

Salud sexual y reproductiva en Marruecos

Políticas y cooperación

Conclusiones

CONCLUSIONES

Marruecos es un país de desarrollo humano medio, pero que en muchos aspectos de desarrollo social se encuentra al nivel de países de desarrollo humano bajo. Ello es fruto de la distancia existente entre el desarrollo económico y el desarrollo social del país. Así, la riqueza de Marruecos no parece redistribuirse de manera equitativa, ni atender a las necesidades sociales básicas de la población. El país se caracteriza por un desarrollo dual, a dos velocidades, con importantes desigualdades entre el medio rural y el medio urbano.

Asimismo, si medimos la pobreza con baremos estrictamente económicos o introducimos un enfoque de pobreza humana que incluya el acceso a servicios sociales básicos, nos encontramos con resultados muy diferentes. La población marroquí se caracteriza en general por una elevada vulnerabilidad, el 19% es económicamente pobre y cerca del 43% de la población puede bascular en la pobreza tras ciertas adversidades de la vida cotidiana. Ahora bien, medida en acceso a servicios sociales básicos, el 36,4% de los marroquíes son pobres. Además, hay que subrayar que hasta hace pocos años, los frutos del desarrollo han sido recogidos principalmente por la sociedad urbana, dejando al margen a la población rural y a la población periurbana y marginada de las grandes ciudades.

Los principales obstáculos a superar en el desarrollo de Marruecos son el elevado analfabetismo, la debilidad del sistema educativo y las deficiencias de la cobertura sanitaria, en especial en zonas rurales. A ello hay que añadirle la segunda dualidad en el proceso de desarrollo de Marruecos, la de género, hombres y mujeres no se benefician igual de los avances del país.

Marruecos está realizando desde finales de los noventa un esfuerzo por situar su desarrollo humano al nivel de su crecimiento económico. La reorientación de las prioridades de las políticas públicas hacia los servicios sociales, al mundo rural y a las mujeres deberá reducir las disparidades existentes. Esta decisión es fruto, por un lado, de la necesidad de contrapesar las consecuencias de los programas de ajuste económico que Marruecos siguió disciplinadamente en los ochenta y, por el otro, por la necesidad de atender la presión ejercida por las nuevas generaciones en términos de demandas sociales. En menos de 30 años Marruecos ha pasado de 11 millones de habitantes a más de 28; en este contexto los menores de 20 años representan el 50% de la población, y la falta de

En materia de salud, se han realizado grandes avances, mayormente en salud infantil, permaneciendo la salud materna y en general los aspectos de salud sexual y reproductiva como una de las prioridades del país

empleo, de vivienda y la exclusión son problemas crecientes que se añaden a la migración del campo a la ciudad, creando tensiones sociales que deben ser atendidas. Así pues el factor demográfico aparece como un elemento a tener en cuenta en la planificación del desarrollo económico y social de Marruecos.

La financiación de los servicios sociales básicos se presenta hoy como una necesidad acuciante tanto a nivel nacional como internacional. En especial el sector de la educación necesita grandes inversiones pues es una de las causas principales del retraso social del país. En materia de salud, se han realizado grandes avances, mayormente en salud infantil, permaneciendo la salud materna y en general los aspectos de salud sexual y reproductiva como una de las prioridades del país, además de la extensión de la cobertura sanitaria primaria a todo el país, en especial al mundo rural.

La situación de la mujer marroquí ha evolucionado notablemente en los últimos años. Existe una mayor representación en las instituciones políticas, y en los sectores productivos, si bien su participación en la toma de decisiones familiares sigue siendo débil, en especial en el mundo rural. Asimismo, los retrasos en materia de acceso a la educación y a la formación son muy elevados. Las libertades públicas y el principio de igualdad de derechos entre hombres y mujeres también se ven afectados por la dificultad de acceso a los servicios sociales básicos como la educación y la salud.

La mayor integración en el desarrollo, en los ámbitos políticos, económicos y sociales, resalta las lagunas existentes aún en materia legislativa, en especial del código familiar o Mudawana. El asociacionismo femenino, y la voluntad creciente y patente de evolución y cambio, dejan pocas opciones para no respaldar esta tendencia de mayor compromiso a favor de una mayor integración de la mujer en el desarrollo, y de abordar las reformas legales aún pendientes.

