

Anuario Internacional CIDOB 2001 edición 2002

Claves para interpretar la Política Exterior Española y las Relaciones Internacionales en 2001

Población y salud reproductiva en Marruecos

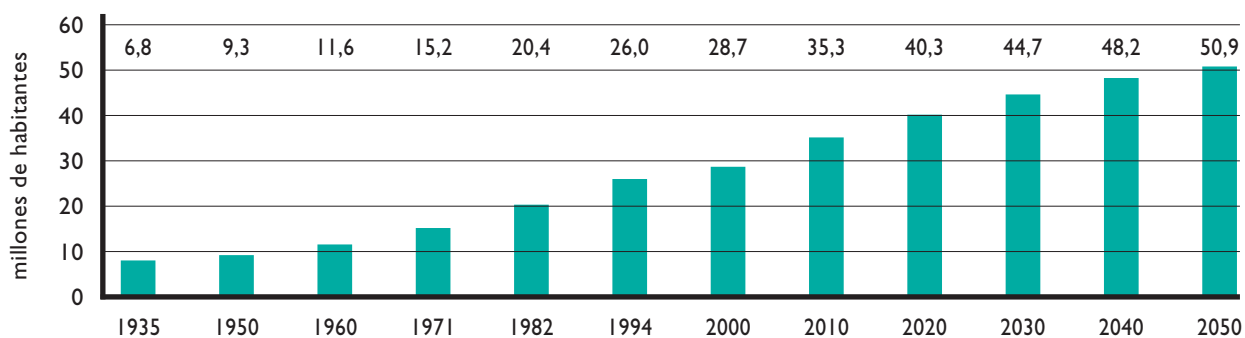
Población y salud reproductiva en Marruecos

La población marroquí

Antes de 1956, fecha de la independencia del país, se realizaron diversos censos en las diferentes zonas bajo administración española, francesa e internacional, sobre cuyas bases se ha permitido estimar la población marroquí de 1935 en 6,8 millones. El censo de 1960 fue el primero que se realizaba de mane-

ra unificada tras la independencia. El efectivo de la población marroquí en esa fecha se elevaba a 11,6 millones de habitantes. Los años 1971, 1982 y 1994 fueron también años censales. Los efectivos resultantes fueron respectivamente 15,2, 20,4 y 26 millones de habitantes. La población se ha cuadruplicado en 60 años (1935-1994), sin tener en cuenta la población residente fuera de las fronteras (la cual se calcula entre 1,8 y 2,1 millones).

I. LA POBLACIÓN MARROQUÍ (1935-2050)



Fuente: Datos censales y US Census Bureau

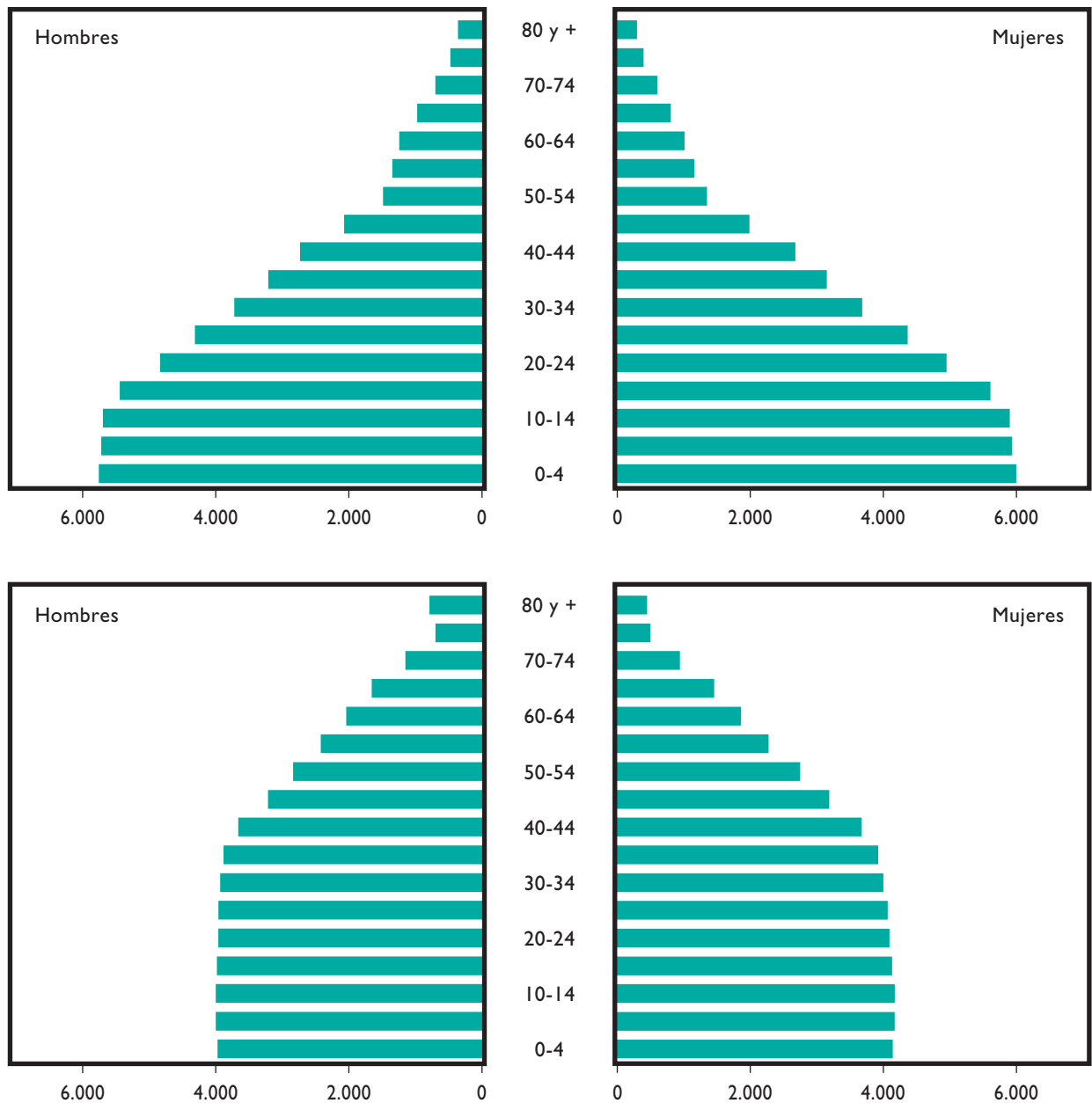
La población de Marruecos se estima en 2000 en 28,7 millones. Proyectada a 35 millones en 2014, no cesará de aumentar hasta 2050, alcanzando los 45 millones aproximadamente. Su ritmo de crecimiento ha conocido un descenso sostenido desde inicios de los ochenta. Se estima hoy en 1,7% contra 2,1% como media en el período 1982-1994. La desaceleración del crecimiento de la población marroquí se explica por el descenso sostenido de la tasa bruta de natalidad, que pasa del 46 por mil en 1962 al 22 por mil en 2000, con tasas intermedias de 37 por mil en 1982 y 31 por mil en 1987. A su vez, también la mortalidad general ha descendido notablemente, del 19 por mil en 1962 al 7,4 por mil en 1987.

