

MARRUECOS

Protección social afectada por mala gobernanza



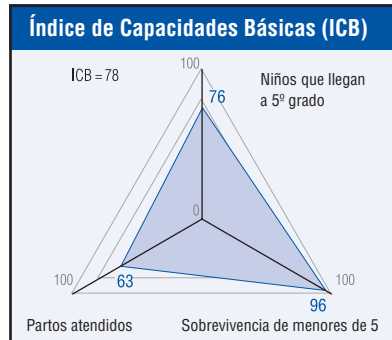
Es indispensable renovar los mecanismos de decisión y gestión y relanzar los programas de los organismos públicos a fin de alcanzar una mayor eficiencia en las prestaciones y crear una sinergia entre los componentes del sistema de servicios. La transparencia es necesaria para promover un clima de confianza entre los diversos actores sociales y proteger a la población de los riesgos económicos y sociales.

Espace Associatif
Larbi Jaïdi

Espace Associatif¹ utilizó una metodología participativa para elaborar el presente informe. En base al plan propuesto por el experto Larbi Jaïdi, se creó un panel de 10 organizaciones² activas en las áreas temáticas de la protección social. Las organizaciones respondieron un cuestionario por correo electrónico en el que aportaron su punto de vista en función de sus actividades y sus objetivos. Luego, una reunión de intercambio entre las organizaciones y L. Jaïdi permitió validar y completar el documento. Una vez presentado se volvieron a realizar enmiendas y fue aprobado por las organizaciones en una segunda reunión con L. Jaïdi.

En octubre y noviembre de 2007 se organizará un proceso de reflexión y presentación de propuestas, para el que se convocará a un mayor número de actores sociales y ONG marroquíes, a fin de realizar campañas de incidencia e informar sobre la seguridad social en el país.

A comienzos del siglo XXI, Marruecos enfrenta dificultades para instaurar la prosperidad y la cohesión social, entre otros motivos por el retraso acumulado en términos de desarrollo social. Hace más de una década se impulsaron varias reformas. La adopción de una ley de seguro obligatorio de enfermedad y la reforma del Código de Familia constituyeron notables adelantos sociales. No obstante, el analfabetismo está en expansión, los avances no son uniformes ni armoniosos y persisten la inequidad de género y la disparidad entre regiones, mientras que el Índice de Desarrollo Humano sitúa al país en una posición poco envidiable, con el puesto número 123 (PNUD,



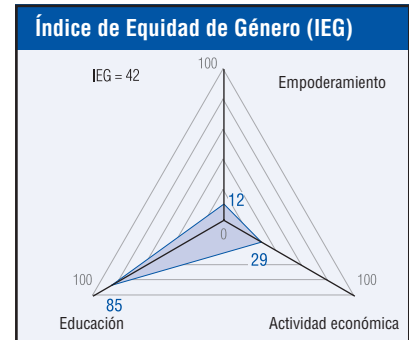
2006). El impacto de las reformas en las condiciones de vida de la población sigue siendo poco visible. El mayor desafío que enfrenta la política social radica en la gobernanza de los programas.

Marruecos ha asumido numerosos compromisos internacionales. Adhirió a la Declaración del Milenio de la ONU, comprometiéndose a integrar los enfoques de derechos humanos y de género en las políticas públicas. Este compromiso exige fortalecer las capacidades del Estado para asegurar la promoción y protección de los derechos humanos teniendo en cuenta la capacidad de las personas para hacer que se reconozcan esos derechos, así como asegurar el seguimiento y la evaluación de las acciones públicas a fin de asegurar la cabal satisfacción de esos derechos. Si bien se han tomado diversas medidas para mejorar la situación de las mujeres, entre ellas la adhesión oficial a la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aún falta consolidar la institucionalización del enfoque de género.

