escolarizada	7,8%
Pueblos donde las mujeres dan a luz en el domicilio	69,6%
Pueblos donde las mujeres son reticentes a acudir a un médico hombre	62,4%

Fuente: *Rapport sur le Développement Rural 1998-1999*, PNUD Maroc

El Programa de Ajuste Estructural de Marruecos

Confrontado a una grave crisis económica a principios de los ochenta, Marruecos apeló a las organizaciones internacionales, principalmente al Fondo Monetario Internacional y al Banco Mundial, acordando en 1983 un importante programa de ajuste estructural (PAE) para reducir el déficit público, para abrir la posibilidad de una reorientación liberal de la política económica y para gestionar la negociación de la deuda externa. Con la propuesta de privatizar las grandes empresas públicas, se puso mayor énfasis en el mercado, reduciéndose el papel del Estado en el sector productivo.

El PAE 1983-1992, se ha basado esencialmente en la medida de la demanda interna, la movilización del ahorro local, la optimización de la inversión de recursos y la readaptación de las tasas de cambio con vistas a salvaguardar la competitividad de la economía nacional. Se han realizado reformas sobre las finanzas públicas, la política monetaria, el comercio exterior, los precios y el sector público. Estas reformas se han mantenido mediante acuerdos de reescalamiento de la deuda externa. Para incrementar los recursos del Estado, se ha realizado una reforma fiscal consistente en una simplificación y modernización del sistema fiscal, con la introducción del IVA en 1986, del impuesto de sociedades en 1988, y del impuesto general

La exclusión social en Marruecos también es una exclusión por razones de género y de generación. Históricamente, la cultura patriarcal ha excluido a las mujeres y jóvenes del sistema político, social y económico

sobre el ingreso en 1990. La reforma ha venido acompañada por una reducción de las tasas impositivas para acercarlas a los estándares internacionales, y por una ampliación progresiva de la base imponible.

Sobre las medidas de ajuste estructural que han reestablecido el equilibrio macroeconómico deben decirse dos cosas: a) la economía marroquí ha continuado marcada por la intervención estatal, aunque ha cambiado la forma de control, pasando de ser directo y permanente a un tipo de control más indirecto y discontinuo; así, por ejemplo, la privatización de las empresas públicas se ha guiado por el criterio de compensar a ciertos actores privados por sus lealtades, por lo que más que una verdadera liberalización se ha convertido en una forma nueva de clientelismo; b) las disparidades sociales se han incrementado mientras el Estado ha dejado de lado ciertos compromisos sociales en nombre de la eficiencia y la competitividad económica. La crisis financiera del Estado ha significado que su rol de redistribución del bienestar ha disminuido y ha perdido su función integradora tradicional. Además de la tradicional marginación de la sociedad rural, amplios sectores de la población urbana también se han marginalizado y se han refugiado en el sector informal. De hecho, el empleo formal en Marruecos es sólo parcial y es reducido en proporción al crecimiento del sector informal. Este sector incluye actividades tanto legales como ilegales, y las fronteras entre actividades económicas oficiales, informales legales o ilegales son fluidas. De acuerdo con los analistas, representa un 40% de la economía nacional. Por el éxodo rural y la tasa de crecimiento de la población (ciertamente menor pero aún elevada), una nueva periferia está emergiendo en los asentamientos urbanos.

En este sentido, debemos tener en cuenta que la exclusión social en Marruecos no sólo es una exclusión urbana ni está limitada a un determinado espacio o territorio, también es una exclusión por razones de género (exclusión de las mujeres) y de generación (exclusión de los jóvenes). Históricamente, la cultura patriarcal ha excluido a las mujeres y jóvenes del sistema político, social y económico. Así, las mujeres son legalmente inferiores y tienen una débil participación económica y política, como veremos en el siguiente capítulo. La presión ejercida por las nuevas generaciones en términos de demandas sociales (educación, servicios, vivienda) y de demandas económicas (empleo) está teniendo ya un profundo efecto. Los hechos hablan por sí solos: en menos de 30 años la población de Marruecos se ha incrementado de 11 millones a más de 28 millones; y su población principalmente rural se está convirtiendo en urbana. En este nuevo escenario, el futuro de los menores de 20 años, que representan aproximadamente el 50% de la población se caracteriza por su negatividad: sin inversiones públicas, se enfrentan a un futuro caracterizado por la exclusión, la falta de empleo y la falta de vivienda. Esta situación es aún más crítica si uno considera que el control social que previamente funcionaba en las zonas rurales como calmante de tensiones no existe en las zonas urbanas.

El fin del PAE ha sido el preludio de una nueva ola de reformas estructurales a partir de 1995 con el objetivo de preparar mejor la economía marroquí en la perspectiva del establecimiento de la zona de libre cambio prevista en el horizonte 2010, tras el acuerdo concluido en 1996 entre la UE y Marruecos. Sin embargo, y paralelamente, los déficits sociales se han hecho más evidentes, con una acentuación de las disparidades de acceso entre medios de residencia y grupos sociales. Esta situación ha llevado la

problemática social al frente de la escena política nacional y a buscar medios para convertirla en una de las prioridades centrales del Gobierno. En este sentido se elaboró en 1993 una Estrategia de Desarrollo Social para hacer frente a las grandes dificultades de acceso de las poblaciones desfavorecidas a los servicios sociales básicos, especialmente en el medio rural, y para reducir, progresivamente, las zonas de pobreza y disminuir las disparidades sociales en el seno de la población y en los medios de residencia.

El desmantelamiento de las barreras tarifarias va a ejercer una presión considerable para acelerar las reformas y mejorar el ambiente económico y social

Tabla 4. Principales indicadores económicos 1993-1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB por habitante (en DH corrientes)	9.740	10.800	10.700	11.900	11.700	12.300	12.200
PIB (crecimiento en DH y en %)	-1,0	10,4	-7,0	12,2	-2,2	6,8	-0,7
Inflación (ICV en %)	5,2	5,1	6,1	3,0	1,0	2,7	0,7
Deuda externa* (miles de millones de dólares)	20,8	21,7	22,3	21,7	19,5	19,3	17,5
% Deuda externa/PIB	81	70	59	58	58	52	50
% Intereses deuda externa/PIB	4,8	4,1	4,5	3,7	4,0	4,0	3,5
% Déficit presupuestario/PIB	2,4	3,1	5,3	5,0	2,0	3,1	2,3

*Deuda contratada o garantizada por el Estado

Fuente: Bilan Commun de Pays, 2000, PNUD Maroc

Sin embargo, esta combinación de políticas no ha permitido mantener la tasa de crecimiento del 4% anual registrada entre 1983 y 1990. Durante los noventa, la tasa de crecimiento ha sido del 2% como media anual, lo que se traduce por una estagnación del PIB por habitante y un aumento de la pobreza. La gran frecuencia de sequías (seis en diez años) ha acentuado la volatilidad del PIB agrícola e inscribe al sector en una tendencia bajista. El ritmo de crecimiento industrial ha descendido, más especialmente el de la industria de transformación, la principal fuente de creación de empleo en los ochenta.

Pese a una débil tasa de inflación, el dirham se ha apreciado un 18% en términos reales durante este decenio. La competitividad del país se ha resentido ya que el ritmo de crecimiento de las exportaciones manufactureras ha bajado la mitad con respecto a los ochenta. La debilidad y sobre todo la irregularidad del crecimiento (con fluctuaciones que van del 12% en 1996 al -7% en 1995) puede explicarse por la frecuencia elevada de las sequías pero es cierto que la ruptura, a principios de la década, de la dinámica de reformas estructurales, en especial la liberalización del comercio exterior, ha jugado un papel importante en este estancamiento. Sin embargo, el desmantelamiento de las barreras tarifarias consecutivo a la aplicación del acuerdo de asociación con la UE de 1999, además del hecho que constituye un enorme desafío para la economía marroquí, va a ejercer una presión considerable para acelerar las reformas y mejorar el ambiente económico y social. En esta línea se ha llevado a cabo una segunda ola de reformas estructurales, con el objetivo de promover las inversiones, desarrollar la financiación de la economía, modernizar el medio jurídico de los negocios y preparar mejor la economía marroquí en la perspectiva del libre cambio para el 2010 con la UE.

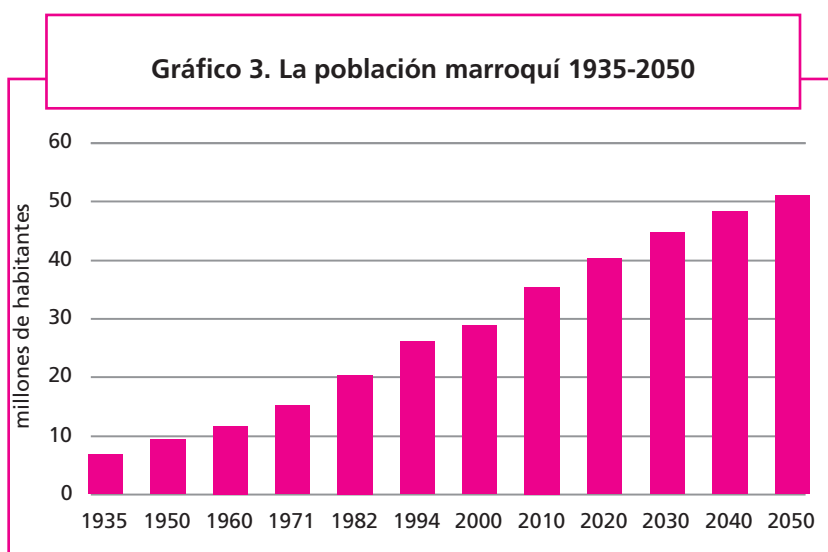
La desaceleración del crecimiento de la población marroquí se explica por el descenso sostenido de la tasa bruta de natalidad

Para favorecer una dinámica de inversión no generadora de deuda externa, se ha reformado el sector financiero para movilizar prioritariamente el ahorro nacional, aligerar y diversificar las condiciones de financiación de las empresas. Paralelamente se ha llevado a cabo una política de estabilización para controlar el déficit presupuestario. En 1996 la Ley de Finanzas ha permitido un mayor rigor de la gestión presupuestaria mediante la simplificación de la tasación aduanera, la ampliación de la base tributaria, la penalización del fraude fiscal, la generalización progresiva de la factura. La Ley de Finanzas ha comportado medidas destinadas a favorecer el desarrollo de los sectores sociales, los cuales representan en el ejercicio presupuestario 1997-1998 cerca del 41,6% de los gastos de funcionamiento e inversión del presupuesto general del Estado. Se han introducido exenciones fiscales en el sector educativo y de la salud, entre otras acciones.

El factor demográfico

La población de Marruecos se estima en el año 2000 en 28,7 millones. Proyectada a 35 millones en 2014, no cesará de aumentar hasta 2050, alcanzando los 45 millones aproximadamente. Su ritmo de crecimiento ha conocido un descenso sostenido desde inicios de los ochenta. Se estima hoy en 1,7% contra 2,1% como media en el período 1982-1994. La desaceleración del crecimiento de la población marroquí se explica por el descenso sostenido de la tasa bruta de natalidad que pasa del 46 por mil en 1962 al 22 por mil en 2000, con tasas intermedias de 37 por mil en 1982 y 31 por mil en 1987. A su vez, también la mortalidad general ha descendido notablemente, del 19 por mil en 1962 al 7,3 por mil en 1992.

La mortalidad global está muy marcada por el peso de la mortalidad infantil (muertes antes de 1 año por 1.000 nacidos vivos), que constituye un indicador del nivel médicosanitario de la población. La mortalidad infantil ha registrado una caída apreciable entre los períodos 1982/87 y 1992/97, pasando respectivamente de 73 por mil a 37 por mil. Por medio de residencia, ha pasado de 52 por mil en 1982/92 a 24 por mil en 1992/97 en medio urbano y de 69 a 46 en medio rural.

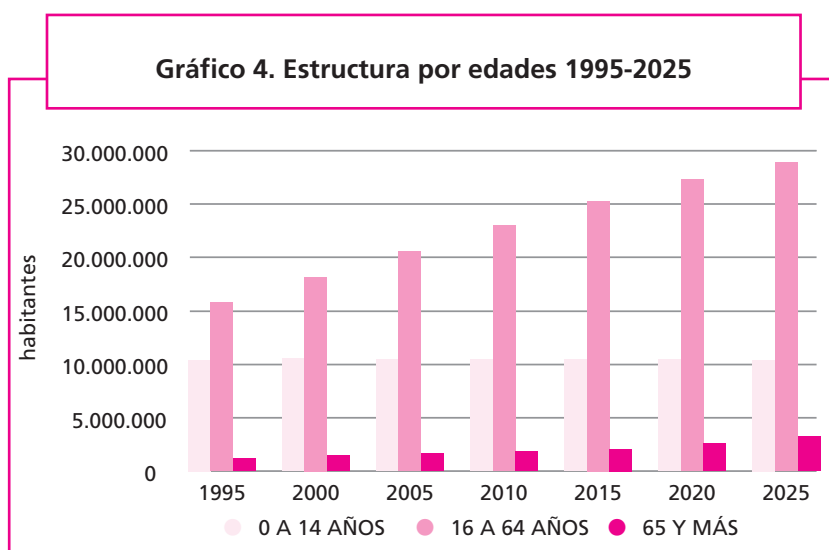


Fuente: datos censales y proyecciones US Census Bureau

El crecimiento demográfico ha conocido, por lo tanto, una neta ralentización que tiene efectos directos sobre la estructura de edades de la población marroquí. En 1960, el peso de las personas menores de 15 años era importante, y ha continuado creciendo durante la década de los sesenta, de 44,3% en 1960 ha pasado a 45,8% en 1971. Sin embargo, desde entonces ha comenzado a disminuir de manera regular y cada vez más aceleradamente, pasando al 42,1% en 1982 y al 37,2% en 1994. Esta tendencia proseguirá en el futuro pues se prevé que en 2010 no represente más que el 31,4%. Mientras el peso de niños y niñas va disminuyendo, el de la población en edad de trabajar y de personas mayores de 60 años aumenta. La población perteneciente al grupo de edad de plena actividad (15-60 años) va a ver pasar su parte en la población total del 56% en 1994 al 66% en 2010. Los efectivos de este sector de edad en medio urbano va a aumentar a un ritmo anual medio elevado de 3,5%, ligeramente más débil sin embargo que la tasa de 3,8% registrada entre 1982 y 1994. La población mayor de 60 años pasará de 1,83 millones en 1994 (un 7% del total) a 2,72 millones en 2010 (más del 8%). La sociedad marroquí deberá cada vez más hacer frente a las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento de su población. La población de 7 a 12 años verá sus efectivos disminuir muy ligeramente durante el mismo período a un ritmo anual medio de -0,6%. El descenso de la población de este sector, iniciado a principios de la década, así como su localización más y más fuerte en las ciudades, debería "aritméticamente", favorecer la aceleración del ritmo de escolarización del país.

Marruecos debe hacer frente durante las dos próximas décadas a una fuerte presión sobre las necesidades alimentarias, sobre la prestación de servicios sociales y sobre el mercado de trabajo

Pese a la ralentización constante del crecimiento demográfico, el aumento de la población en edad activa, su mayor concentración en las ciudades, y el paulatino envejecimiento de la población hace que Marruecos deba hacer frente durante las dos próximas décadas a una fuerte presión sobre las necesidades alimentarias, sobre la prestación de servicios sociales (educación, salud, equipamientos urbanos, vivienda) y sobre el mercado de trabajo. La satisfacción de estas necesidades nuevas, que vienen a unirse a las ya existentes, necesitan de la puesta en marcha de una estrategia de desarrollo que movilice todos los medios existentes velando por su utilización óptima en un contexto fuertemente apremiante.



Fuente: datos censales y proyecciones US Census Bureau

El crecimiento de la oferta de trabajo de los jóvenes asalariados urbanos será el desafío mayor al que se confronte Marruecos mañana

El hecho de que el 70% de los pobres se observen en zonas rurales y más particularmente en el espacio agrícola de las regiones que se han beneficiado poco de la infraestructura económica y social, es muy revelador. Si se compara el perfil del 13,1% de la población clasificada como pobres al 13,1% con niveles de vida más elevados, se nota que los hogares de la capa pobre tienen un tamaño de 7,5 personas, a razón del 49% formado por miembros de menos de 15 años y el número medio de hijos por hogar se eleva a 3,7 para este grupo social. Inversamente el 13,1% más rico se distingue por un tamaño medio reducido (3,7 personas), una proporción razonable de los miembros de menos de 15 años (24,7%) y un número medio de hijos de 0,9.

Tabla 5. Perfil sociodemográfico de la población pobre y de la población rica (en %)

Indicadores	Pobres	Ricos
% de población rural	73,0	12,3
Estructura por edad		
Menos de 15 años	49,0	24,7
De 15 a 59 años	45,0	67,2
60 años y más	6,0	8,1
Tamaño medio	7,5	3,7
Número medio de hijos	3,7	0,9
Acceso a red de agua potable	10,5	84,0
Acceso a saneamiento líquido	29,9	92,8

Fuente: Encuesta Nacional sobre los niveles de vida 1990/91.

Se deduce que la composición demográfica de las capas pobres, a saber un número excesivo de miembros a cargo y una débil proporción de adultos susceptibles de ejercer una actividad económica suficientemente lucrativa, puede explicar por sí sola el estado de la pobreza en Marruecos. Esto significa que el control de la dimensión demográfica de la pobreza, especialmente por el acceso de la población a los servicios sanitarios, a la instrucción y a la planificación familiar, se identifica, en estas condiciones, con una necesidad absoluta.

El crecimiento de la oferta de trabajo de los jóvenes asalariados urbanos será el desafío mayor al que se confronte Marruecos mañana. La reducción de la fecundidad y el progreso de la esperanza de vida tienen por consecuencia un crecimiento más rápido de la población en edad de trabajar que de la población total. Estas tendencias se encuentran reforzadas en las zonas urbanas, cuyo peso relativo en la población total y en la población activa se incrementa por la migración interna.

El ritmo de creación de empleo en medio urbano no ha sido solamente inferior al de la población activa, sino que ha disminuido más de la mitad estos cuatro últimos años. Así, de 1986 a 1996, se crearon 120.000 empleos urbanos cada año, mientras que la población activa aumentaba de 153.000 personas por año; mientras que de 1996 a 1999 no se crearon más que 35.000 empleos por año. Consecuencia de esta evolución diferenciada de la oferta y de la demanda, es el aumento de la tasa de paro urbano. Ha pasado del 16% en 1986 al 22% en 1999 (los

efectivos de parados han pasado por los mismos años de 0,5 millones a 1,2 millones). Sin un ajuste a la baja de la tasa de actividad de las mujeres, del hecho de su desincentivación por la búsqueda de empleo, la tasa de paro urbano habría sido mucho más elevado.

Pese a la evolución alentadora de los indicadores demográficos, los cuales no harán sentir sus efectos más que a largo plazo, la población urbana en edad de trabajar está llamada a incrementarse a un ritmo medio del 3,5% anual durante la década en curso. Si la creación de empleos urbanos sigue la tendencia registrada estos últimos años (1,9% por año entre 1995 y 1999), el paro no podría ir más que en aumento, entrañando consigo el crecimiento de la pobreza, por el hecho de la fuerte incidencia de la pobreza en los sin empleo. Las mujeres se ven relativamente más afectadas que los hombres por el paro. En medio urbano, ellas representan en 1999, el 24,4% de la población activa, el 22,7% de la población activa ocupada pero el 30,4% de la población activa en paro y el 32,1% de los parados de larga duración (superior a un año).

Si las tendencias constatadas durante la última década se prolongan, se puede decir que en el futuro, el paro en Marruecos será cada vez más un fenómeno urbano (el 81% de parados residían en las ciudades en 1999 contra el 64% en 1987). Afectará, en este medio, más a: los jóvenes de 15 a 24 años (el 38% en 1999 contra el 28% en 1987), las mujeres (el 30,4% en 1999 contra el 17,5% en 1987), los diplomados de nivel superior (el 21,2% en 1999 contra el 12,6% en 1987). Será también más un paro de larga duración cuya proporción ha pasado del 58% en 1987 a cerca del 76% en 1999.

Servicios sociales básicos

El retraso acumulado por Marruecos en materia de desarrollo humano se remonta a los años sesenta, período en que se produjo un crecimiento demográfico muy fuerte cuyas consecuencias sociales, no suficientemente valoradas en su momento, aún hacen sentir sus efectos hoy. La multiplicación por tres de la población marroquí desde la independencia, debida esencialmente al rápido crecimiento de la población rural, y el retraso en la toma en consideración de este dato demográfico, ha neutralizado el esfuerzo en materia de desarrollo de los servicios sociales básicos y de equipamientos en medio rural. Retraso que ha contribuido así a aumentar las disparidades sociales entre medio urbano y rural, principal restricción del desarrollo actual del país. Sin embargo, el factor demográfico no explica por sí solo los frenos o constricciones de los esfuerzos por consolidar el desarrollo nacional, sino que también hay que añadir el bajo nivel de desarrollo humano, la pobreza, el bajo rendimiento de la administración pública (en especial las dificultades ligadas a la descentralización) y la degradación de los equilibrios ecológicos.

Marruecos suscribió los objetivos de la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de Copenhague en marzo de 1995. Esta cumbre adoptó la iniciativa 20-20 que proponía que un 20% de los gastos presupuestarios y un 20% de la ayuda exterior se consagraran a la financiación de los servicios sociales básicos. Marruecos, que ha adop-

El factor demográfico no explica por sí solo los frenos o constricciones de los esfuerzos por consolidar el desarrollo nacional

El analfabetismo se destaca como el principal sector causante del retraso en el desarrollo humano de Marruecos

tado este objetivo, considera ahora que el desarrollo social es una de sus prioridades más importantes. Por ello, el Gobierno se ha puesto como meta reducir los déficits en materia de educación básica, alfabetización, cobertura sanitaria básica, y luchar contra la pobreza y las desigualdades sociales. Por servicios sociales básicos entendemos:

- Educación básica, que comprende la enseñanza preescolar, la enseñanza primaria y la alfabetización;
- Salud básica, que incluye los cuidados preventivos y curativos básicos, la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, y la nutrición;
- Agua potable, saneamiento y vivienda.

La problemática de la financiación de los servicios sociales básicos se presenta hoy en un contexto nacional e internacional apremiante. Marruecos tiene un déficit social importante que explica su mala clasificación en el índice de desarrollo humano. Este déficit social reduce su competitividad mientras que su economía se abre cada vez más al exterior. La reducción de este déficit es igualmente un imperativo económico. Sin embargo, ello requiere una financiación importante que el presupuesto del Estado, en las condiciones actuales de las finanzas públicas, no está en disposición de suministrar por sí solo.

Educación básica

El analfabetismo se destaca como el principal sector causante del retraso en el desarrollo humano de Marruecos. Pese a una paulatina mejora de la situación, con un 48% de población mayor de 15 años alfabetizada en 1999, las cifras de Marruecos sólo superan a las de 23 países en el mundo, incluso 13 países de desarrollo humano bajo (recordemos que Marruecos tiene un desarrollo humano medio) superan al país magrebí, como por ejemplo Togo, Nigeria, Sudán, Tanzania, Zambia, Uganda, República Democrática del Congo, Rwanda o Malawi.

El analfabetismo en el contexto marroquí afecta mucho más a las mujeres que a los hombres, el 35,1% contra el 61,1%, casi el doble. Esta diferencia de género es una de las más elevadas del mundo. La diferencia de 26 puntos porcentuales sólo es superior en Mozambique, Guinea-Bissau, Malawi, Eritrea, Benin, Togo, Nepal, Laos, Yemen y Pakistán. Las campañas de alfabetización aún son marginales, y su eficacia es extremadamente débil, sólo el 28% de los efectivos terminan el ciclo de alfabetización y un 2% alcanzan el nivel de conocimientos exigidos para superar el examen. El presupuesto consagrado a la alfabetización es muy modesto, 69,4 millones de dirhams entre 1990 y 1998, un gasto anual medio de 7,7 millones de Dh. La magnitud del analfabetismo –incluso entre los jóvenes– y la suspensión de la escolaridad a nivel de preescolar son manifestaciones de la inaccesibilidad por una parte importante de los alumnos al servicio social básico que representa la educación fundamental.

Si en 1982 el 65% de la población marroquí no sabe leer ni escribir una lengua, esta proporción se reduce 17 puntos en 17 años, en 1999 el 48%. Un punto porcentual por año.

Tabla 6. Tasa de analfabetismo de personas de 10 años y más, por sexo y por lugar de residencia (en %)

	Urbano			Rural			Conjunto		
	Hombres	Mujeres	Conjunto	Hombres	Mujeres	Conjunto	Hombres	Mujeres	Conjunto
1960	59	86	72	85	98	91	78	96	87
1971	39	68	54	76	98	87	63	87	75
1982	30	57	44	68	95	82	51	78	65
1994	25	49	37	61	89	75	41	67	55
1999	21	45	33	50	83	67	34	62	48

Fuente: *Bilan Commun de Pays*, 2000, PNUD Maroc

De 1960 a 1999 la tasa de analfabetismo de la población marroquí de 10 años y más ha pasado del 87% al 48%. Ello constituye un progreso manifiesto pero, a este ritmo de descenso de 1 punto por año, harían falta aún décadas para alcanzar las tasas de otros países con un nivel de desarrollo económico equivalente. Con relación al objetivo de reducir un 50% para el año 2000 la tasa de analfabetismo de 1990 (objetivo de "Educación para Todos", Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Cumbre Mundial de la Infancia, CIPD), Marruecos ha quedado muy por debajo de este objetivo, pues la tasa no se ha reducido más de un 19% (del 58% en 1990 al 47% en 2000). Marruecos se ha fijado como objetivo reducir la tasa de analfabetismo de su nivel actual del 48% al 35% en 2004 (y el 24% en 2010). Se trata de un desafío mayor pues ello supone una reducción de esa tasa del 2,6% por año, o sea, un ritmo dos veces y medio más rápido que el registrado hasta el momento. Un especial esfuerzo debe realizarse en la alfabetización de niñas rurales de 10 a 14 años, pues pese a haberse reducido en 16 puntos entre 1991 (74%) y 1998 (58%), aún es una de las más elevadas del mundo.

La mejora de la tasa de alfabetización ha resultado, ante todo, un esfuerzo de escolarización. La alfabetización de adultos, al ritmo medio de cerca de 50.000 personas por año durante la década de los noventa ha contribuido de manera muy débil a la mejora de esta tasa. El Gobierno es perfectamente consciente que, para alcanzar sus objetivos de alfabetización, necesita aumentar considerablemente los efectivos de adultos. Para ello pone en marcha el programa titulado "las cien manos", dirigido a alfabetizar a medio millón de adultos por año a partir de 2003. El coste anual de este programa (90 millones de Dh.), aunque tres veces más elevado que el montante actual, es perfectamente soportable por el presupuesto. El desafío reside en la capacidad de los actores implicados, esencialmente la administración y las ONG, para poner en marcha este programa de alfabetización de masa.

Los datos presentados sobre preescolar y enseñanza fundamental muestran que efectivos importantes de niños y especialmente niñas son excluidos de facto del servicio de la enseñanza básica, o lo abandona de manera precoz. Desde el inicio de la independencia, el 37% de quienes han frecuentado la preescolar no han sido escolarizados en primaria. Las niñas y la población rural aún tienen menos oportunidades de acceder y de mantenerse en la escuela. La progresión de la escolarización, en el medio rural y en beneficio de las niñas, necesitará una acción sobre la oferta, la demanda, el contenido de programas, la motivación y la forma-

Marruecos se ha fijado como objetivo reducir la tasa de analfabetismo de su nivel actual del 48% al 35% en 2004 (y el 24% en 2010)

La pobreza sigue siendo el mayor obstáculo a la escolarización de la población con edades de 7 a 15 años

ción de enseñantes y sobre todo sobre el medio y los determinantes socio-económicos. Los numerosos estudios realizados muestran que el crecimiento de la oferta no será suficiente para resolver el problema de la débil escolarización. La pobreza de las familias rurales, el descenso de la atracción de la escuela, la inadecuación de los contenidos de los programas, los horarios y la planificación anual con el entorno, y las constricciones del medio rural contribuyen igualmente a las dificultades de la escolarización.

La escolarización de niños y niñas sufre el impacto negativo de una serie de factores:

a) La interacción entre la oferta y la demanda; las débiles tasas de escolarización parecen resultar, en parte, de una decisión familiar referida al coste de oportunidad de la escolarización y a la disponibilidad de centros en medio rural. El hecho de que el 57% de niños de 8 a 13 años no acceda a la enseñanza en medio rural se debe en parte a la débil capacidad de las escuelas o a la ausencia total de instalaciones.

b) La relación entre el nivel de vida y la escolarización; una fuerte correlación entre el nivel de vida y la tasa de escolarización: el 50% de chicos y el 58% de chicas del conjunto de no escolarizados lo son a causa de la pobreza, o sea, de la incapacidad de los padres de pagar los gastos escolares.

c) La actitud de los padres frente a la escolarización; la débil tasa de escolarización es el resultado de resistencias culturales esencialmente observadas para las hijas de hogares rurales. El 15,5% de las niñas no escolarizadas lo son a causa del rechazo de sus padres de las normas y valores vehiculados por la enseñanza y también a causa de las percepciones sociológicas que limitan el rol de la mujer a la procreación y a las actividades domésticas menos lucrativas. Estas percepciones se constatan sobre todo en el medio rural donde cerca de una cuarta parte de las niñas no escolarizadas son constreñidas al analfabetismo a causa de la actitud de los padres hacia la escuela.

La pobreza sigue siendo el mayor obstáculo a la escolarización de la población con edades de 7 a 15 años, en las ciudades como en el campo: 34% de los pobres lo invocan como causa primera de la no escolarización, seguida de la ausencia de accesibilidad física a la escuela, después de factores socioculturales, particularmente para niñas en medio rural. Aunque la escuela pública sea gratuita, para los pobres, el coste de escolarización (libros, materiales, etc.) no es poco. Como media, el gasto anual destinado a la educación por un hogar urbano (263 Dh.) es más de cinco veces superior al de un hogar rural (50 Dh.).

De 1987 a 1997, el presupuesto del Ministerio de la Educación Nacional ha representado como media el 20,2% del presupuesto del Estado y el 4,5% del PIB. Sin embargo, pese al esfuerzo presupuestario importante consagrado al sector de la educación, ciertas funciones o sectores importantes de la educación no reciben suficientes recursos, y en otros casos la eficacia del gasto es débil. El análisis del presupuesto de la educación nacional muestra la predominancia de los gastos de personal y los pocos gastos consagrados a recursos pedagógicos y al funcionamiento directo de los centros escola-

res. En 1997-1998 la dotación presupuestaria media por alumno era inferior a 8 Dh. en el primer ciclo de la enseñanza fundamental y a 34 Dh. en el segundo ciclo. Otro ejemplo puede mostrarse en la utilización de los locales escolares, antes de 1985 había más de 2.600 aulas no utilizadas. Esta cifra se situaba en 2.300 en 1993-1994 y ha pasado a 3.931 en 1997, de las que el 51,7% se localizan en el medio rural. Más allá de la asignación de recursos, este problema plantea la cuestión de la racionalización y la gestión de los medios puestos a disposición del Ministerio. Dentro del gasto de educación, la parte preponderante y creciente de los gastos es la de personal (un 80,4%), un 10% para material y un 9,6% para inversión.

Según la pirámide de edades de la población, el sistema educativo debería acoger en los diferentes ciclos de la enseñanza fundamental y secundaria cerca de siete millones y medio de alumnos. El déficit es hoy de 2,5 millones. Al ritmo de desarrollo actual faltarían 20 años para alcanzar este resultado. Este objetivo quedará aún fuera de alcance sin una toma de conciencia y una movilización nacional, que situarán, durante muchos años la educación como cabeza de las prioridades de desarrollo económico y social.

El sistema educativo debería acoger en los diferentes ciclos de la enseñanza fundamental y secundaria cerca de siete millones y medio de alumnos

Tabla 7. Tasa neta de escolarización de la población entre 7 y 12 años (%)

	Urbano		Rural		Conjunto	
	1999	1994	1999	1994	1999	1994
Chicos	87	87,5	66	59,6	76	72,4
Chicas	83	80,4	47	26,6	63	51,7
Conjunto	85	83,9	57	43,4	70	62,2

Fuente: Bilan Commun de Pays, 2000, PNUD Maroc

Las correlaciones positivas entre la educación preescolar y las tasas de escolarización, de retención en la escuela, los resultados escolares, en suma, el futuro escolar del niño son evidentes, de ahí la importancia crucial que tiene la atención educativa a la primera infancia. En Marruecos la enseñanza preescolar se dispensa en dos tipos de establecimientos: a) las escuelas coránicas que constituyen aún la forma de escolarización más extensa y que dispensan una enseñanza de tipo tradicional renovado, y b) las escuelas maternas y jardines de infancia cuyo encuadre y equipamiento permiten asegurar una formación basada en métodos modernos.

Tabla 8. Efectivos en la enseñanza preescolar

	1993-1994	1998-1999
Escuelas coránicas	612.000	547.000
De los que niñas	155.000	151.000
Escuelas modernas	172.000	272.000
De los que niñas	77.000	126.000
Total	784.000	819.000
De los que niñas	232.000	277.000

Fuente: Anuarios Estadísticos de Marruecos. Dirección de la Estadística.

La enseñanza primaria es mediocre y no responde a las necesidades educativas fundamentales del alumnado

Las disparidades entre chicos y chicas en materia de escolarización comienzan desde el primer estadio de la instrucción. Hasta el momento el Estado marroquí se ha implicado muy poco en la preescolar. Procede aún de la concepción que la atención a la primera infancia incumbe principalmente a la familia, pero en Marruecos una gran parte de las familias es insuficientemente consciente de la necesidad de este despertar.

En 1999 con una tasa neta de escolarización del 70% para el tramo de edades de 7 a 12 años, Marruecos estaba lejos del objetivo de Naciones Unidas consistente en alcanzar en 2000 el acceso universal a la educación básica. Por el contrario, Marruecos no estaba lejos de alcanzar en 2000 el objetivo internacional de acabar la escolaridad primaria para al menos, un 80% del grupo de edad correspondiente, pues se estima que el 77% de los niños que entran en el primer año de la escuela primaria alcanzan el quinto año. En cuanto a paridad entre los sexos en primaria, si Marruecos está a un paso de alcanzarlo en las ciudades (el 47% en 1998-99), aún está lejos en el medio rural (40%) pese al aumento sensible de la parte de niñas que frecuentan la escuela que era del 32% en 1993-1994.

Otra de las grandes dificultades a que se enfrenta el país es la calidad de la enseñanza. Las evaluaciones oficiales de los resultados escolares muestran que la enseñanza primaria es mediocre y no responde a las necesidades educativas fundamentales del alumnado. El desafío mayor, probablemente el más difícil, es pasar de un sistema tradicional de educación a un sistema que privilegie el desarrollo de las capacidades de razonamiento y adaptabilidad, tanto de alumnado como de profesorado.

En efecto, el débil rendimiento del sistema educativo se explica en gran medida por: a) una mala adaptación a la diversidad geográfica, cultural y lingüística de Marruecos; b) un tratamiento uniforme tanto de la arquitectura de la escuela, del contenido pedagógico como de los horarios y vacaciones; c) una débil adaptación de la escuela a su contexto local. Por ejemplo, miles de aulas vacías en el mundo rural son la consecuencia directa de una carta escolar concebida sobre la base de principios y criterios decididos a nivel central, sin concertación real entre actores locales. Otro factor de origen del bajo rendimiento del sistema educativo es la mala gestión de los recursos humanos. La gestión centralizada de las carreras de los enseñantes es un ejemplo edificante de las dificultades vividas por miles de enseñantes.

Consciente de la necesidad de una gestión de proximidad para mejorar el funcionamiento del sistema educativo, el Ministerio ha iniciado una desconcentración. Un ejemplo es la gestión de las cantinas escolares, a través de un programa que pretende asociar a las asociaciones de padres de alumnos y a los entes locales a su gestión.

Salud básica

Marruecos ha iniciado desde hace algunos años su transición epidemiológica; el país controla cada vez mejor las enfermedades transmisibles y los problemas de salud materna e infantil. Paralelamente están emergiendo con más peso las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los cánceres y las afecciones mentales, así como los traumatismos.

Hay que notar que en casi 20 años, de 1980 a 1999, las ganancias realizadas en esperanza de vida son, en media, bastante significativas tanto para hombres como para mujeres; se ha mejorado la longevidad en ocho años, hasta los 67,2 contra los 59,1 en 1980. Por sexo es la mujer urbana quien ha notado la mayor mejoría en el nivel de la esperanza de vida con 21,3 años de ganancia, un aumento del 42%, mientras que la mujer rural no ha mejorado su esperanza de vida más que en 14,6 años en 20 años, un alza del 30%. En 1991 se estimaba que el riesgo a estar enfermo o herido durante el período de un mes alcanzaba el 15% a escala nacional, un 19% en zonas urbanas y un 12% en las rurales. La vulnerabilidad a la enfermedad parece más prevalente en las ciudades que en el campo. Ello se explica porque la percepción de la enfermedad se modifica en función de los niveles de vida, de instrucción y del interés que acuerda la población a su estado de salud. Dicho de otra manera, la población rural presta menos atención a su salud, y el nivel relativamente débil de la tasa de morbilidad en el espacio agrícola no significa que la incidencia de la enfermedad sea menor en el campo.

El uso de los servicios de salud en caso de enfermedad es un indicador que muestra el grado de acceso a estos servicios. Del 12% de rurales enfermos, sólo el 41% recurre a consulta médica; en las ciudades alcanza el 62,5%. El acceso en el mundo rural es limitado, y ello explica la diferencia de esperanza de vida en medio urbano (72,2 en 1997) y rural (65,9). Son en particular los hombres rurales los más vulnerables a morir precozmente pues su longevidad se limita a 65 años.

El país ha conocido una mejora notable que confirman los principales indicadores. La mortalidad infantil ha bajado de 125,4 por mil nacidos vivos en 1970-1974 a 37 por mil en 1992-97. Este descenso ha contribuido a reducir fuertemente la tasa de mortalidad general que ha pasado de 19 por mil en 1962 a 7,3 por mil en 1992. La esperanza de vida al nacer alcanza 67,2 años en 1999. Pero pese a estos resultados apreciables, los indicadores claves permanecen a unos niveles bajos. El índice de mortalidad materna con 228 muertes por 100.000 nacidos vivos es uno de los más elevados de los países árabes. Las disparidades entre medio urbano y rural constituyen otro factor determinante: la tasa bruta de mortalidad es dos veces más importante en medio rural que en urbano (9,4 por mil contra 4,7), una diferencia que no ha hecho más que aumentar desde 1962. La mortalidad materna registrada tiene un desfase entre los dos medios que alcanza 1,27 para el período 85-91. Estas diferencias repercuten en el nivel de la esperanza de vida al nacer.

La evolución de las enfermedades objeto de vacunaciones ha sido uno de los mayores avances sanitarios del país. El programa nacional de inmunización ha permitido alcanzar tasas de cobertura del 80% a escala nacional de vacunación de niños de 0 a 11 meses (92% en urbano y 68% en rural). En cuanto a la vacunación de niños de 12 a 23 meses, abarca el 85% de esta población en 1995 contra el 76% en 1992 y el 66% en 1987. Estas vacunaciones han permitido erradicar ciertas enfermedades como la difteria o la poliomielitis y reducir de manera drástica otras como el sarampión. Por el contrario, la tuberculosis permanece como un problema de salud pública. El número de casos ha aumentado de cerca de 5.000 unidades llevando la tasa de incidencia de 106 a 114 por cien mil habitantes entre 1988 y 1994. Sin embargo, este aumento

Marruecos ha iniciado desde hace algunos años su transición epidemiológica; el país controla cada vez mejor las enfermedades transmisibles y los problemas de salud materna e infantil

El programa nacional de inmunización ha permitido alcanzar tasas de cobertura del 80% a escala nacional

se debería esencialmente a la reestructuración del programa que ha permitido un mejor diagnóstico de los casos.

La situación de la morbilidad muestra la persistencia de las enfermedades transmisibles, sobre todo en medio rural. La tasa de incidencia de la mayor parte de estas enfermedades que está en neta disminución aún permanece más elevada en medio rural. Como ilustración, en 1994 las tasas de incidencia en el medio rural comparativamente al medio urbano eran para la fiebre tifoidea de 17 contra 8, para el paludismo de 1,2 contra 0,4.

Por lo que respecta al estado nutricional de los niños, entre 1982 y 1992, se ha producido una mejora particularmente para aquellos entre 0 y 2 años, tanto en la relación talla/edad (retraso en el crecimiento) como en la relación peso/edad (insuficiencia ponderal). En 1992, el 23% de los niños tenía una talla corta respecto a su edad y sufría de subnutrición crónica. El porcentaje de niños menores de 5 años con un retraso en el crecimiento es netamente más elevado en medio rural que urbano, el 28% contra el 13%. Comparada a la subnutrición observada entre la población de referencia, la proporción de niños marroquíes que sufren esta carencia es 11 veces más elevada. En cuanto a la insuficiencia ponderal en función de la edad, alcanzaba en 1992 al 9% de los niños contra el 15% en 1987. Esta proporción es cerca de 15 veces más elevada que en una población con buena salud.

Las enfermedades que sufren más los niños menores de 5 años son las infecciones respiratorias agudas con el 15%, y las diarreas con el 13%. Sensibles diferencias prevalecen entre el medio urbano y el rural, particularmente para estas dos enfermedades. Las enfermedades diarreicas, aunque en regresión del 18% a nivel nacional entre 1992 y 1995 (25% en medio urbano y 16% en medio rural), tras la aplicación del programa de lucha contra las enfermedades diarreicas en 1989, siguen siendo la principal causa de muertes, tanto de niños de menos de un año con el 21% como de niños entre 1 y 5 años con el 28%. En cuanto a las insuficiencias respiratorias agudas que se benefician desde 1992 de un programa de lucha consistente en la formación de 400 profesionales y de suministro de equipamiento, constituyen la segunda causa de mortalidad, del 11 al 14% de muertes; esta proporción es aún más acentuada en los lactantes.

En materia de enfermedades carenciales, la prevalencia de la anemia es elevada en todas las edades: el 36% en menores de 5 años, el 31% en mujeres en edad de procreación, y el 45% en mujeres embarazadas. En cuanto a la carencia de yodo, afecta al 22% de los niños de 6 a 12 años, y puede afectar hasta al 77% en ciertas regiones.

Los cambios en los regímenes alimentarios y en los modos de vida han engendrado una prevalencia creciente de ciertas enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, la diabetes, ciertos cánceres y afecciones mentales. Por otra parte, el aumento del número de vehículos, el mal estado de la mayoría de las carreteras y el poco respeto del código de circulación hacen que los accidentes de circulación sean responsables de una fuerte mortalidad y discapacidad. La prevalencia de estas enfermedades aún no se ha medido con precisión, sin embargo, lo

es parcialmente a través de las declaraciones de muertes hechas por los municipios (las muertes en medio rural no son sistemáticamente registradas), declaraciones cuyo análisis permite relevar tasas elevadas de enfermedades del aparato circulatorio 25%, por traumatismos y envenenamientos 14%, cánceres 10% y diabetes y enfermedades endocrinas 8,6%.

Los gastos totales de salud representan el 3,8% del PIB. La financiación pública cubre el 34% de los gastos totales de salud, las ONG y la ayuda internacional el 4%, y los hogares el 62%. El presupuesto del Ministerio de Salud Pública ha aumentado en términos reales un 3,7% por año entre 1960 y 1994, pero teniendo en cuenta el crecimiento demográfico el presupuesto ha aumentado virtualmente apenas un 1,3% al año. En 1997-1998 el presupuesto total del Ministerio, con relación a los presupuestos generales del Estado, suponía el 5,4%, en relación al PIB no supera el 1%. El presupuesto ordinario del Ministerio comprende dos rúbricas: los salarios del personal que absorben una media del 70%, y el material (medicamentos y otros suministros) el 30%. Sabiendo, por otra parte, que el 75% del presupuesto ordinario del ministerio de salud se destina a los hospitales, los servicios de salud básica no se benefician más que del 25%. Esta inequidad en el reparto de los créditos se encuentra también a nivel del presupuesto de equipamiento: el 64% está reservado a los hospitales, el 25% a los Centros de Atención Primaria (CAP), el resto es para los institutos y la administración. A modo de ejemplo, los CHU (Centros Hospitalarios Universitarios) de Rabat y Casablanca, los menos frecuentados por las poblaciones pobres, absorben ellos solos el 30% de los gastos públicos de salud.

Los gastos totales de salud por habitante, que se sitúan en cerca de 40 dólares, son relativamente débiles si se los compara con los de otros países de desarrollo económico similar. El gasto público de salud es aproximadamente de 84 dirhams por habitante. El análisis de las transferencias de los gastos públicos de salud revelan que el 20% más acomodado de la población se beneficia del 45% de los gastos públicos, mientras que el 40% más desfavorecido recibe menos del 20%; el desfase entre los diversos beneficiarios de los gastos es de 1 a 9 tratándose de los rurales que pertenecen al 20% de los más necesitados y los urbanos con ingresos elevados; el 20% más acomodado acapara el 52% de los gastos de seguro médico, mientras que el 20% de los más pobres no reciben más que el 4,5%

Por lo que respecta a los recursos humanos y materiales, entre 1960 y 2000 el efectivo de médicos ha pasado de 979 médicos a 12.439. El crecimiento aproximado por año ha sido de 7,4% en la pública y 6% en la privada. El número de habitantes por médico también ha mejorado notablemente, pasando de 11.875 habitantes por médico a 2.308. Sin embargo, si especificamos estas cifras según lugar de residencia observaremos las desigualdades de acceso a los servicios. Se contabiliza un médico por cada 10.000 habitantes rurales contra un médico por cada 4.900 urbanos. Así, los médicos del sector público ejercen, un 89%, sus actividades en medio urbano (el 75% en hospitales y el 14% en centros de atención primaria), y sólo el 11% en los centros de primaria rurales (recordemos que cerca de la mitad de la población vive en

Los gastos totales de salud representan el 3,8% del PIB. La financiación pública cubre el 34% de los gastos totales de salud, las ONG y la ayuda internacional el 4%, y los hogares el 62%

Cerca del 40% de la población rural debe recorrer más de 10 km para llegar a un CAP y apenas el 18% están situados a menos de 3 km de un establecimiento de salud

medio rural). El personal de enfermería también ha crecido a un ritmo del 10% anual.

En materia de infraestructura sanitaria, en 1995 había 105 hospitales, contra 89 en 1985. La capacidad hospitalaria en número de camas pasó de 24.260 en 1985 a 26.350 en 1995, un aumento del 0,8% anual. La ratio habitantes por cama se situaba en 1995 en 860 contra cerca de 800 en 1980, un sensible descenso. Respecto a las camas de parto en medio rural, se estima en 2.270 mujeres en edad de procreación por cama. Esta débil infraestructura no ha permitido atender más que el 18% de los partos en medio rural, mientras que la proporción en medio urbano es del 84%. Los centros de atención primaria (CAP) se han multiplicado por 4,5 veces entre 1960 y 1995, alcanzando 1.778 en 1995 contra 394 en 1960, (el coeficiente multiplicador ha alcanzado 5,3 en medio urbano contra 4,3 en medio rural). Sin embargo, es en medio rural que la densidad (habitante por CAP) ha conocido un crecimiento más fuerte de 27.300 rurales por centro en 1960 a 9.800 rurales en 1995, mientras que la densidad urbana que era de 36.800 urbanos por CAP se sitúa en 28.100 en 1995. La accesibilidad a los CAP en medio rural, teniendo en cuenta la dispersión del hábitat, no es fácil para la gran mayoría de los rurales. Cerca del 40% de la población rural debe recorrer más de 10 km para llegar a un CAP y apenas el 18% están situados a menos de 3 km de un establecimiento de salud. Por otra parte, la falta de medicamentos esenciales en los CAP en medio rural constituye un serio problema que no compensa la red de farmacias y de depósitos farmacéuticos privados, red que no ofrece más que un depósito o farmacia para 46.000 habitantes.

En Marruecos el Ministerio de Salud es el principal suministrador de servicios de salud. Todos los marroquíes pueden, en principio, recibir atención en los servicios del Ministerio: a título gratuito para los indigentes, a tarifas subvencionadas para los menos desprovistos. El seguro médico está limitado pues no cubre más que al 15% de la población, de los que 3/4 son funcionarios. Las cuestiones relativas a la accesibilidad de los más necesitados a los servicios públicos de salud, a los costes que representan para ellos los cuidados, al reparto de subvenciones públicas en esta materia según el nivel de gastos de las poblaciones, han sido recientemente expuestos en un estudio del Banco Mundial basado esencialmente en los resultados de la encuesta sobre los niveles de vida de 1998-99. De esta encuesta (Poverty Update, Draft, Banco Mundial junio 2000) se desprende que las poblaciones pobres son totalmente excluidas del seguro médico: el 99% de los beneficiarios de la CNOPS (Caja Nacional de Organismos de Previsión Social) son urbanos con ingresos superiores al nivel de la pobreza. En el momento de la encuesta, el 80% de funcionarios se suscribían voluntariamente a la CNOPS. Desde noviembre de 1999 esta suscripción es obligatoria para los agentes del Estado. Las poblaciones urbanas más ricas se benefician de los hospitales públicos siete veces más que las poblaciones urbanas más necesitadas. Los resultados de esta encuesta muestran de nuevo que los recursos públicos limitados combinados a un mal enfoque de los programas de salud pública y a una débil gestión de los hospitales estatales no han permitido reducir de manera significativa las grandes disparidades entre medio rural y urbano, ni suministrar cuidados adecuados a los pobres, particularmente a las mujeres y los niños en medio rural.

Agua, saneamiento y vivienda

En materia de agua potable, la política llevada en Marruecos ha beneficiado principalmente, hasta la primera mitad de los noventa, a las poblaciones urbanas. En efecto, la tasa de canalización en las ciudades ha pasado del 64% en 1982 al 83% en 1997. Las poblaciones rurales no han conocido desgraciadamente la misma suerte pese a que representan cerca de la mitad de la población global. Pese al esfuerzo otorgado con la adopción del Programa PAGER (Programme d'approvisionnement groupé en eau potable des populations rurales), el aprovisionamiento de agua potable del medio rural acusa aún un retraso considerable y grandes disparidades persisten entre las ciudades y el campo.

El medio rural ha sido el pariente pobre del aprovisionamiento de agua potable hasta fechas recientes

El sector del agua potable se autofinancia desde 1995. La política de las "canalizaciones sociales" ha limitado el uso de las fuentes, a menudo puntos de derroche, y ha contribuido a la mejora de la tasa de conexión en medio urbano que ha pasado del 64% en 1982 al 83% en 1997. En paralelo a la concesión de conexiones sociales, se ha asistido a la extensión de redes en los barrios periféricos de las ciudades con el fin de sustituir las conexiones individuales de débil consumo a las fuentes. Las inversiones en el sector del agua potable han conocido una evolución creciente pasando de 643 millones de Dh. en 1987 a 2152 millones de Dh. en 1997, un crecimiento anual del 23,5%. Sin embargo, este esfuerzo se ha ralentizado desde 1995 a causa del fin de las subvenciones directas de equipamiento del Estado y a la congelación de las tarifas.

El medio rural ha sido el pariente pobre del aprovisionamiento de agua potable hasta fechas recientes. La prioridad acordada a los grandes centros urbanos y las características específicas del mundo rural han constituido trabas para el aprovisionamiento de agua potable. Este aprovisionamiento ha sido objeto de estudio de un Plan Director de Desarrollo del Aprovisionamiento de Agua Potable de las Poblaciones Rurales que, mediante el diagnóstico, ha confirmado la precariedad de la situación en este medio. En 1990, sólo el 14% de los 12,7 millones de habitantes rurales se beneficiaban de una alimentación controlada de agua potable. El resto de esta población se aprovisionaba a partir de recursos de agua tradicionales. Se estima que el consumo del 80% de la población rural no está controlado y que, en las zonas rurales, la contaminación de los recursos hídricos cuenta para más del 50% de todas las enfermedades. En materia presupuestaria, las dotaciones para este sector eran muy débiles. Así, en el curso de la década 1980-1990, los créditos asignados al sector del agua potable rural no pasaban de los 10 Dh. por año y habitante, mientras que harían falta 1.000 Dh. por año y habitante para la realización de un proyecto de alimentación de agua potable de las localidades del medio rural.

El PAGER, iniciado en 1995, abarca un período de ocho años y pretende ampliar el acceso al agua potable de manera que en 2003 se alcance el 85% de la población rural, contra el 35% en 1997. Tiene por objetivo realizar 31.000 puntos de agua que permitan el acceso al agua potable de 11 millones de habitantes. A través de estas acciones, se pretende hacer partícipe a la población beneficiaria que debe no sólo contribuir directamente e indirectamente (a través de los munic-

Los poderes públicos han iniciado estos últimos años un programa ambicioso de electrificación de los duars rurales

pios) al coste de la inversión, sino también participar en la cobertura de los gastos de gestión. Considerando que el sector del agua potable, en especial en el medio rural, representa una prioridad en la lucha contra la pobreza y los desequilibrios regionales, los responsables actuales han expresado su determinación de proseguir de manera enérgica la ejecución del PAGER.

El desarrollo del saneamiento líquido en Marruecos no ha seguido el mismo ritmo que el del agua potable. El sistema de saneamiento existente registra múltiples disfunciones por defectos de la concepción o ejecución de ciertas redes, por la casi ausencia de mantenimiento regular, y por la insuficiencia de los dispositivos de depuración. Ello se explica por la limitación de los recursos financieros y la debilidad de la cualificación técnica de los municipios. Al igual que en el caso del agua potable, existe en materia de saneamiento una gran disparidad entre los medios rural y urbano. El retraso existente en materia de depuración de las aguas usadas supone un perjuicio grave a la preservación de la calidad del medio receptor y de los recursos hídricos del país. En el medio rural, los equipamientos colectivos de saneamiento son muy insuficientes y son a menudo –cuando existen– infrautilizados o abandonados por falta de agua. Sobre la evacuación de aguas usadas, el modo más practicado en el medio rural es el vertido a la naturaleza (56,4%), seguido por las fosas de desahogo (cabinas de retrete) un 24,2% y las fosas sépticas un 17,6%. Sólo un 1,3% de los hogares rurales utilizan los desagües para evacuar. En el medio urbano estas proporciones son netamente más elevadas: el acceso de ciudadanos al uso de desagües se cifra en un 67,4%. Los datos relativos al modo de alivio de basuras indican que en el medio urbano la recogida regular de basura doméstica se efectúa en cerca del 72,6% de las viviendas, y que esta proporción es más bien simbólica en el medio rural, el 2,4%. Esto significa a escala nacional que el 27,4% de los hogares urbanos y el 97,6% de los rurales tiran sus basuras a la naturaleza. Las consecuencias de tipo ambiental y sanitario de tal práctica no hace falta demostrarlas.

Otro elemento de confort bastante importante es el acceso a la electricidad. Si sólo cerca de un 10% está equipado en el medio rural, el 80% lo está en el urbano. Así como el agua canalizada, la elección del recurso a la electricidad escapa a la decisión de los hogares por la indisponibilidad de la infraestructura específica. Sin embargo, hay que destacar que los poderes públicos han iniciado estos últimos años un programa ambicioso de electrificación de los duars rurales. La tasa de acceso de los rurales a la electricidad ha mejorado sustancialmente.

Las condiciones de vivienda de los urbanos se establecen en términos de acceso a la propiedad y del mercado de alquiler, y en las zonas rurales estas condiciones se establecen en términos de calidad de la vivienda y de acceso a equipamientos colectivos. Hay que destacar que los esfuerzos de los poderes públicos han sido, hasta fecha reciente, generalmente destinados a las zonas urbanizadas.

La urbanización veloz de las principales áreas urbanas de Marruecos y el rápido crecimiento de la población, en especial de la aglomeración de Casablanca, ha visto el crecimiento de barrios con viviendas inapropiadas. En 1992 se contabilizaban en Casablanca 400 barrios de

chabolas, que daban refugio a más de 53.000 familias, de las que sólo el 23% se beneficiaba de proyectos de vivienda. También existen 18 barrios antiguos y deteriorados que necesitan de una reestructuración. Las viviendas más insalubres y desvencijadas se encuentran principalmente en la provincia de Darb al-Sultan Al-Fidaa (51%) y en Casablanca-Anfa (36%). Además, existen viviendas con servicios insuficientes diseminadas en 19 distritos. El plan estatal de construcción de 200.000 casas para personas de bajos ingresos vino a aligerar el sufrimiento de la población pero la financiación y la propiedad de la tierra están encontrando enormes problemas, ya que el volumen de tierras de propiedad estatal ha disminuido drásticamente mientras que las tierras privadas son muy caras. Se añade a esto la dificultad de conseguir préstamos para familias de bajos ingresos. La región de Gran Casablanca acoge al 12% de la población marroquí. Su crecimiento anual supone crecientes necesidades de agua (además de para el consumo industrial). Un 17,5% de las familias urbanas aún no tienen acceso a agua potable. El transporte urbano tampoco abarca las crecientes necesidades de la población, las redes de transporte de autobuses urbanos están desvencijadas y no son seguras.

La urbanización incontrolada, acentuada por un éxodo rural creciente –cuyo hábitat informal, el subequipamiento y la degradación de tejidos antiguos son las manifestaciones más marcadas–, constituye un desafío mayor para la creación de un marco urbano controlado y sostenible. En materia de saneamiento, la proporción de hogares urbanos conectados a la red ha aumentado sensiblemente pasando del 75% en 1985 al 85% en 1998. Sobre 10.800 toneladas de desechos domésticos producidos cotidianamente, el 85% son recogidas, mientras que el 2% solamente son recicladas o evacuadas en descarga controlada.

El crecimiento demográfico, el éxodo rural, la sequía estructural son diversos elementos que están en el origen de la aparición de barrios enteros no planificados. La ciudad, antes lugar de desarrollo y de cultura, se convierte en una entidad que crea más problemas de los que resuelve. Desde hace tiempo, se ha pensado que todo desarrollo pasaba por la urbanización y el crecimiento industrial, dejando de lado los recursos endógenos de las regiones. Este proceso ha conducido a negligir el desarrollo local y a engendrar graves problemas de orden ecológico, polución de los ríos por las aguas usadas, poluciones industriales, vertidos públicos no controlados, barrios sin equipamientos de base, como saneamiento y electricidad. Quizás también habría que considerar el paro de los jóvenes diplomados como un desfase profundo entre el crecimiento demográfico y el crecimiento económico. Así, la pobreza urbana puede fácilmente perturbar la cohesión social y ser un freno al empuje democrático que conoce Marruecos.

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

La situación de las mujeres

LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Si las condiciones de vida de las mujeres marroquíes han mejorado mucho desde la independencia del país, la distancia entre hombres y mujeres es aún importante en la mayoría de sectores, en comparación con otros países en desarrollo. En noviembre de 1999, cuatro meses después de la subida al trono de Muhammad VI, se publicó en el semanario marroquí *Le Journal*, una carta abierta de la Dra. Ghita El-Khayat dirigida precisamente al nuevo rey, bajo el título “Epître d’une femme a un jeune monarque”. En dicha epístola, la Dra. El-Khayat anuncia que el futuro de Marruecos será muy frágil si “una acción inmediata no corrige la disparidad de los estatutos y roles entre los elementos masculinos y femeninos de la sociedad”.

El texto recorre con una claridad meridiana los principales elementos que sitúan a la mujer marroquí en una clara subordinación frente a los hombres. En primer lugar aborda la necesidad de una cobertura sanitaria general de las mujeres, y específicamente en materia de planificación familiar y protección materno-infantil, destacando que “para dar la vida, una mujer marroquí muere cada tres horas”. Describe las dificultades de las mujeres para acceder al mercado laboral y obtener la misma retribución salarial que los hombres. Un tercer aspecto es el drama del analfabetismo femenino y las dificultades de la escolarización y finalización de los estudios. Aprovecha El-Khayat para criticar el papel de algunas asociaciones femeninas, las cuales en vez de luchar contra el analfabetismo, han favorecido el aprendizaje de “pequeñas tareas femeninas” que mantienen a las jóvenes en la servidumbre. Finalmente, aborda el factor clave: El Estatuto Personal o Mudawana. La carta finaliza solicitando al monarca, como líder religioso que es, la prohibición de la poligamia, del repudio, el derecho a solicitar el divorcio y la eliminación de tutores masculinos a la muerte de sus esposos, así como la igualdad de edad para poder casarse, los 18 años. Estas son, en resumen, algunas de las principales cuestiones que aún hoy hacen que la mujer marroquí no goce de los mismos derechos que sus conciudadanos varones.

A nivel de indicadores, el índice de desarrollo relativo al género, calculado por el PNUD, sitúa a Marruecos en el puesto 102, con un valor de 0,585 en 2002. Los datos siguientes muestran la magnitud de la desigual situación de la mujer en el desarrollo humano.

La tasa de analfabetismo de las mujeres ha registrado una regresión apreciable pasando del 96% en 1960 al 65% en 1999, con fuertes disparidades según el medio (49% urbano, 89% rural)

Tabla 9. Índice de Desarrollo relativo al Género de Marruecos

	Mujeres	Hombres
Esperanza de vida al nacer (años)	69,5	65,8
Tasa de alfabetización adulta (% de 15 años y mayores)	36,1	61,8
Tasa bruta de matriculación combinada primaria, secundaria y terciaria (%)	46	58
Estimación del ingreso por trabajo remunerado (PPA en dólares USA)	2019	5068

Fuente: IDH 2002

El Indicador de la Participación de la Mujer (IPM) arroja una aclaración complementaria y sintética sobre la posición de la mujer en la sociedad, en este sentido traduce las desigualdades entre hombres y mujeres en materias clave de la participación y de la toma de decisión económica y política. Con un IPM de 0,31, Marruecos está clasificado en el lugar 84 sobre un total de 102 países (IDH 1998). Esta posición se debe a la muy débil proporción de mujeres en el Parlamento (0,7%), elegido como indicador de la participación y del poder de decisión político de las mujeres. Hay que subrayar sin embargo que la proporción de mujeres que ejercen "funciones de dirección y de cuadro superior" (25,6%) y de "profesiones técnicas, liberales y de cuadros" (31,3%) sitúa a Marruecos a un nivel muy honorable en lo que respecta a la participación y el poder decisonal económico de la mujer. A raíz de las elecciones parlamentarias de 2002, cuyos datos aún no han podido ser reflejados en el último informe del PNUD, esta clasificación habrá mejorado notablemente tras la elección de 35 mujeres parlamentarias, lo que supone el 11% del Parlamento.

Acceso a la educación

Con los programas realizados por Marruecos desde la independencia en materia de educación y formación, la tasa de analfabetismo de las mujeres ha registrado una regresión apreciable pasando del 96% en 1960 al 65% en 1999, con fuertes disparidades según el medio (49% urbano, 89% rural). En materia de escolarización, esfuerzos importantes han permitido en 4 años (1992-1996) incrementar cerca del 20% el efectivo global de niñas de primer y segundo ciclo fundamental y secundaria y de aumentar su parte del 41% al 42%. Estos esfuerzos han permitido también llevar la tasa de escolarización de las niñas rurales en el primer ciclo fundamental al 42% contra el 25% anterior. Sin embargo, esta tasa aún es débil, comparativamente con las tasas de escolarización de niñas urbanas que se acerca al 100% (enseñanza privada incluida).

Todos los estudios realizados por el Ministerio de Educación, por la Dirección de la Estadística o por organizaciones internacionales, sobre los determinantes de no escolarización o subescolarización de las hijas en medio rural, indican que los obstáculos se deben al contexto económico, a la oferta de educación y al funcionamiento del sistema educativo en sí mismo. Un estudio realizado en cinco provincias de Marruecos en 1994, por el Ministerio de Educación, mostraba que las causas de la no escolarización de las hijas en medio rural eran en primer lugar de orden económico, quedando las resistencias culturales en tercer o cuarto lugar.

En el sistema de formación profesional, la proporción de mujeres ha pasado del 26,5% en 1984-85 al 45% en 1992-93, con una concentración en disciplinas como el comercio, la administración, el textil, la confección y el artesanado. En la enseñanza universitaria, la proporción de estudiantes en el efectivo global de primer y segundo ciclo ha pasado del 25% en 1980-81 a 41% en 1996-97. La tasa de feminización de estos efectivos varía según las disciplinas: es más fuerte en la medicina dental (51%), notable en las ciencias exactas (29,5%) y modesta en las ingenierías. En materia de formación de cuadros científicos y técnicos, la tasa de feminización se eleva al 28% en 1992-93. Lo que a priori pueden parecer avances significativos, debemos relativizarlos al recordar que básicamente estamos hablando de la mujer urbana, pues la mujer rural marroquí se encuentra sumida en el analfabetismo y la falta de acceso a los servicios más básicos.

Las mujeres se convierten en jefas de hogar por necesidad y no por elección

Las condiciones de hábitat y los hogares dirigidos por mujeres

Con la evolución de la situación económica y sociocultural de Marruecos, las responsabilidades de las mujeres han conocido cambios notables. Así, la proporción de hogares cuya cabeza es femenina ha pasado del 11% en 1960 al 16% en 1995; esta proporción es más elevada en el medio urbano (20%) que en el medio rural (12%). Hay que señalar que las mujeres se convierten en jefas de hogar por necesidad y no por elección. Así lo muestra la tabla relativa a las características sociodemográficas de los hogares. En las ciudades, las mujeres eran en 1997/98, en la mayoría de los casos, viudas (59%) o divorciadas (15%). Las casadas (21%) tenían esposos ausentes por la emigración interna e internacional y por la poligamia. Las mujeres solteras jefas de hogar no representan más que el 2% del total de mujeres. Los hogares gestionados por las mujeres son, como media, de tamaño más pequeño que los gestionados por hombres (4 personas para los primeros contra 6 para los segundos). Por el contrario, más de la mitad de las mujeres jefas de hogar (59%) son inactivas contra el 11% de sus homólogos masculinos.

Tabla 10. Características sociodemográficas comparadas de los hogares según el sexo del jefe de hogar (% si no se indica lo contrario)

Indicadores	Hogar dirigido por una mujer		Hogar dirigido por un hombre	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Proporción de hogares	19,3	12,3	80,7	87,7
Tamaño medio de los hogares	4,0	4,1	5,5	6,6
Edad media del jefe de hogar	51,8	53,2	49,2	50,1
Proporción de Jefes de Hogar casados/as	20,8	29,8	93,9	95,7
Proporción de viudos/as	58,6	66,0	0,9	1,6
Proporción de divorciados/as	14,5	2,7	0,8	0,4
Tasa alfabetización jefes de hogar	23,7	1,5	60,6	25,2
Proporción de jefes de hogar activos/as ocupados/as	30,7	66,8	77,9	88,8
Número medio de activos ocupados/as	1,2	1,9	1,7	3,4
Proporción de hogares de alquiler	29,2	1,2	28,5	1,7

Fuente: Encuesta Nacional sobre el Presupuesto-Tiempo de las Mujeres (ENBTF) 1997/98, Dirección de la Estadística

la incidencia de la pobreza es más débil entre las mujeres jefas de hogar que entre los hombres jefes de hogar

Así, las características sociodemográficas de los hogares dirigidos por una mujer prestan a creer que sus gastos de consumo por cabeza serían más débiles que los de los hombres. No es nada paradójico. El cuadro siguiente muestra que en el conjunto del país, los hogares con una jefa tienen hoy un nivel de ingresos superior a los dirigidos por hombres. En el medio urbano, la disparidad de los gastos que estaban a favor de los hombres ha cambiado de sentido. En el medio rural, el desfase, favorable a los hogares dirigidos por mujeres, se ha igualmente ampliado en el período de 1985-1999.

Tabla 11. Distancia entre los gastos anuales medios por persona según el sexo del jefe de hogar

	Urbano	Rural	Conjunto
Desfase M/F 1985	1,03	0,91	0,90
Desfase M/F 1991	1,13	0,89	0,93
Desfase M/F 1999	0,94	0,83	0,82

Nota: 1 sería la paridad de gastos entre hogares dirigidos por hombres y por mujeres. Cuanto más se aleja la cifra de 1 significa que más distancia hay. Si es menor de 1 a favor de las mujeres y si es mayor a favor de los hombres.

Esta paradoja se explicaría, tal como lo sugieren los datos de la tabla siguiente, esencialmente por el hecho de que la proporción de hogares dirigidos por una mujer aumenta a medida que los gastos medios por persona se incrementan. Se desprende que la incidencia de la pobreza es más débil entre las mujeres jefas de hogar que entre los hombres jefes de hogar. Toda vez, la tasa de feminización de la población pobre en medio urbano era del 52,4% en 1998/99.

Tabla 12. Desfase de los gastos por persona y proporción de hogares según el sexo del jefe de hogar y las clases de quintiles

	Clase del gasto anual medio por persona					Conjunto
	1	2	3	4	5	
Diferencia gastos M/F –						
Urbano + Rural	1,00	1,03	0,98	1,01	1,01	0,82
% hogares con jefe						
mujer-urbano	16,2	15,2	17,7	21,4	22,8	20,2
% de hogares con jefe						
mujer - rural	7,6	11,0	12,1	14,2	23,1	12,0

1: menos de 3404 Dh; 2: de 3404 Dh a 4912 Dh; 3: 4912 Dh a 6805 Dh; 4: 6805 Dh a 10329 Dh; 5: 10.329 Dh y mas.

Fuente: cálculos a partir de los resultados de la ENVM 1998/99; dirección de la estadística

Débil participación de la mujer en la toma de decisión a nivel familiar

El grado de participación de la mujer en la toma de decisión a nivel familiar puede ser evaluado por la toma en cuenta de su consentimiento en caso de matrimonio, y por la intensidad de las constricciones que pesan sobre su rol familiar, social y económico.

En la esfera familiar, la mujer aún no es totalmente libre de decidir su destino. El primer matrimonio no lo decide la mujer más que en un porcentaje limitado: el 12% en medio urbano y el 4% en medio rural, así lo muestra el cuadro superior. Sólo el 18% de mujeres urbanas y el 8% de las rurales han declarado no indispensable tener una autorización para salir. Por el contrario, la necesidad de acompañamiento de la mujer durante sus salidas no es indispensable más que en el 16% en las ciudades y el 54% en el campo. Aunque ella tenga un dispositivo productivo, la mujer no es generalmente libre de gestionar su dinero. La proporción de mujeres propietarias de una actividad económica o de teneres productivos es del 6% en medio urbano y del 12% en medio rural. La gestión de estos activos no la lleva la mujer más que en un 43% en ciudades y un 16% en el campo.

Aunque ella tenga un dispositivo productivo, la mujer no es generalmente libre de gestionar su dinero

Tabla 13. Grado de participación de la mujer en la toma de decisión en la esfera familiar (en % y redondeado)

Dimensión familiar	Urbano	Rural	Conjunto
<i>El primer matrimonio de la mujer ha sido decidido por:</i>			
Los padres	45	58	50
La misma mujer	12	4	9
Otro miembro de la familia	4	6	5
<i>La autorización del marido o del padre de la salida de la mujer es:</i>			
Indispensable	61	85	72
Algunas veces indispensable	22	7	16
No es indispensable	17	8	13
<i>El haber productivo de la mujer es gestionado por:</i>			
La misma mujer	43	16	27
Un miembro de la familia	37	51	45
La mujer y su marido	9	15	12

Fuente: ENBTF 1997/98, volumen 1, p.69

La participación en la actividad económica

Si en el medio rural las profesiones agrícolas ocupan la mayoría de la población femenina empleada en 1995 (el 80% contra el 75% para los hombres), son sobre todo las profesiones artesanales y las de trabajos manuales no cualificados las que son ejercidas por las mujeres en el medio urbano (el 40% de la población femenina activa está empleada en la industria). En cuanto a los comerciantes, intermediarios comerciales y financieros, son poco ejercidas por las mujeres en los dos medios. Esta concentración de las mujeres ocupadas en las profesiones obreras y no cualificadas se explica por el débil nivel de instrucción de esta población. En efecto, el 59% de la población femenina activa ocupada urbana y el 98% de la población femenina activa ocupada rural no tienen ningún diploma. En el otro extremo, las profesiones de cuadros superiores, las profesiones liberales y las de los cuadros medios ocupan el 15% de la población femenina activa ocupada en medio urbano.