La mortalidad global está muy marcada por el peso de la mortalidad infantil (muertes antes de 1 año por 1000 nacidos vivos), que constituye un indicador del nivel médico-sanitario de la población. La mortalidad infantil ha registrado una caída apreciable entre los períodos 1982/87 y 1992/97, pasando respectivamente de 73 por mil a 37 por mil. Por medio de residencia, ha pasado de 52 por mil en 1982/92 a 24 por mil en 1992/97 en medio urbano y de 69 a 46 por mil en el medio rural. Para un análisis más refinado de la mortalidad infantil, hay que distinguir entre la mortalidad neonatal (durante los primeros 28 días tras nacer) y la mortalidad postneonatal (entre el día 29 y el primer aniversario).

La mortalidad neonatal ha retrocedido en el conjunto, pero se constata que este descenso ha sido más rápido en medio urbano que en rural, acentuando cada vez más las distancias. Esta situación es resultado de los desfases que subsisten entre ambos medios en materia de salud reproductiva, sobre todo en lo que respecta al parto vigilado, las atenciones prenatales y la prevalencia contraceptiva.

El crecimiento demográfico ha conocido pues una neta ralentización, que tiene efectos directos sobre la estructura de edades de la población marroquí. En 1960, el peso de las personas menores de 15 años era importante, y ha continuado creciendo durante la década de los sesenta, del 44,3% en 1960 ha pasado a 45,8% en 1971. Sin embargo, desde entonces ha comenzado a disminuir de manera regular y cada vez más aceleradamente, pasando a 42,1% en 1982 y a 37,2% en 1994. Esta tendencia proseguirá en el futuro, pues se prevé que en 2010 no represente más que el 31,4%. Mientras el peso de niños y niñas va disminuyendo, el de la población en edad de trabajar y de personas mayores de 60 años aumenta. La población perteneciente al grupo de edad de plena actividad (15-60 años) va a ver pasar su tasa en la población total del 56% en 1994 al 66% en 2010. Los efectivos de este sector de edad en medio urbano van a aumentar a un ritmo anual medio elevado de 3,5%, ligeramente

II. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN (2000 y 2025)