Acceso a la salud: disfunciones perjudiciales a la equidad

La política de salud nacional se inscribe en el marco de los compromisos internacionales relativos a la salud para todos y todas, que el país ha suscrito. Sin embargo, la población encuentra obstáculos a la hora de recibir atención debido a diversas disfunciones del sistema de salud, entre las que se destacan:

La persistencia de un estado de salud insatisfactorio en la población: elevada tasa de mortalidad materna, de recién nacidos y de menores de 5 años; supervivencia de enfermedades contagiosas (30.000 casos de tuberculosis al año) y afecciones maternas y perinatales (27% de los niños y niñas del



medio rural y 13% en zonas urbanas sufren retrasos en el crecimiento, con una insuficiencia ponderal que afecta a 12% en el campo y a 3,3% en las ciudades); el surgimiento de enfermedades no contagiosas a raíz de cambios en el modo de vida (enfermedades del aparato circulatorio con 17,4% del total de años de vida perdidos por muerte prematura; 6,7% de tumores, 4,6% de enfermedades del aparato respiratorio); el desafío de la prevalencia del VIH/sida, que sigue en aumento, sobre todo en la población femenina (alrededor de 50% en los últimos cinco años, mientras que entre 1986 y 1990, las mujeres eran 20% de los afectados) (Ministerio de Salud, 2005a).

Las desigualdades entre la oferta y el acceso a la atención de la salud: pese a los esfuerzos, subsisten numerosas disfunciones en el sistema de salud, entre ellas carencias de infraestructura y equipamiento³ y dificultades de acceso geográfico en algunas zonas, ya que cerca de 31% de la población vive a más de 10 kilómetros de distancia de un centro de salud (Ministerio de Salud, 2005b).

Mecanismos poco desarrollados de financiación de la salud sumados a la insuficiencia del presupuesto asignado al sector (5% del presupuesto general del Estado). Estos factores se ven agravados por el predominio de créditos de funcionamiento (70% del presupuesto total); la falta de coordinación de los criterios de asignación de recursos entre los rubros de gasto (red hospitalaria, ambulatoria, formación, etc.); la escasa financiación pública de la

1 Asociación fundada en 1996 para reforzar y promover el movimiento asociativo de desarrollo democrático de Marruecos. E-mail: <espaso@iam.net.ma>; sitio web: <www.espasseassociatif.org>.

2 Los y las contribuyentes son: Fatiha Daoudi, ADFM; Saïd Makhon, Al Amana; Ahmed Douraidi, ALCS; Najat Razi, AMDF; Mohamed Khattab, AMDH; Abdelaziz Ameziane, Carrefour asociativo; Laila Imerhrane y Amina El Gani, OMDH; Abdellah Lefnatsa, UMT; Abdellatif Ngadi, Transparencia Marruecos; Abdesselam Aboudrar, activista de la sociedad civil.

3 Actualmente existe un servicio de salud básico cada 14.012 habitantes que determina una relación camas de hospital/personas de 1 cada 1.060 habitantes (Ministerio de Salud, 2005a).

salud⁴; una calidad poco satisfactoria de los servicios (mala recepción, esperas largas, exámenes superficiales, recetas irracionales), falta de medicamentos y escasa cobertura de los seguros de salud (que sólo abarcan 15% de la población) (Ministerio de Salud, 2003).

La nueva ley de Seguro Obligatorio de Salud (AMO) implica una nueva perspectiva para mayor número de personas. Ampliada a la totalidad de las y los asalariados del sector público y privado, sus dispositivos se apoyan en los principios de solidaridad y equidad, la generalización de la cobertura, la prohibición de toda discriminación por edad, sexo, tipo de actividad, nivel y naturaleza del ingreso y antecedentes patológicos. Pero la evolución de la atención de la salud y la tasa de cobertura del gasto siguen sujetas al equilibrio financiero del sistema.

El Estado ha puesto en marcha una serie de fórmulas de asistencia dirigidas a los y las trabajadoras independientes, a través de la asociación del sistema bancario y los organismos de microcrédito, en espera de que el AMO se extienda a estas categorías específicas. Está en marcha un proyecto de ley para que las personas económicamente vulnerables y sin cobertura se beneficien de un sistema de asistencia médica (RAMED). El proyecto rebota aún contra las condiciones de implementación: identificación de los beneficiarios, contribución parcial de las poblaciones, reforma hospitalaria y participación de las comunidades locales en la financiación.