En cuanto al estatus profesional en medio urbano, el 65% de la población activa ocupada femenina es asalariada, siendo la masculina el 63%; el trabajo a domicilio para las mujeres viene en segunda posición con un 15,5%. Por el contrario, en el medio rural, las mujeres

El aumento de la tasa de actividad de las mujeres de 15 años y más debe ser atenuado por la vulnerabilidad relativa de la mujer al paro, al subempleo y a la precariedad del estatus profesional

asalariadas no son más que el 4%. En efecto, el 80% de las mujeres rurales trabajan como ayudas familiares. El reparto de la población activa ocupada según los sectores de actividad económica muestra que el 80% de la población femenina ocupada en el medio rural trabaja en la agricultura, bosques y pesca. En el medio urbano, la industria viene en primer lugar empleando al 41% de la población femenina urbana ocupada.

Por otra parte, la tasa de feminización del personal de las administraciones públicas ha conocido una mejora sensible: del 28% en 1985, ha pasado al 32% en 1995. Los sectores de la enseñanza y de la salud tienen las tasas de feminización más elevadas.

Otra característica es la permanencia de las mujeres y chicas en el hogar cuya proporción en la población femenina de más de 7 años es alrededor de un 60%, 3 mujeres sobre 5. Este rol social de las mujeres encuentra su origen en las resistencias culturales a la actividad femenina asalariada particularmente en el medio rural y en la práctica de una división del trabajo que afecta a la mujer en todas las actividades llamadas no económicas o poco rentables. El acceso limitado de la mujer a la escolarización y a la formación también es una causa de inactividad femenina. Sin embargo, el acceso de la mujer a la actividad de tipo económico no cesa de progresar y se establecía en 1995 en una tasa del 34,5%, sabiendo que las mujeres activas representan más de la mitad de las ayudas familiares: es decir activos no remunerados por su actividad.

Tabla 14. Los principales indicadores de la actividad económica de la mujer en 1995 en %

Indicador	Urbano	Rural	Nacional
Tasa de actividad	30,5	39,5	34,5
Tasa de feminización de la población activa	30,7	33,9	34,5
Tasa de paro	32,2	6,5	19,2
Parte en el sector agrícola	33,7	35,9	35,8
En industria y artesanado	33,2	47,8	37,8
En servicios	22,5	7,9	20,2
En asalariados	27,7	8,9	22,9
En empleo independiente	12,2	15,8	14,4
En ayudas familiares	30,2	56,7	54,3
En trabajadores a domicilio	96,7	98,1	97,9
En actividades ejercidas por cuenta propia	23,6	17,8	19,9

Fuente: Dirección de la Estadística (1997): Principales indicadores sociales sobre la mujer marroquí

El lugar de la mujer en la sociedad se juzga en gran parte por su participación en las actividades de carácter económico (en el sentido de la contabilidad nacional). Se asiste a un aumento continuo de la actividad femenina, tanto en medio urbano donde la tasa de actividad ha pasado del 16% en 1987 al 23% en 1999, como rural (el 37% y el 41% respectivamente). Este aumento de la tasa de actividad de las mujeres de 15 años y más debe ser atenuado por la vulnerabilidad relativa de la mujer al paro, al subempleo y a la precariedad del estatus profesional de ayuda familiar no remunerada.

Para ceñirnos al medio urbano, y teniendo en cuenta que las mujeres son relativamente más afectadas que los hombres por el paro, su parte en la población activa ocupada ha netamente bajado durante el decenio pasado (tanto en medio urbano como rural). Este retroceso cuantitativo es sin embargo compensado por una mejora cualitativa del estatuto profesional de la mujer. Así, en el medio urbano, la tasa de feminización del personal de los “cuadros superiores y profesiones científicas y liberales” ha pasado del 29% en 1987 al 34% en 1999. La proporción de mujeres activas con un diploma de nivel superior (bachillerato y más) se ha multiplicado por más de dos entre 1987 y 1999, mientras que la de los hombres ha sido por 1,3 como muestra la tabla siguiente. La proporción de mujeres en la categoría de asalariadas en medio urbano también ha progresado, paralelamente a un descenso de su parte en la categoría de “trabajadores a domicilio, ayuda familiar y aprendiz”.

Ciertos sectores de actividad económica, considerados como “coto reservado” a los hombres son más frecuentados por mujeres

Tabla 15. Porcentaje de activos urbanos de 15 años y más con un diploma de nivel superior (bachillerato y más) según el sexo

Hombres	1987		Hombres	1999	
	Mujeres	M./H.		Mujeres	M./H.
11,2%	11,6%	1,04	14,9%	23,7%	1,59

Fuente: ratios calculados a partir de los datos del “Informe sobre el Desarrollo Humano 1999”.

Por otra parte, la tasa de feminización de los efectivos de la formación profesional ha pasado de 1/4 en 1985 a cerca de la mitad hoy. De este hecho, ciertos sectores de actividad económica, considerados como “coto reservado” a los hombres (transportes y comunicaciones, comercio, industrias distintas a la textil, cuero y calzado), son más frecuentados por mujeres. El movimiento debería acelerarse dada, en especial, la importancia que cada vez más se da a la formación profesional de la joven y de la mujer en medio rural. Hay que subrayar sin embargo que en materias específicas como la obstetricia donde la presencia femenina es fuertemente correlativa a la frecuentación de estos servicios por mujeres, la tasa de feminización es relativamente débil.

La estimación de la contribución de la mujer en la generación de riqueza nacional ha dado lugar al cálculo de las variables del PIB masculino por hombre y el PIB femenino por mujer. La relación entre estas dos variables expresa de cierta forma el control de los recursos económicos por hombres y mujeres. Los datos del cuadro muestran que en Marruecos, la riqueza generada por una mujer representa el 40% de la generada por un hombre; una tasa muy inferior a la de Asia del Este, pero más favorable que la tasa media de los países árabes.

Tabla 16. Relación del PIB femenino por mujer sobre el PIB masculino por hombre (en %)

Asia del Este	Países industrializados	África Subsahariana	Marruecos	Países Árabes
63	59	53	40	27

Fuente: ratios calculados a partir de los datos del IDH 1999

La mujer no dispone aún de los apoyos financieros de los que dispone el hombre, lo que reduce las oportunidades de creación de empresas

Se admite que la contribución de la mujer a la vida económica es más elevada cuando se tiene en consideración las actividades domésticas de carácter económico, sistemáticamente afectadas a la mujer bajo el efecto de una división social del trabajo consagrada por el uso. Según la evaluación de la actividad económica femenina por el enfoque presupuesto-tiempo, la tasa de actividad se aprecia de un punto en medio urbano y de nueve puntos en medio rural.

Aunque la mujer detenta un importante potencial de saber hacer, la pesadez de las tareas domésticas inducidas por la insuficiencia de equipamientos sociales, el acceso limitado al microcrédito, un nivel de instrucción y de formación menor que el de los hombres, la ausencia de acompañamiento de la inversión femenina y la proporción restringida de las mujeres que disponen de ganancias de su actividad, limitan su emergencia como creadora de actividades generadoras de ingresos. Así, cuando la vivienda no tiene conexión a la red canalizada de agua potable, la mujer debe consagrar como media una hora para aprovisionar el hogar de agua (la mitad en medio urbano). Para la mujer rural, la colecta de leña ocupa una media de una hora y 47 minutos por día.

El acceso a la propiedad y al crédito

El acceso de la mujer a la actividad económica como propietaria de los medios de producción le permite participar más eficazmente en el desarrollo. En medio urbano y en particular en las grandes y medias ciudades, las mujeres son actualmente mucho más presentes como vendedoras y propietarias de almacenes y de fondos de comercio que en el pasado.

Sin embargo, la mujer no dispone aún de los apoyos financieros de los que dispone el hombre, lo que reduce las oportunidades de creación de empresas. En efecto, los resultados de la encuesta "mujeres y empresas en Marruecos" realizada en 1992, han mostrado que la autofinanciación y la financiación familiar constituyen las primeras fuentes de financiación para el 77% de las empresas femeninas y que los bancos no intervienen como primera fuente de financiación más que para el 12% de estas empresas. Además de las dificultades encontradas por los hombres en la creación de empresas, la mujer debe previamente obtener la autorización marital o familiar para poder crear una empresa.

En cuanto al sector cooperativo artesanal, que es de acceso más fácil, conoce una participación apreciable de la mujer marroquí, cerca del 32% de los cooperantes en el artesanado son mujeres y el 23% de las cooperativas artesanales son cooperativas para mujeres.

En el mundo rural, las normas sociales y los valores culturales limitan el acceso de la mujer a la propiedad y al crédito. En 1986, el 3,5% de las explotadoras agrícolas eran mujeres. Los principales obstáculos en el empresariado femenino agrícola son las dificultades de acceso a la tierra y las dificultades de obtención de créditos, al no poder presentar garantías. Con este propósito, la Caja Nacional de Crédito Agrícola (CNCA) ha creado en 1989 un sistema de crédito a favor de las mujeres rurales que desean emprender en el sector agrícola, actividades artesanales y en el hábitat rural. Este sistema releva la parte financiada por la

CNCA al 90% del coste del proyecto y aligera las garantías exigidas para la obtención de crédito. Sin embargo, el montante reservado a este sistema de crédito tiene necesidad de ser aumentado con vistas a responder a las necesidades de las mujeres rurales.

La mujer y la vida política

La Constitución y los textos que rigen las condiciones del ejercicio de las libertades públicas consagran el principio de igualdad de hombres y mujeres por lo que respecta a los derechos políticos (voto y elegibilidad), la libertad de opinión, de asociación o adhesión a toda organización sindical y política y la libertad de prensa. Sin embargo, la aplicación de estos derechos permanece limitada de hecho, en especial, por el analfabetismo de las mujeres marroquíes, sobre todo rurales. Pese al lugar reservado a la mujer durante el proceso electoral de 2002, la participación en la vida pública permanece débil. En 2002 el sistema electoral estableció dos tipos de listas electorales, unas locales y otra estatal, la cual sirvió para reservar un porcentaje de escaños para mujeres apreciable en relación a 1997. En ese año sólo dos mujeres fueron elegidas para ocupar sendos escaños, del total de 325 diputados, poco más del 0,6% de representación femenina. En 2002, las mujeres elegidas fueron 35, con lo que la participación aumentó al 11%. Marruecos salió en 1983 del club de los 13 países del mundo con un Parlamento exclusivamente masculino.

Aunque el rol político potencial de la mujer sea ampliamente aceptado por la sociedad marroquí (una encuesta nacional realizada a 1.500 personas por la ADFM –Asociación Democrática de las Mujeres Marroquíes– con el apoyo de UNIFEM en junio de 2000, mostró que el 61% de la gente es favorable a la implicación de las mujeres en la política –mujeres el 71% y hombres el 50%–, y que se trata de una actitud ante todo urbana y femenina), su presencia en el campo político es aún muy débil. Así, el número de candidatas a las elecciones municipales de 1997 se elevó a 1.651 contra 1.086 en 1992, 377 en 1983 y 76 en 1976. Las 83 candidatas elegidas representan el 0,34% solo de los consejeros comunales. De manera general, pese a este aumento de la representación femenina, en materia política, diplomática y parlamentaria, el acceso de la mujer a la toma de decisión es aún simbólico. Marruecos está aún muy lejos del objetivo del ECOSOC de reservar el 30% de puestos de decisión a las mujeres para 1995. Sin embargo, en términos de influencia o de expresión política, esta situación es en parte compensada por la participación activa de las mujeres en el sector de los medios de comunicación y las ONG.

En el ámbito de la función pública, la Constitución garantiza a la mujer los mismos derechos que al hombre en lo que concierne al reclutamiento, la remuneración y la promoción. En 1998, las mujeres representaban el 32,6% de los efectivos del funcionariado del Estado (el 30,2% en 1990). Esta parte continuará aumentando dada la diferencia notable de la tasa de feminización según los sectores de edad: el 37% para menores de 40 años y el 28% para mayores de 40 años. Sin embargo, las mujeres están relativamente más presentes en los niveles inferiores y medios, lo que explica que el salario anual medio de los hombres sea un 20% superior al de las mujeres. La proporción de mujeres directoras en

Marruecos salió en 1983 del club de los 13 países del mundo con un Parlamento exclusivamente masculino

El repudio está en pleno desarrollo, las solicitudes aumentan un 10% cada año

la administración central es aún muy débil. La presencia regular desde hace algunos años de algunas mujeres en puestos ministeriales, más allá de la significación simbólica, traduce la lenta pero regular promoción de mujeres en puestos de dirección en la administración.

La Mudawana

Las modificaciones aportadas en 1993 al código del estatuto personal promulgado tras la independencia del país, han introducido algunas mejoras al estatus jurídico de las mujeres. Así, la ley exige, para la conclusión del acto de matrimonio, la presencia, el acuerdo y la firma de la mujer. Por otra parte, la mujer mayor, huérfana de padre, puede concluir ella misma su acta de matrimonio. En cuanto al repudio, no puede tener lugar más que en presencia de la esposa, con obligación de indemnización. Indemnización que sería útil observar cómo se hace en la práctica para verificar el grado de aplicación y de respeto de este aspecto de la ley, con consecuencias a menudo cruciales sobre el devenir de las mujeres repudiadas y de sus hijos. Con respecto a la poligamia, la ley exige ahora que la primera esposa sea avisada de la intención de su esposo de adjuntarle otra esposa. Esta última debe ser informada de que su futuro esposo está ya casado. Igualmente, se da derecho a la mujer de pedir a su futuro marido de comprometerse a no adjuntarle una coesposa y reconocerle el derecho de disolución de matrimonio en caso de que este compromiso sea violado. Estas nuevas condiciones van manifiestamente a hacer más difícil la poligamia que concernía a cerca del 5% de mujeres casadas en 1992, tanto en medio urbano como rural. En 1999 se presentaron menos de 200 solicitudes de poligamia, siendo autorizadas unas 150, en Rabat y su región. Sin embargo, el repudio (talak) está en pleno desarrollo, las solicitudes aumentan un 10% cada año.

Hay que subrayar sin embargo que el código de estatuto personal y las enmiendas introducidas en 1993 eran aún desconocidas para el 59% de las mujeres, según la encuesta de la familia de 1995. Permanecen probablemente desconocidas o ignoradas por una parte no despreciable de los notarios públicos encargados de librar actas con carácter de autenticidad, actas sobre la vida civil: compra, venta, donación, testamento, matrimonio, repudio.., que son quienes tienen por misión hacerlas conocer y aplicarlas. Esta amplitud de la ignorancia por parte de las mujeres de sus derechos es reveladora de los obstáculos socioculturales que traban su emancipación. Subraya también la necesidad de medidas de acompañamiento para alcanzar los objetivos que los textos de ley, por avanzados que sean, no pueden por sí solos alcanzarse en un ambiente caracterizado por el analfabetismo de las principales concernidas. En este sentido, una reciente encuesta ha mostrado que el desconocimiento de las leyes no es un hecho único de las personas analfabetas. Las diferencias entre los urbanos, los rurales, las mujeres y los hombres son, en definitiva, mínimas. Esta constatación muestra la amplitud del déficit en materia de información.

Estos avances en materia de tutela matrimonial, de repudio y de poligamia, aportadas por las enmiendas de 1993, son sin embargo juzgadas insuficientes tanto por el Gobierno como por la mayoría de las asociaciones de mujeres. Así, el Plan Nacional para la Integración de la Mujer

en el Desarrollo, con vistas a una mayor participación de las mujeres en el desarrollo, juzga prioritario el refuerzo de su poder jurídico. En su apartado relativo a la mejora rápida del estatuto jurídico de las mujeres, este Plan de Acción, preparado por el Gobierno en colaboración con un colectivo de ONG, propone una serie de medidas escalonadas en el tiempo. Se trata básicamente de:

- Elevar la edad al matrimonio a 18 años para las niñas, conforme a la Convención sobre los Derechos de la Infancia que Marruecos ha ratificado en junio de 1993 sin reservas en cuanto a la definición de infancia;

- Instauración del divorcio judicial como único medio de poner fin a los lazos matrimoniales, para acabar con los abusos y la precariedad de la situación de la mujer y de la infancia, que se desprenden del repudio;

-La uniformización de la edad de custodia de los niños, cualquiera que sea su sexo, a los 15 años;

-El reparto de bienes conyugales tras el divorcio;

-El reconocimiento a las mujeres juezas de estatutar en materia de código personal;

-La difusión por los medios de las sentencias de principio establecidas por la Corte Suprema, cuando éstas consagren un cambio de jurisprudencia, en beneficio de las mujeres, en materia de estatuto personal.

La aspereza del debate suscitado por estas propuestas, las grandes manifestaciones y contramanifestaciones populares a raíz de la celebración del Día Mundial de la Mujer en 2000, y la mediatización resultante han permitido al país "apropiarse" de la cuestión del estatuto y del papel de la mujer en el desarrollo de la sociedad. Gracias en parte al apoyo de la ONU, Marruecos ha reforzado sus capacidades de elaboración de políticas de promoción de la mujer y del enfoque de género, particularmente el aspecto de *advocacy*. Dicho Plan, que incluía además aspectos relativos a la educación, al acceso al sector económico y político, y la mejora de la salud reproductiva, se paralizó por la oposición frontal de los ulemas a la reforma de la Mudawana. Sin embargo, una encuesta de opinión ha mostrado que, sobre los principales puntos-obstáculo relativos al estatuto de personal de la mujer, la opinión pública es en general, favorable a los cambios propuestos (encuesta nacional de 1.500 personas, ADFM con el apoyo de UNIFEM, Rabat, junio 2000).

Conformidad con las convenciones de la ONU sobre los derechos de la mujer

Marruecos se caracteriza por un alto grado de integración en su sistema jurídico de las diferentes convenciones, declaraciones, recomendaciones y resoluciones elaboradas por la ONU y los organismos especializados sobre los derechos de las mujeres. Igualmente ha acogido en su orden jurídico interno las disposiciones que le parecen compatibles con sus valores fundamentales y que considera defendible tenida cuenta de su nivel económico y social.

Marruecos ha acogido en su orden jurídico interno las disposiciones que le parecen compatibles con sus valores fundamentales

La CEDAW, ratificada con reservas por Marruecos en 1993, no se ha publicado en el Boletín Oficial hasta 2001

Sobre la Plataforma de Acción de Beijing, Marruecos ha emitido reservas sobre los párrafos relativos a la vida sexual y el control de la fecundidad, el aborto, los derechos sexuales y la herencia. Concretamente, el Gobierno de Marruecos formuló reservas al párrafo 96 que expresa el derecho de las mujeres a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia, y al apartado k) del párrafo 106, que hacía referencia al párrafo 8.25 del Programa de Acción de El Cairo sobre el aborto. En ambos casos se especificó que su contenido estaba en contradicción con los preceptos del Islam y no era conforme a sus valores espirituales y sus tradiciones culturales. También se formularon reservas sobre el apartado f) del párrafo 232 (que establecía la necesidad de adoptar medidas para garantizar que se respeten y protejan plenamente los derechos humanos de la mujer), o sobre el apartado d) del párrafo 274 referente a los derechos sucesorios de las mujeres.

Sin embargo, la aplicación de la CEDAW, ratificada con reservas por Marruecos en 1993, no se ha publicado en el Boletín Oficial hasta muy recientemente, el 16 enero 2001. Este retraso en la publicación hace que sus disposiciones han sido durante largo tiempo desconocidas por los actores encargados de aplicarlas, en especial jueces y abogados. Sufre igualmente la ausencia, hasta hoy, de estructura institucional encargada de velar por su aplicación y seguimiento.

En 1997 Marruecos presentó su primer informe de evaluación del CEDAW, analizado en la 16ª Sesión del CEDAW, en enero de 1997. El Comité, pese a reconocer los esfuerzos por mejorar el Código de estatuto personal, expresó que aún existían “profundas desigualda-

Cuadro 2. Las reservas oficiales de Marruecos ante la CEDAW

Adoptando el CEDAW, Marruecos ha emitido reservas en cuanto al principio de igualdad de derechos de los sexos, en especial en cuestiones relativas a:

- La nacionalidad, dado que el código de la nacionalidad marroquí no permite a un niño tener la nacionalidad de su madre sino es bajo ciertas condiciones como la que estipula que el niño debe haber nacido en Marruecos y que declara, en los dos años precedentes a su mayoría, querer adquirir esta nacionalidad y a condición de que tenga, en el momento de la declaración, una residencia habitual y regular en Marruecos.
- Los derechos y responsabilidades durante el matrimonio y en su disolución, “del hecho de que una igualdad de este género es contraria a la Sharia islámica que garantiza a cada uno de los esposos derechos y responsabilidades en un marco de equilibrio y de complementariedad a fin de preservar los lazos sagrados del matrimonio. En efecto, las disposiciones de la Sharia islámica obligan al esposo a suministrar la dote durante el matrimonio, y a mantener a su familia, mientras que la esposa no está obligada, en virtud de la ley, de mantener a su familia. Igualmente, tras la disolución del matrimonio el esposo está igualmente obligado a pagar la pensión alimentaria. Por el contrario, la esposa se beneficia durante el matrimonio o tras su disolución, de una entera libertad de administrar y disponer de sus bienes sin ningún control del marido, este último no tiene ningún poder sobre los bienes de su esposa. Por estas razones, la Sharia islámica no concede el derecho de divorcio a la mujer mas que si interviene un juez” (extraído de las reservas oficiales del Gobierno Marroquí ante el CEDAW).

des” que afectaban al estatus de las mujeres en Marruecos. En su informe recordaba que existían discriminaciones considerables respecto al matrimonio, a las relaciones conyugales, al divorcio, a la custodia de los hijos, al castigo por adulterio y al traspaso de la nacionalidad. También existían discriminaciones descaradas en la esfera pública en materia de contratación, salarios y excedencias. Además, no existía legislación destinada a proteger a las mujeres contra cualquier forma de violencia. Los expertos expresaron también su preocupación por el número y la importancia de las reservas realizadas por Marruecos al CEDAW, y sobre la improbabilidad de que fueran retiradas, particularmente las reservas al artículo 2 sobre medidas legislativas y constitucionales que aseguren los derechos de las mujeres, y al artículo 16 sobre discriminación en materias relacionadas con la familia. Las características culturales no podían permitir minar la universalidad de los derechos humanos o impedir la adopción de medidas apropiadas a favor de las mujeres, concluyeron los expertos. El Comité recomendó la consolidación del principio de igualdad entre hombres y mujeres en todas las esferas con el fin de llevar a la Constitución de Marruecos en la línea de las normas internacionales relevantes. Debería establecerse unos mecanismos específicos para coordinar la acción a favor de las mujeres e impedir la persistencia de actitudes discriminatorias, prejuicios y estereotipos. El Gobierno marroquí debería continuar sus esfuerzos por modificar y enmendar la legislación que aún discrimina a la mujer y perseverar en el uso de una interpretación positiva de los textos sagrados para dar un empuje a la mejora del estatus de la mujer.

El Comité Anti-Discriminación, encargado de evaluar la situación del país, mostró una especial preocupación por la mortalidad materna y el derecho a la salud reproductiva, y por el elevado analfabetismo, y recordó la necesidad de aplicar íntegramente el programa de Acción de la CIPD. Asimismo se recordó que las mujeres en sociedades polígamas tienen una mayor prevalencia de VIH/Sida. Si bien los tratados internacionales reconocen el derecho de los países a hacer reservas, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena 1993) expresó que las culturas o tradiciones nacionales no podían invocarse para justificar la discriminación. También se destacó repetidamente que el informe de Marruecos no incluía datos sobre violencia contra las mujeres, ni violencia doméstica ni sexual, ni tráfico de mujeres o prostitución.

Así, la reforma de la Mudawana sigue siendo una asignatura pendiente en Marruecos, y el estatus de la mujer es, por lo menos, una prioridad básica en la agenda política y social, como lo demostraron el 11 de marzo de 2002 sendas manifestaciones de mujeres, una en Rabat, por parte de mujeres a favor de una visión modernizadora y occidentalizante, y otra en Casablanca, por parte de la corriente tradicionalista islámica.

La reforma de la Mudawana sigue siendo una asignatura pendiente en Marruecos

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

La salud sexual y reproductiva de Marruecos

La relación entre las dinámicas de población y el desarrollo humano, el papel creciente de mujeres y la difícil situación de la juventud, así como la constatación de que es precisamente en este sector básico de la salud en el que Marruecos acusa aún el mayor retraso y donde las disparidades son aún más importantes entre las ciudades y el medio rural, hacen de la salud sexual y reproductiva uno de los elementos clave para el desarrollo del país. A ello se une la tradicional discriminación de mujeres y juventud del proceso de toma de decisión público, tanto a nivel político, social como económico.

El siguiente análisis sobre la situación de la salud sexual y reproductiva se basa principalmente en los resultados de la encuesta PAPCHILD de 1997, la última disponible hasta el momento sobre salud reproductiva, a la espera de que se publiquen los resultados de la encuesta PAPFAM en 2003.

Marruecos goza de buenas fuentes de información y de seguimientos de indicadores sobre salud sexual y reproductiva y materno infantil, gracias a las encuestas que sobre este sector se realizan periódicamente en el marco de los programas de encuestas mundiales sobre fecundidad (1979-1980) y de las encuestas demográficas y de salud (1987-1995). Desde 1997 estas encuestas se enmarcan en los proyectos panárabes PAPCHILD para 1997 y PAPFAM para 2002.

Este tipo de encuestas oficiales adolece, entre otras, de dos desviaciones importantes a la hora de abordar la planificación familiar como un dere-

Cuadro 3. Principales encuestas sobre salud sexual y reproductiva

1979/80	Enquête Nationale sur la Fecondité et Planification Familiale (ENFPF)
1987	Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fecondité et la Santé de la Population (ENPS-I)
1992	Enquête Nationale sur la Population et la Santé (ENPS-II)
1995	Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS)
1997	Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME)
2002	Enquête PAPFAM (en elaboración)

La fecundidad es el campo donde Marruecos ha realizado una evolución más acusada en las últimas décadas

cho humano. Por un lado su acceso a las personas no casadas, principalmente jóvenes, y por otro la exclusiva relación con la mujer, con la carga de género que representa.

El presente capítulo aborda los elementos clave de la salud sexual y reproductiva, a saber, fecundidad y planificación familiar, maternidad sin riesgo, enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida. También se recogen algunos elementos relacionados con la situación de los derechos sexuales y reproductivos y su expresión desde un punto de vista más social y jurídico, como pueden ser la prostitución, la homosexualidad, la sexualidad de adolescentes o el aborto.

Fecundidad y planificación familiar

La fecundidad es el campo donde Marruecos ha realizado una evolución más acusada en las últimas décadas. La implantación del Programa Nacional de Planificación Familiar en 1966, la incorporación de los temas de población en las políticas y estrategias de desarrollo económico y social, así como la paulatina modernización y evolución de pautas de comportamiento reproductivo de la sociedad marroquí han favorecido un descenso del índice sintético de fecundidad de 7 hijos por mujer en 1962-1963 a 3,1 en 1997.

Tabla 17. Evolución del índice sintético de fecundidad (ISF) y tasa de prevalencia contraceptiva (TPC)

Año	ISF	TPC (en %)	Fuente
1962-1963	7,3	19,4	EOM
1979-1980	5,9	-	ENFPF
1983-1984	4,8	25,5	ENPC
1987	4,2	35,9	ENPS-I
1992	4,2	41,5	ENPS-II
1995	-	50,0	PANEL
1997	3,1	58,8	PapChild

Fuentes:

EOM: Enquête à objectif multiples, 1962-1963, Direction de la Statistique, Rabat

ENFPF: Enquête Nationale de Fécondité et de Planification Familiale, Ministère de la Santé Publique, 1979-1980, Rabat

ENPS-I et ENPS-II, Enquête Nationale sur la Population et la Santé, Ministère de la Santé Publique et Macro-International, 1987 et 1992

PANEL: Enquête National sur la Population et la Santé, Ministère de la Santé Publique et Macro-International, 1995, Rabat

PAPCHILD, 1997.

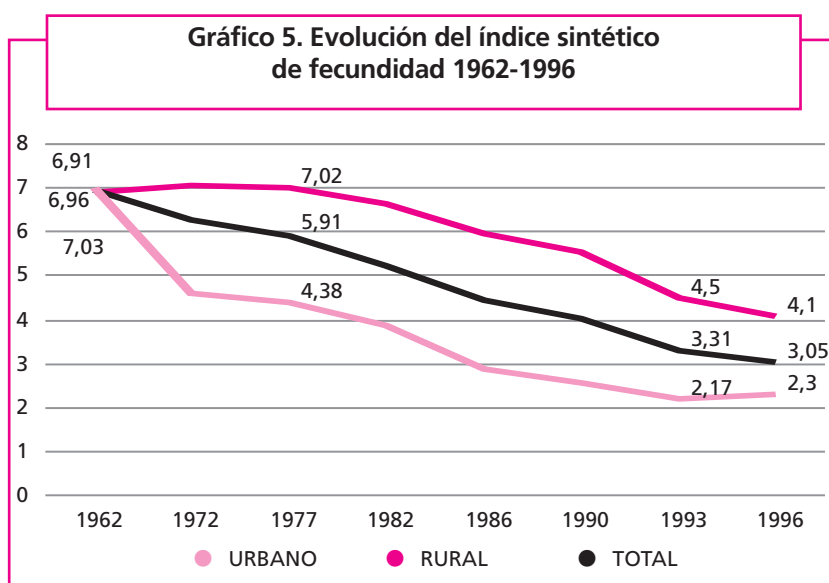
Tabla 18. Utilización de la contracepción por método

Método	ENPS-II (1992)	PAPCHILD (1997)
Píldora	68%	70%
Condón	2%	2%
DIU	8%	10%
Esterilización Femenina	7%	5%
Métodos Tradicionales	14%	12%
Otros métodos modernos	1%	1%

Tabla 19. Evolución del número medio de hijos por mujer por medio de residencia según diferentes encuestas

Fuente	Fecha aproximada de la estimación	Urbano	Rural	Conjunto
EOM 1962-1963	1962	7,03	6,91	6,96
Doble Colecta 1972-1973	1972	4,61	7,05	6,26
ENFPF 1979-1980	1977	4,38	7,02	5,91
ENPS-I 1987	1982	3,86	6,66	5,24
ENDPR 1986-1988	1986	2,85	5,97	4,47
ENPS-II 1992	1990	2,54	5,54	4,04
EPPS 1995	1993	2,17	4,50	3,31
ENSME 1997	1996	2,3	4,1	3,05

Uno de los factores que cuentan entre los determinantes de la fecundidad es la nupcialidad temprana



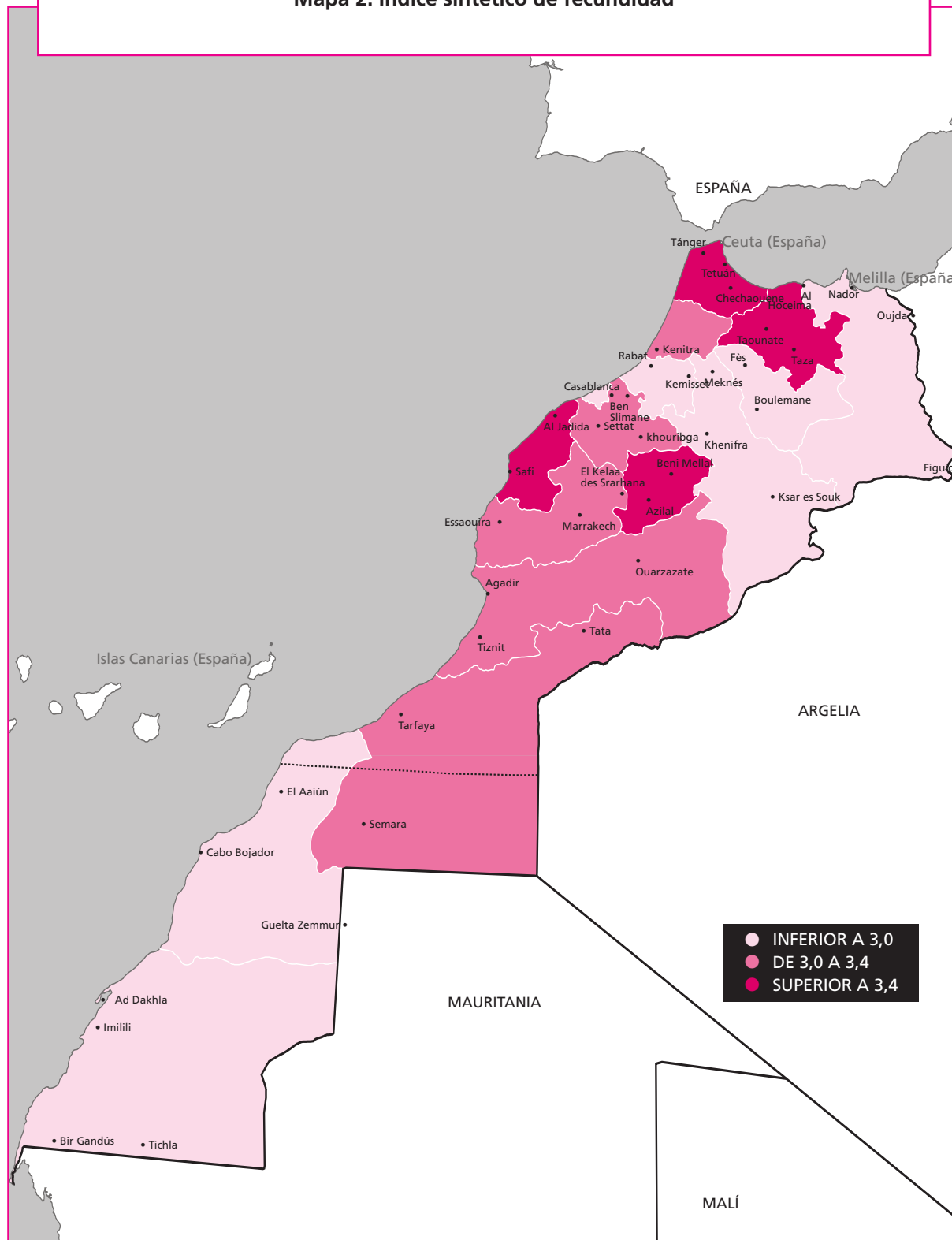
Fuente: Encuestas de población

A este descenso han contribuido diversos determinantes que reflejan una evolución social muy relacionada con el estatus de las mujeres, en particular el retraso en el matrimonio y la prevalencia contraceptiva. Como ocurre con otros indicadores, las diferencias por medio de residencia y perfil sociodemográfico también hacen de la fecundidad una muestra de las desigualdades del país. Así pues, en medio urbano se observa una media de 2,3 hijos por mujer, siendo de 4,1 en medio rural. Por nivel de instrucción, se pasa de 3,7 hijos por mujer sin instrucción a 1,6 para las mujeres con estudios superiores, cifra ésta bien lejana a la tasa de reemplazo generacional de 2,1. Por regiones (véase mapa anexo) tenemos 2,1 hijos por mujer en la región de Gran Casablanca, a valores de 3,6-3,8 en la zona norte de Tánger-Tetuán y Taza-Alhucemas-Taounate.

Nupcialidad: matrimonio precoz y poligamia

Uno de los factores que cuentan entre los determinantes de la fecundidad es la nupcialidad temprana, pues el matrimonio, especialmente en las sociedades musulmanas, marca el paso a la vida de procreación en ausen-

Mapa 2. Índice sintético de fecundidad



Elaboración propia. Fuente: Encuesta PAPCHILD 1997

cia de contracepción. La encuesta de 1997 refleja un retraso en la edad al primer matrimonio, así, para el conjunto de mujeres de 25-49 años, la edad media al primer matrimonio es de 21,1 años, cuando en 1992 era de 18,8 años. Esta evolución se confirma si comparamos las generaciones más jóvenes con las de más edad. Las mujeres de 45-49 años se casaron por primera vez a una edad media de 18,5 años, mientras que para las mujeres de 25-29 años la edad media en el primer matrimonio era ya de 23,8 años.

Marruecos es el país en el que la poligamia está menos extendida y en neto retroceso

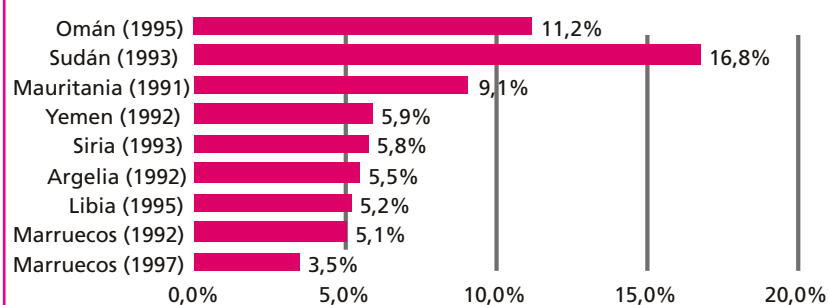
Tabla 20. Edad media al primer matrimonio por grupo de edad y medio de residencia 1997

Medio de residencia	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Mujeres 25-49
Urbano	27,1	24,9	21,9	20,6	18,1	22,4
Rural	21,8	20,5	18,6	18,4	18,9	19,4
Conjunto de mujeres	23,8	22,2	19,7	19,4	18,5	20,8

Fuente: ENSME, Maroc 1997

Merece destacar un aspecto bastante recurrente a la hora de hablar de la nupcialidad en las sociedades musulmanas, se trata de la poligamia. Un análisis comparado del porcentaje de mujeres casadas entre diferentes países musulmanes muestra que Marruecos es el país en el que esta práctica está menos extendida y en neto retroceso.

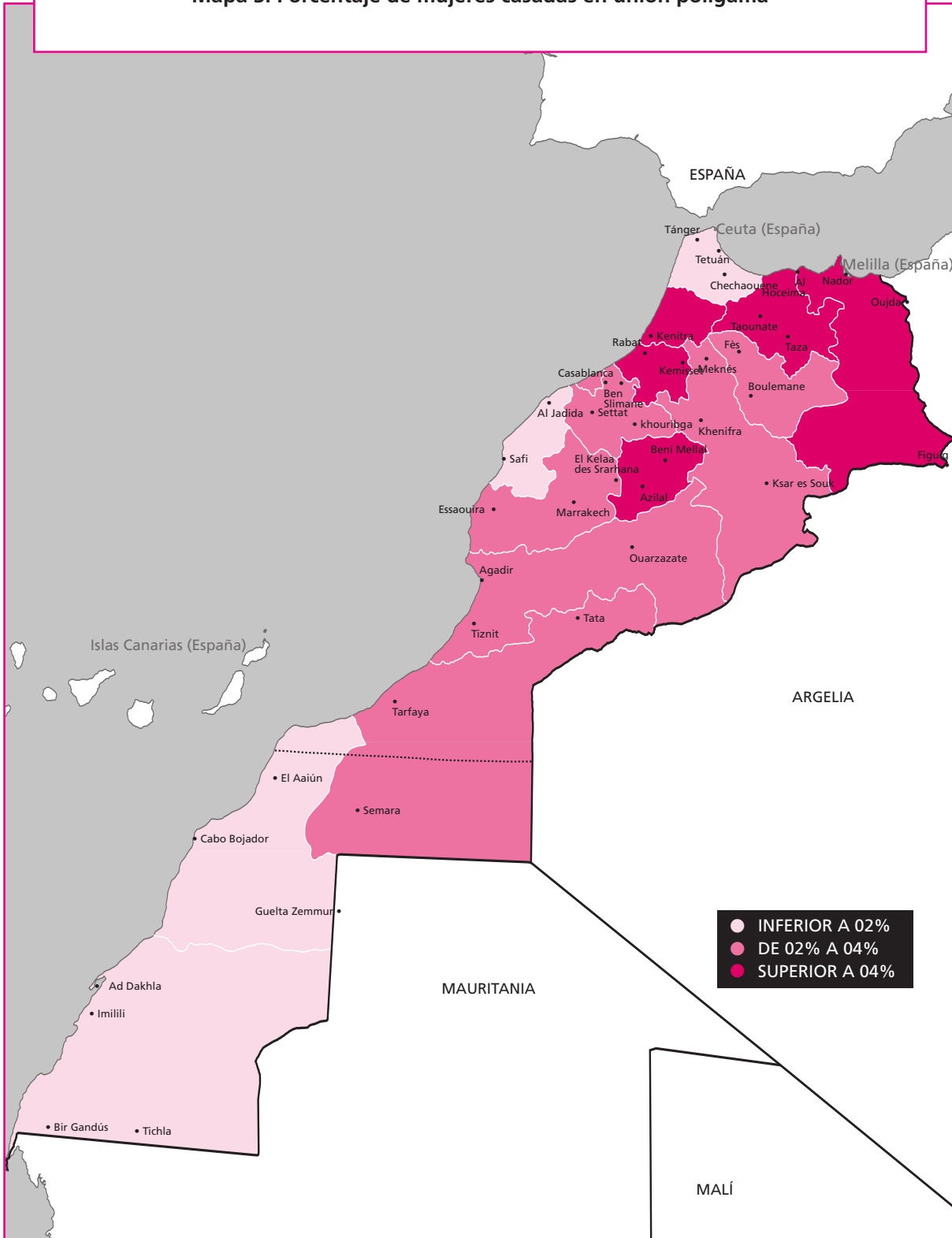
Gráfico 6. Porcentaje de mujeres casadas en unión polígama en algunos países árabes



Fuente: Encuestas de población

Sólo el 3,5% de las mujeres en 1997 estaban casadas en una unión polígama, respecto al 5,1% en 1992. A nivel regional existen diferencias importantes, desde regiones como Tánger-Tetuán donde prácticamente ha desaparecido (0,4%), a la región de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer donde alcanza un 5,4%. Esta vez, las diferencias según medio urbano o rural son inapreciables, 3,4% contra 3,5%, sin embargo, el nivel de instrucción sí es determinante, con un 4,2% para las mujeres sin instrucción y un 0,7% para las que han alcanzado la educación secundaria y superior. Otra práctica que tiende a disminuir es el matrimonio entre parientes o endogamia familiar; en 1987 alcanzaba el 33% y en 1997 el 29,4%, también es menos preponderante que en otros países árabes. El matri-

Mapa 3. Porcentaje de mujeres casadas en unión polígama



Elaboración propia. Fuente: Encuesta PAPCHILD 1997

monio endogámico guarda también relación con el matrimonio precoz, el medio rural y el nivel bajo de estudios.

En definitiva, paralelamente al descenso de la fecundidad, se observa en Marruecos una transición hacia el matrimonio más tardío, y a la cada vez menor incidencia de la poligamia y de la endogamia familiar, indicadores de una mejora del estatus social y familiar de las mujeres marroquíes y de una menor incidencia de prácticas tradicionales a favor de una modernización de los hábitos matrimoniales.

La prevalencia contraceptiva

Sin embargo, el aumento de la tasa de prevalencia contraceptiva es el factor que más significativamente ha incidido en el descenso de la fecundidad en Marruecos. En Marruecos existe un elevado nivel de conocimiento de los métodos contraceptivos en mujeres casadas o no solteras (viudas y divorciadas). La encuesta de 1997 muestra que el 99,7% de las mujeres casadas y no solteras (recordemos que este tipo de encuestas no recogen datos sobre mujeres solteras) conoce algún método, el 99,7% conocen métodos modernos y el 94% métodos tradicionales. Llama la atención, sin embargo, la poca atención prestada al conocimiento de métodos por parte de los hombres; este déficit se refuerza con el hecho que sólo el 5,5% de las mujeres casadas conoce la esterilización masculina, mientras que el 92,2% conoce la femenina. Estos datos nos muestran una acusada carga de género en materia de planificación familiar.

Por orden de importancia, los métodos más conocidos son la píldora (100%), el DIU (95%), la ligadura tubaria (92%), los inyectables (83%) y el condón (81%). Los menos conocidos son el Norplant (57%), los métodos vaginales (diafragma, espuma y gel) (21%) y la esterilización masculina (6%). El 94% de las mujeres ha citado algún método tradicional, destacando la lactancia prolongada (88%), la continencia periódica (78%) y el retiro o coitus interruptus (70%).

Tabla 21. Conocimiento de métodos: % de mujeres de 15-49 años no solteras que conocen diferentes métodos

Métodos contraceptivos	Porcentaje
Cualquier método	99,7
Método moderno	99,7
Píldora	99,5
DIU	94,9
Norplant	56,5
Inyectables	82,8
Métodos vaginales	20,6
Condón	80,8
Esterilización femenina	92,3
Esterilización masculina	5,4
Método tradicional	94,0
Continencia periódica	77,9
Retiro	69,5
Lactancia prolongada	87,9
Otro	16,7

Fuente: ENSME 1997

Paralelamente al descenso de la fecundidad, se observa en Marruecos una transición hacia el matrimonio más tardío

El 47,6% de las mujeres inician la contracepción tras el primer hijo, mientras que un 16,2% lo hace antes de tener hijos

En lo que respecta al uso de métodos, siempre según la encuesta de 1997, el 83% de mujeres no solteras había utilizado un método contraceptivo en algún momento de su vida reproductiva. Un 78% había utilizado algún método moderno (en 1992 sólo era el 63% y en 1995 el 71%), de los que la píldora es el más utilizado (75%). Pese a un ligero avance, el DIU permanece a mucha distancia en el uso de las mujeres marroquíes, con un 14%, mientras que el condón es usado por un 10%. En cuanto al uso de métodos tradicionales, un 39% de las mujeres casadas lo ha practicado, repartiéndose entre el retiro (15%), la continencia periódica (13%) y la lactancia natural prolongada (21%).

Tabla 22. Nivel de uso: % de mujeres casadas de 15-49 años que han utilizado diferentes métodos contraceptivos, según edad y método

Método contraceptivo	15-24	25-34	35-49	Total
Cualquier método	69,7	88,2	87,5	84,4
Método moderno	64,1	81,4	81,2	78,0
Píldora	63,4	78,2	77,8	75,2
DIU	5,9	13,9	17,0	13,8
Norplant	0,1	0,1	0,2	0,1
Inyectables	1,1	2,2	2,6	2,2
Diafragma, espuma, gel	0,7	1,5	2,8	2,0
Condón	5,0	11,5	10,8	9,9
Esterilización femenina	0,1	0,9	5,8	3,0
Esterilización masculina	0,0	0,1	0,0	0,0
Método tradicional	18,5	38,8	46,4	38,5
Continencia periódica	4,6	12,6	15,9	12,6
Retiro	7,4	15,7	17,1	14,8
Lactancia prolongada	8,8	20,4	27,1	21,4
Otro	0,3	1,1	2,7	1,7

Fuente: ENSME 1997

Las diferencias entre el medio urbano y el rural son notorias. El 91% de las mujeres urbanas han recurrido ya a la contracepción, contra el 78% en las zonas rurales. Para la contracepción moderna los porcentajes son respectivamente del 87% y el 70%. Por regiones, el nivel de utilización es más elevado en Gran Casablanca con 94% y el más bajo en Tánger-Tetuán con 74%.

Respecto al número de hijos en el momento de la primera utilización, se observa como el 47,6% de las mujeres inician la contracepción tras el primer hijo, mientras que un 16,2% lo hace antes de tener hijos y un 14% tras el segundo. Sólo un 8,8% se inicia con cinco hijos o más. Por regiones, destaca que entre un 20-35% de mujeres inicia la contracepción antes de tener hijos en Gran Casablanca, Rabat Salé Zemmour Zaër, Tadla Azilal, Méknès Tafilalet y Fès Boulemane. En contraposición, las regiones de Taza Alhucemas Taounate y de Tánger Tetuán tienen la mayor proporción de mujeres que no inician la contracepción hasta el quinto hijo (14-17%). La mayor parte de las mujeres (90,2%) que utilizó la contracepción por primera vez lo hizo para espaciar nacimientos, el resto lo hizo para no tener más hijos.

A diferencia de los datos de la utilización de contraceptivos en algún momento de la vida, su uso en el momento presente de la encuesta nos da una idea más aproximada de la incidencia de la planificación familiar. La prevalencia contraceptiva resultante es del 58,4% (incluida lactancia prolongada), y si nos ceñimos a los métodos modernos, sólo el 48,8% los usan. La píldora es el más utilizado con un 38,8%, seguida muy de lejos por el DIU con el 5,3% y la esterilización femenina con el 3%. Globalmente, el nivel de la práctica contraceptiva se ha incrementado sustancialmente durante los últimos años, del 19,4% en 1980 al 41,5% en 1992 y el 50,3% en 1995 al 55,2% en 1997 (para mantener la comparativa de datos entre encuestas, no se considera la lactancia prolongada).

La píldora es el método contraceptivo más utilizado con un 38,8%, seguida muy de lejos por el DIU con el 5,3%

**Tabla 23. Utilización por regiones y nivel de educación:
% de mujeres casadas de 15-49 años que han utilizado
métodos contraceptivos**

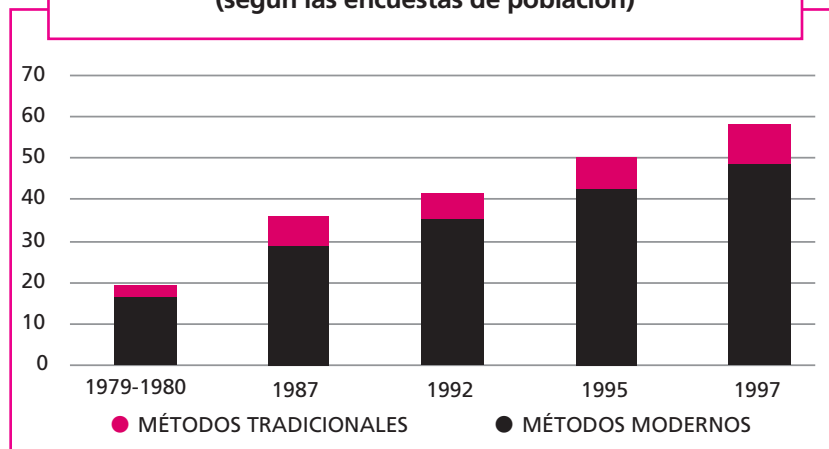
característica		cualquier método	método moderno
<i>Medio de residencia</i>	Urbano	90,9	86,8
	Rural	78,4	70,1
<i>Región</i>	Laayoune Boujdour S.H.	91,0	83,1
	Guelmin Smara	85,0	80,0
	Souss Massa Draa	74,2	65,2
	El Gharb Chrarda	86,6	81,0
	Chaouia Ourdigha	86,7	81,0
	Marrakech Tensift Haouz	85,6	78,4
	Région Orientale	86,4	80,1
	Gran Casablanca	94,3	91,8
	Rabat Salé Zemmour Zaër	89,0	84,7
	Doukala Abda	82,9	75,4
	Tadla Azilal	85,3	84,5
	Méknès Tafilalet	85,9	82,4
	Fès Boulemane	88,4	82,2
	Taza Al Houceima Taounate	76,7	67,2
	Tánger Tetuán	74,2	62,1
	<i>Nivel de educación</i>	Analfabeta	82,3
Leer y/o escribir		88,5	85,1
Primaria		91,2	88,2
Preparatoria		92,5	87,5
	Secundaria y más	90,7	82,3

Fuente: ENSME 1997

Por regiones, las que tienen una mayor prevalencia contraceptiva son Guelmin Smara, con un 75%, Gran Casablanca con un 70,7%, Laayoune Boujdour con un 68,5% y Rabat Salé Zemmour Zaër con un 67,8%, es decir las regiones de las dos grandes capitales del país, y el Sáhara Occidental. Las que tienen una menor prevalencia son las del norte, Taza Alhucemas con 48,3% y Tánger Tetuán con 47,8%.

Según el lugar de residencia, persisten las diferencias entre el medio urbano y el rural, con un 65,8% para el medio urbano y un 51,7% para el rural. Hay que destacar, sin embargo, que respecto a 1995 las ganancias han sido mayores en la zona rural (8 puntos porcentuales más), mientras la zona urbana no ha experimentado cambio. Existe también una neta

Gráfico 7. Evolución de la tasa de prevalencia contraceptiva (según las encuestas de población)



Fuente: Encuestas de población

Cuadro 4. Suministro de servicios de planificación familiar

Sector público	60%
Sector privado	40%
Centro de salud	49,8%
Farmacia	35,3%
Hospital-maternidad.....	6,2%
Equipo móvil	4,2%
AMPF (Asociación Marroquí de Planificación Familiar)	1,1%

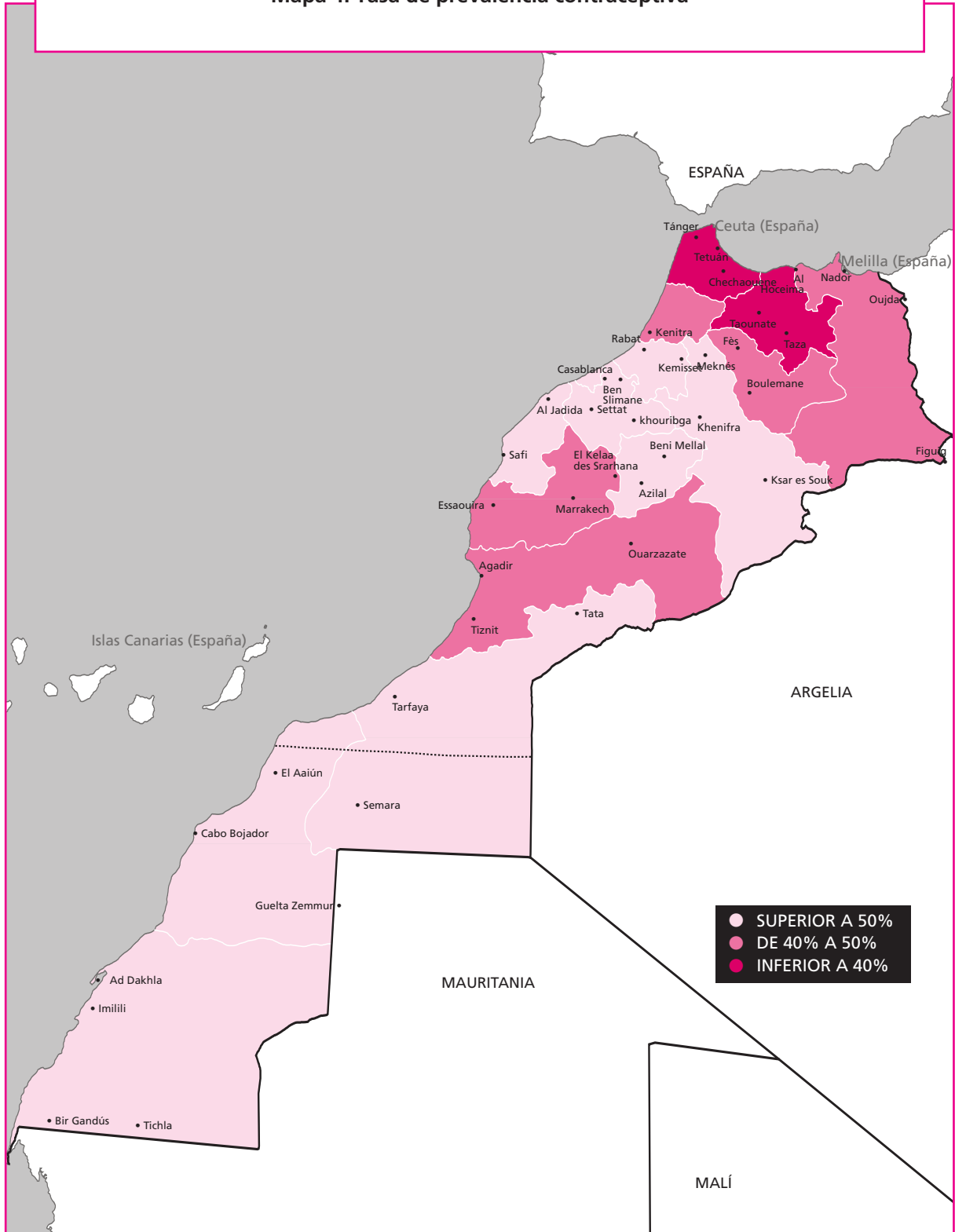
Cuadro 5. Mujeres casadas que desean tener hijos, (según el número de hijos actual)

0	92%
1	93%
2	63%
3	47%
4	23%
5 o más	6%

correlación con la variable del nivel de estudios, la tasa de prevalencia contraceptiva alcanza el 55,9% en las mujeres sin instrucción y el 62% en las que saben leer y escribir, para las de estudios; de primaria es del 64,4%, y del 72,1% para secundaria y superior.

Por lo que respecta a los problemas surgidos a la hora de utilizar contraceptivos, sólo un 14,1% de las mujeres han referido complicaciones, la mayor parte (12,7%) por problemas de salud –principalmente por la píldora-, mientras que sólo un 0,3% han referido rechazo o desacuerdo del marido. En este sentido, y ahondando más en la posible resistencia del

Mapa 4. Tasa de prevalencia contraceptiva



Elaboración propia. Fuente: Encuesta PAPCHILD 1997

La mayoría de las mujeres prefieren tener familias reducidas, el 79% prefieren tener entre 2 y 4 hijos, el 29% desea dos, el 21% desea tres y el 29% cuatro

marido, el 66% de las mujeres casadas que no usan anticoncepción han discutido sobre la planificación familiar con su esposo.

Demandas no satisfechas: entre el deseo y la realidad

En materia de preferencias sobre la fecundidad, un 44% de las mujeres marroquíes encuestadas desean tener otro hijo y un 47,7% no desean tener más hijos. Evidentemente los porcentajes varían según si no se tienen hijos todavía (92%) o si tienen ya cinco o más (6%).

Por regiones, el porcentaje mayor de mujeres casadas que no desean tener más hijos, independientemente del número que tengan, se da en El Gharb-Chrarda con el 61,7%, y en Tanger-Tetuán con el 57,7%. Recordemos que ésta es una región con una menor prevalencia contraceptiva, por lo que podría pensarse que es la región donde existe una mayor demanda no satisfecha de planificación familiar. Es además una región donde existe mayor proporción de mujeres que no utilizan contracepción y que este uso es desaprobado por el marido en un 32%.

Por lo que respecta al tamaño de la familia, los resultados muestran que la mayoría de las mujeres prefieren tener familias reducidas, el 79% prefieren tener entre 2 y 4 hijos, el 29% desea dos, el 21% desea tres y el 29% cuatro. Este deseo viene a coincidir con la media del índice de fecundidad, que es de 3,1 hijos por mujer para el período 1994-1997.

Uno de los indicadores más importantes a la hora de ver si las necesidades están cubiertas o no en materia de planificación familiar y si existe la capacidad o no de ejercer este derecho, es la demanda no satisfecha, es decir la proporción de mujeres que no desean tener más hijos pero que no utilizan un método contraceptivo. En 1997 las usuarias de un método contraceptivo eran más numerosas entre las que no deseaban tener más hijos (69%) que entre las que sí deseaban tener más (50%). El uso por parte de este último grupo se explica más por razón de espaciamiento de nacimientos. Sin embargo, existe la paradoja de que entre las mujeres casadas y fecundas que no desean más hijos el 31% no utilizan anticoncepción, habiéndolo utilizado antes el 25% y no habiéndolo utilizado nunca el 6%. Así, entre las mujeres que no desean más hijos y no usan contracepción, el 13% no preven usarla en el futuro y el 22% sí. Las declaraciones de esta categoría de mujeres reflejan una contradicción debido a la incoherencia entre sus deseos reproductivos y sus intenciones en cuanto a la práctica contraceptiva.

En definitiva, Marruecos ha sufrido un descenso acusado de la fecundidad, mucho más acusado en zonas urbanas que en rurales. Pese a los avances siguen existiendo fuertes desigualdades entre zonas rurales y urbanas, así como entre las distintas regiones del país, en especial por lo que a necesidades no satisfechas en materia de planificación familiar se refiere, así como a información sobre los diversos métodos.

El tratamiento contra la infertilidad: un derecho inaccesible

Cuando hablamos de salud reproductiva a menudo olvidamos la problemática de la infertilidad, con todos los elementos sociales y de derechos que implican. Uno de los derechos reproductivos a los que se hace menos refe-

rencia pero igualmente importante es el derecho a tener hijos. Así, los tratamientos de la esterilidad se incluyen igualmente en el paquete de servicios de salud reproductiva aprobados en la Conferencia de El Cairo. En Marruecos este derecho está lejos de poder ser ejercido de la misma forma que el derecho a regular la fecundidad. Al alcance de muy pocas mujeres, exclusivamente a las familias de poder adquisitivo elevado, se vino intentando desde 1991 el método de fecundación in vitro sin éxito. La primera vez que una mujer dio a luz tras una fecundación in vitro data de 1995, y fue la clínica privada *La Nichée* de Casablanca la pionera, gracias al equipo del Dr. Abdel Illah Zniber.

Los textos islámicos no presentan un obstáculo mayor a la planificación familiar

Islam y planificación familiar

Por lo que respecta a la doctrina islámica con relación a la planificación familiar, elemento de interés dadas las características del país, y la fractura laicidad-islam en relación con los derechos de las mujeres, que actualmente vive el país, cabe decir que al igual que en el judaísmo y en el cristianismo, el Islam valora la procreación en el marco del matrimonio, y la fecundidad es altamente apreciada. Sin embargo, algunos han usado esta postura de base para argumentar que el Islam no permite la contracepción o el aborto. Cabe decir que los textos islámicos no presentan un obstáculo mayor a la planificación familiar. De hecho, muchos pensadores religiosos musulmanes en el último cuarto de siglo mantienen que pese a la exhortación de Muhammad de multiplicarse, la planificación familiar es permitida e incluso alentada por la ley islámica.

Varias suras coránicas enfatizan la noción de que Dios no desea cargar a los creyentes con la implicación de que el bienestar de los hijos está por encima de la preocupación por una familia numerosa. Como resultado, la contracepción tiene una larga historia en el Islam. Los primeros doctores musulmanes dejaron constancia de la tradición de prescripciones a base de hierbas para prevenir el embarazo en los libros islámicos de medicina, los cuales se usaron durante siglos en Europa. El mismo Muhammad alentaba la práctica de *al'azl* (o coitus interruptus). Por analogía, el uso de otros métodos barrera, como el condón y el diafragma, también está permitido. Mientras algunos líderes religiosos consideran el uso de contraceptivos orales o implantes como indeseables o incluso prohibidos, la mayoría aceptan su uso mientras no interfieran en la salud y bienestar de la mujer. La ligadura de trompas y la vasectomía presentan mayores dificultades. Algunos líderes religiosos argumentan que la esterilización daña permanentemente a una persona y, en consecuencia es inaceptable para el Islam. Otros argumentan que en la medida en que la esterilización sea reversible, es permitida.

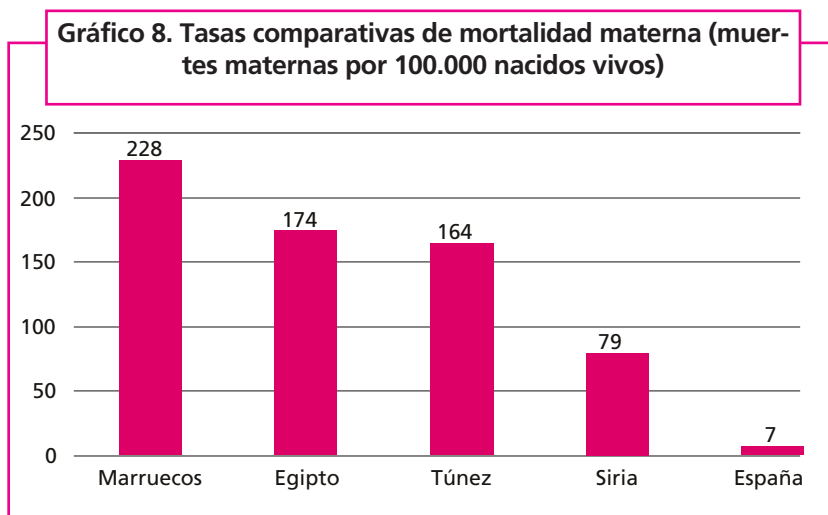
Maternidad sin riesgo y mortalidad materna

En el marco de la salud sexual y reproductiva, la salud materna y, en concreto, la mortalidad materna es uno de los grandes déficits del país, quizás el mayor, y donde más esfuerzos deben realizarse aún. La mortalidad materna es uno de los indicadores de desarrollo humano, con la carga de género y de falta de derechos humanos que implica. Se incluye en los objetivos del milenio, y es particularmente revelador de la condición femenina, del acceso de la mujer a los cuidados de salud y a la manera en que el sistema de salud responde a sus necesidades.

La causa mayor de muerte materna es la hemorragia severa que generalmente ocurre en el período de postparto

La mortalidad materna es difícil de medir, para ello es necesario saber el número de muertes de mujeres en edad de procrear (15-49 años), cuál ha sido la causa de la muerte, y si la mujer estaba embarazada en el momento de fallecer o lo había estado recientemente. Asimismo, para establecer el indicador en relación al número de nacimientos vivos se necesitan los datos de los nacimientos durante el período de referencia entre las mujeres encuestadas. La definición que la OMS utiliza es: la muerte de una mujer que estaba embarazada en el momento de la muerte o que lo había estado recientemente y cuya muerte ha tenido relación con el embarazo, sea directa o indirectamente. La muerte materna directa es aquella producto de complicaciones del embarazo que sobrevienen antes, durante o después del parto hasta 42 días más tarde. Las muertes maternas indirectas son resultado de condiciones y enfermedades que son exacerbadas por los efectos fisiológicos del embarazo, como pueden ser la malaria, la anemia, el VIH/Sida o enfermedades cardiovasculares. Globalmente, cerca de un 80% de todas las muertes maternas, son resultado directo de complicaciones surgidas durante el embarazo, el parto o el puerperio. El otro 20% son debidas a condiciones preexistentes que empeoraron por el embarazo o su mala atención.

La causa mayor de muerte materna es la hemorragia severa (causante del 25% de muertes maternas), que generalmente ocurre en el período de postparto. Cerca del 15% de muertes son producidas por infecciones puerperales, seguidas de desórdenes hipertensivos del embarazo (13%), parto prolongado u obstruido (7%) y aborto en malas condiciones (hasta un 30% en algunas partes del mundo). La mayoría de las muertes maternas ocurren (61%) en el período de postparto, y más de la mitad de éstas tienen lugar el mismo día del parto.



Fuente: Encuestas de población

Uno de los principales obstáculos es el no registro del conjunto de muertes maternas. Existen dos insuficiencias principales: los errores sobre el período de referencia y las omisiones. En Marruecos, ante la débil tasa de cobertura de las muertes por el sistema de estadísticas de estado civil y de estadísticas de rutina de registros de muertes del departamento de Salud Pública, las encuestas sobre la población y la salud llevadas a cabo por este último per-

manecen entre las principales fuentes de información para medir la mortalidad materna. Sin embargo, el tamaño del muestreo para esas encuestas es bastante limitado. Los análisis de tendencia son, en consecuencia, bastante difíciles de realizar por razón del nivel elevado de los errores de sondeo.

La tasa de mortalidad estimada por los resultados de la ENSME 1997 es de 228 muertes maternas por 100.000 nacimientos vivos para 1992-1997. Esta tasa esconde como siempre grandes disparidades según lugar de residencia; el nivel es 2,5 veces más elevado en zonas rurales (307 muertes por 100.000 nacimientos vivos) que en zonas urbanas (125).

Una de las causas del retraso se debe a lo reciente de su consideración como prioridad política. Los programas de salud reproductiva en Marruecos han evolucionado, como en otros países, a partir de los programas de protección de la salud infantil y, después, en una segunda fase se puso el acento en la salud materna. Los programas de control del embarazo existen desde 1970, pero sus acciones preventivas iban dirigidas sobre todo a los hijos; gradualmente en los ochenta se incorporan elementos que intentaban prevenir riesgos asociados a la maternidad. En 1987, el programa de vigilancia del embarazo y el parto introduce la vacuna antitetánica, mejora los esfuerzos de cobertura, las consultas pre y postnatales, y organiza centros de salud para alentar los partos en medio vigilado. Estos esfuerzos han contribuido a una cierta mejora, pero se han encontrado con numerosos obstáculos, algunos de los cuales se deben a factores geográficos, como el relieve accidentado de ciertas regiones y el hábitat disperso que hacen difícil y costosa la generalización del acceso a los servicios de salud. Otros factores están ligados a la organización de los recursos humanos y materiales. Los tres cuartos del personal sanitario están concentrados en la región de Rabat-Casablanca, menos de la mitad de la población rural está en un radio de 6 km de un centro de salud, y la cobertura de las poblaciones alejadas por parte del personal de enfermería itinerante es ampliamente insuficiente.

Por otra parte, para la atención sanitaria durante el embarazo y el parto, sólo el 43% de las mujeres recibe la asistencia de personal cualificado en el parto y el 42% hace una visita prenatal según la encuesta de 1997. La cobertura en medio rural es muy inferior a la de los centros urbanos (el 20% contra un 70% para el parto, y el 20% contra el 69% para atención prenatal).

La evolución de la mortalidad materna es favorable, si bien sigue en unos niveles muy elevados con relación al desarrollo social y económico de Marruecos. Si comparamos los datos de las dos últimas encuestas, observamos un descenso de 332 a 228 muertes por 100.000 nacidos vivos. El descenso se ha dado sobre todo en zonas urbanas, siendo en las zonas rurales bastante más insignificante.

Tabla 24. Mortalidad materna por medio de residencia y según encuestas 1992 y 1997

	ENPS-II (1992)	ENSME (1997)
Medio urbano	284	125
Medio rural	362	307
Conjunto	332	228

Los programas de salud reproductiva en Marruecos han evolucionado a partir de los programas de protección de la salud infantil

La mortalidad materna en Marruecos es mayor en aquellas mujeres que han tenido mayor número de embarazos

Buena parte de este descenso se considera resultado de la reducción del riesgo a exposición a muerte materna por la reducción de la fecundidad, más que a la mejora de la atención sanitaria.

Si comparamos los niveles de mortalidad materna de Marruecos con los de otros países, observamos que permanece muy elevado en comparación a otros países árabes como Siria, Libia o Túnez, a un nivel similar al de Filipinas, y menos elevado que el de Indonesia, Sudán o Mauritania. Hay que destacar en perjuicio de Marruecos que los datos del cuadro comparativo relativos a otros países son hasta 10 años anteriores.

La mortalidad materna en Marruecos es mayor en aquellas mujeres que han tenido mayor número de embarazos, como indica el cuadro siguiente. Ello indica efectivamente que existe una relación entre el comportamiento reproductivo y el riesgo a exposición a muerte materna. Generalmente los embarazos de alto riesgo son aquellos de mujeres de edad de procreación precoz (menos de 18 años) y los embarazos de mujeres de edad de procreación tardía (más de 34 años), las de intervalo intergenésico corto (menos de 24 meses) y las múltíparas.

Cuadro 6. Ratio de mortalidad materna en algunos países

Filipinas (1987)	208
Indonesia (1998)	454
Siria (1987)	107
Libia (1983)	77
Túnez (1983)	192
Sudán (1993)	365
Mauritania (1984).....	554
Marruecos (1994)	228

Cuadro 7. Mortalidad materna según número de embarazos

3 o más embarazos	66%
2 embarazos	15%
1 embarazo	19%

La mortalidad materna en Marruecos permanece como una prioridad básica dado su elevado nivel. Ello indica un retraso del sistema de salud en la lucha contra esta lacra, y hace necesaria la movilización de mayores recursos y esfuerzos, particularmente en medio rural donde se producen la mayoría de nacimientos, y donde la mortalidad materna es más elevada. Si bien se aprecia una tendencia a la baja, esta transición no tiene el mismo ritmo en medio rural que en medio urbano. Pese a todo, las transformaciones sociales, con la mejora progresiva del estatus

de las mujeres y la posibilidad creciente que tendrán de controlar su fecundidad gracias a la contracepción, permite pensar que el descenso de la mortalidad materna va a proseguir en Marruecos, especialmente en el mundo rural donde se espera un descenso significativo de la fecundidad en el futuro.