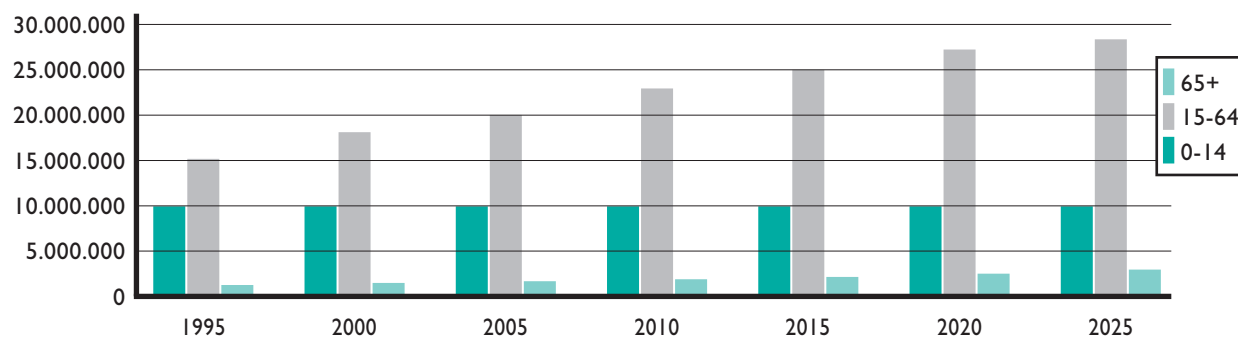
Fuente: US Census Bureau

más débil sin embargo que la tasa de 3,8% registrada entre 1982 y 1994. La población mayor de 60 años pasará de 1,83 millones en 1994 (un 7% del total) a 2,72 millones en 2010 (más del 8%). La sociedad marroquí deberá cada vez más hacer frente a las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento de su población. La población de 7 a 12 años verá sus efectivos disminuir muy ligeramente durante el mismo período a un ritmo anual medio de -0,6%. El descen-

so de la población de este sector, iniciado a principios de la década, así como su localización cada vez más intensa en las ciudades, debería "aritméticamente", favorecer la aceleración del ritmo de escolarización del país.

Pese a la ralentización constante del crecimiento demográfico, el aumento de la población en edad activa, su mayor concentración en las ciudades, y el paulatino envejecimiento

III. ESTRUCTURA POR EDADES (1995-2025)



Fuente: US Census Bureau

de la población hacen que Marruecos deba hacer frente durante las dos próximas décadas a una fuerte presión sobre las necesidades alimentarias, sobre la prestación de servicios sociales (educación, salud, equipamientos urbanos, vivienda) y sobre el mercado de trabajo. La satisfacción de estas necesidades nuevas, que vienen a unirse a las ya existentes, necesitan de la puesta en marcha de una estrategia de desarrollo que movilice todos los medios existentes velando por su utilización óptima en un contexto fuertemente apremiante.

Fecundidad y planificación familiar

El Índice Sintético de Fecundidad General (ISF) ha descendido bajo el efecto conjugado del retroceso de la edad al primer matrimonio (28 años en ciudades y 26 en el campo para las mujeres en 1999 contra 24 y 21 en 1982) y de la edad a la primera maternidad, al mayor espaciamento intergenésico y a la expansión de la práctica de la contracepción (59% de las mujeres casadas en edad reproductiva en 1998), y al mayor nivel de educación de la mujer. Pese a la extensión de la planificación familiar y el desarrollo de la educación en las mujeres, en particular en el ámbito urbano, los niveles de fecundidad de la población marroquí aún son elevados, aunque están en neta regresión. Así, el número medio de hijos por mujer en edad reproductiva (15 a 49 años) ha pasado de 4,23 en 1982 a 3,69 en 1994. Este indicador es más elevado en zonas rurales (4,23 en 1994) que en zonas urbanas (3,21).

Los niveles de prevalencia contraceptiva, pese a los progresos realizados, aún están lejos de las tasas alcanzadas en países del mismo nivel de desarrollo: los estudios en esta materia muestran tasas elevadas de necesidades de contracepción no satisfechas. Dos mujeres casadas sobre diez tienen necesidades no satisfechas en materia de planificación familiar; se trata de mujeres que no utilizan ningún método contraceptivo pero que quieren esperar dos años o más antes de tener su próximo hijo (9%) y de aquéllas que quieren limitar su descendencia (12%). La satisfacción de la demanda potencial de planificación familiar podría suponer un aumento de la prevalencia contraceptiva que alcanzaría el 64%. La demanda total alcanzaría el 71% en medio urbano y el 60% en medio rural.

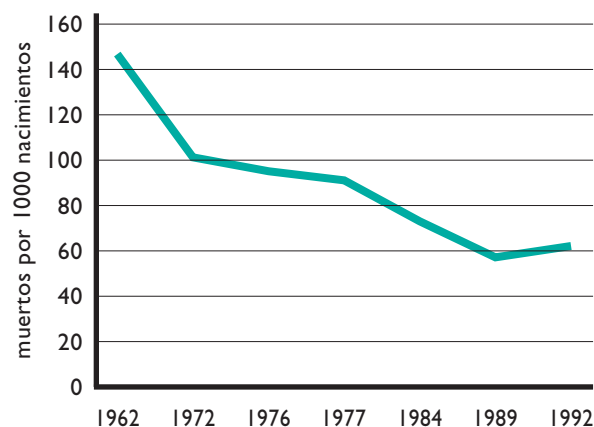
TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

