

# Salud sexual y reproductiva en Marruecos

## Políticas y cooperación

La cooperación internacional

## LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

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

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

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

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

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

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

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

**Tabla 35. Desembolsos en Desarrollo Humano**

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

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

**Tabla 36. Desembolsos en el sector salud**

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

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

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

### Cooperación internacional y financiación de los sectores sociales básicos

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

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

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

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

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

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

## Las demandas de Marruecos a la cooperación internacional

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

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

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

a) Recogida y análisis de datos

-mejorar el sistema de recogida y de difusión de datos

-crear un sistema de información integrado

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

b) Salud Reproductiva y planificación familiar

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

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

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

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

c) Protección de la infancia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tres objetivos están igualmente previstos para alcanzar la segunda meta:

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

2-La promoción de la gobernanza local.

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

## **La cooperación multilateral**

### **FNUAP**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Los resultados del quinto programa país

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Programa FNUAP 2002-2006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Adaptaciones institucionales, implementación, ejecución, seguimiento y evaluación*

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

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

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

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

## PNUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## OMS

En materia de salud, la OMS, instalada en Marruecos desde 1961, financia numerosos programas centrados particularmente en el refuerzo de las infraestructuras sanitarias, la promoción de la salud, la lucha contra la enfermedad y el apoyo a los diferentes programas nacionales, así como al refuerzo de la equidad en materia de acceso a los cuidados. Igualmente ha contribuido a la promoción de cierto número de instituciones nacionales que han sido seleccionadas como colaboradoras de la OMS. La intervención principal de la OMS en Marruecos es apoyar el sistema de salud básica, con el fin de promover las condiciones mínimas y los mecanismos de desarrollo integrado y sostenible por y para la población, así como desarrollar la estrategia de atención de salud primaria en las zonas rurales. Otros proyectos se centran en la apreciación y tendencias de la situación sanitaria, formulación de políticas de salud, apoyo a las tecnologías de laboratorio, y formulación de políticas, planificación y gestión de recursos humanos. En materia de salud sexual y reproductiva, apoya y refuerza el programa de control de seguridad de sangre y productos sanguíneos, y contribuye a asegurar y desarrollar el seguimiento de las actividades realizadas en el marco del programa nacional contra las ETS, así como promover las acciones de sensibilización de la población de riesgo.

## UNICEF

En el período 1992-1996, UNICEF efectuó un gasto anual medio de 1,8 millones de dólares. La práctica totalidad (98%) destinada a servicios sociales básicos, en un sentido amplio. El programa de cooperación Marruecos-UNICEF 1997-2001 centra parte de sus actividades en *advocacy* y movilización social a favor de la infancia marroquí. UNICEF asegura la sostenibilidad de las actividades de los programas nacionales sobre vacunación, lucha contra enfermedades diarreicas, lucha contra problemas por carencia de yodo, infecciones respiratorias agudas, maternidad sin riesgos y escolarización de niñas.

UNICEF es la única agencia de Naciones Unidas que se resiste a asumir el enfoque integral de salud reproductiva, manteniendo una estrategia de atención materno infantil que colisiona con el trabajo de otras agencias del sistema

El programa de atención a la salud básica de UNICEF, para el período 1997-2001, por valor total de 559.000 dólares, tiene como objeto asegurar un acceso correcto a los cuidados de salud básica de 600.000 habitantes; incrementar la cantidad y la calidad de las consultas prenatales y postnatales; mejorar las condiciones de parto tanto en domicilio como en medio vigilado, e incrementar al menos un 50% el porcentaje de mujeres que reciben una asistencia correcta durante el parto a domicilio o en establecimientos sanitarios. El programa rural, que se inscribe en el marco del nuevo programa de cooperación entre el Gobierno de Marruecos y UNICEF, ha sido concebido de manera que asegure un conjunto de prestaciones de servicios en beneficio de la infancia y las mujeres, pero también del conjunto de la comunidad. Su campo de actividades incluye acciones tan variadas como la atención de salud básica, educación, promoción femenina, agua potable, saneamiento e higiene. Cubre cuatro provincias predominantemente rurales: Al Haouz, Essaouira, Ouarzazate y Zagora. Por otra parte, este programa se propone introducir un nuevo enfoque en materia de desarrollo rural integrado, basado en el enfoque participativo, considerado como condición *sine qua non* para la sostenibilidad de los proyectos y la creación de una dinámica de desarrollo comunitario.

Durante las actividades del programa rural en la provincia de Ouarzazate, las parteras tradicionales y los agentes de salud comunitaria de las comunas de Ghessate, Quisselssate e Iminoulaoune han seguido una formación sobre la atención a la salud básica. Las parteras tradicionales han recibido maletines equipados con material médico básico para mejorar la práctica de su oficio, particularmente en el plano de la higiene. Un año más tarde, en el marco de seguimiento del proyecto, se ha constatado que una gran parte del material consumible de estos maletines ha sido reaprovisionado por las asociaciones comunitarias. Estos dos ejemplos demuestran la importancia de la estructura comunitaria como agentes de desarrollo de base y como multiplicadores de las comunas rurales, concurriendo al desarrollo del conjunto de las comunas.

UNICEF, sin embargo, es la única agencia de Naciones Unidas que se resiste a asumir el enfoque integral de salud reproductiva, manteniendo una estrategia de atención materno infantil que colisiona con el trabajo de otras agencias del sistema.

## PAM

El Programa de Alimentación Mundial inició su asistencia a Marruecos en 1978, en el marco del programa de alimentación escolar. Su objetivo es garantizar a largo plazo, el acceso de los niños rurales a la educación fundamental y a medio plazo el aumento de la tasa de inscripción en las escuelas primarias rurales, en particular de las niñas, y mejorar las tasas de frecuentación escolar. Este proyecto, prolongado al período 1997-2000 cuenta con dos componentes: una retirada paulatina de la asistencia del PAM al programa de cantinas escolares sobre una duración de dos años, y una distribución de raciones alimenticias a los padres de niñas escolarizadas en las 13 provincias del BAJ1. Esta componente tiene por objeto alentar a los padres a inscribir a sus hijas en las escuelas primarias y aumentar la tasa de escolarización y retención. Con este proyecto, el PAM ha elegido a Marruecos (junto a Pakistán y Níger) como país piloto para evaluar el impacto de esta experiencia. En 1999, una misión compuesta por la

UNESCO y el PAM visitaron cuatro provincias BAJ1: Sidi Kacem, Taza, Chichaoua y Safi. Como resultado se ha observado un aumento espectacular del número de niñas matriculadas desde el inicio del proyecto. Este aumento es del orden del 40% en las provincias concernientes. El PAM también ha lanzado un proyecto piloto en materia de promoción de la enseñanza preescolar en las zonas rurales con la cooperación de la Embajada de Francia, el Ministerio de Educación y la Unión Nacional de Mujeres Marroquíes (UNFM). A título experimental en Taza y Chefchaouen durante 2 años escolares (1999-2001), se crearon de cuatro aulas con 30 alumnos cada una a cargo de una monitora formada por cooperantes franceses en estas provincias. Las comunas y el PAM se hacen cargo de los emolumentos de las monitoras durante el proyecto, y la UNFM se encarga de la administración de los fondos para esta operación así como de la representación de las madres en la Asociación de Padres de Alumnos, a fin de integrarlas en la toma de decisiones.

## UNESCO

La UNESCO interviene, de acuerdo con su misión, en materia educativa y cultural. Su contribución financiera es modesta generalmente, pues su apoyo es más de tipo logístico y aporta una asistencia técnica en asociación con otros organismos. En materia de salud reproductiva, la UNESCO ejecuta en Marruecos un proyecto del programa del FNUAP sobre educación en materia de población.

## El Banco Mundial

El Banco Mundial ha apoyado la elaboración del programa de prioridades sociales para atender las disparidades rural/urbano. La primera fase de este programa pretende el desarrollo de una infraestructura para educación básica y alfabetización y para servicios de atención primaria de salud. El programa del Banco Mundial se centra en 13 provincias que son las más atrasadas en términos de acceso a servicios de educación y de salud básica. Estas 13 provincias constituyen un punto central para las intervenciones de varias agencias de la ONU, incluido el FNUAP, durante los próximos 5 años (1997-2001). El Banco Mundial participa en la financiación del desarrollo de la salud reproductiva de Marruecos a través de un crédito a proyecto de salud básica en el marco del Programa de Prioridades Sociales (BAJ – Barnamaj Al-Aulaiyat Al-Ijtimaiya). El coste del proyecto es de 118,8 millones de dólares (el coste total del BAJ se estima en 266 millones de dólares), de los que el Banco Mundial financia a través de un crédito del BIRD a 20 años un 57,2% del total, es decir 68 millones de dólares. El Gobierno marroquí asume un 42,6% y la ayuda gubernamental extranjera el 0,2% restante.

El Banco ya financiaba varios proyectos, especialmente del sector educación y del de salud con anterioridad a la aprobación del BAJ en 1995. De 1986 a 1993 el Banco Mundial financió el primer gran proyecto en el sector sanitario, el Health Development Project, por un valor de 28,8 millones de dólares, con el fin de dar apoyo al programa de atención primaria del Ministerio de Salud Pública en tres provincias piloto, para mejorar el sistema de suministro de fármacos, y mejorar la capacidad de gestión del Ministerio. El componente de atención primaria se implementó en su totalidad y supuso una mejora en el acceso a la atención

El Banco Mundial participa en la financiación del desarrollo de la salud reproductiva de Marruecos a través de un crédito a proyecto de salud básica en el marco del Programa de Prioridades Sociales

El BAJ se concibió con un enfoque multisectorial, como un paquete de tres proyectos complementarios a ser implementados simultáneamente y en la misma área geográfica: el proyecto de educación básica, el de salud básica y el de coordinación y monitoreo de programas sociales y promoción laboral

sanitaria, mientras que el componente de gestión mejoró la situación en algunos aspectos pero continuaron serias deficiencias, especialmente en presupuestación de programas, asignación de recursos y disponibilidad de fármacos.

La segunda operación del Banco Mundial fue durante el período 1990-1996, Health Sector Investment Project, con un crédito de 104 millones de dólares. Sus objetivos eran reestablecer programas nacionales sostenibles de salud y fortalecer la administración y gestión de los servicios; dada la lentitud de la implementación se prorrogó hasta 1997.

Otro proyecto en marcha es el de Financiación y Gestión de la Salud, que pretende mejorar la eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios del sector público, movilizar recursos adicionales introduciendo nuevos mecanismos de financiación y fortalecer la formulación de políticas y la capacidad de gestión del Ministerio de Salud.