Cobertura prenatal

La utilización de los servicios de salud para el seguimiento del embarazo es uno de los elementos que en mayor medida disminuyen las complicaciones obstétricas. Cerca del 56% de las mujeres marroquíes encuestadas que han estado embarazadas en 1993-1996 han recurrido a la atención prenatal. El perfil de la mujer que utiliza menos los servicios de salud es la mujer rural y sin instrucción. El 57% de las mujeres rurales deben hacer un desplazamiento de más de 50 minutos para llegar a un centro de salud, y sólo para el 38,2% el tiempo de desplazamiento es inferior o igual a 30 minutos. La atención prenatal es asegurada por un médico en un 30,4% de los casos.

Las diferencias por nivel de instrucción, región y medio de residencia son muy importantes en materia de cobertura prenatal en Marruecos.

El perfil de la mujer que utiliza menos los servicios de salud es la mujer rural y sin instrucción

Tabla 25. Tasas de atención prenatal

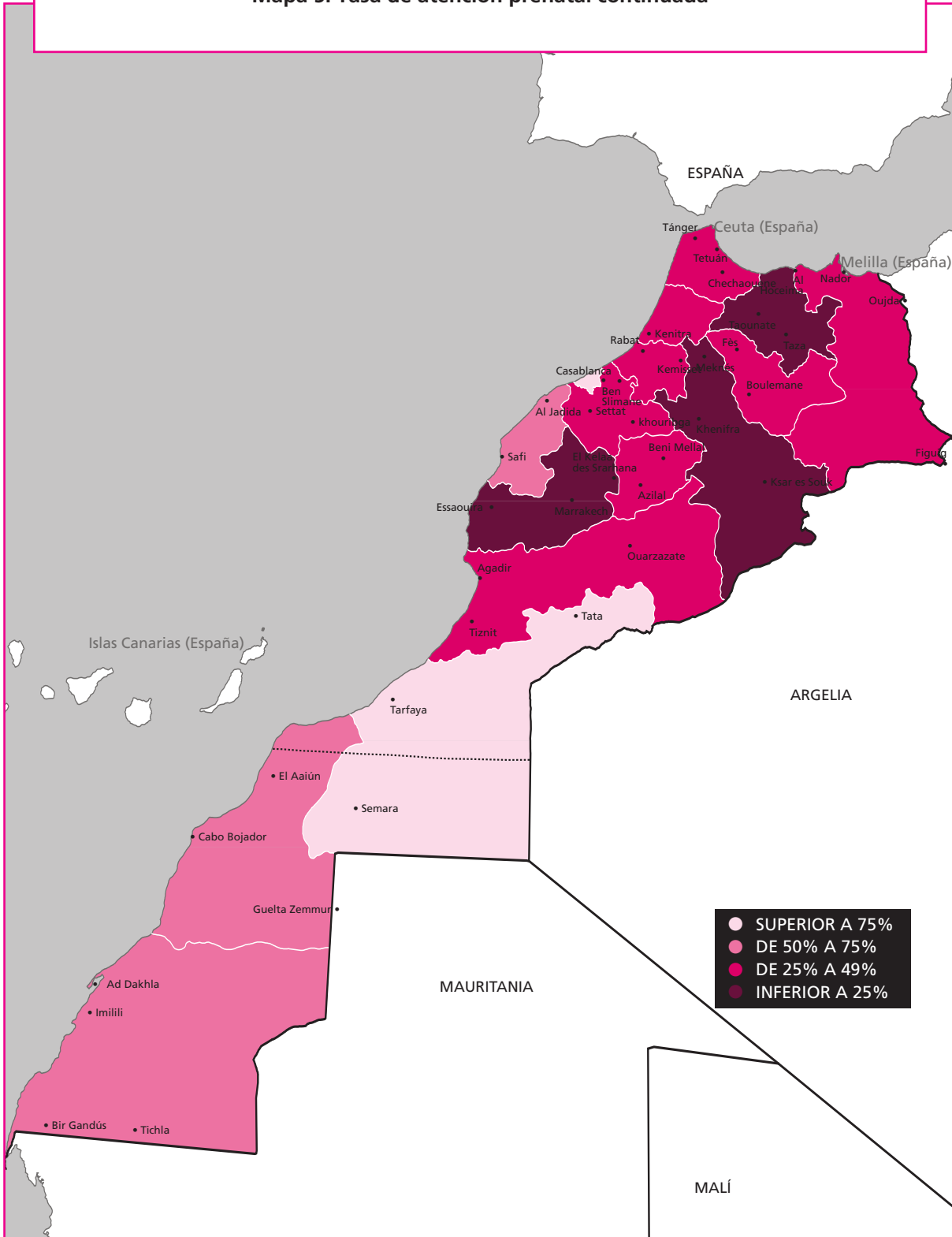
	atención prenatal constante	atención prenatal inconstante	ausencia de atención prenatal
<i>Nivel de instrucción</i>			
Analfabeta	26,1%	20,9%	53,0%
Leer y/o escribir	56,0%	28,0%	16,0%
Primaria	72,7%	18,2%	9,1%
Preparatoria	66,7%	26,7%	6,7%
Secundaria y superior	90,0%	10,0%	0,0%
<i>Medio de residencia</i>			
Urbano	61,9%	25,8%	12,4%
Rural	21,1%	19,1%	59,8%
Conjunto del país	34,7%	21,3%	44,0%

Fuente, ENSME 1997

Por regiones, destacan Fez-Boulemane con un 76,9% de casos sin atención prenatal, seguida de Tadla-Azilal con un 58,3% y Taza-Alhucemas-Taounate con un 57,6%. Por el contrario, Guelmin Smara en el Sáhara Occidental, destaca por tener el 100% de atención prenatal constante.

El personal que ofrece dicha atención prenatal se distribuye de la siguiente manera: el personal médico es la fuente principal con un 39,4%, seguido del personal de enfermería y parteras con un 27,3%, las matronas atienden sólo al 0,2% de mujeres. El recurso a la atención prenatal se realiza principalmente en gabinetes y clínicas privadas (42,3%), una frecuentación que aumenta a medida que crece el nivel sociodemográfico de las mujeres. El hecho que el recurso a la atención prenatal es débil en el medio rural puede explicarse por problemas de accesibilidad geográfica. El tiempo de desplazamiento necesario para alcanzar el lugar de la consulta es superior a 30 minutos para el 62,5%

Mapa 5. Tasa de atención prenatal continuada



Elaboración propia. Fuente: Encuesta PAPCHILD 1997

de las mujeres rurales, mientras que en zona urbana sólo es el 19%. En zonas rurales el 28% de las mujeres están a más de una hora del centro más próximo y el 29% entre 51 y 60 minutos.

La motivación de las mujeres para recurrir a la atención prenatal es, en primer lugar, el deseo de tener un embarazo sin problemas (28,3%), la preocupación por verificar que no existe anomalía en el embarazo (26,7%), y la presencia de antecedentes de complicaciones obstétricas (21,3%). Si los dos primeros motivos, que suman un 55% de las mujeres, se traducen en la toma de conciencia de estas mujeres de la importancia de la atención prenatal en la prevención de complicaciones obstétricas, todavía queda mucho por hacer en materia de información, educación y comunicación.

Por el contrario, las razones para no asistir a consulta prenatal van encabezadas en un 57,4% por la percepción de ausencia de complicaciones, lo que supone una ausencia de conciencia de la existencia de riesgos potenciales. Le sigue con un 22,3% la ausencia de servicios o su excesivo coste (10%).

Atención al parto y cobertura postnatal

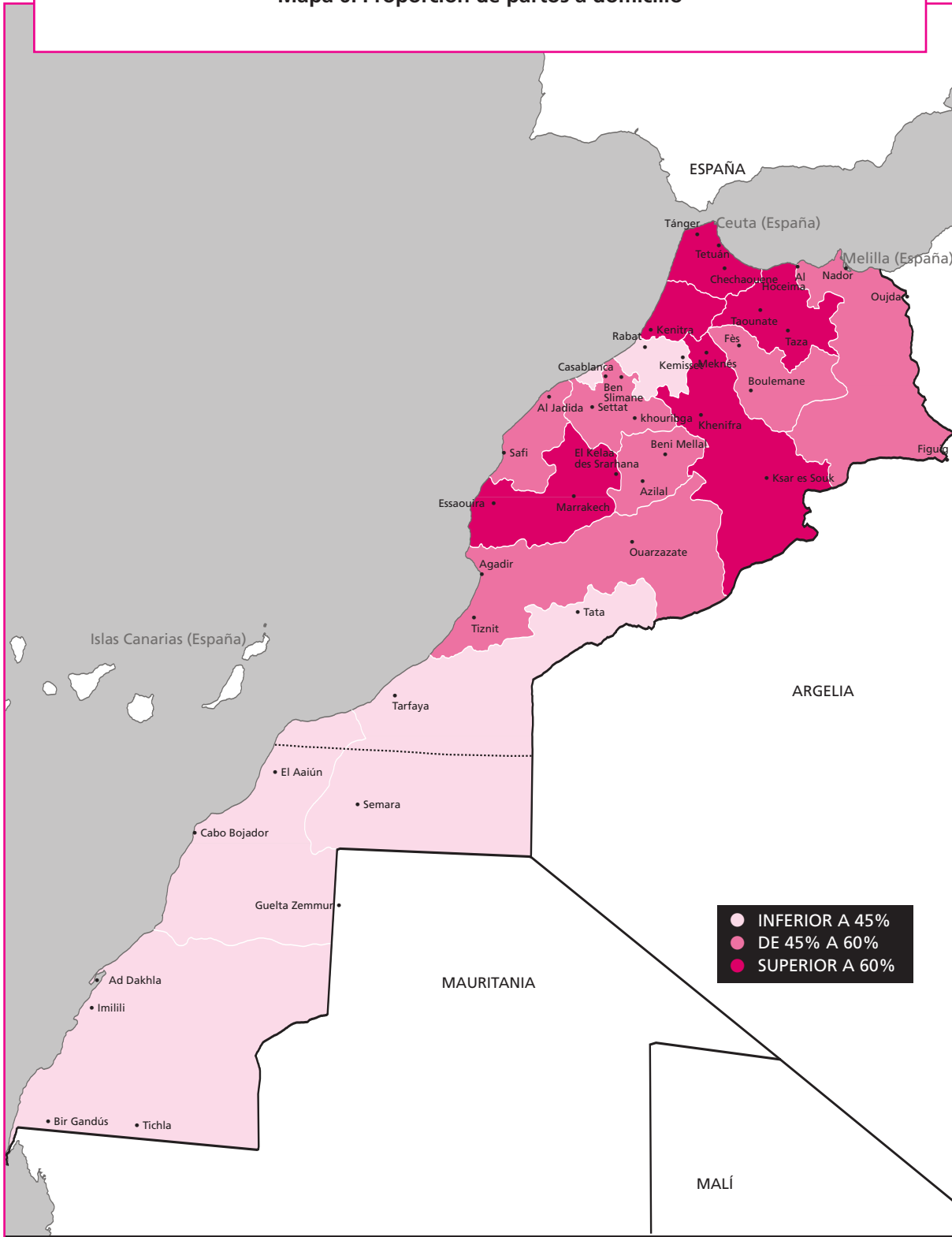
Por lo que respecta al parto, el 54,3% de los partos realizados en los tres años anteriores a la encuesta de 1997 se han desarrollado a domicilio. La práctica del parto a domicilio es dominante en el medio rural (73,4%). El parto en medio vigilado es asegurado esencialmente por los servicios del sector público en un 39,7% y en menor proporción por el sector privado (5,9%). Las variantes de nivel de educación de la mujer y del medio de residencia son determinantes.

Las razones del parto en medio no vigilado son, en un 46,2% de los casos, por no tener medio de transporte (un 56,1% en medio rural). Por el contrario el 23,8% de los partos que han tenido lugar en medio vigilado se han debido a la existencia de complicaciones y haber sido referidos a centro vigilado. Las regiones con un mayor porcentaje de embarazos y partos controlados médicamente son las del Sáhara Occidental y Gran Casablanca (entre el 71-75%). Mientras, las que tienen mayor porcentaje de ausencia de control médico son Taza-Alhucemas-Taounate, Meknes-Tafilalet, Marrakech-Tensift-Al Haouz y Tanger-Tetuán (43-52%).

En materia de atención postnatal, su cobertura es bastante elevada, un 87,1%, en comparación con la débil atención prenatal. Aquí las diferencias entre zonas rurales y urbanas es insignificante (85,9 contra 89%). Estos datos, sin embargo, deben atenuarse por el hecho de que en la mayoría de casos, la consulta postnatal va ligada a la vacunación BCG y se reduce a una simple entrevista sin un verdadero examen clínico en busca de complicaciones postparto. Así pues, tenemos que ninguna región de Marruecos supera el 25% de cobertura postnatal continuada y regular. Las razones evocadas por las mujeres como causa de la no utilización de la atención postparto son similares a las del no uso de la atención preparto; la ausencia de complicaciones representa el mayor motivo con el 67,3% de los casos, también la ausencia de servicios o el coste elevado de éstos (esencialmente los costes de transporte) ocupan respectivamente la segunda y tercera causa (10,9% y 10% respectivamente).

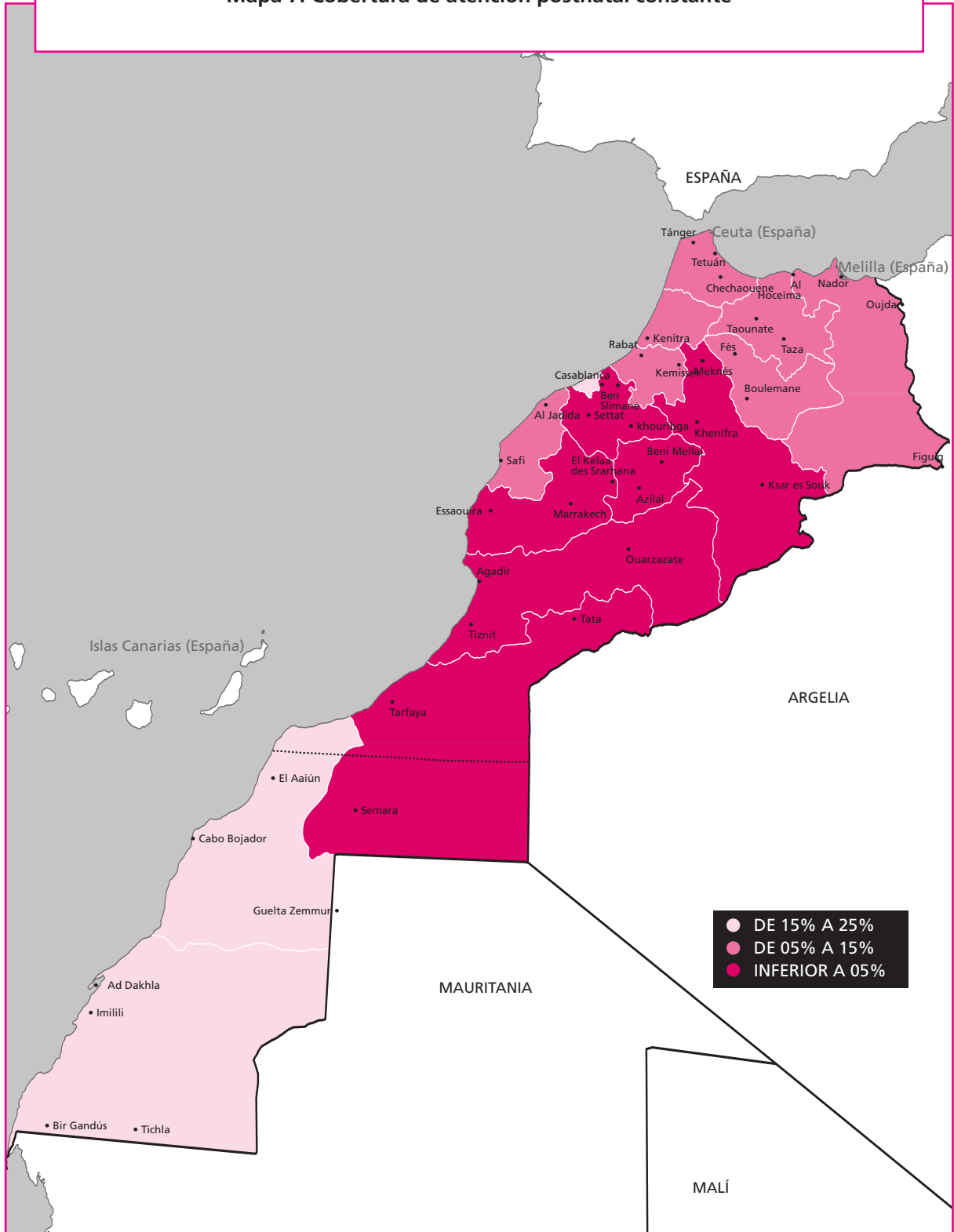
La consulta postnatal va ligada a la vacunación BCG y se reduce a una simple entrevista sin un verdadero examen clínico

Mapa 6. Proporción de partos a domicilio



Elaboración propia. Fuente: Encuesta PAPCHILD 1997

Mapa 7. Cobertura de atención postnatal constante



Elaboración propia. Fuente: Encuesta PAPCHILD 1997

Cerca de una mujer sobre tres (29,2%) ha tenido al menos un síntoma de complicación obstétrica

En todas las regiones la ausencia de complicaciones es la causa primera, con más o menos preferencia (del 90,1% en Rabat-Salé-Zemmour-Zaër al 50,3% en Marrakech-Tensift-Al Haouz). Es precisamente en esta última región donde un no despreciable 32,9% de los casos alude a la ausencia de servicios. Las mayores proporciones de casos de no asistencia por el elevado coste se dan en Taza-Alhucemas-Taounate (22,2%), en Tánger-Tetuán (19,6%) y en El Gharb Chrarda (19,4%).

Por lo que respecta a las intervenciones obstétricas más utilizadas para reducir la morbilidad materna y perinatal, la ventosa/forceps es la primera con el 8,6% de los partos. El nivel de cesáreas es de 3,1% (5,6% en zonas urbanas y 1,5% en zonas rurales). Algunos autores consideran el umbral mínimo de cesáreas en el 5%, lo que revelaría un déficit en intervenciones obstétricas.

Morbilidad materna

La mortalidad materna es sólo una de las esferas de la salud materna, la más dramática. Existen sin embargo otras menos dramáticas pero también invalidantes para muchas mujeres, como es la morbilidad derivada del embarazo y el parto, cuyas secuelas quedan a veces para toda la vida. Si la mortalidad materna es reveladora de las grandes desigualdades entre los países ricos y los pobres, la morbilidad materna es aún más determinante. Las estadísticas internacionales reportan 100 casos de morbilidad materna por cada caso de muerte materna. Otros estudios consideran que la morbilidad grave materna es de 10 a 15 veces mayor que la mortalidad.

Cerca de una mujer sobre tres (29,2%) ha tenido al menos un síntoma de complicación obstétrica en los tres años precedentes a la encuesta. Por lo que respecta a las complicaciones, destacan las infecciones severas (16,5%) y las hemorragias (15,5%), seguidas de las eclampsias (4,9%). Las regiones con mayor nivel de complicación obstétrica son las de Taza-Alhucemas-Taounate (57,8%), Tanger-Tetuán (44,7%), Región Oriental (51,0%), El Gharb Chrarda (44,5%) y Gran Casablanca (43,3%).

Por lo que respecta a las complicaciones durante las seis semanas posteriores al parto siguen siendo las regiones de Tánger-Tetuán, Taza-Alhucemas-Taounate, El Gharb Chrarda y Gran Casablanca las más afectadas.

Todos estos datos atestiguan la existencia de una sintomatología evocadora de morbilidad grave muy extendida entre la población urbana y rural. Pese a las limitaciones de las informaciones recogidas en este sector, con una población analfabeta importante, el 73,4%, se constata un desfase entre la importancia del sufrimiento sentido y el débil diagnóstico por los servicios de salud de los problemas de morbilidad ligados a este sufrimiento (las tasas de embarazos de riesgo diagnosticados por los servicios de salud materna e infantil en los centros de salud incluyendo los factores de riesgo se sitúan en un 10%). Los resultados sobre la asistencia a la atención postnatal muestran igualmente una débil toma de conciencia por parte de las mujeres de los riesgos ligados al embarazo. Por el contrario, estas mujeres expresan una preocupación relativamente más inquietante cuando se trata del parto, pero por razones de accesibilidad geográfica y

económica, la práctica del parto en casa sigue siendo bastante frecuente. Las débiles tasas de intervenciones obstétricas observadas en las mujeres de origen rural pueden ser consideradas como un indicador indirecto que confirma las constataciones establecidas en materia de prevalencia de síntomas de morbilidad. Esta situación deficitaria asociada a la insuficiencia de acceso a la información y a los servicios denota esfuerzos que quedan por hacer en materia de extensión de la cobertura de servicios y de la información, educación y comunicación a la población.

Si la vivencia de la salud reproductiva y la percepción de la enfermedad son un elemento subjetivo, el aspecto sociocultural ligado a la representación de la enfermedad es fundamental para la comprensión del comportamiento sanitario, en especial la demanda y recurso a los cuidados. La asistencia a los servicios es un elemento fundamental que los programas de Maternidad sin Riesgos intentan influenciar.

Si extrapolamos los resultados de las encuestas, el 75% de las mujeres marroquíes consideran su estado de salud como normal o bueno, percepción que varía con la edad, el número de partos, el medio de residencia, etc. El 41% de las mujeres jóvenes entre 15 y 19 años consideran su estado de salud como bueno, mientras que las mayores de 35 años sólo en un 15% de los casos. Por regiones, en la zona del Sáhara Occidental los porcentajes de mujeres que declaran tener buena salud son mayores (cerca del 50%). En zonas como Gran Casablanca (con el 53,9%), seguido de Doukkala (35,2%) y Tanger Tetuán (29,1%) se autopercebe un peor estado de salud.

Las enfermedades más diagnosticadas son la hipertensión arterial (9,5%), seguida del reumatismo (5,4%), patologías renales (3,6%), problemas cardíacos (3,1%), anemia (3,1%), hepatitis (2,6%), bocio (1,9%), tuberculosis (1,8%), úlcera (1,7%), asma (1,5%) y diabetes (1,1%). El porcentaje de enfermedad diagnosticada es netamente superior en las mujeres de más de 35 años, con cinco embarazos o más, y de zonas urbanas.

Los síntomas sugestivos de morbilidad reproductiva más frecuentes son la infertilidad (18,6%), los desarreglos menstruales (13,5%), el prolapso genital (descenso de la matriz) (12,9%), la infección urinaria (12,9%), las pérdidas vaginales (10,3%) y la incontinencia urinaria (5,4%). Un 13,2% de las mujeres presenta más de un síntoma de morbilidad reproductiva. Las regiones donde un mayor porcentaje de mujeres declaran más de un síntoma son las de Gran Casablanca (21,7%), Chaouia Ourdigha (19,2), Marrakech Tensift Haouz (17%), El Gharb Chrarda (16,5%) y Tánger-Tetuán (16,3%). Hay que recordar que estos datos esconden un subregistro importante de morbilidad reproductiva, debido a la gran frecuencia de enfermedades asintomáticas. Las diferencias registradas entre zonas rurales y urbanas en este caso es insignificante. Por otra parte, se debe tener en cuenta de nuevo un elemento importante, de todas las mujeres que han declarado tener alguno de estos síntomas, entre un 45% y un 65% según el síntoma no han acudido a consulta médica. Sólo en el caso de la infertilidad, el 75% sí ha visitado al médico. En total el 52,7% de las mujeres no han visitado al doctor. La proporción de mujeres que visitan a un sanador tradicional, un herborista, a un pariente o vecino o se automedican es del 8,26%.

El aspecto sociocultural ligado a la representación de la enfermedad es fundamental para la comprensión del comportamiento sanitario

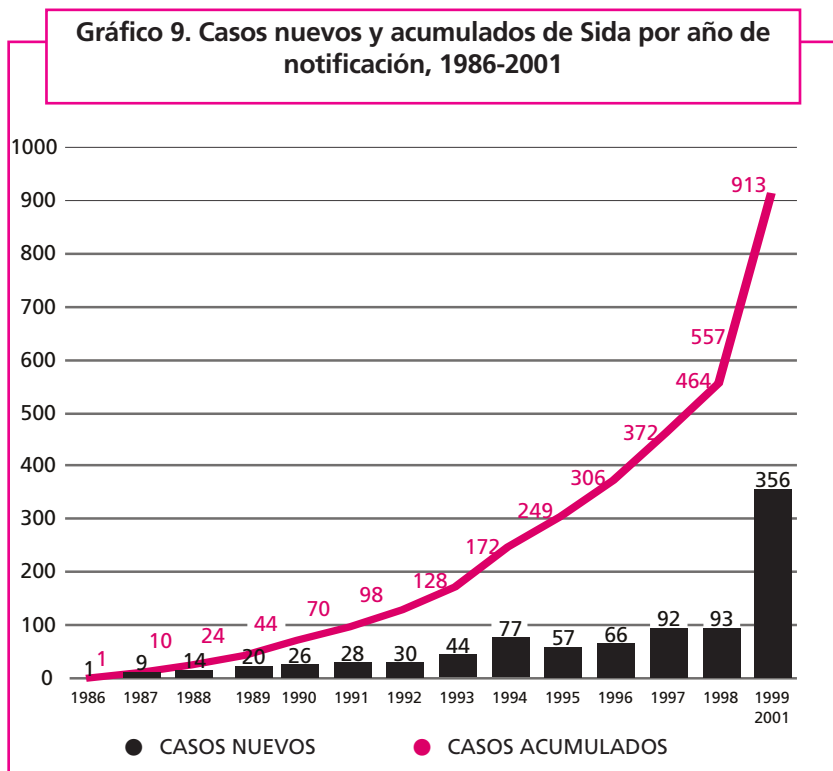
El primer caso de Sida fue diagnosticado en Marruecos en diciembre de 1986

Sanador tradicional: 2,16%
 Herborista: 2,62%
 Automedicación: 1,29%
 Pariente-vecino: 2,19%

Hay que destacar que en el caso de la infertilidad, el sanador tradicional y el herborista representan el 26,7% de las personas recurridas para solucionar el problema de esterilidad. Respecto a las causas de las no consultas, las razones esgrimidas son el precio demasiado elevado de la consulta (entre el 32% y el 46% de los casos), a excepción de los desórdenes menstruales, donde la principal razón es que se juzga inútil tal consulta (28,2%), seguido del excesivo coste (22,4%).

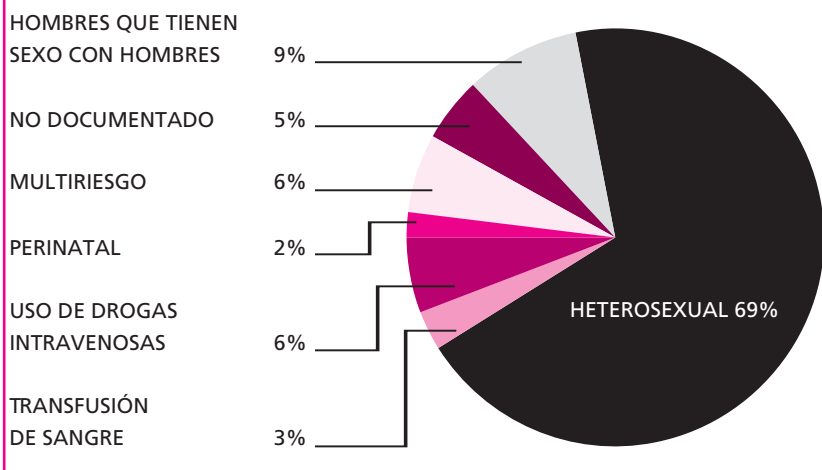
El VIH/Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

El primer caso de Sida fue diagnosticado en Marruecos en diciembre de 1986. A finales de 2001 el número de casos acumulados declarados de Sida alcanzó los 963. En el estadio inicial de la epidemia, la transmisión heterosexual era la responsable del 20% de las infecciones. Actualmente alcanza más del 69%. En 2001 se estimaba que el número de adultos con VIH, hubieran o no desarrollado los síntomas de Sida, eran de 13.000, lo que sitúa la prevalencia de adultos en el 0,1%, un número que aumenta debido, en particular, a la migración, el turismo sexual y los comportamientos sexuales de riesgo, aunque también influye en las cifras el incremento de los servicios de diagnóstico anónimo y gratuito, proporcionado por diversas instituciones en el país, públicas y ONG.



Fuente: Encuestas de población

Gráfico 10. Casos de Sida por modo de transmisión (acumulados a 30 septiembre 2001)



Fuente: Encuestas de población

La información de seroprevalencia VIH entre las mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal está disponible en Marruecos desde 1990. No se encontró evidencia de infección VIH en este grupo hasta 1993 cuando el 0,2% de las mujeres antenatales testadas en Rabat dieron positivo. En 2001, resultado de la vigilancia centinela, el 0,20% de las mujeres embarazadas dio positivo, en Agadir, y en Casablanca el 0,37. En 1999 entre los pacientes testados en clínicas de ETS en Casablanca el 1,3% dio positivo, en Tánger el 0,5%, en Rabat el 0,1%,

Cuadro 8. Situación epidemiológica del Sida en Marruecos 2001

Número de casos acumulados: 963

Reparto por sexo:

Masculino 64% Femenino 36%

Reparto por edad:

0-4 años	2,2%	5-14 años	0,5%	15-19 años	0,5%
20-29 años	24,9%	30-39 años	43,4%	40-49 años	16,9%
50+ años	6,3%	NS	5,2%		

Reparto por modo de transmisión:

Heterosexual	69,6%	Homosexual	9,2%	Droga Intravenosa	5,7%
Transfusión	2,8%	Perinatal	2,4%	Multiriesgo	5,8%
Desconocido	4,5%				

Reparto por medio de residencia:

Urbano	89%	Rural	7%	Desconocido	4%
--------	-----	-------	----	-------------	----

Seroprevalencia VIH (año 2000):

Consultantes de ITS	0,16%	Mujeres embarazadas	0,15%
Tuberculosos	0,14%	Donantes de sangre (1999)	0,02%

Fuente: datos del Ministerio de Salud Pública

El Sida se presenta como un fenómeno básicamente urbano, concentrándose la mayor parte de los casos, por este orden, en Casablanca, Agadir, Marrakech y Rabat

en Safi el 0,4% y en Tetuán el 0,3%. Por lo que respecta a los pacientes tuberculosos, en Casablanca el 3,8% eran seropositivos, el 5,7% en Marrakech, y en Tetuán sólo el 0,2%.

Las características de los casos acumulados de Sida en Marruecos hasta finales de 2001 se resumen en el siguiente cuadro:

Pese al relativamente bajo número de casos de Sida, entre 1998 y 2001 los casos acumulados aumentaron en un 73%, progresión suficientemente alarmante como para que el Gobierno marroquí aprobara un plan nacional de lucha contra el Sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS). El Sida se presenta como un fenómeno básicamente urbano, concentrándose la mayor parte de los casos, por este orden, en Casablanca, Agadir, Marrakech y Rabat. Estas cuatro ciudades acumulan el 45% de los casos nacionales. Las zonas más afectadas son las áreas urbanas de Casablanca (19,6% de los casos), Agadir (13,5%) y Marrakech (10,2%). Por lo que respecta al tratamiento, en 1995 ningún paciente era tratado con terapia activa de retrovirales, en 1996 fueron 3. El Hospital Universitario Ibn Rochd de Casablanca es el único que ofrece la triterapia gratuitamente. De 230 enfermos seguidos en Casablanca a mediados de 2000, 104 recibían tratamiento.

La encuesta de 1997 introdujo módulos para conocer el nivel de información de las mujeres marroquíes en relación a las ETS y el VIH/Sida. Se debe destacar, sin embargo, que en materia de ETS y VIH/Sida cualquier dato que excluya a la población masculina o a la población soltera, adolece de ser poco útil para valorar futuros desarrollos epidemiológicos.

Del conjunto de mujeres objeto de la encuesta (recordemos, de 15 a 49 años y no solteras), el 83,5% conocen al menos una de las principales enfermedades sexualmente transmisibles. El Sida encabeza este conocimiento, con el 82,7% de mujeres que han oído hablar de él, seguido de lejos por la sífilis, con el 19,9%. Paradójicamente, sólo el 13,4% de mujeres conoce la existencia de las secreciones vaginales como ETS. Por edades, las mujeres de 15-19 años conocen el Sida en un 72,9% contra un 83,2% en el caso de las de mayor edad, lo que supone que tienen 1,61 veces más el riesgo de no conocer el Sida. Por lo que respecta al nivel de instrucción, el 77,1% de las mujeres analfabetas han oído hablar del Sida contra el 96,5% de quienes saben leer y escribir y el 98,6% de quienes tienen el nivel de primaria y el 100% de quienes lo superan. Así, las mujeres analfabetas tienen 18 veces más riesgo de desconocer el Sida que las alfabetizadas. Las diferencias entre medio rural y urbano son las más acentuadas: sólo el 70,1% de las mujeres rurales han oído hablar del Sida frente al 95,8% en zonas urbanas.

Las regiones con menor proporción de conocimiento son, por este orden, Tánger-Tetuán (66,7%), Taza-Alhucemas Taounate (72%) y Marrakech-Tensift-El Haouz (74,8%), siguiéndoles Meknes-Tafilelt y Tadla Azilal, es decir, la zona norte y las regiones del Atlas. Estas mismas regiones son las que tienen menor proporción de mujeres que conocen al menos una ETS. Por el contrario, las que tienen mayor conocimiento son las regiones del Sáhara Occidental, seguidas de Gran Casablanca.

Estos porcentajes suponen una mejora del conocimiento sobre ETS y Sida, pues un estudio realizado en 1991 dio como resultado que el 62% de las mujeres conocían el Sida, frente al 82,7% de 1997.

Las fuentes de información más referidas son la televisión (70,6%), seguida de los padres o amigos (60,1%) y la radio (44,8%). En medio urbano el orden es el mismo, si bien la televisión tiene unos porcentajes más elevados (85,7%), mientras que en medio rural este orden se altera, siendo la primera fuente los padres y amigos (62,2%), seguidos de la televisión (50,8%) y la radio (48,8%). El medio escolar no parece jugar un papel importante por dos razones; en primer lugar, porque la población encuestada es en un 73,4% analfabeta y, en segundo lugar, porque el tema no se ha introducido en los programas escolares hasta los años noventa.

El desconocimiento aumenta cuando se trata de los modos de transmisión. Un 16,5% de las mujeres no conocen ninguno de los modos de transmisión del Sida, y en peor situación están las jóvenes de 15-19 años, pues la proporción aumenta al 26,1%; ello muestra la especial vulnerabilidad de las chicas jóvenes a contraer el Sida. Por nivel de educación las diferencias son mayores. El 22,1% de las analfabetas ignoran las vías de transmisión contra el 7,8% de quienes saben leer y escribir, y menos del 1% de quienes han estudiado la primaria. Así, las mujeres analfabetas en Marruecos tienen cinco veces más riesgo de contraer el Sida. También la distancia urbano/rural es importante, 8,3% contra 27,3% respectivamente.

Las diferencias por regiones también son importantes. Las regiones del Sáhara son las mejor informadas, con un 3-4% de desconocimiento, seguidas de las regiones de las grandes ciudades como Casablanca, Rabat, Meknes y Fez (del 6-11%). Por el contrario, las regiones como Tánger-Tetuán, Taza-Alhucemas Taounate y Doukkala Abda, se sitúan a la cola con un 27-28% de desconocimiento.

Las relaciones sexuales son el medio de transmisión más conocido (82,2%), seguidas de las inyecciones (16,6%) y la transfusión sanguínea (11,2%). Es alarmante que el no uso del condón en relaciones de riesgo sólo es mencionado por el 1,3% de las mujeres de 15-49 años. Pero es más alarmante que el 20,5% de las mujeres no conoce ningún medio para evitar el contagio del VIH, y el 5% están convencidas que no existe medio alguno. Como en otros casos, son las mujeres de 15-19 años, las analfabetas y las que viven en medio rural quienes más desconocen los medios de prevención. Por regiones, Taza Alhucemas Taounate es con diferencia la de mayor proporción de mujeres que ignoran los modos de transmisión, con un 41%, seguida de Tánger-Tetuán, Doukkala Abda, Oriental, El Gharb Chrarda y Chaouia Ourdigha con cifras que oscilan entre el 34-29%.

El rol del preservativo como medio de prevención del Sida (además de otras ETS) es insuficientemente conocido en todas las edades, medios de residencia, en todos los niveles de instrucción y en todas las regiones. Por poner un ejemplo, en Taza Alhucemas Taounate sólo el 1,5% de las mujeres cita el uso del condón como medio de prevención, en general en medio rural sólo el 3,1%, en las mujeres de 15-19 años sólo el 6,4%,

El rol del preservativo como medio de prevención del Sida (además de otras ETS) es insuficientemente conocido en todas las edades, medios de residencia, en todos los niveles de instrucción y en todas las regiones

Las ETS constituyen en Marruecos un fenómeno social ligado a los diferentes comportamientos sexuales y a los tabús y falsas creencias que las acompañan

y en nivel de enseñanza secundaria o superior sólo el 48,7%; una proporción alarmantemente baja para el nivel de estudios referido. En esta faceta se hace más que necesario tener información sobre el conocimiento por parte de los varones.

De todos los datos recogidos, se puede hacer una división de la población femenina de 15-49 años y no soltera, de la siguiente manera:

Grupo A: mujeres que no han oído hablar del Sida (17,3%)

Grupo B: mujeres que han oído hablar del Sida pero no conocen los modos de transmisión (26,5%)

Grupo C: mujeres que han oído hablar del Sida, que conocen los modos de transmisión de tipo sexual pero desconocen los medios de protección (52,5%)

Grupo D: mujeres que tienen un buen conocimiento del Sida, de sus modos de transmisión de tipo sexual y conocen bien los medios de protección. (3,7%)

El Grupo A, el más vulnerable a la transmisión del VIH, se caracteriza por estar formado por mujeres de 15 a 34 años (51,9%), sin ningún nivel de instrucción (96%), residentes en medio rural (88,1%) en particular en las regiones de Marrakech-Tensift-Al Haouz (16,8%), Tánger-Tetuán (15,1%) y Taza-Alhucemas-Taounate (11,8%).

En conclusión se puede afirmar que en Marruecos las mujeres no solteras en edad de procrear conocen poco las principales ETS, salvo el Sida del cual la mayoría al menos ha oído hablar. Las actividades de prevención, información, educación y comunicación deben ir dirigidas principalmente a las mujeres de menos de 20 años, analfabetas y las que residen en medio rural en especial en las regiones del Norte y del Atlas.

Las enfermedades de transmisión sexual

Marruecos ha concedido una gran atención a las ETS, sobre todo desde la aparición del Sida. Las ETS constituyen en Marruecos un fenómeno social ligado a los diferentes comportamientos sexuales y a los tabús y falsas creencias que las acompañan. Además del sufrimiento individual que causan, las ETS pueden implicar complicaciones muy graves. Las consecuencias económicas y sociales de estas infecciones, así como los costes de salud que suponen son considerables. La fuerte incidencia de las ETS asociadas a la predominancia de la transmisión sexual de la infección del VIH constituyen factores agravantes para la propagación de la infección del VIH en Marruecos.

Las ETS son una importante causa de morbilidad, incapacidad, esterilidad y pérdida de productividad, especialmente entre las mujeres. Diversos estudios muestran que una persona infectada con una ETS tiene entre 2 y 5 veces más probabilidad de contraer el VIH si se expone a él. Ello, unido al hecho de que la introducción del abordaje sindrómico puede reducir hasta un 40% la incidencia del VIH, y al creciente número

de casos de ETS en Marruecos hizo que el Programa Nacional de Control del SIDA (PNCS) del Ministerio de Salud adoptara el control de las ETS como estrategia primaria.

Los informes del Ministerio de Salud Pública informan de elevadas tasas de otras ETS distintas al VIH/Sida, principalmente gonorrea, clamidia, tricomonas, sífilis y chancros.

Datos recogidos por ONUSIDA establecen que un 76% de hombres de 15-44 años han reportado episodios de uretritis. A su vez, la proporción de mujeres embarazadas de 15-24 años que visitan una clínica para atención prenatal cuya sangre ha sido testada con serología positiva de sífilis era en 1997 del 2%. Sólo el 13,6% de los hombres y el 1,7% de las mujeres con ETS que acuden a centros de salud son asesorados y tratados de manera apropiada según los estándares nacionales, y sólo el 2,1% de estas personas reciben consejo básico sobre condones y sobre notificación a la pareja.

El número de casos notificados de ETS se ha triplicado entre 1992 (103.434 casos) y 2001 (328.264 casos). Las mujeres representan el 70% de los casos declarados. Estas cifras no tienen en cuenta los casos no registrados, en ocasiones por tratarse de enfermedades asintomáticas, o por tabúes sociales y automedicación, especialmente en el caso del hombre, y a la deficiencia de los profesionales de la salud a la hora de reconocer una ETS. Se estima que el número real de casos de ETS es cercano a los 600.000 al año, lo cual es un porcentaje importante de la población marroquí (más del 2% de la población total). Las ETS afectan principalmente a las franjas de edad más productivas de la población, la prevención y la lucha contra estas infecciones figuran entre las intervenciones de salud pública con la mejor relación costo/beneficio.

Se estima que el número real de casos de ETS es cercano a los 600.000 al año, lo cual es un porcentaje importante de la población marroquí (más del 2% de la población total)

Tabla 26. Evolución de ETS notificadas por síndrome 1995-2001

Síndrome	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	95-00	%
Secreción uretral	28.260	32.397	35.603	37.865	52.698	61.474	70.083	318.380	19,3%
Úlcera genital	9.462	8.769	10.426	9.249	12.059	11.091	9.414	70.470	4,3%
Secreción vaginal	106.621	108.631	133.716	156.583	199.118	217.632	248.767	1.171.068	70,9%
Dolor abdominal	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Conjuntivitis neonatal	14.707	14.256	17.546	18.373	11.208	16.687	n.d.	92.777	5,6%
Total	159.050	164.053	197.291	222.070	275.083	306.884	328.264	165.2695	

Las mujeres son especialmente vulnerables a las ETS, debido a la amplitud de la superficie mucosa del aparato genital que favorece la transmisión sexual de los gérmenes del hombre a la mujer, a la inmadurez del cuello uterino, acentuada por los cambios hormonales y el déficit inmunitario local cuando el inicio de la vida sexual es precoz, a la naturaleza a menudo asintomática o poco sintomática de las ETS en las mujeres, y las dificultades de acceso a los servicios de salud por la estig-

Marruecos adquiere cada vez más la reputación de ser un lugar de turismo sexual, incluso infantil

matización de la enfermedad. Las complicaciones y las secuelas en las mujeres son de orden ginecológico, y de orden obstétrico con consecuencias graves para el embarazo y el neonato. La mayor parte de las ETS son transmisibles de la madre al hijo durante el embarazo y el parto. Las complicaciones en el hombre son más raras y comprenden principalmente el estrechamiento de la uretra y la esterilidad.

Prostitución y turismo sexual

La prostitución profesional no está ya institucionalizada como lo estaba en la época del protectorado, donde la existencia legal de burdeles estaba reconocida por la ley. La prostitución se desarrolla hoy en un sistema prohibicionista caracterizado por una represión más textual que efectiva. Existen dos fases en la historia de la prostitución en Marruecos. Una primera, de 1956 a 1980, donde sólo la mujer se prostituía con los nacionales de una manera casi exclusiva; y una segunda etapa a partir de principios de los ochenta caracterizada por la prostitución de la mujer con extranjeros de origen árabe sobre todo, y por la del hombre con extranjeros de origen europeo y norteamericano. Por esta razón, Marruecos adquiere cada vez más la reputación de ser un lugar de turismo sexual, incluso infantil. Los turistas sexuales occidentales llegan a los antiguos mercados de esclavos de Marrakech para comprar sexo con menores de edad. En los últimos años, el mercado de la exportación ha empezado a emerger. Recientemente, la policía desarticuló en una pequeña ciudad de las llanuras al norte de Marrakech una red de tráfico de niños de 13 años destinados a burdeles en Italia; la policía arrestó al *negociante*, que había pagado 3.000 dólares por niño a los padres.

En 1993 la Asociación de Lucha Contra el Sida (ALCS) inició un proceso de aproximación a la prostitución masculina. Los primeros contactos revelaron la naturaleza difusa y clandestina de esta actividad en Marruecos. La prostitución es principalmente un fenómeno urbano, más visible en las grandes ciudades frecuentadas por turistas. Sin embargo, sería erróneo asociar la prostitución masculina al turismo. Existe, de hecho, una forma de prostitución entre marroquíes de manera también importante, al margen de la que existe para los turistas. Se sabe de la existencia de este fenómeno incluso en ciudades pequeñas, aunque en menor medida.

Se identificaron cuatro categorías de variables que aparecían como esenciales: perfil social, comportamiento sexual, conocimiento y percepción del riesgo al VIH, y conocimiento sobre cómo usar un condón. Estas variables permitieron examinar a la población en su contexto social, suministrando ciertos indicadores sobre el grado de marginalidad de estos hombres.

Los resultados encontrados, en forma de principales problemas, fueron los siguientes: una falta de conocimiento sobre la transmisión y prevención del Sida, un gran número de parejas sexuales, una falta de habilidades en negociar la prevención y disminuir el riesgo en las prácticas sexuales con los clientes, situaciones de vida precarias debido a la dependencia económica, un elevado grado de violencia en los lugares donde los hombres encuentran a los potenciales clientes.

La edad media del primer contacto sexual remunerado es a los 15 años. Es importante destacar que el número de parejas sexuales varía entre 1 y 30 por semana, de acuerdo con el estatus socioeconómico del sujeto. Esta diferencia se explica por el hecho que el 38% de los encuestados practicaba la prostitución sólo ocasionalmente, mientras que para el 62% esta actividad era su principal fuente de ingresos. Sobre la nacionalidad de las parejas sexuales, el 37% tenía contactos exclusivos con marroquíes. Esto proporciona la evidencia de la existencia de una forma de prostitución entre marroquíes, contrariamente a lo que se suele decir de que esta actividad sólo se encuentra ligada al turismo. El hecho que un 63% de los clientes sean extranjeros enlaza con la existencia de dos grandes destinos de turismo sexual en Marruecos: Marrakech, principalmente especializado en turistas europeos y norteamericanos, y Agadir, que atrae al turismo árabe de Oriente Medio.

El retraso del saber con relación a la liberalización de la sexualidad marroquí es patente

Por lo que respecta a las prácticas sexuales, el 97% de los encuestados reportaron la penetración anal, siendo la segunda práctica más común la felación (78%). Aunque un total del 98% de los sujetos tenía conocimiento del uso del condón, el 57% nunca o raras veces lo había usado. Una parte de quienes afirmaron haber usado preservativo reportaron haberlo usado a petición del cliente. Las razones para no usar el condón fueron: rechazo por parte del sujeto o su cliente debido a que no les gustaba o por incomodidad durante su uso (50%), por elección del cliente, falta de acceso a condones (24%), así como percepción de que no había riesgo (17%). A la luz de estos datos se concluye que la interacción de factores relativos al comportamiento sexual (número de parejas, movilidad de la población, tipo de prácticas sexuales, etc.) hace a esta población vulnerable, debido en gran medida a su bajo estatus socioeconómico.

Sexualidad y adolescencia

Una visión de la situación general de la salud sexual y reproductiva en Marruecos, a partir de los resultados de una encuesta dirigida exclusivamente a mujeres de 15 a 49 años y no solteras, es una visión que adolece, como hemos reiterado, de lagunas muy importantes, en especial si no se aborda el contexto sociocultural en el que se desarrolla el campo de la sexualidad en Marruecos.

La sexualidad en Marruecos ha sido una esfera de análisis poco trabajada hasta hace algunos años. El progresivo desvelo de la sexualidad en Marruecos se debe principalmente al desarrollo del feminismo y a la aparición del Sida. Hasta ese momento su abordaje en las ciencias sociales se había ocultado tras los epígrafes de la familia y la mujer. Aún así su conocimiento en muchas ocasiones se limita a la sexualidad conyugal "legítima". El retraso del saber con relación a la liberalización de la sexualidad marroquí es patente, como afirma uno de los sociólogos marroquíes más destacados en esta materia, Abdessamad Dialmy. Como dice Dialmy, ni el poder, ni las fuerzas políticas, ni las fuerzas religiosas en particular, son favorables a poner cifras sobre la sexualidad real, y no la oficial. Así pues, no existen encuestas a nivel nacional. Sí se han realizado tímidas encuestas sociológicas ligadas a los comportamientos sexuales y las ETS, muy parciales y limitadas. Estas encuestas permiten a Dialmy analizar la correlación entre una serie de fenómenos: a) la corre-

El consumo sexual constituye el sustituto de una conciencia política prohibida

lación urbanización-acoso sexual; b) la paradoja entre el rigor represivo de los textos jurídicos y la permisividad práctica; c) la venta libre de contraceptivos y la práctica clandestina del aborto. Estos tres elementos constituyen lo que podríamos llamar las condiciones socio-jurídicas de la nueva sexualidad marroquí. Una segunda serie de elementos que conformarían la esfera de los comportamientos y normas sexuales serían: a) la explosión de la sexualidad preconyugal; b) la multiplicidad de parejas y la frecuencia del adulterio; c) la explosión de las prostituciones femenina y masculina.

Para Dialmy, la convivencia de los dos sexos en una ciudad sin estar preparados históricamente ni psicológicamente a una mixtura sin velo y sin fronteras, provoca a los hombres "la irresistible necesidad de caza a la mujer" (acoso sexual). El conjunto de espacios de la ciudad se convierten en espacios propicios para la conquista sexual, lejos de los tradicionales compartimentos estancos entre hombres y mujeres. La ciudad es sexualmente más permisiva, y la urbanización en Marruecos ha significado igualmente la posibilidad de un placer sin sacralidad. Ante esta explosión sexual urbana, el Estado responde, siempre según Dialmy, con un "*laisser coïter, laisser passer*". La sexualidad se convierte así en uno de los raros dominios dejados a la libertad del individuo, quizás para que pueda soportar un máximo de frustraciones diversas. El consumo sexual constituye el sustituto de una conciencia política prohibida. El Estado cierra los ojos y tolera muchas ilegalidades. Cuando tiene lugar, la represión extraconyugal por parte de los poderes públicos es selectiva y coyuntural, un gesto de vez en cuando para la opinión pública, la cual está cada vez más empujada por un islamismo creciente.

La laxitud de la administración se refleja igualmente en el nivel de control de la contracepción y de la interrupción voluntaria del embarazo. Las píldoras están a la venta en todas las farmacias, y no se exige prescripción médica. Pese a ello, todas las estadísticas oficiales sobre planificación familiar excluyen, como hemos visto, el consumo de la píldora por parte de las mujeres solteras. Así, las estadísticas maquillan la permisividad sexual real. Yendo más lejos, muchas clínicas privadas practican la interrupción voluntaria del embarazo. La práctica es a la vez lucrativa e ilegal, sancionada por la ley, tolerada y raramente castigada. Esta permisividad libera la sexualidad femenina marroquí del peligro de un embarazo no deseado, y el placer puede buscarse en sí mismo, se autonomiza.

La sexualidad preconyugal

Toda relación sexual entre dos marroquíes solteros de sexo opuesto es considerada como una fornicación (zina) por la sharia, y como un delito de prostitución por el código penal marroquí. Pese a esta doble criminalización, muchos factores juegan a favor de un desarrollo de la sexualidad preconyugal. Los factores de extensión son el retraso de la edad media al primer matrimonio, la precocidad de las relaciones sexuales y la autonomización del sexo con respecto del matrimonio. Estos factores se refuerzan por el rechazo ideológico y mediático de la abstinencia. La sexualidad preconyugal se desarrolla también porque no conduce a la pérdida de la virginidad de la chica joven, por un lado porque puede rehacerse (sutura

del himen), y por el otro porque una parte de la población marroquí comienza a no darle valor a la virginidad de la joven.

La multiplicidad de parejas sexuales sincrónicas es una práctica generalizada, y reviste formas de donjuanismo y de adulterio. Para los hombres marroquíes es un índice de potencia y virilidad, altamente valorizada. El adulterio es una forma de multiplicidad que se basa en la disociación entre la vida conyugal y la búsqueda del placer. La esfera de los placeres se proyecta así al exterior del hogar, pues se percibe como incompatible con la respetabilidad conyugal.

El 54% de hombres y el 75% de mujeres rechazan pensar en la sexualidad preconjugal como pecado

La valorización mediática del cuerpo y del goce, en el seno de un paradigma hedonista dominante, conduce a muchas chicas jóvenes a servirse de sus cuerpos para ofrecerse placeres de otro modo inaccesibles. Es una especie de prostitución "amateur" sin convicción, a fin de satisfacer las necesidades de consumo y de aparentar: vestirse, maquillarse, frecuentar los lugares chic, recibir regalos, dinero de bolsillo, etc. No es pues el deseo lo que está en el origen del sexo.

La juventud marroquí, especialmente la juventud urbana vive la sexualidad en un contexto de ruptura entre dos modelos culturales contradictorios: el tradicional y el moderno. La evolución de las pautas culturales sobre el comportamiento sexual queda reflejada en una encuesta sociológica, realizada en Casablanca en población alfabetizada, a 150 jóvenes (90 hombres y 60 mujeres) entre 18 y 40 años (edad media 24,2), de los que el 76,7% eran bilingües, el 80% eran población urbana, el 61,3% clases medias y altas (lo que determina un grado de occidentalización). Se les interrogó sobre cinco temas: a) sexualidad preconjugal y pecado, b) tabú de la virginidad, c) frecuencia de la práctica sexual, d) la unión libre, y e) Islam y libertad sexual.

Para la ortodoxia sunnita, la actividad sexual es inseparable de la institución de la nikah (matrimonio). Todo coito extramatrimonial es considerado zina (pecado). El 54% de hombres y el 75% de mujeres, sin embargo, rechazan pensar en la sexualidad preconjugal como pecado. De los que sí piensan así (17,7% de hombres y 16,6% de mujeres) sólo el 2,2% de hombres y el 18,3% de mujeres es favorable a la prohibición. Esta manera de vivir la sexualidad es desculpabilizadora, pero existen dos actitudes distintas, la que liga la sexualidad al proyecto conyugal (la práctica sexual es obligatoria entre dos amantes antes de casarse para el 30% de hombres y el 36% de mujeres), y la más transgresora que desliga la práctica sexual de todo proyecto matrimonial, opinan así un 67% de hombres y un 45% mujeres.

Si disociar el placer sexual del proyecto conyugal parece una opinión más masculina que femenina, en temas de virginidad los hombres parecen más conservadores. El 50% de los hombres consideran que es necesario permanecer vírgenes hasta el noviazgo, contra un 40% de las mujeres, mientras que permanecer vírgenes hasta el matrimonio es la preferencia para el 25% de hombres y el 9% de mujeres. Por el contrario, el 34,4% de los hombres y el 40% de las mujeres no ven la necesidad de ser virgen hasta el noviazgo, y las diferencias aumentan al negar la necesidad de la virginidad hasta el matrimonio, postura mantenida por un 45,5% de los hombres y hasta un 63,3% de las mujeres.

La juventud marroquí se encamina hacia la autonomización del sexo, hacia su constitución en espacio arreligioso

El derecho al orgasmo es cada vez más para la mujer una reivindicación central. Ante la pregunta ¿con qué frecuencia hace el amor? La respuesta principal es la no respuesta entre las jóvenes marroquíes (23,3%) (en los hombres la no respuesta es sólo del 4,4%). La segunda respuesta entre ellas es la negación de toda actividad sexual (21,7% se presentan como totalmente vírgenes) (ningún hombre ha contestado eso). El soltero marroquí parece tener una vida sexual ocasional (20% hombre, 18,3% mujer). El hombre parece inflar su actividad sexual (26,6% dicen que diariamente) (17,8% dos a tres veces semana) (30% una vez por semana). Sin embargo, el 75% no lo considera un acto de dominación sobre la mujer. Es vivido como una experiencia agradable común que procura la satisfacción al 90% de hombres y al 75% de mujeres. Sin embargo, el 47,8% de los hombres dice que no se preocupa por el placer de su pareja (el 26,7% no lo saben y el 6,6% no contestan).

Por lo que respecta a la unión libre, el 62,2% hombres está a favor, así como el 48,3% de las mujeres. Para las estudiantes (arabizadas, de clase inferior, que explican su actitud tradicionalista), la unión libre es una pérdida de tiempo, una relación futil, un medio de crearse complicaciones. Es en las mujeres cuadros donde hay más aceptación, el 65%, que ven el matrimonio como una formalidad social. Sin embargo es teórica, ninguna mujer cuadro interrogada ha reconocido vivir o haber vivido una unión libre, de larga duración y pública.

Ante la convivencia entre Islam y libertad sexual, predomina el modelo liberal occidental en materia de sexualidad. Así pues, aparece una incompatibilidad entre Islam y libertad sexual para el 77,7% de hombres y el 66,6% de mujeres. Parece que la juventud marroquí se encamina hacia la autonomización del sexo, hacia su constitución en espacio arreligioso. Así, las funciones del acto sexual se clasifican de la manera siguiente: satisfacción de una necesidad natural 60%, búsqueda del placer 28,7%, cumplimiento de un deber socio-religioso 6%, procreación 3,3%

Las contradicciones en materia de sexualidad son tan evidentes que hoy en día, un joven marroquí recibe dos mensajes frontalmente opuestos desde el mismo Gobierno: el ministro de Salud les apela a usar el condón para prevenir el VIH/Sida, mientras que el ministro de Asuntos Religiosos les ordena practicar la abstinencia o casarse. Enfrentados a esta contradicción, los jóvenes marroquíes se ven obligados a ensamblar una ideología. El resultado es que su actividad sexual es vivida con culpabilidad, es oportunista y de riesgo. Sin embargo, parece clara una evolución de la sexualidad marroquí, básica para entender el presente y el futuro de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Marruecos.

Derechos sexuales y reproductivos

El código penal marroquí, así como el código de estatuto personal, son importantes fuentes de información para analizar el nivel de protección (desprotección) de los derechos sexuales y reproductivos en Marruecos. Además de la capacidad de ejercer el derecho a la salud que se desprende del panoramano reflejado en este capítulo sobre la salud sexual y reproductiva, algunos elementos merecen ser destacados, como los matrimonios forzados, el aborto, la violación, el adulterio y la homosexualidad.

El aborto

EL CEDAW ha condenado a Marruecos por la falta de acceso a servicios de aborto seguro y ha cualificado la ley restrictiva de aborto una forma de discriminación sexual. Marruecos no ha firmado el protocolo opcional del CEDAW, de hecho ningún país árabe lo ha hecho, aunque sí lo han hecho países de religión mayoritariamente islámica como Burkina Faso, Bosnia-Herzegovina, Benin, Bangladesh, Azerbaidzhán, Turquía, Senegal, Nigeria, Indonesia, Malí, Guinea Bissau, Kazajstán.

Recordemos que en Marruecos se permite el aborto para preservar la salud de la madre. No está permitido ni en casos de violación o incesto, ni en problemas del feto ni por motivos sociales o económicos. La despenalización del aborto en los casos permitidos data de 1967. El mismo decreto que despenalizaba el aborto, derogaba la ley francesa de 10 julio de 1939, que prohibía la publicidad y venta de contraceptivos. En los casos en que se permite el aborto, la intervención debe ser realizada en las seis primeras semanas de embarazo por un médico y con el consentimiento del marido. Si el marido no consiente, el médico deberá buscar el consentimiento del médico-jefe de la provincia presentando notificación escrita de que es el único medio para salvaguardar la salud de la mujer. Si es la vida lo que está en juego, sólo se requiere notificación del médico al médico-jefe.

Fuera del supuesto de peligro para la vida de la mujer, la interrupción voluntaria del embarazo es severamente castigado por la ley. El castigo es tanto para quien ayuda a interrumpir el embarazo como para la mujer que se presta a ello. Según el código penal marroquí, quien provoca un aborto o indica los medios para provocarlo tiene una pena de prisión de 1 a 5 años y una multa de 120 a 500 dirhams. Si del aborto provoca la muerte de la mujer, la reclusión es de 10 a 20 años. Si se prueba que la persona "culpable" se dedicaba habitualmente a realizar abortos, las penas se duplican. Y si forma parte del cuerpo médico o paramédico, puede, además, prohibírsele el ejercicio temporal o definitivo de su profesión. Por lo que respecta a la mujer que voluntariamente se presta a un aborto, o que ha utilizado ella misma los medios que le han indicado para ello, la pena es la prisión de 6 meses a 2 años y una multa de 120 a 500 dirhams.

El artículo 455 del Código Penal va más allá y establece una pena de 2 meses a 2 años y una multa de 120 a 2000 dirhams a quien promueva el aborto (aunque esta promoción no haya surtido su efecto) mediante discursos públicos, mediante la publicación, distribución y venta de libros, escritos, anuncios, dibujos, incluso mediante la publicidad de gabinetes médicos.

El Corán no habla explícitamente del aborto, pero existe una interpretación general en el Islam de que el aborto se puede permitir solamente en los casos más graves, como salvar la vida de la mujer. Y aun así, sólo se permite antes de que la "vida respire" en el feto, lo cual puede significar con variaciones dentro de los primeros 40, 80 o 120 días de embarazo. Una minoría de estudiosos se opone al aborto en cualquier estadio de desarrollo del feto, basándose en la creencia de que el embrión ya tiene alma en el momento de la concepción.

Existe una interpretación general en el Islam de que el aborto se puede permitir solamente en los casos más graves, como salvar la vida de la mujer

En Marruecos existe un creciente acceso a la contracepción de emergencia, sin necesidad de prescripción médica

Sin embargo, el aborto ilegal está ampliamente extendido en Marruecos, siendo utilizado por muchas mujeres como método contraceptivo. La incidencia del aborto ilegal está subestimada, dado que muchas mujeres que recurren al aborto ilegal son mujeres casadas pertenecientes a las clases medias y superiores que abortan en clínicas privadas. Los informes de los hospitales públicos sugieren que un número significativo de admisiones son mujeres de niveles socioeconómicos bajos que sufren complicaciones debido a abortos realizados en malas condiciones. Por otra parte, es muy difícil confirmar qué proporción de la mortalidad materna se debe a estos abortos realizados en condiciones precarias, dada la ilegalidad existente.

Sin embargo, en Marruecos existe un creciente acceso a la contracepción de emergencia, sin necesidad de prescripción médica, ejemplo más de la política de *"laissez coïter, laissez passer"* que señala Dialmy. Cabe recordar también que la ley establece que para la esterilización de la mujer, ésta debe tener como mínimo 28 años, y tener un número mínimo de 3 hijos.

Matrimonios acordados y violencia contra las mujeres

Otro elemento de conculcación de derechos de la mujer es el matrimonio acordado por la familia. Una encuesta de la Liga Democrática para los Derechos de la Mujer establecía que el 22% de las mujeres marroquíes están casadas en el marco de los matrimonios "arreglados" por la familia, de las que un 8% están casadas contra su propia voluntad. Muchas de ellas sufren en silencio la violencia cotidiana. En caso de violencia, en muchas ocasiones la mujer marroquí es a menudo acusada por su entorno de ser la culpable, en otros casos la violencia está implícitamente tolerada en el seno de las parejas, existe incluso en las parejas jóvenes que aún no se han casado. Aunque el código de estatuto personal evoca "el divorcio por malos tratos", en la práctica, éste se otorga raramente a causa de la dificultad de suministrar la prueba de dichos malos tratos, cometidos en la intimidad del hogar. Si la mujer huye del hogar se arriesga a ser sancionada por abandono de la familia, así como se arriesga toda persona que la ayude o acoja fuera de la ley, acusada de complicidad por haber escondido a una mujer casada que se debe a la autoridad del marido a la cual está legalmente sometida.

Adulterio

Para una persona casada, mantener relaciones sexuales con una persona distinta a su cónyuge, es una infracción grave reprimida por la ley penal, y puede suponer de 1 a 2 años de prisión. Esta infracción es un delito de orden moral, que no comporta perjuicio de orden público sino sólo al honor del cónyuge ofendido, por lo que puede interponer demanda contra el cónyuge adúltero, pero no contra la persona cómplice de la infracción. En Marruecos, la ley penal no sólo reprime el adulterio, sino que además acuerda circunstancias atenuantes al cónyuge ofendido que decidiera tomarse la justicia por su cuenta. Así, el artículo 418 del código penal estipula que: "el asesinato, las heridas y los golpes son excusables si son cometidos por el esposo contra su esposa así como contra el cómplice en el momento en que les sorprenda en flagrante delito de adulterio". "Excusables" no significa que estas infracciones puedan cometerse con toda impunidad sino que las circunstancias particulares que han podido

llevar a cometerlas permiten comprender a su autor y reducir la pena que le corresponda. En la práctica, si un marido sorprende a su esposa en delito de adulterio y comete homicidio, en lugar de la pena legal estipulada por ello, que es la cadena perpetua o incluso la pena de muerte, su pena sería reducida de 1 a 5 años de prisión. Si este mismo marido, en la misma situación, infringe heridas y golpes que pueden llegar incluso a suponer una dolencia (amputación, ceguera, etc.) o incluso la muerte, la pena inicial de 5 a 20 años de prisión, según las circunstancias, será reducida a una pena de 6 meses a 2 años.

Además del alcance de esta legislación, cabe añadir que no existe texto legal que pueda aplicarse en circunstancias recíprocas, ninguna excusa legal puede ser invocada para atenuar la pena de la esposa deshonrada que se vengara físicamente de su esposo adúltero.

La sección 489 del Código Penal criminaliza la homosexualidad y establece penas de 6 meses a 3 años de prisión

Prostitución

Otro elemento que denota una insuficiencia legal de protección de los derechos sexuales y reproductivos, es la penalización de la prostitución según el artículo 502 del Código Penal, que establece que “se pena con prisión de 1 mes a 1 año y a una multa de 120 a 500 dirhams a quien, con gestos, palabras, escritos o por cualquier otro medio, procede públicamente a la reclutación de personas de uno u otro sexo para provocarles al desenfreno”.

Violación

Por lo que respecta a la violación, es decir, el acto sexual impuesto mediante coacción a una persona de uno u otro sexo, el Código Penal marroquí lo define exclusivamente como “el acto por el cual un hombre tiene relaciones sexuales con una mujer contra la voluntad de ésta”. Así, los actos sexuales impuestos a un hombre contra su voluntad no están al mismo nivel, y se consideran solamente un atentado al pudor. Ahora bien, se trata solamente de una diferenciación a la hora de calificar un hecho y el otro, pues las penas son las mismas para la violación como para el atentado contra el pudor. Este crimen está penado con la reclusión de 5 a 10 años, y si se comete contra una menor de 15 años, la pena es la reclusión de 10 a 20 años. Si el culpable es un familiar ascendente, un tutor o un servidor de la persona violada, si es funcionario o ministro de un culto, la infracción tiene un agravante y la reclusión es de 10 a 20 años en el primer caso y de 20 a 30 en el segundo.

Homosexualidad

Por lo que respecta a la homosexualidad, ésta está prohibida en Marruecos, tanto la masculina como la femenina. La sección 489 del Código Penal criminaliza la homosexualidad y establece penas de 6 meses a 3 años de prisión, así como multas adicionales de 120 a 1.000 dirhams por “actos obscenos o contranatura con un individuo del mismo sexo”. En este sentido, existe el precedente de un joven marroquí que consiguió el asilo en Estados Unidos en enero de 1997, tras haber sido violentamente golpeado por su propio padre y por la amenaza de ser encarcelado por el Gobierno marroquí porque era gay, según recoge la ILGA (International Lesbian and Gay Association).

En los últimos años se asiste a un recrudecimiento de la persecución pública de la homosexualidad

La percepción de la identidad sexual en Marruecos está lejos del concepto de una cultura gay desarrollada en Occidente. Uno habla más bien sobre relaciones sexuales “normales” o “naturales” refiriéndose al contexto sexual entre hombres y mujeres. Otras formas de sexualidad son consideradas desviaciones. Aunque la homosexualidad puede haber existido siempre en las sociedades árabo-musulmanas, está lejos de ser reconocida, aunque sí bastante tolerada, a condición de que no se exhiba, no se alardee y sobre todo que no se hable de ella.

Tabla 27. El rechazo social a la homosexualidad

	Masculina	Femenina
Enteramente de acuerdo	1,8%	1,8%
De acuerdo	5,2%	6,1%
Dudoso	1,3%	2,7%
En desacuerdo	18,5%	19,0%
En desacuerdo total	71,5%	68,2%
No respuesta	1,5%	2,1%

Fuente: Dialmy, A.; Logement, *Sexualité et Islam*

La homosexualidad femenina es menos conocida, debido a que la sexualidad de la mujer se encuentra en un estadio de sumisión, a que aún no puede expresar su sexualidad, a que su función social es la procreación, y a que la mujer tiene menos acceso a la educación que el hombre.

Pese a cierta tolerancia, lo cierto es que en los últimos años se asiste a un recrudecimiento de la persecución pública de la homosexualidad. El periódico *Bayane Al Yaoum*, órgano del Partido Progresista Socialista, titulaba “La prostitución, la desviación sexual, este virus olvidado”. En sus páginas se podía leer: “Casablanca, el corazón económico del país es también el corazón de la prostitución y de la desviación sexual, sobre esta plaga, nos hemos entrevistado con los responsables del Servicio de la Moral de la prefectura de Casa Anfa...”. Como anexo del reportaje, se mostraba una tabla comparativa de los arrestos por delito de homosexualidad entre enero y marzo de 2000 y de 2001 respectivamente. Notar la diferencia:

Tabla 28. Arrestos por delito de homosexualidad

2000		2001	
Enero	1	Enero	28
Febrero	7	Febrero	9
Marzo	5	Marzo	51
Total	13	Total	88

No es ni la primera campaña de este tipo en Marruecos, ni la más dramática. A principios de los años noventa la muerte de un homosexual miembro influyente de la comunidad israelita marroquí, encontrado asesinado, sirvió, tras la lectura de su agenda por la policía, para provocar

una oleada de arrestos sin precedentes. También se recuerda con anterioridad, en los ochenta, una redada gigantesca que tuvo lugar en Marrakech tras un reportaje sobre la homosexualidad en esta ciudad, realizado por *Kalima*, primera revista independiente de sociedad en Marruecos (y que pagó muy cara su independencia y su libertad de tono, pues sólo duró algunos números).

Pese a esta falta de libertades, la homosexualidad todavía no ha desembocado en una reivindicación identitaria, al menos en el interior del país. Las principales manifestaciones sobre la homosexualidad en Marruecos, sea masculina o femenina, como en otros países musulmanes, se da en las comunidades que viven en el extranjero. Algunas organizaciones han empezado a constituirse en defensa de los derechos sexuales. Destaca la organización *Al-Fatiha*, que celebró en 1999 en Nueva York, el "Primer Congreso Islámico de Homosexuales". El nombre de dicha organización, la primera sura que abre el Corán, causó precisamente gran indignación en Marruecos. Otras asociaciones de nueva creación son *Sawasiyah*, o para las lesbianas árabes y magrebís, la organización *Sehakia*.

