

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

Desarrollo humano y servicios sociales básicos

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

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

Desarrollo humano versus crecimiento económico

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

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

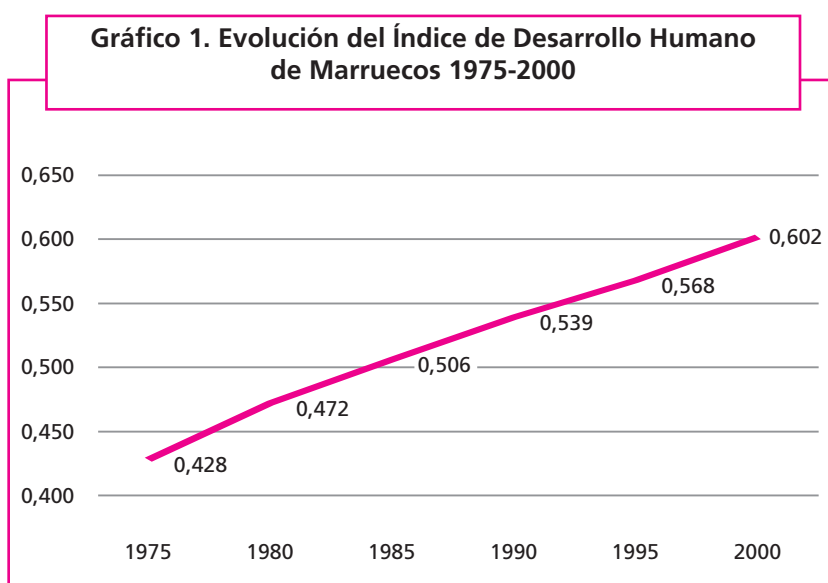
El mundo rural marroquí se encuentra en un ritmo de desarrollo por debajo de los países menos avanzados, mientras que en las ciudades el desarrollo humano se efectúa a un ritmo que supera la media observada por el grupo de países en desarrollo

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

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

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

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



Fuente: IDH 2002, PNUD

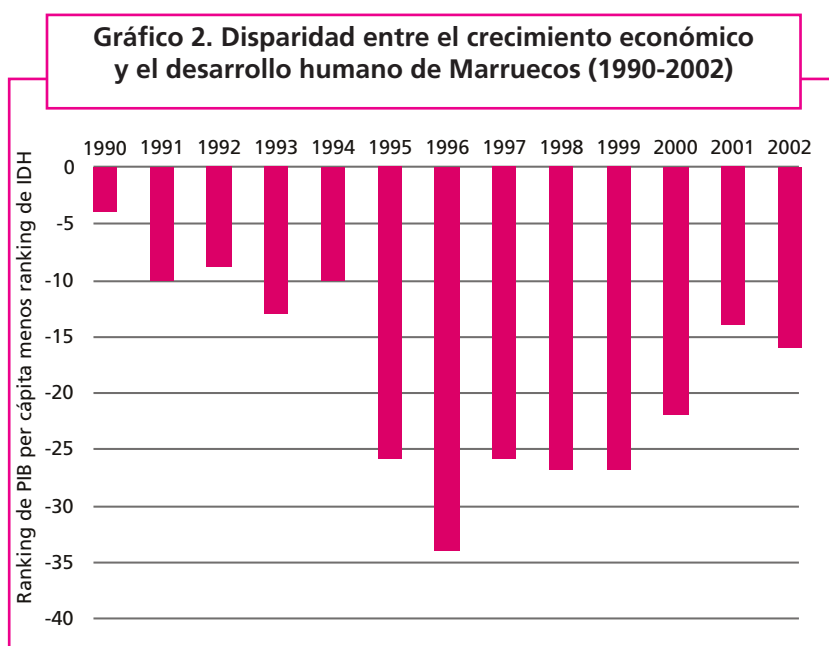
Así, en el informe sobre desarrollo nacional de Marruecos elaborado por el PNUD en 1997 se afirma que es “la relación eficiencia económica-cohesión social uno de los problemas básicos para el desarrollo del país”. Las fuertes desigualdades sociales, la tasa elevada de analfabetismo, la debilidad del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

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

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

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

Fuente IDH 2001



Fuente: IDH, PNUD (1990 a 2002)