Si bien la Mudawana fue objeto de reforma en 1993, muchos de sus cambios no se aplican por desconocimiento y falta de publicidad de dicha reforma. La presión que muchos grupos de mujeres y otras asociaciones de la sociedad civil, así como la propia evolución de la sociedad marroquí, han planteado la necesidad de nuevos cambios para ajustarse a la realidad social. Ello provoca fuertes tensiones en el seno de la sociedad marroquí, a favor y en contra de las reformas, como la abolición del repudio, de la poligamia, la igualdad de la edad legal para el matrimonio, entre otros aspectos.

La introducción en la agenda pública de temas como la violencia doméstica, el comercio sexual y la prostitución, la atención a los adolescentes, indica que el campo de la sexualidad en Marruecos empieza a dejar de ser un elemento tabú. Ello debería mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva en Marruecos y fortalecer las políticas públicas destinadas a este sector.

Marruecos ha vivido una evolución muy acusada en materia de fecundidad en las últimas décadas, y la incorporación de los temas de población en las políticas y estrategias de desarrollo económico y social, además de la modernización de la sociedad han favorecido este descenso paulatino de la fecundidad. Entre 1962 y 1997, la fecundidad pasó de 7 hijos por mujer

a 3,1. Paralelamente, se observa una transición hacia el matrimonio más tardío, aumentando la edad al primer matrimonio, así como un retroceso en la práctica de la poligamia y del matrimonio endogámico.

El conocimiento por parte de las mujeres casadas sobre los distintos métodos anticonceptivos alcanza en Marruecos niveles cercanos al 100%. Existe también un fácil acceso a ellos en especial en las ciudades. Sin embargo, el acceso en medio rural, o la extensión de la gama de métodos disponibles son aún aspectos a mejorar. También es deficiente el conocimiento de los hombres en materia de planificación familiar, o el de métodos masculinos por parte de las mujeres, lo que acentúa la carga de género. Es ilustrativo, en relación a la carga de género, que sólo el 5,5% de las mujeres casadas conozca la esterilización masculina, mientras que el 92,2% conoce la femenina. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención, en especial en el mundo rural, una mayor implicación de los hombres, y reconocer las necesidades no satisfechas para sectores de población como las mujeres no casadas o la juventud, son algunas de las necesidades identificadas para mejorar los servicios de planificación familiar en el país.

La prevalencia contraceptiva de métodos modernos alcanza sólo el 48,8% y aún existe un 31% de mujeres casadas que no desean más hijos pero que no utilizan la anticoncepción. Por lo tanto el nivel de demandas no satisfechas es aún elevado. Sin embargo, el mayor déficit en materia de salud reproductiva lo encontramos en los inaceptables niveles de mortalidad materna, y es donde más esfuerzos deben realizarse aún. Siendo como es uno de los indicadores básicos de desarrollo humano, y la carga de género y de falta de derechos humanos que implica, hacen de este problema de salud pública quizás el que mayor atención necesita tanto a nivel de recursos nacionales como internacionales.

Ligado a este problema se encuentran los bajos niveles de cobertura prenatal, de atención al parto y de cobertura postnatal, además de una falta de sensibilización general sobre la gravedad de esta realidad. Sólo el 42% de las mujeres hacen al menos una visita prenatal, sólo el 43% reciben asistencia de personal cualificado en el parto, y pese a existir una cobertura del 87% de atención postnatal, esta cifra se reduce a una simple entrevista sin un verdadero examen clínico, y muy ligada a la vacunación infantil, siendo sólo del 7,2% la media nacional de consulta postnatal continuada. Esta cifra es más grave si se tiene en cuenta que la mayor proporción de muertes maternas se produce por complicaciones posteriores al parto. El parto a domicilio sigue siendo preponderante en las zonas rurales con un 73%. Las razones de la no asistencia a servicios prenatales y postnatales se debe, en primer lugar, a la no percepción de posibles riesgos, seguida de la ausencia de servicios o de transporte, o su elevado coste. Ello indica la insuficiente sensibilización sobre los riesgos obstétricos, y pese a que la evolución de los niveles de mortalidad materna es favorable, ésta se debe más a la reducción de riesgos por el descenso de la fecundidad que no a la mejora de la calidad y accesibilidad de los servicios.