Las principales manifestaciones sobre la homosexualidad en Marruecos se da en las comunidades que viven en el extranjero

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

Las políticas del gobierno marroquí

El Gobierno marroquí, con apoyo de diversas agencias internacionales como el PNUD o el Banco Mundial, ha ido elaborando un marco de estrategias y políticas con el fin de orientar el proceso de desarrollo. Se acuerda gran importancia al enfoque participativo del desarrollo, al pluralismo político, y a su correspondiente liberalismo económico, al respeto de los derechos humanos y al refuerzo del papel de la mujer en el plano económico, político y social. La estrategia adoptada pretende reducir las disparidades regionales en materia de desarrollo, mejorar las condiciones de vida de las poblaciones con ingresos limitados, y ayudar a las personas desfavorecidas.

Estas políticas generales de desarrollo económico y social se traducen en la adopción de una política económica susceptible de acelerar el crecimiento, concebida como un medio esencial de creación de empleo, de generación de nuevas fuentes de ingresos, de mejora de las estructuras y de los medios de producción y de inserción económica en el ámbito social y espacial. Paralelamente se trata de equilibrar las disparidades económicas y sociales tanto geográficas (rural-urbano) como de género (hombre-mujer), y en especial compensar los desequilibrios sociales creados a raíz de las políticas de ajuste estructural de los años ochenta.

Al nivel de los actores de la lucha contra la pobreza, hay que subrayar la preeminencia del Estado. Sin embargo, la emergencia de nuevos actores es susceptible de reforzar los medios de acción, y de acelerar el ritmo de erradicación de la pobreza en el país. En efecto, además del Estado, las colectividades locales participan mediante programas específicos en la lucha contra la pobreza. La sociedad civil, a través de las ONG, comienzan a tomar parte cada vez más activa en el alivio de la pobreza. En conclusión se puede decir que en Marruecos, la estrategia de lucha contra la pobreza ha conocido una reorientación fundamental desde la llegada del Gobierno de alternancia del anterior primer ministro Yussufi. Los esfuerzos desplegados por los poderes públicos para la erradicación de la pobreza son cada vez más reforzados y centrados en las poblaciones y las zonas más desfavorecidas, particularmente en medio rural.

El marco de referencia para las políticas de desarrollo de Marruecos es el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) 2000-2004, si bien con anterioridad ya se habían iniciado estrategias y planes en el mismo sen-

En el marco del alivio de la pobreza y con vistas a paliar el impacto social negativo del ajuste estructural, el Gobierno marroquí elaboró en 1993, la estrategia de desarrollo social para la década de los noventa

tido y con una clara orientación de lucha contra la pobreza. Estos programas se caracterizan por su concentración bien geográfica, bien sectorial, algunos de ellos de carácter piloto con el fin de ampliarlos posteriormente al resto del país. Se trata básicamente, y por orden cronológico, de la Estrategia de Desarrollo Social, del Programa de Desarrollo Humano Sostenible y de Lucha contra la Pobreza, de la Estrategia de Desarrollo Social Integrado, del Programa Piloto de Lucha contra la Pobreza en Medio Urbano y Periurbano, y el Programa Especial de Desarrollo Descentralizado, entre otros.

La Estrategia de Desarrollo Social y el BAJ1

En el marco del alivio de la pobreza y con vistas a paliar el impacto social negativo del ajuste estructural, el Gobierno marroquí elaboró en 1993, la estrategia de desarrollo social para la década de los noventa. Su puesta en marcha se inició con la elaboración del primer programa de prioridades sociales (BAJ1) cuya ejecución comenzó en 1996, en colaboración con el Banco Mundial. Este programa abarca 14 provincias desfavorecidas y comprende tres proyectos complementarios e interdependientes. Se trata de los proyectos de Educación Básica, Salud Básica y Promoción Nacional, Coordinación y Seguimiento de los Programas Sociales.

El proyecto Educación Básica concierne, especialmente, a la mejora del acceso a la educación básica mediante la construcción y el equipamiento de escuelas, letrinas y agua, la reducción del desfase de escolarización entre niños y niñas, la mejora de la calidad de la educación mediante la formación del personal, el suministro de equipamiento y de mobiliario, y la organización de cursos de adelanto para los alumnos con dificultades. El proyecto Salud Básica comprende la mejora del acceso a los servicios de cuidados preventivos y curativos esenciales, el refuerzo del programa de maternidad sin riesgo y el apoyo a los programas prioritarios nacionales de salud pública. El tercer proyecto pretende, a través de la lucha contra el subempleo y el paro, en especial en el campo, el refuerzo selectivo de trabajos complementarios para valorizar las intervenciones en materia de educación y salud previstas en el programa, la creación de un observatorio dependiente del Ministerio de la Previsión Económica y del Plan para seguir el nivel de vida de los hogares, y el apoyo institucional al Secretariado del programa cuyo mandato es coordinar, seguir y evaluar las acciones programadas.

Programa de Desarrollo Humano Sostenible y de Lucha contra la Pobreza

La política contra la pobreza se reforzó con la firma en septiembre de 1996 de un acuerdo de cooperación entre el Gobierno marroquí y el PNUD para la realización de este programa. Pretende la integración de los esfuerzos nacionales en la materia y se articula entorno a los ejes siguientes: elaboración de una estrategia nacional y de un plan nacional de lucha contra la pobreza; establecimiento de un informe nacional sobre el desarrollo humano; el refuerzo de la movilización social, de la participación y del partenariado entre la administración y la sociedad civil, con vistas a crear un entorno propicio al desarrollo humano sostenible y a la lucha contra la pobreza; la identificación de las causas y de la tipología de la pobreza en el medio rural, de las necesidades priorita-

rias de las poblaciones pobres y de la puesta en marcha de programas de acción integrados de desarrollo comunitario y de lucha contra la pobreza en cuatro provincias prioritarias, El-Haouz, Chichaoua, Essaouira y Chefchaouen. Fueron las escogidas como provincias más necesitadas sobre la base de un índice sintético de desarrollo. El objetivo es asegurar la diseminación de una nueva cultura centrada en el desarrollo de base que asocie a la población a la elaboración de programas de desarrollo, e instituir una tradición de colaboración, propicia a la movilización del conjunto de actores implicados por la acción de desarrollo.

La Estrategia de Desarrollo Social Integrado

Consciente del hecho que el desarrollo social requiere un enfoque y mecanismos particulares, dado el retraso acumulado por el país, el Gobierno elaboró en 1999 la Estrategia de Desarrollo Social Integrado. Beneficia a las 29 provincias con un indicador de desarrollo humano inferior a la media nacional. Esta estrategia se basa en los ejes siguientes: a) desarrollo de los servicios sociales y equipamientos básicos a través de la extensión de la educación básica, de la lucha contra el analfabetismo, de los servicios de salud básica, del desaislamiento y la traída de agua potable, la electrificación y el desarrollo del hábitat social; b) el refuerzo y la extensión de la protección social y sanitaria; c) la promoción del empleo; d) el desarrollo y el refuerzo de los mecanismos de apoyo económico y social a las categorías pobres no con ingresos limitados; e) la instauración y la promoción de un desarrollo local sostenible.

El Programa de Lucha contra la Pobreza en Medio Urbano y Periurbano

Tiene como objetivo experimentar y validar nuevos enfoques de desarrollo social, a nivel local y urbano, basados en el partenariado entre autoridades locales y técnicos municipales, y actores de la sociedad civil y el sector privado. Se desarrolla en tres ciudades piloto (Tánger, Casablanca y Marrakech) y pretende desarrollar las capacidades nacionales, pero sobre todo locales, y elaborar y poner en marcha los planes de acción integrados de lucha contra la pobreza urbana y periurbana. Este programa de alcance económico y social está implementado conjuntamente por el Ministerio de Desarrollo Social, de la Solidaridad, del Empleo y de la Formación Profesional, y el PNUD. El objetivo central del programa es la reducción de la pobreza en estas tres ciudades.

El Programa Especial de Desarrollo Descentralizado

Dicho programa pretende su implantación principalmente en medio rural y abarca los sectores siguientes: traída de agua potable, pequeña y mediana infraestructura hidráulica, carreteras y senderos rurales, agua para el abastecimiento del ganado, saneamiento líquido, programa de desarrollo rural integrado, microcréditos. En la misma preocupación, el acento se pone en la mejora de la condición de la mujer rural. El Estado toma medidas para alentar la escolarización de la niña rural, promover su formación concebida como uno de los incentivos de la promoción social, por un lado, y un aval al iniciar actividades generadoras de ingresos a favor de la mujer rural, por otra.

La Estrategia de Desarrollo Social Integrado. Beneficia a las 29 provincias con un indicador de desarrollo humano inferior a la media nacional

La orientación social del Gobierno constituye una elección estratégica de reducción de las disparidades a niveles sociales y espaciales

El Plan de Desarrollo Económico y Social 2000-2004

Esta política de promoción de programas de lucha contra la pobreza ha sido reforzada en el marco del Plan del Desarrollo Económico y Social (PDES) 2000-2004. La orientación social del Gobierno constituye una elección estratégica de reducción de las disparidades a niveles sociales y espaciales. Se concreta en un aumento sensible de los créditos presupuestarios dedicados a los sectores sociales. Conviene resaltar que durante la última década, los gastos sociales consagrados a la educación, a la atención de salud, a la infraestructura social de base, a la seguridad social, a los programas de asistencia social, a las subvenciones al consumo alimentario, etc., han registrado, en su conjunto, un aumento significativo. De 1991 a 2002 la parte de gastos sociales en los gastos presupuestarios ha mejorado significativamente, pasando del 34,8% en 1991 al 43,2% en 1998, y al 47% en 2002. Expresados en porcentaje del PIB, estos gastos han pasado del 9,1% en 1991 al 12,5% en 1998. Esta progresión de los gastos presupuestarios dedicados a los sectores sociales es esencialmente el resultado del avance registrado en 1998/99 por el presupuesto de educación, las subvenciones alimentarias, los programas que refuerzan la accesibilidad de las zonas rurales desfavorecidas al agua potable y a la electricidad así como por la seguridad social.

La valorización de los recursos humanos y el desarrollo social ocupan un lugar central en la estrategia de desarrollo del PDES 2000-2004. Los principales objetivos se centran en una mayor amplitud de oportunidades de promoción del factor humano, mediante la enseñanza y la formación, con vistas a una participación efectiva en el desarrollo global. Sobre esta base, el plan acuerda una importancia crucial a la reforma del sistema de educación y de formación, considerado como instrumento de modernización de la sociedad. La eficacia del sistema depende de la puesta en práctica de pasarelas permanentes entre la enseñanza y el sistema productivo, para responder mejor a las necesidades de éste último, en especial en materia de cualificación, y por otra parte de dotarse de las capacidades de concepción y de anticipaciones de las mutaciones futuras a fin de formar a los cuadros adaptados a las nuevas estructuras económicas del país.

El PDES se desarrolla en tres partes. La primera parte económica y de promoción del empleo, la segunda de ámbito social y de reducción de disparidades, y finalmente la tercera de reforma institucional. Por lo que respecta a la parte económica, la lucha contra el desempleo es el objetivo básico. Para conseguirlo se articula alrededor de una serie de acciones como las grandes obras de infraestructura, la puesta a punto del tejido productivo y el desarrollo del mundo rural. Se espera reducir la tasa de desempleo del 14,1% registrado actualmente al 12,5% en 2004 y al 7,3% en 2014, siempre a condición de alcanzar una tasa de crecimiento económico medio del 5% anual. La creación de una Agencia Nacional para la Promoción del Empleo y de las Competencias será uno de los instrumentos de esta política. También se prevé la creación de "viveros" de empresa, es decir, poner a disposición de los jóvenes empresarios locales industriales y comerciales, los cuales serán alentados a promover el empleo mediante medidas fiscales ventajosas. A nivel del Estado se cuenta con el aumento del

volumen de inversiones en materia de grandes obras de infraestructura para incrementar el volumen de empleo.

Por lo que respecta al sector social, y muy especialmente la reducción de disparidades en el mundo rural, los objetivos son más concretos, se centran en la construcción de 2.210 km de carreteras anualmente (contra los 1.000 km del período 1995-1998), la alimentación del campo con agua potable en un 62% en lugar del 38% en 1999 y electrificación del 70% en lugar del 39% en 1999. La enseñanza fundamental se reforzará con la creación de 10.170 aulas y 230 colegios, lo que representa respectivamente un 22,3% y un 85,2% de los equipamientos disponibles antes de iniciarse el Plan. Las medidas preconizadas para la lucha contra la pobreza dependen en gran medida de un crecimiento fuerte susceptible de multiplicar las oportunidades de empleo. Se prevén sin embargo paliativos: promoción del microcrédito, dinamización de la economía social y la creación de una Agencia para el desarrollo social y la movilización de recursos de la *zakat*. La lucha contra el analfabetismo prevé reducir la tasa del 46% al 35% en 2004. Con respecto a la promoción de la mujer, el proyecto se refiere al Plan de Integración de la Mujer en el Desarrollo.

Las medidas preconizadas para la lucha contra la pobreza dependen en gran medida de un crecimiento fuerte susceptible de multiplicar las oportunidades de empleo

A nivel de desarrollo social, los poderes públicos centrarán sus esfuerzos en iniciativas conjuntas con los actores económicos y sociales y organizaciones de la sociedad civil, en base a una acción integrada y directa para alcanzar el retraso de desarrollo que afecta a ciertas categorías sociales y a ciertas provincias. La estrategia se centra sobre los principales ejes siguientes: a) el desarrollo de los servicios sociales y equipamientos básicos a través de la extensión de la enseñanza primaria, la lucha contra el analfabetismo, los servicios de salud primaria, el desaislamiento y la toma de agua potable, la electrificación y el desarrollo del hábitat social; b) el refuerzo y la extensión de la protección social y sanitaria; c) la promoción del empleo; d) el desarrollo y refuerzo de mecanismos de apoyo económico y social a los pobres o con ingresos limitados; e) la instauración y promoción de un desarrollo local sostenible.

Por último, el apartado de reforma institucional comprende la justicia, de la que se preconiza más independencia, mejorar la aplicación de justicia mediante la mejora de la formación de los jueces y la creación de jueces de ejecución. La descentralización pretende modernizar el sistema de gestión de las colectividades locales, la puesta en marcha de planes a nivel regional y la elaboración de contratos programas entre el Estado y las colectividades

Las agencias de desarrollo social

Paralelamente al proceso de planificación del desarrollo, el Gobierno marroquí ha ido creando instituciones específicamente encargadas de llevar a cabo las acciones de desarrollo. Así, en 2000, y en el marco del PDES 2000-2004, se crea la Agencia de Desarrollo Social, encargada de llevar a cabo acciones y programas destinados a mejorar sosteniblemente las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables. Tras la creación de las estructuras organizativas, esta agencia aportará su apoyo financiero, bien de manera directa a los proyectos

Los problemas sanitarios que el PDES expone se centran casi exclusivamente en la salud sexual y reproductiva, lo cual demuestra la prioridad concedida por el Gobierno marroquí al sector

que acuerda, bien a través de asociaciones, y ello con vistas a mejorar la disponibilidad de los bienes y servicios colectivos en las zonas desfavorecidas.

Otra agencia de especial interés es la Agencia de Desarrollo de las Provincias del Norte, creada exclusivamente para potenciar el desarrollo de esta zona de Marruecos, especialmente castigada por el bajo desarrollo económico y social, la emigración, y el aislamiento geográfico, además del olvido histórico por parte del poder central. El ámbito de actuación de la Agencia son las prefecturas de Tanger-Asilah, Fahs-Makada, y Oujda-Angad, y las provincias de Tetuán, Larache, Chefchaouen, Al Hoceima, Nador, Berkane, Taourirt, Taza y Taounate. Paralelamente a la acción específica de las provincias del norte, el Gobierno marroquí también ha emprendido un programa especial de desarrollo de las llamadas “provincias del Sur”, es decir, el Sáhara Occidental en litigio. Cabe destacar que ambas zonas, tanto la del norte como la del sur, responden en gran medida a los antiguos territorios bajo control español.

La salud sexual y reproductiva en el PDES 2000-2004

En el capítulo social, la salud ocupa, tras la educación, un lugar privilegiado en la estrategia de crecimiento económico que implica un desarrollo social apropiado. El análisis de partida del plan se basa en una mejora indiscutible de los indicadores de la salud a lo largo de las últimas tres décadas, aunque siguen siendo débiles en comparación con los de otros países con ingresos similares, en especial, y precisamente, en materia de salud materna e infantil y en diferencias entre medio urbano y rural. Ello muestra un reparto desigual de los centros sanitarios que se traduce en un acceso desigual a los servicios de salud.

Los problemas sanitarios que el PDES expone se centran casi exclusivamente en la salud sexual y reproductiva, lo cual demuestra la prioridad concedida por el Gobierno marroquí al sector. En materia de salud materna e infantil, el nivel de mortalidad infantil es aún elevado a nivel nacional, a causa principalmente de la fuerte mortalidad neonatal, es decir la acontecida durante el primer mes de vida, un problema ligado directamente a las condiciones del parto. La regresión de la mortalidad materna es muy moderada y en medio rural es 2,5 veces superior al medio urbano. Esta situación se explica por una insuficiencia en materia de atención de los partos en medio rural que constituye un gran problema en razón del déficit de camas de parto en este medio y de la falta de parteras, además de cuestiones socio-culturales. Los problemas sanitarios que el Plan enumera también hacen mención al aumento continuo de la exposición a las enfermedades sexualmente transmisibles por razón de comportamientos sexuales de riesgo. Así, al definir los principales objetivos establecidos en la materia y sobre la base de las necesidades mínimas para 2004, la lista viene encabezada por reforzar los programas de promoción de la salud preventiva y de lucha contra las enfermedades que se centren en reducir en medio rural los niveles de la mortalidad materna de 307 muertes por cien mil a un índice igual o inferior a 270, y de la mortalidad infantil de 37 muertes por mil a una tasa igual o inferior a 30.

En materia de planificación familiar, el PDES se ha fijado como objetivo el de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994), es decir, alcanzar una prevalencia contraceptiva en métodos modernos del 55% en 2004. Ello supone una ganancia media de 2 puntos por año dado el nivel alcanzado en 1997. Se trata de un beneficio más fuerte que el registrado entre 1987 y 1997 (1,3 puntos). El desafío es mayor por cuanto el ritmo de progresión parece ralentizarse a partir de 1995. Esta ralentización significa una cierta relajación del esfuerzo en la materia así como la dificultad de la progresión entre las poblaciones más desfavorecidas (pobres, habitantes de zonas aisladas). El Ministerio de Salud ha iniciado desde 1998 una política de independencia nacional en materia de anticonceptivos, requiriendo un aumento del presupuesto del Ministerio para aprovisionarse sobre los mercados local e internacional.

El Ministerio de Salud ha iniciado desde 1998 una política de independencia nacional en materia de anticonceptivos

Para cumplir con los objetivos sanitarios, el PDES pretende destinar 1.009,6 millones de dirhams, que suponen el 21% del global del sector salud, para dar prioridad a las actividades de prevención y lucha contra las enfermedades, en especial en medio rural que se beneficiará del 60% de este crédito. El programa se centrará en las actividades de atención materna e infantil, de vacunación, de planificación familiar, de prevención nutricional y de lucha y prevención contra las enfermedades. El desglose financiero por años que establece el Plan es el siguiente:

Tabla 29. Financiación del PDES

Del 1 de julio al 31 diciembre 2000	123.690.000 Dh
2001	162.304.000 Dh
2002	241.751.000 Dh
2003	241.251.000 Dh
2004	240.679.000 Dh
TOTAL	1.009.675.000 Dh

Por lo que respecta a la protección social, y en concreto al capítulo dedicado a la mujer, el PDES esboza la estrategia de promoción de la mujer basada en las orientaciones siguientes: a) la realización de un proyecto de sociedad basado en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres como dos colaboradores en materia de éxito de este proyecto; b) la promoción de la mujer en la aplicación del principio de justicia y de igualdad entre la mujer y el hombre en la elaboración y ejecución de proyectos y programas nacionales y regionales; c) la ampliación de la participación y del acceso de las mujeres a la educación no formal y a la alfabetización; d) la elaboración de una política eficaz en materia de salud reproductiva y la mejora de los indicadores de salud de la mujer; e) la inserción de las mujeres en la actividad económica y en todos los sectores productivos y el impulso a las mujeres a obtener créditos para la realización de proyectos económicos; f) el refuerzo de la condición jurídica y política de las mujeres y su habilitación a ejercer sus derechos.

De ver la luz y aplicarse, el Plan supondría una verdadera revolución social y política, sin igual en ningún país árabe-musulmán

Tabla 30. Los objetivos del PDES en materia de salud reproductiva

Indicadores	Objetivos del PDES 2004	1997
	Prevalencia contraceptiva	
Todos los métodos - Urbano	70	66
Todos los métodos - Rural	60	51
Métodos modernos - Total	>55	43
	Consultas prenatales	
% de consultas prenatales - Urbano	80	62
% de consultas prenatales - Rural	30	21
	Partos controlados	
Tasa de partos controlados - Urbano	80	70
Tasa de partos controlados - Rural	30	20
	Mortalidad Materna e Infantil	
Tasa de mortalidad materna - Rural	≤270	307
Tasa de mortalidad materna - Total	Reducir un 30% o menos de 200	228
Tasa de mortalidad infantil - Total	≤30	37

Buena parte de las estrategias en materia de salud reproductiva y en general de mejora de la condición de la mujer debían verse reforzadas por el plan de Acción Nacional para la Integración de la Mujer en el Desarrollo, aprobado por el Gobierno marroquí, pero cuya aplicación se congeló por la fuerte oposición del ministerio de Asuntos Islámicos y de los sectores más tradicionales de la sociedad marroquí. De ver la luz y aplicarse, el Plan supondría una verdadera revolución social y política, sin igual en ningún país árabe-musulmán. Al final de este capítulo trataremos las principales propuestas del Plan.

Factores clave de éxito: financiación y desconcentración

Siendo el desafío alcanzar hasta el último lugar del mundo rural para llegar a los objetivos consignados en el cuadro superior, el Ministerio de Salud, alimentado por sus experiencias, y en especial con el apoyo de la ONU, es consciente de la necesidad, por un lado, de un refuerzo de los mecanismos de financiación del sistema de salud para liberar recursos para la atención de salud primaria, y por otro lado, de una responsabilidad incrementada, de una mayor delegación de poderes, de autonomía, de motivación, de gestión de proximidad, en suma de desconcentración.

En materia de financiación de los cuidados de salud básica, los esfuerzos del Ministerio de Salud pretenden crear un consenso sobre la necesidad de aumentar la parte del presupuesto del Estado dedicado a la salud con vistas a acercarse a los niveles de contribución alcanzados en países con niveles de desarrollo similares (el presupuesto del Ministerio de Salud jamás ha pasado del 5% del Presupuesto General del Estado durante la década de los noventa, o sea el equivalente de poco más del 1% del PIB). Tratándose de un objetivo de medio a largo plazo, el desafío inmediato consiste en buscar nuevas fuentes de financiación como alternativa al descompromiso proyectado por ciertos organismos y agencias de cooperación (en especial de USAID). A medio plazo, el desafío consiste, sobre todo, en mejorar la eficiencia del sistema y a

proceder, tanto como sea posible, a una reasignación de los recursos públicos afectados al Ministerio de Salud a favor del medio rural y de las capas más desfavorecidas.

Consciente de la necesidad de una gestión de proximidad, el Ministerio de Salud inició en 1998 un proceso de desconcentración de varios actos hasta el presente decididos a nivel central. A título de ejemplo, la desconcentración de las funciones de planificación y de gestión financiera en materia de salud reproductiva, apoyada por el FNUAP, ha significado un avance importante en materia de eficacia, de satisfacción de necesidades reales de las poblaciones locales, y de adaptación a las condiciones del terreno. Dicha desconcentración se ha aplicado a través del análisis de la situación, la definición de las necesidades y el desarrollo de las estrategias por equipos provinciales en materia de salud reproductiva. Ello no ha permitido solamente ampliar la visión de los problemas y reforzar la coordinación, sino que también ha desarrollado la toma de decisión y una mayor responsabilidad del personal de salud. Estos ejemplos muestran que la desconcentración en el sector salud podría llevar a un acceso más fácil y a una mejor calidad de servicios.

La desconcentración en el sector salud podría llevar a un acceso más fácil y a una mejor calidad de servicios

Políticas de población y salud reproductiva en Marruecos

Marruecos, desde los inicios de la década de los sesenta, inició el establecimiento de una política demográfica a fin de hacer frente al crecimiento demográfico que obstaculizaba los esfuerzos en materia de desarrollo económico y social. Basado principalmente en el programa de planificación familiar, la orientación ha ido evolucionando, sobre todo a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, hacia un enfoque más integral de desarrollo humano sostenible, con el paradigma de salud reproductiva como nexo de unión.

La siguiente cronología resume la historia de la política de población en Marruecos:

1964: Inicio del debate oficial sobre la incidencia de la demografía en el desarrollo económico, tras un informe del Banco Mundial sobre la situación en Marruecos.

1965: El Rey Hassan II dirige un memorándum a los partidos políticos, organizaciones sindicales y otros grupos nacionales haciendo alusión a la situación demográfica y proponiéndoles una reflexión sobre un programa de acción para el control de los nacimientos.

1965: El Rey Hassan II firma la declaración de Jefes de Estado sobre la Población.

1966: Aplicación del Decreto Real relativo a la constitución de las comisiones nacional y regionales de la población, que marca el lanzamiento de un programa de planificación familiar.

1967: Se promulgan los Decretos Reales que abrogan la ley que prohibía la propaganda anticonceptiva y liberalizan el aborto terapéutico.

El Gobierno ha puesto en marcha diversos programas verticales que abordan la salud reproductiva de manera sectorial

1968: Los planes quinquenales de desarrollo económico y social subrayan la necesidad de integrar la planificación familiar en los departamentos ministeriales.

1971: Se crea la Asociación Marroquí de Planificación Familiar (AMPF), reconocida de utilidad pública.

1977: El Programa de Visitas a Domicilio de Motivación Sistemática de salud primaria se integra en las actividades del Ministerio de Salud Pública. Se crea el Programa de Salud Materno Infantil.

1987: Se crea el Programa de Vigilancia y Control del Embarazo.

1988: Se inicia el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA

1991: Se promulga el *Dahir* que aumenta las asignaciones familiares hasta el tercer hijo y las reduce un 62,5% a partir del cuarto hijo.

1993: El Rey Hassan II declara en una entrevista a *Le Point* que se trata para Marruecos de la "contracepción o la pobreza".

1995: Tras la publicación de los resultados del censo general de la población y el hábitat, se crea el Ministerio de la Población.

1995: Se introduce el enfoque de "Maternidad Sin Riesgo".

1996: Se reactiva la Comisión Nacional de Población, confiando su tutela al Ministerio de Población y adoptando un enfoque integrado que implica a todos los ministerios concernientes en materia de población.

1997: Creación de 16 regiones económicas en lugar de las siete que existían desde 1972 para servir mejor a la población e iniciar un proceso de descentralización de las políticas de desarrollo.

Desde los años sesenta y setenta, en los diferentes planes de desarrollo económico y social, la salud materna e infantil y la planificación familiar han estado a la cabeza de las prioridades nacionales. A partir de los años ochenta, la pertinencia de estos programas en términos de prioridad no se discute y las preocupaciones de los decisores políticos se orientan hacia la mejora de los indicadores así como de los medios para alcanzarlos. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, al cual Marruecos se adhirió plenamente, ha servido de guía para los años posteriores para elaborar una estrategia en materia de población en general y de salud reproductiva en particular. Pese a que no existe aún una política explícita ni un programa global de salud reproductiva, el Gobierno ha puesto en marcha diversos programas verticales que abordan la salud reproductiva de manera sectorial, y el esfuerzo de Marruecos en materia de salud reproductiva es incontestable por los servicios establecidos, las estrategias desarrolladas, la dinamización de la reflexión y también los medios movilizados en términos de recursos humanos y materiales. El paquete de actividades ofrecido en materia de salud reproductiva (mediante sus componentes clásicos) se asimila al de muchos países, a saber, la planificación familiar, la salud materno infantil, las ETS y las actividades de IEC.

Pese a no haberse aplicado aún la visión y enfoque de salud reproductiva comprendido en el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo de 1994, se han dado prometedores pasos previos, como la creación de la Dirección de la Población, que cubre la mayor parte de los componentes de programas de salud reproductiva. Además, los servicios disponibles a través de programas verticales (Planificación Familiar, Maternidad sin riesgos y ETS/VIH/SIDA) a nivel central están integrados a nivel operativo (incluso en las maternidades, counselling y postparto), y el Ministerio de Salud es el principal suministrador de servicios en el plano técnico (con excepción de la píldora donde las farmacias privadas contribuyen en gran proporción). La integración de los servicios se realiza en fase piloto en 12 provincias, con el apoyo del FNUAP.

Hasta 1987 las prioridades del Ministerio de Salud estaban orientadas a la malnutrición infantil, la mortalidad infantil y la planificación familiar

Tabla 31. Componentes de Salud reproductiva de la CIPD y de Marruecos

<i>Componentes del paquete de servicios de salud reproductiva (1)</i>	<i>CIPD</i>	<i>Marruecos</i>
Planificación familiar	XXX	XXX
Atención a salud materna, infantil y de la mujer	XXX	XXX
Prevención/Tratamiento de infertilidad	XXX	
Aborto (prevención y complicaciones)	XXX	
Tratamiento ETS y ITR	XXX	XXX
Diagnóstico y referencia de cánceres de mama y cervical	XXX	
Sexualidad humana	XXX	
Prácticas dañinas	XXX	
<i>Componentes adicionales de salud reproductiva (2)</i>		
Salud reproductiva de adolescentes		
Violencia contra las mujeres		
Salud reproductiva de los hombres		
Género		
<i>Componentes adicionales (3)</i>		
Salud infantil/Supervivencia infantil		
Mujeres mayores/menopausia		
Nutrición		

(1) Paquete básico de servicios de salud reproductiva establecidos en el Capítulo VII del Programa de Acción de la CIPD.

(2) Componentes incorporados en el Capítulo VII del Programa de Acción de la CIPD como dimensiones de oferta de servicios, aunque algunos están identificados por algunos países como componentes separados de la salud reproductiva.

(3) Componentes incluidos en otros capítulos del Programa de Acción de la CIPD pero no en el Capítulo VII sobre "derechos reproductivos y salud reproductiva". Están identificados en algunos países como componentes específicos de salud reproductiva.

El Programa de Maternidad Sin Riesgos

El Programa de Salud Materna en Marruecos ha evolucionado a partir del Programa de Protección de la Salud Infantil. En efecto, hasta 1987 las prioridades del Ministerio de Salud estaban orientadas a la malnutrición infantil, la mortalidad infantil y la planificación familiar. Por lo que respecta a la madre, el programa prevenía consultas prenatales en ciertos centros urbanos (1960-1970). Las actividades del programa se estandarizaron e integraron en los programas de salud infantil (programa de salud materno infantil), pero en el plano operativo la prioridad

El valor de la consulta prenatal en términos de reducción de la mortalidad materna está en cuestión a escala mundial

se le daba al niño. La creación del Programa de Salud Materna e Infantil (PSME) en 1977 no modificó las actividades a favor de la madre. La multiplicación de encuestas en los años ochenta favoreció la toma de conciencia de la amplitud del problema de salud materna y de su carácter vulnerable. Los resultados apoyaron la dinámica de la reflexión sobre el problema, lo que llevó a la creación en 1987 del Programa de la Vigilancia del Embarazo y del Parto (PSGA). Sin embargo, no es hasta 1995 cuando se introduce la Iniciativa Maternidad Sin Riesgo, a partir de la cual se adopta un enfoque más integral sobre la problemática que hace especial énfasis en la cobertura de emergencias obstétricas y en la información, educación y comunicación.

1987-1995: Estrategia de cobertura prenatal y desarrollo de la red de atención de salud primaria

Los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud Pública desde la reestructuración del programa de vigilancia del embarazo y del parto en 1987, se han concentrado principalmente en las prestaciones de consulta prenatal. Actualmente, el valor de la consulta prenatal en términos de reducción de la mortalidad materna está en cuestión a escala mundial. No permite prever la mayoría de complicaciones obstétricas que sobrevienen sin prevenir, y que son causas directas de muertes maternas.

Según algunos estudios sólo el 11% de las muertes son evitadas a través de una consulta prenatal adecuada ligada al tratamiento de las complicaciones. Por otra parte, si se trata de la calidad en la atención de los casos complicados (cuidados obstétricos de urgencia) a nivel de maternidades hospitalarias y casas de parto se pueden evitar hasta el 67% de las muertes. Hay que recordar que las cuatro causas principales de muertes maternas son las hemorragias, la distocia, la hipertensión y la septicemia.

Aunque los objetivos a alcanzar implicaban un alto nivel de cobertura prenatal y de parto en medio vigilado, sobre el plano operativo la estrategia reposaba fundamentalmente en la consulta prenatal basada en el enfoque de riesgo, es decir, un enfoque puramente preventivo. Estos esfuerzos contribuyeron a una cierta mejora pero se encontraron con algunos obstáculos, principalmente geográficos (relieve accidentado, el 40% de la población a más de 10 km de una formación sanitaria de base), otros ligados a la organización de los recursos materiales y humanos (repartición desigual según las regiones). Los resultados no fueron satisfactorios y las tasas de consulta prenatal siguieron siendo muy bajas. En 1995, sólo el 27,8% de las mujeres se beneficiaron de visitas prenatales en medio rural, contra el 79,2% en medio urbano (al menos una visita); el 18,5% de los partos se realizaron en medio vigilado en medio rural, contra el 73,8% en medio urbano. Además, el impacto de las consultas es bastante limitado: los protocolos desarrollados para definir los factores de riesgo han tenido un débil valor predictivo. En el plano operativo, los objetivos de la consulta prenatal, que son cuatro en las guías y los manuales (vigilancia de la salud materna, seguimiento del embarazo y detección de embarazos de riesgo, preparación al parto y preparación a la lactancia materna) se reducen en el plano operativo a la detección de embarazos de riesgo.

Por otra parte, ofrecer una consulta prenatal e instalar maternidades periféricas no tiene sentido más que si la mujer puede acceder a un nivel de referencia equipado de manera apropiada en caso de complicaciones. Se necesita, por lo tanto, el desarrollo de todo un sistema.

Aun así, se consiguió una mejora de la situación que constituyó una fase previa para iniciar la fase de mejora de la calidad. Se mejoró la accesibilidad geográfica a las estructuras primarias gracias al plan de extensión de la cobertura sanitaria y de la organización de los modos de cobertura, en particular el modo móvil, que amplió la gama de servicios; una mejora de los servicios en términos de organización, de desarrollo de la infraestructura y de refuerzo de los equipamientos; la mejora de las competencias del personal en materias técnicas, de gestión y de comunicación y el desarrollo de los soportes didácticos y de las guías de referencias para el personal de salud, entre otros.

1995: La iniciativa Maternidad Sin Riesgo

Los estudios realizados en el ámbito de maternidades hospitalarias muestran que la mortalidad intrahospitalaria es elevada, 200 por 100.000. Este nivel se atribuye a una deficiencia de abordaje en el ámbito de las maternidades o por retrasos en la evacuación a partir del domicilio o de las maternidades periféricas. Pero sea cual sea la causa, la presencia de lagunas del sistema es evidente: ausencia de maternidad hospitalaria en ciertas provincias (13 de 63), bloques operatorios no funcionales por falta de ginecólogos o anestesistas, personal de parto no cualificado, no disponibilidad de medios de evacuación, ausencia de un banco de sangre, mala gestión de los servicios y, finalmente, población mal informada. Vista esta realidad, se ha iniciado una nueva visión de programa. Si bien el objetivo es el mismo, la reducción de la mortalidad materna, las estrategias para alcanzarlo van a ser diferentes. La estrategia de la maternidad sin riesgo se basa en los ejes siguientes:

a) La introducción y el desarrollo de la información, la educación y la comunicación (IEC) con una movilización social como elemento integrado de esta estrategia. Se basa en la sensibilización y la información de las madres, de las mujeres en edad reproductiva, la producción de soportes educativos, la información y la educación de las parteras tradicionales y finalmente la colaboración intersectorial.

b) La mejora de la calidad de la consulta prenatal y del postparto, la producción de soportes didácticos (árboles de decisión). Ha sido necesaria la formación y el reciclaje del personal de salud en comunicación interpersonal y técnica de control prenatal así como la introducción del registro para el seguimiento de las mujeres y un esfuerzo particular en la gestión local de la información y de la autoevaluación.

c) La mejora y el refuerzo de la cobertura del parto por personal cualificado a nivel de los servicios de atención primaria (reciclaje de médicos generalistas), del hospital y a domicilio (sensibilización de las parteras tradicionales, elaboración de soportes de educación) y refuerzo del elemento técnico con la descentralización de las técnicas como la ventosa.

Los estudios realizados en el ámbito de maternidades hospitalarias muestran que la mortalidad intrahospitalaria es elevada, 200 por 100.000

Es posible disminuir la mortalidad materna y neonatal cuando las comunidades saben detectar los signos y síntomas de peligro o riesgo

d) Mejora de los tratamientos de urgencia de las complicaciones obstétricas en las maternidades de referencia con: acondicionamiento de bloques operatorios prioritarios en las provincias que no disponen de maternidades hospitalarias; mejora del elemento técnico (diagnóstico y tratamiento); establecimiento de protocolos de diagnóstico y tratamiento estandarizados; reclutamiento de personal cualificado; integración de los servicios de planificación familiar en postparto en estas maternidades.

e) La asociación de las facultades de medicina mediante la introducción en el curso universitario de un módulo de maternidad sin riesgo, y la implicación de los ginecólogos universitarios en la formación y la dirección del personal del terreno.

f) El refuerzo de las relaciones entre los diferentes niveles de cuidados en la atención de la salud de la mujer embarazada con la creación de un sistema de evacuación y de referencia.

g) Introducción de la investigación como medio de gestión y de toma de decisión: enfoque de equipo para la solución de problemas, auditoría en la mortalidad materna o la técnica del caso.

La experiencia ha demostrado que es posible disminuir la mortalidad materna y neonatal cuando las comunidades saben detectar los signos y síntomas de peligro o riesgo, y cuando los servicios de atención sanitaria de calidad son disponibles y accesibles, incluido un sistema de orientación-recurso para la atención de complicaciones al nivel más elevado del sistema de cuidados de salud.

Esta estrategia desarrollada en el marco de la Maternidad Sin Riesgos se basa en el modelo de los tres retrasos. Se trata de un modelo que tiene en cuenta el intervalo entre el inicio de una complicación obstétrica y la convalecencia o la muerte de la mujer. Una vez una complicación obstétrica surge, puede haber un retraso en la decisión de recurrir a los servicios obstétricos de urgencia (Retraso 1), en el tiempo necesario para llegar a una formación de servicios de urgencia (retraso 2) o en el tiempo que se necesita para recibir los servicios de urgencia apropiados una vez llegados al centro (retraso 3). El siguiente cuadro muestra las intervenciones necesarias para disminuir los retrasos.

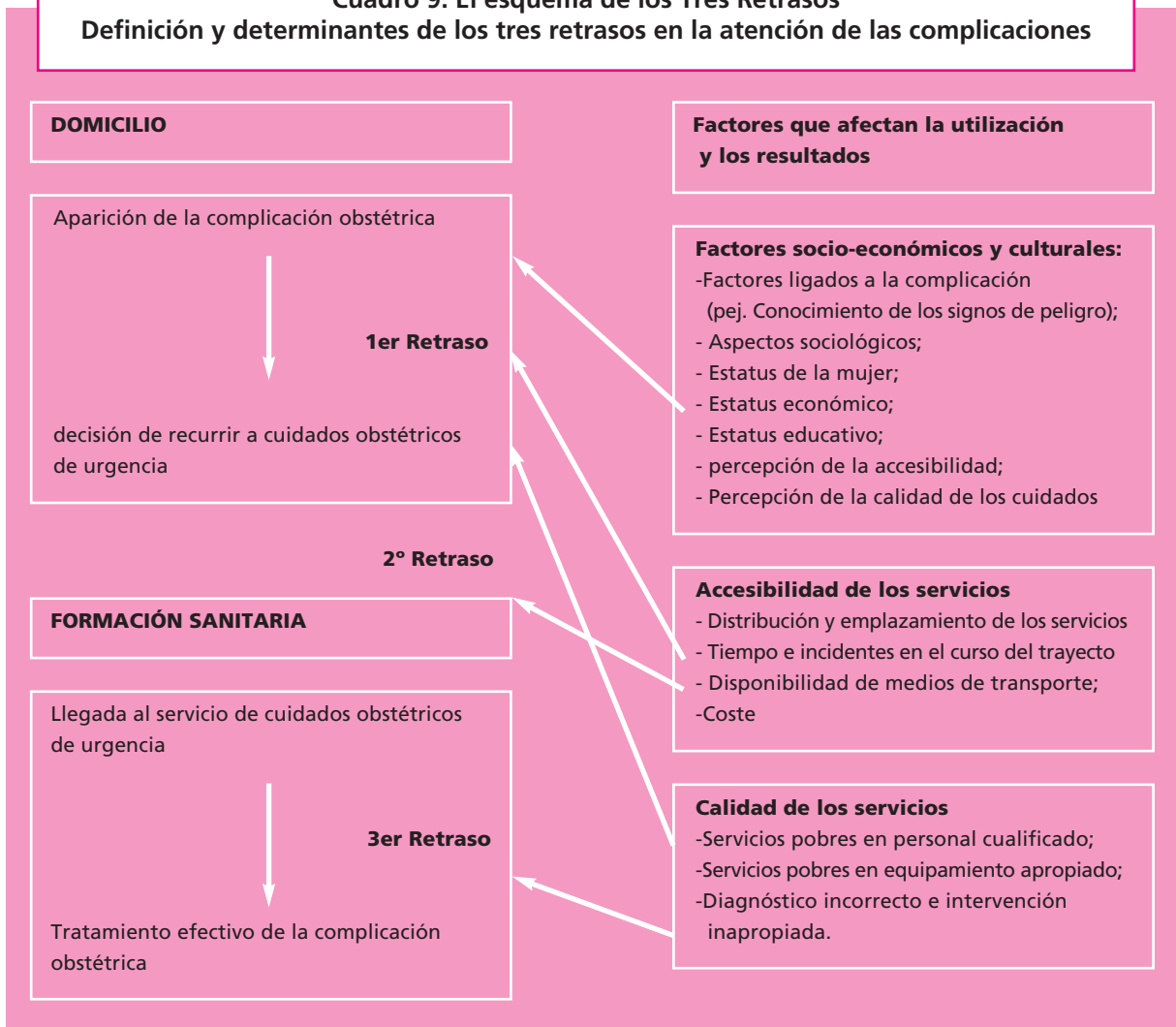
Los objetivos del programa de Maternidad Sin Riesgos se conciben de la siguiente manera:

-Mejorar la calidad de atención de las mujeres que presentan complicaciones obstétricas y la calidad de la reanimación del neonato.

-Ampliar la cobertura de cuidados obstétricos de urgencia poniendo a una escala aceptable el número de formaciones que ofrecen los servicios obstétricos de urgencia.

-Reducir el déficit en intervenciones obstétricas mayores mediante el reclutamiento y la afectación del personal competente en materia de maternidad sin riesgo.

Cuadro 9. El esquema de los Tres Retrasos
Definición y determinantes de los tres retrasos en la atención de las complicaciones



- Mejorar la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y de parturientas al nivel de las estructuras de atención de salud primaria.

- Aumentar los conocimientos de la población y su recurso a los servicios de salud en caso de complicaciones obstétricas a fin de reducir el primer retraso (el retraso de la toma de decisión).

En el ámbito operativo se pretende alcanzar los siguientes resultados:

- Reducir en un 25% la mortalidad materna.
- Reducir en un 50% la mortalidad materna intrahospitalaria.
- Reducir al 30% la mortalidad neonatal.

-Alcanzar una tasa de atención medicalizada al parto del 80% en medio urbano y del 50% en rural.

La reorientación de la estrategia de mejora de la toma en cuenta de las complicaciones obstétricas ha sido muy bien percibida por los donantes

- Alcanzar una tasa de atención prenatal igual al punto anterior.

-Lograr una serie de objetivos cualitativos respecto a las condiciones de acogida, competencia técnica y protocolos de referencia.

La estrategia se concreta en las acciones siguientes, desde el nivel de maternidades hospitalarias, hasta el de partos a domicilio:

1- *Acciones a favor de las maternidades hospitalarias:* acondicionamiento/renovación de las maternidades para mejorar las condiciones de acogida y de estancia de las parturientas; mejora del nivel técnico del equipamiento y de las competencias técnicas del personal en técnicas de parto y urgencias obstétricas y en gestión para la resolución de problemas; institución de la auditoría de incidentes críticos en el seno de las maternidades; reclutamiento y afectación de personal cualificado; institución de una relación efectiva entre las maternidades de referencia; las casas de parto y maternidades rurales mediante la supervisión, la retroinformación y el apoyo en la formación; desarrollo y mejora de los servicios de planificación familiar y postparto; sensibilización de las parturientas sobre el seguimiento postnatal, la lactancia materna y la vacunación.

2- *Acciones a favor de la red de atención de salud de base:* mejora de las condiciones de parto (acogida, confort); mejora de las prestaciones de casas de parto, maternidades rurales y células de salud materno infantil y de planificación familiar; mejora de las competencias del personal de salud en técnicas de primer recurso: ventosa obstétrica, parto artificial, revisión uterina y cuidados del neonato; refuerzo del nivel técnico (material y medicamentos), difusión de los soportes didácticos y operativos, desarrollo de los medios de comunicación (teléfono...), mejora de las condiciones de transferencia y de evacuación de las urgencias hacia las maternidades de referencia; integración de las actividades de salud reproductiva en un mismo módulo en el ámbito de los centros de salud; aumento del reclutamiento en consulta prenatal mediante la calidad de servicio y el refuerzo de las relaciones entre el nivel ambulatorio y hospitalario; desarrollo de una estrategia nacional de lucha contra la anemia por carencia de hierro.

3- *Mejora de las condiciones del parto a domicilio:* sensibilización e información de las parteras tradicionales de manera que reconozcan los signos de complicaciones de embarazo y de parto; evaluación de la práctica de la partera tradicional; una información/sensibilización de las madres y de las personas influyentes en las complicaciones del parto; la referencia precoz y la higiene del parto; refuerzo de las acciones a favor de la planificación familiar; mejora de las competencias del personal en técnicas de planificación familiar; mejora de la calidad de las prestaciones de salud en *counselling*; aumento de la accesibilidad de la planificación familiar en medio rural; desarrollar el módulo salud reproductiva en los centros de referencia, promover los métodos de larga duración, organizar campañas de sensibilización a las mujeres, los maridos y los jóvenes.

Todo ello apoyado por una estrategia de información, educación y comunicación, que consta de dos fases: una primera fase, en la que se pone el acento en la sensibilización de cada una de las poblaciones

objetivo a través de medios apropiados sobre el carácter escandaloso de la mortalidad materna. En una segunda fase y paralelamente a la ejecución de la estrategia del programa, la comunicación debe centrarse en informar sobre cada uno de los problemas que pueden encontrarse durante el embarazo y el parto.

2000: la prioridad en las urgencias obstétricas

El PDES 2000-2004 refuerza el programa de Maternidad Sin Riesgos y lo reorienta en dos direcciones: a) adoptar una perspectiva regional del problema de las muertes maternas y neonatales y el tratamiento de las complicaciones. Gracias a esta perspectiva, se aborda la descentralización y la satisfacción de la población; b) actuar en una perspectiva de integración de las actividades relativas a la salud de la madre bajo el sombrero de salud reproductiva.

La importancia de la necesidad no satisfecha en intervenciones obstétricas en las regiones y la llegada de las mujeres en un estado grave a las maternidades de referencia impone el refuerzo de las estructuras tanto de referencia como periféricas en el marco de un enfoque de salud pública. Este enfoque adoptado se basa en el principio de que una puesta a punto de las capacidades de atención de las complicaciones obstétricas permite reducir los retrasos de 2º y 3er nivel. Esta puesta a punto consiste en reorganizar la atención obstétrica de manera que toda estructura sanitaria pueda ofrecer un paquete mínimo de atención –llamado Servicios Obstétricos de Urgencia Básicos (SOUB)- antes de derivar a la mujer, si es necesario, para cuidados más completos, tales como una cesárea o una transfusión de sangre. La puesta a punto de las capacidades de atención de las complicaciones incluye las competencias clínicas del personal médico y paramédico, el acondicionamiento de los lugares, el equipamiento, los medios de evacuación y el material técnico necesario para suministrar los servicios.

El objetivo de dicha reorientación es aprovechar las experiencias piloto realizadas con el apoyo de algunos donantes desde 1995, en especial el proyecto de USAID en las regiones de Fez-Boulemane y Taza-Alhucemas-Taounate, y ampliarlas al resto del país.

El enfoque ya probado incluye componentes múltiples como la puesta a punto de las competencias clínicas de los profesionales de salud y cuidados obstétricos de urgencia y cuidados de reanimación del neonato, el equipamiento de las formaciones sanitarias que ofrecen cuidados obstétricos de urgencia, y la coordinación a escala central, local y regional, con el fin de actuar en el ámbito de los tres retrasos a menudo responsables de las urgencias obstétricas. El análisis del desarrollo de esta actividad revela un cierto número de puntos positivos como la implicación de los enseñantes de los centros hospitalarios universitarios en el marco de la apertura de centros universitarios sobre el sistema sanitario periférico y en una perspectiva de partenariado con las provincias. Además, la implicación de los residentes no sólo ha tenido el resultado esperado en el desarrollo del reciclaje en la provincia, sino que también ha tenido un resultado positivo sobre su propia formación. Así, basados en esta experiencia, se ha introducido el *stage* obligatorio en periferia

El Programa de Planificación Familiar en Marruecos se prepara en 1965 y se inicia en 1966 a través de todas las estructuras del Ministerio de Salud Pública

Pese a los esfuerzos, y aunque la prevalencia contraceptiva mejorara, la estructura de la contracepción ha permanecido caracterizada por el predominio de la píldora

para todos los residentes en ginecología. Al mismo tiempo, la implicación de los enseñantes en el marco del personal de salud ha permitido la revisión del cursus de base de la formación del médico generalista y del residente.

La reorientación de la estrategia de mejora de la toma en cuenta de las complicaciones obstétricas ha sido muy bien percibida por los donantes, los cuales desde entonces, acompañan el movimiento de reorganización de las maternidades hospitalarias. Conviene igualmente mencionar la iniciativa de monitoreo, a escala regional (16 regiones), de las atenciones obstétricas de urgencia, permitiendo a las regiones gestionar ellas mismas de manera descentralizada los indicadores, los recursos y las necesidades en esta materia.

El Programa de Planificación Familiar

El actual Programa de Planificación Familiar es el resultado de una larga experiencia y reflexión. Al igual que para el programa de salud materna, el programa ha pasado por varias etapas progresivas, y lejos están los años en que a las mujeres se les daba aceite y un saco de harina si se esterilizaban.

Etapas de oficialización de la planificación familiar y la creación de las estructuras

El Programa de Planificación Familiar en Marruecos se prepara en 1965 y se inicia en 1966 a través de todas las estructuras del Ministerio de Salud Pública. El objetivo era “permitir a cada pareja tener el número de hijos que desee realmente en el momento que lo juzgue más oportuno” lo que se traduce por un espaciamiento controlado de los nacimientos. Pero paralelamente a la acción del Ministerio de Salud, los demás departamentos ministeriales, las organizaciones privadas y semipúblicas fueron llamadas a jugar un papel importante en materia de información y de motivación del gran público. La creación de las estructuras se inicia en el período 1966-1977 con la creación de la División de la Población y del Servicio de Planificación Familiar. El Programa de Planificación Familiar lanzado se inscribe en el Plan de Acción del Ministerio de la Salud de 1966, y la característica vertical del programa a nivel central no impedía en ningún caso su integración en las actividades ya existentes, en particular su integración en los servicios de protección de la madre y del niño en el ámbito de formaciones sanitarias primarias.

Etapas de aumento de la accesibilidad a la contracepción

Diversas acciones paralelas vinieron a reforzar el programa entre 1978 y 1991, como el lanzamiento del VDMS (Visitas a Domicilio de Motivación Sistemática), la creación del Centro Nacional de Formación e Investigación en Reproducción Humana (CNFRH), el lanzamiento del programa nacional de marketing social para los productos contraceptivos, el desarrollo de una estrategia de comunicación y la descentralización de la formación en DIU y *counselling* para el personal médico y paramédico en los centros de referencia de planificación familiar. Pese a los esfuerzos, y aunque la prevalencia contraceptiva mejorara, la

estructura de la contracepción ha permanecido caracterizada por el predominio de la píldora. Ello ha motivado la mejora de las capacidades de gestión con el refuerzo y la introducción de otros métodos de larga duración.

Fase de ampliación de la gama de contracepción y del refuerzo de las actividades de planificación familiar

Gracias al desarrollo de las acciones de IEC, al refuerzo del papel de los otros sectores y organismos, al estímulo del sector privado y a la creación de mecanismos institucionales de concertación y de coordinación con los otros sectores, el Programa de Planificación Familiar ha conseguido ampliarse. En el plano estructural, la División de Población se ha convertido en la Dirección de la Población y los Servicios de Planificación Familiar en la División de Planificación Familiar. En esta fase se destaca: la introducción del Norplant en 18 centros en 1992; la introducción de los inyectables en 1994 en 21 provincias; la introducción de las prestaciones de planificación familiar en postparto en 12 maternidades; la creación de centros piloto de calidad de servicios de planificación familiar; la organización de la primera semana nacional de planificación familiar en 1993; la generalización de la formación en inserción del DIU.

Fase de desarrollo de los medios para una política de población y preparación a la autosuficiencia del programa

La fase actual del programa se enfrenta a una desaceleración del crecimiento de la tasa de prevalencia contraceptiva, y a una paulatina retirada de las ayudas internacionales. Para hacer frente a ambos desafíos, el programa se propone los siguientes objetivos y ejes de intervención: a) la promoción de métodos de larga duración (DIU e inyectables); b) la mejora de la calidad de los servicios mediante la formación de los profesionales de la salud, el equipamiento, la creación de nuevas unidades de planificación familiar y la supervisión; c) la información y la sensibilización de la población mediante el desarrollo de una estrategia de comunicación adaptada a las especificidades socioculturales de cada región, la producción de soportes adaptados, la formación en *counselling* y comunicación interpersonal, la utilización amplia de los medios de comunicación y la organización de campañas anuales a favor de la planificación familiar; d) el desarrollo del partenariado con el sector privado en materia de salud reproductiva, mediante la información y la sensibilización de los médicos generalistas, ginecólogos y farmacéuticos privados y su implicación en el programa además de la discusión sobre la normalización de los costes de los actos de planificación familiar, el refuerzo del programa de marketing social para el condón y la píldora y la introducción de nuevos métodos (DIU e inyectables) en el programa; e) la exploración de las posibilidades del sector privado de la industria farmacéutica en vistas a la producción local de contraceptivos necesarios para el programa; f) el estudio de los aspectos jurídicos y aduaneros favorables a la planificación familiar; g) el desarrollo de la cooperación Sur-Sur; h) la mejora de la logística y el control de la estimación exacta de las necesidades del país con el lanzamiento del programa de marketing social para los inyectables y secundariamente para el DIU.

La fase actual del programa se enfrenta a una desaceleración del crecimiento de la tasa de prevalencia contraceptiva, y a una paulatina retirada de las ayudas internacionales

El Programa de Planificación Familiar ha servido para proporcionar otros servicios de salud materna e infantil

Los éxitos del programa marroquí

La planificación familiar es una actividad integrada en las prestaciones preventivas desarrolladas en los servicios de salud primaria y hospitalaria del Ministerio de Salud. Para responder mejor a las necesidades de la población en materia de planificación familiar, el programa ha recurrido a varias estrategias de cobertura.

Modo de cobertura fija. Este modo se basa en la oferta de servicios mediante las estructuras fijas del Ministerio de Salud representadas por las células de salud materna e infantil a nivel de dispensarios y centros de salud urbanos y rurales, los centros de referencia de planificación familiar, las maternidades y las casas de parto, el CNFRH, las estructuras privadas representadas básicamente por los gabinetes de médicos privados, las oficinas privadas (farmacias y depósitos), las estructuras asociativas particularmente la Asociación Marroquí de Planificación Familiar y, finalmente, las estructuras de otros ministerios que juegan sobre todo un papel en las materias educativas.

Modo de cobertura móvil. La mejora del acceso al servicio de planificación familiar para las poblaciones rurales y suburbanas por el refuerzo de las estrategias móviles es uno de los objetivos del Programa de Planificación Familiar marroquí. Este modo está dirigido a las poblaciones alejadas de las formaciones sanitarias. En este caso, es el servicio el que se desplaza hacia la población mediante equipos móviles; por la itinerancia a domicilio para las poblaciones a menos de 5 km, la itinerancia por puntos de contacto para las que se encuentran entre 5 y 10 km, se trata aquí de puntos de unión, la itinerancia mediante equipos móviles (dotados de un vehículo) para las poblaciones a más de 10 km. Hay que señalar que en el paquete de la itinerancia se encuentran otras prestaciones como la vacunación, la higiene escolar, la lucha contra el paludismo, etc.

Tabla 32. Prestaciones de planificación familiar según los modos de cobertura y los métodos ofrecidos

Estructura	Píldora	Condón	DIU	Inyectable	Norplant	Ligadura Tubaria
CNFRH	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Maternidad	XXX	XXX	XXX			XXX
Centro Planif. Fam.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	
Centro Salud	XXX	XXX	XXX	XXX		
Dispensario	XXX	XXX	XXX			
Equipo móvil	XXX	XXX	XXX			
Punto de contacto	XXX	XXX				
Itinerancia	XXX	XXX				

El enfoque de integración de servicios, en especial en los casos de atención a domicilio para las poblaciones más remotas, ha sido una de las políticas emprendidas por Marruecos. Así, el Programa de Planificación Familiar ha servido para proporcionar otros servicios de salud materna e infantil. En 1979 los trabajadores de planificación familiar iniciaron el control a las mujeres embarazadas y lactantes, a distribuir suplementos de hierro, a derivar a los niños no vacunados a los dispensarios, a pro-

porcionar información y elementos para la rehidratación oral, y llevar a cabo una vigilancia nutricional. En 1991 las comadronas visitantes a domicilio distribuyeron 1,9 millones de kits de rehidratación oral. Combinar la planificación familiar con las intervenciones de supervivencia infantil han hecho a cada sector más efectivo. El programa ahora proporciona una amplia gama de servicios básicos de salud a las mujeres rurales y sus hijos. El programa también ha resultado coste-efectivo. Un estudio de 1990 calculó que el precio por pareja y año era sólo de 5 dólares contra 13 dólares para los clientes que visitaban los centros de salud rurales, cuando en la mayoría de países, el coste anual de planificación familiar por cliente está entre 10 dólares y 20 dólares, o 1 dólar o 2 dólares per cápita para todo el coste del programa de planificación familiar. El ahorro a los clientes en tiempo y transporte, incluyendo los tiempos de espera en las clínicas, también es sustancial.

Los subsidios de marketing social se iniciaron en 1989, con ayuda de USAID, y se han desarrollado rápidamente

La implicación del sector privado es también creciente y se alienta. Los subsidios de marketing social se iniciaron en 1989, con ayuda de USAID, y se han desarrollado rápidamente. El condón "Protex" fruto del marketing social, lanzado en 1989, es ya la marca más popular. Las campañas publicitarias consiguieron elevar el uso del condón entre los hombres marroquíes, del 3% en 1989 al 20% en 1993. El sector privado supone hoy un 35% de toda la prevalencia contraceptiva. Asimismo se hizo con dos marcas nacionales de píldoras, con la ayuda de la Federación Nacional de Farmacéuticos, la Asociación Farmacéutica Marroquí y el Ministerio de Salud.

Así, la cobertura móvil, la integración de servicios a domicilio y el marketing social se destacan como tres experiencias consideradas a escala internacional como buenas prácticas que han contribuido al éxito del programa marroquí de planificación familiar.

El Programa de ETS y VIH/Sida

Desde la aparición del primer caso de VIH en Marruecos en 1986, se creó un Comité Nacional de Lucha contra el Sida (CNLS) y se establecieron las estructuras de base del programa nacional. Se dedicó un presupuesto especial por el Gobierno para iniciar las actividades del programa. El CNLS se amplió posteriormente para incluir representantes de los diferentes ministerios y las personas y recursos implicados, incluidas las ONG. Este comité está presidido por el Ministro de Salud.

El Gobierno marroquí reconoce que la transmisión sexual del VIH es en estos momentos el principal modo de transmisión del VIH en el país, y se ha fijado como diana prioritaria del programa a los jóvenes, los pacientes portadores de ETS, las prostitutas, la población carcelaria, los profesionales del turismo, los migrantes, los militares y los usuarios de drogas inyectables. Las intervenciones se orientan hacia la prevención de la transmisión sexual del VIH y de otras ETS en el medio urbano. Otras intervenciones como la prevención sanguínea y perinatal, el abordaje de los pacientes infectados o enfermos, la reducción del impacto a nivel del individuo y de la comunidad, también son tomados en consideración.

El ritmo de la epidemia de la infección por VIH/Sida ha sido hasta el momento relativamente lento. Sin embargo, el predominio de la transmi-

El ritmo de la epidemia de la infección por VIH/Sida ha sido hasta el momento relativamente lento

sión heterosexual (72% de los casos) conjugado con la fuerte incidencia de las ETS hace temer una evolución futura acelerada del VIH/Sida. Se desprende que las medidas de prevención de ETS y de la infección por VIH/Sida son las mismas y afectan al mismo público diana por eso la necesidad de integrar las acciones de lucha contra estas enfermedades. La prevalencia inquietante de ETS, su expansión a través de la multiplicidad de parejas sexuales y de las redes sexuales, obligan a la investigación preventiva aplicada a considerar las ETS, no sólo como una patología orgánica llenando el lecho del Sida del país, sino igualmente como fenómeno social. De ahí la necesidad de actuar al nivel de los diferentes determinantes de la epidemiología de las ETS. En efecto, la prevención y el control de las ETS no pueden ser realizadas más que a través de una acción global incluyendo programas sociales y de salud pública y que implican la acción conjugada de numerosos colaboradores de los diferentes sectores de la vida pública y la sociedad civil. Ante todos estos aspectos de la problemática de las ETS/VIH/Sida, la puesta en marcha de un cierto número de acciones-intervenciones diana en el marco de los programas de desarrollo socioeconómico se muestra esencial para prevenir y controlar estas enfermedades.

El Programa Nacional de Lucha contra el Sida

El Programa Nacional de Lucha contra el Sida se inició en 1988, apenas dos años después de detectarse el primer caso. Se encuentra bajo la responsabilidad del servicio de las ETS/Sida de la Dirección de la Epidemiología y de la Lucha contra la Enfermedad, en el Ministerio de la Salud.

Los objetivos del programa se centran en la reducción de la incidencia de los casos de ETS y Sida mediante el refuerzo de la vigilancia epidemiológica, un abordaje eficiente de los casos de Sida y de ETS y la promoción de un comportamiento sexual de menor riesgo.

Las estrategias del programa son:

a) El refuerzo del sistema de vigilancia mediante un sistema de vigilancia de rutina a través de las redes centinelas. Esta actividad cubre actualmente los pacientes portadores de ETS y las mujeres embarazadas que frecuentan la consulta prenatal. A partir de 1995 esta vigilancia se ha ampliado a: los enfermos tuberculosos; los laboratorios –todos los laboratorios efectúan los tests de confirmación de la infección del VIH; y a los donantes de sangre en todo el país. El diagnóstico anónimo gratuito es operativo en de las principales ciudades. Una colaboración entre el Ministerio de Salud y las diferentes ONG ha permitido instalar nuevos centros en otras ciudades.

b) El refuerzo de la descentralización de las actividades del programa: la mejora de la calidad del abordaje clínico y educativo de los casos de ETS con implicación de los farmacéuticos y médicos del sector privado mediante la introducción del abordaje sindrómico; la mejora de la calidad de abordaje de los casos de Sida mediante la introducción de la biterapia; el refuerzo de la implicación multisectorial en la lucha contra las ETS/Sida; el desarrollo de las actividades de IEC y el establecimiento de la comunicación de proximidad ante los grupos de riesgo, de los decisores y de los líderes de opinión.

La seguridad de la sangre y de sus derivados está asegurada en el conjunto del territorio nacional desde 1990 por el centro nacional y los centros regionales de transfusión sanguínea. A partir de 1993 se estableció un sistema de vigilancia por redes centinelas previsto por el programa. Esta vigilancia se estableció al principio en cuatro sitios centinelas cuyo objetivo era estimar y seguir la tendencia de la prevalencia del VIH en ciertos grupos de población (donantes de sangre, mujeres embarazadas, consultas de ETS, tuberculosos y grupos con comportamiento de riesgo). Por otra parte, se realizaron varias encuestas al gran público, a los jóvenes y a individuos con un comportamiento de riesgo con el objetivo de adaptar una estrategia de prevención. Los centros centinelas han permitido tener una información muy exhaustiva sobre las infecciones de ETS. Aunque el abordaje de los casos de ETS siempre había existido en la consulta curativa, los enfermos de ETS no se beneficiaban de un abordaje efectivo (medicamentos no disponibles, enfoque no estandarizado, no implicación del sector privado, etc.) Los estudios cualitativos realizados en las formaciones sanitarias ante el personal de salud y de la población han revelado una dificultad de comunicación, una falta de eficacia de las actividades de IEC, que afectan a la promoción del condón y el tratamiento de las parejas.

El Programa Nacional de Lucha contra el Sida se inició en 1988, apenas dos años después de detectarse el primer caso

El acceso al diagnóstico y al tratamiento

La disposición de antirretrovirales existe en Marruecos desde 1990 para la monoterapia, y desde 1995 para la biterapia. Una estrategia nacional para el diagnóstico y el abordaje de los casos de infección de VIH/Sida se ha desarrollado y puesto en marcha desde 1998. El abordaje de la infección del VIH/Sida se organiza mediante centros de excelencia en el ámbito de los CHU (Centros Hospitalarios Universitarios) y centros de referencia a nivel regional. La triterapia ha sido adoptada ya y permite a los pacientes beneficiarse de los últimos progresos terapéuticos. Se realizan esfuerzos importantes por parte del Ministerio de Salud en colaboración con las ONG para mejorar el acceso a los tratamientos antirretrovirales. El Centro Nacional de Diagnóstico y de Seguimiento de la Infección del VIH en el Instituto Nacional de Higiene de Rabat está equipado para realizar los tests sofisticados de seguimiento biológico de los pacientes. Por otra parte, para mejorar el diagnóstico de la infección por VIH, diversos centros de diagnóstico gratuito y anónimo se han puesto en marcha en colaboración con las ONG en diversas provincias del país, cuyos laboratorios hospitalarios han sido equipados para la realización de los tests. Así, en colaboración con las ONG se han establecido diez centros de diagnóstico anónimo y gratuito en Rabat, Agadir, Marrakech, Safi, Tánger, Fez, Meknes, Casablanca, El Jadida y Essauira, y dos centros de tratamiento ambulatorio ETS/Sida en Rabat y en Kelaa des Sraghna.

Los dos polos de excelencia existentes desde 1998 son el servicio de enfermedades infecciosas en el Hospital Ibn Rochd de Casablanca y el Servicio de Medicina A en el Hospital Ibn Sina de Rabat. El Estado compromete anualmente un presupuesto de 4 millones de dirhams para la compra de antirretrovirales. Este presupuesto aumenta regularmente desde 2000, y Marruecos ha sido incluido en la iniciativa de ONUSIDA "mejora del acceso a los antirretrovirales en los países en desarrollo" y se negocia con los laboratorios farmacéuticos. El CHU de Casablanca es

Sólo una centena de pacientes son seguidos esencialmente gracias a la ayuda internacional

el único centro del país donde los enfermos se benefician de antirretrovirales y de inhibidores de proteasas. Sólo una centena de pacientes son seguidos esencialmente gracias a la ayuda internacional. Se presentan dos desafíos: el del aumento del número de centros de tratamiento en las grandes ciudades del país que se benefician a menudo de competencias médicas y de infraestructuras para acoger a los enfermos, pero que no tienen el instrumental para medir la carga viral; y el del acceso a las moléculas contra el VIH que es un desafío que podría ser en parte relevado si Marruecos se beneficiara de las tarifas negociadas por ONUSIDA ante las multinacionales farmacéuticas.

La colaboración con otros ministerios y ONG

El Ministerio de Educación ha integrado la educación formal en ETS/Sida a los alumnos de primaria y sobre todo de secundaria, además de campañas puntuales de sensibilización e información con ocasión del Día Mundial del Sida, se organizan cursos a nivel fundamental y secundario, y sesiones de formación para profesores de ciencias naturales.

El Ministerio de Justicia, y en concreto la Administración Penitenciaria y de Reinserción, también ha organizado campañas de sensibilización entre la población presidiaria, se ha promovido el diagnóstico anónimo y voluntario del VIH, se ha formado a médicos y directores de la Administración Penitenciaria, se ha facilitado el material de uso único a nivel de enfermerías y el permiso de visitas conyugales.

El Ministerio de Juventud y Deportes, a través de la División de Asuntos Femeninos, que cubre a las mujeres y chicas, centros de formación profesional y hogares femeninos, y del Servicio de Establecimientos de Juventud y Actividades Rurales, que cubre a la infancia, los adolescentes y jóvenes, escolarizados y no escolarizados, sea en colonias de vacaciones, sea en casas de jóvenes y socio-educativas. Así se ha formado, informado y educado en materia de población y salud reproductiva en los diversos centros, se han desarrollado campañas de sensibilización, y se ha cubierto parte de la población rural.

Las ONG, por su parte, han cubierto una parte importante de la población. La respuesta de las ONG está dominada por un pequeño número de ellas especializadas en la lucha contra el Sida (ALCS, OPALS, AMPF). De hecho hay pocas ONG llamadas de desarrollo o asociaciones de base comunitaria que están implicadas de manera importante en la lucha contra el Sida. Las actividades desarrolladas esencialmente han sido de prevención de ETS mediante IEC y la distribución de preservativos. Dos ONG gestionan los centros de información y diagnóstico y los centros de tratamiento ambulatorio de las ETS/Sida. Una ONG, que por su relación con el primer polo de excelencia para el abordaje terapéutico del Sida, es la única que realiza actividades de reducción del impacto, suministrando un apoyo a las personas que viven con VIH/Sida en especial a través del acceso a tratamiento. La importancia de la labor de las ONG reside en que, además de una labor dirigida al público en general, cubre a grupos vulnerables que difícilmente son cubiertos por la administración pública como son jóvenes no escolarizados, mujeres y hombres profesionales del sexo, migrantes, etc.

Plan Estratégico Nacional 1996-2000

Entre 1995 y 1996 el Programa Nacional de Lucha contra las ETS-Sida (PNLS) conoció una profunda reestructuración con la elaboración del Plan Estratégico Nacional de cinco años (1996-2000), durante un seminario de consenso nacional que reunió a todos los colaboradores activos en materia de lucha contra las ETS-Sida en Marruecos. Los objetivos generales que se establecieron suponían mantener la incidencia y la prevalencia de la infección de VIH/Sida en los mismos niveles y reducir la incidencia y la prevalencia de ETS un 5% por año en el conjunto del país según los indicadores epidemiológicos y de prevención bien precisos.

Las acciones incluídas en el plan han sido: a) refuerzo de la implicación multisectorial; b) institucionalización de las reuniones de coordinación de las actividades con las ONG; c) refuerzo de la descentralización de las actividades a nivel provincial; d) creación del CRIPS-Marruecos (Centro Regional de Información y Prevención del Sida) a nivel de la Facultad de Medicina de Casablanca: institución independiente del programa Nacional y de las ONG y que tiene dos roles, la gestión de las informaciones sobre el Sida (banco de datos) y formación de los actores de terreno en materia de lucha contra el Sida; e) abordaje sindrómico de las ETS; f) acentuación de la vigilancia epidemiológica de estas infecciones; g) mejora de las capacidades de los profesionales de salud en materia de gestión y de abordaje de las ETS-VIH-Sida; h) equipamiento de los laboratorios nacionales y de los servicios de atención; i) desarrollo de actividades de prevención a la población; y j) desarrollo de la investigación epidemiológica y comportamental.