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

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

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

Pobreza humana

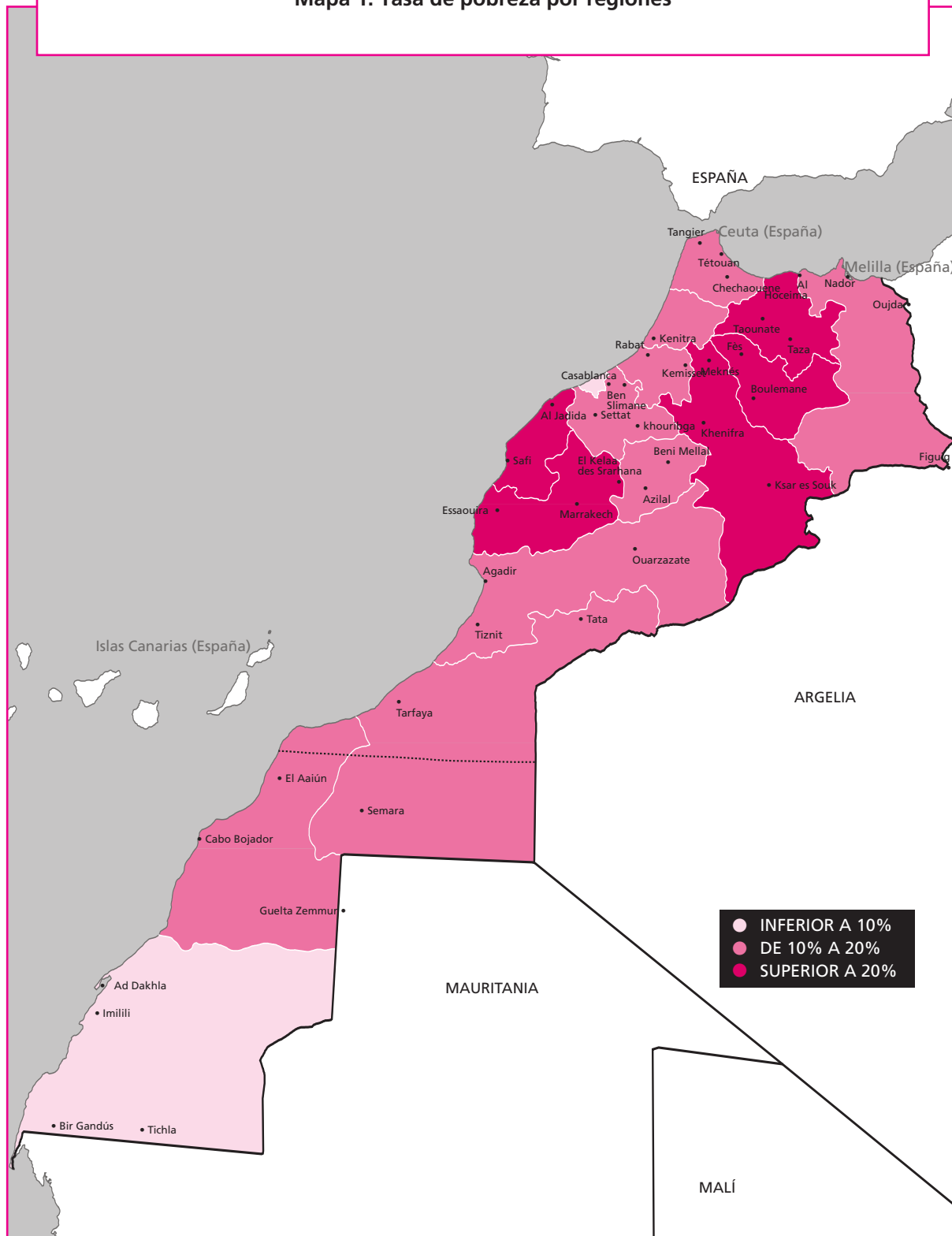
Paralelamente al desigual reparto del desarrollo humano, la geografía de la pobreza marroquí también es diversa, bien se mida ésta por los gastos de consumo, como por el Índice de Pobreza Humana (IPH). Si analizamos los datos de gastos de consumo de los hogares marroquíes, observamos de nuevo cómo el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

