

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.

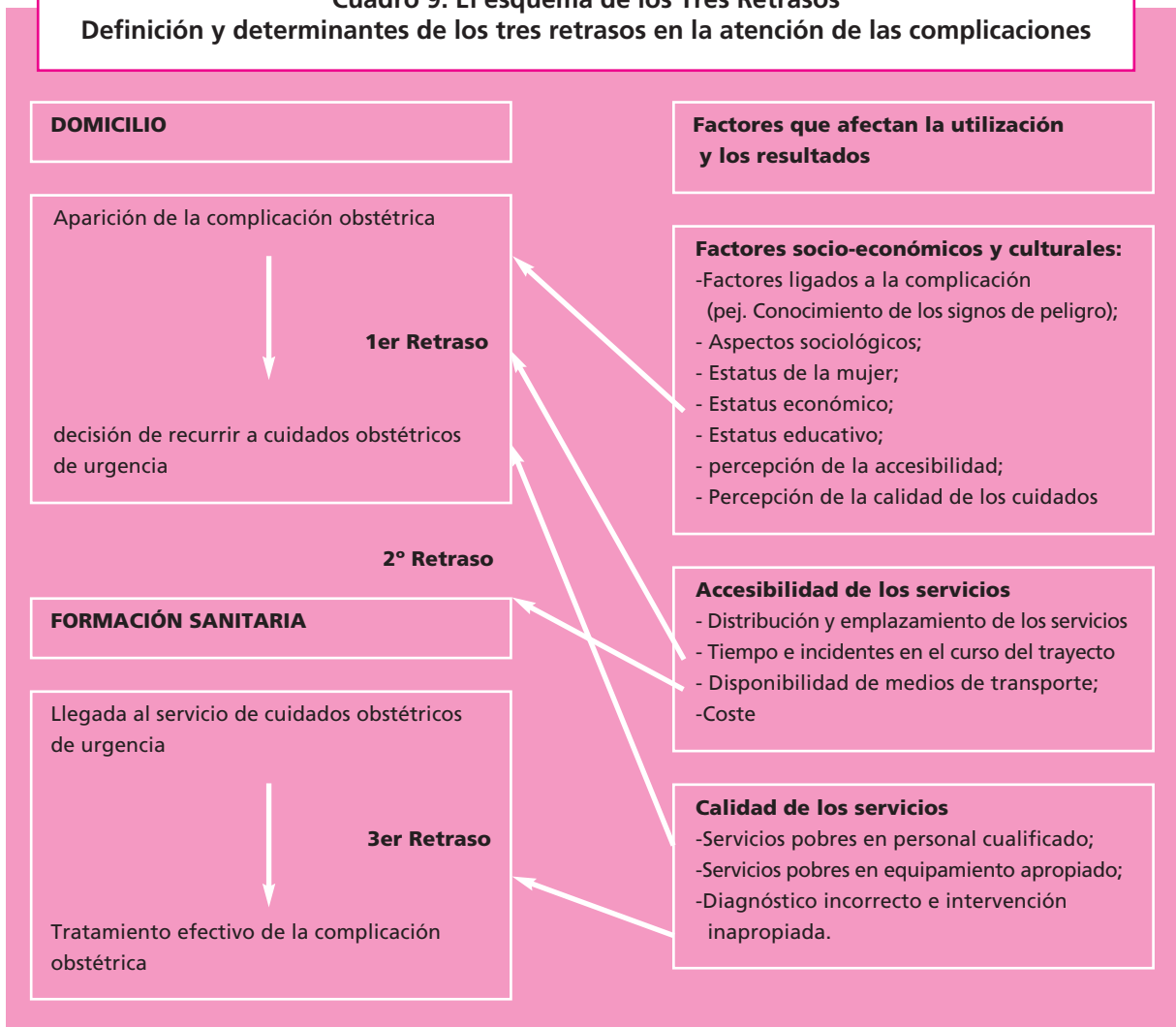
Los objetivos del programa de Maternidad Sin Riesgos se conciben de la siguiente manera:

-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.