	Censo 1982	Censo 1994	Proyección 2000	Proyección 2010
Marruecos total				
Población (en miles)	20.419	26.074	28.705	33.212
Población femenina (% total)	49,9	50,2	50,2	50,2
Tasa de crecimiento población en %	2,5	2,1	1,7	1,4
ISF (hijos por mujer)	5,5	3,3	2,9	2,1
Edad al primer matrimonio (mujeres)	22,3	25,8	27,2	Nd
Contracepción* (% mujeres casadas en edad reproductiva)	19	41	59	Nd
Marruecos urbano				
Población (en miles)	8.730	13.408	16.307	20.684
Población femenina (% total)	49,9	50,3	50,9	51,4
Tasa de crecimiento población en %	4,2	3,6	2,3	2,5
ISF (hijos por mujer)	4,3	2,6	2,1	2,0
Edad al primer matrimonio (mujeres)	23,8	26,9	28,3	Nd
Contracepción ¹ (% mujeres casadas en edad reproductiva)	36	54	66	Nd
Marruecos rural				
Población (en miles)	11.689	12.702	12.856	12.528
Población femenina (% total)	50,0	50,2	49,4	48,1
Tasa de crecimiento población en %	1,4	0,7	0,3	-0,05
ISF (hijos por mujer)	6,6	4,3	3,9	Nd
Edad al primer matrimonio (mujeres)	20,8	24,2	25,5	Nd
Contracepción ¹ (% mujeres casadas en edad reproductiva)	10	31	51	Nd

1. Tasa de utilización de la contracepción para todos los métodos, modernos y tradicionales. Los datos son respectivamente de 1979/80, de 1992 y de 1997.

Fuente: Bilan Commun de Pays 2000, Oficina del Coordinador Residente de Naciones Unidas, Rabat, febrero 2001.

IV. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL (1962-1992)



Fuente: Encuestas de Salud y Población diversas

A escala nacional, según la encuesta EPPS (Enquête de Panel sur la Population et la Santé) de 1995, el índice sintético de fecundidad para las mujeres de 15 a 49 años es de 3,31 hijos por mujer. Este índice globalmente débil esconde grandes diferencias según ciertas características socioeconómicas. Según el lugar de residencia, como media, las mujeres rurales tienen más de dos veces los hijos que las mujeres urbanas y la diferencia es de 2,3 hijos. De hecho, las diferencias entre el medio urbano y el medio rural son también debidas a la instrucción. La educación constituye uno de los factores más importantes de diferenciación: la fecundidad disminuye netamente con el nivel de instrucción. Las mujeres no escolarizadas tienen 1,7 hijos de más que las de nivel primario (4,08 contra 2,36) y cerca de 2,2 de más que las mujeres con nivel secundario o superior (1,89). Desde el punto de vista regional, la fecundidad más elevada se encuentra en el Centro-Norte (4,21), el Sur (4,08) y el Tensift (3,87), seguidos de cerca por Noroeste (3,45) y el Oriental (3,32), y luego por el Centro (2,61) y finalmente el Centro-Sur (2,48). Estas dos últimas regiones que cubren respectivamente las ciudades de Casablanca y de Meknes son de las más urbanizadas del país. En un período de 30 años, el ISF ha bajado más de la mitad, pasando de 6,96 hijos por mujer a 3,31, bajo el efecto conjugado del alza de la edad al primer matrimonio y de la práctica contraceptiva.

La contracepción constituye uno de los factores esenciales con una relación causal directa con la fecundidad. La experiencia marroquí en materia de planificación familiar se inicia en los años sesenta, pero no se consolida hasta inicios de los ochenta, conociendo un rápido aumento gracias a la adopción de las "Visitas a Domicilio de Motivaciones Sistemáticas". Los datos recientes de la EPPS 1995 muestran que 1 mujer casada en edad reproductiva sobre 2 (50,3%) ha declarado que utiliza un método anticonceptivo. La tasa era de 41,5% en 1992, de 35,9% en 1987 y de 19,4% en 1979-1980. La planificación familiar en Marruecos está orientada a la utilización de la con-

tracepción moderna, que representa el 42,4 % en 1995. La píldora es la más utilizada (32,2%). El recurso a otros métodos modernos no representa más que el 10,3%: 4,3% para la ligadura y 1,7% para los otros tres métodos modernos (condón, métodos vaginales e inyección). Por lo que representa a los métodos tradicionales, no supera el 8%: la abstinencia periódica los encabeza con 4,6% seguido del retiro con 2,6% y otros métodos con 0,4%.