El abordaje sindrómico de las ETS

Marruecos ha optado decididamente por el abordaje sindrómico de las ETS. Este enfoque, preconizado por la OMS a partir de los años ochenta para paliar las insuficiencias y limitaciones de los enfoques clásicos en el abordaje de las ETS, por una parte, y por otra para responder a la emergencia de la epidemia de las ETS y el Sida. Ya utilizado para otros problemas de salud (insuficiencias respiratorias agudas, diarreas, etc.) el abordaje sindrómico se basa en dos componentes: la identificación del síndrome (diagnóstico sindrómico) y el tratamiento de todos los gérmenes que puedan causar este síndrome (tratamiento sindrómico). Un síndrome es un conjunto de síntomas que se manifiestan en un paciente y/o signos encontrados en el momento del examen médico. Un síndrome puede ser causado por una o varias ETS. La utilización del abordaje sindrómico en los casos de ETS se beneficia de dos condiciones favorables principales: los síntomas y los signos de las diferentes ETS pueden ser fácilmente reconocidos, y los síndromes relacionados a las ETS son poco numerosos.

Este abordaje se orienta sobre los problemas del paciente permitiendo una mejora de la calidad de la atención, se produce un diagnóstico rápido, que favorece la componente educativa, el tratamiento se consigue en el primer contacto, se consigue prescindir del apoyo de laboratorio, se establecen esquemas terapéuticos estandarizados, etc. Por el contrario, pierde eficacia en casos de débil sintomatología, en especial

Marruecos ha optado decididamente por el abordaje sindrómico de las ETS

El aumento del número de casos se explica por el aumento de la tasa de detección del sistema de notificación establecido

en las mujeres donde son frecuentes los cuadros asintomáticos. Aunque el número de casos de VIH notificados es débil, la presencia de una fuerte infección a través de otras ETS juega a favor de una acción de prevención y de lucha contra las ETS/Sida. La presencia del diagnóstico anónimo debería favorecer la detección. El aumento del número de casos se explica por el aumento de la tasa de detección del sistema de notificación establecido. La introducción del abordaje sindrómico ya probado unido a otras medidas de acompañamiento deberían mejorar el abordaje de los enfermos de ETS.

El abordaje sindrómico de las ETS se implantó a partir de 1998 y se ha generalizado en el conjunto de las formaciones sanitarias del país desde el año 2000. Esta implantación ha ido acompañada de un vasto programa de formación de médicos y enfermeras y por la dotación regular de estructuras sanitarias y medicamentos. La difusión del abordaje sindrómico se realiza a través de talleres organizados en todas las provincias, gracias a una colaboración financiera de la OMS, del FNUAP, del PNUD y de la UE.

El nuevo Plan Estratégico Nacional 2002-2004

Los obstáculos y oportunidades de la respuesta nacional han permitido el diseño de un nuevo Plan Estratégico Nacional para el período 2002-2004 que se enmarca en el Plan Quinquenal de Desarrollo Económico y Social 2000-2004.

Durante la elaboración del Plan Estratégico se ha hecho un esfuerzo por una mejor concertación entre todos los sectores. Los servicios de ETS/Sida del Ministerio de Salud aseguran la coordinación así como la realización de ciertas actividades. La gestión del programa será reforzada por la constitución de un comité de coordinación intersectorial. Este plan es el resultado de un ejercicio que ha llevado, durante varios meses, al análisis de la vulnerabilidad y de la respuesta ante el Sida en Marruecos. Ha consistido especialmente en investigaciones cualitativas así como un análisis institucional de los diferentes colaboradores actuales o potenciales en la lucha contra la epidemia en las ciudades de Tánger y de Agadir, y en la organización de talleres a nivel de estas dos ciudades para validar los resultados del análisis efectuado.

La preparación de este Plan Estratégico Nacional ha sido conducido por el Ministerio de Salud con el apoyo financiero de ONUSIDA y el apoyo de los miembros del grupo temático ONUSIDA /Marruecos, especialmente la OMS y el FNUAP. Dicha Estrategia, fruto de un consenso nacional en el que han participado todos los sectores implicados a nivel de la administración, todos los ministerios, así como ONG, y sector privado, se presentó en junio de 2001 en el marco de la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de la ONU sobre el VIH/Sida celebrada en Nueva York.

Para el 2002-2004 se propone en una primera fase garantizar la calidad de todas las actividades esenciales identificadas en el proceso de planificación estratégica, y en una segunda fase aumentar la cobertura de los grupos vulnerables de las zonas geográficas de Agadir, Marrakech, Casablanca, Tánger, Rabat y Beni Mellal.

Los actores implicados, trabajarán sobre la base del partenariado y deberán asegurar:

- 1-la calidad de las prestaciones de servicio
- 2-la cobertura de los grupos vulnerables
- 3-la factibilidad técnica, financiera y administrativa del Plan
- 4-la viabilidad política, cultural y social del Plan.

El objetivo final del Plan es la prevención y reducción del impacto del VIH/Sida. A finales de 2004 unas 200.000 personas pertenecientes a los grupos más vulnerables y 700 personas viviendo con el VIH/Sida y sus familias se beneficiarán de actividades esenciales de calidad para prevenir nuevas infecciones por VIH y para reducir el impacto del Sida.

Los principios directores del Plan son los siguientes:

- 1-Situar a la persona vulnerable en el centro de la preocupación de los actores del Plan: grupos vulnerables prioritarios.
- 2-Desarrollar la respuesta nacional en forma de respuestas locales descentralizadas y de acciones de apoyo y de consolidación a escala nacional.
- 3-Garantizar la pertinencia de la respuesta nacional: actividades esenciales para los determinantes y los impactos reales de la infección.
- 4-Garantizar la calidad y la eficacia de las actividades esenciales: proyectos dinamizantes y organismos de referencia nacional para cada actividad esencial.
- 5-Garantizar la cobertura geográfica de los grupos vulnerables prioritarios: extensión progresiva de las actividades a otros lugares de transmisión del VIH en el país.
- 6-Garantizar la adecuación de la respuesta nacional: actividades conexas para superar los obstáculos en la implementación de las actividades esenciales.
- 7-Implicar a los colaboradores multisectoriales: ministerios en función de su mandato.
- 8-Gestionar y coordinar las acciones a nivel local, regional y central: comités de coordinación multisectoriales y multidisciplinarios descentralizados.
- 9-Perennizar la respuesta nacional a nivel local y central mediante el apoyo político y financiero gubernamental: integración de la respuesta nacional al VIH/Sida en el Plan Quinquenal de Desarrollo Económico y Social 2000-2004.

El abordaje sindrómico de las ETS se implantó a partir de 1998 y se ha generalizado en el conjunto de las formaciones sanitarias del país desde el año 2000

El objetivo final del Plan es la prevención y reducción del impacto del VIH/Sida

Las actividades prioritarias del Plan 2002-2004, pero no exclusivas, se centrarán en:

-La reducción de la vulnerabilidad a la infección por VIH en los jóvenes escolarizados y no escolarizados, activos o en paro, usuarios de sexo comercial homo y heterosexuales, usuarios de drogas y alcoholes y personas sometidas a la migración, en las regiones de Agadir, Marrakech, Tánger, Casablanca, Rabat y Beni Mellal.

- El acceso a antirretrovirales para reducir el impacto médico y social del Sida en las personas afectadas y sus familias en todo el país.

- La prevención y el tratamiento precoz de las ETS en todo el país.

- La garantía y el control de la calidad y eficacia de las actividades esenciales en todo el país.

- La mejora progresiva de la cobertura de los grupos vulnerables a partir de las regiones de Agadir, Marrakech, Tánger, Casablanca, Rabat y Beni Mellal.

- El desarrollo institucional de la respuesta local en las regiones de Agadir, Marrakech, Tánger, Casablanca, Rabat y Beni Mellal.

- La realización de un programa nacional de comunicación social sobre las ETS/Sida que cubra a todo el país.

- La acción de lobby para la sostenibilidad de la respuesta nacional a nivel local.

Durante el proceso de planificación estratégica, el análisis de los determinantes de la vulnerabilidad a la infección por el VIH y al impacto del Sida ha permitido identificar actividades consideradas esenciales que permitirán reducir la influencia de los determinantes y el impacto del Sida sobre las condiciones psíquicas, sociales y médicas de las personas afectadas y de sus familias. Se resumen en la lista siguiente:

Actividades esenciales de prevención: a) Educación sexual formal en las instituciones educativas públicas y privadas y las familias; b) Educación sexual informal entre pares, a nivel individual y grupal; c) Venta y distribución de preservativos y lubricantes; d) Diagnóstico y tratamiento precoz de las ETS por las estructuras públicas y privadas; e) Consejos y tests VIH voluntarios y confidenciales; f) Teatro y dramatización focalizados en las situaciones locales generadoras de riesgo; g) Movilización de los grupos marginalizados y no organizados; h) Refuerzo del poder de negociación de las mujeres y chicas.

Actividades esenciales de reducción de impacto en las personas que viven con el virus y sus familias: a) Diagnóstico y tratamiento de la infección de VIH y de enfermedades oportunistas; b) Acceso a antirretrovirales, c) Apoyo psicológico y social; d) Tratamiento profiláctico de la transmisión vertical del VIH en la mujer embarazada seropositiva; e) Consejos y tests VIH voluntarios y confidenciales; f) Educación sexual, g) Distribución de preservativos y lubricantes; h) Actividades generadoras de ingresos.

A partir de aquí se relacionan una amplia gama de estrategias generales y específicas, con sus objetivos y etapas que cubren los distintos principios directores del Plan, destacando la introducción de la educación sexual en las escuelas, la creación de nuevos polos de excelencia, la búsqueda de financiación nacional e internacional, la multiplicación de los CIDAG (Centros de Información y Diagnóstico Anónimo y Gratuito), y la creación de un Fondo para la Lucha Contra el Sida (FLCS) en la Agencia Nacional de Desarrollo Social que permitirá al final del Plan la financiación de al menos el 25% de las actividades de las ONG y de los planes operativos de los comités provinciales en las seis regiones prioritarias. El Plan marroquí ha recibido las alabanzas de la comunidad internacional, al punto de comprometer diversas agencias internacionales su financiación y convertirse en un ejemplo a seguir por muchos países africanos.

El programa de IEC se estableció para la planificación familiar en los años setenta

El Programa de apoyo en Información, Educación y Comunicación

El programa de IEC se estableció para la planificación familiar en los años setenta. Su aplicación está asegurada por el Ministerio de Salud y las ONG. En el estado actual, la división de IEC dispone de un servicio de comunicación y de un servicio de producción que debe responder a las necesidades del conjunto del Ministerio de la Salud, pues la salud reproductiva es en este caso un componente de la salud de manera global.

Los objetivos del programa son mejorar los comportamientos de salud e instaurar una cultura favorable a la salud, y más específicamente elaborar estrategias de comunicación, formar a los prestatarios en materia de comunicación, instaurar un plan de evaluación, mejorar la calidad de los soportes gracias a la unidad de producción, ayudar a la concepción de los mensajes en colaboración con todos los programas, las ONG, el sector privado, etc. Las estrategias desarrolladas se sitúan a cuatro niveles:

Nivel 1. En las estructuras del Ministerio de Salud. Se trata de mejorar la calidad de la comunicación en las formaciones sanitarias de base mediante la mejora de las condiciones de acogida a nivel de las estructuras fijas y crear material audiovisual para reforzar las actividades de IEC. A nivel de los equipos móviles, las acciones se orientan hacia la formación del personal a través de la formación de formadores y de prestatarios. Por otra parte, y para el conjunto de los programas, la división aporta su asistencia técnica para ayudar a los programas a elaborar su plan de comunicación.

Nivel 2. Movilización social. Sensibilización e información de las personas multiplicadoras sobre el terreno (ONG, escuelas, otros ministerios) mediante la formación del personal y la producción de soportes. Ello incluye la implicación de los colaboradores en la educación y el establecimiento de una estrategia para las zonas enclavadas.

Nivel 3. Buscar un partenariado y experimentar otros enfoques. En el ámbito de la escuela mediante la elaboración de una guía del enseñante y la elaboración del dossier del institutor; en el hospital mediante la

Marruecos no dispone de un programa de servicios de planificación familiar destinado a los jóvenes

creación de soportes pedagógicos; en la estación de autobuses gracias a la colaboración con la Compañía de Transportes Marroquí (CTM) mediante la dotación de películas a los autocares y la estación.

Nivel 4. Los medios de comunicación: el uso de la radio y de la televisión. La firma de un convenio con el Ministerio de la Comunicación va en el sentido del refuerzo del papel de los medios de comunicación que abarca emisiones regulares en la radio y su extensión a las estaciones regionales (difusión de clips audiófónicos). La difusión de spots televisivos mediante la elaboración de sketches de canciones y de seriales es una innovación.

La no política: salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes

En el plano oficial, las estructuras médicas públicas no ofrecen servicios de planificación familiar a los jóvenes pues los servicios se destinan a las parejas y a las mujeres legalmente casadas. La sexualidad de los jóvenes es un tabú en Marruecos pues no está precisamente tolerada ni por la sociedad ni por la ley. El código de las libertades públicas considera que la sexualidad fuera del matrimonio es un delito castigado por la ley, las penas de prisión están previstas y varían según la gravedad del caso. La sexualidad fuera del matrimonio está considerada por la ley como un acto de prostitución, por lo que es fuertemente reprimida por atentar contra los valores sociales, culturales y religiosos. Por esta razón, Marruecos no dispone de un programa de servicios de planificación familiar destinado a los jóvenes.

Sin embargo, debido a que la sexualidad no protegida podría inducir a riesgos de tipo ETS, el programa nacional de lucha contra las ETS está destinado a todos los enfermos sea cual sea su estatus matrimonial. Los jóvenes tienen pues acceso a las estructuras médicas del Ministerio de Salud para tratarse contra las ETS. En ausencia de un programa específico destinado a los jóvenes y centrado en el servicio de salud reproductiva/planificación familiar, ciertos ministerios como el de la Juventud y Deportes y el Ministerio de la Educación Nacional limitan sus acciones a la dirección y sensibilización de los jóvenes. Esta acción entra en el marco del programa nacional de estos ministerios que promueve la sensibilización y la dirección de la juventud marroquí sin por ello suministrar servicios de salud reproductiva y planificación familiar a los jóvenes.

Para el sector de ONG nacionales, como la AMPF, la OPALS, la ALCS, etc. los jóvenes representan una diana privilegiada. Estas ONG ejecutan en efecto, programas destinados a los jóvenes centrados principalmente en la lucha contra las ETS/Sida y en la sensibilización mediante actividades de IEC. Sin embargo, la acción de estos actores es muy limitada tanto por la masa de población que alcanzan como por el espacio cubierto. Los servicios de planificación familiar (distribución de preservativos) destinados a los jóvenes se realizan con discreción absoluta, pero las actividades de IEC parecen ser el canal privilegiado que permite alcanzar y proteger a los jóvenes contra las ETS/Sida. Las actividades destinadas a los jóvenes son principalmente orientadas hacia las grandes aglomeraciones urbanas, pero en el medio rural la situación es muy precaria.

Los datos cuantitativos sobre el comportamiento de la juventud en materia de salud sexual y reproductiva son inexistentes en Marruecos. Pero ciertos datos de orden cualitativo nos informan sobre el nivel de conocimiento de la juventud y su percepción en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, estos datos no representan indicadores a escala nacional, pero informan de las situaciones en algunas zonas. Por otra parte, ciertos datos cuantitativos sobre la amplitud del problema en medio escolar y universitario muestran la existencia de enfermedades sexualmente transmisibles entre los jóvenes y adolescentes (cerca de 1.000 casos en la universidad y 300 casos en la escuela en 1994).

El conocimiento de los jóvenes sobre la gravedad de las ETS/Sida es precario

En ausencia de un programa nacional dirigido a la juventud, las fuentes de conocimiento e información en los jóvenes se reducen a los canales informales como los amigos, vecinos y los barrios. En otros términos, en Marruecos, se observa que hay una ausencia casi total de comunicación y de información vertical (sobre el plano institucional); pero al mismo tiempo, se asiste a la emergencia de la comunicación informal (horizontal) donde se observa la predominancia de una información a menudo inapropiada e incompleta debido a la vecindad y el espacio de vida del individuo. A partir de los datos cualitativos existentes, el conocimiento de los jóvenes sobre la gravedad de las ETS/Sida es precario. Incluso si los jóvenes entrevistados declaran que tienen conocimiento suficiente sobre las ETS/Sida, estos conocimientos están lejos de ser suficientes y eficaces para protegerlos contra los múltiples riesgos que presentan estas enfermedades sobre su salud. Los modos de contagio y de prevención contra las ETS/Sida no están bien circunscritos a causa notablemente de la ausencia de canales formales de información.

... y la política abortada: el Plan de Acción Nacional para la Integración de la Mujer en el Desarrollo

El Plan de acción es fruto de un proceso participativo que se inició en febrero de 1998, con un taller organizado por la Secretaría de Estado de la Protección Social, de la Familia y la Infancia con la contribución del Banco Mundial y la participación de asociaciones femeninas, de derechos humanos, de desarrollo y departamentos ministeriales, que se fijó como objetivo la identificación de temas prioritarios con vistas a elaborar un plan de acción. El trabajo continuó para establecer el marco metodológico del trabajo, el cual se discutió y adoptó en mayo de 1998. A continuación se celebraron talleres temáticos, organizados durante el verano de 1998, que dio como resultado el plan en 1999.

El plan de acción, cuya calidad y ambición por lo que respecta a los contenidos se debió en gran medida por la implicación de las ONG, respondía a la exigencia del desarrollo real, sostenible y equitativo en su doble dimensión: acceso a los recursos y acceso a la autonomía, para realizar el objetivo de integrar efectivamente a las mujeres como beneficiarias y protagonistas activas del desarrollo. El Plan es un marco metodológico de referencia y base para la elaboración de estrategias y planes de acción futuros.

El Plan de acción es fruto de un proceso participativo que se inició en febrero de 1998

Tabla 33. Marco metodológico del Plan Nacional de Integración de la Mujer en el Desarrollo

Objetivos estratégicos / materias prioritarias			
Participación de las mujeres en la educación	Promoción de la salud reproductiva	Integración en el desarrollo económico	Refuerzo de los poderes de las mujeres
Objetivos generales / submaterias			
1.alfabetización	1.política de salud reproductiva	1. lucha contra la pobreza	1.poder jurídico
2.educación no formal	2.mortalidad materna	2.formación/inserción profesional	2.poder político
3.escolarización	3.planificación familiar	3.precariedad del empleo	3.mecanismos institucionales
4.cultura de la igualdad	4.ETS/Sida		
	5.otros aspectos		
Objetivos específicos			
<i>Propuestas de medidas</i>			
Medidas previas	Matriz de medidas urgentes 1999-2000		Medidas prioritarias 1999-2003

Los objetivos que el plan incluye se establecen por capítulos de la siguiente manera:

Educación: Garantizar una participación plena y sostenible de las mujeres en la educación

1. Promover de manera significativa la alfabetización de las mujeres adultas
2. Promover de manera significativa la educación no formal de las niñas no escolarizadas en medio rural y periurbano.
3. Promover de manera significativa la escolarización de las niñas rurales hasta el fin del ciclo fundamental.
4. Promover una imagen positiva de las mujeres a través de los currícula y los manuales escolares y de alfabetización.

Salud Reproductiva: establecer una política nacional de salud reproductiva

El objetivo estratégico en esta materia se divide en cinco objetivos generales:

1. Política de salud reproductiva: establecer un programa nacional único y descentralizado de salud reproductiva
2. Maternidad sin riesgos: reducir la mortalidad y la morbilidad materna.

3. Planificación familiar: ampliar los servicios de planificación familiar y mejorar la prevalencia contraceptiva.

4. ETS/Sida: prevenir las ETS/Sida

5. Otros temas: prevenir los abortos clandestinos, la esterilidad y los cánceres de seno y de cuello de útero. Mejorar la salud de la mujer menopáusica.

Integración de las mujeres en el desarrollo económico: garantizar una participación equitativa y sostenible de las mujeres en el desarrollo económico.

Los objetivos generales a medio plazo son:

1. Reducir las situaciones de pobreza de las mujeres.
2. Alentar una inserción profesional equitativa para las mujeres y promover una formación profesional valorizante.
3. Reducir las situaciones de disparidades, de explotación y de precariedad, vividas por las mujeres en el marco del trabajo (asalariado, trabajo independiente o a domicilio, ayudas familiares).

Reforzar los poderes de las mujeres: eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres.

Dicho capítulo, el que causó la discordia y la paralización del plan, se divide en 3 objetivos generales:

1. Reforzar el poder jurídico de las mujeres.
2. Reforzar el poder político de las mujeres.
3. Establecer un mecanismo institucional, específico para las mujeres.

El rechazo del capítulo jurídico por parte del Ministerio de los Habús y de Asuntos Islámicos por, según fuentes del mismo ministerio, atentar contra los principios del Islam y constituir una amenaza para la identidad religiosa nacional al ser dictado por instancias internacionales (Banco Mundial y Conferencias Internacionales), destapó la discordancia en el seno del Gobierno, que causó la congelación del plan.

A continuación recogemos algunos de los elementos jurídicos que fueron rechazados:

1. Reforma del Código de Estatuto Personal (Mudawanna): a) elevar la edad al matrimonio a los 18 años para las mujeres; b) las mujeres que lo deseen pueden concluir su contrato de matrimonio sin la intromisión de un tutor matrimonial; c) abolir el repudio y establecer el divorcio judicial como único medio de poner fin a los lazos del matrimonio; d) recomendación de suprimir la poligamia; e) unificar la edad límite de custodia de hijos e hijas en los 15 años; f) el nuevo matrimonio de la madre no puede ser causa de la inhabilitación para la custodia de los

El rechazo del capítulo jurídico por parte del Ministerio de los Habús y de Asuntos Islámicos destapó la discordancia en el seno del Gobierno

El plan incluía revisar el código electoral e introducir la cuota del 33% en beneficio de las mujeres en las dos cámaras parlamentarias

hijos; g) el concepto de pensión alimentaria debe contener el domicilio como componente esencial cuando se pone fin al matrimonio y a la madre se le concede la guardia y custodia, para mantener el equilibrio psicológico de los hijos; h) la representación legal reconocida a la madre en caso de muerte o incapacidad del padre debe ampliarse a la situación en que el padre está ausente; i) reparto igualitario de los bienes adquiridos durante el matrimonio en caso de divorcio; j) convenir las disposiciones del código de la familia de las sanciones en caso de no respeto y de violaciones; k) crear tribunales de familia, que contemplen recursos de urgencia, decisiones colegiadas y con la participación de expertos en materia familiar: psicólogos, asistentes sociales; l) reconocer a las mujeres juezas el derecho de resolver en materia de estatuto personal; m) formar jueces especializados en cuestiones de familia y en los instrumentos internacionales relativos a los derechos de las mujeres; n) formar auxiliares de justicia especializados en los problemas de familia: asistentes sociales y psicólogos; ñ) difundir los decretos pronunciados por la Corte Suprema a través de la prensa, la radio y la televisión cuando supongan un cambio de jurisprudencia, en beneficio de las mujeres, en materia de estatuto personal.

2. El código de la nacionalidad: permitir la atribución de la nacionalidad marroquí a los hijos nacidos de madres marroquíes y padres extranjeros.

3. Libro de familia: a) entregar un duplicado a la madre en caso de disolución del matrimonio para eliminar las dificultades y chantajes a los que se enfrentan cotidianamente las mujeres divorciadas que tienen la guardia y custodia de los hijos, para establecer diferentes documentos administrativos, sobre la base del estado civil, considerado como la propiedad exclusiva del padre; b) dar un nombre ficticio al hijo natural, e inscribirlo en lugar de la mención "padre desconocido", a fin de limitar los daños sociales, reducir los problemas psicológicos y evitar la estigmatización social y la exclusión que conocen los hijos naturales y las madres solteras.

4. El fondo de garantía para la cobertura de la pensión alimentaria: a) el Ministerio de Finanzas deberá crear este fondo en beneficio de los hijos cuyos padres se hayan separado, dada la lentitud administrativa y la insolvencia de algunos justiciables, especialmente aquellos que pertenecen a las clases desfavorecidas; b) instaurar en beneficio de todas las acciones de justicia, relativas a la aplicación del código de la familia, la exención de tasas judiciales.

5. El código penal: a) redefinir el concepto de violencia en materia penal e incluir el caso particular de la violencia conyugal bajo todas sus formas: corporal, psicológica y todo otro ataque por comisión u omisión, cuya intención es violentar a una mujer. Es necesario precisar los medios de prueba particularmente en casos de violencia doméstica, y se debe reconocer a las ONG femeninas y de derechos humanos el derecho de constituirse en parte civil en casos precisos de violencia contra las mujeres; b) definir e incriminar el acoso sexual dada la ausencia de este concepto en la legislación penal marroquí, y promover estudios e investigaciones sobre este fenómeno. Se debe reconocer a las ONG femeninas, de derechos humanos y sindicatos la posibilidad de constituirse en parte civil en los procesos relativos al acoso sexual; c) suprimir

el artículo 475 del Código Penal, que permite al raptor de una menor núbil no ser perseguido si se casa con ella; d) extender al marido que se halle en la misma situación, la persecución prevista por el artículo 491 contra la esposa cuyo marido está en el extranjero, mantener con notoriedad pública relaciones adúlteras.

6. Código de procedimiento penal: a) permitir a la mujer constituirse en parte civil contra su marido, perseguido y penado por violencia contra ella, sin autorización del tribunal; b) instaurar mediante disposición expresa, la instrucción obligatoria, cuando la víctima de la violencia es una mujer sea menor o no; c) prever centros de acogida para las víctimas de la violencia, donde se les suministre ayuda alimentaria, jurídica, médica, psicológica; d) instituir programas de formación para el personal de los servicios judiciales, sanitarios y sociales a fin de asegurar el trato humano de las mujeres víctimas de la violencia; e) dotar a las comisarías de policía de personal especializado femenino: médicas, psicólogas, asistentes sociales, encargadas de atender a las mujeres e hijos víctimas de la violencia; f) reconocer a las mujeres, agentes de seguridad, el derecho de asegurar las permanencias de noche ante comisarías de policía para la acogida y orientación de las mujeres violentadas y sus hijos; g) organizar campañas de sensibilización a fin de reducir los excesos de violencia y el abuso de estereotipos basados en el sexo en los medios de comunicación.

Además de la importancia de estas reformas jurídicas, el plan incluía otras acciones con el fin de reforzar el poder político, entre las cuales destacan: publicar en el Boletín Oficial del Estado el CEDAW, a fin de facilitar su aplicación; revisar el estatuto de la función pública para promover el acceso de las mujeres a todos los sectores del funcionariado; promover el nombramiento de mujeres en el cuerpo diplomático y consular así como representantes ante organismos internacionales; revisar el código electoral e introducir la cuota del 33% en beneficio de las mujeres en las dos cámaras parlamentarias, así como establecer esta misma cuota para las instancias dirigentes de los partidos políticos, sindicatos y representación en los consejos nacionales (económico y social, constitucional, de derechos humanos, etc.) Paralelamente, se establecieron mecanismos institucionales con el fin de observar y evaluar la aplicación del plan en su conjunto.

El rechazo del plan

El Gobierno marroquí –que había calificado las recomendaciones de este plan de acción el 19 de marzo de 1999, como urgentes y prioritarias, se comprometió el mismo día a través de su primer ministro a tomar las medidas necesarias para ponerlo en marcha– decidió el 28 de octubre de 1999 sacrificar los derechos de las mujeres apoyados desde hace largos años por la sociedad civil doblándose a las presiones del Ministerio de los Habús y de los Asuntos Islámicos y de una minoría que se oponía al plan de acción. El Gobierno, en su consejo de ministros del 28 de octubre ignoró el plan y no tomó ninguna disposición para su aplicación. Además, el Ministerio de Asuntos Generales (brazo derecho del primer ministro), durante una emisión televisada, confirmó el abandono del capítulo de la Mudawana de este plan, pues tocaba, según él, la religión.

El Gobierno marroquí decidió el 28 de octubre de 1999 sacrificar los derechos de las mujeres apoyados desde hace largos años por la sociedad civil doblándose a las presiones del Ministerio de los Habús y de los Asuntos Islámicos

Mohamed VI dejó que la presión social saliera a la calle y manifestara sus divisiones para ejercer luego un papel arbitral

Este hecho desencadenó una fuerte oposición a esta decisión y la creación de una Red Nacional de Apoyo al Plan de Acción, y provocó el enfrentamiento de las dos grandes manifestaciones en Rabat y Casablanca a favor y contra el Plan de Acción. La marcha de Casablanca la impulsaban el Partido de la Justicia y el Desarrollo (único entre los integristas con grupo propio en el Parlamento) y la Asociación Justicia y Caridad, del religioso y "preso político" Abdessalam Yassin. Unas 200.000 personas perfectamente organizadas (60.000 según la policía y un millón según los organizadores) ocuparon el Boulevard Mohamed V, mujeres a un lado, hombres al otro, desde primera hora de la mañana. Bajo el lema "la mujer es igual al hombre" que cita una aleya coránica, los manifestantes lanzaron proclamas en defensa de la identidad cultural y religiosa de Marruecos, frente al "intento de ciertas élites por imponer unas costumbres americanas y sionistas" (Sic). Mientras en Rabat, 150.000 personas (800.000 para la organización, 15.000 según la policía) reclamaban todo lo contrario "la igualdad y la defensa de los derechos de la mujer frente al oscurantismo islámico y el fascismo inveterado". La concentración estaba convocada por todos los partidos políticos de izquierda y un centenar de asociaciones femeninas "progresistas", cada cual con su propio leitmotiv con lo que manifestaba cierta falta de unidad.

Así, Mohamed VI, antes de tomar una decisión, dejó que la presión social saliera a la calle y manifestara sus divisiones para ejercer luego un papel arbitral. Con motivo del 8 de marzo de 2001 Mohamed VI anunció la creación de una comisión encargada de preparar una revisión de la Mudawana. Esta comisión comprende ulemas (doctores de la ley islámica), magistrados y "todas las partes implicadas en la consulta de la sociedad civil". Es la primera vez que esta revisión se retoma de nuevo oficialmente.

Paralelamente, se iniciaron por parte de la Corona ciertos mecanismos de compensación, como fueron los gestos del monarca de nombrar a mujeres en cargos de representación política, nacional e internacional, uno de los puntos del plan. En septiembre de 1999, el rey nombra a Aziza Bennani embajadora de Marruecos ante la UNESCO. Su nombramiento fue el primero desde el que en los años sesenta promovió su padre Hassan II a favor de su hermana Lalla Aich, quien fue embajadora de Marruecos en Londres y en Roma. En julio de 2000, Mohamed VI nombra a Aicha Belarbi, embajadora ante la Unión Europea. Dos meses antes, en mayo de 2000, el rey nombra por primera vez a una mujer consejera de palacio, Zoulikha Nasri.

Otro elemento del plan que también se ha llevado a la práctica es la presencia femenina en el Parlamento. Las elecciones del 27 de septiembre de 2002 se celebraron con un sistema de doble lista, una local y otra nacional, ésta última reservada prioritariamente a las candidatas mujeres. Ello ha permitido la entrada de 35 mujeres en el Parlamento, un 11%, frente a 290 hombres. Este avance se habría considerado un éxito sin precedentes en la historia de Marruecos, de no ser porque estas acciones son simples compensaciones por la no aprobación del Plan de Integración de la Mujer en el Desarrollo, cuya aplicación integral habría significado un verdadero hito en la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres.

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

La cooperación internacional

LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El marco de la cooperación internacional con Marruecos se caracteriza en los últimos años por un claro y paulatino descenso de los desembolsos recibidos. Los datos recogidos por la oficina de Rabat del PNUD en sus informes sobre la ayuda así lo muestran. Durante la década de los noventa, la media anual de Ayuda Oficial al Desarrollo recibida representó cerca 488 millones de dólares, equivalente al 1,2% de la ayuda pública acordada a los países en desarrollo. De esta cantidad, la AOD acordada por las Agencias multilaterales a Marruecos se ha cifrado en una media de 189,6 millones de dólares por año, el 38,8% del total, siendo el 61,2% restante ayuda bilateral.

Por lo que respecta a la ayuda no reembolsable, se cifra en unos 277 millones de dólares por año a nivel bilateral y en 165 millones a nivel multilateral, lo que equivale a un 90% de la AOD global. El 10% restante es ayuda reembolsable. La contribución de las agencias árabes se ha estimado en 27 millones por año.

Los datos disponibles por sector muestran que la ayuda se dedica principalmente a la infraestructura económica y los sectores productivos (54,4%). La ayuda consagrada a la infraestructura social y los servicios sociales representa un 23% del conjunto. De este hecho, la parte reservada a los servicios sociales básicos no parece canalizar importantes recursos de ayuda pública, con la excepción del sector del agua y el saneamiento. Esta característica responde sobre todo a la ayuda bilateral, pues la ayuda multilateral sí que consagra la mayor parte de su presupuesto a los servicios sociales básicos (a excepción de la Unión Europea). El siguiente cuadro muestra la evolución de la AOD a Marruecos según sectores.

Tabla 34. Resumen de desembolsos de Ayuda Exterior por sectores 1995-1999 (en millones de dólares)

Sector/año	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Agricultura, bosques, pesca	99	215	63	35	20	432
Desarrollo social	117	28	109	59	57	370
Recursos humanos	193	43	32	26	19	313
Gestión de la economía	12	2	41	46	29	130
Sector/año	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Comercio internacional (bienes y servicios)	4	111	0	0	0	115
Desarrollo regional	17	4	11	20	59	110
Transportes	49	0	81	1	0	131
Salud	26	21	16	21	5	88
Recursos naturales	12	15	8	12	8	55
Energía	53	27	2	2	7	91
Industria	21	11	7	7	14	60
Administración del desarrollo	7	1	21	6	5	40
Total	610	478	389	236	223	1936

El sector de población y salud reproductiva es el que ha recibido una mayor asistencia exterior, abarcando hasta el 79% de toda la ayuda externa dedicada al sector salud

Por lo que respecta a los sectores de Desarrollo Humano, éstos han sido los principales destinatarios de la Ayuda Exterior a Marruecos, con un 40% de la ayuda entre 1995 y 1999. Se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 35. Desembolsos en Desarrollo Humano

Sector	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Desarrollo social	117	28	109	59	57	370
Educación y recursos humanos	193	43	32	26	19	313
Salud	26	21	16	21	5	88
Desarrollo Humano	336	92	157	106	81	771
% Desarrollo Humano en el total de la ayuda	55%	19%	40%	45%	36%	40%

Dentro del sector salud, la distribución por subsectores fue la siguiente (en miles de dólares):

Tabla 36. Desembolsos en el sector salud

Subsector	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Políticas y planificación sectoriales	1.320	1.105	1.702	1.477	1.476	7.080
Servicios de atención primaria	21	162	553	687	222	1.645
Vacunación/otras campañas de lucha contra enfermedades	3.516	2.577	875	509	942	8.419
Planificación familiar	21.180	16.518	10.411	15.866	1.018	64.993
Total	26.037	20.362	13.541	20.016	3.658	82.137

De los datos recogidos por el PNUD se puede observar claramente como el sector de población y salud reproductiva es el que ha recibido una mayor asistencia exterior, abarcando hasta el 79% de toda la ayuda externa dedicada al sector salud. Un porcentaje que, sin embargo, ha ido descendiendo paulatinamente desde el 81,35% en 1995 (año siguiente de la Conferencia de El Cairo) hasta el 27,83% en 1999 (si bien hasta el año anterior se mantuvo en los niveles de entre 75-80%).

La mayor parte de los donantes han disminuido progresivamente y significativamente sus contribuciones en el marco de la ayuda al desarrollo. En el aspecto bilateral, durante el período 1996-1999, España se encontraba en quinto lugar de donantes, a una distancia considerable de Japón, Francia, Alemania, Estados Unidos, y seguida muy de cerca por Bélgica.

Cooperación internacional y financiación de los sectores sociales básicos

La ayuda destinada en el período 1995-99 a los sectores sociales básicos es de unos 771 millones de dólares. La salud básica recibe apenas el 11%, mientras que la educación se benefició del 41%, y otros sectores como las infraestructuras sociales, principalmente agua, saneamiento y medio ambiente del 48%.

El papel de la cooperación internacional en la financiación de los sectores sociales básicos es muy desigual. Según datos del año 1997/98, la financiación de dichos sectores representó 1.313 millones de dólares (un 16,8% del conjunto del gasto público): 83,4% destinados a educación básica y alfabetización, 11,8% a servicios de salud básica y planificación familiar y 4,8% a agua y saneamiento. Los gastos de educación básica y alfabetización eran cubiertos en un 96% por recursos locales, mientras que la cooperación internacional sólo aportaba el 4% restante. Sin embargo en materia de salud básica, en la que se incluye la salud reproductiva, la cooperación internacional supone un 32,2%, mientras que para agua y saneamiento contribuye en un 18% al total de gastos. Estas cifras muestran el papel relevante que juega la cooperación internacional en el sector salud en Marruecos, como muestra el cuadro siguiente, a diferencia del total de sectores sociales básicos, donde los recursos locales asumen el 92% de los gastos.

Los gastos de educación básica y alfabetización eran cubiertos en un 96% por recursos locales, mientras que la cooperación internacional sólo aportaba el 4% restante. Sin embargo en materia de salud básica, en la que se incluye la salud reproductiva, la cooperación internacional supone un 32,2%

Tabla 37. Evaluación de los recursos locales y de los fondos de la cooperación internacional dedicados al presupuesto de servicios sociales básicos en 1997-1998

En millones de dólares	educación básica y alfabetización	salud básica	agua y saneamiento	Total SSB
Total gastos SSB	1 095,1	154,4	63,4	1 312,9
Estructura de los gastos de SSB	83,4%	11,8%	4,8%	100,0%
Recursos locales	1 051,6	104,5	51,9	1 208,0
Estructura de los gastos locales	87,1%	8,6%	4,3%	100,0%
Cooperación internacional	43,5	49,9	11,5	104,9
Parte de los recursos locales	96,0%	67,7%	81,8%	92,0%
% de la Cooperación Internacional	4,0%	32,3%	18,2%	8,0%

Fuente: PNUD (las diferencias en las cifras de ayuda al desarrollo de cada año pueden variar según las fuentes, si éstas toman en consideración el desembolso neto o el compromiso financiero adoptado).

Las demandas de Marruecos a la cooperación internacional

El Gobierno marroquí, además de sistematizar y priorizar sus necesidades en materia de desarrollo a través de las políticas públicas recogidas en el capítulo anterior, ha elaborado en los últimos años una serie de documentos en los que se establecen aquellos sectores y aquellas actuaciones en las que se requiere especialmente la ayuda internacional. Aparte de los acuerdos que se establecen bilateralmente con cada donante, sea un Gobierno o una agencia internacional, tienen su interés aquellas estrategias globales, establecidas principalmente con el sistema de Naciones Unidas, ya que dan una idea más global de los requerimientos de Marruecos a la ayuda internacional en su conjunto. Hay que destacar las notas de estrategias nacionales, y los planes marco de ayuda al desarrollo (UNDAF), promovidos por Naciones Unidas. Este tipo de documentos marco se han realizado siguiendo las indicaciones de la Asamblea general de la ONU con el fin de mejorar la coherencia, eficacia y el refuerzo de la cooperación multilateral.

La Nota de Estrategia Nacional elaborada para el período 1996-2000 establecía los siguientes sectores prioritarios de intervención: 1) lucha contra la pobreza y la marginalización, 2) promoción del empleo productivo, 3) educación, formación y cultura, 4) población, 5) salud básica, 6) asentamientos humanos, 7) medio ambiente, gestión de recursos naturales y desarrollo sostenible. Como preocupaciones intersectoriales principales establecía: a) promoción de la mujer, b) desarrollo rural integrado y sostenible y seguridad alimentaria, c) reforma administrativa, d) sistemas de información integrados y comunicación.

El Gobierno Marroquí, por lo que respecta al sector población que nos ocupa, basándose en el programa de acción de la CIPD, establecía que el sistema de Naciones Unidas podría contribuir a la realización de los siguientes objetivos:

a) Recogida y análisis de datos

-mejorar el sistema de recogida y de difusión de datos

-crear un sistema de información integrado

-establecer el seguimiento y evaluación de impacto de los programas, políticas y proyectos de desarrollo sobre las condiciones de vida de las personas, en especial los grupos prioritarios: mujeres, niños, desfavorecidos, en particular de medio rural y periurbano.

b) Salud Reproductiva y planificación familiar

-informar mejor y sensibilizar a la población sobre la importancia de un mejor estado de salud, particularmente para mujeres y niños, y sobre el interés de espaciar los nacimientos; favorecer mediante la educación una mejor participación del ciudadano en el desarrollo; apoyar la aceleración de la alfabetización y alentar una explotación sostenible de los recursos naturales.

-mejorar la calidad de los servicios de salud materna e infantil y de planificación familiar, facilitando el acceso, mejorar las condiciones de la salud reproductiva de la mujer, con el fin de reducir las tasas de mortalidad materna e infantil así como las tasas de fecundidad de los grupos de riesgo elevado.

-acordar una atención particular a la promoción de la mujer y su integración en el proceso de desarrollo, a través de un enfoque multisectorial y mediante programas concebidos especialmente para las mujeres.

-responder lo mejor posible a una demanda latente considerable de métodos anticonceptivos aún no satisfechos y reforzar la estrategia para alcanzar al mundo rural.

c) Protección de la infancia

-prestar una atención particular a las zonas geográficas rurales y periurbanas, para acelerar el desarrollo social en las zonas desfavorecidas.

das suscitando una fuerte demanda para servicios susceptibles de mejorar la situación de los niños y las mujeres.

-implicar a la sociedad civil en las actividades de movilización social.

-hacer tomar conciencia de la necesidad de la protección de toda la infancia, incluidos los desfavorecidos, de la negligencia, de todas las formas de abuso y explotación (trabajo infantil) y reforzar la capacidad de la administración para aplicar la legislación en vigor.

En materia de salud básica, el Gobierno marroquí prioriza reforzar el acceso de los grupos sociales desfavorecidos a los cuidados de salud esenciales y mejorar su calidad mediante un nuevo sistema de financiación de la salud. Los ejes son:

- la extensión de la cobertura sanitaria mediante la ampliación de la red de salud a las regiones aisladas y a las zonas periurbanas.

- la promoción y el desarrollo de acciones de salud mediante programas de prevención dirigidos principalmente a las regiones rurales y zonas periurbanas, y la concepción de una estrategia global de comunicación basada en programas de IEC.

- la mejora del funcionamiento del sector público de la salud gracias al refuerzo de los medios de gestión y al establecimiento de un sistema eficaz de cobertura de costes, en el marco de una política de movilización de recursos centrada en la participación del conjunto de la población solvente.

El Gobierno marroquí insiste en el apartado salud en la necesidad de considerar a la madre y al niño como una población vulnerable a privilegiar en las intervenciones, mediante el refuerzo de ciertos programas específicos como maternidad sin riesgo, salud reproductiva-planificación familiar, malnutrición infanto-juvenil, principales enfermedades transmisibles, etc. También destaca la necesidad de apoyar una mayor sensibilización y una mejor prevención ante las ETS y el VIH/Sida.

Con posterioridad a la etapa cubierta por esta demanda, el Sistema de Naciones Unidas elaboró el plan marco que rige en la actualidad, el segundo Plan Marco de la ONU para la Ayuda al desarrollo (UNDAF) de Marruecos (2002-2006). La preparación del presente UNDAF capitaliza las orientaciones y las prioridades nacionales como están reflejadas en el PDES 2000-2004. Conforme al análisis de los desafíos de desarrollo reflejados, las transformaciones requeridas se centran en la eficiencia, deconcentración y descentralización, la puesta en marcha de mecanismos para asegurar la sostenibilidad de las acciones emprendidas a través, entre otros, del desarrollo local. Apelan igualmente al refuerzo y la diversificación de partenariados, la integración sistemática de enfoques fundados en el género y los derechos humanos, y la adopción de enfoques realmente participativos.

Es precisamente en el desarrollo y la experimentación de tales enfoques donde residen las ventajas comparativas del sistema de la ONU cuya intervención se sitúa a dos niveles: a) a través del apoyo a la formulación

El Gobierno marroquí insiste en el apartado salud en la necesidad de considerar a la madre y al niño como una población vulnerable a privilegiar en las intervenciones, mediante el refuerzo de ciertos programas específicos

La cooperación entre el FNUAP y Marruecos se inicia en 1974 en todos los sectores relativos a las cuestiones de población y es, sin lugar a dudas, la agencia que más experiencia acumulada tiene en este país en materia de población y salud reproductiva

de políticas y estrategias, y b) para experimentar, sobre una base piloto, la validez y la pertinencia de estas políticas y estrategias, a fin de extraer conclusiones en una perspectiva de reproductibilidad. A la luz de los desafíos de desarrollo identificados y de las prioridades nacionales que contiene el PDES 2000-2004, el sistema de la ONU pretende centrar su cooperación en los próximos cinco años sobre dos materias principales: 1) la contribución a la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones, teniendo en cuenta las disparidades geográficas e integrando la dimensión de género y derechos humanos, y 2) la promoción de la gobernanza en la perspectiva de un desarrollo humano sostenible.

Con vistas a alcanzar la primera meta, el UNDAF prevé tres objetivos:

1-La contribución a la puesta en marcha de políticas en favor de las poblaciones desfavorecidas, integrando la dimensión de género, la promoción de los derechos infantiles y los aspectos medioambientales para la realización de un desarrollo humano sostenible.

2-La ampliación del abanico de oportunidades y de elección ofrecidos a las poblaciones rurales pobres para la realización de un desarrollo humano sostenible, y,

3-La promoción del desarrollo urbano, en especial, a través de la lucha contra la pobreza en medios urbano y periurbano desfavorecidos.

Tres objetivos están igualmente previstos para alcanzar la segunda meta:

1-El apoyo a una gestión eficiente, participativa y transparente del desarrollo.

2-La promoción de la gobernanza local.

3-El apoyo a la integración de un enfoque basado en los derechos.

La cooperación multilateral

FNUAP

El Fondo de Población de las Naciones Unidas es el principal agente de cooperación internacional en materia de población y salud reproductiva. La cooperación entre el FNUAP y Marruecos se inicia en 1974 en todos los sectores relativos a las cuestiones de población y es, sin lugar a dudas, la agencia que más experiencia acumulada tiene en este país en materia de población y salud reproductiva. La cooperación del FNUAP se instrumenta a través de ciclos quinquenales. Durante el cuarto ciclo 1992-1996, en vigor cuando se celebró la CIPD, el FNUAP contribuyó a mejorar la situación demográfica y de salud, jugando un papel importante en aumentar el compromiso político sobre los temas de población e integrando las preocupaciones de población en la planificación del desarrollo y la gestión ambiental. Durante el cuarto programa país, la asistencia del FNUAP al sector de salud reproductiva se centró en mejorar la calidad y acceso a servicios de salud maternoinfantil y planificación familiar con los objetivos de reducir la fecundidad y las mortalidades materna e infantil, e incrementando la prevalencia contraceptiva,

ampliando la gama de métodos contraceptivos y mejorando la utilización por parte de las mujeres de los servicios relacionados. El FNUAP apoyó un número de actividades gubernamentales, incluyendo el fortalecimiento de actividades de capacitación para parteras y otros prestadores de servicios, reforzando el sistema nacional de información de salud, y actividades de IEC, y apoyando el programa nacional de VIH/Sida. El cuarto programa país también fortaleció los esfuerzos de las ONG centrados en la juventud, las actividades de comunicación tradicional y la planificación familiar. El FNUAP contribuyó a la extensión de los servicios de planificación familiar a los sectores rurales de 10 provincias desfavorecidas. Como resultado de la CIPD y con el apoyo del FNUAP, el Gobierno marroquí adoptó y empezó a implementar el enfoque de salud reproductiva en los programas de la Dirección de la Población del Ministerio de Salud, asignando una alta prioridad a la atención en salud reproductiva. La estrategia de Maternidad Sin Riesgo del Gobierno se centró principalmente en atención preventiva a través de la consulta prenatal y el monitoreo de casos de alto riesgo. Debido al limitado impacto de este enfoque, el programa se reorientó a la extensión y actualización del papel de las maternidades hospitalarias para la provisión y monitoreo de atención materna.

Como resultado de la CIPD y con el apoyo del FNUAP, el Gobierno marroquí adoptó y empezó a implementar el enfoque de salud reproductiva en los programas de la Dirección de la Población del Ministerio de Salud

En este marco debe recordarse la creación en 1995 del Ministerio de Población y la reactivación de la Comisión Nacional de Población, con apoyo del FNUAP, que supusieron una oportunidad real para desarrollar una política explícita de población y coordinar efectivamente el programa nacional de población cuyos elementos se encuentran actualmente dispersos entre diferentes departamentos ministeriales y ONG. Durante el cuarto programa, el FNUAP apoyó el *advocacy* a través del Ministerio de Exteriores y la Unidad de Cooperación Multilateral de Mujer y Desarrollo. Esta unidad ha movilizó con éxito el apoyo de donantes para actividades destinadas a elevar el estatus de la mujer y la distribución de información sobre las necesidades y realidades de las mujeres. También se dió apoyo directo a actividades de *advocacy* de ONG.

Para el quinto ciclo quinquenal 1997-2001, el FNUAP aprobó una financiación por valor de 19 millones de dólares (13 millones de dólares sobre su presupuesto ordinario y 6 millones de dólares mediante recursos multilaterales y bilaterales). Este programa de cooperación proponía consolidar los progresos realizados por Marruecos en los sectores clave de las cuestiones de población. El programa financiado por el FNUAP y recién finalizado se articula en torno a tres materias o subprogramas:

a) Salud Reproductiva: el objetivo general es contribuir a mejorar el nivel de salud reproductiva (mortalidad y morbilidad) a través del desarrollo de un enfoque integrado para evaluar la amplitud de los problemas, definir las intervenciones apropiadas y descentralizadas, movilizar los recursos necesarios, asegurar la prestación de servicios de calidad e informar mejor a los beneficiarios para que utilicen más los servicios propuestos. Por razones de homogeneidad, los diversos proyectos que componen este programa se focalizan en 13 provincias del sur de Marruecos.

b) Estrategias de Población y Desarrollo: el objetivo es contribuir a la formulación de políticas de población, reforzando los roles de los órganos de coordinación nacionales y regionales, llevando a cabo investigaciones

Para el quinto ciclo quinquenal 1997-2001, el FNUAP aprobó una financiación por valor de 19 millones de dólares. Este programa de cooperación proponía consolidar los progresos realizados por Marruecos en los sectores clave de las cuestiones de población

sobre los temas prioritarios y apoyando la puesta en marcha de un sistema de información estadística integrado accesible a todos. La finalidad es reducir el desfase entre el desarrollo de las zonas urbanas y rurales respecto al acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva, así como la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres en la óptica de la acción del Gobierno en el marco del programa de prioridades sociales para la mejora del acceso de las poblaciones más desfavorecidas a los servicios básicos y la creación de empleo productivo.

c) Promoción y Defensa Pública (*advocacy*): el objetivo de los proyectos de este grupo temático es promover la aplicación del programa de acción de la CIPD, mediante el enriquecimiento del debate nacional sobre la condición de la mujer y su salud reproductiva (incluyendo a las ONG) y la intervención ante los decisores y líderes de opinión a todos los niveles para concienciarlos de los grandes problemas como la salud reproductiva en general y de los adolescentes en particular, la importancia de la escolarización, sobre todo de las niñas, la protección del medio ambiente, la violencia y el respeto de los derechos humanos.

Tabla 38. Programa Cooperación FNUAP-Marruecos 1997-2001 (en millones de dólares)

Subprogramas	Recursos propios	Otros recursos	Total
Salud reproductiva	8	4,5	12,5
Estrategias de población y desarrollo	3	1	4
Promoción y Defensa Pública	2	0,5	2,5
Total	13	6	19

Las instancias nacionales gubernamentales o no, implicadas en la mejora del conocimiento de la población marroquí, la mejora de la calidad de vida de la población vulnerables (en particular en materia de salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos y educación), la promoción de la mujer en la sociedad marroquí, son colaboradoras del FNUAP. De hecho las instancias que han ejecutado los proyectos del quinto ciclo 1997-2001 han sido: los ministerios de Salud; Educación Nacional; Ordenación del Territorio, Medio Ambiente, Urbanismo y Hábitat; Desarrollo Social, Solidaridad, Empleo y Formación Profesional; Previsión Económica y del Plan (exPoblación); Juventud y Deportes; Interior, Asuntos Exteriores y Cooperación; Justicia, y Comunicación. Por lo que respecta a las ONG, las principales colaboradoras han sido: la Asociación Marroquí de Planificación Familiar, la Asociación Democrática de Mujeres de Marruecos; y la Unión Nacional de Mujeres Marroquíes. También han colaborado otras ONG y universidades. El FNUAP ejecuta de un 3 a un 10% de los presupuestos, el resto es ejecutado por las instancias colaboradoras. Uno de los proyectos (Educación en materia de Población) es ejecutado por la UNESCO.

Los resultados del quinto programa país

Entre los resultados a los que el programa ha contribuido destacan el incremento de 55 a 86 instalaciones sanitarias con equipos de atención obstétrica de emergencia básica, el incremento del 24% al 31%

Cuadro 10. Proyecto Interregional “Programa Internacional de Formación en Población y Desarrollo”

En respuesta a una recomendación de la Conferencia Internacional sobre la Población de México (agosto de 1984), el FNUAP estableció en 1986 un Programa global de formación en población y desarrollo destinado a asistir a los países en desarrollo en la realización de la integración de la población en las estrategias, políticas y programas de desarrollo sostenible. Se trata de un programa interregional multilingüe en inglés, español y francés. La componente francófona está establecida en el Instituto Nacional de Estadística y de Economía Aplicada (INSEA) en Rabat, en cooperación con el Gobierno de Marruecos. Sucede al Centro Internacional de Formación y de Investigación en Población y Desarrollo (CIDEP), inicialmente establecido en la Universidad Católica de Lovaina (Louvain-La-Neuve, Bélgica). Este programa está destinado a los altos funcionarios y cuadros de gestión y técnicos, al personal de terreno, así como a científicos e investigadores de los países en desarrollo, de los ministerios de Salud, de Educación, de Empleo y de Agricultura y a los responsables de los programas de población y personas que ejercen responsabilidades operativas sobre el terreno. La primera promoción comenzó sus clases en septiembre de 1995.

de partos asistidos médicamente, el incremento del 2% al 7% de partos con complicaciones atendidos por el sistema de salud, el incremento del 1,3% al 1,6% de partos con cesárea, y el inicio de una auditoría de muertes maternas y neonatales intrahospitalarias. Como conclusiones del programa destacan la integración de una gama ampliada de servicios de salud reproductiva en centros de salud y sobre la descentralización de la planificación y seguimiento a nivel provincial. Una importante lección fue la necesidad de focalizar las intervenciones para optimizar el uso de los recursos y demostrar el impacto de la asistencia del FNUAP.

El principal proyecto desarrollado en el marco del quinto ciclo fue el de “Salud Reproductiva en 13 provincias (1998-2002)”. Se basa en la elaboración de un programa eficaz y coherente de salud reproductiva y planificación familiar (incluida la IEC) para cada provincia; la mejora de las condiciones de los partos y la atención a las urgencias obstétricas en 10 maternidades hospitalarias y a nivel de las estructuras de partos del sistema ambulatorio; la ampliación de prestaciones de servicios de salud reproductiva a las ETS/Sida en cuatro provincias, y al cáncer de cuello de útero y de mama en una provincia; la creación de 13 centros integrados modelo de salud reproductiva y planificación familiar; la formación de gestores de salud provincial en el curso de maestría del INAS (Instituto Nacional de Administración Sanitaria); refuerzo de la formación de parteras, enfermeras de salud materna e infantil y de planificación familiar, auxiliares e introducción de nuevos módulos de la salud reproductiva en el currículum de formación en los ocho institutos de formación y centros de salud; la mejora de la calidad de los servicios de planificación; la evaluación regular y eventual reorientación de los programas en cada provincia, y la coordinación entre ellos; refuerzo de las actitudes positivas ante las cuestiones de salud reproductiva, género y desarrollo sostenible en adolescentes, educadores, jóvenes, monitoras de centros sociales, animadores de casas de jóvenes así como hombres y mujeres en general; refuerzo de la coordinación en materia de IEC sobre salud reproductiva y planificación familiar, género y desarrollo sostenible.

En relación a este proyecto, en julio de 2000 se firmó un convenio de cooperación complementario entre el Ministerio de Salud y el FNUAP.

Los cambios en las actitudes sociales en Marruecos han permitido a los medios de comunicación, ONG, y Gobierno atender abiertamente temas tradicionalmente escondidos como la violencia contra las mujeres, el acoso sexual, el abuso infantil y la explotación sexual

Previsto para una duración de 3 años, este componente complementario del proyecto "Salud Reproductiva en 13 provincias" está cofinanciado por la Fundación Bill y Melinda Gates. Su presupuesto total es de 1,6 millones de dólares, esencialmente destinados a la reducción de la mortalidad materna intrahospitalaria en las 13 provincias. El componente complementario del proyecto es ejecutado por la Universidad de Columbia de Nueva York, y forma parte de una iniciativa interregional que cubre 4 países (Marruecos, India, Costa Rica y Mozambique).

En el campo de estrategias de población y desarrollo, los logros más importantes del quinto programa país fueron: a) la activación de la Comisión Nacional de Población, junto a 16 comisiones regionales, encargadas de preparar y analizar informes anuales de población; b) la publicación de 20 resultados temáticos de investigación sobre temas de población; y c) el lanzamiento de un sistema de información estadística integrado. Logros adicionales fueron la creación de un observatorio sobre migraciones internas; la recogida y análisis de datos sobre matrimonio, divorcio y violencia contra las mujeres; y una contribución a la comprensión de las deficiencias rurales en los registros civiles. Las lecciones aprendidas fueron: a) necesidad de publicitar y hacer mejor uso de los resultados de investigación; b) necesidad de coordinarse mejor entre los proyectos componentes del subprograma.

En el campo de *advocacy*, se demostró que las nuevas metodologías de transversalización del género podían ser introducidas en todas las estructuras concernientes con el desarrollo, y fueron efectivas en elevar temas sobre igualdad y equidad de género y empoderamiento de las mujeres así como de violencia contra las mujeres. Ello se logró gracias a un amplio proyecto multisectorial, financiado con apoyo del Gobierno italiano; por primera vez, instituciones gubernamentales y no gubernamentales trabajaron juntas. De nuevo las lecciones aprendidas fueron la necesidad de una mayor coordinación. Los cambios en las actitudes sociales en Marruecos han permitido a los medios de comunicación, ONG, y Gobierno atender abiertamente temas tradicionalmente escondidos como la violencia contra las mujeres, el acoso sexual, el abuso infantil y la explotación sexual.

En términos de ejecución, aproximadamente el 85% de los fondos fueron administrados a través de las instituciones nacionales, una modalidad que requiere un seguimiento financiero intensivo pero que refuerza la capacidad nacional y la apropiación del programa. Sólo un proyecto se llevó a cabo en cofinanciación con el Gobierno, un procedimiento que se propone extender a todos los proyectos en el siguiente programa, para promover la responsabilidad y la apropiación nacional.

El FNUAP ha trabajado en el ciclo 1997-2001 en 13 provincias: Chefchaouen, Errachidia, Zagora, Ouarzazate, Tata, Azilal, El Kelaa des Sraghna, Al Houz, Marrakech y dos más de su entorno, Chichaoua, Essaouira. A partir del nuevo ciclo iniciado en 2002, el FNUAP decidió concentrar su trabajo en ocho de estas provincias: Essaouira, Chichaoua, Marrakech y las dos de su entorno, Azilal, Al Haouz y El Kelaa des Sraghna.

Cuadro 11. Una experiencia de colaboración: proyecto-marco “Género y Desarrollo”

En el año 2000 se lanzó el proyecto-marco “Género y Desarrollo”, resultado de la voluntad conjunta de organismos de Naciones Unidas como el FNUAP, PNUD y UNIFEM, del Gobierno italiano y del Reino de Marruecos de promover el enfoque GED. En febrero de 2000 se firmó un convenio de cooperación entre la Secretaría de Estado de Protección Social, Familia e Infancia, por una parte, y el FNUAP, PNUD, UNIFEM, AMPF y ADFM, por otra. El proyecto se fija como objetivo la puesta en marcha de las medidas previas del Plan de Acción Nacional para la Integración de la Mujer, siendo su finalidad establecer los mecanismos descentralizados de promoción de la familia y la mujer. El proyecto-marco pretende igualmente la integración del enfoque de género en el programa de desarrollo. El proyecto, de una duración de dos años, se articula en torno a tres componentes:

1-Promover a la mujer y la familia a través de la perspectiva GED. Este componente será pilotado por la Secretaría de Estado a través del inicio de programas de lucha contra la violencia contra las mujeres y el refuerzo institucional.

2-Iniciar programas de educación para la igualdad, con un acento especial en la lucha contra el acoso sexual. Será ejecutado por la ADFM. También se ocupará de reforzar su apoyo a la consultoría jurídica y al apoyo psicológico de las familias en crisis y las mujeres en dificultad.

3-Integración del género en la salud reproductiva, pilotado por la AMPF, se encargará de sensibilizar a las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva.

Para la ejecución del proyecto, se cuenta con 625.000 dólares (unos 6,25 millones de DH). El FNUAP contribuye a la financiación del proyecto con 5 millones de DH gracias al apoyo del Gobierno italiano. La financiación del PNUD y de UNIFEM se eleva a 750.000 DH y la del Gobierno marroquí a 500.000 DH. Para el FNUAP, el proyecto se inscribe en el objetivo del subprograma “Advocacy” del quinto ciclo de cooperación del FNUAP con Marruecos, que ha construido su lógica sobre las prioridades, las estrategias y los programas en el ámbito nacional que definen como prioridades la cohesión social mediante la promoción de la familia como entidad pero también a través de sus diferentes miembros. Para el PNUD este proyecto consolida y refuerza el rol de la mujer como tema transversal que favorece la acción del PNUD y la evolución del concepto MED al GED. El UNIFEM confirma con su compromiso su interés por el partenariado entre agencias e instituciones gubernamentales y no gubernamentales en especial en la perspectiva de género y lucha contra la violencia, que constituye la piedra angular del mandato de UNIFEM.

La iniciativa regional se concreta gracias al apoyo del Gobierno italiano el cual, tras la revisión de la CIPD, Cairo+5, ha expresado su interés y su apoyo a las actividades del FNUAP, en especial dando apoyo a la Iniciativa regional mediterránea para “la promoción de las cuestiones de género en materia de salud reproductiva y el *advocacy* en materia de población”, iniciativa que concierne a tres países de la cuenca mediterránea, Argelia, Marruecos y Palestina; en el caso de Marruecos a través de su Gobierno y de las ONG.

Este proyecto está llamado a contribuir a los esfuerzos en materia de desarrollo de Marruecos que integren el género como prioridad. El Plan de Acción Nacional para la Integración de la Mujer en el desarrollo iba a constituir el marco de intervención privilegiado tanto para el Gobierno como para la sociedad civil. El proyecto también es ejemplo del partenariado y colaboración entre el Gobierno y la sociedad civil, en concreto las ONG arriba mencionadas. El CERED está encargado de hacer el seguimiento y evaluación del proyecto.

Cuadro 12. FNUAP-ADFM: La caravana de Chefchaouen. Partenariado con las ONG

La caravana de Chefchaouen, iniciativa organizada por la ADFM con el apoyo del FNUAP ha recorrido, del 29 de mayo al 6 de junio de 1999, seis duars del círculo de Bab Taza con el objetivo de sensibilizar a los habitantes sobre la salud reproductiva, la educación de las niñas y la gestión racional de los recursos naturales (agua y madera). Constituida por un equipo pluridisciplinar (médicos generalistas, ginecólogos, oftalmólogos y dermatólogos, asistentes sociales, enfermeras, juristas, divulgadoras agrícolas y forestales, miembros de diferentes asociaciones y organizaciones internacionales), la caravana de Chefchaouen tenía por objetivos: suscitar y reforzar una toma de conciencia de las cuestiones de población; crear actitudes positivas ante las poblaciones beneficiarias; crear comportamientos responsables sobre cuestiones de salud reproductiva, género y desarrollo sostenible; tomar en consideración los estrechos vínculos entre el desarrollo sostenible y la gestión racional de los recursos naturales, la salud reproductiva y la cuestión de género; nstaurar una dinámica de sensibilización y de toma de conciencia, a nivel local, susceptible de ser repetida en otras regiones.

El objetivo del programa es contribuir a mejorar la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual para todas las parejas e individuos marroquíes a lo largo de su vida, así como conseguir la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer

Programa FNUAP 2002-2006

Finalizado el quinto programa país, en septiembre de 2001 se aprobó la sexta fase de cooperación FNUAP-Marruecos, a finalizar en 2006. El programa está presupuestado en 12,5 millones de dólares, de los que 7,5 millones vendrían de los recursos regulares del FNUAP, siempre que estuvieran disponibles. El FNUAP buscaría los cinco millones restantes a través de modalidades de cofinanciación. El programa propuesto es resultado de un proceso de consulta llevado a cabo en 2000 y 2001 con el Gobierno marroquí, las ONG, el sistema de agencias de la ONU, el equipo de servicios técnicos de país, con base en Amman, y donantes multilaterales y bilaterales. Se desarrolla de acuerdo con el recientemente aprobado plan quinquenal de desarrollo económico y social, y en el contexto del programa de prioridades sociales del Gobierno, y del Marco de Ayuda al Desarrollo de la ONU (UNDAF).

El objetivo del programa es contribuir a mejorar la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual para todas las parejas e individuos marroquíes a lo largo de su vida, así como conseguir la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. De acuerdo con el Gobierno, el programa complementará los esfuerzos nacionales hacia la descentralización dirigiendo la mayor parte de sus actividades en las poblaciones desfavorecidas de la región de Marrakech-Tensift-Haouz-Azilal (nueve provincias). La región tiene una población de 4,2 millones (14% de la población marroquí), y el 65% es rural. El programa tendrá dos subprogramas, salud reproductiva y estrategias de población y desarrollo, con *advocacy* en apoyo de ambos. Sólo habrá un limitado número de proyectos, y se pondrá énfasis en entrelazar unos con otros. Se creará un fondo especial para apoyar las actividades de las ONG y promover la colaboración entre el Gobierno y la sociedad civil. Las estrategias, con vistas a reducir las disparidades nacionales, incluirán la atención central a zonas geográficas específicas y el apoyo a la descentralización y reforma institucional; construir la capacidad nacional y fortalecer recursos humanos; y alentar la participación de todos los actores implicados. Se inserta en el proceso de descentralización y apoya las iniciativas locales destinadas a mejorar el estatus de la mujer, la transversalidad de los temas de género, la mejora de la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva, y la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. El programa también persigue el fortalecimiento de la capacidad nacional para desarrollar y ejecutar políticas integradas de población a nivel nacional y regional, así como su seguimiento y evaluación a través de un sistema de información coordinado, integrado y sensible al género.

Subprograma salud reproductiva. El propósito es contribuir a una mayor utilización de los servicios de salud reproductiva mejorando la calidad de la atención a través de la construcción de la capacidad nacional, transversalizando el género en la prestación de servicios, mejorando la gestión, y el seguimiento y evaluación, llevando la atención obstétrica de emergencia en el ámbito más cercano a la mujer y abogar por una mejora de la derivación en casos complicados a las instalaciones de mayor nivel. Un sistema de seguimiento permanente se establecerá e incluirá indicadores cuantitativos y mejora de la calidad a través de una auditoría obstétrica generalizada. El programa permitirá *advocacy* a nivel

central para asegurar la planificación de apoyo, asignación apropiada de recursos humanos y financieros, y sistemas regulatorios para la estandarización, racionalización y coordinación que capitalizaría la actual reforma del sistema de salud.

El primer resultado del subprograma sería la mayor disponibilidad de servicios de salud reproductiva de alta calidad en la región elegida. Se reflejaría en una reducción de las necesidades insatisfechas en contracepción del actual 30% al 10%; un incremento del 50% en la detección y tratamiento de ETS en clínicas de salud reproductiva; un incremento de la prevalencia contraceptiva del actual 48% para métodos modernos al 60%; y duplicar los partos en centros de salud bien equipados. La proporción de los puntos de prestación de servicios que proveen cinco métodos de planificación familiar se incrementarían del actual 47% a cerca del 100% a finales del programa. La calidad, incluyendo una mayor sensibilidad al género, se mejoraría mientras que la gama de servicios de salud reproductiva ofrecidos en la región se ampliaría. Las tasas de satisfacción de los clientes, medidos por entrevistas a la salida, se incrementarían significativamente. La disponibilidad de atención de emergencias obstétricas y servicios de derivación mejoraría. El número de clínicas que ofrecen el paquete completo de servicios de emergencia obstétrica se duplicaría desde los seis que ahora los proporcionan. La calidad de la atención obstétrica se mediría en base al incremento de la tasa de partos por cesárea, duplicando la actual tasa.

El subprograma de salud reproductiva también pretende incrementar la concienciación de adolescentes y jóvenes sobre temas relacionados con la salud reproductiva y la planificación familiar, incluyendo ETS y VIH/Sida. El FNUAP apoyará el Plan Estratégico Nacional del Sida así como a las ONG en la región elegida, centrándose particularmente en enfoques preventivos sensibles al género dirigidos a jóvenes y a grupos altamente vulnerables como trabajadores sexuales y jóvenes empleados en la industria turística. Ello se conseguiría a través de un incremento en la proporción de puntos de prestación de servicios que reciben a los jóvenes como clientes; un incremento en la proporción de puntos de prestación de servicios que muestran al menos tres materiales de IEC para jóvenes; un incremento en la cobertura mediática para salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. En coordinación con los colaboradores de ONUSIDA, el FNUAP trabajará en situar el Sida en lo alto de la agenda nacional, a través de *advocacy*, educación en población, marketing social y, especialmente, movilización de la juventud. Las estructuras regionales del programa de alfabetización de adultos, los programas de educación extraescolares, las organizaciones juveniles, como los Boy Scouts, el Ministerio de Educación y las ONG serán apoyados para ejecutar actividades de IEC y educación en población para jóvenes y adolescentes, incluyendo la educación inter pares, el *counseling* inter pares y el marketing social.

En un esfuerzo para medir mejor los resultados, un importante componente del subprograma será la encuesta PAPFAM, planificada y financiada en 2002, y realizada y analizada en 2003. Se propone que además de las muestras nacionales regulares sobre domicilios, se desarrolle un muestreo adicional amplio en la región elegida para tener una visión más cercana de las estadísticas de salud reproductiva en el área del pro-

El FNUAP apoyará el Plan Estratégico Nacional del Sida así como a las ONG en la región elegida, centrándose particularmente en enfoques preventivos sensibles al género dirigidos a jóvenes y a grupos altamente vulnerables como trabajadores sexuales y jóvenes empleados en la industria turística

Con apoyo inicial del FNUAP, y más recientemente, de USAID, el Ministerio de Salud ha desarrollado y gestionado un sistema logístico de suministro de contraceptivos operativo, incluyendo el abastecimiento en los mercados nacional e internacional, con fondos del Gobierno, el almacenamiento y distribución

yecto. Por primera vez, la encuesta tendrá una sección especial sobre adolescentes y otra sobre violencia contra las mujeres. El FNUAP dará su asistencia en la movilización de recursos para llevar a cabo la encuesta PAFAM.