**Tabla 40. Proyectos financiados en el sector Salud por el Banco Mundial**

Nombre Proyecto	Crédito	Estatus	Fecha aprobación	Fecha finalización
Health Financing and Management	66 M US\$	Activo	17 XII 1998	31 XII 2003
Social Priorities Program Basic Health	68 M US\$	Activo	30 V 1996	31 XII 2003
Health Sector Investment	104 M US\$	Cerrado	20 II 1990	31 XII 1998
Health Development	28,4 M US\$	Cerrado	6 VI 1985	31 XII 1993

Fuente: Banco Mundial

### El Programa de Prioridades Sociales I (BAJ-I)

El objetivo del programa es incrementar el pobre acceso a los servicios sociales básicos, mejorar la protección social básica y crear nuevas oportunidades para la población desempleada a fin de participar en actividades económicamente productivas, se enmarca en la Estrategia de Desarrollo Social para la década de los noventa, lanzada en 1993.

El BAJ se concibió con un enfoque multisectorial, como un paquete de tres proyectos complementarios a ser implementados simultáneamente y en la misma área geográfica: el proyecto de educación básica, el de salud básica y el de coordinación y monitoreo de programas sociales y promoción laboral. El área de implementación son las 13 provincias más pobres y menos urbanizadas del país, donde vive el 27% de la población: Ouarzazate, Taroudant, Tiznit, Al Haouz, Chichaoua, El Kelaa Sraghna, Essaouira, Safi, Azilal, Chefchaouen, Sidi Kacem, Al Hoceima y Taza.

Los objetivos específicos del proyecto de salud básica son los siguientes:

- a) Proporcionar un mejor acceso a la atención preventiva y curativa del 47% (la población que actualmente vive a menos de 6 km de un centro de salud) al 60% de la población beneficiaria, incluido el acceso equitativo a fármacos esenciales;

b) Reducir la mortalidad materna y neonatal en las áreas prioritarias incrementando la cobertura de visitas prenatales del 28% al 50% y de partos asistidos en un entorno médico del 18,5% al 30%, y haciendo accesibles los métodos modernos de planificación familiar;

c) Apoyar el desarrollo de los programas de salud pública prioritarios a nivel nacional.

Las innovaciones del proyecto residen en que va dirigido a la población más pobre del país, en que fue diseñado y preparado en estrecha colaboración con el personal local que estaría implicado en su monitoreo e implementación, en que es suficientemente flexible como para ajustarse a la situación local, en que implica a los responsables de salud provinciales en las actividades de planificación, implementación y monitoreo, y en que implica importantes acciones en el sector farmacéutico al tiempo que se suministran fármacos.

Dentro de las 13 provincias elegidas, el proyecto se concentra en distritos específicos, llamados ZIP (zonas de intervención prioritarias), en colaboración con funcionarios médicos provinciales de acuerdo a criterios demográficos, de acceso a servicios de salud, de perfil epidemiológico, y uso de los servicios. La mayoría de los distritos elegidos son rurales. La mortalidad materna, neonatal e infantil en estos distritos está muy por encima de la media nacional, y las infraestructuras de salud son inadecuadas tanto cuantitativamente como cualitativamente. El patrón de mortalidad y morbilidad está dominado por enfermedades infecciosas (sarampión, diarrea, fiebre tifoidea, tuberculosis). El acceso a agua potable es un factor determinante, y en algunas áreas la población alfabetizada sólo alcanza el 20%. Por otra parte, la población raras veces utiliza los servicios que están disponibles, principalmente debido a su baja calidad.

De los 118,8 millones de presupuesto del proyecto salud básica el 26%, unos 30,8 millones de dólares, se destina exclusivamente a fortalecer el Programa de Maternidad Sin Riesgo. En este sentido, la agencia estadounidense USAID acordó financiar todos los aspectos del programa de Maternidad Sin Riesgos en los distritos beneficiarios (a excepción de la componente de IEC), lo que equivale a 6 millones de dólares, ello incluye: la disponibilidad de métodos modernos de planificación familiar, la reorganización de los servicios prenatales incluyendo el apoyo al programa de anemias ferropénicas, la mejora de las salas de maternidad, el uso de trabajadores de salud comunitarios (como las parteras tradicionales) donde se necesiten, y el establecimiento de un sistema de derivación en caso de urgencias obstétricas de las comunidades y los centros de salud a maternidades de hospitales provinciales.

El proyecto prevé una reorganización y redistribución de los recursos humanos, materiales y financieros en las 13 provincias BAJ, de manera que algunas maternidades se cerrarán para reforzar otros centros estratégicos. Este enfoque necesita de la implementación de un sistema de derivación de emergencia. Estas actividades complementan las intervenciones en Maternidad Sin Riesgo del FNUAP y de la UE.

La financiación del Banco Mundial a este proyecto va específicamente dirigida a:

La mayoría de los distritos elegidos son rurales.

La mortalidad materna, neonatal e infantil en estos distritos está muy por encima de la media nacional, y las infraestructuras de salud son inadecuadas tanto cuantitativamente como cualitativamente

La contratación y formación de comadronas y ginecólogos obstetras forma parte de la estrategia de recursos humanos del Ministerio de Salud, dado que este personal es bastante escaso en Marruecos y está concentrado en las principales áreas urbanas

a) Compra de contraceptivos: USAID informó oficialmente al Gobierno que a principios de 1999 dejaría de financiar estos productos, por lo que el Ministerio de Salud solicitó la inclusión de estos gastos en el proyecto, dado que los contraceptivos han probado su efectividad en la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil.

b) Reorganizar la provisión de servicios prenatales para incrementar la cobertura de las mujeres: ello requiere una mayor implicación médica en el ámbito de centros de salud, mejorar las salas de espera, y personal capacitado para detectar embarazos de alto riesgo y realizar las derivaciones necesarias, así como el suministro de hierro en el contexto del programa de anemias ferropénicas. Hay que destacar que la contratación y formación de comadronas y ginecólogos obstetras forma parte de la estrategia de recursos humanos del Ministerio de Salud, dado que este personal es bastante escaso en Marruecos y está concentrado en las principales áreas urbanas. La mayoría de las provincias beneficiarias del BAJ tienen menos de un ginecólogo-obstetra por cada 10.000 nacimientos.

c) Renovar y rehabilitar 55 maternidades rurales y 13 unidades obstétricas en hospitales provinciales de las zonas prioritarias.

d) Compra de materiales, equipamiento y fármacos para alcanzar los requerimientos mínimos necesarios para atender la emergencias obstétricas básicas.

e) Establecer sistemas de evacuación médica, incluyendo la definición de normas de derivación y la compra de 126 ambulancias.

f) Formación, donde se necesite, de parteras tradicionales (Kablats) para atender mejor los partos a domicilio.

Los otros componentes del programa se financian a razón de 45,1 millones de dólares para la mejora del acceso a servicios de salud preventivos y curativos, y de 41,9 millones para apoyar los programas nacionales de salud prioritarios. Éste último incluye como principales beneficiarios el Programa Ampliado de Inmunización y el Programa de Control de la Tuberculosis, si bien también incluye otros programas como el de enfermedades de transmisión sexual.

El proyecto financiado por el Banco Mundial tiene una duración de 5 años y está prevista su finalización el 31 de diciembre de 2002 (un año más si se incluye un período de 12 meses de desfase en el desembolso). Otra actuación relevante del Banco Mundial en Marruecos, fue el apoyo al programa piloto de celebración de talleres y el esfuerzo de creación de consenso que dio como resultado el Plan de Integración de la Mujer en el Desarrollo.

## Unión Europea

La cooperación de la UE con Marruecos debe enmarcarse básicamente en los programas MEDA y en el Acuerdo Euromediterráneo. Dado que el objetivo último del Proceso de Barcelona es la creación de una zona de libre cambio en el 2010, la cooperación en los sectores sociales básicos

queda relegada a un segundo plano, pues la UE consagra sus esfuerzos de cooperación principalmente en el sector económico. Su intervención en materia social es modesta y se limita básicamente a los sectores del saneamiento y del agua potable, si bien también apoya la educación, la reforma de los servicios de salud básica, la protección ambiental y las acciones dirigidas a la juventud y la sociedad civil.

Previo a la celebración de la Conferencia de Barcelona, que dará lugar a los programas MEDA y a la nueva estrategia de cooperación euromediterránea, el instrumento principal de cooperación entre ambas partes fueron los Protocolos Financieros, tras la firma del Acuerdo de Cooperación de 1976. Dicho acuerdo iba acompañado de un primer protocolo financiero para 1976-1981. A éste le siguieron tres protocolos más, que fueron incrementando paulatinamente el volumen de cooperación con Marruecos, pero que sin embargo iban reduciendo la asignación de fondos a los sectores sociales. El siguiente cuadro resume la cooperación realizada a través de dichos protocolos financieros

**Tabla 41. Protocolos Financieros UE-Marruecos 1976-1996**

Protocolos financieros	Período	Monto financiero en millones €	Origen de los fondos (fondos comunitarios+ fondos UE)	Porcentaje destinado a sectores sociales	Prioridades
Primero	1976-81	130	74+56	12%	Infraestructuras y desarrollo rural, formación y promoción de los sectores industriales y comerciales
Segundo	1981-86	199	109+90	9%	Ordenación hidroagrícola, crédito agrícola, formación profesional y saneamiento urbano
Tercero	1986-91	324	173+151	7%	desarrollo agrícola infraestructuras hidroagrícolas y formación
Cuarto	1991-96	438	218+220	26%	desarrollo rural, crédito agrícola y cooperación económica

En el marco de la Política Mediterránea Renovada (aprobada en diciembre de 1990), se aprueba el cuarto protocolo financiero con Marruecos 1991-1996. Este protocolo invierte la tendencia a la baja de fondos destinados a los sectores sociales, recibiendo un 26% de los fondos. En total, 1.091

Dado que el objetivo último del Proceso de Barcelona es la creación de una zona de libre cambio en el 2010, la cooperación en los sectores sociales básicos queda relegada a un segundo plano, pues la UE consagra sus esfuerzos de cooperación principalmente en el sector económico

El MEDA se basa en dos grandes ejes, con vistas al horizonte 2010, de creación de la zona de libre cambio. Por un lado un programa de apoyo a la transición económica y, por el otro, la financiación de acciones específicas en sectores que permitan a la población beneficiaria asegurar un mejor equilibrio socioeconómico

millones de euros entre 1976 y 1996, de los que sólo un proyecto, a cargo precisamente del cuarto protocolo, se destinó al apoyo de la salud materna y neonatal, por valor de 9 millones de euros, lo que supone un 0,8% (el sector social recibió el 15% en todo el período).