PREVALENCIA CONTRACEPTIVA

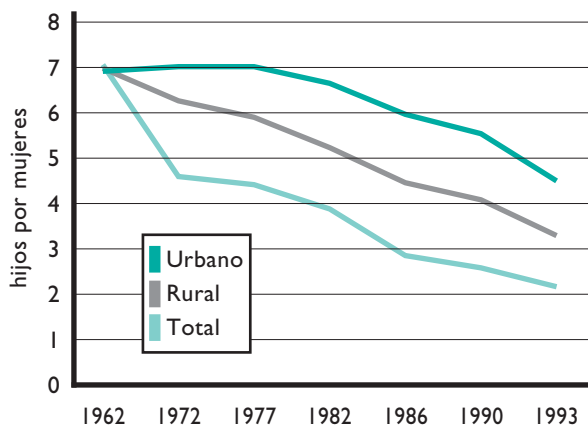
Características	Todos los métodos	Métodos modernos	Métodos tradicionales
Medio de residencia			
Urbano	64,2	51,0	13,2
Rural	39,2	35,6	3,6
Nivel de instrucción			
Ninguno	44,5	39,7	4,8
Primario	62,8	50,7	12,0
Secundario o superior	65,7	47,5	18,2
TOTAL	50,3	42,4	7,9

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud Materno-Infantil 1996, 1997.

Según datos de la Encuesta Nacional sobre Salud Materno-Infantil, realizada por el Ministerio de Salud en 1996/1997, se observa que la proporción de mujeres casadas en edad reproductiva que utilizan en la actualidad un método contraceptivo se sitúa en un 50,3% a nivel nacional. La prevalencia contraceptiva entre las mujeres casadas en las provincias marroquíes varía del 33,9% en Al-Hoceima al 79,1% en Mohammadia. En 15 provincias, la tasa de prevalencia contraceptiva está aún por debajo del 50%; se trata de las provincias de Al-Hoceima, Chefchaouen, Tata, Chichaoua, Ouarzate, Taounate, Tiznit, Larache, Taza, Boulmane, Tetuán, Errachidia, Azilal, Sidi Kacem, y Al-Haouz. Geográficamente constituyen un conjunto de provincias contiguas que van de Tiznit a Errachidia al este y que suben hasta Tetuán al norte. Sólo en doce provincias la tasa supera el 70%; son las de Skhirate-Témara Ben Msik Sidi Othmane, Béni Mellal, Aïn Chok Hay El Hassani, Aïn Sebaa Hay Mohammadi, Al Ismaïlia, Sidi Bemoussi Zénata, Casa Anfa, Ben Slimane, Salé, Méknes El Menzeh y Mohammadia.

La distribución del uso de los diversos métodos modernos es menos equilibrada en Marruecos que en otros países árabes. En Túnez, Egipto y Jordania, por ejemplo, donde su utilización es relativamente elevada, es la práctica de métodos clínicos la que predomina, sobre todo el dispositivo intrauterino. En Marruecos, por el contrario, el 68% utilizan la píldora. La esterilización femenina no empieza a ser importante hasta los 35 años. También los métodos tradicionales aumentan con la edad, para alcanzar el 15% entre los 45 y 49 años.

V. ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD (1962-1993)



Fuente: Encuestas de Salud y Población diversas

Política de población y salud reproductiva

Desde los primeros años de la independencia, la influencia de los factores demográficos sobre el proceso de desarrollo, ha sido reconocido por el gobierno marroquí. A partir de 1965 la adopción de ciertas estrategias de desarrollo y la orientación de las inversiones productivas y sociales lo atestiguan. Es así en 1965 cuando la Secretaría de Estado del Plan, en base a un estudio realizado a partir de los datos del censo de 1960 llama la atención de los responsables sobre la relación a medio y largo plazo entre el crecimiento rápido de la población y sus consecuencias económicas y sociales. El primer acto explícito de esta política se traduce en el memorando real dirigido el 20 de abril de 1965 a los partidos políticos y a las organizaciones sindicales y cooperativas sometiéndoles un programa de acción general para el control de los nacimientos, que tuvo un eco favorable por parte de estas organizaciones.

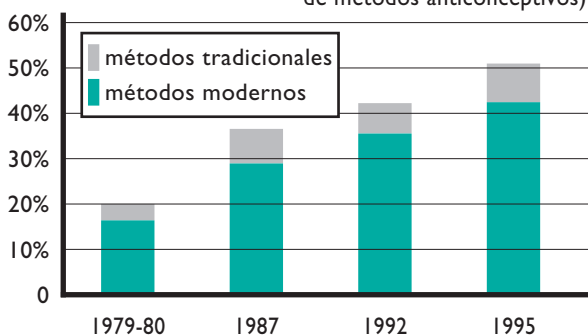
El 26 de agosto de 1966 se promulga el decreto real relativo a la creación de la Comisión Superior de la Población, cuya misión es elaborar y coordinar la política del gobierno en materia de control del crecimiento demográfico, velar por su aplicación y controlar su ejecución. En 1967 se abroga la ley que prohíbe la propaganda anticonceptiva y se liberaliza el aborto terapéutico. Este compromiso voluntarista del gobierno frente a una política de población se concreta por la firma de Hassán II, el 11 de diciembre de 1967, de la declaración de jefes de Estado sobre la población.