Con apoyo inicial del FNUAP, y más recientemente, de USAID, el Ministerio de Salud ha desarrollado y gestionado un sistema logístico de suministro de contraceptivos operativo, incluyendo el abastecimiento en los mercados nacional e internacional, con fondos del Gobierno, el almacenamiento y distribución. Paralelamente al seguimiento de este sistema durante el programa, el FNUAP se centrará particularmente en incrementar el uso de métodos de medio y largo plazo, y facilitará la introducción de nuevos métodos de acuerdo con las políticas nacionales.

Subprograma Estrategias de población y desarrollo: El programa se basará en los 15 años de creación de capacidades y adquisición de conocimientos en Marruecos para ayudar al país a desarrollar políticas de población construidas alrededor de la reducción de la pobreza, reducción de las disparidades nacionales y de las desigualdades de género. La Comisión Nacional de Población y las comisiones regionales asegurarán la integración de las cuestiones de población en la planificación del desarrollo, y el FNUAP apoyará sus objetivos. Los resultados de estudios cuantitativos y cualitativos en las áreas de envejecimiento, adolescentes, migración, cambios de fecundidad, mortalidad de adultos, violencia contra las mujeres, desarrollo local, temas de género y obstáculos al empoderamiento de las mujeres se distribuirán y usarán en la formulación de políticas.

El propósito del subprograma será contribuir a la integración de las cuestiones de población y género en todos los aspectos del desarrollo, tanto en el ámbito nacional como regional. El programa ayudará a: a) incrementar la capacidad nacional y regional para integrar temas de población y género en las políticas y planes de desarrollo, medidos según el grado en que los documentos nacionales han incorporado las dimensiones de población y género e iniciado mecanismos para atender los temas sociales, incluyendo la violencia de género; b) incrementar la disponibilidad, calidad, y utilidad de bases de datos integradas desagregadas por sexo. Se dará una especial atención a la utilización de bases de datos disponibles para desarrollo y seguimiento de políticas. Como parte del subprograma, el Ministerio de Justicia analizará el matrimonio, el divorcio y la violencia contra las mujeres, mientras que el Ministerio de Desarrollo Local establecerá un observatorio regional sobre migraciones internas. La alta calidad de las instituciones nacionales de investigación continuarán dando a Marruecos una ventaja internacionalmente recogida y proporcionarán oportunidades para la cooperación Sur-Sur y servir de base para partenariados subregionales con los países vecinos.

Con vistas a dar más peso a la concienciación sobre temas de población en los medios y entre los decisores políticos y el público, se desarrollará la *advocacy* como estrategia de apoyo a los dos subprogramas. Los temas tradicionalmente tabú, como la violencia de género, serán atendidos a través de estudios, publicaciones, cobertura mediática, artículos y programas de televisión. La capacidad de las ONG y las instituciones de la sociedad civil serán fortalecidos, particularmente aquellos con cobertura especial en la región elegida y aquellos que proporcionan asistencia

jurídica a las víctimas de la violencia. Las redes regionales de ONG se iniciarán con vistas a fortalecer su capacidad de gestión y su habilidad de llevar a cabo *advocacy* efectiva. Los objetivos de género y desarrollo serán abordados a través de una iniciativa conjunta con el Ministerio de Asuntos de la Mujer y las ONG, mientras que la *advocacy* a favor de los derechos de las mujeres, la reducción de todas las formas de violencia contra las mujeres, y la revisión del código de estatuto personal serán abordadas por el Ministerio de Justicia. El Parlamento y el Ministerio de Finanzas continuarán siendo objeto de actividades de *advocacy*.

Adaptaciones institucionales, implementación, ejecución, seguimiento y evaluación

En términos de ejecución, la ejecución nacional será la modalidad líder del programa e incluirá a instituciones del Gobierno en las áreas de políticas y regulación, las ONG para IEC y participación comunitaria, las universidades y centros de investigación para análisis y evaluación. La responsabilidad para planificación y seguimiento, incluyendo las finanzas, se transferirá progresivamente a las estructuras regional y provincial, acompañada de capacitación adecuada. La modalidad de compartir costes, en la que el FNUAP pondrá una suma de dinero equivalente a la de la institución concerniente en una cuenta común de proyecto, se ampliará a todos los implementadores a principios del ciclo. Esta modalidad, que ha demostrado su éxito con un colaborador durante el anterior programa, estimula una mayor apropiación nacional, tanto por el Gobierno como por la sociedad civil y ha sido aceptado por todos los colaboradores potenciales durante la preparación del programa.

El partenariado Marruecos-PNUD se ha ido reforzando a lo largo de los años. De la asistencia técnica original, a través principalmente del apoyo institucional aportado a la creación de grandes escuelas, ha pasado al desarrollo de los recursos humanos y a la transferencia de tecnología en materias clave de la economía marroquí

Tabla 39. Programa 2002-2006 del FNUAP para Marruecos (en millones de dólares)

Subprogramas	Recursos regulares	Otros	Total
Salud reproductiva	5,0	4,0	9,0
Estrategias de población y desarrollo	2,0	1,0	3,0
Coordinación de programa y asistencia	0,5	-	0,5
Total	7,5	5,0	12,5

PNUD

El partenariado Marruecos-PNUD se ha ido reforzando a lo largo de los años. De la asistencia técnica original, a través principalmente del apoyo institucional aportado a la creación de grandes escuelas, como la Escuela de Ciencias de la Información, la Escuela Nacional de la Industria Mineral, el Instituto Agrónomo Veterinario, etc., ha pasado al desarrollo de los recursos humanos y a la transferencia de tecnología en materias clave de la economía marroquí. Si los primeros ciclos de programación permitieron la puesta en marcha de proyectos de envergadura en sectores básicos como la agricultura y el desarrollo rural, la pesca, el comercio y la industria, la energía y las minas, y la promoción de exportaciones, el quinto ciclo (1992-1996) ha permitido dar un impulso nuevo a este partenariado. Ha introducido una nueva visión del desarrollo: el paradigma del desarrollo humano sostenible.

La noción de desarrollo humano sostenible interviene en el momento que Marruecos, al final de una política de ajuste estructural, define una Estrategia de Desarrollo Social (SDS) para una mejor integración de las poblaciones desfavorecidas

De esta manera, una de las aportaciones principales del PNUD ha sido el apoyo a la elaboración de las estrategias y políticas de desarrollo humano y lucha contra la pobreza. La noción de desarrollo humano sostenible interviene en el momento que Marruecos, al final de una política de ajuste estructural, define una Estrategia de Desarrollo Social (SDS) para una mejor integración de las poblaciones desfavorecidas. Las orientaciones prioritarias retenidas para esta estrategia, así como los temas prioritarios del Consejo Ejecutivo del PNUD, constituyeron el marco conceptual sobre el que iba a basarse el V Programa. En este sentido el VI Marco de Cooperación (1997-2001) se concibió para responder tanto a la SDS y a las prioridades nacionales como las establecidas en la Nota de Estrategia Nacional (NSN) de Marruecos, como a la nueva misión del PNUD que tiene por objetivo último la eliminación de la pobreza.

Con vistas a asegurar un impacto óptimo en la puesta en marcha de sus programas, dicho marco preconiza nuevos enfoques basados en los conceptos siguientes: desconcentración y descentralización; enfoque participativo mediante la participación efectiva de los actores de la sociedad civil y de las poblaciones beneficiarias (clases desfavorecidas) y más particularmente las mujeres; e intensificación de las relaciones con los donantes bilaterales y multilaterales. El objetivo final es la creación de empleos productivos y medios de subsistencia sostenibles, la protección del medio ambiente y la gestión racional de los recursos naturales y, finalmente, una mejor gobernanza.

El programa de reducción de la pobreza del PNUD en Marruecos, promueve el crecimiento económico, el desarrollo del capital humano y proporciona una red de seguridad social. Formulado en 1993 como parte de la estrategia de desarrollo social del país, se convirtió en el Programa Nacional para el Desarrollo Humano Sostenible en 1996, implementado a través de una serie de subprogramas. Uno de ellos es el Programa de Prioridades Sociales, de 5 años, lanzado en 1996 con un presupuesto de 266 millones de dólares, de los que tres quintos los proporciona el Banco Mundial. Este programa está siendo aplicado en 14 provincias pobres, y consiste en proyectos que van desde la educación básica y alfabetización a la atención sanitaria y una serie de proyectos de creación de empleo.

El monto global de la ayuda del PNUD a Marruecos se estima en 30,5 millones de dólares sobre el período 1990-1996. Ello representa un gasto anual medio de 4,4 millones por año. Los sectores que son parcialmente susceptibles de concernir a los servicios sociales básicos disponen de una asignación de recursos modesta. Se trata del desarrollo social (9,2%) y de la salud (5,8%).

El PNUD apoya el Programa Nacional sobre Desarrollo Humano Sostenible y Erradicación de la Pobreza en Áreas Rurales. En el aspecto de políticas y estrategias nacionales, ha contribuido a la elaboración de una estrategia un plan de acción de lucha contra la pobreza, así como la elaboración de un informe nacional sobre el desarrollo humano. Operativo en 4 provincias (El-Haouz, Chichaoua, Essaouira y Chefchaouen) y beneficiando a 40 de las comunidades rurales más pobres, el programa apoya el desarrollo de la agricultura y la ganadería, las cooperativas queseras y lecheras, instituciones de microcrédito, así

como proyectos de protección medioambiental como para la conservación del suelo y el agua. El PNUD apoya la identificación de las causas de la pobreza y su tipología y las necesidades prioritarias de las poblaciones pobres, la puesta en marcha de programas de acción apropiados en las 4 provincias seleccionadas y reforzar la movilización social, la participación y el partenariado Gobierno-sociedad civil para crear un ambiente propicio al desarrollo humano sostenible y a la lucha contra la pobreza. Financiado por el PNUD e implementado por el Ministerio del Plan (anterior Ministerio de Población). Este apoyo ha permitido una serie de trabajos y documentos previos que han facilitado la elaboración del PDES 2000-2004, y se han elaborado informes de desarrollo humano de Marruecos.

El Programa de Lucha contra la Pobreza en Medio Urbano y Periurbano, ha sido también un eje central en las materias de intervención del Marco de Cooperación País 1997-2001 aprobado por el PNUD. Se inscribe en la estrategia nacional para el desarrollo social, cuyas más importantes líneas se articulan en torno a la ampliación del acceso de las poblaciones desfavorecidas a los servicios sociales prioritarios de base, al incremento de las oportunidades de empleo e ingresos y al refuerzo de los programas de asistencia social directa a las clases desfavorecidas. El objetivo de este proyecto es la reducción de la pobreza urbana y periurbana en Tánger, Casablanca y Marrakech, y se encuentra más extensamente desarrollado en el capítulo anterior.

Otro programa apoyado por el PNUD en Marruecos es el Programa de microcréditos para reducción de la pobreza Microstart 1997-2000. Ejecutado por Save the Children, contribuye a incrementar la disponibilidad y accesibilidad al crédito de empresarios con bajos ingresos, más particularmente las mujeres, a través de un apoyo financiero (capital y asistencia técnica) de las asociaciones de microcréditos beneficiarias. Esta cooperación permitió la aprobación de una ley en 1999 que fortalecía el marco legal y regulador de la microfinanciación. Microstart pretende desarrollar la capacidad de las instituciones locales de microfinanciación para que puedan proporcionar de manera continuada el acceso a financiación, formación técnica y apoyo institucional. Los fondos de Microstart dan apoyo a cinco instituciones nacionales de microfinanciación, han beneficiado a 12.000 clientes, y las previsiones eran de dar servicio a un total de 30.000 clientes en 2001.

El PNUD también apoya a la Agencia del Norte para el Desarrollo Humano Sostenible. Concretamente apoya la consolidación de sus capacidades institucionales, y la prueba de mecanismos de enfoque participativo en cuatro provincias piloto, así como la ayuda a movilizar recursos necesarios para permitir tanto la duplicación de la experiencia piloto al conjunto de la región como la puesta en marcha de la estrategia de desarrollo humano sostenible desarrollada por la Agencia. Promueve proyectos de conservación ambiental, desarrollando empresas agrícolas e industriales y proporcionando infraestructura, atención a la salud y educación. El programa para el desarrollo de las comunidades del norte se basa en la participación activa de los miembros de la sociedad civil y las autoridades locales. Las organizaciones comunitarias de base y de la sociedad civil participan en la identificación, ejecución, control y evaluación de los proyectos. Sistemas consensuales de control, evaluación y

El Programa de Lucha contra la Pobreza en Medio Urbano y Periurbano, ha sido también un eje central en las materias de intervención del Marco de Cooperación País 1997-2001 aprobado por el PNUD. El objetivo de este proyecto es la reducción de la pobreza urbana y periurbana en Tánger, Casablanca y Marrakech

En el contexto de la restructuración de la política marroquí de gestión del agua, el PNUD apoya el programa de aprovisionamiento en agua potable de las poblaciones rurales (PAGER) y al desarrollo de las capacidades de gestión del agua por cuenca

revisión de programas se están estableciendo a nivel provincial y comunitario. Estos mecanismos permiten tanto a las autoridades locales como a los ciudadanos ejercer cierto control sobre las actividades.

En el contexto de la restructuración de la política marroquí de gestión del agua, el PNUD apoya el programa de aprovisionamiento en agua potable de las poblaciones rurales (PAGER) y al desarrollo de las capacidades de gestión del agua por cuenca. Tiene como objetivo la realización de medidas de acompañamiento previstas en la nueva política, que se basa en la descentralización y una participación activa de las comunidades, y el refuerzo de las capacidades nacionales en materia de gestión del agua descentralizada por cuencas. En concreto se refuerzan las capacidades en cuatro provincias de las más pobres (Azilal, Chefchaouen, Al Hoceima y Sidi Kacem). A ejecutar por la Dirección General de Hidráulica, del Ministerio de Equipamiento, el programa lo ponen en marcha el departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU y Oxfam Québec. Las zonas de intervención son Rabat, las Agencias de Cuencas y provincias de Chefchaouen, Al Hoceima, Azilal y Sidi Kacem.

Otro programa es el proyecto piloto de educación en medio rural en la provincia de Kelaâ des Sraghna, concebido también en el marco de un enfoque participativo y descentralizado. Se elabora y experimenta en 36 unidades escolares de la provincia un nuevo programa de enseñanza cuyo contenido es adaptado al contexto socioeconómico y cultural de la zona y responde a las necesidades del mundo rural. La perspectiva es multisectorial para crear sinergia de base para iniciar un desarrollo local descentralizado, mediante la movilización de las colectividades locales. Cuenta también con el apoyo de la UNESCO.

También con apoyo del PNUD, el Gobierno está incorporando el sector privado en los esfuerzos de reducción de la pobreza. El BMCE se ha unido al Ministerio de Educación Nacional y al PNUD en un programa de tres años para promover la escolarización y el desarrollo comunitario en algunas de las zonas rurales más pobres. El banco proporcionará dos millones de dólares para construir escuelas en comunidades rurales, mientras que el PNUD proporcionará asistencia técnica para alentar una mejor gobernanza comunitaria. Se trata del primer partenariado público-privado de este tipo en Marruecos.

El apoyo del PNUD al sector salud se centra en la puesta en marcha y coordinación de los servicios de gestión y mantenimiento de las instalaciones técnicas y de equipamientos biomédicos en los hospitales públicos marroquíes dependientes del Ministerio de Salud Pública.

Específicamente en materia de población y salud sexual y reproductiva, el PNUD apoya la descentralización del Programa Nacional de Lucha contra las ETS-Sida en 10 provincias del país. Las zonas de intervención son las provincias de Al-Hoceima, Berkane-Taourirt, Boulemane, Chefchaouen, Figuig, Jerrada, Nador, Oujda, Ouarzazate y Tetuán. Este proyecto será ejecutado por las delegaciones provinciales del Ministerio de Salud y por las ONG. Las mujeres de estas provincias se beneficiarán más particularmente de las actividades del proyecto por su vulnerabilidad socioeconómica y su mayor riesgo de exposición a estas infecciones. El PNUD apoya técnicamente y financieramente la puesta en marcha de actividades del

proyecto que van a beneficiar a los grupos de población sexualmente activos, particularmente jóvenes y mujeres. Las actividades previstas son completamente descentralizadas a nivel de las 10 provincias. El enfoque adoptado para la realización de los objetivos es multisectorial y prevé una participación activa de los ministerios de Justicia, Educación Nacional, Juventud y Deportes, Comercio, Industria y Artesanado y de Turismo. El proyecto llama igualmente a la participación activa de la sociedad civil: ONG de ETS/Sida y ONG femeninas, y sector privado.

Los resultados esperados son, sobre el plano institucional y organizacional, que las unidades provinciales de lucha contra ETS/Sida sean plenamente operativas tras el refuerzo de sus capacidades en el aspecto humano, técnico y material, que el programa de abordaje sindrómico de las ETS, que se creará con este proyecto, se seguirá. Sobre el plano epidemiológico, se espera la estabilización de la prevalencia e incidencia de VIH/Sida, y la reducción del 15% de la prevalencia e incidencia de ETS. En materia de IEC se espera que la población adopte comportamientos sexuales de menor riesgo. El PNUD aporta 416.736 dólares, y el Gobierno marroquí 431.321 dólares.

El PNUD apoya técnicamente y financieramente la puesta en marcha de actividades del proyecto que van a beneficiar a los grupos de población sexualmente activos, particularmente jóvenes y mujeres

OMS

En materia de salud, la OMS, instalada en Marruecos desde 1961, financia numerosos programas centrados particularmente en el refuerzo de las infraestructuras sanitarias, la promoción de la salud, la lucha contra la enfermedad y el apoyo a los diferentes programas nacionales, así como al refuerzo de la equidad en materia de acceso a los cuidados. Igualmente ha contribuido a la promoción de cierto número de instituciones nacionales que han sido seleccionadas como colaboradoras de la OMS. La intervención principal de la OMS en Marruecos es apoyar el sistema de salud básica, con el fin de promover las condiciones mínimas y los mecanismos de desarrollo integrado y sostenible por y para la población, así como desarrollar la estrategia de atención de salud primaria en las zonas rurales. Otros proyectos se centran en la apreciación y tendencias de la situación sanitaria, formulación de políticas de salud, apoyo a las tecnologías de laboratorio, y formulación de políticas, planificación y gestión de recursos humanos. En materia de salud sexual y reproductiva, apoya y refuerza el programa de control de seguridad de sangre y productos sanguíneos, y contribuye a asegurar y desarrollar el seguimiento de las actividades realizadas en el marco del programa nacional contra las ETS, así como promover las acciones de sensibilización de la población de riesgo.

UNICEF

En el período 1992-1996, UNICEF efectuó un gasto anual medio de 1,8 millones de dólares. La práctica totalidad (98%) destinada a servicios sociales básicos, en un sentido amplio. El programa de cooperación Marruecos-UNICEF 1997-2001 centra parte de sus actividades en *advocacy* y movilización social a favor de la infancia marroquí. UNICEF asegura la sostenibilidad de las actividades de los programas nacionales sobre vacunación, lucha contra enfermedades diarreicas, lucha contra problemas por carencia de yodo, infecciones respiratorias agudas, maternidad sin riesgos y escolarización de niñas.

UNICEF es la única agencia de Naciones Unidas que se resiste a asumir el enfoque integral de salud reproductiva, manteniendo una estrategia de atención materno infantil que colisiona con el trabajo de otras agencias del sistema

El programa de atención a la salud básica de UNICEF, para el período 1997-2001, por valor total de 559.000 dólares, tiene como objeto asegurar un acceso correcto a los cuidados de salud básica de 600.000 habitantes; incrementar la cantidad y la calidad de las consultas prenatales y postnatales; mejorar las condiciones de parto tanto en domicilio como en medio vigilado, e incrementar al menos un 50% el porcentaje de mujeres que reciben una asistencia correcta durante el parto a domicilio o en establecimientos sanitarios. El programa rural, que se inscribe en el marco del nuevo programa de cooperación entre el Gobierno de Marruecos y UNICEF, ha sido concebido de manera que asegure un conjunto de prestaciones de servicios en beneficio de la infancia y las mujeres, pero también del conjunto de la comunidad. Su campo de actividades incluye acciones tan variadas como la atención de salud básica, educación, promoción femenina, agua potable, saneamiento e higiene. Cubre cuatro provincias predominantemente rurales: Al Haouz, Essaouira, Ouarzazate y Zagora. Por otra parte, este programa se propone introducir un nuevo enfoque en materia de desarrollo rural integrado, basado en el enfoque participativo, considerado como condición *sine qua non* para la sostenibilidad de los proyectos y la creación de una dinámica de desarrollo comunitario.

Durante las actividades del programa rural en la provincia de Ouarzazate, las parteras tradicionales y los agentes de salud comunitaria de las comunas de Ghessate, Quisselssate e Iminoulaoune han seguido una formación sobre la atención a la salud básica. Las parteras tradicionales han recibido maletines equipados con material médico básico para mejorar la práctica de su oficio, particularmente en el plano de la higiene. Un año más tarde, en el marco de seguimiento del proyecto, se ha constatado que una gran parte del material consumible de estos maletines ha sido reaprovisionado por las asociaciones comunitarias. Estos dos ejemplos demuestran la importancia de la estructura comunitaria como agentes de desarrollo de base y como multiplicadores de las comunas rurales, concurriendo al desarrollo del conjunto de las comunas.

UNICEF, sin embargo, es la única agencia de Naciones Unidas que se resiste a asumir el enfoque integral de salud reproductiva, manteniendo una estrategia de atención materno infantil que colisiona con el trabajo de otras agencias del sistema.

PAM

El Programa de Alimentación Mundial inició su asistencia a Marruecos en 1978, en el marco del programa de alimentación escolar. Su objetivo es garantizar a largo plazo, el acceso de los niños rurales a la educación fundamental y a medio plazo el aumento de la tasa de inscripción en las escuelas primarias rurales, en particular de las niñas, y mejorar las tasas de frecuentación escolar. Este proyecto, prolongado al período 1997-2000 cuenta con dos componentes: una retirada paulatina de la asistencia del PAM al programa de cantinas escolares sobre una duración de dos años, y una distribución de raciones alimenticias a los padres de niñas escolarizadas en las 13 provincias del BAJ1. Esta componente tiene por objeto alentar a los padres a inscribir a sus hijas en las escuelas primarias y aumentar la tasa de escolarización y retención. Con este proyecto, el PAM ha elegido a Marruecos (junto a Pakistán y Níger) como país piloto para evaluar el impacto de esta experiencia. En 1999, una misión compuesta por la

UNESCO y el PAM visitaron cuatro provincias BAJ1: Sidi Kacem, Taza, Chichaoua y Safi. Como resultado se ha observado un aumento espectacular del número de niñas matriculadas desde el inicio del proyecto. Este aumento es del orden del 40% en las provincias concernientes. El PAM también ha lanzado un proyecto piloto en materia de promoción de la enseñanza preescolar en las zonas rurales con la cooperación de la Embajada de Francia, el Ministerio de Educación y la Unión Nacional de Mujeres Marroquíes (UNFM). A título experimental en Taza y Chefchaouen durante 2 años escolares (1999-2001), se crearon de cuatro aulas con 30 alumnos cada una a cargo de una monitora formada por cooperantes franceses en estas provincias. Las comunas y el PAM se hacen cargo de los emolumentos de las monitoras durante el proyecto, y la UNFM se encarga de la administración de los fondos para esta operación así como de la representación de las madres en la Asociación de Padres de Alumnos, a fin de integrarlas en la toma de decisiones.

UNESCO

La UNESCO interviene, de acuerdo con su misión, en materia educativa y cultural. Su contribución financiera es modesta generalmente, pues su apoyo es más de tipo logístico y aporta una asistencia técnica en asociación con otros organismos. En materia de salud reproductiva, la UNESCO ejecuta en Marruecos un proyecto del programa del FNUAP sobre educación en materia de población.

El Banco Mundial

El Banco Mundial ha apoyado la elaboración del programa de prioridades sociales para atender las disparidades rural/urbano. La primera fase de este programa pretende el desarrollo de una infraestructura para educación básica y alfabetización y para servicios de atención primaria de salud. El programa del Banco Mundial se centra en 13 provincias que son las más atrasadas en términos de acceso a servicios de educación y de salud básica. Estas 13 provincias constituyen un punto central para las intervenciones de varias agencias de la ONU, incluido el FNUAP, durante los próximos 5 años (1997-2001). El Banco Mundial participa en la financiación del desarrollo de la salud reproductiva de Marruecos a través de un crédito a proyecto de salud básica en el marco del Programa de Prioridades Sociales (BAJ – Barnamaj Al-Aulaiyat Al-Ijtimaiya). El coste del proyecto es de 118,8 millones de dólares (el coste total del BAJ se estima en 266 millones de dólares), de los que el Banco Mundial financia a través de un crédito del BIRD a 20 años un 57,2% del total, es decir 68 millones de dólares. El Gobierno marroquí asume un 42,6% y la ayuda gubernamental extranjera el 0,2% restante.

El Banco ya financiaba varios proyectos, especialmente del sector educación y del de salud con anterioridad a la aprobación del BAJ en 1995. De 1986 a 1993 el Banco Mundial financió el primer gran proyecto en el sector sanitario, el Health Development Project, por un valor de 28,8 millones de dólares, con el fin de dar apoyo al programa de atención primaria del Ministerio de Salud Pública en tres provincias piloto, para mejorar el sistema de suministro de fármacos, y mejorar la capacidad de gestión del Ministerio. El componente de atención primaria se implementó en su totalidad y supuso una mejora en el acceso a la atención

El Banco Mundial participa en la financiación del desarrollo de la salud reproductiva de Marruecos a través de un crédito a proyecto de salud básica en el marco del Programa de Prioridades Sociales

El BAJ se concibió con un enfoque multisectorial, como un paquete de tres proyectos complementarios a ser implementados simultáneamente y en la misma área geográfica: el proyecto de educación básica, el de salud básica y el de coordinación y monitoreo de programas sociales y promoción laboral

sanitaria, mientras que el componente de gestión mejoró la situación en algunos aspectos pero continuaron serias deficiencias, especialmente en presupuestación de programas, asignación de recursos y disponibilidad de fármacos.

La segunda operación del Banco Mundial fue durante el período 1990-1996, Health Sector Investment Project, con un crédito de 104 millones de dólares. Sus objetivos eran reestablecer programas nacionales sostenibles de salud y fortalecer la administración y gestión de los servicios; dada la lentitud de la implementación se prorrogó hasta 1997.

Otro proyecto en marcha es el de Financiación y Gestión de la Salud, que pretende mejorar la eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios del sector público, movilizar recursos adicionales introduciendo nuevos mecanismos de financiación y fortalecer la formulación de políticas y la capacidad de gestión del Ministerio de Salud.

Tabla 40. Proyectos financiados en el sector Salud por el Banco Mundial

Nombre Proyecto	Crédito	Estatus	Fecha aprobación	Fecha finalización
Health Financing and Management	66 M US\$	Activo	17 XII 1998	31 XII 2003
Social Priorities Program Basic Health	68 M US\$	Activo	30 V 1996	31 XII 2003
Health Sector Investment	104 M US\$	Cerrado	20 II 1990	31 XII 1998
Health Development	28,4 M US\$	Cerrado	6 VI 1985	31 XII 1993

Fuente: Banco Mundial

El Programa de Prioridades Sociales I (BAJ-I)

El objetivo del programa es incrementar el pobre acceso a los servicios sociales básicos, mejorar la protección social básica y crear nuevas oportunidades para la población desempleada a fin de participar en actividades económicamente productivas, se enmarca en la Estrategia de Desarrollo Social para la década de los noventa, lanzada en 1993.

El BAJ se concibió con un enfoque multisectorial, como un paquete de tres proyectos complementarios a ser implementados simultáneamente y en la misma área geográfica: el proyecto de educación básica, el de salud básica y el de coordinación y monitoreo de programas sociales y promoción laboral. El área de implementación son las 13 provincias más pobres y menos urbanizadas del país, donde vive el 27% de la población: Ouarzazate, Taroudant, Tiznit, Al Haouz, Chichaoua, El Kelaa Sraghna, Essaouira, Safi, Azilal, Chefchaouen, Sidi Kacem, Al Hoceima y Taza.

Los objetivos específicos del proyecto de salud básica son los siguientes:

- a) Proporcionar un mejor acceso a la atención preventiva y curativa del 47% (la población que actualmente vive a menos de 6 km de un centro de salud) al 60% de la población beneficiaria, incluido el acceso equitativo a fármacos esenciales;

b) Reducir la mortalidad materna y neonatal en las áreas prioritarias incrementando la cobertura de visitas prenatales del 28% al 50% y de partos asistidos en un entorno médico del 18,5% al 30%, y haciendo accesibles los métodos modernos de planificación familiar;

c) Apoyar el desarrollo de los programas de salud pública prioritarios a nivel nacional.

Las innovaciones del proyecto residen en que va dirigido a la población más pobre del país, en que fue diseñado y preparado en estrecha colaboración con el personal local que estaría implicado en su monitoreo e implementación, en que es suficientemente flexible como para ajustarse a la situación local, en que implica a los responsables de salud provinciales en las actividades de planificación, implementación y monitoreo, y en que implica importantes acciones en el sector farmacéutico al tiempo que se suministran fármacos.

Dentro de las 13 provincias elegidas, el proyecto se concentra en distritos específicos, llamados ZIP (zonas de intervención prioritarias), en colaboración con funcionarios médicos provinciales de acuerdo a criterios demográficos, de acceso a servicios de salud, de perfil epidemiológico, y uso de los servicios. La mayoría de los distritos elegidos son rurales. La mortalidad materna, neonatal e infantil en estos distritos está muy por encima de la media nacional, y las infraestructuras de salud son inadecuadas tanto cuantitativamente como cualitativamente. El patrón de mortalidad y morbilidad está dominado por enfermedades infecciosas (sarampión, diarrea, fiebre tifoidea, tuberculosis). El acceso a agua potable es un factor determinante, y en algunas áreas la población alfabetizada sólo alcanza el 20%. Por otra parte, la población raras veces utiliza los servicios que están disponibles, principalmente debido a su baja calidad.

De los 118,8 millones de presupuesto del proyecto salud básica el 26%, unos 30,8 millones de dólares, se destina exclusivamente a fortalecer el Programa de Maternidad Sin Riesgo. En este sentido, la agencia estadounidense USAID acordó financiar todos los aspectos del programa de Maternidad Sin Riesgos en los distritos beneficiarios (a excepción de la componente de IEC), lo que equivale a 6 millones de dólares, ello incluye: la disponibilidad de métodos modernos de planificación familiar, la reorganización de los servicios prenatales incluyendo el apoyo al programa de anemias ferropénicas, la mejora de las salas de maternidad, el uso de trabajadores de salud comunitarios (como las parteras tradicionales) donde se necesiten, y el establecimiento de un sistema de derivación en caso de urgencias obstétricas de las comunidades y los centros de salud a maternidades de hospitales provinciales.

El proyecto prevé una reorganización y redistribución de los recursos humanos, materiales y financieros en las 13 provincias BAJ, de manera que algunas maternidades se cerrarán para reforzar otros centros estratégicos. Este enfoque necesita de la implementación de un sistema de derivación de emergencia. Estas actividades complementan las intervenciones en Maternidad Sin Riesgo del FNUAP y de la UE.

La financiación del Banco Mundial a este proyecto va específicamente dirigida a:

La mayoría de los distritos elegidos son rurales.

La mortalidad materna, neonatal e infantil en estos distritos está muy por encima de la media nacional, y las infraestructuras de salud son inadecuadas tanto cuantitativamente como cualitativamente

La contratación y formación de comadronas y ginecólogos obstetras forma parte de la estrategia de recursos humanos del Ministerio de Salud, dado que este personal es bastante escaso en Marruecos y está concentrado en las principales áreas urbanas

a) Compra de contraceptivos: USAID informó oficialmente al Gobierno que a principios de 1999 dejaría de financiar estos productos, por lo que el Ministerio de Salud solicitó la inclusión de estos gastos en el proyecto, dado que los contraceptivos han probado su efectividad en la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil.

b) Reorganizar la provisión de servicios prenatales para incrementar la cobertura de las mujeres: ello requiere una mayor implicación médica en el ámbito de centros de salud, mejorar las salas de espera, y personal capacitado para detectar embarazos de alto riesgo y realizar las derivaciones necesarias, así como el suministro de hierro en el contexto del programa de anemias ferropénicas. Hay que destacar que la contratación y formación de comadronas y ginecólogos obstetras forma parte de la estrategia de recursos humanos del Ministerio de Salud, dado que este personal es bastante escaso en Marruecos y está concentrado en las principales áreas urbanas. La mayoría de las provincias beneficiarias del BAJ tienen menos de un ginecólogo-obstetra por cada 10.000 nacimientos.

c) Renovar y rehabilitar 55 maternidades rurales y 13 unidades obstétricas en hospitales provinciales de las zonas prioritarias.

d) Compra de materiales, equipamiento y fármacos para alcanzar los requerimientos mínimos necesarios para atender la emergencias obstétricas básicas.

e) Establecer sistemas de evacuación médica, incluyendo la definición de normas de derivación y la compra de 126 ambulancias.

f) Formación, donde se necesite, de parteras tradicionales (Kablats) para atender mejor los partos a domicilio.

Los otros componentes del programa se financian a razón de 45,1 millones de dólares para la mejora del acceso a servicios de salud preventivos y curativos, y de 41,9 millones para apoyar los programas nacionales de salud prioritarios. Éste último incluye como principales beneficiarios el Programa Ampliado de Inmunización y el Programa de Control de la Tuberculosis, si bien también incluye otros programas como el de enfermedades de transmisión sexual.

El proyecto financiado por el Banco Mundial tiene una duración de 5 años y está prevista su finalización el 31 de diciembre de 2002 (un año más si se incluye un período de 12 meses de desfase en el desembolso). Otra actuación relevante del Banco Mundial en Marruecos, fue el apoyo al programa piloto de celebración de talleres y el esfuerzo de creación de consenso que dio como resultado el Plan de Integración de la Mujer en el Desarrollo.

Unión Europea

La cooperación de la UE con Marruecos debe enmarcarse básicamente en los programas MEDA y en el Acuerdo Euromediterráneo. Dado que el objetivo último del Proceso de Barcelona es la creación de una zona de libre cambio en el 2010, la cooperación en los sectores sociales básicos

queda relegada a un segundo plano, pues la UE consagra sus esfuerzos de cooperación principalmente en el sector económico. Su intervención en materia social es modesta y se limita básicamente a los sectores del saneamiento y del agua potable, si bien también apoya la educación, la reforma de los servicios de salud básica, la protección ambiental y las acciones dirigidas a la juventud y la sociedad civil.

Previo a la celebración de la Conferencia de Barcelona, que dará lugar a los programas MEDA y a la nueva estrategia de cooperación euromediterránea, el instrumento principal de cooperación entre ambas partes fueron los Protocolos Financieros, tras la firma del Acuerdo de Cooperación de 1976. Dicho acuerdo iba acompañado de un primer protocolo financiero para 1976-1981. A éste le siguieron tres protocolos más, que fueron incrementando paulatinamente el volumen de cooperación con Marruecos, pero que sin embargo iban reduciendo la asignación de fondos a los sectores sociales. El siguiente cuadro resume la cooperación realizada a través de dichos protocolos financieros

Tabla 41. Protocolos Financieros UE-Marruecos 1976-1996

Protocolos financieros	Período	Monto financiero en millones €	Origen de los fondos (fondos comunitarios+ fondos UE)	Porcentaje destinado a sectores sociales	Prioridades
Primero	1976-81	130	74+56	12%	Infraestructuras y desarrollo rural, formación y promoción de los sectores industriales y comerciales
Segundo	1981-86	199	109+90	9%	Ordenación hidroagrícola, crédito agrícola, formación profesional y saneamiento urbano
Tercero	1986-91	324	173+151	7%	desarrollo agrícola infraestructuras hidroagrícolas y formación
Cuarto	1991-96	438	218+220	26%	desarrollo rural, crédito agrícola y cooperación económica

En el marco de la Política Mediterránea Renovada (aprobada en diciembre de 1990), se aprueba el cuarto protocolo financiero con Marruecos 1991-1996. Este protocolo invierte la tendencia a la baja de fondos destinados a los sectores sociales, recibiendo un 26% de los fondos. En total, 1.091

Dado que el objetivo último del Proceso de Barcelona es la creación de una zona de libre cambio en el 2010, la cooperación en los sectores sociales básicos queda relegada a un segundo plano, pues la UE consagra sus esfuerzos de cooperación principalmente en el sector económico

El MEDA se basa en dos grandes ejes, con vistas al horizonte 2010, de creación de la zona de libre cambio. Por un lado un programa de apoyo a la transición económica y, por el otro, la financiación de acciones específicas en sectores que permitan a la población beneficiaria asegurar un mejor equilibrio socioeconómico

millones de euros entre 1976 y 1996, de los que sólo un proyecto, a cargo precisamente del cuarto protocolo, se destinó al apoyo de la salud materna y neonatal, por valor de 9 millones de euros, lo que supone un 0,8% (el sector social recibió el 15% en todo el período).

El objetivo de dicho proyecto es actuar ante los embarazos con riesgo y las complicaciones obstétricas. Se trata de prevenir mediante una mejor información sobre los peligros de los nacimientos no espaciados, y los métodos de planificación familiar y mediante un seguimiento prenatal más regular a fin de asegurar un diagnóstico precoz de los problemas eventuales. Además, el proyecto se dirige a mejorar las condiciones de evacuación, de atención de los nacimientos y las complicaciones obstétricas, tanto a nivel de las estructuras de base como de las maternidades de referencia aportando renovaciones, equipamientos apropiados y formaciones especializadas. Cubre 20 provincias en Marruecos (Agadir, Ida Ouatane, Kénitra, Marrakech-Menara, Oujda, Nador, Casablanca -Ben M'Sick, Aín Sebaa, El Fida Derb Soltan, Mohammedia, Khemisset, Salé, El Jadida, Beni Mellal, Errachidia, Khenifra, Ifrane, Meknès El Menzeh, Fès Jdid, Dar Dbibagh, Larache y Tetuán), y prevé la rehabilitación y el equipamiento de maternidades hospitalarias, el equipamiento de casas de parto y centros de salud, la adquisición de 50 ambulancias (entregadas en diciembre de 2000), la formación de 400 médicos y 1.600 enfermeros en el marco de un convenio de colaboración con las dos facultades de medicina y de farmacia de Rabat y de Casablanca, la compra de medicamentos y contraceptivos, la producción y la difusión de soportes educativos así como investigaciones operativas.

MEDA I (1996-1999)

La Conferencia de Barcelona de 1995 ve nacer el Partenariado Euromediterráneo, que se traduce a nivel bilateral en la firma de los acuerdos de asociación con los países mediterráneos. El acuerdo con Marruecos se firma el 26 de febrero de 1996, entrando en vigor el 1 de marzo de 2000. Con el Partenariado Euromediterráneo se crea el programa MEDA, que viene a sustituir a los protocolos financieros. El primer programa MEDA 1996-1999 supone para Marruecos una ayuda de 660 millones de euros. El MEDA se basa en dos grandes ejes, con vistas al horizonte 2010, de creación de la zona de libre cambio. Por un lado un programa de apoyo a la transición económica y, por el otro, la financiación de acciones específicas en sectores que permitan a la población beneficiaria asegurar un mejor equilibrio socioeconómico.

En materia sanitaria, el programa MEDA para Marruecos se inscribe en la estrategia nacional de reforma del sector. Esta reforma se basa en la descentralización de la gestión de los servicios públicos de salud en el contexto de la regionalización. Los objetivos fijados son: el refuerzo institucional del Ministerio de Salud para la coordinación y seguimiento de la reforma, en particular para la creación de las direcciones regionales de Salud; la organización de la oferta de servicios en las regiones; el desarrollo de las capacidades de gestión financiera a nivel regional y a nivel de los hospitales; la puesta a punto de los equipos técnicos en algunos hospitales generales y centros de salud en la región Oriental donde la accesibilidad a los servicios de salud es particularmente difícil; la formación de cuadros superiores e intermedios de esta misma región. El obje-

tivo de la intervención es acercar los servicios de salud de calidad a la población y liberar recursos presupuestarios del sector hospitalario.

Durante 1996-1999, el sector social recibió un 15% de la ayuda, sin embargo el sector salud solamente fue receptor de un proyecto a cargo del MEDA de 20 millones de euros, y destinado a mejorar la gestión sanitaria con el fin de que la población de la región Oriental acceda a servicios de salud eficientes, accesibles y de calidad; también reasigna recursos presupuestarios que se destinaban al funcionamiento del sector hospitalario hacia la red de salud básica. El proyecto, al que el Gobierno marroquí contribuye con 2,7 millones de euros, se inicia en diciembre de 1998, y tiene una duración prevista de 5,5 años. El proyecto prevé actividades de refuerzo institucional, de formación del personal en administración y gestión de sistemas y servicios de salud a escala regional, de manera que se apoya el proceso de descentralización de la administración y gestión de los servicios de salud. También prevé la rehabilitación de 19 centros de salud básica y 5 hospitales de la región, junto a su equipamiento informático, biomédico y técnico.

Por lo que respecta al programa de reforma sanitaria con cargo a MEDA II, éste se basa en apoyar la preparación y las fases iniciales de aplicación de la cobertura universal del seguro de enfermedad en Marruecos

MEDA II 2000-2006

En 1999 se elaboró un primer documento estratégico nacional para el período 2000-2006. Este documento permitió establecer el primer programa indicativo nacional 2000-2002 (PIN), en colaboración con las autoridades marroquíes. Paralelamente se decidió con el Gobierno concentrar los fondos MEDA en un número limitado de materias prioritarias destacando los programas de reformas sectoriales. De entre los proyectos aprobados en 2000 y 2001, el más importante es el de reforma del sector del agua (120 millones de euros), el de ajuste del sector financiero (52 millones de euros) y el de la reforma del sector sanitario (50 millones de euros). Otras acciones incluyen la reforma de la justicia, el desarrollo rural en Khenifra, y la gestión de residuos sólidos en Essaouira.

Por lo que respecta al programa de reforma sanitaria con cargo a MEDA II, éste se basa en apoyar la preparación y las fases iniciales de aplicación de la cobertura universal del seguro de enfermedad en Marruecos. Esta reforma implica medidas destinadas a aumentar la complementariedad entre las fuentes de financiación públicas y privadas de la atención sanitaria y a mejorar el acceso y la calidad de la misma. También, requiere una importante redistribución de los gastos sanitarios en favor de las poblaciones desfavorecidas.

Una de las novedades del programa indicativo elaborado en 1999, fue acordar una ayuda de 4 millones de euros para contribuir a la financiación de un programa integrado de apoyo a las asociaciones marroquíes de desarrollo. Marruecos se convirtió así en el primer país mediterráneo en integrar una recomendación esencial de la Declaración de Barcelona relativa a la sociedad civil en su programa indicativo nacional de Cooperación con la UE. De una duración de 3 años este programa comporta dos componentes principales: un mecanismo de apoyo para el desarrollo institucional y organizativo de varias asociaciones distribuidas sobre todo el territorio marroquí, y una línea de financiación para proyectos de desarrollo integrados o que actúen en la pro-

La estrategia de la UE con Marruecos se centra pues en el eje crecimiento-desempleo-pobreza-migraciones. Así el plan indicativo 2002-2004, reparte en un 50% sus prioridades a los sectores económico y comercial, y al sector social, cultural y humano

moción de actividades productivas así como aquellos relativos a sectores como el agua, la salud, la educación en medio rural y la protección del medio ambiente.

En el año 2001, conforme a las orientaciones del nuevo reglamento MEDA y tras el relanzamiento del partenariado euromediterráneo tras la reunión de Marsella de noviembre de 2000, se elaboró una nueva versión del documento estratégico 2002-2006 y un nuevo programa indicativo nacional para 2002-2004. Esta revisión se ha llevado a cabo en estrecha colaboración con las autoridades marroquíes, los estados miembros y otros donantes, y se adoptó el 27 de diciembre de 2001 por la Comisión. La estrategia de la Comisión Europea, definida hasta 2006, concierne a las necesidades ligadas a la puesta en marcha del acuerdo de asociación, así como a las medidas que deberán priorizarse para favorecer el crecimiento y el empleo y la lucha contra la pobreza. El programa indicativo nacional 2002-2004, cuyo montante financiero es de 426 millones de euros, se basa en cinco materias prioritarias: apoyo institucional, en particular la reforma de la administración pública (81 millones de euros); facilitación del comercio (132 millones de euros), que incluye programas de apoyo a la reestructuración de las empresas privadas, liberalización del sector de transportes y aplicación del acuerdo de asociación; desarrollo de los recursos humanos (58 millones de euros), priorizando la formación profesional y la enseñanza superior mediante el programa comunitario Tempus; movimientos de población (115 millones de euros), que implica programas para mejorar el desarrollo socioeconómico de las regiones más pobres, canalizar la emigración legal y controlar mejor la clandestina; y finalmente, protección del medio ambiente (40 millones de euros).

La estrategia de la UE con Marruecos se centra pues en el eje crecimiento-desempleo-pobreza-migraciones. Así el plan indicativo 2002-2004, reparte en un 50% sus prioridades a los sectores económico y comercial, y al sector social, cultural y humano. Dentro de este último, los objetivos son el desarrollo de los recursos humanos, enfocado a los sectores productivos, y la emigración. En este sentido se apoyará un programa de soporte institucional a la circulación de personas para canalizar la emigración, un programa de apoyo institucional de lucha contra la inmigración ilegal y, finalmente, una estrategia de desarrollo de las provincias del norte, fuente de cerca del 40% de la emigración marroquí hacia la UE. Este subapartado es el único que contempla una inversión en la cobertura de necesidades sociales básicas, y solamente a partir de 2004, con un presupuesto de 70 millones de euros.

Las líneas presupuestarias específicas de población, salud reproductiva y VIH/Sida

En el año 2000 se creó la línea de financiación específica de población, salud reproductiva y VIH/Sida B7-6212, con una asignación de 230 millones de euros. Esta línea es la suma de las anteriores líneas B7-6211 sobre VIH/Sida (cuya asignación en 1999 fue de 16,5 millones de euros), y B7-6310 sobre políticas y programas de población (con una asignación de 8 millones en 1999). La unión de ambas líneas ha supuesto un recorte de 4,5 millones de euros en la ayuda al sector. Pese a ello, la Comisión Europea permanece como uno de los principales donantes

internacionales en materia de población, si sumamos las acciones financiadas a través de esta nueva línea, a las financiadas a través del programa MEDA, y de la cofinanciación a través de ONG (B7-6000) y de la cooperación descentralizada (B7-6002).

Las prioridades de la línea B7-6212 son: a) identificar enfoques efectivos para mejorar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva a través de la colaboración de los sectores público y privado; b) identificar medios efectivos y sostenibles para proporcionar atención materna a los pobres; c) identificar enfoques efectivos y sostenibles para mejorar la salud de los jóvenes, incluyendo la salud sexual; d) mejorar la comprensión de los derechos de las mujeres y el empoderamiento como requisito para permitir un bienestar sexual y reproductivo, particularmente a las mujeres pobres y jóvenes.

El programa VIH/Sida de la UE se inició en 1987 y desde entonces ha implementado intervenciones a nivel nacional, regional e internacional en al menos 90 países. Incluye medidas preventivas y de atención, apoyo multisectorial, estudios e iniciativas de comunicación. El Programa VIH/Sida ha desarrollado estrategias de apoyo que incluyen los campos de las ETS, intervenciones multisectoriales en VIH/Sida, educación en VIH/Sida y en habilidades de vida para gente joven en la escuela y fuera de ella, campañas de información en los medios de comunicación, y provisión de atención médica y sangre segura. Ha desarrollado cursos de formación sobre sangre segura, planificación e implementación de tests de laboratorio y gestión de ETS. También ha supervisado nuevos análisis de datos y modelos de proyección para abordar el impacto de la pandemia.

Los objetivos del programa son: a) reducir la transmisión del VIH/Sida y la extensión de otras enfermedades capaces de ser transmitidas sexualmente o perinatalmente; b) reforzar los servicios sociales y de salud de manera que puedan atender las crecientes demandas de extensión de la epidemia; c) ayudar a los gobiernos y comunidades a evaluar el impacto de la epidemia en los diferentes sectores económicos y grupos sociales, y definir e implementar estrategias; d) desarrollar conocimiento científico sobre la epidemia y el impacto de medidas con vistas a mejorar su calidad; e) prevenir la discriminación contra las personas infectadas con VIH/Sida, y su exclusión social y económica.

La UE apoya el programa nacional marroquí de planificación familiar en 11 provincias del norte, con el fin de mejorar el acceso, la calidad y la aceptabilidad de los servicios en materia de protección de la salud materna e infantil. La formación y el reciclaje del personal de las estructuras fijas y de los servicios móviles contribuye a mejorar la calidad de las prestaciones, y una estrategia de comunicación específicamente concebida para las poblaciones de la región hará las acciones de información y educación más pertinentes. Por lo que respecta a la accesibilidad de los servicios, la construcción de dos centros en Oujda y el Al-Hoceima refuerza la red de estructuras sanitarias fijas, y la adquisición de vehículos 4x4 para los equipos médicos y de motocicletas para la enfermería itinerante permite ampliar los servicios móviles que atienden a las poblaciones alejadas de los centros urbanos. Un primer balance realizado en la provincia de Taounate es extrema-

La UE apoya el programa nacional marroquí de planificación familiar en 11 provincias del norte, con el fin de mejorar el acceso, la calidad y la aceptabilidad de los servicios en materia de protección de la salud materna e infantil

La asistencia de USAID se concentra actualmente en los sectores relativos a la población y a la salud, al medio ambiente y la gestión de los recursos hídricos, a la promoción del crecimiento económico y al desarrollo del sector privado, y a la educación básica de niñas en las zonas rurales

damente alentador. En efecto, los 80 puntos dispersos de la provincia donde se dispensan los diferentes servicios sanitarios (prenatal, postnatal, planificación familiar, vacunación, consejos en nutrición, cuidados curativos, educación sanitaria) podrían potencialmente asegurar la cobertura del 52% de la población rural de la provincia. Antes de la llegada de los medios de movilidad suministrados por el proyecto, esta población sólo estaba cubierta en un 3% por un único equipo móvil. Actualmente los equipos móviles cubren el 15%, lo que corresponde a 98.000 personas, y la enfermería itinerante en motocicleta cubre el 37%, unas 243.000 personas.

La UE apoyó también la lucha contra las ETS/Sida en el seno de las Fuerzas Armadas Reales (FAR), entre 1996-2001, con una contribución de 822.000 dólares. Otra de las acciones destacadas de la UE es el apoyo a la introducción del abordaje sindrómico a escala nacional de ETS/Sida (1997-2002, con una contribución de 1.435 dólares).

Otros donantes multilaterales

Por lo que respecta a otros donantes multilaterales financieros, el *Banco Africano de Desarrollo* estudia la posibilidad de actuar en el sector salud, transportes y mercados de capitales; hasta el momento se ha centrado en educación, redes de transportes y electricidad, así como agua y saneamiento. El *Banco Islámico de Desarrollo* financia apenas un millón de euros anual, el 40% de cuyo presupuesto se destina al desarrollo social; el resto se destina a la gestión de la economía, recursos humanos y agricultura.

La cooperación bilateral

Estados Unidos

La asistencia de USAID se concentra actualmente en los sectores relativos a la población y a la salud, al medio ambiente y la gestión de los recursos hídricos, a la promoción del crecimiento económico y al desarrollo del sector privado, y a la educación básica de niñas en las zonas rurales. El paquete total de los proyectos que cubren actualmente estos cuatro sectores es de unos 160 millones de dólares: la salud representa el 32,5%, el medio ambiente y la gestión de recursos hídricos el 32,2%, la educación el 16,3%, y el apoyo al crecimiento económico el 18,9%. El programa de cooperación de USAID en Marruecos destinó en 2002 10.313 millones de dólares, y prevé destinar en 2003 6.713 millones.

Los objetivos de la cooperación americana se centran en una región económica clave de Marruecos, Souss-Massa-Draa, para maximizar su impacto. Esta región fue elegida porque combina una actividad comercial exitosa con necesidades sociales y medio ambientales apremiantes. Por un lado, la región tiene una creciente industria turística y produce y exporta más de la mitad de las frutas y verduras de Marruecos. Por otro, el desarrollo de Souss-Massa-Draa está constreñido por elevadas tasas de analfabetismo, emigración a las ciudades del norte, y un rápido descenso de los recursos hídricos por la irrigación intensiva.

Los dos objetivos estratégicos de USAID se refieren a dos temas de recursos fundamentales para la economía de Marruecos: a) incrementar las oportunidades para la inversión exterior e interior, y b) mejorar la gestión de los recursos hídricos. Dos objetivos especiales se centran en temas clave a largo plazo de salud y educación: a) promover una población sostenible, y programas de salud y nutrición, y b) incrementar la educación básica de niñas en áreas rurales. USAID da una importancia particular al género y al partenariado público-privado, para maximizar las sinergias. El Plan Estratégico de USAID para Marruecos 1999-2005, elaborado en base a la experiencia previa, se centra en cinco programas: 1-Crecimiento Económico y Desarrollo de la Empresa Privada; 2-Medio Ambiente y gestión de Recursos Naturales; 3-Población y Salud; 4-Educación Básica para Niñas; 5-Democracia y Gobernanza

USAID fue el primer colaborador del Gobierno marroquí desde el inicio de su programa de planificación familiar en los años sesenta, y durante tres décadas ha sido el primer donante en planificación familiar. En 1999-2000, sin embargo, hubo significativas reducciones en los campos de salud y educación. En estos momentos el Ministerio de Salud se prepara para la fase de retirada de la asistencia de USAID en el 2004. Se han institucionalizado elementos clave de su programa nacional de planificación familiar y salud materna e infantil: sistemas de gestión de datos, sistema de logística de contraceptivos, y capacitación para profesionales de salud antes y durante su ejercicio. Así, el Gobierno marroquí se ve obligado a adoptar ciertos sectores como prioridades nacionales con el fin de mantener la sostenibilidad de la asistencia creada, en especial en planificación familiar y en urgencias obstétricas. Así, con la ayuda de otros donantes internacionales, construirá sobre la base del enfoque pionero de USAID réplicas en otras regiones de Marruecos. El éxito de las actividades piloto y el entusiasmo que han generado reside en un doble enfoque que combina educación pública y *advocacy* con la mejora de las infraestructuras para emergencias obstétricas.

USAID y el Ministerio de Salud trabajan conjuntamente en la última fase del Proyecto Fase V de Planificación Familiar y Salud Materna e Infantil (PF/SMI). Este proyecto ya ha tenido resultados sustanciales incluyendo un descenso de la fecundidad y de la mortalidad infantil y un aumento de la prevalencia contraceptiva, de los partos asistidos, de la cobertura de vacunaciones, y del uso de sales de rehidratación oral. Dado que el sistema público de salud de Marruecos ha hecho grandes progresos en la salud y sectores relacionados, la atención del proyecto Fase V es incrementar el uso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de planificación familiar y salud materna e infantil. El presupuesto de este proyecto de 5 años (Fase V) es de 38 millones de dólares.

Previo a la retirada de la ayuda al sector salud en 2004, el programa de población y salud en Marruecos se encuentra en una fase de transición, tras la reciente aprobación del nuevo Plan Estratégico 1999-2005 que incluye el cierre de la Fase V en 2001, y el inicio en 1999 del proyecto previsto para asegurar la sostenibilidad de lo conseguido, el llamado programa Progress.

USAID fue el primer colaborador del Gobierno marroquí desde el inicio de su programa de planificación familiar en los años sesenta, y durante tres décadas ha sido el primer donante en planificación familiar. En 1999-2000, sin embargo, hubo significativas reducciones en los campos de salud y educación

En el marco del V programa de USAID debemos destacar el proyecto piloto de cuidados obstétricos de urgencia 1995-1999 desarrollado en las regiones de Fez-Boulemane y Taza-Al-Hoceima-Taounate, iniciado en el momento en que Marruecos comenzaba una nueva política de apoyo a las maternidades hospitalarias

1993-2001: el Programa de descenso de la fecundidad y mejor salud para mujeres en edad reproductiva y menores de 5 años (Fase V)

El objetivo de este programa es incrementar el uso de servicios de planificación familiar y salud materna e infantil de calidad, e incrementar la sostenibilidad del programa nacional de Marruecos. Ello se realiza a través de formación, técnicas de gestión de calidad, la introducción de sistemas de información de gestión, y suministro mejorado de contraceptivos y otros productos. La investigación de operaciones en áreas piloto está introduciendo la atención obstétrica de emergencia, gestión de casos integrados de niños enfermos y otros nuevos enfoques para prestación de servicios. Este programa de PF/SMI tiene cuatro componentes: a) promover un mayor acceso a servicios de PF/SMI de calidad y orientados al cliente; b) mejorar el entorno político; c) reforzar la capacidad del Ministerio de Salud para descentralizar la gestión de los programas de PF/SMI para dar mejor respuesta a los clientes; d) facilitar la diversificación de recursos base para la prestación de servicios.

Para este programa, John Snow International es el contratado institucional y la University Research Corporation y Johns Hopkins University son subcontratados. Otras agencias que cooperan son: International Sciences and Technology Institute (ISTI), The Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO), Management Sciences for Health (MSH), Partnerships for Health Reform (PHR), The Futures Group and The Partnership for Child Health Care.

En el marco del V programa de USAID debemos destacar el proyecto piloto de cuidados obstétricos de urgencia 1995-1999 desarrollado en las regiones de Fez-Boulemane y Taza-Al-Hoceima-Taounate, iniciado en el momento en que Marruecos comenzaba una nueva política de apoyo a las maternidades hospitalarias y que, tras el apoyo de USAID, suscitó el interés de numerosos financiadores en esta materia (FNUAP, UE, Banco Mundial, las cooperaciones francesa, belga y japonesa). La agencia de ejecución fue John Snow, Inc. (JSI), compañía de salud pública americana. La importancia de este proyecto reside en su enfoque innovador, pues introduce en Marruecos el sistema de los tres retrasos, y en que ha servido de ejemplo para reformular las intervenciones en Maternidad Sin Riesgos en el país. Es importante saber que el nuevo análisis de los determinantes de la mortalidad materna, surgido de este modelo de los tres retrasos, lleva a una revisión radical de las prioridades de acción de la Iniciativa para Maternidad Sin Riesgo lanzado a nivel internacional diez años antes (Nairobi 1987). Esta nueva orientación es un retorno de prioridad sobre la puesta a punto de los servicios de cuidados obstétricos de urgencia. Se observa, con la experiencia, que las complicaciones obstétricas más amenazantes para la vida no son ni previsibles, ni evitables, pero pueden ser tratadas con éxito. La nueva estrategia propone prioridades de acción en función de los tres retrasos que llevan a la muerte materna.

Los tres retrasos del modelo son los siguientes: un primer retraso en decidir a recurrir a los cuidados obstétricos de urgencia; un segundo retraso para llegar al servicio de cuidados obstétricos de urgencia; y un

tercer retraso, tras la llegada al servicio de salud, para recibir una atención efectiva. La transferencia entre el servicio obstétrico de urgencia básica (SOUB) al servicio obstétrico de urgencia completo (SOUC) forma parte de este tercer retraso.

El plan y la organización del proyecto ha previsto tres objetivos: a) ampliar la disponibilidad de servicios obstétricos de urgencia (mínimo un SOUC para 500.000 habitantes y un SOUB para 125.000 habitantes; b) aumentar la utilización de los servicios obstétricos de urgencia para alcanzar la atención del 70% de las complicaciones obstétricas esperadas en 1999; c) mejorar la calidad de los cuidados obstétricos de urgencia. El proyecto proponía un paquete técnico a establecer a dos niveles del servicio de salud. A nivel de las maternidades rurales y centros de salud ambulatorios: los servicios obstétricos de urgencia de base comprenden la administración de oxitócicos (inyectables), de antibióticos (inyectables) y de anticonvulsivos (inyectables); la revisión uterina; el parto artificial; la aplicación de la ventosa; y la referencia y transporte hacia un centro de referencia. A nivel de las maternidades hospitalarias los cuidados obstétricos de urgencia completos comprenden las mismas actividades y además cesáreas y transfusión sanguínea.

La prioridad del proyecto piloto estaba claramente enfocada en el aspecto de los servicios de salud –para la reducción del segundo y tercer retraso– antes que atacar las barreras de accesibilidad, a la falta de información o de confianza en la calidad de los servicios. Las acciones de movilización comunitaria o de IEC regional (relacionadas con la reducción del primer retraso) han sido claramente previstas más allá de la fase de puesta en marcha del proyecto.

El coste global del proyecto ha sido de 2.125.000 dólares, excluyendo los costes de la asistencia técnica. La región tiene una población aproximada de 3 millones de habitantes, el coste es de 0,71 dólares por habitante en 3 años. Este coste se reparte de la siguiente manera:

Material y equipamiento	1.500.000 \$ (71%)
Formación	300.000 \$ (14%)
Infraestructuras	225.000 \$ (11%)
IEC Regional	75.000 \$ (3%)
Monitoreo	25.000 \$ (1%)

La coordinación del proyecto ha evolucionado en dos tiempos: una primera fase técnica y centralizada y una segunda fase más descentralizada y gestiona. En la segunda fase, las iniciativas del equipo regional han sido mejor recibidas y apoyadas por el nivel central. La coordinación regional del proyecto piloto de cuidados obstétricos de urgencia ha permanecido, sin embargo, “funcional”, hasta el fin del proyecto, es decir que la creación de los comités regionales con atribuciones claras –propuesta por las consultoras internacionales desde el inicio del proyecto– jamás se ha puesto en marcha.

Globalmente, el proyecto ha mostrado su eficacia por el aumento de la disponibilidad de servicios SOUC y SOUB, y por el aumento de las necesidades satisfechas. Los resultados del proyecto son los siguientes:

Los tres retrasos del modelo son los siguientes: un primer retraso en decidir a recurrir a los cuidados obstétricos de urgencia; un segundo retraso para llegar al servicio de cuidados obstétricos de urgencia; y un tercer retraso, tras la llegada al servicio de salud, para recibir una atención efectiva

La estrategia del proyecto se basa en una idea simple y clara: la mayoría de muertes maternas pueden evitarse mediante una atención rápida y adaptada de las complicaciones obstétricas. Este enfoque aborda directamente el estrangulamiento de la lucha contra la mortalidad materna

Tabla 42. Resultados del Proyecto Piloto de Cuidados Obstétricos de USAID

Indicador	Antes	Después
Disponibilidad de SOUC	1 por 1.062.217 hab. (1995)	1 por 531.109 hab (1999)
Disponibilidad de SOUB	1 por 102.222 hab. (1995)	1 por 57.939 hab (1999)
Necesidades satisfechas en SOU (atención de las complicaciones en los SOUC+SOUB)	26% (1996)	72% (1999)
Necesidades satisfechas en materia de cesáreas	22% (1996)	38% (1999)

Los puntos fuertes del proyecto se centran sobre todo en el carácter innovador del modelo de los tres retrasos. La estrategia del proyecto –basada en el modelo de los tres retrasos– se basa en una idea simple y clara: la mayoría de muertes maternas pueden evitarse mediante una atención rápida y adaptada de las complicaciones obstétricas. Este enfoque aborda directamente el estrangulamiento de la lucha contra la mortalidad materna, es decir, la insuficiencia de la disponibilidad y el uso de los servicios obstétricos. Las realizaciones remarcables del proyecto son numerosas: a) la formación continua descentralizada en servicios obstétricos de urgencia de base (SOUB); b) la reestructuración del sistema de información de rutina para incluir los indicadores de cuidados obstétricos, ahora adoptado a escala nacional; c) el desarrollo de un enfoque para asegurar la calidad de los servicios obstétricos, incluida la definición de normas y estándares en cuidados obstétricos y neonatales de urgencia, y la puesta en marcha de un protocolo de auditorías de muertes maternas; d) el refuerzo del proceso de regionalización.

La evaluación del proyecto piloto también ha servido para analizar los aspectos menos exitosos. Se han analizado muchas limitaciones: a) la expansión no planificada de las formaciones SOUB y el problema del mantenimiento de competencias que crea; b) la falta de estabilidad de los ginecólogos en su puesto de servicio público y la falta consecuente de permanencia efectiva de las competencias en ginecología; c) la falta de motivación y el comportamiento real del personal de salud, atendido demasiado tardíamente durante el proyecto; d) la cobertura parcial de los retrasos en la atención a las complicaciones obstétricas, y más particularmente los problemas de transporte del domicilio al servicio de salud o entre una estructura de base a una estructura de referencia, y la falta de estrategias específicas para la atención de las complicaciones post-parto; e) los indicadores del proyecto están demasiado focalizados en las inversiones y los resultados cuantificables de las actividades y no suficientemente sobre la calidad efectiva de los cuidados.

El proyecto piloto ha conseguido mejorar la atención de las complicaciones obstétricas y así, aunque no existen cifras exactas disponibles, ha contribuido ciertamente a disminuir el problema de la mortalidad materna en las dos regiones. Habrá que asegurar su sostenibilidad a nivel local y su reproductibilidad a escala nacional. Los desafíos más importantes son la consolidación, el mantenimiento y la extensión de la cobertura de servicios obstétricos de urgencia en el marco de la descentralización de servicios de salud.

Las recomendaciones en cuanto a la sostenibilidad del proyecto conciernen a tres grandes ejes: a) la programación y la presupuestación de las actividades tras el fin del proyecto; b) los mecanismos de formación continua del personal periférico mediante el reciclaje y/o las rotaciones a nivel regional/provincial; c) el sistema de gestión de servicios obstétricos basado en normas y estándares. La reproductibilidad del enfoque de los servicios obstétricos de urgencia es actualmente una cuestión de gran interés tanto a nivel central como regional. Es esencial que todas las personas implicadas en la replicación comprendan ante todo que el enfoque utilizado en este modelo difiere, en muchas cuestiones, de las tentativas precedentes de controlar la mortalidad materna. Un importante aspecto de la reproductibilidad será apoyar y mantener los aspectos descentralizados de la puesta en marcha del proyecto. Se necesita una documentación y un dossier esmerado para conseguir la reproductibilidad. Otra condición de éxito es una buena coordinación técnica a nivel central para evitar la duplicación de esfuerzos y para asegurar la homogeneidad técnica.

En materia de IEC, las actividades de información, educación y comunicación se dirigen a tres grupos: decisores políticos, prestatarios de atención sanitaria y mujeres embarazadas y sus familias. La campaña de USAID ayudó a decisores políticos a confrontar la magnitud de la mortalidad materna en Marruecos. Una presentación de video destinada a esta influyente audiencia ayudó a movilizar recursos para el tratamiento de las complicaciones obstétricas. Los materiales desarrollados para profesionales de salud les alentó a usar habilidades salvavidas y hacer derivaciones a tiempo ante complicaciones obstétricas. Se realizaron también talleres a nivel nacional y regional. Otros materiales utilizaron la fórmula del drama y de contadores de historias para ayudar a mujeres y sus familias a conocer cuándo era necesaria atención de emergencia. Se desarrollaron dos vídeos con este propósito. Una historia, primero desarrollada como obra de teatro recorrió locales urbanos y rurales, fue grabada posteriormente para ser más difundida, incluyendo los autocares de línea de larga distancia de la Compañía de Transportes Marroquí.

El apoyo de USAID a Marruecos a través de JSI también incluye la institucionalización de la inclusión de los elementos de la calidad de la atención en el programa de planificación familiar del Ministerio de Salud. A través de la estrategia de mejora de la calidad de la atención se da una importancia particular al punto de vista del cliente, a la mejora del *counseling* y a la formulación y a la utilización de las normas clínicas. Los elementos se han ampliado para integrar otras actividades conexas de salud reproductiva, en especial la atención materna. Además, se han llevado a cabo intervenciones especiales para promover el concepto de mejora continua de la calidad.

Una evaluación de la calidad de servicios de planificación familiar en provincias elegidas ha marcado el inicio de un esfuerzo sostenido de mejora de la calidad de la atención en Marruecos. Iniciado en 1992 bajo el proyecto SEATS (Family Planning Service Expansion and Technical Support Project) de JSI y continuado en 1994 bajo el proyecto bilateral de USAID, el Ministerio marroquí de Salud ha puesto el acento sobre el punto de vista del cliente, sobre el uso de datos a todos los niveles y sobre el enfoque de equipo como componente esencial de la mejora de la calidad. En

En materia de IEC, las actividades de información, educación y comunicación se dirigen a tres grupos: decisores políticos, prestatarios de atención sanitaria y mujeres embarazadas y sus familias. La campaña de USAID ayudó a decisores políticos a confrontar la magnitud de la mortalidad materna en Marruecos

La última fase de la asistencia al sector salud promueve la sostenibilidad de la población nacional, la salud y la nutrición. USAID mantendrá un programa limitado en el sector salud hasta 2004

Marruecos, estos últimos años, se han desarrollado varias iniciativas de mejora de la calidad, el enfoque de equipo en la resolución de problemas ha resultado particularmente útil, de replicación fácil y flexible.

Adaptado al enfoque de equipo de resolución de problemas de distrito de la OMS, el enfoque de equipo de resolución de problemas de Marruecos se aplica por primera vez en 1993 en cinco provincias. Los equipos provinciales han recibido una formación sobre los principales elementos de este enfoque: la utilización de datos para el análisis de las condiciones y obstáculos de prestación de salud en el aspecto local, la interacción en el seno del equipo para establecer las prioridades y enunciar las soluciones a los diversos problemas descubiertos, la aplicación de la solución de equipo, el seguimiento de los indicadores para medir los progresos en la resolución del problema, como la evaluación y la presentación de los resultados a los altos responsables del Ministerio. Esta primera vuelta de resolución de problemas ha dado resultados suficientemente positivos para conducir a la réplica del enfoque en 21 lugares adicionales durante los dos años siguientes. Barato en términos de costes externos, las repeticiones posteriores del enfoque han sido financiadas por fuentes externas a SEATS, en especial, las aplicaciones más recientes que han sido apoyadas enteramente por los recursos del Ministerio de Salud. Además de las ventajas específicas realizadas sobre los aspectos particulares de la prestación y de la gestión de servicios, el enfoque de equipo de resolución de problemas ha supuesto experiencias concretas y poderosas para la implicación del personal. Como resultado, además, se consigue una mayor aceptación y continuación de la contracepción.

1999-2004: progreso hacia sostenibilidad en programas de población, salud y nutrición (PROGRESS).

La última fase de la asistencia al sector salud promueve la sostenibilidad de la población nacional, la salud y la nutrición. USAID mantendrá un programa limitado en el sector salud hasta 2004. Dos elementos principales reforzarán el acceso de las mujeres marroquíes, niños y familias a la atención a la salud reproductiva e infantil de calidad, independientemente de los recursos de USAID después de 2004. Sus componentes son: a) sistemas piloto efectivos de gestión descentralizada de servicios de atención primaria en dos regiones administrativas, y b) mayor acceso de ciudadanos a servicios de PF/SMI del sector privado a nivel nacional.

Las actividades apoyan la mejora de gestión de programas a nivel local y un mayor rol para el sector privado en salud reproductiva e infantil. Proporcionando herramientas para trabajar en temas relevantes en el sector salud, USAID Marruecos atiende las necesidades en áreas rurales y proporciona alternativas para servicios gratuitos públicos de salud reproductiva e infantil. Además, USAID continúa proporcionando asistencia técnica al Ministerio de Salud para algunos sistemas previamente desarrollados con apoyo de USAID. El nuevo programa está siendo implementado bajo el mecanismo de Contrato de Asistencia Técnica y Apoyo y a través de proyectos de USAID/Washington Global Bureau, que incluye pero no se limita a estrategias operativas y tecnologías en micronutrientes, y estrategias de marketing comercial.