El objetivo de dicho proyecto es actuar ante los embarazos con riesgo y las complicaciones obstétricas. Se trata de prevenir mediante una mejor información sobre los peligros de los nacimientos no espaciados, y los métodos de planificación familiar y mediante un seguimiento prenatal más regular a fin de asegurar un diagnóstico precoz de los problemas eventuales. Además, el proyecto se dirige a mejorar las condiciones de evacuación, de atención de los nacimientos y las complicaciones obstétricas, tanto a nivel de las estructuras de base como de las maternidades de referencia aportando renovaciones, equipamientos apropiados y formaciones especializadas. Cubre 20 provincias en Marruecos (Agadir, Ida Ouatane, Kénitra, Marrakech-Menara, Oujda, Nador, Casablanca -Ben M'Sick, Aín Sebaa, El Fida Derb Soltan, Mohammedia, Khemisset, Salé, El Jadida, Beni Mellal, Errachidia, Khenifra, Ifrane, Meknès El Menzeh, Fès Jdid Dar Dbibagh, Larache y Tetuán), y prevé la rehabilitación y el equipamiento de maternidades hospitalarias, el equipamiento de casas de parto y centros de salud, la adquisición de 50 ambulancias (entregadas en diciembre de 2000), la formación de 400 médicos y 1.600 enfermeros en el marco de un convenio de colaboración con las dos facultades de medicina y de farmacia de Rabat y de Casablanca, la compra de medicamentos y contraceptivos, la producción y la difusión de soportes educativos así como investigaciones operativas.

#### **MEDA I (1996-1999)**

La Conferencia de Barcelona de 1995 ve nacer el Partenariado Euromediterráneo, que se traduce a nivel bilateral en la firma de los acuerdos de asociación con los países mediterráneos. El acuerdo con Marruecos se firma el 26 de febrero de 1996, entrando en vigor el 1 de marzo de 2000. Con el Partenariado Euromediterráneo se crea el programa MEDA, que viene a sustituir a los protocolos financieros. El primer programa MEDA 1996-1999 supone para Marruecos una ayuda de 660 millones de euros. El MEDA se basa en dos grandes ejes, con vistas al horizonte 2010, de creación de la zona de libre cambio. Por un lado un programa de apoyo a la transición económica y, por el otro, la financiación de acciones específicas en sectores que permitan a la población beneficiaria asegurar un mejor equilibrio socioeconómico.

En materia sanitaria, el programa MEDA para Marruecos se inscribe en la estrategia nacional de reforma del sector. Esta reforma se basa en la descentralización de la gestión de los servicios públicos de salud en el contexto de la regionalización. Los objetivos fijados son: el refuerzo institucional del Ministerio de Salud para la coordinación y seguimiento de la reforma, en particular para la creación de las direcciones regionales de Salud; la organización de la oferta de servicios en las regiones; el desarrollo de las capacidades de gestión financiera a nivel regional y a nivel de los hospitales; la puesta a punto de los equipos técnicos en algunos hospitales generales y centros de salud en la región Oriental donde la accesibilidad a los servicios de salud es particularmente difícil; la formación de cuadros superiores e intermedios de esta misma región. El obje-

tivo de la intervención es acercar los servicios de salud de calidad a la población y liberar recursos presupuestarios del sector hospitalario.

Durante 1996-1999, el sector social recibió un 15% de la ayuda, sin embargo el sector salud solamente fue receptor de un proyecto a cargo del MEDA de 20 millones de euros, y destinado a mejorar la gestión sanitaria con el fin de que la población de la región Oriental acceda a servicios de salud eficientes, accesibles y de calidad; también reasigna recursos presupuestarios que se destinaban al funcionamiento del sector hospitalario hacia la red de salud básica. El proyecto, al que el Gobierno marroquí contribuye con 2,7 millones de euros, se inicia en diciembre de 1998, y tiene una duración prevista de 5,5 años. El proyecto prevé actividades de refuerzo institucional, de formación del personal en administración y gestión de sistemas y servicios de salud a escala regional, de manera que se apoya el proceso de descentralización de la administración y gestión de los servicios de salud. También prevé la rehabilitación de 19 centros de salud básica y 5 hospitales de la región, junto a su equipamiento informático, biomédico y técnico.

Por lo que respecta al programa de reforma sanitaria con cargo a MEDA II, éste se basa en apoyar la preparación y las fases iniciales de aplicación de la cobertura universal del seguro de enfermedad en Marruecos

### MEDA II 2000-2006

En 1999 se elaboró un primer documento estratégico nacional para el período 2000-2006. Este documento permitió establecer el primer programa indicativo nacional 2000-2002 (PIN), en colaboración con las autoridades marroquíes. Paralelamente se decidió con el Gobierno concentrar los fondos MEDA en un número limitado de materias prioritarias destacando los programas de reformas sectoriales. De entre los proyectos aprobados en 2000 y 2001, el más importante es el de reforma del sector del agua (120 millones de euros), el de ajuste del sector financiero (52 millones de euros) y el de la reforma del sector sanitario (50 millones de euros). Otras acciones incluyen la reforma de la justicia, el desarrollo rural en Khenifra, y la gestión de residuos sólidos en Essaouira.

Por lo que respecta al programa de reforma sanitaria con cargo a MEDA II, éste se basa en apoyar la preparación y las fases iniciales de aplicación de la cobertura universal del seguro de enfermedad en Marruecos. Esta reforma implica medidas destinadas a aumentar la complementariedad entre las fuentes de financiación públicas y privadas de la atención sanitaria y a mejorar el acceso y la calidad de la misma. También, requiere una importante redistribución de los gastos sanitarios en favor de las poblaciones desfavorecidas.

Una de las novedades del programa indicativo elaborado en 1999, fue acordar una ayuda de 4 millones de euros para contribuir a la financiación de un programa integrado de apoyo a las asociaciones marroquíes de desarrollo. Marruecos se convirtió así en el primer país mediterráneo en integrar una recomendación esencial de la Declaración de Barcelona relativa a la sociedad civil en su programa indicativo nacional de Cooperación con la UE. De una duración de 3 años este programa comporta dos componentes principales: un mecanismo de apoyo para el desarrollo institucional y organizativo de varias asociaciones distribuidas sobre todo el territorio marroquí, y una línea de financiación para proyectos de desarrollo integrados o que actúen en la pro-

La estrategia de la UE con Marruecos se centra pues en el eje crecimiento-desempleo-pobreza-migraciones. Así el plan indicativo 2002-2004, reparte en un 50% sus prioridades a los sectores económico y comercial, y al sector social, cultural y humano

moción de actividades productivas así como aquellos relativos a sectores como el agua, la salud, la educación en medio rural y la protección del medio ambiente.

En el año 2001, conforme a las orientaciones del nuevo reglamento MEDA y tras el relanzamiento del partenariado euromediterráneo tras la reunión de Marsella de noviembre de 2000, se elaboró una nueva versión del documento estratégico 2002-2006 y un nuevo programa indicativo nacional para 2002-2004. Esta revisión se ha llevado a cabo en estrecha colaboración con las autoridades marroquíes, los estados miembros y otros donantes, y se adoptó el 27 de diciembre de 2001 por la Comisión. La estrategia de la Comisión Europea, definida hasta 2006, concierne a las necesidades ligadas a la puesta en marcha del acuerdo de asociación, así como a las medidas que deberán priorizarse para favorecer el crecimiento y el empleo y la lucha contra la pobreza. El programa indicativo nacional 2002-2004, cuyo montante financiero es de 426 millones de euros, se basa en cinco materias prioritarias: apoyo institucional, en particular la reforma de la administración pública (81 millones de euros); facilitación del comercio (132 millones de euros), que incluye programas de apoyo a la reestructuración de las empresas privadas, liberalización del sector de transportes y aplicación del acuerdo de asociación; desarrollo de los recursos humanos (58 millones de euros), priorizando la formación profesional y la enseñanza superior mediante el programa comunitario Tempus; movimientos de población (115 millones de euros), que implica programas para mejorar el desarrollo socioeconómico de las regiones más pobres, canalizar la emigración legal y controlar mejor la clandestina; y finalmente, protección del medio ambiente (40 millones de euros).

La estrategia de la UE con Marruecos se centra pues en el eje crecimiento-desempleo-pobreza-migraciones. Así el plan indicativo 2002-2004, reparte en un 50% sus prioridades a los sectores económico y comercial, y al sector social, cultural y humano. Dentro de este último, los objetivos son el desarrollo de los recursos humanos, enfocado a los sectores productivos, y la emigración. En este sentido se apoyará un programa de soporte institucional a la circulación de personas para canalizar la emigración, un programa de apoyo institucional de lucha contra la inmigración ilegal y, finalmente, una estrategia de desarrollo de las provincias del norte, fuente de cerca del 40% de la emigración marroquí hacia la UE. Este subapartado es el único que contempla una inversión en la cobertura de necesidades sociales básicas, y solamente a partir de 2004, con un presupuesto de 70 millones de euros.

### **Las líneas presupuestarias específicas de población, salud reproductiva y VIH/Sida**

En el año 2000 se creó la línea de financiación específica de población, salud reproductiva y VIH/Sida B7-6212, con una asignación de 230 millones de euros. Esta línea es la suma de las anteriores líneas B7-6211 sobre VIH/Sida (cuya asignación en 1999 fue de 16,5 millones de euros), y B7-6310 sobre políticas y programas de población (con una asignación de 8 millones en 1999). La unión de ambas líneas ha supuesto un recorte de 4,5 millones de euros en la ayuda al sector. Pese a ello, la Comisión Europea permanece como uno de los principales donantes

internacionales en materia de población, si sumamos las acciones financiadas a través de esta nueva línea, a las financiadas a través del programa MEDA, y de la cofinanciación a través de ONG (B7-6000) y de la cooperación descentralizada (B7-6002).

Las prioridades de la línea B7-6212 son: a) identificar enfoques efectivos para mejorar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva a través de la colaboración de los sectores público y privado; b) identificar medios efectivos y sostenibles para proporcionar atención materna a los pobres; c) identificar enfoques efectivos y sostenibles para mejorar la salud de los jóvenes, incluyendo la salud sexual; d) mejorar la comprensión de los derechos de las mujeres y el empoderamiento como requisito para permitir un bienestar sexual y reproductivo, particularmente a las mujeres pobres y jóvenes.

El programa VIH/Sida de la UE se inició en 1987 y desde entonces ha implementado intervenciones a nivel nacional, regional e internacional en al menos 90 países. Incluye medidas preventivas y de atención, apoyo multisectorial, estudios e iniciativas de comunicación. El Programa VIH/Sida ha desarrollado estrategias de apoyo que incluyen los campos de las ETS, intervenciones multisectoriales en VIH/Sida, educación en VIH/Sida y en habilidades de vida para gente joven en la escuela y fuera de ella, campañas de información en los medios de comunicación, y provisión de atención médica y sangre segura. Ha desarrollado cursos de formación sobre sangre segura, planificación e implementación de tests de laboratorio y gestión de ETS. También ha supervisado nuevos análisis de datos y modelos de proyección para abordar el impacto de la pandemia.