La débil prevalencia del VIH/Sida en Marruecos contrasta con un elevado y creciente número de casos de enfermedades de transmisión sexual, las cuales por motivo de tabúes y condicionantes sociales son inadecuadamente atendidas. La existencia de unos niveles elevados de ETS deben preparar un posible aumento del Sida, pues recordemos que son un

El mayor déficit en materia de salud reproductiva lo encontramos en los inaceptables niveles de mortalidad materna, y es donde más esfuerzos deben realizarse aún

Se experimenta un proceso de descentralización del Estado y de las políticas públicas de desarrollo para dar mayor protagonismo y participación a las regiones y provincias, así como un progresivo aumento del protagonismo de la sociedad civil, organizada a través de las ONG, en la hasta ahora férrea preeminencia del Estado, y en especial del Estado central

lecho excelente para la propagación del VIH, así lo han entendido las autoridades del país, y así lo muestra el hecho de que los casos acumulados de Sida han aumentado un 73% entre 1998 y 2001. Se hace necesaria también una acción de sensibilización y de educación sobre la pandemia, en especial a las mujeres, pues aún un 16,5% no conoce ninguno de los modos de transmisión del Sida, proporción que aumenta al 26% en las jóvenes de 15 a 19 años. Las cifras nos remiten de nuevo a uno de los sectores que con mayor energía debe afrontar Marruecos en los próximos años, la salud sexual de los adolescentes. El papel del preservativo como prevención del Sida y las ETS es insuficientemente conocido en todas las edades, medios de residencia, en todos los niveles de instrucción y en todas las regiones.

Los casos diagnosticados de ETS se han triplicado entre 1992 y 2001, afectan a un 2% de la población total del país si incluimos las estimaciones de los casos no diagnosticados por tabúes y automedicación, en especial de los hombres. Los cambios de las pautas de comportamiento sexual de la juventud, ligados a que el matrimonio llega más tarde, a la mayor precocidad de las relaciones sexuales, a la creciente autonomía de la sexualidad respecto del matrimonio y al menor valor social de la virginidad femenina, son un contexto ideal para observar la necesidad de atender a este numeroso sector de población, y facilitar su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, importantes avances deben hacerse en materia de derechos sexuales y reproductivos, tanto en el aspecto de la presión y el control social, como en el aspecto legal.

Todas estas necesidades se hacen más evidentes en un momento en que Marruecos ha conocido una reorientación en sus políticas de desarrollo y erradicación de la pobreza. La clara apuesta por incidir en una reducción de las desigualdades entre regiones, y mejorar las condiciones de vida de la población, mediante una priorización de sectores sociales básicos, tanto en el ámbito de infraestructuras como de servicios, en materia de educación, salud, vivienda, agua y saneamiento y la salud, se evidencia en las partidas presupuestarias del Estado. La parte de gastos sociales en el presupuesto ha pasado del 35% en 1991 a alcanzar el 47% en 2002. Expresados en porcentaje del PIB, han pasado del 9% en 1991 al 12,5% en 1998. Paralelamente se experimenta un proceso de descentralización del Estado y de las políticas públicas de desarrollo para dar mayor protagonismo y participación a las regiones y provincias, así como un progresivo aumento del protagonismo de la sociedad civil, organizada a través de las ONG, en la hasta ahora férrea preeminencia del Estado, y en especial del Estado central. Se multiplican las experiencias de participación comunitaria que deben ayudar a las comunidades a apoderarse de su propio desarrollo.

Por otra parte, la prioridad acordada a las zonas rurales y periurbanas también muestra la voluntad de atender a la población más necesitada del país, con el fin de reorientar el hecho de que sean las poblaciones urbanas las que se hayan beneficiado hasta ahora del crecimiento económico y del desarrollo social. La valorización de los recursos humanos y el desarrollo social son el centro de la estrategia de desarrollo del Plan de Desarrollo Económico y Social, y aquí la interacción entre población y desarrollo se hace más evidente si cabe. Una mayor amplitud de oportu-

nidades de promoción del factor humano, mediante la enseñanza y la formación, con vistas a una participación efectiva en el desarrollo global, unido a un control del desempleo, cubrir las crecientes necesidades sociales de una población eminentemente joven y que reivindica su lugar en el desarrollo, además de una incorporación de las mujeres en el proceso de desarrollo, son elementos básicos del proceso en el que está inmerso Marruecos.