Tabla 2: La pobreza medida por los gastos de consumo

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

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

Mapa 1. Tasa de pobreza por regiones



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

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

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

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

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

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

Tabla 3: Niveles de desarrollo humano bajo para Marruecos

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

Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2000, PNUD

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

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

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

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

El Programa de Ajuste Estructural de Marruecos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 4. Principales indicadores económicos 1993-1999

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

*Deuda contratada o garantizada por el Estado

Fuente: Bilan Commun de Pays, 2000, PNUD Maroc

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

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

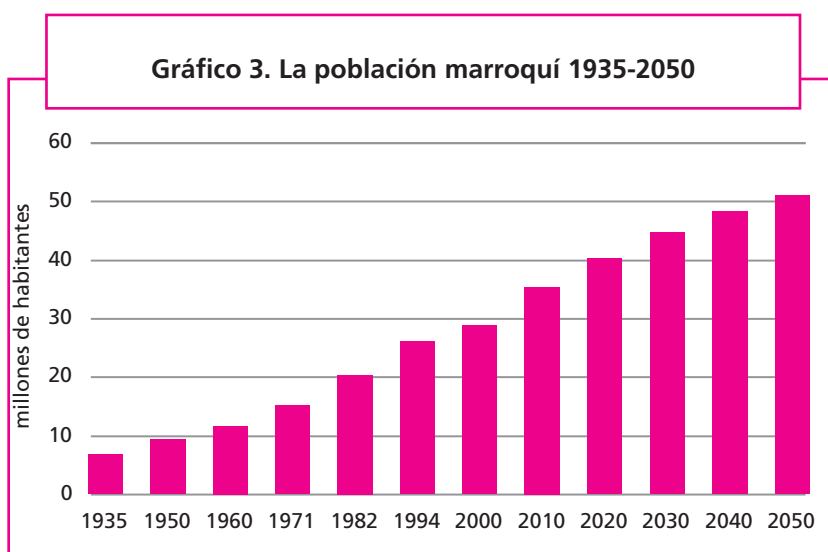
La desaceleración del crecimiento de la población marroquí se explica por el descenso sostenido de la tasa bruta de natalidad

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

El factor demográfico

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

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

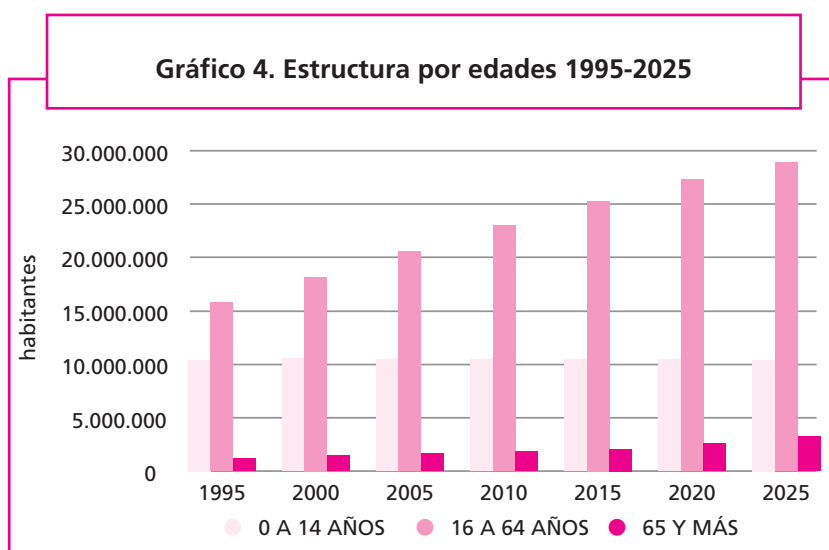


Fuente: datos censales y proyecciones US Census Bureau

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

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

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



Fuente: datos censales y proyecciones US Census Bureau

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios sociales básicos

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

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

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

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

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

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

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

Educación básica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Bilan Commun de Pays, 2000, PNUD Maroc

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

Tabla 8. Efectivos en la enseñanza preescolar

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

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

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

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

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

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

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

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

Salud básica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agua, saneamiento y vivienda

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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