Los objetivos del programa son: a) reducir la transmisión del VIH/Sida y la extensión de otras enfermedades capaces de ser transmitidas sexualmente o perinatalmente; b) reforzar los servicios sociales y de salud de manera que puedan atender las crecientes demandas de extensión de la epidemia; c) ayudar a los gobiernos y comunidades a evaluar el impacto de la epidemia en los diferentes sectores económicos y grupos sociales, y definir e implementar estrategias; d) desarrollar conocimiento científico sobre la epidemia y el impacto de medidas con vistas a mejorar su calidad; e) prevenir la discriminación contra las personas infectadas con VIH/Sida, y su exclusión social y económica.

La UE apoya el programa nacional marroquí de planificación familiar en 11 provincias del norte, con el fin de mejorar el acceso, la calidad y la aceptabilidad de los servicios en materia de protección de la salud materna e infantil. La formación y el reciclaje del personal de las estructuras fijas y de los servicios móviles contribuye a mejorar la calidad de las prestaciones, y una estrategia de comunicación específicamente concebida para las poblaciones de la región hará las acciones de información y educación más pertinentes. Por lo que respecta a la accesibilidad de los servicios, la construcción de dos centros en Oujda y el Al-Hoceima refuerza la red de estructuras sanitarias fijas, y la adquisición de vehículos 4x4 para los equipos médicos y de motocicletas para la enfermería itinerante permite ampliar los servicios móviles que atienden a las poblaciones alejadas de los centros urbanos. Un primer balance realizado en la provincia de Taounate es extrema-

La UE apoya el programa nacional marroquí de planificación familiar en 11 provincias del norte, con el fin de mejorar el acceso, la calidad y la aceptabilidad de los servicios en materia de protección de la salud materna e infantil

La asistencia de USAID se concentra actualmente en los sectores relativos a la población y a la salud, al medio ambiente y la gestión de los recursos hídricos, a la promoción del crecimiento económico y al desarrollo del sector privado, y a la educación básica de niñas en las zonas rurales

damente alentador. En efecto, los 80 puntos dispersos de la provincia donde se dispensan los diferentes servicios sanitarios (prenatal, postnatal, planificación familiar, vacunación, consejos en nutrición, cuidados curativos, educación sanitaria) podrían potencialmente asegurar la cobertura del 52% de la población rural de la provincia. Antes de la llegada de los medios de movilidad suministrados por el proyecto, esta población sólo estaba cubierta en un 3% por un único equipo móvil. Actualmente los equipos móviles cubren el 15%, lo que corresponde a 98.000 personas, y la enfermería itinerante en motocicleta cubre el 37%, unas 243.000 personas.

La UE apoyó también la lucha contra las ETS/Sida en el seno de las Fuerzas Armadas Reales (FAR), entre 1996-2001, con una contribución de 822.000 dólares. Otra de las acciones destacadas de la UE es el apoyo a la introducción del abordaje sindrómico a escala nacional de ETS/Sida (1997-2002, con una contribución de 1.435 dólares).

### Otros donantes multilaterales

Por lo que respecta a otros donantes multilaterales financieros, el *Banco Africano de Desarrollo* estudia la posibilidad de actuar en el sector salud, transportes y mercados de capitales; hasta el momento se ha centrado en educación, redes de transportes y electricidad, así como agua y saneamiento. El *Banco Islámico de Desarrollo* financia apenas un millón de euros anual, el 40% de cuyo presupuesto se destina al desarrollo social; el resto se destina a la gestión de la economía, recursos humanos y agricultura.

## La cooperación bilateral

### Estados Unidos

La asistencia de USAID se concentra actualmente en los sectores relativos a la población y a la salud, al medio ambiente y la gestión de los recursos hídricos, a la promoción del crecimiento económico y al desarrollo del sector privado, y a la educación básica de niñas en las zonas rurales. El paquete total de los proyectos que cubren actualmente estos cuatro sectores es de unos 160 millones de dólares: la salud representa el 32,5%, el medio ambiente y la gestión de recursos hídricos el 32,2%, la educación el 16,3%, y el apoyo al crecimiento económico el 18,9%. El programa de cooperación de USAID en Marruecos destinó en 2002 10.313 millones de dólares, y prevé destinar en 2003 6.713 millones.

Los objetivos de la cooperación americana se centran en una región económica clave de Marruecos, Souss-Massa-Draa, para maximizar su impacto. Esta región fue elegida porque combina una actividad comercial exitosa con necesidades sociales y medio ambientales apremiantes. Por un lado, la región tiene una creciente industria turística y produce y exporta más de la mitad de las frutas y verduras de Marruecos. Por otro, el desarrollo de Souss-Massa-Draa está constreñido por elevadas tasas de analfabetismo, emigración a las ciudades del norte, y un rápido descenso de los recursos hídricos por la irrigación intensiva.

Los dos objetivos estratégicos de USAID se refieren a dos temas de recursos fundamentales para la economía de Marruecos: a) incrementar las oportunidades para la inversión exterior e interior, y b) mejorar la gestión de los recursos hídricos. Dos objetivos especiales se centran en temas clave a largo plazo de salud y educación: a) promover una población sostenible, y programas de salud y nutrición, y b) incrementar la educación básica de niñas en áreas rurales. USAID da una importancia particular al género y al partenariado público-privado, para maximizar las sinergias. El Plan Estratégico de USAID para Marruecos 1999-2005, elaborado en base a la experiencia previa, se centra en cinco programas: 1-Crecimiento Económico y Desarrollo de la Empresa Privada; 2-Medio Ambiente y gestión de Recursos Naturales; 3-Población y Salud; 4-Educación Básica para Niñas; 5-Democracia y Gobernanza

USAID fue el primer colaborador del Gobierno marroquí desde el inicio de su programa de planificación familiar en los años sesenta, y durante tres décadas ha sido el primer donante en planificación familiar. En 1999-2000, sin embargo, hubo significativas reducciones en los campos de salud y educación. En estos momentos el Ministerio de Salud se prepara para la fase de retirada de la asistencia de USAID en el 2004. Se han institucionalizado elementos clave de su programa nacional de planificación familiar y salud materna e infantil: sistemas de gestión de datos, sistema de logística de contraceptivos, y capacitación para profesionales de salud antes y durante su ejercicio. Así, el Gobierno marroquí se ve obligado a adoptar ciertos sectores como prioridades nacionales con el fin de mantener la sostenibilidad de la asistencia creada, en especial en planificación familiar y en urgencias obstétricas. Así, con la ayuda de otros donantes internacionales, construirá sobre la base del enfoque pionero de USAID réplicas en otras regiones de Marruecos. El éxito de las actividades piloto y el entusiasmo que han generado reside en un doble enfoque que combina educación pública y *advocacy* con la mejora de las infraestructuras para emergencias obstétricas.

USAID y el Ministerio de Salud trabajan conjuntamente en la última fase del Proyecto Fase V de Planificación Familiar y Salud Materna e Infantil (PF/SMI). Este proyecto ya ha tenido resultados sustanciales incluyendo un descenso de la fecundidad y de la mortalidad infantil y un aumento de la prevalencia contraceptiva, de los partos asistidos, de la cobertura de vacunaciones, y del uso de sales de rehidratación oral. Dado que el sistema público de salud de Marruecos ha hecho grandes progresos en la salud y sectores relacionados, la atención del proyecto Fase V es incrementar el uso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de planificación familiar y salud materna e infantil. El presupuesto de este proyecto de 5 años (Fase V) es de 38 millones de dólares.

Previo a la retirada de la ayuda al sector salud en 2004, el programa de población y salud en Marruecos se encuentra en una fase de transición, tras la reciente aprobación del nuevo Plan Estratégico 1999-2005 que incluye el cierre de la Fase V en 2001, y el inicio en 1999 del proyecto previsto para asegurar la sostenibilidad de lo conseguido, el llamado programa Progress.

USAID fue el primer colaborador del Gobierno marroquí desde el inicio de su programa de planificación familiar en los años sesenta, y durante tres décadas ha sido el primer donante en planificación familiar. En 1999-2000, sin embargo, hubo significativas reducciones en los campos de salud y educación

En el marco del V programa de USAID debemos destacar el proyecto piloto de cuidados obstétricos de urgencia 1995-1999 desarrollado en las regiones de Fez-Boulemane y Taza-Al-Hoceima-Taounate, iniciado en el momento en que Marruecos comenzaba una nueva política de apoyo a las maternidades hospitalarias

### 1993-2001: el Programa de descenso de la fecundidad y mejor salud para mujeres en edad reproductiva y menores de 5 años (Fase V)

El objetivo de este programa es incrementar el uso de servicios de planificación familiar y salud materna e infantil de calidad, e incrementar la sostenibilidad del programa nacional de Marruecos. Ello se realiza a través de formación, técnicas de gestión de calidad, la introducción de sistemas de información de gestión, y suministro mejorado de contraceptivos y otros productos. La investigación de operaciones en áreas piloto está introduciendo la atención obstétrica de emergencia, gestión de casos integrados de niños enfermos y otros nuevos enfoques para prestación de servicios. Este programa de PF/SMI tiene cuatro componentes: a) promover un mayor acceso a servicios de PF/SMI de calidad y orientados al cliente; b) mejorar el entorno político; c) reforzar la capacidad del Ministerio de Salud para descentralizar la gestión de los programas de PF/SMI para dar mejor respuesta a los clientes; d) facilitar la diversificación de recursos base para la prestación de servicios.

Para este programa, John Snow International es el contratado institucional y la University Research Corporation y Johns Hopkins University son subcontratados. Otras agencias que cooperan son: International Sciences and Technology Institute (ISTI), The Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO), Management Sciences for Health (MSH), Partnerships for Health Reform (PHR), The Futures Group and The Partnership for Child Health Care.

En el marco del V programa de USAID debemos destacar el proyecto piloto de cuidados obstétricos de urgencia 1995-1999 desarrollado en las regiones de Fez-Boulemane y Taza-Al-Hoceima-Taounate, iniciado en el momento en que Marruecos comenzaba una nueva política de apoyo a las maternidades hospitalarias y que, tras el apoyo de USAID, suscitó el interés de numerosos financiadores en esta materia (FNUAP, UE, Banco Mundial, las cooperaciones francesa, belga y japonesa). La agencia de ejecución fue John Snow, Inc. (JSI), compañía de salud pública americana. La importancia de este proyecto reside en su enfoque innovador, pues introduce en Marruecos el sistema de los tres retrasos, y en que ha servido de ejemplo para reformular las intervenciones en Maternidad Sin Riesgos en el país. Es importante saber que el nuevo análisis de los determinantes de la mortalidad materna, surgido de este modelo de los tres retrasos, lleva a una revisión radical de las prioridades de acción de la Iniciativa para Maternidad Sin Riesgo lanzado a nivel internacional diez años antes (Nairobi 1987). Esta nueva orientación es un retorno de prioridad sobre la puesta a punto de los servicios de cuidados obstétricos de urgencia. Se observa, con la experiencia, que las complicaciones obstétricas más amenazantes para la vida no son ni previsibles, ni evitables, pero pueden ser tratadas con éxito. La nueva estrategia propone prioridades de acción en función de los tres retrasos que llevan a la muerte materna.