Conscientes del papel que juegan en esta estrategia de desarrollo humano los programas de población y salud sexual y reproductiva, son precisamente estos sectores los que el apartado sanitario del PDES prioriza. Además de la descentralización de la planificación, la toma de decisiones y la gestión del desarrollo, la financiación de éste se destaca como el otro factor de éxito del proceso. Se deben reforzar los mecanismos de financiación del sistema de salud para liberar recursos hacia la atención primaria y cuidados de salud básica, y ampliar la red de atención rural. Esta necesidad de financiación se hace más evidente cuando el porcentaje de la cooperación internacional en el sector salud ha supuesto siempre una proporción importante, y cuando se anuncia una retirada paulatina de los principales donantes del sector.

Marruecos debe también reforzar sus esfuerzos por integrar los servicios de salud reproductiva, el paquete de servicios básicos de El Cairo, y superar el estadio de programas verticales e inconexos, para fortalecer la incipiente integración a nivel operativo, con ayuda de la cooperación internacional. También debería ampliarse la gama de servicios integrados a la detección precoz del cáncer, o la atención a los abortos, y mejorar los sistemas de información

Los diversos programas existentes en materia de salud sexual y reproductiva se han ido adecuando a las nuevas necesidades, fruto de la experiencia acumulada y de las nuevas orientaciones a escala internacional. Así, para reducir la mortalidad materna se ha evolucionado de la prioridad de la cobertura prenatal, la cual se mostró insuficiente para reducir los riesgos, a la atención obstétrica de urgencia, y en materia de ETS y VIH/Sida se ha empezado a reconocer, por lo menos para el Ministerio de Salud, la necesidad de atender a la población joven y a sectores hasta ahora desatendidos como los hombres o las personas que ejercen la prostitución. La novedad de estas estrategias y la necesidad de ampliar en cantidad y calidad los servicios va a requerir una importante ayuda financiera internacional. Asimismo, se asiste a una reorientación estratégica que contempla nuevos enfoques multisectoriales y de partenariado con la sociedad civil y el sector privado, que deben favorecer la eficacia de las acciones emprendidas.

Deberíamos destacar la limitación que supone la no aplicación integral del Plan de Integración de la Mujer en el Desarrollo, y en especial la reforma de la Mudawana, que supondría un salto cualitativo importante en la mejora del estatus de las mujeres, no sólo a nivel educativo y sanitario, sino también legal, con lo que implica de mejora de los derechos sexuales y reproductivos.

El marco de la cooperación internacional con Marruecos se caracteriza en los últimos años por un claro y paulatino descenso de los desembol-

Conscientes del papel que juegan en esta estrategia de desarrollo humano los programas de población y salud sexual y reproductiva, son precisamente estos sectores los que el apartado sanitario del Plan de Desarrollo Económico y Social prioriza

Marruecos acumula un número no despreciable de innovaciones y buenas prácticas con el apoyo de la cooperación internacional, de las que se pueden extraer importantes lecciones y que facilitan futuras intervenciones en el campo de la salud reproductiva. Desde el apoyo del FNUAP a la introducción del enfoque integrado de salud reproductiva tanto a nivel de las instituciones públicas, como en especial en los servicios de salud en la región de Souss-Massa-Draa, hasta los modelos de intervención obstétrica de urgencia introducidos por USAID en Taza-Alhucemas-Taounate y Fez-Boulemane, o la introducción del abordaje sindrómico de las ETS con apoyo de la UE, son ejemplos que no pueden precisamente considerar a Marruecos como un fracaso de la cooperación internacional. Por otra parte, se están sentando las bases para nuevos enfoques estratégicos como es la introducción de la perspectiva de género en las políticas de desarrollo, o la estrategia de prevención y control de ETS y VIH/Sida, que abren un campo hasta ahora poco trabajado y que por su importancia están llamados a atraer a la cooperación internacional. Ello no debe ocultar algunas dificultades existentes, en especial en las relaciones con el Ministerio de Salud, por lo que respecta a la falta de coordinación con los donantes, pese a que la cooperación internacional se encuentre muy concentrada en pocos donantes.