Desde 1966, Marruecos se ha comprometido resueltamente en la puesta en marcha de un programa de planificación familiar. Pero no es hasta 1981, bajo el impulso de la puesta en marcha de una estrategia activa de motivación y de suministro de servicios a domicilio, entre 1980 y 1992, cuando la prevalencia contraceptiva pasó de 19,3% a 41,5%. La planificación familiar sigue siendo una prioridad para el Ministerio de la Salud Pública en razón de su impacto en la reducción de la mortalidad materna e infantil, por un lado, y sobre el crecimiento demográfico, por el otro. Desde hace unos años, se asiste a un desarrollo de una información audiovisual sobre la planificación familiar mucho más abierta y frecuente que en el pasado.

A nivel institucional, el Ministerio de la Salud Pública ha creado desde 1995 una Dirección de la Población en la cual reside una División de la Planificación. En 1999, mediante un decreto, ha visto la luz finalmente la Comisión Superior de Población (CSP), prevista desde los años sesenta pero jamás puesta en marcha. Su finalidad es la elaboración y el seguimiento de políticas de población explícitas e integradas a nivel nacional. En el mismo sentido, la puesta en marcha de las 16 Comisiones Regionales de Población (CRP) ha permitido adaptar la formulación y evaluación de las políticas de población en función de las especificidades regionales. Entre las principales aportaciones de este decreto destaca: la participación amplia en la comisión de los representantes de todos los ministerios sociales, de las ONG, de las universidades; la creación en el seno de la CSP de cuatro comités técnicos, el comité de salud y de planificación familiar, el comité de programas sociales, el comité de IEC (Información, Educación y Comunicación) y el comité de síntesis; la creación de las 16 Comisiones Regionales de Población; la integración de la sociedad civil en las actividades de la CSP y de las CRP, y la instauración del funcionamiento de las diferentes componentes de la CSP. A nivel regional, las comisiones de población constituirán un marco de coordinación y de cooperación entre los diferentes agentes locales. Los informes regionales de política de población serán elaborados sobre la base de un análisis de la situación mediante equipos sobre el terreno. El informe anual de la política de población en Marruecos que debe ser entregado por la CSP al gobierno dará una visión que parte de la base hacia arriba, a saber, de lo local y regional a lo sectorial y a lo nacional.

En el marco del Plan de Desarrollo Económico y Social 2000-2004, en el capítulo sanitario, el Gobierno establece como prioridad la mejora de la salud materna e infantil, y en

VI. TENDENCIA DE LA TASA DE PREVALENCIA CONTRACEPTIVA (% mujeres casadas usuarias de métodos anticonceptivos)



Fuente: Encuestas de Salud y Población diversas

especial la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil, y dentro de ésta principalmente la neonatal. Sin embargo, y pese a la recomendación de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) de establecer un enfoque global de salud reproductiva, Marruecos no tiene todavía un programa integrado y comprensivo de salud reproductiva. Los servicios están disponibles a través de programas verticales como el programa de Maternidad Sin Riesgos introducido en 1992, el Programa de Planificación Familiar ampliado tras 1994, y el programa de Lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y VIH/sida creado tras la Conferencia de El Cairo.

El centro de actividad principal de las acciones gubernamentales sigue siendo el mundo urbano en detrimento del rural. El 30% de la población marroquí vive a más de 10 km de un centro de atención primaria. De las 62 provincias marroquíes, 26 no tienen ginecólogos/obstetras, y 11 sólo tienen uno. Así, la calidad y el acceso son limitados, especialmente en las zonas rurales, en las provincias más pobres y para grupos especiales de población, como adolescentes y no casados. Destaca también que las mujeres casadas en edad reproductiva son el principal grupo objetivo de los servicios de salud, y no existe una clara estrategia dirigida a los varones. Se trata de un serio problema en las áreas rurales, donde las mujeres son más accesibles a través de sus maridos y de su familia política. Asimismo, la escasez de mujeres médicas en los servicios de salud pública limita el acceso de las mujeres a estos servicios. Otro elemento de debilidad es la inexistencia de servicios especiales para adolescentes embarazadas o mujeres no casadas. En este sentido, el programa que lleva a cabo el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en 13 provincias del país (que se reducen a 9 en el programa 2002-2006, las regiones de Marrakech-Tensift-Haouz y Tadla-Azilal), pretende integrar todos los servicios en uno solo de acuerdo con el nuevo enfoque recomendado.

De acuerdo con la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos, lanzada en la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgos celebrada en Nairobi en 1987, se establecen dos estrategias principales para reducir la mortalidad materna: mejorar el estatus general de las mujeres y mejorar los servicios de salud materna. Sin embargo, las desigualdades de género no han sido suficientemente abordadas en Marruecos. Se han llevado a cabo varios cambios legislativos e institucionales para mejorar el estatus económico y social de las mujeres, incluyendo la ratificación de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en 1993 (aunque con importantes reservas) y la modificación de algunas secciones de la Mudawana (Código de Estatuto Personal), sobre matrimonio, divorcio y la familia.