Los tres retrasos del modelo son los siguientes: un primer retraso en decidir a recurrir a los cuidados obstétricos de urgencia; un segundo retraso para llegar al servicio de cuidados obstétricos de urgencia; y un

tercer retraso, tras la llegada al servicio de salud, para recibir una atención efectiva. La transferencia entre el servicio obstétrico de urgencia básica (SOUB) al servicio obstétrico de urgencia completo (SOUC) forma parte de este tercer retraso.

El plan y la organización del proyecto ha previsto tres objetivos: a) ampliar la disponibilidad de servicios obstétricos de urgencia (mínimo un SOUC para 500.000 habitantes y un SOUB para 125.000 habitantes; b) aumentar la utilización de los servicios obstétricos de urgencia para alcanzar la atención del 70% de las complicaciones obstétricas esperadas en 1999; c) mejorar la calidad de los cuidados obstétricos de urgencia. El proyecto proponía un paquete técnico a establecer a dos niveles del servicio de salud. A nivel de las maternidades rurales y centros de salud ambulatorios: los servicios obstétricos de urgencia de base comprenden la administración de oxitócicos (inyectables), de antibióticos (inyectables) y de anticonvulsivos (inyectables); la revisión uterina; el parto artificial; la aplicación de la ventosa; y la referencia y transporte hacia un centro de referencia. A nivel de las maternidades hospitalarias los cuidados obstétricos de urgencia completos comprenden las mismas actividades y además cesáreas y transfusión sanguínea.

La prioridad del proyecto piloto estaba claramente enfocada en el aspecto de los servicios de salud –para la reducción del segundo y tercer retraso– antes que atacar las barreras de accesibilidad, a la falta de información o de confianza en la calidad de los servicios. Las acciones de movilización comunitaria o de IEC regional (relacionadas con la reducción del primer retraso) han sido claramente previstas más allá de la fase de puesta en marcha del proyecto.

El coste global del proyecto ha sido de 2.125.000 dólares, excluyendo los costes de la asistencia técnica. La región tiene una población aproximada de 3 millones de habitantes, el coste es de 0,71 dólares por habitante en 3 años. Este coste se reparte de la siguiente manera:

Material y equipamiento	1.500.000 \$ (71%)
Formación	300.000 \$ (14%)
Infraestructuras	225.000 \$ (11%)
IEC Regional	75.000 \$ (3%)
Monitoreo	25.000 \$ (1%)

La coordinación del proyecto ha evolucionado en dos tiempos: una primera fase técnica y centralizada y una segunda fase más descentralizada y gestiona. En la segunda fase, las iniciativas del equipo regional han sido mejor recibidas y apoyadas por el nivel central. La coordinación regional del proyecto piloto de cuidados obstétricos de urgencia ha permanecido, sin embargo, “funcional”, hasta el fin del proyecto, es decir que la creación de los comités regionales con atribuciones claras –propuesta por las consultoras internacionales desde el inicio del proyecto– jamás se ha puesto en marcha.

Globalmente, el proyecto ha mostrado su eficacia por el aumento de la disponibilidad de servicios SOUC y SOUB, y por el aumento de las necesidades satisfechas. Los resultados del proyecto son los siguientes:

Los tres retrasos del modelo son los siguientes: un primer retraso en decidir a recurrir a los cuidados obstétricos de urgencia; un segundo retraso para llegar al servicio de cuidados obstétricos de urgencia; y un tercer retraso, tras la llegada al servicio de salud, para recibir una atención efectiva

La estrategia del proyecto se basa en una idea simple y clara: la mayoría de muertes maternas pueden evitarse mediante una atención rápida y adaptada de las complicaciones obstétricas. Este enfoque aborda directamente el estrangulamiento de la lucha contra la mortalidad materna

**Tabla 42. Resultados del Proyecto Piloto de Cuidados Obstétricos de USAID**

Indicador	Antes	Después
Disponibilidad de SOUC	1 por 1.062.217 hab. (1995)	1 por 531.109 hab (1999)
Disponibilidad de SOUB	1 por 102.222 hab. (1995)	1 por 57.939 hab (1999)
Necesidades satisfechas en SOU (atención de las complicaciones en los SOUC+SOUB)	26% (1996)	72% (1999)
Necesidades satisfechas en materia de cesáreas	22% (1996)	38% (1999)

Los puntos fuertes del proyecto se centran sobre todo en el carácter innovador del modelo de los tres retrasos. La estrategia del proyecto –basada en el modelo de los tres retrasos– se basa en una idea simple y clara: la mayoría de muertes maternas pueden evitarse mediante una atención rápida y adaptada de las complicaciones obstétricas. Este enfoque aborda directamente el estrangulamiento de la lucha contra la mortalidad materna, es decir, la insuficiencia de la disponibilidad y el uso de los servicios obstétricos. Las realizaciones remarcables del proyecto son numerosas: a) la formación continua descentralizada en servicios obstétricos de urgencia de base (SOUB); b) la reestructuración del sistema de información de rutina para incluir los indicadores de cuidados obstétricos, ahora adoptado a escala nacional; c) el desarrollo de un enfoque para asegurar la calidad de los servicios obstétricos, incluida la definición de normas y estándares en cuidados obstétricos y neonatales de urgencia, y la puesta en marcha de un protocolo de auditorías de muertes maternas; d) el refuerzo del proceso de regionalización.

La evaluación del proyecto piloto también ha servido para analizar los aspectos menos exitosos. Se han analizado muchas limitaciones: a) la expansión no planificada de las formaciones SOUB y el problema del mantenimiento de competencias que crea; b) la falta de estabilidad de los ginecólogos en su puesto de servicio público y la falta consecuente de permanencia efectiva de las competencias en ginecología; c) la falta de motivación y el comportamiento real del personal de salud, atendido demasiado tardíamente durante el proyecto; d) la cobertura parcial de los retrasos en la atención a las complicaciones obstétricas, y más particularmente los problemas de transporte del domicilio al servicio de salud o entre una estructura de base a una estructura de referencia, y la falta de estrategias específicas para la atención de las complicaciones post-parto; e) los indicadores del proyecto están demasiado focalizados en las inversiones y los resultados cuantificables de las actividades y no suficientemente sobre la calidad efectiva de los cuidados.

El proyecto piloto ha conseguido mejorar la atención de las complicaciones obstétricas y así, aunque no existen cifras exactas disponibles, ha contribuido ciertamente a disminuir el problema de la mortalidad materna en las dos regiones. Habrá que asegurar su sostenibilidad a nivel local y su reproductibilidad a escala nacional. Los desafíos más importantes son la consolidación, el mantenimiento y la extensión de la cobertura de servicios obstétricos de urgencia en el marco de la descentralización de servicios de salud.

Las recomendaciones en cuanto a la sostenibilidad del proyecto conciernen a tres grandes ejes: a) la programación y la presupuestación de las actividades tras el fin del proyecto; b) los mecanismos de formación continua del personal periférico mediante el reciclaje y/o las rotaciones a nivel regional/provincial; c) el sistema de gestión de servicios obstétricos basado en normas y estándares. La reproductibilidad del enfoque de los servicios obstétricos de urgencia es actualmente una cuestión de gran interés tanto a nivel central como regional. Es esencial que todas las personas implicadas en la replicación comprendan ante todo que el enfoque utilizado en este modelo difiere, en muchas cuestiones, de las tentativas precedentes de controlar la mortalidad materna. Un importante aspecto de la reproductibilidad será apoyar y mantener los aspectos descentralizados de la puesta en marcha del proyecto. Se necesita una documentación y un dossier esmerado para conseguir la reproductibilidad. Otra condición de éxito es una buena coordinación técnica a nivel central para evitar la duplicación de esfuerzos y para asegurar la homogeneidad técnica.

En materia de IEC, las actividades de información, educación y comunicación se dirigen a tres grupos: decisores políticos, prestatarios de atención sanitaria y mujeres embarazadas y sus familias. La campaña de USAID ayudó a decisores políticos a confrontar la magnitud de la mortalidad materna en Marruecos. Una presentación de video destinada a esta influyente audiencia ayudó a movilizar recursos para el tratamiento de las complicaciones obstétricas. Los materiales desarrollados para profesionales de salud les alentó a usar habilidades salvavidas y hacer derivaciones a tiempo ante complicaciones obstétricas. Se realizaron también talleres a nivel nacional y regional. Otros materiales utilizaron la fórmula del drama y de contadores de historias para ayudar a mujeres y sus familias a conocer cuándo era necesaria atención de emergencia. Se desarrollaron dos vídeos con este propósito. Una historia, primero desarrollada como obra de teatro recorrió locales urbanos y rurales, fue grabada posteriormente para ser más difundida, incluyendo los autocares de línea de larga distancia de la Compañía de Transportes Marroquí.

El apoyo de USAID a Marruecos a través de JSI también incluye la institucionalización de la inclusión de los elementos de la calidad de la atención en el programa de planificación familiar del Ministerio de Salud. A través de la estrategia de mejora de la calidad de la atención se da una importancia particular al punto de vista del cliente, a la mejora del *counseling* y a la formulación y a la utilización de las normas clínicas. Los elementos se han ampliado para integrar otras actividades conexas de salud reproductiva, en especial la atención materna. Además, se han llevado a cabo intervenciones especiales para promover el concepto de mejora continua de la calidad.

Una evaluación de la calidad de servicios de planificación familiar en provincias elegidas ha marcado el inicio de un esfuerzo sostenido de mejora de la calidad de la atención en Marruecos. Iniciado en 1992 bajo el proyecto SEATS (Family Planning Service Expansion and Technical Support Project) de JSI y continuado en 1994 bajo el proyecto bilateral de USAID, el Ministerio marroquí de Salud ha puesto el acento sobre el punto de vista del cliente, sobre el uso de datos a todos los niveles y sobre el enfoque de equipo como componente esencial de la mejora de la calidad. En

En materia de IEC, las actividades de información, educación y comunicación se dirigen a tres grupos: decisores políticos, prestatarios de atención sanitaria y mujeres embarazadas y sus familias. La campaña de USAID ayudó a decisores políticos a confrontar la magnitud de la mortalidad materna en Marruecos

La última fase de la asistencia al sector salud promueve la sostenibilidad de la población nacional, la salud y la nutrición. USAID mantendrá un programa limitado en el sector salud hasta 2004

Marruecos, estos últimos años, se han desarrollado varias iniciativas de mejora de la calidad, el enfoque de equipo en la resolución de problemas ha resultado particularmente útil, de replicación fácil y flexible.