Marruecos da muestras de adquisición de unas capacidades que empieza a diseminar en beneficio del resto del Magreb y del África Francófona Occidental a través de la cooperación Sur-Sur

No hay que olvidar tampoco que Marruecos da muestras de adquisición de unas capacidades que empieza a diseminar en beneficio del resto del Magreb y del África Francófona Occidental a través de la cooperación Sur-Sur. Ello debería ser también un aliciente para promover la cooperación con Marruecos, dadas las posibilidades de multiplicación de las experiencias en una zona de influencia mucho mayor, y que puede crear sinergias de desarrollo en el África Occidental.

Consideraciones para la cooperación española

No cabe duda que Marruecos es un país prioritario para la cooperación española. La ordenación de la cooperación española así lo establece y los hechos lo confirman, pues es uno de los principales receptores de ayuda bilateral. Los intereses de la cooperación española en Marruecos son diversos, por la proximidad geográfica, los lazos históricos y culturales, a parte de los intereses económicos. No hay que olvidar además el peso de la inmigración marroquí en nuestro país, al que se refiere el Plan Director como un “preocupante fenómeno”. En definitiva, estabilidad social y económica en el flanco sur de la Unión. Todo ello ha conducido en los últimos años a un creciente interés y a una cada vez mayor presencia de la cooperación española en el país. Incluso en el ámbito de las ONG españolas, las cuales hasta hace muy pocos años tenían y siguen teniendo, pese a la proximidad, una escasa presencia, sorpresivamente.

Por lo que respecta a la prioridad sectorial que se le concede a los programas de población y a la salud sexual y reproductiva, ésta queda diluida en las necesidades sociales básicas, en especial de salud y educación, y en la atención preferente a la mujer, sin recibir un trato específico como ocurre en la mayoría de líneas directrices de otros donantes. A ello le añadimos el hándicap de que dentro de todos los sectores sociales básicos es precisamente el de población y salud reproductiva el que despierta más controversias en la cooperación española,

La cooperación española está en condiciones de ocupar un espacio de referencia importante en materia de cooperación sanitaria, y concretamente de maternidad sin riesgos en la zona norte del país. Debería seguir este ejemplo en otros componentes, muy especialmente en planificación familiar, prevención y control de ETS y VIH/Sida

pese a las normas y recomendaciones internacionales. En este sentido destaca la incongruencia entre el Plan Director y los Planes Anuales. Mientras en el primero se hace mención explícita a población y salud reproductiva y a programas de planificación familiar y a lucha contra enfermedades de transmisión sexual, de los planes anuales se desprende que la cooperación española sigue entendiendo por salud reproductiva la promoción de la salud materno infantil exclusivamente, sin un enfoque integrado.

Ahora bien, pese a esta tendencia a nivel global, si hay algún país en el que la cooperación española prioriza la salud reproductiva, o de la salud materno infantil si adoptamos la terminología al uso, ese es Marruecos. Las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, anacrónicas con el nivel de crecimiento económico del país, y en especial en la zona norte del país, antiguo protectorado español, han motivado, además de por el requerimiento de las autoridades sanitarias marroquíes, un decidido apoyo a este sector.

Esta acción, sin embargo, no se hace evidente a nivel oficial más que a partir de 1998, cuando se decide llevar a cabo el proyecto de rehabilitación de las instalaciones sanitarias militares españolas de Tetuán, para convertirlas en maternidad para urgencias obstétricas de soporte al sistema público marroquí. Con anterioridad, las intervenciones se limitaban a algunos proyectos de ONG, principalmente de Médicos del Mundo y Cruz Roja, o entidades como FISA, o a la cooperación directa de la Junta de Andalucía. Es a partir de entonces, y gracias a las propuestas y a la implicación de ONG como Medicus Mundi, ACPP y entidades como la Fundació Clínic, cuando esta acción se hace extensiva a toda la zona norte del país. A partir de 2001 esta línea de acción se ve reforzada de manera considerable gracias al cambio del modelo de financiación a ONG. Todo ello hace que asistamos a una etapa incipiente de la cooperación española en este sector y en una zona concreta y delimitada de la que con el tiempo, pues aún es temprano para su evaluación, se puedan extraer lecciones aprendidas de las intervenciones recién iniciadas.