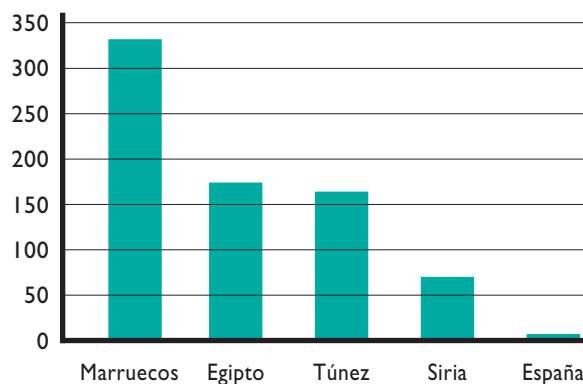
En 1998 se iniciaron los trabajos de elaboración del Plan de Acción Nacional para la Integración de la Mujer en el Desarrollo. Dicho plan establece cuatro objetivos estratégicos: reforzar los poderes y capacidades de las mujeres en

materia jurídica, política e institucional; promover la participación de las mujeres en la educación formal e informal, alfabetización y promoción de la cultura igualitaria en el currículo educativo; integración de las mujeres en el desarrollo económico; lucha contra la pobreza, formación e inserción profesional y empleo; y establecimiento de una política de salud reproductiva. Por lo que respecta a este último punto, los objetivos son: establecer un programa nacional único y descentralizado de salud reproductiva, reducir la morbilidad materna, ampliar los servicios de planificación familiar y mejorar la prevalencia contraceptiva, prevenir las ETS/sida, prevenir los abortos clandestinos, la esterilidad y los cánceres de mama y de cuello de útero y mejorar la salud de las mujeres tras la menopausia. Dicho plan, sin embargo, ha sido objeto de polémica y debate nacional, en especial por el capítulo dedicado a la mejora jurídica del estatus de las mujeres, cuyos objetivos requerían una nueva reforma de la Mudawana. Las propuestas que paralizaron el Plan fueron, entre otras: elevar la edad al matrimonio a los 18 años, eliminar la tutela matrimonial, eliminar el repudio, establecimiento del divorcio judicial como único medio de disolución del matrimonio; y eliminar la poligamia.

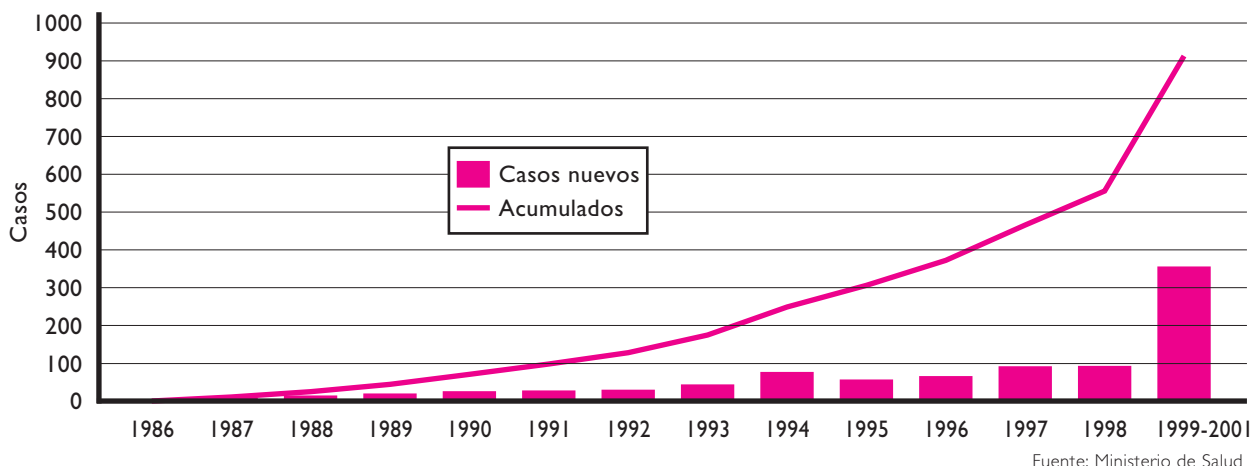
Dos grandes retos: mortalidad materna y enfermedades de transmisión sexual

En Marruecos mueren 7 mujeres cada día por problemas relacionados con el embarazo y el parto. Esta cifra es de dos a tres veces superior a la que se registra en los países árabes del Mediterráneo oriental, y 25 veces más elevada a la de Europa. La mortalidad materna se elevaba a 332 muertes por 100.000 nacimientos vivos durante 1985-1991, contra 359 en 1978-1984. Pese a este descenso, la tasa de mortalidad materna permanece muy elevada en comparación con países del mismo nivel de desarrollo. Por lugares de residencia, el desigual reparto de la infraestructura sanitaria y del personal médico son causas de una sobremortalidad materna en zona rural que alcanza 392 contra 268 en zona urba-