Adaptado al enfoque de equipo de resolución de problemas de distrito de la OMS, el enfoque de equipo de resolución de problemas de Marruecos se aplica por primera vez en 1993 en cinco provincias. Los equipos provinciales han recibido una formación sobre los principales elementos de este enfoque: la utilización de datos para el análisis de las condiciones y obstáculos de prestación de salud en el aspecto local, la interacción en el seno del equipo para establecer las prioridades y enunciar las soluciones a los diversos problemas descubiertos, la aplicación de la solución de equipo, el seguimiento de los indicadores para medir los progresos en la resolución del problema, como la evaluación y la presentación de los resultados a los altos responsables del Ministerio. Esta primera vuelta de resolución de problemas ha dado resultados suficientemente positivos para conducir a la réplica del enfoque en 21 lugares adicionales durante los dos años siguientes. Barato en términos de costes externos, las repeticiones posteriores del enfoque han sido financiadas por fuentes externas a SEATS, en especial, las aplicaciones más recientes que han sido apoyadas enteramente por los recursos del Ministerio de Salud. Además de las ventajas específicas realizadas sobre los aspectos particulares de la prestación y de la gestión de servicios, el enfoque de equipo de resolución de problemas ha supuesto experiencias concretas y poderosas para la implicación del personal. Como resultado, además, se consigue una mayor aceptación y continuación de la contracepción.

#### **1999-2004: progreso hacia sostenibilidad en programas de población, salud y nutrición (PROGRESS).**

La última fase de la asistencia al sector salud promueve la sostenibilidad de la población nacional, la salud y la nutrición. USAID mantendrá un programa limitado en el sector salud hasta 2004. Dos elementos principales reforzarán el acceso de las mujeres marroquíes, niños y familias a la atención a la salud reproductiva e infantil de calidad, independientemente de los recursos de USAID después de 2004. Sus componentes son: a) sistemas piloto efectivos de gestión descentralizada de servicios de atención primaria en dos regiones administrativas, y b) mayor acceso de ciudadanos a servicios de PF/SMI del sector privado a nivel nacional.

Las actividades apoyan la mejora de gestión de programas a nivel local y un mayor rol para el sector privado en salud reproductiva e infantil. Proporcionando herramientas para trabajar en temas relevantes en el sector salud, USAID Marruecos atiende las necesidades en áreas rurales y proporciona alternativas para servicios gratuitos públicos de salud reproductiva e infantil. Además, USAID continúa proporcionando asistencia técnica al Ministerio de Salud para algunos sistemas previamente desarrollados con apoyo de USAID. El nuevo programa está siendo implementado bajo el mecanismo de Contrato de Asistencia Técnica y Apoyo y a través de proyectos de USAID/Washington Global Bureau, que incluye pero no se limita a estrategias operativas y tecnologías en micronutrientes, y estrategias de marketing comercial.

USAID fue solicitada para ayudar a mejorar la calidad y respuesta de los servicios de salud a través de enfoques localizados. Centrándose en dos regiones, Tánger-Tetuán y Souss-Massa-Draa, a la vez que manteniendo un diálogo de política nacional, esta actividad encabeza los esfuerzos del Ministerio por descentralizar la gestión sanitaria, especialmente en salud materna e infantil. Un año después del inicio del programa, con apoyo de USAID, los equipos de salud regionales han hecho fuertes progresos analizando los problemas regionales, creando y ejecutando ambiciosos planes de trabajo, y desarrollando colaboraciones con funcionarios locales y ONG para conseguir sus objetivos en salud materna e infantil. La asistencia de USAID ha resultado en una mayor capacidad de planificar e implementar programas. El programa apoya la gestión local efectiva de los servicios públicos de salud, en colaboración con ONG y funcionarios locales, en la prestación de servicios de calidad de salud materna e infantil. Con sólo un año del programa, pese a la fuerte historia centralista, el Ministerio de Salud no sólo ha aceptado el enfoque descentralizado de la asistencia, sino que también ha creado modelos similares de partenariado con otros donantes (entre ellos FNUAP, GTZ y JICA), para apoyar la descentralización de los servicios de salud a través de programas regionales específicos.

En el marco de Progress, en 2002 se inauguró la renovación de la maternidad del Hospital Mohammed V de Tánger, de su bloque operatorio y la recepción del equipo médico para promover los cuidados obstétricos en Tánger y su región. El coste global se eleva a 12 millones de dólares. Una parte de este presupuesto, 1,4 millones de dólares se dedica a la renovación de las estructuras de parto en las regiones mencionadas. Sólo el Hospital Mohammed V se ha beneficiado de 256.000 dólares para la renovación y reequipamiento de su maternidad y la organización de estancias de formación de su personal médico y paramédico. El Hospital Mohammed V sirve como hospital de referencia para las urgencias de Tánger y su región, y su maternidad ve nacer 7.000 niños cada año.

### **La implicación del sector privado como estrategia de sostenibilidad**

Uno de los elementos del programa de salud es incrementar los productos y servicios de salud reproductiva e infantil en el sector privado. No sólo se necesitan productos de calidad, sino también accesibles y servicios de salud de alta calidad, si el sector privado va a convertirse en una fuente importante de atención en planificación familiar y salud infantil. En Marruecos la excesiva regulación y las actitudes profesionales impiden la atención primaria de salud en el sector privado. Cambiar el entorno requiere cambios políticos mayores y un reconocimiento por parte de los médicos privados de que es en interés suyo ampliar su base de clientes a través de nuevos modos de prestación de servicios de salud. USAID está desarrollando en lugares específicos soluciones innovadoras en colaboración con médicos privados, como modelos a ampliar a nivel nacional, más abiertos a nuevas estrategias de atención sanitaria.

En Marruecos la disponibilidad de elección de métodos de largo plazo para mujeres está siendo incrementado a través de la introducción de estos servicios en el sector privado. A través del Proyecto Fase V, los médicos privados fueron formados en la inserción del DIU. Ya en 1993, con ayuda de

USAID fue solicitada para ayudar a mejorar la calidad y respuesta de los servicios de salud a través de enfoques localizados. Centrándose en dos regiones, Tánger-Tetuán y Souss-Massa-Draa, a la vez que manteniendo un diálogo de política nacional, esta actividad encabeza los esfuerzos del Ministerio por descentralizar la gestión sanitaria, especialmente en salud materna e infantil

En estos momentos USAID está apoyando la promoción bajo el mismo logo de métodos de largo plazo, como inyectables y DIU. Sin embargo, los primeros resultados de la estrategia no parecen ser muy positivos. Pese a los esfuerzos, la cuota de mercado del sector privado en servicios de salud reproductiva no se incrementó en 2001

USAID se lanzó la campaña de marketing social Al Hilal, para incrementar el papel del sector privado en la provisión de contraceptivos, que resultó todo un éxito. En Marruecos la píldora contraceptiva es el método más popular y fue el primer producto a ser comercializado bajo el logo Al Hilal. USAID negoció acuerdos con distribuidores de manera que pudieron mantener sus precios bajos a cambio de apoyo en marketing en varios países. En Marruecos, esto incluía el primer anuncio televisivo de contraceptivos, de radio, posters y folletos para promocionar la marca Al Hilal. En cuatro años, el volumen de ventas fue tan grande que el producto era comercialmente competitivo. Ahora los contraceptivos Al Hilal son comercializados sin ninguna financiación de donantes.

En estos momentos USAID está apoyando la promoción bajo el mismo logo de métodos de largo plazo, como inyectables y DIU. Sin embargo, los primeros resultados de la estrategia no parecen ser muy positivos. Pese a los esfuerzos, la cuota de mercado del sector privado en servicios de salud reproductiva no se incrementó en 2001. Las regulaciones excesivas y las actitudes profesionales impiden la atención primaria de salud por el sector privado en Marruecos. Los esfuerzos políticos han empezado a atraer mayor atención y apoyo. En 2002 la atención se incrementará a nivel de prestatario y actividades promocionales en varias provincias con amplias zonas periurbanas. El objetivo es incrementar la aceptación, las habilidades y la implicación activa de doctores locales privados en prescribir estos métodos e incrementar la demanda de los clientes para estos servicios. Se explorarán nuevas herramientas y enfoques para asistir a la reforma del sector privado en estas provincias, a informar y reforzar el diálogo político a nivel nacional.

## Japón

La cooperación japonesa con Marruecos, importante en su monto financiero total, se destina principalmente a intercambios de cooperación técnica en valorización de recursos humanos, formación en tecnologías de pesca, estudios marítimos y formación en pesca marítima. Japón ha jugado un papel crucial en el desarrollo de la industria pesquera marroquí, en especial en la creación del Instituto de Tecnología de Pesca Marina de Agadir. Este instituto es la primera institución de formación en pesca del país y se ha convertido en una de las más competitivas y solicitadas instituciones educativas del país, hasta el punto de jugar un papel importante en la cooperación Sur-Sur, aceptando estudiantes de otros países como Senegal, Mauritania, Túnez, y otros países del África francófona. Japón también coopera en materia de higiene sanitaria de salud infantil, y programas de sensibilización y formación para mujeres y chicas jóvenes, así como animación educativa en la Medina de Salé. También en apicultura, agua, electrificación, pozos, atención sanitaria primaria en medio rural, escuela primaria, agua potable. En salud, Japón también ha apoyado la atención itinerante en la zona de Figuig, la salud escolar, cirugía cardiovascular vídeo asistida, adquisición de ambulancias. La agencia japonesa ha desarrollado un proyecto de suministro de materiales para la salud materna e infantil en el programa marco del FNUAP, entre 1997-1999 por valor de 462.000 dólares. Estos materiales se han suministrado a los hospitales regionales en el marco del programa de cooperación FNUAP-JICA.

## Francia

Francia, uno de los principales donantes de Marruecos, centra su actividad en la modernización del sector público (ordenación del territorio, descentralización, apoyo institucional al sector de la justicia), desarrollo del sector privado, desarrollo social (educación básica, técnica y universitaria, salud, cooperación cultural). Las acciones de la Agencia Francesa de Desarrollo se centran en las infraestructuras básicas (agua y saneamiento), desarrollo rural (carreteras) y formación profesional. En el aspecto global, Francia prioriza la consolidación del Estado de Derecho y la democracia, así como la estabilidad financiera, y finalmente la cobertura de las necesidades sociales básicas en materia de educación y salud. En este sentido, las prioridades de la cooperación técnica y de la ayuda al desarrollo de Francia son: a) contribuir a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, especialmente en materia de educación, de salud y para la promoción de la igualdad hombre-mujer; b) ayudar al desarrollo económico y la protección del medio ambiente, apoyando el desarrollo sostenible y la lucha contra la pobreza, las políticas agrícolas y la seguridad alimentaria, los transportes y los servicios colectivos; c) favorecer el desarrollo social y la educación, apoyando los sectores de la salud, la educación, la formación profesional y técnica; d) garantizar el Estado de Derecho y las libertades públicas; e) movilizar los medios de la investigación y la sociedad civil alrededor de una reflexión colectiva sobre los grandes conceptos del desarrollo, y especialmente los bienes públicos mundiales y el buen gobierno.