Sería sin embargo conveniente, dada la concentración geográfica y sectorial de las diversas acciones iniciadas, y el carácter plurianual de las mismas, aprovechar esta convergencia desde un principio y hacer un esfuerzo por coordinar el trabajo de los distintos actores implicados de la cooperación española, así como evaluar su impacto, pues se podrán extraer conclusiones interesantes que ayudarán a fortalecer la cooperación en materia de salud reproductiva, y a establecer una base de conocimiento sobre las que apoyarse para crear las líneas estratégicas para el sector.

En caso de aprovechar estas condiciones de partida, y teniendo en cuenta además las experiencias acumuladas por otras cooperaciones bilaterales y multilaterales, que no son pocas, así como el efectivo descompromiso de algunos donantes internacionales, la cooperación española está en condiciones de ocupar un espacio de referencia importante en materia de cooperación sanitaria, y concretamente de maternidad sin riesgos en la zona norte del país. Debería seguir este ejemplo en otros componentes, muy especialmente en planificación familiar, prevención y control de ETS y VIH/Sida.

La cooperación española debería estar en condiciones de abordar aquellas lagunas no cubiertas por las políticas públicas de salud, o por otras cooperaciones. A nivel oficial, en el caso de prioridades bien identificadas por las autoridades marroquíes, como es el apoyo al sistema público de salud, la cobertura de las necesidades aún no satisfechas en materia de planificación familiar, la salud sexual y reproductiva de adolescentes, la atención y sensibilización a hombres, o la detección precoz del cáncer. A nivel de ONG, además del apoyo al sistema público de salud y el refuerzo de las líneas de trabajo anteriormente enunciadas, se podrían atender aquellos temas que si bien las autoridades sanitarias tienen identificadas como necesidades, existen dificultades de implementación por motivos diversos, que van desde tabúes culturales y religiosos que impiden su atención desde las instancias públicas a la falta de recursos económicos, en especial en el campo de la salud sexual, la atención a mujeres no casadas, a personas que ejercen la prostitución. Temas todos ellos que van muy ligados a la mejora del estatus de la mujer y a la implementación de acciones con una perspectiva de género. Existen contrapartes a nivel de las ONG marroquíes que de hecho están trabajando, con no pocas dificultades, en estos sectores no atendidos.

La cooperación española, centra su actividad en la zona norte, con el fin de dar mayor eficacia, fuerza y resultado a sus acciones. Se trata de una decisión positiva, sobre todo teniendo en cuenta los lazos existentes con esa zona, su proximidad geográfica y cultural, y su relación con el proceso migratorio. Sin embargo, podría aumentar su presencia en otras regiones del país también necesitadas, como la región de Souss-Massa-Draa, o zonas periurbanas de las grandes aglomeraciones. Si bien la cooperación directa bilateral no considera estas zonas como prioritarias para la intervención, el canal multilateral podría paliar esta ausencia, por ejemplo a través de la ayuda a los programas del FNUAP, aunque, insistimos, la zona de acción del Fondo no coincida con las prioridades geográficas españolas. Algunas iniciativas como la de Medicus Mundi de ampliar su acción a otras zonas, como la provincia de Tiznit, pueden ser replicadas. Todo ello sin olvidar las dificultades que pueden existir cuando la delimitación de las zonas geográficas de intervención de las distintas agencias de cooperación, al menos en Marruecos, parecen muy bien acotadas.

Referente a la cooperación descentralizada, en especial la de las comunidades autónomas, además de complementar las acciones y las zonas no atendidas por la cooperación central, la experiencia de la Junta de Andalucía se presenta como un ejemplo a seguir para otras administraciones autonómicas interesadas en incrementar y fortalecer su cooperación con Marruecos.

El desembolso de AOD en salud reproductiva en Marruecos empieza a ser importante y a situarse a unos niveles nada despreciables. Sería el momento, pues, de fortalecer esta estrategia y de dirigir la atención a la calidad y la eficiencia de estos recursos. Además de aprovechar la oportunidad que este contexto brinda a la cooperación española para extraer una experiencia y unas lecciones aprendidas sin duda útiles para un sector hasta la fecha bastante desatendido, dada su importancia y su incidencia en la reducción de la pobreza humana, en la mejora de los servicios sociales básicos y, en definitiva, del desarrollo humano sostenible, que recordemos es el fin último de la cooperación.

Referente a la cooperación descentralizada, en especial la de las comunidades autónomas, además de complementar las acciones y las zonas no atendidas por la cooperación central, la experiencia de la Junta de Andalucía se presenta como un ejemplo a seguir