VII. TASAS COMPARATIVAS DE MORTALIDAD MATERNA (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos)



VIII. CASOS NUEVOS Y ACUMULADOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACIÓN (1986-2001)

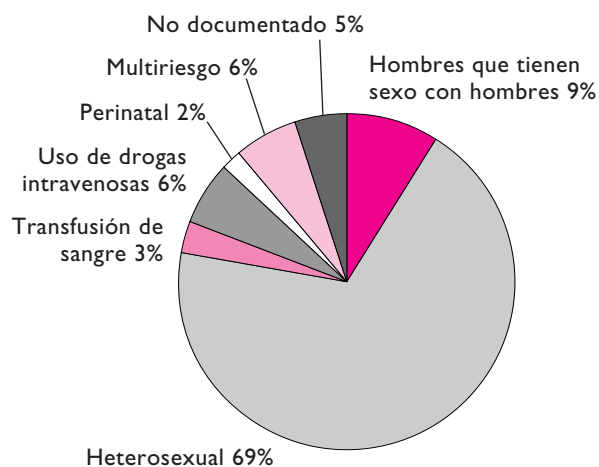


na. El nivel elevado de la mortalidad materna constituye uno de los grandes obstáculos al desarrollo humano sostenible. Estas elevadas cifras deben relacionarse con el limitado acceso a la atención sanitaria en materia reproductiva. Según diversas encuestas, sólo un 56% de las mujeres marroquíes recurre a la atención prenatal (78% en medio urbano contra 37% en medio rural), en muchas ocasiones debido a las dificultades de accesibilidad geográfica o al coste de los servicios sanitarios y del transporte. Otro de los factores que influyen en la elevada mortalidad materna es que el 54% de los partos se producen en el domicilio, cifra que alcanza un 73% en medio rural. También se debe a la incapacidad de ciertas maternidades hospitalarias de ofrecer servicios de calidad. Sin embargo, la cobertura de la atención postnatal es bastante elevada (87%), en comparación con la cobertura prenatal y de parto. En este caso las diferencias urbano/rural son menores, debido a que la consulta postnatal va ligada a la vacunación infantil. Existe igualmente una falta de conciencia de los riesgos ligados al embarazo, lo que denota una débil información, educación y comunicación. La estrategia por una maternidad sin riesgos, elaborada por la Dirección de la Población, del Ministerio de Salud, establece como objetivos para el 2004 reducir la mortalidad materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 25%, y alcanzar una cobertura prenatal y de parto del 52% (80% en medio urbano y 30% en medio rural).

El primer caso de sida fue diagnosticado en Marruecos en diciembre de 1986. A finales de septiembre de 2001 el número de casos acumulados declarados de sida alcanzó los 913. La distribución de estos casos ha variado en el tiempo. En el estadio inicial de la epidemia, la transmisión heterosexual era la responsable del 20% de las infecciones. Actualmente alcanza más del 69%. Pese al relativamente bajo número de casos de sida, entre 1998 y 2001 los casos acumulados han aumentado en un 63%, progresión suficientemente alarmante como para que el Gobierno marroquí

aprobara un plan nacional de lucha contra el sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Se estima que en Marruecos viven entre 12.000 y 18.000 personas con VIH/sida, un número que aumenta debido en particular a la migración y el turismo y los comportamientos sexuales de riesgo, aunque también influye en las cifras el incremento de los servicios de diagnóstico anónimo y gratuito, proporcionado por diversas instituciones en el país, públicas y ONG. Las zonas más afectadas son las áreas urbanas de Casablanca (19,6% de los casos), Agadir (13,5%) y Marrakech (10,2%). Paralelamente a la progresión del sida, la alarma se centra en las elevadas tasas de infecciones de transmisión sexual. El número de casos notificados de ITS se ha triplicado entre 1992 (103.434 casos) y 2001 (307.040 casos). Estas cifras no tienen en cuenta los casos no registrados, en ocasiones por tratarse de enfermedades asintomáticas, o por tabús sociales

IX. CASOS DE SIDA POR MODO DE TRANSMISIÓN (acumulados a 30 septiembre 2001)



y automedicación. Se estima que el número real de casos de ITS es cercano a los 600.000 al año, lo cual es un porcentaje importante de la población marroquí (más del 2% de la población total, cifra que supera el 3% si eliminamos a la población menor de 15 años, como barrera hipotética de inicio de la actividad sexual).

Fuentes:

Rapports sur le Développement Humain 1997, 1998-1999, PNUD, Maroc.
Laabid, Ahmed; Salud reproductiva de la mujer en Marruecos. Arab
Conference on Maternal and Child Health, El Cairo, junio 1999.
El Arbi Housni, Azelmat, Mustapha; Contraception: Utilisation Actuelle et
Future. Données provinciales. Direction de la Planification et des
Ressources Financières Service des Etudes et de l'information Sanitaire.
Ministère de la Santé, Rabat, 1998.
Implementing the Reproductive Health Vision: Progress and New
Directions for UNFPA, Evaluation Report n.17/1999, UNFPA.
Plan d'Action National pour l'Intégration de la Femme au Développement.