Francia recoge en sus estrategias de cooperación que el desarrollo sostenible pasa por el acceso de la mayoría de la población a los servicios básicos, entre ellos la salud. En materia de salud, Francia defiende un enfoque global e integrado de la organización de la atención sanitaria, tendente a reforzar y estructurar los sistemas de salud con una perspectiva de sostenibilidad. Las prioridades en el campo de la salud se centran en la lucha contra el Sida y otras enfermedades transmisibles, en el refuerzo de los sistemas sanitarios, y de los recursos humanos, en la política hospitalaria y en las acciones a favor del medicamento. Cerca del 25% de la ayuda bilateral en materia de salud se ha concentrado en el Sida y otras enfermedades transmisibles (paludismo y tuberculosis). Existe un especial interés en facilitar el acceso a las personas con VIH a la triterapia.

Uno de los instrumentos utilizados por la cooperación francesa es el Fondo de Solidaridad Prioritaria (FSP), destinado a apoyar programas o proyectos plurianuales en la llamada zona de solidaridad prioritaria, que agrupa a 61 países, entre los que se encuentra Marruecos. Francia aún no ha elaborado un documento estratégico de país para Marruecos, si bien tienen previsto hacerlo en breve. Con Marruecos, la salud no es eje de intervención prioritario para Francia. En concreto el apoyo francés se centra en la reforma del sistema educativo, en la nueva política de ordenación del territorio, en la valorización de la investigación y la puesta a nivel de la pequeña y mediana empresa.

En los últimos años, y a través del Fondo de Solidaridad Prioritaria, Marruecos se ha beneficiado de dos proyectos, uno de fomento de la lectura pública y otro de apoyo institucional a una política renovada de ordenación del territorio. En materia de apoyo a la sociedad civil, el programa concertado tiene por finalidad la lucha contra la pobreza y las

La agencia japonesa ha desarrollado un proyecto de suministro de materiales para la salud materna e infantil en el programa marco del FNUAP, entre 1997-1999 por valor de 462.000 dólares. Estos materiales se han suministrado a los hospitales regionales en el marco del programa de cooperación FNUAP-JICA

El apoyo de Francia al sector de población y salud reproductiva en Marruecos es muy limitado, pese a ser uno de los principales donantes a nivel general. Una de las escasas acciones en materia de salud materna fue la formación del personal de maternidades hospitalarias sobre el enfoque de equipo para la solución de problemas de salud

desigualdades mediante la movilización y el refuerzo de la sociedad civil marroquí. Se organiza alrededor de tres ejes: desarrollo local rural y urbano, economía solidaria, y refuerzo institucional. Por lo que respecta al programa francés de lucha contra el VIH/Sida, éste prioriza la puesta a disposición de antirretrovirales, en particular en el marco del Fondo de Solidaridad Terapéutica Nacional (FSTI), iniciativa lanzada por Francia en Abidján en 1997, con la finalidad de ayudar a los países que lo desean a organizar el acceso a los tratamientos. El FSTI ha permitido el lanzamiento de cinco proyectos pilotos, en Côte d'Ivoire, Senegal, Marruecos, Sudáfrica y Benín.

El apoyo de Francia al sector de población y salud reproductiva en Marruecos es muy limitado, pese a ser uno de los principales donantes a nivel general. Una de las escasas acciones en materia de salud materna, apoyada por la embajada francesa en 1995-1996, fue la formación del personal de maternidades hospitalarias (Casablanca, Meknes, Kenitra, Salé, Nador, Oujda, Khenifra y CHU Ibn Rochd) sobre el enfoque de equipo para la solución de problemas de salud.

### **Alemania**

La cooperación alemana tiene entre sus objetivos prioritarios la salud sexual y reproductiva, y la lucha contra el VIH/Sida. Las áreas clave para la cooperación alemana son la información y comunicación, la realización de los derechos sexuales y reproductivos, con especial énfasis en la erradicación de la mutilación genital femenina, la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados, la atención al embarazo y al parto, y la prevención y tratamiento de ETS. El BMZ, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, pone especial hincapié en enfoques innovadores sobre la salud reproductiva, en especial para jóvenes y refugiados, aunque las prioridades geográficas para este sector se centran en el África subsahariana. La cooperación al desarrollo entre Alemania y Marruecos se inició en los sesenta, y principalmente estaba centrada en promover la agricultura y la investigación agrícola. Actualmente Alemania centra su ayuda en los sectores de agua potable y saneamiento, protección del medio ambiente y de los recursos naturales, así como agricultura y desarrollo rural. Las áreas prioritarias de la cooperación alemana se centran en el campo de la promoción económica y del empleo, en la gestión de problemas ambientales, y en el desarrollo rural, particularmente en la gestión sostenible de recursos naturales en la región de Souss-Massa-Drâa. En materia de salud se centra en la planificación familiar. Entre 1995 y 1998 ha apoyado la mejora del acceso a los servicios de salud básica (planificación familiar, asistencia madre-hijo) en la región de Essaouira.

### **Canadá**

El programa de cooperación de Canadá con Marruecos se remonta a 1963, gestionado principalmente por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI). Las prioridades de la cooperación canadiense se centran en contribuir al refuerzo de las instituciones capaces de formar a la población según los imperativos del mercado de trabajo, y a dinamizar y apoyar el desarrollo del sector privado. En materia de población y salud reproductiva, Canadá no es un donante principal respecto a Marruecos, si bien contribuye financieramente, a través de la

ayuda multilateral, a las actividades que en Marruecos realizan el Banco Mundial, el Banco Africano de Desarrollo, el FNUAP o el Programa Especial de Desarrollo de la Francofonía.

## Italia

Italia concentra su acción en el norte y el centro del país en sectores como la creación de empleo a través del desarrollo rural, el microcrédito y el apoyo a la pequeña y mediana empresa; también actúa en infraestructuras sociales como redes de carreteras, hidráulicas y eléctricas; formación; ampliación de los servicios primarios, especialmente la salud y la educación básica. Italia ha beneficiado a ocho programas nacionales de desarrollo social a través del mecanismo de conversión de la deuda externa, un método innovador que prevé la conversión en inversiones públicas para realizar proyectos de desarrollo inscritos en el presupuesto del Estado marroquí.

El primer acuerdo de cooperación entre Italia y Marruecos data de 1961. Los encuentros bilaterales mantenidos entre 1998 y 1999 definieron la estrategia italiana actual de cooperación con Marruecos, que contempla por primera vez la actuación en el sector de infraestructuras sociales, como la producción y distribución de agua potable y electrificación en zonas rurales, la carretera litoral de la cornisa mediterránea, así como la promoción de pequeñas y medianas empresas. Las zonas prioritarias para Italia son la región norte y alguna zona rural del centro, áreas de origen de muchos inmigrantes marroquíes en Italia. En 2000, ambos gobiernos llegaron a un acuerdo para la conversión de la deuda externa en inversiones públicas, por valor de 100 millones de dólares. Los recursos financieros elegibles para operaciones de conversión de la deuda se destinarán a los sectores prioritarios de desarrollo socioeconómico y protección del medio ambiente.

La cooperación italiana en materia de población y salud reproductiva no ha sido de las más destacadas a nivel global. En los últimos años, sin embargo, y especialmente a raíz del proceso de evaluación de Cairo+5, el Gobierno italiano ha decidido incrementar su atención a este sector definiendo una estrategia propia de intervención en materia de población y derechos reproductivos. Así, Italia ha decidido utilizar principalmente el canal multilateral para su ayuda en población y salud reproductiva, a través del FNUAP, ONUSIDA, UNIFEM y la OMS, aunque también contempla el canal multilateral, bilateral y a través de ONG. La política italiana en materia de población se centra en los siguientes elementos: a) apoyo a los gobiernos de los países en desarrollo en la formulación y actuación de los propios planes nacionales en materia de población; b) asistencia para la realización de censos y recogida de datos estadístico-demográficos con el fin de disponer de información para formular políticas de desarrollo; c) información y educación sanitaria y demográfica a fin de garantizar a todos los individuos el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos deseados y el intervalo de tiempo entre ellos, limitar los embarazos de riesgo, los no deseados y el número de abortos, favorecer la mejora de la salud de la mujer e incrementar la posibilidad de acceso a las estructuras y servicios de salud básica, empoderar a la mujer, educación y alfabetización especialmente a mujeres y adolescentes, y limitar la difusión de las ETS y especialmente del Sida.

La cooperación italiana en materia de población y salud reproductiva no ha sido de las más destacadas a nivel global. En los últimos años, sin embargo, y especialmente a raíz del proceso de evaluación de Cairo+5, el Gobierno italiano ha decidido incrementar su atención a este sector

En materia de salud sexual y reproductiva, la Cooperación belga ha dado apoyo a la lucha contra el Sida entre 1993 y 1998 en la prevención de la infección del VIH y de la toxicomanía por vía intravenosa en Marruecos, a través de la Asociación Marroquí de Lucha contra el Sida

Desde 1999, la cooperación italiana en materia de población, fruto de esta estrategia, se ha visto incrementada de manera importante a nivel multilateral con las contribuciones al FNUAP (nada menos que 3 millones de euros), al UNIFEM (2,3 millones de euros) y a ONUSIDA (361.500 euros). Parte de la contribución al FNUAP, de manera multilateral se ha destinado al Proyecto-Marco de Género y Desarrollo en Marruecos.

Otras intervenciones de la cooperación italiana en este país son el apoyo al Instituto Pasteur de Tánger, proyecto piloto de desarrollo integral de la infancia en Rabat, desarrollo económico y social en zonas periurbanas de Rabat, además de otras acciones de desarrollo agrícola, promoción de PYME, del artesanado, de la pesca, y cooperación cultural.

## **Bélgica**

Marruecos fue uno de los primeros socios de la cooperación belga. El primer convenio data de 1965. De 1990 a 1999 la ayuda pública belga a favor de Marruecos se eleva a más de 74 millones de euros. La última comisión mixta se celebró en 2000 y acordó el programa indicativo para 2001-2003. En dicho programa se acuerda concentrar los proyectos en ciertos sectores: infraestructuras (básicamente agua potable y alimentación), agricultura y desarrollo rural, la formación profesional, la salud, y otras acciones multisectoriales. Los proyectos se concentran en el sur de Marruecos (región de Souss-Massa-Draa). En materia de salud sexual y reproductiva, la Cooperación belga ha dado apoyo a la lucha contra el Sida entre 1993 y 1998 en la prevención de la infección del VIH y de la toxicomanía por vía intravenosa en Marruecos, a través de la Asociación Marroquí de Lucha contra el Sida (ALCS). Entre 1997 y 2001, Bélgica destinó 28.012 euros a proyectos de población y fecundidad, todos ellos desembolsados en 1998, lo que supone un 0,1% del total destinado en este período. Ahora bien, el sector salud ha recibido el 8% de toda la ayuda pública belga, incluyendo algunos proyectos que no se contabilizan en el apartado población, puesto que en el enfoque sectorial de la cooperación belga, y en especial en la atención primaria de salud se incluyen como prioridades: la salud reproductiva y la lucha contra el VIH/Sida, además de la lucha contra otras enfermedades como el paludismo y la tuberculosis. Si tomamos las cifras de la cooperación bilateral directa del Gobierno belga, entre 1995 y 2000, Marruecos es el cuarto país receptor de la ayuda belga, si bien el global de la AOD belga a Marruecos ha ido descendiendo paulatinamente, de 10,3 millones de euros en 1997 a los 2,9 millones en 2001.