USAID fue solicitada para ayudar a mejorar la calidad y respuesta de los servicios de salud a través de enfoques localizados. Centrándose en dos regiones, Tánger-Tetuán y Souss-Massa-Draa, a la vez que manteniendo un diálogo de política nacional, esta actividad encabeza los esfuerzos del Ministerio por descentralizar la gestión sanitaria, especialmente en salud materna e infantil. Un año después del inicio del programa, con apoyo de USAID, los equipos de salud regionales han hecho fuertes progresos analizando los problemas regionales, creando y ejecutando ambiciosos planes de trabajo, y desarrollando colaboraciones con funcionarios locales y ONG para conseguir sus objetivos en salud materna e infantil. La asistencia de USAID ha resultado en una mayor capacidad de planificar e implementar programas. El programa apoya la gestión local efectiva de los servicios públicos de salud, en colaboración con ONG y funcionarios locales, en la prestación de servicios de calidad de salud materna e infantil. Con sólo un año del programa, pese a la fuerte historia centralista, el Ministerio de Salud no sólo ha aceptado el enfoque descentralizado de la asistencia, sino que también ha creado modelos similares de partenariado con otros donantes (entre ellos FNUAP, GTZ y JICA), para apoyar la descentralización de los servicios de salud a través de programas regionales específicos.

En el marco de Progress, en 2002 se inauguró la renovación de la maternidad del Hospital Mohammed V de Tánger, de su bloque operatorio y la recepción del equipo médico para promover los cuidados obstétricos en Tánger y su región. El coste global se eleva a 12 millones de dólares. Una parte de este presupuesto, 1,4 millones de dólares se dedica a la renovación de las estructuras de parto en las regiones mencionadas. Sólo el Hospital Mohammed V se ha beneficiado de 256.000 dólares para la renovación y reequipamiento de su maternidad y la organización de estancias de formación de su personal médico y paramédico. El Hospital Mohammed V sirve como hospital de referencia para las urgencias de Tánger y su región, y su maternidad ve nacer 7.000 niños cada año.

La implicación del sector privado como estrategia de sostenibilidad

Uno de los elementos del programa de salud es incrementar los productos y servicios de salud reproductiva e infantil en el sector privado. No sólo se necesitan productos de calidad, sino también accesibles y servicios de salud de alta calidad, si el sector privado va a convertirse en una fuente importante de atención en planificación familiar y salud infantil. En Marruecos la excesiva regulación y las actitudes profesionales impiden la atención primaria de salud en el sector privado. Cambiar el entorno requiere cambios políticos mayores y un reconocimiento por parte de los médicos privados de que es en interés suyo ampliar su base de clientes a través de nuevos modos de prestación de servicios de salud. USAID está desarrollando en lugares específicos soluciones innovadoras en colaboración con médicos privados, como modelos a ampliar a nivel nacional, más abiertos a nuevas estrategias de atención sanitaria.

En Marruecos la disponibilidad de elección de métodos de largo plazo para mujeres está siendo incrementado a través de la introducción de estos servicios en el sector privado. A través del Proyecto Fase V, los médicos privados fueron formados en la inserción del DIU. Ya en 1993, con ayuda de

USAID fue solicitada para ayudar a mejorar la calidad y respuesta de los servicios de salud a través de enfoques localizados. Centrándose en dos regiones, Tánger-Tetuán y Souss-Massa-Draa, a la vez que manteniendo un diálogo de política nacional, esta actividad encabeza los esfuerzos del Ministerio por descentralizar la gestión sanitaria, especialmente en salud materna e infantil

En estos momentos USAID está apoyando la promoción bajo el mismo logo de métodos de largo plazo, como inyectables y DIU. Sin embargo, los primeros resultados de la estrategia no parecen ser muy positivos. Pese a los esfuerzos, la cuota de mercado del sector privado en servicios de salud reproductiva no se incrementó en 2001

USAID se lanzó la campaña de marketing social Al Hilal, para incrementar el papel del sector privado en la provisión de contraceptivos, que resultó todo un éxito. En Marruecos la píldora contraceptiva es el método más popular y fue el primer producto a ser comercializado bajo el logo Al Hilal. USAID negoció acuerdos con distribuidores de manera que pudieron mantener sus precios bajos a cambio de apoyo en marketing en varios países. En Marruecos, esto incluía el primer anuncio televisivo de contraceptivos, de radio, posters y folletos para promocionar la marca Al Hilal. En cuatro años, el volumen de ventas fue tan grande que el producto era comercialmente competitivo. Ahora los contraceptivos Al Hilal son comercializados sin ninguna financiación de donantes.

En estos momentos USAID está apoyando la promoción bajo el mismo logo de métodos de largo plazo, como inyectables y DIU. Sin embargo, los primeros resultados de la estrategia no parecen ser muy positivos. Pese a los esfuerzos, la cuota de mercado del sector privado en servicios de salud reproductiva no se incrementó en 2001. Las regulaciones excesivas y las actitudes profesionales impiden la atención primaria de salud por el sector privado en Marruecos. Los esfuerzos políticos han empezado a atraer mayor atención y apoyo. En 2002 la atención se incrementará a nivel de prestatario y actividades promocionales en varias provincias con amplias zonas periurbanas. El objetivo es incrementar la aceptación, las habilidades y la implicación activa de doctores locales privados en prescribir estos métodos e incrementar la demanda de los clientes para estos servicios. Se explorarán nuevas herramientas y enfoques para asistir a la reforma del sector privado en estas provincias, a informar y reforzar el diálogo político a nivel nacional.

Japón

La cooperación japonesa con Marruecos, importante en su monto financiero total, se destina principalmente a intercambios de cooperación técnica en valorización de recursos humanos, formación en tecnologías de pesca, estudios marítimos y formación en pesca marítima. Japón ha jugado un papel crucial en el desarrollo de la industria pesquera marroquí, en especial en la creación del Instituto de Tecnología de Pesca Marina de Agadir. Este instituto es la primera institución de formación en pesca del país y se ha convertido en una de las más competitivas y solicitadas instituciones educativas del país, hasta el punto de jugar un papel importante en la cooperación Sur-Sur, aceptando estudiantes de otros países como Sengal, Mauritania, Túnez, y otros países del África francófona. Japón también coopera en materia de higiene sanitaria de salud infantil, y programas de sensibilización y formación para mujeres y chicas jóvenes, así como animación educativa en la Medina de Salé. También en apicultura, agua, electrificación, pozos, atención sanitaria primaria en medio rural, escuela primaria, agua potable. En salud, Japón también ha apoyado la atención itinerante en la zona de Figuig, la salud escolar, cirugía cardiovascular vídeo asistida, adquisición de ambulancias. La agencia japonesa ha desarrollado un proyecto de suministro de materiales para la salud materna e infantil en el programa marco del FNUAP, entre 1997-1999 por valor de 462.000 dólares. Estos materiales se han suministrado a los hospitales regionales en el marco del programa de cooperación FNUAP-JICA.

Francia

Francia, uno de los principales donantes de Marruecos, centra su actividad en la modernización del sector público (ordenación del territorio, descentralización, apoyo institucional al sector de la justicia), desarrollo del sector privado, desarrollo social (educación básica, técnica y universitaria, salud, cooperación cultural). Las acciones de la Agencia Francesa de Desarrollo se centran en las infraestructuras básicas (agua y saneamiento), desarrollo rural (carreteras) y formación profesional. En el aspecto global, Francia prioriza la consolidación del Estado de Derecho y la democracia, así como la estabilidad financiera, y finalmente la cobertura de las necesidades sociales básicas en materia de educación y salud. En este sentido, las prioridades de la cooperación técnica y de la ayuda al desarrollo de Francia son: a) contribuir a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, especialmente en materia de educación, de salud y para la promoción de la igualdad hombre-mujer; b) ayudar al desarrollo económico y la protección del medio ambiente, apoyando el desarrollo sostenible y la lucha contra la pobreza, las políticas agrícolas y la seguridad alimentaria, los transportes y los servicios colectivos; c) favorecer el desarrollo social y la educación, apoyando los sectores de la salud, la educación, la formación profesional y técnica; d) garantizar el Estado de Derecho y las libertades públicas; e) movilizar los medios de la investigación y la sociedad civil alrededor de una reflexión colectiva sobre los grandes conceptos del desarrollo, y especialmente los bienes públicos mundiales y el buen gobierno.

Francia recoge en sus estrategias de cooperación que el desarrollo sostenible pasa por el acceso de la mayoría de la población a los servicios básicos, entre ellos la salud. En materia de salud, Francia defiende un enfoque global e integrado de la organización de la atención sanitaria, tendente a reforzar y estructurar los sistemas de salud con una perspectiva de sostenibilidad. Las prioridades en el campo de la salud se centran en la lucha contra el Sida y otras enfermedades transmisibles, en el refuerzo de los sistemas sanitarios, y de los recursos humanos, en la política hospitalaria y en las acciones a favor del medicamento. Cerca del 25% de la ayuda bilateral en materia de salud se ha concentrado en el Sida y otras enfermedades transmisibles (paludismo y tuberculosis). Existe un especial interés en facilitar el acceso a las personas con VIH a la triterapia.

Uno de los instrumentos utilizados por la cooperación francesa es el Fondo de Solidaridad Prioritaria (FSP), destinado a apoyar programas o proyectos plurianuales en la llamada zona de solidaridad prioritaria, que agrupa a 61 países, entre los que se encuentra Marruecos. Francia aún no ha elaborado un documento estratégico de país para Marruecos, si bien tienen previsto hacerlo en breve. Con Marruecos, la salud no es eje de intervención prioritario para Francia. En concreto el apoyo francés se centra en la reforma del sistema educativo, en la nueva política de ordenación del territorio, en la valorización de la investigación y la puesta a nivel de la pequeña y mediana empresa.

En los últimos años, y a través del Fondo de Solidaridad Prioritaria, Marruecos se ha beneficiado de dos proyectos, uno de fomento de la lectura pública y otro de apoyo institucional a una política renovada de ordenación del territorio. En materia de apoyo a la sociedad civil, el programa concertado tiene por finalidad la lucha contra la pobreza y las

La agencia japonesa ha desarrollado un proyecto de suministro de materiales para la salud materna e infantil en el programa marco del FNUAP, entre 1997-1999 por valor de 462.000 dólares. Estos materiales se han suministrado a los hospitales regionales en el marco del programa de cooperación FNUAP-JICA

El apoyo de Francia al sector de población y salud reproductiva en Marruecos es muy limitado, pese a ser uno de los principales donantes a nivel general. Una de las escasas acciones en materia de salud materna fue la formación del personal de maternidades hospitalarias sobre el enfoque de equipo para la solución de problemas de salud

desigualdades mediante la movilización y el refuerzo de la sociedad civil marroquí. Se organiza alrededor de tres ejes: desarrollo local rural y urbano, economía solidaria, y refuerzo institucional. Por lo que respecta al programa francés de lucha contra el VIH/Sida, éste prioriza la puesta a disposición de antirretrovirales, en particular en el marco del Fondo de Solidaridad Terapéutica Nacional (FSTI), iniciativa lanzada por Francia en Abidján en 1997, con la finalidad de ayudar a los países que lo desean a organizar el acceso a los tratamientos. El FSTI ha permitido el lanzamiento de cinco proyectos pilotos, en Côte d'Ivoire, Senegal, Marruecos, Sudáfrica y Benín.

El apoyo de Francia al sector de población y salud reproductiva en Marruecos es muy limitado, pese a ser uno de los principales donantes a nivel general. Una de las escasas acciones en materia de salud materna, apoyada por la embajada francesa en 1995-1996, fue la formación del personal de maternidades hospitalarias (Casablanca, Meknes, Kenitra, Salé, Nador, Oujda, Khenifra y CHU Ibn Rochd) sobre el enfoque de equipo para la solución de problemas de salud.

Alemania

La cooperación alemana tiene entre sus objetivos prioritarios la salud sexual y reproductiva, y la lucha contra el VIH/Sida. Las áreas clave para la cooperación alemana son la información y comunicación, la realización de los derechos sexuales y reproductivos, con especial énfasis en la erradicación de la mutilación genital femenina, la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados, la atención al embarazo y al parto, y la prevención y tratamiento de ETS. El BMZ, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, pone especial hincapié en enfoques innovadores sobre la salud reproductiva, en especial para jóvenes y refugiados, aunque las prioridades geográficas para este sector se centran en el África subsahariana. La cooperación al desarrollo entre Alemania y Marruecos se inició en los sesenta, y principalmente estaba centrada en promover la agricultura y la investigación agrícola. Actualmente Alemania centra su ayuda en los sectores de agua potable y saneamiento, protección del medio ambiente y de los recursos naturales, así como agricultura y desarrollo rural. Las áreas prioritarias de la cooperación alemana se centran en el campo de la promoción económica y del empleo, en la gestión de problemas ambientales, y en el desarrollo rural, particularmente en la gestión sostenible de recursos naturales en la región de Souss-Massa-Drâa. En materia de salud se centra en la planificación familiar. Entre 1995 y 1998 ha apoyado la mejora del acceso a los servicios de salud básica (planificación familiar, asistencia madre-hijo) en la región de Essaouira.

Canadá

El programa de cooperación de Canadá con Marruecos se remonta a 1963, gestionado principalmente por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI). Las prioridades de la cooperación canadiense se centran en contribuir al refuerzo de las instituciones capaces de formar a la población según los imperativos del mercado de trabajo, y a dinamizar y apoyar el desarrollo del sector privado. En materia de población y salud reproductiva, Canadá no es un donante principal respecto a Marruecos, si bien contribuye financieramente, a través de la

ayuda multilateral, a las actividades que en Marruecos realizan el Banco Mundial, el Banco Africano de Desarrollo, el FNUAP o el Programa Especial de Desarrollo de la Francofonía.

Italia

Italia concentra su acción en el norte y el centro del país en sectores como la creación de empleo a través del desarrollo rural, el microcrédito y el apoyo a la pequeña y mediana empresa; también actúa en infraestructuras sociales como redes de carreteras, hidráulicas y eléctricas; formación; ampliación de los servicios primarios, especialmente la salud y la educación básica. Italia ha beneficiado a ocho programas nacionales de desarrollo social a través del mecanismo de conversión de la deuda externa, un método innovador que prevé la conversión en inversiones públicas para realizar proyectos de desarrollo inscritos en el presupuesto del Estado marroquí.

El primer acuerdo de cooperación entre Italia y Marruecos data de 1961. Los encuentros bilaterales mantenidos entre 1998 y 1999 definieron la estrategia italiana actual de cooperación con Marruecos, que contempla por primera vez la actuación en el sector de infraestructuras sociales, como la producción y distribución de agua potable y electrificación en zonas rurales, la carretera litoral de la cornisa mediterránea, así como la promoción de pequeñas y medianas empresas. Las zonas prioritarias para Italia son la región norte y alguna zona rural del centro, áreas de origen de muchos inmigrantes marroquíes en Italia. En 2000, ambos gobiernos llegaron a un acuerdo para la conversión de la deuda externa en inversiones públicas, por valor de 100 millones de dólares. Los recursos financieros elegibles para operaciones de conversión de la deuda se destinarán a los sectores prioritarios de desarrollo socioeconómico y protección del medio ambiente.

La cooperación italiana en materia de población y salud reproductiva no ha sido de las más destacadas a nivel global. En los últimos años, sin embargo, y especialmente a raíz del proceso de evaluación de Cairo+5, el Gobierno italiano ha decidido incrementar su atención a este sector definiendo una estrategia propia de intervención en materia de población y derechos reproductivos. Así, Italia ha decidido utilizar principalmente el canal multilateral para su ayuda en población y salud reproductiva, a través del FNUAP, ONUSIDA, UNIFEM y la OMS, aunque también contempla el canal multilateral, bilateral y a través de ONG. La política italiana en materia de población se centra en los siguientes elementos: a) apoyo a los gobiernos de los países en desarrollo en la formulación y actuación de los propios planes nacionales en materia de población; b) asistencia para la realización de censos y recogida de datos estadístico-demográficos con el fin de disponer de información para formular políticas de desarrollo; c) información y educación sanitaria y demográfica a fin de garantizar a todos los individuos el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos deseados y el intervalo de tiempo entre ellos, limitar los embarazos de riesgo, los no deseados y el número de abortos, favorecer la mejora de la salud de la mujer e incrementar la posibilidad de acceso a las estructuras y servicios de salud básica, empoderar a la mujer, educación y alfabetización especialmente a mujeres y adolescentes, y limitar la difusión de las ETS y especialmente del Sida.

La cooperación italiana en materia de población y salud reproductiva no ha sido de las más destacadas a nivel global. En los últimos años, sin embargo, y especialmente a raíz del proceso de evaluación de Cairo+5, el Gobierno italiano ha decidido incrementar su atención a este sector

En materia de salud sexual y reproductiva, la Cooperación belga ha dado apoyo a la lucha contra el Sida entre 1993 y 1998 en la prevención de la infección del VIH y de la toxicomanía por vía intravenosa en Marruecos, a través de la Asociación Marroquí de Lucha contra el Sida

Desde 1999, la cooperación italiana en materia de población, fruto de esta estrategia, se ha visto incrementada de manera importante a nivel multilateral con las contribuciones al FNUAP (nada menos que 3 millones de euros), al UNIFEM (2,3 millones de euros) y a ONUSIDA (361.500 euros). Parte de la contribución al FNUAP, de manera multilateral se ha destinado al Proyecto-Marco de Género y Desarrollo en Marruecos.

Otras intervenciones de la cooperación italiana en este país son el apoyo al Instituto Pasteur de Tánger, proyecto piloto de desarrollo integral de la infancia en Rabat, desarrollo económico y social en zonas periurbanas de Rabat, además de otras acciones de desarrollo agrícola, promoción de PYME, del artesanado, de la pesca, y cooperación cultural.

Bélgica

Marruecos fue uno de los primeros socios de la cooperación belga. El primer convenio data de 1965. De 1990 a 1999 la ayuda pública belga a favor de Marruecos se eleva a más de 74 millones de euros. La última comisión mixta se celebró en 2000 y acordó el programa indicativo para 2001-2003. En dicho programa se acuerda concentrar los proyectos en ciertos sectores: infraestructuras (básicamente agua potable y alimentación), agricultura y desarrollo rural, la formación profesional, la salud, y otras acciones multisectoriales. Los proyectos se concentran en el sur de Marruecos (región de Souss-Massa-Draa). En materia de salud sexual y reproductiva, la Cooperación belga ha dado apoyo a la lucha contra el Sida entre 1993 y 1998 en la prevención de la infección del VIH y de la toxicomanía por vía intravenosa en Marruecos, a través de la Asociación Marroquí de Lucha contra el Sida (ALCS). Entre 1997 y 2001, Bélgica destinó 28.012 euros a proyectos de población y fecundidad, todos ellos desembolsados en 1998, lo que supone un 0,1% del total destinado en este período. Ahora bien, el sector salud ha recibido el 8% de toda la ayuda pública belga, incluyendo algunos proyectos que no se contabilizan en el apartado población, puesto que en el enfoque sectorial de la cooperación belga, y en especial en la atención primaria de salud se incluyen como prioridades: la salud reproductiva y la lucha contra el VIH/Sida, además de la lucha contra otras enfermedades como el paludismo y la tuberculosis. Si tomamos las cifras de la cooperación bilateral directa del Gobierno belga, entre 1995 y 2000, Marruecos es el cuarto país receptor de la ayuda belga, si bien el global de la AOD belga a Marruecos ha ido descendiendo paulatinamente, de 10,3 millones de euros en 1997 a los 2,9 millones en 2001.

Suecia y otros donantes menores

Suecia es un donante menor en materia de salud reproductiva en Marruecos. Sus prioridades se centran en medio ambiente (a través de estudios de impacto de la actividad industrial en diversas cuencas fluviales), industria, promoción de inversiones agrícolas, y tecnologías de la información. Suecia está especialmente implicada en la integración de la mujer marroquí en el desarrollo, especialmente en la integración de la mujer rural en el proceso de desarrollo socioeconómico. Una experiencia piloto, lanzada en 1999 por parte de las embajadas de Suecia y de Colombia en Rabat, en colaboración con Philip Morris Inc., se dedica a un proyecto de alfabetización en Akrache, suburbio de Rabat, con el fin de beneficiar a las mujeres

pobres, promovido por la Unión Nacional de Mujeres Marroquíes (UNFM). En este proyecto, además de cursos de alfabetización, las mujeres reciben información sobre planificación familiar, salud infantil, educación de las niñas e higiene.

Otros donantes menores y que no financian actividades de población y salud reproductiva son: Austria, que centra su ayuda en las regiones del Alto Atlas y el Rif, y básicamente en agricultura y medio ambiente; los Países Bajos, que no tienen ningún programa de cooperación con Marruecos a nivel oficial, todo queda en manos de las subvenciones a proyectos de ONG, bolsas de formación profesional o pequeños proyectos de embajada; y el Reino Unido, que financia proyectos en materia de educación medioambiental, derechos humanos, formación de jueces y alfabetización.

La cooperación Sur-Sur

Marruecos es miembro fundador y forma parte de la Iniciativa Partners for Population and Development, una red de países del Sur que promueven la cooperación en materia de población, ofreciendo las experiencias de cada uno a fin de atender las necesidades de los demás. El Partenariado Sur-Sur es una alianza de países en desarrollo creada específicamente para concretar los conceptos de colaboración Sur-Sur expuestos en el Programa de Acción de la CIPD, y cuenta con 14 países miembros.

Marruecos es un miembro activo en materia de cooperación sur-sur, y el Gobierno marroquí se ha comprometido claramente a intensificar la cooperación con los países del Sur, en particular del África Subsahariana y del Mundo Árabe, con el fin de ofrecer la experiencia de Marruecos en salud reproductiva, población y desarrollo, tanto a nivel de desarrollo institucional como de cooperación técnica.

Instituciones como el INSEA o la Escuela de Ciencias de Información, con sus capacidades en materia de formación, o el CERED (Centre d'Études et de Recherches Démographiques) en materia de estudios e investigaciones, o la misma Dirección de la Estadística, para todo lo que supone censos y encuestas, forman parte de las capacidades que ofrece Marruecos a otros países en desarrollo. Marruecos está implicado principalmente en proyectos de cooperación con Mauritania, Malí, Níger, Túnez, Argelia y Egipto.

El Partenariado Sur-Sur en población y desarrollo recibe el apoyo de la Fundación Bill and Melinda Gates. En 2001 lanzó el Programa Global para el Desarrollo del Liderazgo (PGDL) con el objetivo de constituir y apoyar una nueva generación de líderes y gestores en los países del Sur. En colaboración con los institutos de formación de los países miembros del partenariado, el PGDL proporciona formación en población y salud reproductiva en beneficio de los planificadores, gestores de programa y expertos implicados en los sistemas de salud de los países en desarrollo. El PGDL pretende formar cerca de 1.000 profesionales de salud en salud reproductiva y maternidad sin riesgo. Cada curso tendrá 20 participantes de los países de la región y 5 participantes del país organizador. El curso cubrirá esencialmente las materias de la CIPD: salud reproductiva y

Marruecos es miembro fundador y forma parte de la Iniciativa Partners for Population and Development, una red de países del Sur que promueven la cooperación en materia de población, ofreciendo las experiencias de cada uno a fin de atender las necesidades de los demás

Marruecos también forma parte de un proyecto de Red Francófona de Comunicación Interactiva, Información, Intercambio y Gestión, junto a Níger, Mauritania y Túnez. Su objetivo es utilizar las tecnologías de la información para reforzar las capacidades de estos países en gestionar sus programas de salud reproductiva

planificación familiar, reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y neonatales, prevención de ETS y VIH/Sida, y salud reproductiva de adolescentes. Cada curso comprende un módulo común a todos los países organizadores sobre salud reproductiva (30%) y un módulo especializado que cubre las prioridades de la región (70%). Marruecos es el país elegido para organizar el curso para la región francófona de África, y su tema específico es "El liderazgo en maternidad sin riesgo". La primera edición de dicho curso de formación se realizó en septiembre de 2001, auspiciada por el INAS y la Dirección de la Población.

En concreto se está fortaleciendo el eje Norte de África y África Occidental, por sus afinidades francófonas, y particularmente entre Marruecos, Argelia, Túnez, Mauritania y Níger. Entre los tres países magrebís (Argelia, Marruecos y Túnez), existe la Red Norteafricana de Investigación sobre Salud Reproductiva, cuyos objetivos son realizar actividades en los tres países, proporcionar datos fiables y sugerir vías para desarrollar estrategias adecuadas para atender problemas de salud reproductiva como las ETS y VIH/Sida, y la prevención y el tratamiento coste-efectivo de la infertilidad provocada por ETS.

Otro proyecto reúne a Mauritania y Marruecos para reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva. El objetivo es contribuir a mejorar la calidad de los servicios en una región pobremente servida de Mauritania rural, mediante una amplia gama de métodos de planificación familiar, una atención sólida de emergencias obstétricas y una información y educación especialmente a los jóvenes. El proyecto prevé un hermanamiento entre las principales instituciones de referencia de ambos países, para investigación y formación.

Marruecos también forma parte de un proyecto de Red Francófona de Comunicación Interactiva, Información, Intercambio y Gestión, junto a Níger, Mauritania y Túnez. Su objetivo es utilizar las tecnologías de la información para reforzar las capacidades de estos países en gestionar sus programas de salud reproductiva, mejorar su calidad, tener unos lazos directos e interactivos para enfoques innovadores de diferentes países.

Se han realizado estudios de necesidades para la cooperación Sur-Sur entre Marruecos y Túnez como países miembros y otros países interesados del África francófona como Argelia, Mauritania, Malí, Níger, Burkina Faso, Senegal, Benín, Camerún, Côte d'Ivoire, Togo y Guinea. Marruecos también ha buscado la colaboración de Egipto para explorar la cooperación con ONG, compañías farmacéuticas, y otros del sector privado, con la mediación y ayuda de USAID. La Red Francófona para la Cooperación Sur-Sur en Salud reproductiva y Población tiene su oficina en Rabat, en la Dirección de la Población, del Ministerio de Salud, desde junio de 2002. El Ministerio de Salud, USAID y JSI han proporcionado e instalado el equipamiento para el funcionamiento de la oficina.

Marruecos realiza proyectos de cooperación con otros países como Indonesia. Con el fin de alcanzar un acuerdo de cooperación de cinco años con este país asiático en el campo de la población, la planificación familiar y la salud reproductiva, se firmó en 1996 un Memorándum de

Entendimiento. El objetivo es encontrar soluciones conjuntas a problemas y obstáculos en sus programas a través del intercambio de experiencias y visitas a diferentes niveles de los programas de planificación familiar y salud reproductiva. Los dos países trabajan hacia la implementación de programas conjuntos, organizar viajes de estudio, reuniones periódicas y seminarios. El acuerdo asegura que los dos países mantendrán un buen stock de métodos contraceptivos para sus programas de planificación familiar. Los expertos marroquíes e indonesios y el personal técnico prepararán programas de trabajo para, a corto y medio plazo, cimentar la ejecución del acuerdo en el marco previsto.

Cooperación Interárabe

En el ámbito de la región árabe, caben destacar las iniciativas de cooperación en materia de población y salud reproductiva lideradas por la Liga de Estados Árabes. En concreto, el Departamento de Asuntos Sociales de esta organización, celebra diversas conferencias regionales sobre el tema, e impulsa iniciativas de cooperación como el proyecto PAPCHILD (Pan-Arab Project for Child Development) de encuestas de salud materno-infantil y reproductiva y que precisamente finalizó a mediados de 1999 con el informe de Marruecos que se consideró una prueba piloto del nuevo PAPFAM. PAPFAM se aprobó a finales de 1998, y se centrará en la elaboración de informes sobre salud reproductiva en todos los países árabes, excepto en los del Consejo de Cooperación del Golfo que ya han sido cubiertos por un proyecto similar. Además de la Liga Árabe, colaboran el FNUAP, la UNICEF, AGFUND (Arab Gulf Programme for United Nations Development Organisations), United Nations Statistical Office, la ESCWA (Economic and Social Commission for Western Asia), la OMS, la IOMS (Islamic Organization for Medical Sciences), IPPF (International Planned Parenthood Federation), y el Fondo de la OPEP.

El principal objetivo de PAPFAM es permitir a los ministerios de Salud y otras instituciones nacionales de salud en la región árabe obtener un flujo integrado y a tiempo de información fidedigna para formular, implementar, seguir y evaluar las políticas y programas de salud familiar y reproductiva de manera efectiva. Al final del proyecto se espera tener una base de datos regional sobre salud familiar y reproductiva, y haber contribuido a identificar la prevalencia de enfermedades, y de morbilidad materna e infantil y el coste de la atención de salud. En definitiva, se trata de establecer el mapa de salud de la región, proporcionando además indicadores sobre equidad sanitaria e indicadores con el fin de evaluar los progresos hacia los objetivos del Programa de Acción de la CIPD. Se trata también de aumentar el conocimiento y sensibilización hacia la situación en materia de salud familiar y reproductiva, y desarrollar una metodología científica. En 2002 se llevó a cabo la encuesta en Marruecos, cuyos datos aún no han sido analizados. Como planes futuros, a nivel de país se habrán conseguido los indicadores socioeconómicos, demográficos y de salud necesarios para formular programas y políticas de desarrollo y salud.

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

La cooperación Española

La salud reproductiva y Marruecos en el marco de prioridades de la cooperación española

La Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, de 1998, establece los principios y directrices de la política española de cooperación y fija los instrumentos para su planificación y ejecución: los Planes Directores y los Planes Anuales. El artículo 6 de dicha ley establece las áreas geográficas de actuación preferente de la cooperación española, estableciendo “los países iberoamericanos, los países árabes del Norte de África y de Oriente Medio, así como aquellos otros con los que España mantenga especiales vínculos de carácter histórico o cultural”. La prioridad de Marruecos es pues indiscutible, tanto por razones geográficas como por los vínculos históricos y culturales, y así queda recogido en el Plan Director 2001-2004 y en los sucesivos planes anuales, además de en las convocatorias de subvenciones a ONG.

El Plan Director 2001-2004, establece que el Magreb es la zona de mayor interés para la Cooperación Española en el Mediterráneo y el Mundo Árabe, ya que es con esta zona del norte de África más próxima a España con quien “compartimos amplios e intensos intereses políticos, económicos y socioculturales. La estabilidad de esta región es primordial para España y para Europa, y para ello es indispensable una estrategia conjunta de desarrollo para la zona que incluya soluciones al preocupante fenómeno de las migraciones”. Marruecos es uno de los países programa de la zona (de hecho todos lo son), y se especifica que “se prestará especial atención a Marruecos, aumentando nuestro volumen de cooperación y concentrando los programas en su región norte”.

Por lo que respecta a la prioridad sectorial que se le concede a los programas de población y a la salud sexual y reproductiva, ésta queda subsumida en las necesidades sociales básicas, en especial de salud y educación, y en la atención preferente a la mujer, pero no recibe un trato específico como ocurre en las líneas directrices de otros donantes. Un análisis más detallado de la letra de los documentos marco de la cooperación española nos muestran como dicho sector aparece y desaparece sin razón aparente, lo que muestra la inconsistencia de una estrategia clara y definida en este sector por parte de la cooperación

La primera vez que la salud sexual y reproductiva aparece como una prioridad de la cooperación española es en las convocatorias para ayudas y subvenciones a ONG del año 2000. Se especificó textualmente que se priorizarían las "intervenciones centradas en prevención y control del SIDA y otras ETS, salud reproductiva y atención primaria de salud"

española. Esta carencia se refleja luego en el plano de las realizaciones, y en especial en el enfoque que se adopta en las acciones. La cooperación española, y no nos referimos exclusivamente a la cooperación realizada desde el Gobierno, sino también a la descentralizada y a muchas ONG, mantienen un claro enfoque de salud materno infantil, sin haber adoptado aún claramente el enfoque de salud reproductiva acuñado en la Conferencia de El Cairo, que defiende una actuación global que incluya diversos componentes como la salud sexual, prevención de ETS y VIH/Sida, planificación familiar y atención al embarazo, parto y puerperio.

Con anterioridad a la aprobación del Plan Director, la primera vez que la salud sexual y reproductiva aparece como una prioridad de la cooperación española es en las convocatorias para ayudas y subvenciones a ONG del año 2000. Se especificó textualmente que se priorizarían las "intervenciones centradas en prevención y control del SIDA y otras ETS, salud reproductiva y atención primaria de salud".

El Plan Director 2001-2004 recoge las líneas generales básicas de la cooperación al desarrollo así como un marco presupuestario indicativo para el quinquenio. En el marco de las estrategias de intervención de la cooperación española, el documento recoge claramente los objetivos internacionales de reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna, así como el acceso universal a servicios de salud reproductiva a través del sistema de sanidad básica para el 2015, dentro de la prioridad horizontal de lucha contra la pobreza. En las estrategias de intervención sectorial, de forma aún más concreta, la cooperación española establece como campos de actuación en materia de necesidades sociales básicas: "la salud básica, educación básica, población y salud reproductiva, nutrición, trabajos elementales de suministro de agua, saneamiento, vivienda, actuaciones de emergencia y programas integrados, de entre los que destacan los ámbitos de planificación familiar y lucha contra enfermedades de transmisión sexual, ayuda alimentaria y de emergencia, y formación de profesores y cuadros". El Plan recoge que los objetivos en este sector son: a) cumplir los compromisos internacionales en este campo, en especial la iniciativa 20/20; b) apoyar las capacidades de los países receptores, tanto mediante el respaldo a los gobiernos e instituciones, como mediante el apoyo a la sociedad civil; c) atención a los sectores más vulnerables; d) incorporar el máximo posible de actores, incluyendo todas las administraciones públicas, sindicatos, ONGD y empresas.

PACI 2001

Sin embargo, el Plan anual 2001, cuyos objetivos deberían concretar aún más la actuación de la cooperación española en los sectores arriba indicados, no recogen en ningún momento el sector de población y salud reproductiva como cabría esperar. Su priorización se diluye en los servicios sociales básicos, especialmente en salud, y en el acceso universal a los servicios de salud, la referencia a la mortalidad infantil y a la mortalidad materna que aparecía en el Plan Director se reduce exclusivamente a la mortalidad infantil, y en ninguna de las especificaciones por países-programa se hace referencia alguna al sector, a excepción del control del Sida para el África Subsahariana y población y desarrollo sostenible para Filipinas. El Plan 2001 determina como prioridades

en materia de servicios sociales básicos, especialmente en salud, saneamiento, educación, seguridad alimentaria y formación de recursos humanos, dotación de infraestructura social y de transportes y fomento del sector privado. Otras prioridades son el fortalecimiento de las estructuras democráticas, la protección del medio ambiente, el apoyo a la investigación científica y tecnológica, a la cultura, y a la educación, especialmente la primaria y la formación profesional. Con respecto a Marruecos se recoge la especial atención a este país, aumentando el volumen de cooperación, la concentración en la zona norte, consolidando los sectores en los que ya se interviene y reforzando el del medio ambiente.

PACI 2002

El Plan Anual 2002 hace de nuevo una vaga referencia a la cobertura de las necesidades sociales básicas, y en las prioridades por países se hace referencia a algunas acciones como la “reducción de los altos índices de mortalidad infantil y materna” en Centroamérica, México y Caribe, el “programa de salud materno-infantil” en Marruecos; el apoyo a “la mejora de las maternidades” en Túnez; o en los Territorios Palestinos la “especial atención a los programas de salud materno-infantil”. Establece que la Cooperación Española mantendrá como objetivos específicos la cobertura de las necesidades sociales básicas, la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres, la protección del medio ambiente o la prevención y asistencia en situaciones de emergencia. Dentro de estos objetivos se da una clara prioridad a la educación, así como a la promoción de la democracia y el Estado de derecho.

El Plan Anual 2002 fija como objetivo principal para Marruecos “promover un desarrollo equitativo y sostenible que permita la reducción de la pobreza, acompañado de medidas que permitan la regeneración del tejido económico y que faciliten el proceso de adaptación de Marruecos a una zona de libre cambio con la Unión Europea”. Los sectores prioritarios son: educación básica, sanidad básica, agua y saneamiento, cultura, energía, tecnologías agrícolas, infraestructuras, telecomunicaciones, apoyo a la pequeña y mediana empresa y desarrollo institucional. Más concretamente establece para Marruecos que “se apoyará la mejora de la red de centros de salud en las provincias del norte, del programa de salud materno-infantil y del programa de apoyo a la red hospitalaria.” También los proyectos de alfabetización y de extensión y mejora de las infraestructuras y equipamientos. En agua potable y saneamiento básico se citan los proyectos de Alhucemas, Ferkhana y Beni-Chiker. En desarrollo rural se destaca el programa de desarrollo integral de Ued-Lau.

Pese a la incongruencia existente a nivel general entre el Plan Director y los planes anuales en la priorización de la salud reproductiva a nivel global, por lo que respecta a la cooperación con Marruecos parece que sí que existe una voluntad de atender las necesidades en materia de salud reproductiva, al menos así se desprende de la convocatoria para ayudas y subvenciones para estrategias, programas y proyectos de ONG de febrero del año 2001, donde es el único país en que se refleja la prioridad sectorial de “salud reproductiva”. Esto no se volverá a repetir en convocatorias posteriores.

Pese a la incongruencia existente a nivel general entre el Plan Director y los planes anuales en la priorización de la salud reproductiva a nivel global, por lo que respecta a la cooperación con Marruecos parece que sí que existe una voluntad de atender las necesidades en materia de salud reproductiva

La cooperación española, por razones históricas y con objeto de aumentar la eficiencia y el impacto de la ayuda proporcionada, ha concentrado sus actuaciones en la zona norte del país, en concreto en la provincias de Alhucemas, Chaouen, Larache, Nador, Tánger, Taunate y en menor medida Rabat.

La cooperación española con Marruecos

La cooperación española, por razones históricas y con objeto de aumentar la eficiencia y el impacto de la ayuda proporcionada, ha concentrado sus actuaciones en la zona norte del país, en concreto en la provincias de Alhucemas, Chaouen, Larache, Nador, Tánger, Taunate y en menor medida Rabat. Por sectores, la cooperación española en Marruecos se ha centrado durante los últimos cinco años en: a) La cobertura de las necesidades básicas de la población, en especial la mejora de acceso a la atención primaria de salud y sanidad materno-infantil, suministro de agua potable y saneamiento, mejora de las infraestructuras educativas y de la ordenación territorial y desarrollo regional; b) Mejora de las infraestructuras de comunicación, sector en el que Marruecos presenta un gran déficit y al que la cooperación española ha otorgado especial interés; c) Las acciones dirigidas a apoyar el crecimiento económico y el desarrollo de la empresa privada.

Cabe señalar la importancia acordada a acciones de carácter transversal, como las realizadas en materia de apoyo institucional, apoyo a la sociedad civil y acciones de formación en diversos campos. Los instrumentos que la cooperación española viene utilizando en Marruecos son la ayuda por proyectos y programas, los programas de cofinanciación con ONGD, los créditos FAD y los programas de alivio y condonación de la deuda externa. En cuanto a los actores, mencionar la presencia de las ONGD españolas, cuyo número se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Igualmente, la cooperación oficial descentralizada (comunidades autónomas y entidades locales) ha venido realizando proyectos y programas de cooperación. Cabe destacar la labor realizada por la Junta de Andalucía, que ha desarrollado un marco estable de cooperación con Marruecos como veremos más adelante.

Las Comisiones Mixtas de Cooperación

Los Convenios de Cooperación son las bases de regulación jurídica fundamentales. Marruecos es el único país árabe en el que existen dos convenios, uno para la cooperación científica y técnica (8-11-79) y otro para la cultural y educativa (4-10-80), así como dos comisiones mixtas que se reúnen separadamente, y que acuerdan las prioridades sectoriales en las que se van a desarrollar las acciones de cooperación. La primera de Cooperación Científica y Técnica, y la segunda de Cooperación Cultural, cuyas últimas reuniones se celebraron en 2000 y 1999 respectivamente.

La Cuarta Comisión Mixta Hispano-Marroquí de Cooperación Científica y Técnica se celebró en Madrid en marzo de 2000, con acuerdos para el período 2000-2002. En ella, a solicitud de Marruecos, se acordó aumentar la cooperación española, siendo ya Marruecos el primer país receptor de ayuda bilateral no reembolsable española. En especial se acordó mantener la prioridad a la zona norte del país, y a nivel sectorial centrarse en los sectores "de mayor impacto sobre el bienestar social y el crecimiento de la capacidad productiva de la región". Se reconoció el papel de la Agencia para el Desarrollo de las Provincias del Norte como nexo de la cooperación española en la zona, y se acordó que los proyectos en los que intervenga dicha Agencia se realizarán en régimen de cofinanciación.

En materia de salud, la cooperación entre ambas partes se considera mutuamente satisfactoria, en especial por la ejecución de proyectos de atención sanitaria básica y la mejora de la calidad de los servicios de la salud pública, mediante equipamiento, apoyo técnico, formación y gestión, y se anunció la elaboración de un estudio de las necesidades generales de la sanidad en la región norte. Para el período 2000-2002 se acordó proseguir la labor ya iniciada en el Centro Materno-Infantil del Hospital Español de Tetuán, de promover la formación en el Hospital Español de Tánger, del apoyo a los hospitales marroquíes y centros de salud urbanos y rurales de la zona norte.

En materia de infraestructuras de agua potable, se previó reforzar el apoyo a las acciones en Alhucemas y Nador, y contribuir al programa de sensibilización y educación sobre higiene, almacenamiento y uso del agua en escuelas rurales del norte. También se acordó el apoyo al saneamiento líquido en la zona de Nador, y al de residuos sólidos en Tetuán y otras ciudades del norte. Respecto a transportes e infraestructura viaria, tras el apoyo español a los estudios para la construcción de la carretera costera mediterránea, y la línea ferroviaria Taourirt-Nador, en aplicación de los planes básicos de ordenación del Plan de Desarrollo Integral y Acondicionamiento de la Región del Rif (PAIDAR), España se comprometió a estudiar la construcción de pistas rurales especialmente en Chaouen, Alhucemas, Larache y Nador, a petición de la Agencia del Norte, así como del plan director de carreteras del norte. En materia de infraestructura industrial, se prevé la construcción y desarrollo de un polígono industrial en Tetuán, y promover la creación de centros para la promoción de empleo entre jóvenes licenciados. También se anunció la disposición a realizar estudios de viabilidad para la modernización de los puertos de Nador y M'Diq.

Una de las principales aportaciones de la cooperación española ha sido la elaboración del estudio de ordenación de la Región norte PAIDAR. Finalizado éste, España estudiará la posibilidad de financiar estudios sobre ordenación del territorio, especialmente del litoral. También se programaron acciones de rehabilitación urbana, como la del Mercado de Larache, en la que colaboran AECI y la Junta de Andalucía.

El apoyo al sector agrario fue otro de los puntos de acuerdo, en especial el sistema de seguros agrarios para garantizar las rentas de los agricultores en períodos de bajo rendimiento, el aprovechamiento de agua de riego, y el ordenamiento hidroagrícola de la cuenca del Ouergha. En el sector pesquero, España apoya la creación del Instituto Tecnológico de Pesca Marítima de Alhucemas, además de acciones de formación náutico-pesquera, y del control de la salubridad del litoral y la calidad de los productos pesqueros, además de formación técnica en las industrias de fabricación de conservas y semiconservas del norte de Marruecos. Por lo que respecta a la energía, prosigue el apoyo al programa de uso racional de la energía y en el futuro se podría iniciar otro de cogeneración energética. España estudia su contribución al Plan de electrificación Rural del Norte, a petición de la Agencia de Desarrollo del Norte. Otro sector estratégico por ambas partes es el turístico, en el que se han apoyado acciones de formación.

Para el período 2000-2002 se acordó proseguir la labor ya iniciada en el Centro Materno-Infantil del Hospital Español de Tetuán, de promover la formación en el Hospital Español de Tánger, del apoyo a los hospitales marroquíes y centros de salud urbanos y rurales de la zona norte

Por lo que respecta a la Comisión Mixta de Cooperación Cultural y Educativa, cabe destacar que se centra básicamente en la promoción de los establecimientos escolares españoles en Marruecos, en la promoción de la lengua y cultura española, en el programa de cooperación interuniversitaria, y en becas para estudiantes marroquíes

En el ámbito de apoyo institucional, España actúa en beneficio de la ya mencionada Agencia de Desarrollo del Norte, a través de asesorías técnicas en diversos sectores, y en especial en materia de zonas francas. También se apoya a la administración de Justicia mediante acciones de formación; al Ministerio del Interior en descentralización y regionalización; al Ministerio de Desarrollo Social, Solidaridad, Empleo y Formación Profesional, contribuyendo a la reforma y modernización de la legislación laboral; al Ministerio de Industria, Comercio y Artesanía, en gestión empresarial, en especial de la pequeña y mediana industria y de seguridad y calidad industrial; al Ministerio de Energía y Minas, en estudios geológicos en la zona norte; al Ministerio de Equipamiento, en materia meteorológica, de creación de la agencia de la cuenca hidráulica del Lukus y en el estudio de un enlace fijo a través del Estrecho de Gibraltar; finalmente, al Ministerio de Educación, en equipamiento de escuelas rurales en el norte, fundamentalmente en Alhucemas.

En relación a la atención a los sectores de población más vulnerables, los acuerdos de la Comisión Mixta consistieron en continuar las acciones ya iniciadas en apoyo a la infancia, a través de guarderías en centros sanitarios, centros de promoción de la mujer y orfanatos en el norte, apoyo al programa de escolarización de niñas en escuelas rurales de Alhucemas. Respecto a la mujer, se apoya a los centros de atención y promoción de la mujer en la zona norte, y programas de apoyo a la mujer a cargo de ONG. Por último, se dota de material didáctico y ortopédico a centros de discapacitados físicos y psíquicos, se crea un centro de formación para invidentes en Tetuán, a cargo de ONG, discapacitados, entre otras acciones.

Tras la aprobación de la Ley marroquí de microcréditos, Marruecos ha invitado a España a participar en programas de este tipo, que irían dirigidos prioritariamente a la región norte. También existe un interés especial por parte de España en atraer la inversión exterior, generar empleo y modernizar la economía marroquí, mediante la implantación de un sistema de apoyo a los potenciales inversores extranjeros.

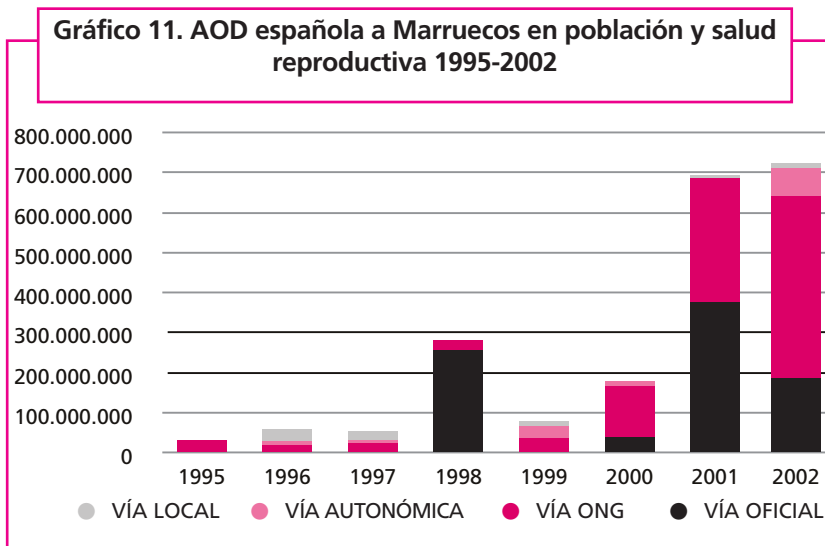
Por lo que respecta a la Comisión Mixta de Cooperación Cultural y Educativa, cabe destacar que se centra básicamente en la promoción de los establecimientos escolares españoles en Marruecos, en la promoción de la lengua y cultura española, en el programa de cooperación interuniversitaria, y en becas para estudiantes marroquíes. En la última comisión se acordó la realización de nuevos proyectos, esta vez orientados a la satisfacción de las necesidades sociales básicas, como son el apoyo, mediante envío de misiones técnicas españolas, al desarrollo de la escolarización en zonas rurales y suburbanas, y la asesoría técnica española para la enseñanza preescolar, educación especial para niños con problemas y educación sanitaria en Marruecos, entre otros, si bien básicamente se centran en intercambio de expertos y misiones de asesoramiento. No existe pues un programa de cooperación para la educación básica en sí mismo.

Otras acciones de la cooperación española se centran en la promoción de libros, bibliotecas y archivos, preservación del patrimonio, arqueología, museos, así como acciones en materia de deportes.

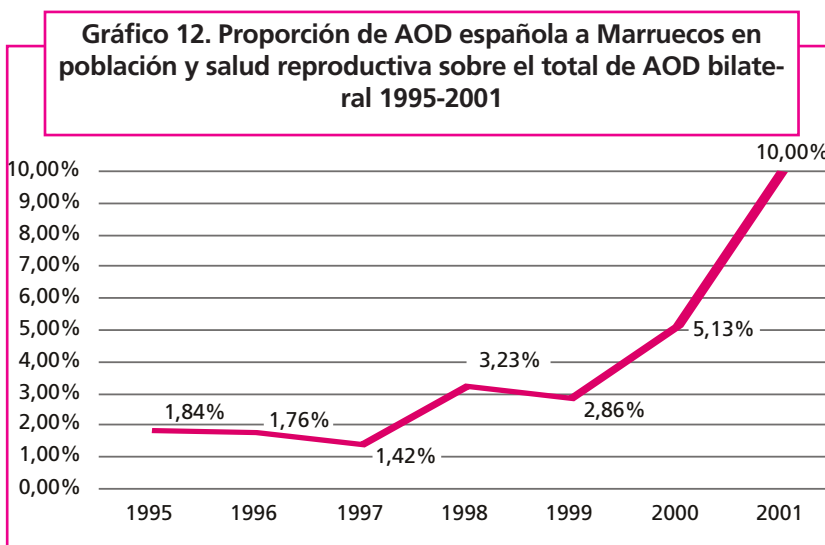
La AOD española en salud reproductiva en Marruecos

La cooperación española en Marruecos en el campo de la salud reproductiva ha supuesto entre 1995 y 2002 un compromiso financiero de 2.086 millones de pesetas (esta cifra puede incrementarse al no recoger la totalidad de la AOD concedida en el año 2002). Este volumen se debe principalmente al aumento significativo que se produce a partir de 2001. Los dos últimos años acumulan el 68% de todo el período. Los gráficos siguientes muestran la evolución de la ayuda española, la cual se movió entre 1995 y 1997 entre los 30 y 60 millones de pesetas, para pasar entre 1998 y 2000 entre 70 y 300 millones de pesetas y dar el salto cuantitativo a partir de 2001 con unos 700 millones de pesetas anuales de media.

La cooperación española en Marruecos en el campo de la salud reproductiva ha supuesto entre 1995 y 2002 un compromiso financiero de 2.086 millones de pesetas



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

La Agencia Española de Cooperación Internacional ha financiado el 89,6% de toda la ayuda. El resto se reparte a razón de un 6,5% a través de las comunidades autónomas y un 3,9% de las administraciones locales

En relación con el volumen total de ayuda bilateral destinada a Marruecos se observa también una destacable evolución al alza, en especial a partir de 2001, al pasar de unos niveles de entre el 1% y el 3% entre 1995-1999, al 5,13% en 2000 y al 10% en 2001. La media del período sitúa la ayuda española a Marruecos en población y salud reproductiva en el 4,5% de toda la ayuda bilateral.

Tabla 43. AOD española a Marruecos en población y salud reproductiva 1995-2002 (en pesetas)

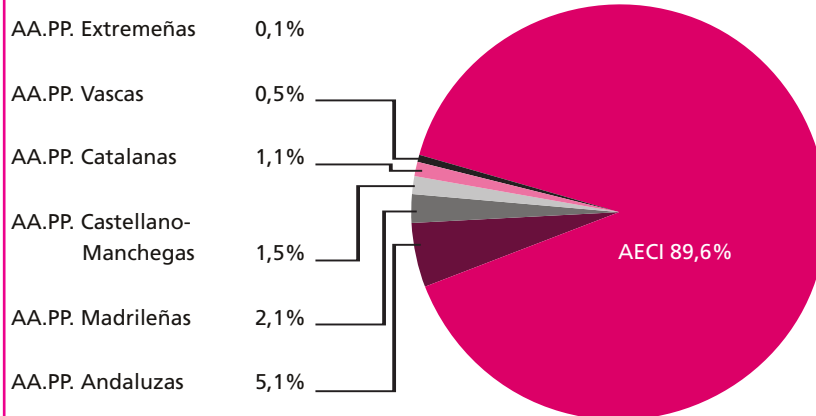
Año	AOD bilateral	AOD a salud reproductiva	% sobre el total a Marruecos
1995	1.596.324.102	29.375.000	1,84%
1996	3.130.000.000	55.042.293	1,76%
1997	3.813.000.000	54.242.500	1,42%
1998	8.664.100.000	280.102.000	3,23%
1999	2.662.500.000	76.226.754	2,86%
2000	3.450.800.000	176.940.219	5,13%
2001	6.899.008.422	689.964.289	10,00%
2002*	n.d.	723.777.375*	n.d.
1995-2001	30.215.732.524	1.361.893.055	4,51%

Elaboración propia. *Los datos de 2002 son provisionales.

En este sentido, y gracias a la evolución de la ayuda a partir de 2001, los niveles de atención al sector de población y salud reproductiva se sitúan en los parámetros recomendados en el ámbito internacional, que son de un 4% (recordemos que también habría que incluir la ayuda multilateral a Marruecos para poder determinar con precisión estos niveles). Sin embargo, algunas consideraciones deben hacerse al respecto. Por un lado buena parte de los incrementos de 2001 y 2002 se deben al nuevo sistema de financiación de ONG a través de estrategias y proyectos, por lo que al considerarse en estas cifras el global del compromiso financiero plurianual, las cifras de 2001 y 2002 están sobrevaloradas. Por otro lado, y con relación a las cifras que se contabilizan para todo el período, en muchos casos responden a proyectos o programas sanitarios o de carácter integral que si bien en su mayor parte se orientan a la mejora de los indicadores de salud sexual y reproductiva, no son exclusivos de este sector.

Por lo que respecta a las vías de financiación, las subvenciones a través de convocatorias de la AEI para ONG (hasta 2000 las ordinarias y del IRPF, y desde 2001 las de estrategias, programas y proyectos), suponen el 48,94% de toda la AOD destinada a Marruecos en población y salud reproductiva. Si a eso le añadimos que otro 40,69% es canalizado a través de ayuda directa o de ayudas singulares también de la AEI principalmente a través de la convocatoria abierta y permanente, nos da como resultado que la Agencia Española de Cooperación Internacional ha financiado el 89,6% de toda la ayuda. El resto se reparte a razón de un 6,5% a través de las comunidades autónomas (Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha) y un 3,9% de las administraciones locales (madrileñas, catalanas, extremeñas, andaluzas y vascas).

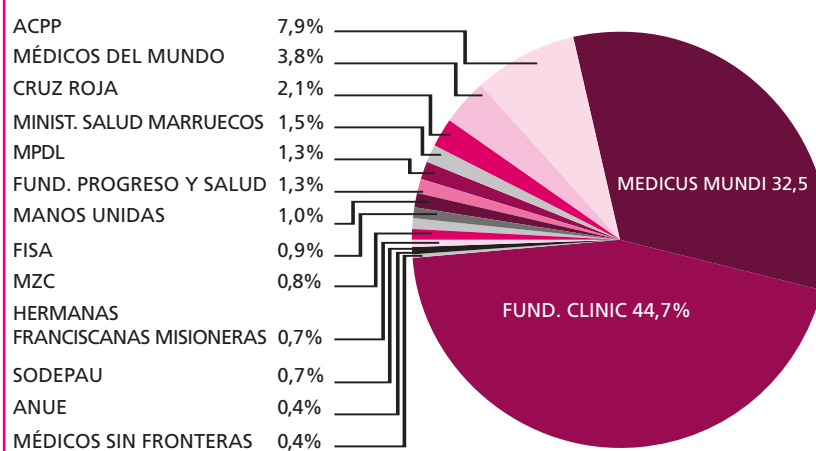
Gráfico 13. Reparto de la AOD española por administración financiadora 1995-2002



Fuente: Elaboración propia

Sólo dos entidades concentran el 77,2% del total de AOD comprometida en el período 1995-2002, se trata en primer lugar de la Fundació Clínic, con el 44,7%, y en segundo lugar de Medicus Mundi con un 32,5%. A distancia le siguen la Asamblea de Cooperación Por la Paz con un 7,9% y Médicos del Mundo con un 3,8%

Gráfico 14. Reparto de la AOD española en salud reproductiva por entidad receptora 1995-2002



Fuente: Elaboración propia

Un análisis de las entidades y ONG que han canalizado estas subvenciones (en el caso de la ayuda directa se trata de las instituciones ejecutoras) muestra una significativa concentración de la ayuda española. Sólo dos entidades concentran el 77,2% del total de AOD comprometida en el período 1995-2002, se trata en primer lugar de la Fundació Clínic, con el 44,7%, y en segundo lugar de Medicus Mundi con un 32,5%. A distancia le siguen la Asamblea de Cooperación Por la Paz con un 7,9% y Médicos del Mundo con un 3,8%.

La acción directa de la AECl en materia de salud reproductiva en Marruecos se inicia en 1998 con la rehabilitación del antiguo Hospital Militar Español "Gómez Ulla" de Tetuán con el fin de convertirse en Hospital Materno-Infantil

La AOD vía Oficial de la Agencia Española de Cooperación Internacional

La cooperación de la AECl se centra básicamente en la reducción de los elevados índices de mortalidad materna e infantil en la zona norte, en concreto en la provincia de Tetuán. El principal proyecto que se lleva a cabo es el que realiza la Fundació Clínic en Tetuán, si bien también se han realizado actividades de formación en salud materno-infantil e informática sanitaria en las instalaciones del Hospital Español de Tánger, y se ha dotado de equipamiento al laboratorio para la realización de análisis clínicos y, en concreto, para la detección precoz de enfermedades metabólicas en los niños recién nacidos, en apoyo a la salud pública marroquí.

La acción directa de la AECl en materia de salud reproductiva en Marruecos se inicia en 1998 con la rehabilitación del antiguo Hospital Militar Español "Gómez Ulla" de Tetuán con el fin de convertirse en Hospital Materno-Infantil. Este proyecto está siendo ejecutado por la Fundació Privada Clínic per a la Recerca Biomèdica de Barcelona. La magnitud del proyecto es tal que ha recibido entre 1998 y 2002 unos 917 millones de pesetas, lo que supone el 44% de toda la AOD española a salud reproductiva destinada a Marruecos desde 1995 (estas cifras incluyen la subvención concedida a través de la convocatoria IRPF de 2000 a la Fundació Clínic y la de programas 2001, pese a haberse iniciado como un proyecto de titularidad de la AECl).

Paralelamente a este proyecto, se han promovido otras dos acciones que complementan la estrategia de maternidad sin riesgo en Tetuán, una es el apoyo a la formación sanitaria en salud materno-infantil en el Hospital Español de Tánger, a través primero de las Hermanas Franciscanas Misioneras de la Inmaculada Concepción, y, después, de la propia Fundació Clínic luego. La otra acción es el apoyo a la Maternidad del Hospital Civil de Tetuán, con el fin de adecuar sus estructuras al nivel del Hospital Español.

El Proyecto de Tetuán

La realización del proyecto la lleva a cabo la Fundació Privada Clínic per a la Recerca Biomèdica de Barcelona, en estrecha colaboración con la delegación de Salud de Tetuán. Iniciado a raíz de la rehabilitación y acondicionamiento del pabellón Varela del Hospital Español de Tetuán (Antiguo Hospital Militar Gómez Ulla), y el equipamiento del mismo con los equipos necesarios para su puesta en funcionamiento, hoy en día la acción de la cooperación española se ha ampliado a toda la provincia de Tetuán apoyando la aplicación del programa marroquí de Maternidad Sin Riesgos.

En 1997, el entonces Instituto de Cooperación con el Mundo Árabe (ICMA), del Ministerio de Asuntos Exteriores, titular y financiador del Hospital Gómez Ulla desde los acuerdos de independencia con Marruecos en 1956, solicitó a la Fundació CIDOB la realización de una misión exploratoria, con el fin de realizar un plan operativo para reactivar dichas instalaciones. Previamente el INSALUD había realizado en mayo de 1997 una exploratoria sobre este hospital y el Hospital Español de Tánger. La misión del INSALUD recomendaba la reapertura del Hospital

Español de Tánger como hospital general de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública de Marruecos, acción que fue desestimada dadas las dificultades de llegar a un acuerdo con las autoridades marroquíes, que consideraban prioritario el apoyo al sistema público ya existente, de manera que el proyecto se centró en las instalaciones sanitarias de Tetuán, y se recomendó su transformación en Hospital Materno-Infantil.

A partir de la visita de una delegación de la Fundació Clínic junto con responsables de la AECI a Marruecos en octubre de 1998 se establecieron las pautas de la asistencia sanitaria que se esperaba del Hospital Español de Tetuán, y que fueron catalogadas bajo el nombre de Hospital de Referencia. Es decir, que el Hospital Español debería estar capacitado para responder a los casos que por su gravedad no pudieran ser cubiertos en la Sanidad Pública Marroquí.

Paralelamente al inicio de las obras de rehabilitación, la Fundació Clínic realizó un informe técnico sobre la situación de la Maternidad del Hospital Civil de Tetuán, estructura a la que debía dar apoyo el Hospital Español. Las instalaciones que se encontraron eran viejas y faltas de mantenimiento. El análisis de disfunciones mostró un bajo rendimiento médico, aceptable rendimiento de enfermería pero, en algunos casos, de limitada calidad por falta de formación y nivel. En el ámbito de asistencia de urgencias, la actividad y la calidad se consideraron aceptables. Los datos aportados para el año 1998 mostraron sobre un total de 3.457 partos: una media de 9,5 partos al día, el 7,3% de cesáreas, una mortalidad de 41,6 por mil en 1998 y 38,8 por mil en 1999 y una mortalidad materna de 90,7 por cien mil recién nacidos en 1998 aumentando a 100 por cien mil en 1999. Las carencias identificadas se referían a falta de medicamentos hospitalarios y de material y equipamiento clínico de toda clase (no había ecógrafos, ni cardiotocógrafos ni incubadoras útiles), documentación clínica insuficiente, exceptuando el partograma, ausencia de anestesia regional raquídea, problemas de coordinación e interrelación con Neonatología y Reanimación, irregular suministro de sangre, problemática derivada de higiene de materiales diversos y de las pacientes, personal poco incentivado y probablemente mal retribuido, poca intimidad durante el parto, episiotomía sistemática en primíparas y muy frecuente en múltiparas. En caso de cesárea no se permitía la estancia de acompañante para la madre y en muchas ocasiones el recién nacido no permanecía con ella las primeras 24-48 horas, resultando poco factible la lactancia materna. No se realizaba analgesia postquirúrgica sistemática, y había poca estimulación o facilitación de ligaduras tubáricas en casos seleccionados como las grandes múltiparas (más de 10 partos).

Se concluyó que la Maternidad no reunía las condiciones mínimas indispensables para una buena coordinación con la futura Maternidad del Hospital Español, tanto a nivel de infraestructuras e instalaciones, como de equipamiento insuficiente, y una necesidad de mejora asistencial con programas de capacitación profesional. Por todo ello, la cooperación española decidió apoyar la Maternidad del Hospital Civil de Tetuán al tiempo que finalizaba la rehabilitación del Hospital Español. Éste entraría en funcionamiento en julio de 2001, y previamente la Fundació Clínic continuó su labor de diagnóstico de la atención a salud reproductiva en la provincia de Tetuán, en especial sobre la atención prenatal y posparto.

La Fundació Clínic realizó un informe técnico sobre la situación de la Maternidad del Hospital Civil de Tetuán, estructura a la que debía dar apoyo el Hospital Español. Las instalaciones que se encontraron eran viejas y faltas de mantenimiento. El análisis de disfunciones mostró un bajo rendimiento médico, aceptable rendimiento de enfermería pero, en algunos casos, de limitada calidad por falta de formación y nivel

Las tasas de utilización de la consulta prenatal quedan todavía muy por debajo de los objetivos esperados: sólo un 38% de las mujeres embarazadas acuden a dos o más visitas prenatales; habitualmente no lo hacen por el embarazo en sí, sino por otra enfermedad o molestia surgida durante este período

Diagnóstico sobre la salud reproductiva en Tetuán

Tanto el sector privado como el público ofrecen servicios de consulta prenatal, con el objetivo de detectar los embarazos de riesgo y sensibilizar a las mujeres y sus familias sobre la conveniencia de dar a luz en un medio medicalizado. Sin embargo, las tasas de utilización de la consulta prenatal quedan todavía muy por debajo de los objetivos esperados: sólo un 38% de las mujeres embarazadas acuden a dos o más visitas prenatales; habitualmente no lo hacen por el embarazo en sí, sino por otra enfermedad o molestia surgida durante este período. Es importante destacar la diferencia entre el medio urbano (54% de embarazadas atendidas) con el rural (13%). Esta baja tasa de utilización de los servicios de atención prenatal impide una correcta detección de los embarazos de riesgo. Por ejemplo, en el año 1999 el sistema sanitario público detectó 932 casos de embarazos con riesgo, sólo un 46% de los casos totales estimados (en base al 15% de embarazos con complicaciones indicado por la OMS).

En la provincia de Tetuán, todos los centros de salud del sistema público ofrecen el servicio de consulta prenatal de forma gratuita, tanto los que disponen de sala de parto como los que no. En los centros sin comadrona, la encargada del servicio es una enfermera del servicio de vacunación infantil. En el caso de embarazo con riesgos o complicaciones que haga aconsejable un examen más detallado, todas las pacientes son referidas al Hospital Civil de Tetuán. Este centro no disponía de ecógrafo, por lo que las mujeres deben contratar esta prueba diagnóstica en una clínica privada (desde julio 2000 cuenta con él, cedido por la Fundació Clínic).

Respecto a la consulta posparto, está integrada en los servicios de planificación familiar. Sin embargo, no se dispone de servicio curativo adecuado. En realidad, la mayoría de mujeres que acuden al centro durante el período de cuarentena lo hacen para vacunar al bebé (puesto que es obligatorio presentar el carnet de vacunaciones para poder inscribir al recién nacido en el registro civil). Aprovechando esta visita de vacunación, las enfermeras del servicio de vacunación dirigen a la mujer hacia el servicio de planificación familiar, donde la mujer recibe consejos sobre el espaciado de embarazos y puede plantear los problemas sufridos en el posparto. Gracias a esta estrategia de salud integrada, se examinan en la provincia un 70% de las mujeres que han dado a luz (9.250 mujeres en 1999, sobre 13.200 partos estimados). También en este caso, son de destacar las diferencias entre la cobertura a nivel urbano (83%) y a nivel rural (46%).

Los ejes de intervención

Basándose en los estudios de situación realizados por la Fundació Clínic, la intervención de la cooperación española se convierte en un apoyo al programa de Maternidad Sin Riesgo en toda la provincia de Tetuán. Los principales ejes de intervención son:

a) El desarrollo de una maternidad de soporte en el antiguo Hospital Español de Tetuán. Con una capacidad inicial de 2.000 partos anuales, dos salas de partos, dos quirófanos, 30 camas obstétricas, cuatro camas

de reanimación y servicio de neonatología. El hospital dispone de unas instalaciones capaces de resolver la gran mayoría de complicaciones obstétricas y neonatales.

b) La realización de investigaciones encaminadas al conocimiento de las circunstancias en que se producen los partos para encaminar mejor las actividades. Realización de autopsias verbales de todas las muertes maternas ocurridas en la provincia siguiendo la metodología de la OMS y a partir de los datos de las muertes femeninas en los registros civiles en los últimos 5 años; realización de una encuesta en todos los centros de salud urbanos de las circunstancias en que se realizan los partos (60% de los partos a domicilio).

c) La formación del personal sanitario en aspectos médicos, comunicativos y organizativos. En aspectos médicos: atención de urgencias obstétricas, reanimación neonatal, ecografía y seguimiento del embarazo, monitorización del parto (cardiotocógrafo), sepsis en el parto; en el ámbito comunicativo: habilidades de comunicación interpersonal, orientación en planificación familiar, sensibilización sobre la preparación al parto; en el ámbito organizativo: gestión de stocks de medicamentos, sistemas de información sanitaria informatizados, mejora de la calidad.

d) La puesta en marcha de un sistema de recogida selectiva para el control y eliminación de los residuos sanitarios infecciosos. Implementación de la recogida selectiva de residuos en el Hospital Provincial y Centros de Salud Urbanos; construcción de un recinto de almacenaje intermedio en el Hospital Provincial; construcción de una fosa de eliminación controlada para residuos infecciosos, en colaboración con las autoridades municipales; apoyo al servicio municipal de recogida y transporte de residuos para establecer el sistema de recogida selectiva.

e) El apoyo y puesta en marcha de un servicio de ambulancia permanente y con enfermera, para que todos los casos de complicaciones obstétricas y neonatales ocurridos en las siete salas de parto periféricas puedan tener la adecuada asistencia en el menor tiempo posible.

f) El apoyo a la puesta en marcha de un servicio de un equipo móvil para la extensión de los programas de salud materno-infantil hasta las zonas rurales de acceso difícil. Funcionamiento de un programa de salidas semanales del equipo móvil en cuatro comunas rurales.

Además de la actividad de la maternidad española, el programa se amplía al resto de la provincia fruto del diagnóstico de situación realizado por la Fundació Clínic, tanto en núcleos urbanos como a nivel rural. Destaca la construcción de una sala de partos en la ciudad de Martil (30.000 habitantes) que carece de esta instalación y deben acudir a la Maternidad de Tetuán. Sólo tres ciudades de la provincia, Fnideq (43.992 habitantes), Mdiq (27.000), y Oued Laou (9.662), disponen de un centro de salud con paritorio y comadronas cualificadas para prestar atención obstétrica de urgencia. Estos centros dan también cobertura a las mujeres de las zonas rurales. Aunque disponen de equipamiento y personal, la calidad del servicio sufre dificultades relativas a la falta de medicamentos, falta de guardia permanente y déficit en formación de personal, esencialmente de los médicos generalistas, que deberían poder implicarse más activamente en

La Fundació Clínic puso desde marzo de 2001 un servicio de ambulancia para transferir las complicaciones obstétricas que necesiten cesárea, transfusión sanguínea o intervenciones sobre el recién nacido

En las zonas rurales, cinco centros de salud con sala de parto dan cobertura a la población rural, que vive dispersa por un territorio montañoso y sin vías de comunicación adecuadas. La mayoría de los centros fueron abiertos recientemente y presentan una tasa de utilización muy baja (1-2 partos al mes). Las mujeres siguen prefiriendo el parto a domicilio, atendido por parteras tradicionales, al desplazamiento hasta estos centros rurales

el programa de Maternidad Sin Riesgos. La Fundació Clínic puso desde marzo de 2001 un servicio de ambulancia para transferir las complicaciones obstétricas que necesiten cesárea, transfusión sanguínea o intervenciones sobre el recién nacido. Se prevé la reforma y equipamiento de las salas de parto existentes en estas tres ciudades.

En las zonas rurales, cinco centros de salud con sala de parto dan cobertura a la población rural, que vive dispersa por un territorio montañoso y sin vías de comunicación adecuadas. La mayoría de los centros fueron abiertos recientemente y presentan una tasa de utilización muy baja (1-2 partos al mes). Las mujeres siguen prefiriendo el parto a domicilio, atendido por parteras tradicionales, al desplazamiento hasta estos centros rurales. Aunque están bien equipados, estos centros no disponen de medios de transporte para la evacuación de casos complicados (a partir de marzo de 2001 utilizan la ambulancia gestionada por la Fundació Clínic) y dos de ellos no disponen de teléfono. El personal carece a menudo de una formación continuada y práctica. Tienen también dificultades en cuanto al stock de medicamentos y a los aspectos organizativos. De forma general se observan aspectos que pueden contribuir a la mortalidad materna de forma directa o indirecta: a) las puérperas reciben el alta durante las primeras 24 horas después del parto, quedando sin atención cualificada en caso de complicaciones puerperales; b) el trato con las embarazadas y puérperas no es el adecuado disminuyendo la aceptación de los servicios por parte de las mujeres embarazadas: falta de comunicación, de información sobre los actos médicos, de atención a sus necesidades (estufas, baño, presencia de familiares, confort); c) las condiciones de asepsia en las salas de parto no son adecuadas, con el consiguiente riesgo de transmisión de enfermedades; d) falta de protocolos sobre actuaciones básicas, transferencias, utilización de la medicación; e) falta de sistemas de recogida y eliminación segura de residuos sanitarios tóxicos; f) falta de un sistema fiable y estándar de información sanitaria.