## **Suecia y otros donantes menores**

Suecia es un donante menor en materia de salud reproductiva en Marruecos. Sus prioridades se centran en medio ambiente (a través de estudios de impacto de la actividad industrial en diversas cuencas fluviales), industria, promoción de inversiones agrícolas, y tecnologías de la información. Suecia está especialmente implicada en la integración de la mujer marroquí en el desarrollo, especialmente en la integración de la mujer rural en el proceso de desarrollo socioeconómico. Una experiencia piloto, lanzada en 1999 por parte de las embajadas de Suecia y de Colombia en Rabat, en colaboración con Philip Morris Inc., se dedica a un proyecto de alfabetización en Akrache, suburbio de Rabat, con el fin de beneficiar a las mujeres

pobres, promovido por la Unión Nacional de Mujeres Marroquíes (UNFM). En este proyecto, además de cursos de alfabetización, las mujeres reciben información sobre planificación familiar, salud infantil, educación de las niñas e higiene.

Otros donantes menores y que no financian actividades de población y salud reproductiva son: Austria, que centra su ayuda en las regiones del Alto Atlas y el Rif, y básicamente en agricultura y medio ambiente; los Países Bajos, que no tienen ningún programa de cooperación con Marruecos a nivel oficial, todo queda en manos de las subvenciones a proyectos de ONG, bolsas de formación profesional o pequeños proyectos de embajada; y el Reino Unido, que financia proyectos en materia de educación medioambiental, derechos humanos, formación de jueces y alfabetización.

### La cooperación Sur-Sur

Marruecos es miembro fundador y forma parte de la Iniciativa Partners for Population and Development, una red de países del Sur que promueven la cooperación en materia de población, ofreciendo las experiencias de cada uno a fin de atender las necesidades de los demás. El Partenariado Sur-Sur es una alianza de países en desarrollo creada específicamente para concretar los conceptos de colaboración Sur-Sur expuestos en el Programa de Acción de la CIPD, y cuenta con 14 países miembros.

Marruecos es un miembro activo en materia de cooperación sur-sur, y el Gobierno marroquí se ha comprometido claramente a intensificar la cooperación con los países del Sur, en particular del África Subsahariana y del Mundo Árabe, con el fin de ofrecer la experiencia de Marruecos en salud reproductiva, población y desarrollo, tanto a nivel de desarrollo institucional como de cooperación técnica.

Instituciones como el INSEA o la Escuela de Ciencias de Información, con sus capacidades en materia de formación, o el CERED (Centre d'Études et de Recherches Démographiques) en materia de estudios e investigaciones, o la misma Dirección de la Estadística, para todo lo que supone censos y encuestas, forman parte de las capacidades que ofrece Marruecos a otros países en desarrollo. Marruecos está implicado principalmente en proyectos de cooperación con Mauritania, Malí, Níger, Túnez, Argelia y Egipto.

El Partenariado Sur-Sur en población y desarrollo recibe el apoyo de la Fundación Bill and Melinda Gates. En 2001 lanzó el Programa Global para el Desarrollo del Liderazgo (PGDL) con el objetivo de constituir y apoyar una nueva generación de líderes y gestores en los países del Sur. En colaboración con los institutos de formación de los países miembros del partenariado, el PGDL proporciona formación en población y salud reproductiva en beneficio de los planificadores, gestores de programa y expertos implicados en los sistemas de salud de los países en desarrollo. El PGDL pretende formar cerca de 1.000 profesionales de salud en salud reproductiva y maternidad sin riesgo. Cada curso tendrá 20 participantes de los países de la región y 5 participantes del país organizador. El curso cubrirá esencialmente las materias de la CIPD: salud reproductiva y

Marruecos es miembro fundador y forma parte de la Iniciativa Partners for Population and Development, una red de países del Sur que promueven la cooperación en materia de población, ofreciendo las experiencias de cada uno a fin de atender las necesidades de los demás

Marruecos también forma parte de un proyecto de Red Francófona de Comunicación Interactiva, Información, Intercambio y Gestión, junto a Níger, Mauritania y Túnez. Su objetivo es utilizar las tecnologías de la información para reforzar las capacidades de estos países en gestionar sus programas de salud reproductiva

planificación familiar, reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y neonatales, prevención de ETS y VIH/Sida, y salud reproductiva de adolescentes. Cada curso comprende un módulo común a todos los países organizadores sobre salud reproductiva (30%) y un módulo especializado que cubre las prioridades de la región (70%). Marruecos es el país elegido para organizar el curso para la región francófona de África, y su tema específico es "El liderazgo en maternidad sin riesgo". La primera edición de dicho curso de formación se realizó en septiembre de 2001, auspiciada por el INAS y la Dirección de la Población.

En concreto se está fortaleciendo el eje Norte de África y África Occidental, por sus afinidades francófonas, y particularmente entre Marruecos, Argelia, Túnez, Mauritania y Níger. Entre los tres países magrebís (Argelia, Marruecos y Túnez), existe la Red Norteafricana de Investigación sobre Salud Reproductiva, cuyos objetivos son realizar actividades en los tres países, proporcionar datos fiables y sugerir vías para desarrollar estrategias adecuadas para atender problemas de salud reproductiva como las ETS y VIH/Sida, y la prevención y el tratamiento coste-efectivo de la infertilidad provocada por ETS.

Otro proyecto reúne a Mauritania y Marruecos para reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva. El objetivo es contribuir a mejorar la calidad de los servicios en una región pobremente servida de Mauritania rural, mediante una amplia gama de métodos de planificación familiar, una atención sólida de emergencias obstétricas y una información y educación especialmente a los jóvenes. El proyecto prevé un hermanamiento entre las principales instituciones de referencia de ambos países, para investigación y formación.

Marruecos también forma parte de un proyecto de Red Francófona de Comunicación Interactiva, Información, Intercambio y Gestión, junto a Níger, Mauritania y Túnez. Su objetivo es utilizar las tecnologías de la información para reforzar las capacidades de estos países en gestionar sus programas de salud reproductiva, mejorar su calidad, tener unos lazos directos e interactivos para enfoques innovadores de diferentes países.

Se han realizado estudios de necesidades para la cooperación Sur-Sur entre Marruecos y Túnez como países miembros y otros países interesados del África francófona como Argelia, Mauritania, Malí, Níger, Burkina Faso, Senegal, Benín, Camerún, Côte d'Ivoire, Togo y Guinea. Marruecos también ha buscado la colaboración de Egipto para explorar la cooperación con ONG, compañías farmacéuticas, y otros del sector privado, con la mediación y ayuda de USAID. La Red Francófona para la Cooperación Sur-Sur en Salud reproductiva y Población tiene su oficina en Rabat, en la Dirección de la Población, del Ministerio de Salud, desde junio de 2002. El Ministerio de Salud, USAID y JSI han proporcionado e instalado el equipamiento para el funcionamiento de la oficina.

Marruecos realiza proyectos de cooperación con otros países como Indonesia. Con el fin de alcanzar un acuerdo de cooperación de cinco años con este país asiático en el campo de la población, la planificación familiar y la salud reproductiva, se firmó en 1996 un Memorándum de

Entendimiento. El objetivo es encontrar soluciones conjuntas a problemas y obstáculos en sus programas a través del intercambio de experiencias y visitas a diferentes niveles de los programas de planificación familiar y salud reproductiva. Los dos países trabajan hacia la implementación de programas conjuntos, organizar viajes de estudio, reuniones periódicas y seminarios. El acuerdo asegura que los dos países mantendrán un buen stock de métodos contraceptivos para sus programas de planificación familiar. Los expertos marroquíes e indonesios y el personal técnico prepararán programas de trabajo para, a corto y medio plazo, cimentar la ejecución del acuerdo en el marco previsto.

### Cooperación Interárabe

En el ámbito de la región árabe, caben destacar las iniciativas de cooperación en materia de población y salud reproductiva lideradas por la Liga de Estados Árabes. En concreto, el Departamento de Asuntos Sociales de esta organización, celebra diversas conferencias regionales sobre el tema, e impulsa iniciativas de cooperación como el proyecto PAPCHILD (Pan-Arab Project for Child Development) de encuestas de salud materno-infantil y reproductiva y que precisamente finalizó a mediados de 1999 con el informe de Marruecos que se consideró una prueba piloto del nuevo PAPFAM. PAPFAM se aprobó a finales de 1998, y se centrará en la elaboración de informes sobre salud reproductiva en todos los países árabes, excepto en los del Consejo de Cooperación del Golfo que ya han sido cubiertos por un proyecto similar. Además de la Liga Árabe, colaboran el FNUAP, la UNICEF, AGFUND (Arab Gulf Programme for United Nations Development Organisations), United Nations Statistical Office, la ESCWA (Economic and Social Commission for Western Asia), la OMS, la IOMS (Islamic Organization for Medical Sciences), IPPF (International Planned Parenthood Federation), y el Fondo de la OPEP.

El principal objetivo de PAPFAM es permitir a los ministerios de Salud y otras instituciones nacionales de salud en la región árabe obtener un flujo integrado y a tiempo de información fidedigna para formular, implementar, seguir y evaluar las políticas y programas de salud familiar y reproductiva de manera efectiva. Al final del proyecto se espera tener una base de datos regional sobre salud familiar y reproductiva, y haber contribuido a identificar la prevalencia de enfermedades, y de morbilidad materna e infantil y el coste de la atención de salud. En definitiva, se trata de establecer el mapa de salud de la región, proporcionando además indicadores sobre equidad sanitaria e indicadores con el fin de evaluar los progresos hacia los objetivos del Programa de Acción de la CIPD. Se trata también de aumentar el conocimiento y sensibilización hacia la situación en materia de salud familiar y reproductiva, y desarrollar una metodología científica. En 2002 se llevó a cabo la encuesta en Marruecos, cuyos datos aún no han sido analizados. Como planes futuros, a nivel de país se habrán conseguido los indicadores socioeconómicos, demográficos y de salud necesarios para formular programas y políticas de desarrollo y salud.