Con el fin de mejorar las competencias del personal sanitario de la provincia, el programa ha previsto la celebración de tres cursos de formación sobre urgencias obstétricas y reanimación neonatal dirigidos al personal de centros periféricos, y tres cursos de formación sobre gestión de stocks de medicamento, sistemas de información sanitaria informatizados y planificación de proyectos, dirigidos también al personal del Hospital Provincial de Tetuán. Asimismo se prevé un estudio para determinar los problemas prioritarios de salud materno-infantil en la provincia en base a un diagnóstico sistemático y estudiar las diferentes alternativas de actuación.

Para conseguir que la población rural de las áreas más remotas tenga acceso a unos servicios de salud materno infantil preventivos y curativos, se prevé un equipo móvil de salud materno-infantil con un programa organizado de salidas semanales en 3 comunas rurales de la provincia, una selección y formación de agentes centinela para facilitar el seguimiento de embarazos y puerperios, y campañas de sensibilización sobre los riesgos del parto sin atención sanitaria ni seguimiento de embarazo.

En materia de eliminación de residuos sanitarios, se construirá un sistema de fosas para residuos infecciosos en el vertedero municipal de Tetuán, y

se formará al personal para la implementación de un sistema de recogida selectiva de residuos sanitarios del Hospital Provincial y centros urbanos, y apoyo a la Municipalidad en el sistema de transporte y eliminación.

También se debe destacar que la Fundació Clínic ha priorizado la colaboración de personal femenino para mejorar la relación paciente-personal sanitario. Además, siempre tutelados por las autoridades locales, se pretende introducir un elemento de dinamismo dentro del tejido sanitario marroquí, a través de la formación en un centro hospitalario referenciado en la calidad asistencial española. El nivel tecnológico del centro, por otra parte, será el mismo que tiene el sistema sanitario público marroquí. Por ello, la maternidad se equipa con un perfil tecnológico bajo pero con personal cualificado para hacer una correcta asistencia médica y gestión clínica.

La cooperación española, representada por la Fundació Clínic, participa en el grupo temático de salud reproductiva que en Marruecos reúne a los donantes internacionales principales: FNUAP, UNICEF, USAID, PNUD, OMS, Banco Mundial, Cooperación Belga y UE, además de España. El proyecto de la Fundació Clínic, además, bebe de la experiencia especialmente ilustrativa del proyecto piloto sobre maternidad sin riesgo en las regiones de Fez-Boulemane y Taza-Alhucemas-Taounate, con financiación de USAID e implementado por John Snow Inc. (JSI).

La cooperación española, representada por la Fundació Clínic, participa en el grupo temático de salud reproductiva que en Marruecos reúne a los donantes internacionales principales: FNUAP, UNICEF, USAID, PNUD, OMS, Banco Mundial, Cooperación Belga y UE, además de España

La AOD a través de las subvenciones de AECE a ONG

En el período 1995-2002, la ayuda canalizada a través de las convocatorias para ONG de la AECE (hasta 2000 las de IRPF y ordinaria, y desde 2001 a estrategias, programas y proyectos) para proyectos de salud reproductiva en Marruecos se cifra en cerca de 1.021 millones de pesetas, un 48,94% del total desembolsado. Sin embargo, el 75% de este total se concedió en los años 2001 y 2002 (765 millones de pesetas a Medicus Mundi, Fundació Clínic y Asamblea de Cooperación Por la Paz), salto cuantitativo que responde a que en ese año se reforma el sistema de convocatorias de la AECE para financiar no sólo proyectos, sino acciones de más envergadura y a más largo plazo como son los programas y las estrategias. También responde al hecho de que en dicha convocatoria conjunta a Estrategias, programas y proyectos publicada en el BOE el 27 de febrero de 2001, Marruecos era el único de los 33 países prioritarios que incluía la salud reproductiva como un sector prioritario. Las prioridades para Marruecos se definieron de la siguiente manera: "Necesidades sociales básicas, especialmente educación y salud básica, salud reproductiva y servicios sociales básicos. Inversión en el ser humano, especialmente formación profesional. Infraestructura y promoción del tejido económico, desarrollo rural integral."

Las ONG y entidades que han canalizado estas subvenciones son seis, la Fundació Clínic, la Asamblea de Cooperación Por la Paz (ACPP), Médicos del Mundo, Medicus Mundi, el Movimiento por la Paz el Desarme y la Libertad (MPDL) y Manos Unidas. Medicus Mundi es la entidad que mayor volumen ha recibido (534 millones), seguida de la Fundació Clínic (268 millones), de la Asamblea de Cooperación Por la Paz (93 millones) y de Médicos del Mundo (79 millones).

El Centro Assaida Al Horra del barrio tetuaní de Taboula, creado en 1999, también con ayuda de CODESPA, ofrece servicios médicos y, en especial, cuidados de urgencias y seguimiento de embarazos, vacunaciones y planificación familiar

Todas las acciones financiadas se han desarrollado en la zona norte (Alhucemas, Larache, Marihuari, Tánger y Tetuán), a excepción de la labor del MPDL en materia de violencia contra las mujeres, desarrollada en Rabat y Casablanca, y de Medicus Mundi en Rabat y Tiznit.

Un análisis de las estrategias aprobadas en 2001 nos muestra que de las siete que fueron aprobadas, tres de ellas incluyen actividades en Marruecos; son las presentadas por CODESPA, Fundación Promoción Social de la Cultura e Intermón. Ninguna de ellas centra su actividad en el sector de la salud reproductiva, si bien, como veremos, sí que incluyen algunas acciones al respecto. Pese a existir actividades que de una manera directa o indirecta entran dentro del sector de salud reproductiva, la integralidad de las acciones hace difícil medir la AOD dedicada al sector en el marco de las estrategias.

La estrategia de la **Fundación CODESPA** "Contribuir a la generación de empleo en los PVDs para ayudar a las personas y comunidades a mejorar sus condiciones de vida, fortaleciendo al mismo tiempo las instituciones locales" a desarrollar en 2001-2004, dedica el 23% de la ayuda a Marruecos. Incluye algunos proyectos cuyas actividades van dirigidas a la alfabetización de las mujeres y a ofrecerles asistencia sanitaria, en Tánger y Alhucemas a través de la Fondation Zakoura, y en Tetuán mediante la contraparte local Association Centre Assaida Al-Horra. En el barrio de Mesnana, en Tánger, también se apoya la creación de un centro de servicios básicos comunitarios y la habilitación de un dispensario de salud básica. El Centro Assaida Al Horra del barrio tetuaní de Taboula, creado en 1999, también con ayuda de CODESPA, ofrece servicios médicos y, en especial, cuidados de urgencias y seguimiento de embarazos, vacunaciones y planificación familiar.

En el marco de la estrategia de la **Fundación Promoción Social de la Cultura**, "Estrategia para el Desarrollo en el Mediterráneo", que concentra el 64% de su presupuesto a Territorios Palestinos y el Líbano, Marruecos recibe 1,2 millones de euros (el 9%). Se incluye la formación de formadores en género dirigido a agentes de desarrollo local, consistente en la organización de talleres regionales sobre "Integración del Enfoque de Género en el Análisis y Planificación de Proyectos de Desarrollo: Estrategias, Métodos y Herramientas" y formación local dirigidos a personal del terreno de organizaciones y asociaciones como la Association Démocratique des Femmes du Maroc (ADFM).

La estrategia de **Intermón** "Estrategia de cooperación por el derecho a una vida digna de las poblaciones empobrecidas de 19 países del sur", se encuentra muy atomizada, y Marruecos se beneficia de 1,5 millones de euros para los cuatro años, un 11% del total. En Marruecos incluye entre sus objetivos incrementar el acceso y permanencia en la escolarización de niños y niñas y promover el acceso a servicios de salud básica en tres comunidades rurales de la provincia de Azilal. En concreto en 2001 se abrió un almacén para medicamentos y una sala de curas, además de organizar visitas quincenales de un equipo médico.

Por lo que respecta a los programas subvencionados en 2001, de los 23 aprobados, dos correspondían íntegramente o prioritariamente a Marruecos: el de CIDEAL y el de la Fundació Clínic (éste compartido con

Mozambique). Otros que también incluyen a Marruecos entre los países del programa son IPADE, ISCOD, y la Fundación Paz y Solidaridad.

El programa de **CIDEAL** "Desarrollo Integral de Sectores Especialmente Vulnerables del Norte de Marruecos", por valor de 450 millones de pesetas para 2001-2003, está dirigido básicamente a la mejora de la condición de la mujer, a través de alfabetización, capacitación profesional, y en menor medida sensibilización sobre cuestiones de salud. IPADE, desarrolla sus acciones en las infraestructuras y promoción del tejido económico rural en la provincia de Chaouen. ISCOD y Paz y Solidaridad centran su actividad en la cooperación sindical.

El programa de la **Fundació Clínic**, "Prioridades materno-infantiles y desarrollo: Investigación, asistencia técnica y formación para el desarrollo de las comunidades y el alivio de la pobreza" en Marruecos y Mozambique" es el único que, de una manera directa, apoya al sector de salud reproductiva, y sus acciones se enmarcan en el proyecto iniciado por la cooperación española en Tetuán. La financiación destinada al programa es de 215,6 millones de pesetas para 2001-2003. Para el primer año de ejecución, 2001, la financiación de la AECEI es de 71.854.429 pesetas.

Los resultados de la convocatoria a programas y proyectos de 2002, muestra el afianzamiento de la tendencia a financiar acciones de salud reproductiva en el norte de Marruecos. Uno de los cuatro programas aprobados es el de **Medicus Mundi** "Atención materno-infantil en el norte de Marruecos", por valor de 2.745.874 euros (unos 456,9 millones de pesetas) a repartir en tres años. En el primer año, 2002, se destinaron 921.874 euros (153,4 millones de pesetas), y los dos años siguientes se desembolsarán 912.000 euros anuales (151,7 millones de pesetas).

Medicus Mundi, en concreto su asociación en Andalucía, ha desarrollado desde 2000 su actividad principal en la wilaya de Tánger, donde se realizan acciones de mejora de la atención materno-infantil. El proyecto de Tánger tiene como objetivo la mejora de la salud reproductiva de las mujeres de la zona a través de la ampliación y cualificación de la atención materno-infantil mediante las siguientes líneas de trabajo: a) construcción de un consejo consultivo de amplia representación social e institucional en salud materno-infantil y reproductiva de la Wilaya de Tánger; b) constitución de una unidad mixta de apoyo al proyecto mediante un programa de formación continua; c) actividades de formación del personal sanitario que se ocupa de la atención materno-infantil y de la planificación familiar; d) estancias de formación en España con el objetivo de crear enlaces de profesionales de ambas orillas; e) actividades de formación de las parteras informales o tradicionales; f) mejora del equipamiento de las infraestructuras sanitarias. La población beneficiaria del proyecto son los 675 técnicos sanitarios de las delegaciones de salud de Tánger y Beni Makada y las 230.000 mujeres en edad reproductiva de la zona.

Con posterioridad, Medicus Mundi a través del programa iniciado en 2002, amplía sus acciones a las provincias de Alhucemas, Nador, Larache y Chaouen, mediante apoyo a formación e infraestructuras.

Medicus Mundi, en concreto su asociación en Andalucía, ha desarrollado desde 2000 su actividad principal en la wilaya de Tánger, donde se realizan acciones de mejora de la atención materno-infantil. El proyecto de Tánger tiene como objetivo la mejora de la salud reproductiva de las mujeres de la zona a través de la ampliación y cualificación de la atención materno-infantil

Médicos del Mundo fue la ONG sanitaria española con mayor actividad en materia de salud sexual y reproductiva en Marruecos entre 1995 y 2001. Además es la única ONG española que ha realizado proyectos específicos de planificación familiar con apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional

También destaca, por primera vez, el apoyo a este tipo de acciones fuera de la zona norte, en concreto en la provincia de Tiznit, al sur de Marruecos, que corresponde a la antigua provincia española de Sidi Ifni. Allí, Medicus Mundi, construye y equipa un centro de salud, a la vez que realiza labores de formación y comunicación interpersonal y detección de riesgos en consultas prenatales y posnatales para el personal sanitario de la delegación provincial. También a través de la cooperación descentralizada se apoyan acciones de formación al personal de neonatología del Hospital Público de Rabat.

La **Asamblea de Cooperación Por la Paz** inició en 2001 su presencia en Marruecos con un proyecto de envergadura en la provincia de Nador, en cooperación con CECODEL (Centro de Estudios Cooperativos para el Desarrollo Local). El proyecto cuenta también con la participación de la Agencia de Desarrollo de las Provincias del Norte, el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Condición de la Mujer, la Protección de la Familia y de la Infancia y la Integración de los Discapacitados, el Consejo Provincial de Nador, ayuntamientos rurales y urbanos, la Asociación de Médicos de Nador y la Asociación de Farmacéuticos de Nador. Su campo de actuación es amplio, si bien la cobertura de la salud reproductiva en la zona es una de las prioridades del proyecto. Las acciones que incluye son la puesta en funcionamiento de una Unidad Clínica Móvil, la rehabilitación y equipamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial de Nador y el Servicio de Urgencias Hospitalarias, la adquisición y equipamiento de dos ambulancias, la realización de cursos de formación destinados al personal técnico encargados de los equipos, campañas de vacunación y sensibilización sobre conductas higiénico-sanitarias y medioambientales así como de potencialización del acceso de las mujeres a un seguimiento continuo y preventivo en salud materno-infantil.

Médicos del Mundo fue la ONG sanitaria española con mayor actividad en materia de salud sexual y reproductiva en Marruecos entre 1995 y 2001. Además es la única ONG española que ha realizado proyectos específicos de planificación familiar con apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional. La colaboración de Médicos del Mundo con la Asociación Marroquí de Planificación Familiar (AMPF) ha permitido la creación de un sistema de salud sexual y reproductiva de base comunitaria en Al-Hoceima primero (1996-1999), y en Larache después (1999-2001). Sin embargo, el refuerzo de dicha red en las provincias del norte se truncó al no poder conseguir la financiación necesaria para un nuevo sistema en la provincia de Nador en 2001, que replicaba las experiencias anteriores.

La estrategia de Médicos del Mundo fue dar apoyo a la AMPF en su estrategia de extender la implantación de programas de servicios de base comunitaria ya existentes en Rabat, Marrakech, Fez, Tánger, Agadir y Casablanca. En este sentido la estrategia conjunta se basó en ampliar los servicios de base comunitaria, con un enfoque lo más integral posible de salud sexual y reproductiva y accesible a las poblaciones más marginadas como es la población rural y periurbana, con unas necesidades no satisfechas en la materia. Así pues, las intervenciones se centraron en la creación de un centro fijo de salud sexual y reproductiva y de la extensión a toda la provincia mediante una unidad móvil que acercara estos servicios a la población rural. Paralelamente se creó una red de agentes o voluntarios comunitarios, previamente formados.

El sistema ideado por la AMPF, apoyado por Médicos del Mundo, trata de implicar a una líder de cada aldea en el fomento de los anticonceptivos. Las agentes comunitarias reciben de los equipos móviles una formación básica sobre el uso de las píldoras, condones y DIU. Después de unas primeras visitas a la aldea, en las que el médico prescribe a cada mujer el método que mejor se adapta a sus necesidades, la agente recibe un depósito de píldoras y preservativos, que distribuirá desde su propia casa. La furgoneta entregada por Médicos del Mundo dispone de un vídeo y un televisor para difundir mensajes de planificación familiar, y donde hay consulta médica las charlas se hacen en las salas de los centros.

El MPDL apoyó con financiación de la AECI a la Unión de Acción Femenina (UAF) en los Centros Annajda en Rabat de apoyo a las mujeres víctimas de la violencia a través de la asistencia jurídica, médica y social. Esta es la acción más cercana al sector de salud sexual y reproductiva, sin embargo, otras acciones del MPDL en Marruecos, han ido principalmente enfocadas a la integración de la mujer en el desarrollo, en Alhucemas, Rabat y Casablanca. En la Comuna rural de Izemmouren, en la provincia de Alhucemas, una de las zonas más castigadas por la falta de infraestructuras, el éxodo masivo, y la cultura de la marihuana, con una tasa de desescolarización y analfabetismo femenino de casi el 70%, se realiza un proyecto de Formación y promoción de mujeres con la construcción y equipamiento de un centro para impartir cursos de alfabetización y formación profesional en el sector textil. En otras zonas del Rif como Beni Hadifa se apoya a ONG rifeñas que imparten talleres de educación para la salud, alfabetización jurídica. También en Rabat se trabaja con financiación de la Comisión Europea (proyectos MEDA democracia) con la contraparte Jossur, en un centro de alfabetización jurídica para mujeres, donde se enseña a leer y escribir y a aprender procedimientos para la reivindicación de sus derechos, el estatuto personal, etc..

Por último, **Manos Unidas** realizó un proyecto de mejora de las condiciones de salud y atención materno-infantil en la localidad de Marihuari, fronteriza con Melilla.

La AOD a través de las Comunidades Autónomas

La cooperación autonómica ha destinado 135 millones de pesetas a salud reproductiva en Marruecos entre 1995 y 2002. Más del 72% de esta ayuda corresponde a la Junta de Andalucía, el 23% a la Junta de Castilla-La Mancha y casi el 5% restante a la Generalitat de Catalunya. La **Junta de Andalucía** es la única administración autonómica que ha financiado desde 1996 proyectos de salud sexual y reproductiva en Marruecos con una cierta continuidad. Además, parte de su ayuda se ha canalizado a través de la cooperación directa.

La cooperación de la **Junta de Andalucía** con Marruecos tiene una larga tradición, tanto por lazos geográficos, como históricos y culturales. En 1996 se suscribe en Rabat la declaración de Intenciones para la Cooperación entre la Junta de Andalucía y el Reino de Marruecos durante el período 1996-2000. En dicha declaración se expresan las áreas geográficas prioritarias y los sectores de actuación preferente. En 1999 se firmó un Addenda que ampliaba los sectores de intervención e incorporaba a la Agencia para el Desarrollo de las Prefecturas y Provincias del Norte de

La cooperación autonómica ha destinado 135 millones de pesetas a salud reproductiva en Marruecos entre 1995 y 2002. Más del 72% de esta ayuda corresponde a la Junta de Andalucía, el 23% a la Junta de Castilla-La Mancha y casi el 5% restante a la Generalitat de Catalunya. La Junta de Andalucía es la única administración autonómica que ha financiado desde 1996 proyectos de salud sexual y reproductiva en Marruecos con una cierta continuidad

En el año 2000 se inicia una segunda fase de la cooperación entre Andalucía y Marruecos con la elaboración y aprobación de un Programa de Desarrollo Transfronterizo (PDT). A partir de la experiencia adquirida, el impacto de las acciones realizadas y la voluntad de continuar cooperando de las dos administraciones se fundamenta el desarrollo conjunto y equilibrado de ambas zonas

Marruecos como organismo de coordinación entre las administraciones andaluza y marroquí. Con posterioridad se suscribieron los memorandos de entendimiento para los sectores de la energía, la administración local, el medio ambiente (protección de recursos naturales y lucha contra la contaminación), la salud, la cooperación empresarial, las obras públicas (asistencia técnica para la planificación y gestión de infraestructuras hidráulicas y viarias), el autoempleo y la economía social, la cultura y la agricultura. El ámbito geográfico de actuación de la Junta de Andalucía en este período fueron las provincias del norte: Larache, Tánger, Tetuán, Chefchaouen, Alhucemas, Taounate y Nador.

En materia de sanidad y salud pública, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y la Agencia para el Desarrollo de las Prefecturas y Provincias del Norte de Marruecos, se han desarrollado los siguientes proyectos: asesoramiento técnico y equipamiento para el desarrollo de las actividades sanitarias del Hospital de Ben Karris (wilaya de Tetuán); rehabilitación del Hospital de Ben Karris; puesta en marcha de dos centros de salud primaria (uno urbano y otro rural) en Tetuán y Chefchaouen, respectivamente; educación para la salud de las mujeres y jóvenes del área sanitaria de la Wilaya de Tetuán: planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y vigilancia epidemiológica.

En el año 2000 se inicia una segunda fase de la cooperación entre Andalucía y Marruecos con la elaboración y aprobación de un Programa de Desarrollo Transfronterizo (PDT). A partir de la experiencia adquirida, el impacto de las acciones realizadas y la voluntad de continuar cooperando de las dos administraciones se fundamenta el desarrollo conjunto y equilibrado de ambas zonas. Se trata, en definitiva, de superar el estadio de "cooperación" e iniciar el de "asociación", en línea con el Proceso de Barcelona de 1995. El PDT es un instrumento innovador, y otorga un carácter transfronterizo a las actuaciones que se desarrollen. También es innovador pues se concreta entre una región de la UE y un país socio mediterráneo, y en este sentido, participa de los objetivos y de las orientaciones para la cooperación transfronteriza en el contexto de la UE.

Se desarrolla en un ámbito territorial preciso, su estructura se concreta mediante unos ejes prioritarios de desarrollo y está presidido por el enfoque integrado de las actuaciones y por la plurianualidad. Asimismo, y teniendo en cuenta su integración en los planes de desarrollo marroquíes, es un programa cofinanciado por la Junta de Andalucía y el Gobierno de Marruecos. El PDT se estructura a partir de siete ejes prioritarios, que son desarrollados por medidas específicas que son ejecutadas, a su vez, mediante proyectos concretos de desarrollo. La cooperación entre la Junta de Andalucía y el Reino de Marruecos se extenderá a los diferentes sectores en los que se ha detectado una necesidad de intervención debido a la situación de la población, seleccionando siempre aquellos en los que la Junta de Andalucía puede aportar una experiencia de desarrollo.

Los ejes prioritarios de intervención y medidas son:

1-Servicios sociales básicos: lucha contra la pobreza, educación y salud.

2-Desarrollo Social: mujer, infancia, juventud, minusválidos, mayores y consumidores.

3-Desarrollo económico: agricultura y desarrollo rural, fomento de la economía social, empleo, comercio interior y cooperación empresarial.

4-Infraestructuras: transportes y saneamiento de agua.

5-Fortalecimiento institucional: formación de funcionarios de la administración local y regional e intercambio de experiencias en materia de descentralización.

6-Medio ambiente y energías alternativas.

7-Cultura y patrimonio histórico.

El área geográfica de intervención continúa siendo la zona norte de Marruecos pero ampliada a otras provincias: a) Región Tánger-Tetuán: provincias de Chefchaouen, Larache y Tetuán; b) Región Taza-Alhucemas-Taounate: provincias de Taza, Taounate y Alhucemas; c) Región Oriental: provincias de Jerada, Berkane, Taourirt, Figuig y Nador.

En materia de salud reproductiva, la cooperación directa de la Junta de Andalucía ha sido ejecutada por la **Fundación Progreso y Salud**, y ha consistido en el apoyo en 1999, mediante un desembolso de 26,3 millones de pesetas, a un Programa de Educación para la Salud de la población juvenil y de la mujer. La Fundación Progreso y Salud es una fundación de competencia autonómica, de marcado carácter público, creada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, sin ánimo de lucro, cuyo objeto es realizar actividades que supongan un incremento en la salud de la población y una mejora en el funcionamiento de los servicios sociosanitarios.

En materia de subvenciones a ONG, el mayor desembolso de la Junta corresponde al proyecto de mejora de los servicios de urgencias y emergencias sanitarias en Alhoceima y Nador, a cargo de la Asamblea de Cooperación por la Paz. Este proyecto también ha sido financiado por la Comunidad de Castilla-La Mancha.

También destaca el apoyo recibido por **la Fundación Internacional de Síntesis Arquitectónica (FISA-Sevilla)**, entre 1996 y 1997, a dos proyectos de centros de educación en planificación familiar en Salé y en Fez. El primero también recibió financiación del Ayuntamiento de Barcelona a través de la Associació per a les Nacions Unides a Espanya.

El proyecto financiado en 1997 se trata de un centro-hammam promovido por FISA-Sevilla en Sahrjij Gnaoua, barrio dormitorio de Fez. El proyecto consistía en la creación de un centro de dinamización social y económica y de un centro de formación y de planificación familiar para la mujer. La acción del proyecto gira alrededor de dos ideas principales: educación y formación en cuestiones de planificación familiar y de educación sexual para las mujeres musulmanas analfabetas y dinamización social y económica de las mujeres. Para ello, las acciones llevadas a cabo son la alfabetización, el apoyo a los microproyectos, la creación de un club para los jóvenes, de un club para niños, el acondicionamiento de un jardín y de espacios verdes, la información cívica y jurídica para las mujeres analfabetas. Las diferentes fases del proyecto se desarrollaron

En materia de salud reproductiva, la cooperación directa de la Junta de Andalucía ha sido ejecutada por la Fundación Progreso y Salud, y ha consistido en el apoyo en 1999, mediante un desembolso de 26,3 millones de pesetas, a un Programa de Educación para la Salud de la población juvenil y de la mujer

Las “tayabates” (masajistas) y la “gallassa” (cajera) formadas por la AMPF informan a las mujeres sobre los métodos de planificación de los nacimientos, las enfermedades transmisibles y contagiosas, la mortalidad materna, la prevención contra los embarazos de riesgo y sobre otros temas

de forma complementaria. Por una parte, la construcción del hammam propiamente dicha y la constitución de una cooperativa de albañiles; por otra parte, las acciones conjuntas con las ONG locales para prepararlas a la acción posterior, en el Hammam y el Centro de dinamización social y económica.

El equipo de FISA-Magreb en Fez, asociado al de FISA-Sevilla, se basó en la encuesta y los estudios sobre los hammams de Fez para realizar un trabajo de planificación y de ejecución del hammam, en relación con las ONG locales siguientes: la Delegación regional de la AMPF en Fez, la Delegación del Ministerio de Salud, la Asociación Marroquí Solidaridad Sin Fronteras (AMSSF-Fez), el Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros (CIMME-Sevilla), la Asociación Espace Point de Départ (ESPOD) en Fez, la Fundación Zakoura en Fez, la Agencia Nacional de Lucha contra el Hábitat Insalubre (ANHI) en Fez, la Asociación Marroquí de Desarrollo y Protección del medio Ambiente en Fez (AMDPE).

A nivel arquitectónico, la construcción del Centro-Hammam de Dinamización Social y Económica fue una obra piloto de formación, una primicia en todo Marruecos, que permitió introducir, en un entorno repleto de viviendas clandestinas, algunos ejemplos prácticos de solidez de cimientos, aislamiento sonoro y térmico en las viviendas, utilización de materiales locales y tradicionales y de técnicas de construcción de cúpulas y bóvedas. Así, se apoyó la creación de dos cooperativas de albañiles y de carpinteros, cada una con siete profesionales que viven en el barrio. Estas cooperativas trabajaron en la construcción del Hammam y se beneficiaron de las acciones de formación previstas en el proyecto.

La acción incluía actividades de diversas asociaciones. La acción de la Fundación Zakoura consistía en otorgar microcréditos a las mujeres que desearan llevar a cabo un proyecto y a formarlas sobre los principios básicos de gestión. La AMSSF inició una campaña de alfabetización con 180 mujeres en la escuela Ibnou Nafiss en una sala puesta a disposición de la asociación. Más concretamente en materia de salud reproductiva, las acciones realizadas por la AMPF incluían un curso de alfabetización funcional para mujeres, información y orientación de la población sobre salud reproductiva y planificación familiar (folletos explicativos, distribución de productos contraceptivos, puesta en marcha de una célula de escucha por teléfono para la prevención de ETS).

El complejo consta de un horno de pan y café, un hammam, un centro médico y local de la AMPF, un centro para ONG y farmacia. Sobre un terreno de 2.500 m² cedido por la ANHI de Fez, este hammam educativo es concebido de manera funcional. Además de las tres salas tradicionales, fría, tibia y caliente, se prevén espacios para los diferentes servicios. A título de ilustración, las “tayabates” (masajistas) y la “gallassa” (cajera) formadas por la AMPF informan a las mujeres sobre los métodos de planificación de los nacimientos, las enfermedades transmisibles y contagiosas, la mortalidad materna, la prevención contra los embarazos de riesgo y sobre otros temas. Las “tayabates” y la “gallassa” son en este proyecto las mujeres dinamizadoras que aconsejan a las mujeres de Sahrij Gnaoua y las orientarán hacia el centro de acción integrado, anexo al hammam educativo.

¿Por qué un hammam y no otra infraestructura de base más común a los proyectos de salud? Básicamente porque el hammam forma parte integrante de la cultura popular. Todo el mundo ha acudido al menos una vez al hammam. Además, el hammam es por excelencia un lugar de recuperación social, un espacio de encuentro y de relajación donde las mujeres hablan y escuchan. Es pues un lugar ideal para desarrollar una cultura de comunicación y un conocimiento del propio cuerpo. La idea del centro-hammam de educación sexual y planificación familiar es una buena solución para un medio musulmán iletrado, y facilita el acceso a métodos de planificación familiar, de salud reproductiva y de higiene en un entorno adaptado a la cultura popular, fruto de FISA-Magreb y discutido con expertos de la OMS (fue la OMS quien encargó a esta ONG el estudio de necesidades mínimas de desarrollo en este barrio). Además de la financiación de la cooperación española también ha recibido el apoyo de la cooperación holandesa.

Mujeres en Zona de Conflicto (MZC) es otra ONG que recibe el apoyo de la Junta de Andalucía para acciones de salud reproductiva en Marruecos. Su actuación se centra en la provincia de Chefchaouen, y tiene por objetivo mejorar la educación y la atención en materia de salud reproductiva para reducir la elevada mortalidad materna e infantil, a través de un Centro de Información y Atención a la Mujer. En una primera fase, se ha llevado a cabo un plan integral de información sobre salud reproductiva, planificación familiar y hábitos higiénicos, compuesto en principio por una campaña basada en carteles, dípticos, radio y prensa. Sin embargo, el alto nivel de analfabetismo ha resultado ser un obstáculo para este proyecto, que se intenta superar a través de charlas dirigidas a las asociaciones locales de mujeres y pequeños grupos vecinales en la capital, mientras que para la provincia, donde existen 23 comunas rurales, se están creando equipos informativos.

Desde que la idea de poner en marcha un Centro de Atención e Información a las mujeres en Chefchaouen surgió en MZC, estaba claro que era indispensable iniciar este proyecto con la puesta en marcha de una campaña informativa, debido a la práctica inexistencia de una cultura sanitaria. Cuando la mujer se educa en materias de salud y comienza a poner en práctica hábitos de conducta más saludable, ésta lo transmite a sus hijos e hijas. Las mujeres son educadoras, cuidadoras y transmisoras de valores en la sociedad, de tal forma que si se conciencian del valor de la educación en la salud, poco a poco irán modificando conductas a nivel social.

Para la segunda fase de este proyecto, MZC prevé que el Centro cuente con capacidad técnica para prestar servicios de salud reproductiva, planificación familiar y apoyo psicológico y jurídico, a través de la contratación de personal experto, que se está preparando en estos momentos. Esta formación está dirigida tanto al personal de asistencia como al de gestión y atención. Este programa está vinculado desde sus inicios al Ministerio de la Juventud y Deportes – División de Asuntos Femeninos, y también cuenta con la implicación de asociaciones locales de mujeres, que entienden el proyecto como una forma de reforzar y consolidar la débil sociedad civil. Una tercera fase del proyecto consiste en una unidad móvil que cubrirá las necesidades de la población rural, y que ha recibido el apoyo del Ayuntamiento de Córdoba.

Mujeres en Zona de Conflicto (MZC) es otra ONG que recibe el apoyo de la Junta de Andalucía para acciones de salud reproductiva en Marruecos. Su actuación se centra en la provincia de Chefchaouen, y tiene por objetivo mejorar la educación y la atención en materia de salud reproductiva para reducir la elevada mortalidad materna e infantil, a través de un Centro de Información y Atención a la Mujer

La AOD en salud reproductiva a Marruecos canalizada a través de las administraciones locales entre 1995 y 2002 asciende a unos 81 millones de pesetas (...) La administración local que más ha contribuido al sector de la salud sexual y reproductiva en Marruecos en el período 1995-2002 es el Ayuntamiento de Madrid

La **Generalitat de Catalunya** también ha apoyado mediante subvenciones a **SODEPAU**, acciones encaminadas a reducir la mortalidad materna e infantil mejorando la asistencia a la salud reproductiva, las infraestructuras locales y desarrollo rural. SODEPAU impulsa una red de centros de salud de atención primaria en zonas rurales de las provincias de Tetuán y Chefchaouen. La ejecución del proyecto se realiza con la contraparte marroquí Al-Mahron y con la misma población local a través de sus organizaciones locales asociativas de diferentes tipos y estructuras, y con la colaboración del Ministerio de Salud a través de sus delegaciones provinciales. Las acciones que SODEPAU ya ha desarrollado contemplan la construcción de un dispensario y de puentes de acceso en la región de Al-Khezana en el Rif, una zona donde la cobertura sanitaria es claramente insuficiente, donde hay una falta de sensibilización de la población respecto a los problemas sanitarios y normas de higiene, donde el agua potable es deficitaria cualitativamente y donde no existen medios financieros que permitan la compra de medicamentos. Existen elevadas tasas de mortalidad infantil y materna, y el analfabetismo de las mujeres alcanza el 98%. El aislamiento de cualquier centro de salud pública es patente, pues el centro de salud más cercano (Bab Taza) se encuentra a varias horas de camino. Estos enclaves de población rural se benefician poco de los grandes proyectos de mejora de la salud sexual y reproductiva, pues su acceso se ve limitado por su aislamiento, y por la necesidad de grandes inversiones de infraestructuras viarias para conectarlos con la red sanitaria. Cabe decir que la especificidad del proyecto reside además en la implicación no sólo de la población local, sino también de la población emigrada a Europa y originaria de la región en el diseño y propuesta del proyecto.

El centro, equipado con una sala de visitas, una sala de espera y otra de consultas y pequeñas intervenciones contará con la asistencia de un médico, dos enfermeros y un guarda, y con él se pretende reducir la mortalidad materna e infantil. Asimismo, se ha mejorado el acceso y conexión de la comunidad con las principales vías de comunicación. Además se promueve la sensibilización y formación para mujeres en particular (adultas y adolescentes) en salud e higiene.

La AOD de las administraciones locales

La AOD en salud reproductiva a Marruecos canalizada a través de las administraciones locales entre 1995 y 2002 asciende a unos 81 millones de pesetas. Cabe decir que los datos relativos al sector referentes a la AOD canalizada a través de las administraciones locales hay que tomarlos con la prudencia que merece el hecho de que se basan en la información que se ha podido recoger hasta el momento sobre la AOD de los entes locales, que no es ni mucho menos completa, dada la multiplicidad de actores y la dificultad en obtener dichos datos. La administración local que más ha contribuido al sector de la salud sexual y reproductiva en Marruecos en el período 1995-2002 es el **Ayuntamiento de Madrid** con 43,6 de los más de 81 millones destinados en dicho período. La subvención de Madrid se destinó a **Cruz Roja** para rehabilitar y equipar un centro materno-infantil en Larache en 1996-1997.

Le sigue el **Ayuntamiento de Barcelona**, con unos 14,2 millones, que apoyó dos acciones, la primera en 1996 a favor de un centro de educación y planificación familiar para la Mujer en Salé, a través de la **Associació**

per a les Nacions Unides a Espanya, de Barcelona. Este proyecto fue también financiado por la Junta de Andalucía a través de la entidad FISA-Sevilla. La segunda acción financiada, en 1999, fue el proyecto de sanidad, infraestructuras locales y desarrollo rural ejecutado por SODEPAU con el fin de disminuir la mortalidad materna e infantil en la zona norte de Marruecos. Esta acción también recibió el apoyo de otras administraciones locales de Catalunya como los ayuntamientos de Cornellà de Llobregat, Igualada y Viladecans, todos ellos de la provincia de Barcelona.

Por lo que respecta a las administraciones locales de Andalucía, destaca el apoyo del Ayuntamiento de Córdoba al proyecto que desarrolla la ONG andaluza Mujeres en Zona de Conflicto (MZC) en la provincia de Chefchaouen. El Ayuntamiento de Córdoba financió en 2001, con 6,2 millones de pesetas una unidad móvil de atención, información y capacitación en la salud reproductiva. El proyecto consiste en la creación de una unidad móvil habilitada para cumplir las funciones de atención, información-sensibilización y capacitación primaria en salud reproductiva, que se desplazará por los duares de Chaouen informando a las mujeres en materia de salud reproductiva y los problemas derivados de la falta de atención para ellas y sus familias. Los módulos de información y sensibilización son muy gráficos y sencillos pues es necesario tener en cuenta que el 92% de la población rural femenina es analfabeta. Actualmente la sensibilización y la información ha llegado a 10.000 beneficiarias de las zonas rurales. Además el proyecto contempla un módulo de capacitación de matronas tradicionales, en prácticas más higiénicas y saludables, como método más eficaz para combatir las infecciones materno infantiles, desencadenantes en muchos caso de muerte. Esta unidad móvil sirve de apoyo al Centro de Atención e Información a las Mujeres financiado por la Junta de Andalucía anteriormente mencionado.

La Diputación de Jaén ha apoyado la formación sanitaria realizada por Medicus Mundi Andalucía al personal del servicio de neonatología del Hospital Público de Rabat. Este proyecto se basa en dar una formación teórica y práctica, en Rabat, al personal sanitario a través de tres talleres. De entre todos ellos se seleccionará a los más motivados para completar la formación en Andalucía, en algunos centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Los talleres programados son de formación de personal sanitario en identificación de problemas, búsqueda de soluciones y comunicación interpersonal, de formación en técnica y práctica con el recién nacido, y de formación en educación para las madres.

Otros ayuntamientos andaluces, como el de Cádiz y el de Chiclana de la Frontera, han financiado en 1999-2000 un proyecto de la Asociación Solidaria y Progresista de Andalucía (ASPA), que consiste en ofrecer asistencia social y sanitaria a mujeres de Inzourem, Alhoceima, además de promover la alfabetización y la formación profesional.

Referente al año 2002, destaca la subvención otorgada a Médicos Sin Fronteras por parte de la Diputación Foral de Álava, por valor de 7,5 millones de pesetas a un proyecto de mejora de la condición sociosanitaria de las mujeres en marginación de Casablanca. En el marco de este proyecto se apoya a las mujeres que trabajan en la prostitución, con el objetivo de contribuir a la mejora de su situación sociosanitaria. El pro-

Por lo que respecta a las administraciones locales de Andalucía, destaca el apoyo del Ayuntamiento de Córdoba al proyecto que desarrolla la ONG andaluza Mujeres en Zona de Conflicto (MZC) en la provincia de Chefchaouen. El Ayuntamiento de Córdoba financió en 2001, con 6,2 millones de pesetas una unidad móvil de atención, información y capacitación en la salud reproductiva

yecto tiene una duración prevista de dos años y trabaja principalmente en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, consultas médicas sobre estas enfermedades y atención psicosocial. La Diputación de Álava también ha subvencionado en 2002 a la ONG Tierra de Hombres para un proyecto de sensibilización y prevención de Sida a madres solas en Marruecos.

Por último, el **Ayuntamiento de Cáceres** ha dado apoyo en 2002 al proyecto "El hogar materno" por una maternidad sin riesgo, de UNICEF.

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

Conclusiones

CONCLUSIONES

Marruecos es un país de desarrollo humano medio, pero que en muchos aspectos de desarrollo social se encuentra al nivel de países de desarrollo humano bajo. Ello es fruto de la distancia existente entre el desarrollo económico y el desarrollo social del país. Así, la riqueza de Marruecos no parece redistribuirse de manera equitativa, ni atender a las necesidades sociales básicas de la población. El país se caracteriza por un desarrollo dual, a dos velocidades, con importantes desigualdades entre el medio rural y el medio urbano.

Asimismo, si medimos la pobreza con baremos estrictamente económicos o introducimos un enfoque de pobreza humana que incluya el acceso a servicios sociales básicos, nos encontramos con resultados muy diferentes. La población marroquí se caracteriza en general por una elevada vulnerabilidad, el 19% es económicamente pobre y cerca del 43% de la población puede bascular en la pobreza tras ciertas adversidades de la vida cotidiana. Ahora bien, medida en acceso a servicios sociales básicos, el 36,4% de los marroquíes son pobres. Además, hay que subrayar que hasta hace pocos años, los frutos del desarrollo han sido recogidos principalmente por la sociedad urbana, dejando al margen a la población rural y a la población periurbana y marginada de las grandes ciudades.

Los principales obstáculos a superar en el desarrollo de Marruecos son el elevado analfabetismo, la debilidad del sistema educativo y las deficiencias de la cobertura sanitaria, en especial en zonas rurales. A ello hay que añadirle la segunda dualidad en el proceso de desarrollo de Marruecos, la de género, hombres y mujeres no se benefician igual de los avances del país.

Marruecos está realizando desde finales de los noventa un esfuerzo por situar su desarrollo humano al nivel de su crecimiento económico. La reorientación de las prioridades de las políticas públicas hacia los servicios sociales, al mundo rural y a las mujeres deberá reducir las disparidades existentes. Esta decisión es fruto, por un lado, de la necesidad de contrapesar las consecuencias de los programas de ajuste económico que Marruecos siguió disciplinadamente en los ochenta y, por el otro, por la necesidad de atender la presión ejercida por las nuevas generaciones en términos de demandas sociales. En menos de 30 años Marruecos ha pasado de 11 millones de habitantes a más de 28; en este contexto los menores de 20 años representan el 50% de la población, y la falta de

En materia de salud, se han realizado grandes avances, mayormente en salud infantil, permaneciendo la salud materna y en general los aspectos de salud sexual y reproductiva como una de las prioridades del país

empleo, de vivienda y la exclusión son problemas crecientes que se añaden a la migración del campo a la ciudad, creando tensiones sociales que deben ser atendidas. Así pues el factor demográfico aparece como un elemento a tener en cuenta en la planificación del desarrollo económico y social de Marruecos.

La financiación de los servicios sociales básicos se presenta hoy como una necesidad acuciante tanto a nivel nacional como internacional. En especial el sector de la educación necesita grandes inversiones pues es una de las causas principales del retraso social del país. En materia de salud, se han realizado grandes avances, mayormente en salud infantil, permaneciendo la salud materna y en general los aspectos de salud sexual y reproductiva como una de las prioridades del país, además de la extensión de la cobertura sanitaria primaria a todo el país, en especial al mundo rural.

La situación de la mujer marroquí ha evolucionado notablemente en los últimos años. Existe una mayor representación en las instituciones políticas, y en los sectores productivos, si bien su participación en la toma de decisiones familiares sigue siendo débil, en especial en el mundo rural. Asimismo, los retrasos en materia de acceso a la educación y a la formación son muy elevados. Las libertades públicas y el principio de igualdad de derechos entre hombres y mujeres también se ven afectados por la dificultad de acceso a los servicios sociales básicos como la educación y la salud.

La mayor integración en el desarrollo, en los ámbitos políticos, económicos y sociales, resalta las lagunas existentes aún en materia legislativa, en especial del código familiar o Mudawana. El asociacionismo femenino, y la voluntad creciente y patente de evolución y cambio, dejan pocas opciones para no respaldar esta tendencia de mayor compromiso a favor de una mayor integración de la mujer en el desarrollo, y de abordar las reformas legales aún pendientes.

Si bien la Mudawana fue objeto de reforma en 1993, muchos de sus cambios no se aplican por desconocimiento y falta de publicidad de dicha reforma. La presión que muchos grupos de mujeres y otras asociaciones de la sociedad civil, así como la propia evolución de la sociedad marroquí, han planteado la necesidad de nuevos cambios para ajustarse a la realidad social. Ello provoca fuertes tensiones en el seno de la sociedad marroquí, a favor y en contra de las reformas, como la abolición del repudio, de la poligamia, la igualdad de la edad legal para el matrimonio, entre otros aspectos.

La introducción en la agenda pública de temas como la violencia doméstica, el comercio sexual y la prostitución, la atención a los adolescentes, indica que el campo de la sexualidad en Marruecos empieza a dejar de ser un elemento tabú. Ello debería mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva en Marruecos y fortalecer las políticas públicas destinadas a este sector.

Marruecos ha vivido una evolución muy acusada en materia de fecundidad en las últimas décadas, y la incorporación de los temas de población en las políticas y estrategias de desarrollo económico y social, además de la modernización de la sociedad han favorecido este descenso paulatino de la fecundidad. Entre 1962 y 1997, la fecundidad pasó de 7 hijos por mujer

a 3,1. Paralelamente, se observa una transición hacia el matrimonio más tardío, aumentando la edad al primer matrimonio, así como un retroceso en la práctica de la poligamia y del matrimonio endogámico.

El conocimiento por parte de las mujeres casadas sobre los distintos métodos anticonceptivos alcanza en Marruecos niveles cercanos al 100%. Existe también un fácil acceso a ellos en especial en las ciudades. Sin embargo, el acceso en medio rural, o la extensión de la gama de métodos disponibles son aún aspectos a mejorar. También es deficiente el conocimiento de los hombres en materia de planificación familiar, o el de métodos masculinos por parte de las mujeres, lo que acentúa la carga de género. Es ilustrativo, en relación a la carga de género, que sólo el 5,5% de las mujeres casadas conozca la esterilización masculina, mientras que el 92,2% conoce la femenina. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención, en especial en el mundo rural, una mayor implicación de los hombres, y reconocer las necesidades no satisfechas para sectores de población como las mujeres no casadas o la juventud, son algunas de las necesidades identificadas para mejorar los servicios de planificación familiar en el país.

La prevalencia contraceptiva de métodos modernos alcanza sólo el 48,8% y aún existe un 31% de mujeres casadas que no desean más hijos pero que no utilizan la anticoncepción. Por lo tanto el nivel de demandas no satisfechas es aún elevado. Sin embargo, el mayor déficit en materia de salud reproductiva lo encontramos en los inaceptables niveles de mortalidad materna, y es donde más esfuerzos deben realizarse aún. Siendo como es uno de los indicadores básicos de desarrollo humano, y la carga de género y de falta de derechos humanos que implica, hacen de este problema de salud pública quizás el que mayor atención necesita tanto a nivel de recursos nacionales como internacionales.

Ligado a este problema se encuentran los bajos niveles de cobertura prenatal, de atención al parto y de cobertura postnatal, además de una falta de sensibilización general sobre la gravedad de esta realidad. Sólo el 42% de las mujeres hacen al menos una visita prenatal, sólo el 43% reciben asistencia de personal cualificado en el parto, y pese a existir una cobertura del 87% de atención postnatal, esta cifra se reduce a una simple entrevista sin un verdadero examen clínico, y muy ligada a la vacunación infantil, siendo sólo del 7,2% la media nacional de consulta postnatal continuada. Esta cifra es más grave si se tiene en cuenta que la mayor proporción de muertes maternas se produce por complicaciones posteriores al parto. El parto a domicilio sigue siendo preponderante en las zonas rurales con un 73%. Las razones de la no asistencia a servicios prenatales y postnatales se debe, en primer lugar, a la no percepción de posibles riesgos, seguida de la ausencia de servicios o de transporte, o su elevado coste. Ello indica la insuficiente sensibilización sobre los riesgos obstétricos, y pese a que la evolución de los niveles de mortalidad materna es favorable, ésta se debe más a la reducción de riesgos por el descenso de la fecundidad que no a la mejora de la calidad y accesibilidad de los servicios.

La débil prevalencia del VIH/Sida en Marruecos contrasta con un elevado y creciente número de casos de enfermedades de transmisión sexual, las cuales por motivo de tabúes y condicionantes sociales son inadecuadamente atendidas. La existencia de unos niveles elevados de ETS deben preparar un posible aumento del Sida, pues recordemos que son un

El mayor déficit en materia de salud reproductiva lo encontramos en los inaceptables niveles de mortalidad materna, y es donde más esfuerzos deben realizarse aún

Se experimenta un proceso de descentralización del Estado y de las políticas públicas de desarrollo para dar mayor protagonismo y participación a las regiones y provincias, así como un progresivo aumento del protagonismo de la sociedad civil, organizada a través de las ONG, en la hasta ahora férrea preeminencia del Estado, y en especial del Estado central

lecho excelente para la propagación del VIH, así lo han entendido las autoridades del país, y así lo muestra el hecho de que los casos acumulados de Sida han aumentado un 73% entre 1998 y 2001. Se hace necesaria también una acción de sensibilización y de educación sobre la pandemia, en especial a las mujeres, pues aún un 16,5% no conoce ninguno de los modos de transmisión del Sida, proporción que aumenta al 26% en las jóvenes de 15 a 19 años. Las cifras nos remiten de nuevo a uno de los sectores que con mayor energía debe afrontar Marruecos en los próximos años, la salud sexual de los adolescentes. El papel del preservativo como prevención del Sida y las ETS es insuficientemente conocido en todas las edades, medios de residencia, en todos los niveles de instrucción y en todas las regiones.

Los casos diagnosticados de ETS se han triplicado entre 1992 y 2001, afectan a un 2% de la población total del país si incluimos las estimaciones de los casos no diagnosticados por tabúes y automedicación, en especial de los hombres. Los cambios de las pautas de comportamiento sexual de la juventud, ligados a que el matrimonio llega más tarde, a la mayor precocidad de las relaciones sexuales, a la creciente autonomía de la sexualidad respecto del matrimonio y al menor valor social de la virginidad femenina, son un contexto ideal para observar la necesidad de atender a este numeroso sector de población, y facilitar su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, importantes avances deben hacerse en materia de derechos sexuales y reproductivos, tanto en el aspecto de la presión y el control social, como en el aspecto legal.

Todas estas necesidades se hacen más evidentes en un momento en que Marruecos ha conocido una reorientación en sus políticas de desarrollo y erradicación de la pobreza. La clara apuesta por incidir en una reducción de las desigualdades entre regiones, y mejorar las condiciones de vida de la población, mediante una priorización de sectores sociales básicos, tanto en el ámbito de infraestructuras como de servicios, en materia de educación, salud, vivienda, agua y saneamiento y la salud, se evidencia en las partidas presupuestarias del Estado. La parte de gastos sociales en el presupuesto ha pasado del 35% en 1991 a alcanzar el 47% en 2002. Expresados en porcentaje del PIB, han pasado del 9% en 1991 al 12,5% en 1998. Paralelamente se experimenta un proceso de descentralización del Estado y de las políticas públicas de desarrollo para dar mayor protagonismo y participación a las regiones y provincias, así como un progresivo aumento del protagonismo de la sociedad civil, organizada a través de las ONG, en la hasta ahora férrea preeminencia del Estado, y en especial del Estado central. Se multiplican las experiencias de participación comunitaria que deben ayudar a las comunidades a apoderarse de su propio desarrollo.

Por otra parte, la prioridad acordada a las zonas rurales y periurbanas también muestra la voluntad de atender a la población más necesitada del país, con el fin de reorientar el hecho de que sean las poblaciones urbanas las que se hayan beneficiado hasta ahora del crecimiento económico y del desarrollo social. La valorización de los recursos humanos y el desarrollo social son el centro de la estrategia de desarrollo del Plan de Desarrollo Económico y Social, y aquí la interacción entre población y desarrollo se hace más evidente si cabe. Una mayor amplitud de oportu-

nidades de promoción del factor humano, mediante la enseñanza y la formación, con vistas a una participación efectiva en el desarrollo global, unido a un control del desempleo, cubrir las crecientes necesidades sociales de una población eminentemente joven y que reivindica su lugar en el desarrollo, además de una incorporación de las mujeres en el proceso de desarrollo, son elementos básicos del proceso en el que está inmerso Marruecos.

Conscientes del papel que juegan en esta estrategia de desarrollo humano los programas de población y salud sexual y reproductiva, son precisamente estos sectores los que el apartado sanitario del PDES prioriza. Además de la descentralización de la planificación, la toma de decisiones y la gestión del desarrollo, la financiación de éste se destaca como el otro factor de éxito del proceso. Se deben reforzar los mecanismos de financiación del sistema de salud para liberar recursos hacia la atención primaria y cuidados de salud básica, y ampliar la red de atención rural. Esta necesidad de financiación se hace más evidente cuando el porcentaje de la cooperación internacional en el sector salud ha supuesto siempre una proporción importante, y cuando se anuncia una retirada paulatina de los principales donantes del sector.

Marruecos debe también reforzar sus esfuerzos por integrar los servicios de salud reproductiva, el paquete de servicios básicos de El Cairo, y superar el estadio de programas verticales e inconexos, para fortalecer la incipiente integración a nivel operativo, con ayuda de la cooperación internacional. También debería ampliarse la gama de servicios integrados a la detección precoz del cáncer, o la atención a los abortos, y mejorar los sistemas de información

Los diversos programas existentes en materia de salud sexual y reproductiva se han ido adecuando a las nuevas necesidades, fruto de la experiencia acumulada y de las nuevas orientaciones a escala internacional. Así, para reducir la mortalidad materna se ha evolucionado de la prioridad de la cobertura prenatal, la cual se mostró insuficiente para reducir los riesgos, a la atención obstétrica de urgencia, y en materia de ETS y VIH/Sida se ha empezado a reconocer, por lo menos para el Ministerio de Salud, la necesidad de atender a la población joven y a sectores hasta ahora desatendidos como los hombres o las personas que ejercen la prostitución. La novedad de estas estrategias y la necesidad de ampliar en cantidad y calidad los servicios va a requerir una importante ayuda financiera internacional. Asimismo, se asiste a una reorientación estratégica que contempla nuevos enfoques multisectoriales y de partenariado con la sociedad civil y el sector privado, que deben favorecer la eficacia de las acciones emprendidas.

Deberíamos destacar la limitación que supone la no aplicación integral del Plan de Integración de la Mujer en el Desarrollo, y en especial la reforma de la Mudawana, que supondría un salto cualitativo importante en la mejora del estatus de las mujeres, no sólo a nivel educativo y sanitario, sino también legal, con lo que implica de mejora de los derechos sexuales y reproductivos.

El marco de la cooperación internacional con Marruecos se caracteriza en los últimos años por un claro y paulatino descenso de los desembol-

Conscientes del papel que juegan en esta estrategia de desarrollo humano los programas de población y salud sexual y reproductiva, son precisamente estos sectores los que el apartado sanitario del Plan de Desarrollo Económico y Social prioriza

Los principales donantes en materia de población y salud reproductiva han sido los Estados Unidos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Estos tres donantes han reducido de manera importante su ayuda, y el estadio actual de sus intervenciones se centra en promover la sostenibilidad de los servicios iniciados

Los recursos recibidos. La ayuda que recibe Marruecos se dedica principalmente a la infraestructura económica y a los sectores productivos (54,4%), mientras que la dedicada a la infraestructura social y a los servicios sociales representa un 23%. A excepción del sector del agua y saneamiento, la ayuda a los servicios sociales no parece canalizar importantes recursos en cifras absolutas. Por lo que respecta al peso relativo de la cooperación internacional en la financiación de los sectores sociales básicos, ésta supone un 8%, asumiendo la financiación local el 92% restante. Por sectores, sin embargo, el sector social que más depende de la financiación internacional es precisamente el sector salud, con un 32,2% de financiación internacional y un 67,7% local. El resto de sectores sociales básicos tienen una dependencia muy inferior: la educación básica y alfabetización son financiados a través de la ayuda internacional sólo en un 4% y el agua y saneamiento en un 18,2%.

Dentro del sector salud son precisamente los programas de población y salud reproductiva los que en los últimos años han recibido un mayor apoyo, hasta el 79% de los desembolsos totales dedicados a la salud. Sin embargo, el descenso es acusado en los últimos años, y la cada vez menor contribución externa, en especial de los principales donantes como los Estados Unidos, el FNUAP o el Banco Mundial, confronta a Marruecos al desafío urgente de la sostenibilidad interna de los servicios hasta ahora apoyados desde el exterior, y a buscar nuevos donantes que mantengan el soporte recibido hasta el momento. Se estima que la ayuda internacional en materia de salud seguirá siendo un apoyo importante durante los próximos 10 a 15 años, lo que significa que durante este período debe incluirse ya la perspectiva de sostenibilidad financiera de acuerdo con el Gobierno marroquí. En materia de financiación y con vistas a asegurar esta sostenibilidad, también debe tenerse en cuenta la necesidad de redoblar los esfuerzos por racionalizar los gastos públicos y revisar la asignación de los recursos económicos y humanos en el territorio, para optimizar su eficiencia.

Marruecos tiene bien delimitadas las prioridades a cubrir en población y salud reproductiva por parte de la financiación internacional. Las necesidades detectadas son de información y sensibilización a la población, la mejora de la calidad de servicios de salud materna e infantil, en especial mejorando el acceso, la atención particular a la promoción de la mujer y su integración en el desarrollo, y responder a la demanda aún no satisfecha de anticonceptivos, en especial en el mundo rural.

Los principales donantes en materia de población y salud reproductiva han sido los Estados Unidos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Estos tres donantes han reducido de manera importante su ayuda, y el estadio actual de sus intervenciones se centra en promover la sostenibilidad de los servicios iniciados.

Cabe destacar la poca atención de la cooperación de la Unión Europea a los sectores sociales básicos, así como la casi inexistente ayuda en materia de población y salud reproductiva de un donante bilateral muy importante para Marruecos como es Francia. Por contra, otros donantes como Japón, Bélgica, Italia, Alemania y, en los últimos años, España están llamados a reemplazar el espacio de los que se retiran en caso de que el sector no pueda ser cubierto por la financiación local.

Marruecos acumula un número no despreciable de innovaciones y buenas prácticas con el apoyo de la cooperación internacional, de las que se pueden extraer importantes lecciones y que facilitan futuras intervenciones en el campo de la salud reproductiva. Desde el apoyo del FNUAP a la introducción del enfoque integrado de salud reproductiva tanto a nivel de las instituciones públicas, como en especial en los servicios de salud en la región de Souss-Massa-Draa, hasta los modelos de intervención obstétrica de urgencia introducidos por USAID en Taza-Alhucemas-Taounate y Fez-Boulemane, o la introducción del abordaje sindrómico de las ETS con apoyo de la UE, son ejemplos que no pueden precisamente considerar a Marruecos como un fracaso de la cooperación internacional. Por otra parte, se están sentando las bases para nuevos enfoques estratégicos como es la introducción de la perspectiva de género en las políticas de desarrollo, o la estrategia de prevención y control de ETS y VIH/Sida, que abren un campo hasta ahora poco trabajado y que por su importancia están llamados a atraer a la cooperación internacional. Ello no debe ocultar algunas dificultades existentes, en especial en las relaciones con el Ministerio de Salud, por lo que respecta a la falta de coordinación con los donantes, pese a que la cooperación internacional se encuentre muy concentrada en pocos donantes.

Marruecos da muestras de adquisición de unas capacidades que empieza a diseminar en beneficio del resto del Magreb y del África Francófona Occidental a través de la cooperación Sur-Sur

No hay que olvidar tampoco que Marruecos da muestras de adquisición de unas capacidades que empieza a diseminar en beneficio del resto del Magreb y del África Francófona Occidental a través de la cooperación Sur-Sur. Ello debería ser también un aliciente para promover la cooperación con Marruecos, dadas las posibilidades de multiplicación de las experiencias en una zona de influencia mucho mayor, y que puede crear sinergias de desarrollo en el África Occidental.

Consideraciones para la cooperación española

No cabe duda que Marruecos es un país prioritario para la cooperación española. La ordenación de la cooperación española así lo establece y los hechos lo confirman, pues es uno de los principales receptores de ayuda bilateral. Los intereses de la cooperación española en Marruecos son diversos, por la proximidad geográfica, los lazos históricos y culturales, a parte de los intereses económicos. No hay que olvidar además el peso de la inmigración marroquí en nuestro país, al que se refiere el Plan Director como un “preocupante fenómeno”. En definitiva, estabilidad social y económica en el flanco sur de la Unión. Todo ello ha conducido en los últimos años a un creciente interés y a una cada vez mayor presencia de la cooperación española en el país. Incluso en el ámbito de las ONG españolas, las cuales hasta hace muy pocos años tenían y siguen teniendo, pese a la proximidad, una escasa presencia, sorpresivamente.

Por lo que respecta a la prioridad sectorial que se le concede a los programas de población y a la salud sexual y reproductiva, ésta queda diluida en las necesidades sociales básicas, en especial de salud y educación, y en la atención preferente a la mujer, sin recibir un trato específico como ocurre en la mayoría de líneas directrices de otros donantes. A ello le añadimos el hándicap de que dentro de todos los sectores sociales básicos es precisamente el de población y salud reproductiva el que despierta más controversias en la cooperación española,

La cooperación española está en condiciones de ocupar un espacio de referencia importante en materia de cooperación sanitaria, y concretamente de maternidad sin riesgos en la zona norte del país. Debería seguir este ejemplo en otros componentes, muy especialmente en planificación familiar, prevención y control de ETS y VIH/Sida

pese a las normas y recomendaciones internacionales. En este sentido destaca la incongruencia entre el Plan Director y los Planes Anuales. Mientras en el primero se hace mención explícita a población y salud reproductiva y a programas de planificación familiar y a lucha contra enfermedades de transmisión sexual, de los planes anuales se desprende que la cooperación española sigue entendiendo por salud reproductiva la promoción de la salud materno infantil exclusivamente, sin un enfoque integrado.

Ahora bien, pese a esta tendencia a nivel global, si hay algún país en el que la cooperación española prioriza la salud reproductiva, o de la salud materno infantil si adoptamos la terminología al uso, ese es Marruecos. Las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, anacrónicas con el nivel de crecimiento económico del país, y en especial en la zona norte del país, antiguo protectorado español, han motivado, además de por el requerimiento de las autoridades sanitarias marroquíes, un decidido apoyo a este sector.

Esta acción, sin embargo, no se hace evidente a nivel oficial más que a partir de 1998, cuando se decide llevar a cabo el proyecto de rehabilitación de las instalaciones sanitarias militares españolas de Tetuán, para convertirlas en maternidad para urgencias obstétricas de soporte al sistema público marroquí. Con anterioridad, las intervenciones se limitaban a algunos proyectos de ONG, principalmente de Médicos del Mundo y Cruz Roja, o entidades como FISA, o a la cooperación directa de la Junta de Andalucía. Es a partir de entonces, y gracias a las propuestas y a la implicación de ONG como Medicus Mundi, ACPP y entidades como la Fundació Clínic, cuando esta acción se hace extensiva a toda la zona norte del país. A partir de 2001 esta línea de acción se ve reforzada de manera considerable gracias al cambio del modelo de financiación a ONG. Todo ello hace que asistamos a una etapa incipiente de la cooperación española en este sector y en una zona concreta y delimitada de la que con el tiempo, pues aún es temprano para su evaluación, se puedan extraer lecciones aprendidas de las intervenciones recién iniciadas.

Sería sin embargo conveniente, dada la concentración geográfica y sectorial de las diversas acciones iniciadas, y el carácter plurianual de las mismas, aprovechar esta convergencia desde un principio y hacer un esfuerzo por coordinar el trabajo de los distintos actores implicados de la cooperación española, así como evaluar su impacto, pues se podrán extraer conclusiones interesantes que ayudarán a fortalecer la cooperación en materia de salud reproductiva, y a establecer una base de conocimiento sobre las que apoyarse para crear las líneas estratégicas para el sector.

En caso de aprovechar estas condiciones de partida, y teniendo en cuenta además las experiencias acumuladas por otras cooperaciones bilaterales y multilaterales, que no son pocas, así como el efectivo descompromiso de algunos donantes internacionales, la cooperación española está en condiciones de ocupar un espacio de referencia importante en materia de cooperación sanitaria, y concretamente de maternidad sin riesgos en la zona norte del país. Debería seguir este ejemplo en otros componentes, muy especialmente en planificación familiar, prevención y control de ETS y VIH/Sida.

La cooperación española debería estar en condiciones de abordar aquellas lagunas no cubiertas por las políticas públicas de salud, o por otras cooperaciones. A nivel oficial, en el caso de prioridades bien identificadas por las autoridades marroquíes, como es el apoyo al sistema público de salud, la cobertura de las necesidades aún no satisfechas en materia de planificación familiar, la salud sexual y reproductiva de adolescentes, la atención y sensibilización a hombres, o la detección precoz del cáncer. A nivel de ONG, además del apoyo al sistema público de salud y el refuerzo de las líneas de trabajo anteriormente enunciadas, se podrían atender aquellos temas que si bien las autoridades sanitarias tienen identificadas como necesidades, existen dificultades de implementación por motivos diversos, que van desde tabúes culturales y religiosos que impiden su atención desde las instancias públicas a la falta de recursos económicos, en especial en el campo de la salud sexual, la atención a mujeres no casadas, a personas que ejercen la prostitución. Temas todos ellos que van muy ligados a la mejora del estatus de la mujer y a la implementación de acciones con una perspectiva de género. Existen contrapartes a nivel de las ONG marroquíes que de hecho están trabajando, con no pocas dificultades, en estos sectores no atendidos.

La cooperación española, centra su actividad en la zona norte, con el fin de dar mayor eficacia, fuerza y resultado a sus acciones. Se trata de una decisión positiva, sobre todo teniendo en cuenta los lazos existentes con esa zona, su proximidad geográfica y cultural, y su relación con el proceso migratorio. Sin embargo, podría aumentar su presencia en otras regiones del país también necesitadas, como la región de Souss-Massa-Draa, o zonas periurbanas de las grandes aglomeraciones. Si bien la cooperación directa bilateral no considera estas zonas como prioritarias para la intervención, el canal multilateral podría paliar esta ausencia, por ejemplo a través de la ayuda a los programas del FNUAP, aunque, insistimos, la zona de acción del Fondo no coincida con las prioridades geográficas españolas. Algunas iniciativas como la de Medicus Mundi de ampliar su acción a otras zonas, como la provincia de Tiznit, pueden ser replicadas. Todo ello sin olvidar las dificultades que pueden existir cuando la delimitación de las zonas geográficas de intervención de las distintas agencias de cooperación, al menos en Marruecos, parecen muy bien acotadas.

Referente a la cooperación descentralizada, en especial la de las comunidades autónomas, además de complementar las acciones y las zonas no atendidas por la cooperación central, la experiencia de la Junta de Andalucía se presenta como un ejemplo a seguir para otras administraciones autonómicas interesadas en incrementar y fortalecer su cooperación con Marruecos.

El desembolso de AOD en salud reproductiva en Marruecos empieza a ser importante y a situarse a unos niveles nada despreciables. Sería el momento, pues, de fortalecer esta estrategia y de dirigir la atención a la calidad y la eficiencia de estos recursos. Además de aprovechar la oportunidad que este contexto brinda a la cooperación española para extraer una experiencia y unas lecciones aprendidas sin duda útiles para un sector hasta la fecha bastante desatendido, dada su importancia y su incidencia en la reducción de la pobreza humana, en la mejora de los servicios sociales básicos y, en definitiva, del desarrollo humano sostenible, que recordemos es el fin último de la cooperación.

Referente a la cooperación descentralizada, en especial la de las comunidades autónomas, además de complementar las acciones y las zonas no atendidas por la cooperación central, la experiencia de la Junta de Andalucía se presenta como un ejemplo a seguir

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

Fuentes bibliográficas

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Acta de la Cuarta Comisión Mixta Hispano-Marroquí de Cooperación Científica y Técnica. Madrid, 1 y 2 de marzo de 2000.

Acta de la Quinta Sesión de la Comisión Mixta de Cooperación Cultural y Educativa Hispano-Marroquí. Rabat, 29 noviembre 1999.

AOUAD, ABDELHAMID, Ministro de la Previsión Económica. Intervención: "In the framework of preparatory events of the July Session of the Economic and Social Council of the UN. The peoples of UN facing up the challenge of eradicating poverty, March 29, 2001, New York.

Arab Conference on the Implementation of the ICPD Programme of Action". Beirut, 22-25/9/1998.

BOONSTRA, HEATHER "Islam, Women and Family Planning: A Primer". The Guttmacher report on Public Policy. Vol.4. N. 6, December 2001.

COMMISSION EUROPÉENNE. Partenariat Euro-Med. "Maroc. Document de Strategie 2002-2006 & Programme Indicatif National 2002-2004", 2001.

COMMISSION EUROPÉENNE, Direction Général de Relations Extérieures. Délégation de la Commission Européenne au Royaume du Maroc. UE-Maghreb, 25 ans de coopération 1976-2001. Rabat, 2001.

COMMITTEE ON ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN. Press Releases, WOM/928, WOM/937 y WOM/950, January 1997.

DANIELS, D. AND EDWARDS-LOPEZ, J. Overview of the EC's Health, AIDS and Population Portfolio in Developing Countries (1990-1999). London: IHSD.

DARKAOUI, K-N ET GUENNOUN, M. "Le profil, les capacités et les besoins d'un partenaire: Le Royaume du Maroc. Opportunités de collaboration sud-sud dans le domaine de la santé de la reproduction. Partenariat en Population et Développement. L'Initiative Sud-Sud".

DIALMY, A. "Sexualité et discours au Maroc" ,Afrique-Orient, Casablanca, 1988.

DIALMY, A. "Moroccan youth, Sex and Islam", Middle East Report, (Spring 1998). P.16-17.

DIALMY, A. Logement, Sexualité et islam. Casablanca: EDDIF, 1995.

DIALMY, A. "Les voiles de la sexualité": le champ Familles-Femmes-Sexualités au Maroc: 1912-1996". En: Les Sciences Humaines et Sociales au Maroc, Institut Universitaire de la Recherche Scientifique, Rabat, 1998.

EL KHAYAT, G. Epître d'une Femme à un Jeune Monarque. Le Journal du 20 au 26 novembre 1999.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, Center For Communication Programs, Communicating Safe Motherhood in Morocco, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME), 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, Direction de l'Épidémiologie et de lutte contre les maladies. La Prise en Charge Syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles. Guide du prestataire. Programme National de Lutte contre les IST/SIDA, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Plan National Stratégique de Lutte Contre le SIDA, Royaume du Maroc. Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, New York, 25-27 juin 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, Direction de l'Épidémiologie et de Lutte Contre les Maladies. Circulaire n. 123/DELM/35, Rabat, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, Direction de la Population, Division de la SMI, Service de la PSM. Réduction de la Morbidité et de la Mortalité Maternelles et Neonatales.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Projet Pilot Soins Obstetricaux d'Urgence. Régions de Fès, Boulemane, et Taza, Al-Hoceïma, Taounate. 1995-2000. Document de Synthèse.

NATIONS UNIES Maroc. Bilan Commun de Pays, 2000.

Note de Stratégie National, Gouvernement du Maroc, 1996.

Plan d'Action National pour l'Intégration des Femmes au Développement.

PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2001. Madrid: Mundi-Prensa.

PNUD MAROC. Rapport National sur le Développement Humain 1998-1999, Rabat.

PNUD MAROC. Rapport National sur le Développement Humain 1997, Rabat.

PNUD MAROC. Coopération au Développement Maroc. Rapport 1998. Rabat

PNUD MAROC. Coopération au Développement Maroc. Rapport 1999, Rabat.

SEBTI, F. Guide des droits et obligations des femmes. En Sebti, F. "Les droits de la femme musulmane au Maroc", <http://www.techno.net.ma/femmes/guide.htm>

SECIPI. Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004 y Planes Anuales de Cooperación Internacional 2001 y 2002. Madrid, 2000-2002.

UNDAF. Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 1998-2001, Rabat, 1998.

UNFPA. Safe Motherhood. Evaluation Report N. 15, 199

UNFPA. Implementing the Reproductive Health Vision: Progress and New Directions for UNFPA. Evaluation Report n.17, 1999.

UNFPA Recommendation by the Executive Director Assistance to the Government of Morocco. UNFPA proposed Projects and Programmes, DP/FPA/MAR/6, 22 August 2001, Executive Board of the UNDP and UNFPA, UN.