Limitada cobertura en pensiones de retiro

El sector de las pensiones de retiro se compone esencialmente de 10 regímenes jubilatorios. La tasa de cobertura sigue siendo baja. En 2005, las cuatro principales cajas jubilatorias cubrían 25,6% de la población activa (Ministerio de Finanzas y Previsión, 2003). Contra la idea generalizada de la generosidad de estos sistemas, la prestación promedio por persona es muy escasa y está por debajo del salario mínimo nacional. El sistema jubilatorio enfrenta problemas que debilitan su equilibrio financiero y comprometen su eficiencia y viabilidad, resumibles en:

- La inexistencia de una legislación marco que organice al sector jubilatorio.
- Insuficiencia de control y supervisión.
- Bajas cotizaciones (5%) en comparación con otros países (Portugal 35%, Brasil 30%, Turquía 20%) y cada vez más insuficientes para financiar las prestaciones.
- Déficit de gobernanza de las cajas de jubilación.
- Incoherencia en la coordinación de los sistemas jubilatorios (Ministerio de Finanzas y Previsión, 2003).

4 La fuente principal de financiamiento del gasto global en salud depende de los hogares, que en pagos directos aportan 53% del total. Los rubros fiscales nacionales y locales representan 25% y el seguro por enfermedad apenas 16% del gasto. Otras fuentes de financiamiento siguen siendo marginales: 4% los empleadores (excepto el Estado y las comunidades locales) y 1% la cooperación internacional (Ministerio de Salud, 2003).

El equilibrio del sistema de retiro está en grave peligro. Se piensa que en los próximos 30 años se va a degradar la relación demográfica de los sistemas jubilatorios. Según las proyecciones demográficas, la sustentabilidad futura del sistema está en duda. Asimismo, las personas desconfían de la capacidad del sistema para cumplir sus compromisos. Las consecuencias negativas del factor demográfico sobre el equilibrio a largo plazo de los sistemas jubilatorios no se podrán atenuar si no se produce un crecimiento económico importante y duradero. Dada la desaparición de las formas tradicionales de solidaridad, la pensión de retiro debe ampliarse y concebirse como un derecho ciudadano.

El estado de la pobreza

En 1999, alrededor de 5,2 millones de personas (19%) vivían por debajo de la línea de pobreza, con un índice mucho mayor en la zona rural que en la urbana (27,4% y 12%, respectivamente). Los pobres tienen características comunes: familias numerosas (70% de ellas con más de cinco hijos), bajo nivel educativo, carecen de bienes y, sobre todo, no poseen tierras cultivables. La incidencia del desempleo es importante entre las personas pobres, y alcanza 30% en el medio urbano. En cuanto a la pobreza infantil, afecta a 44% de los menores de 15 años. La distribución por género muestra una tendencia a la feminización de la pobreza (Ministerio de Previsión Económica y Planificación, 2000).

Varios grupos vulnerables exigen atención, sobre todo:

- Niños y niñas. Se calcula la existencia de 600.000 menores trabajadores; muchos viven en la calle, expuestos a violencia física y sexual; alrededor de 500.000 niños y niñas son mendigos.
- Mujeres viudas y divorciadas y madres solteras jefas de hogares, más propensas a la pobreza. Además, los estatutos jurídicos y las leyes de herencia discriminan a las mujeres y las hacen más vulnerables.
- Personas con capacidades diferentes: 4,3% de los hogares que viven por debajo de la línea de pobreza están a cargo de una persona discapacitada o enferma (Ministerio de Previsión Económica y Planificación, 2000).

A fines de la década de 1980 se puso en marcha una estrategia social de lucha contra la pobreza, articulada en torno a la ampliación del acceso de las personas menos favorecidas a los servicios sociales básicos, el aumento de puestos de trabajo y el fortalecimiento de los programas de asistencia y protección social. Los programas de lucha contra la pobreza se intensificaron entre 1995 y 2005. Apuntaban a la promoción de actividades que generaran ingresos y al empleo juvenil. Sin embargo, los planes (educación, formación profesional, salud básica, agua potable, electrificación, vivienda social) puestos en marcha han sufrido distorsiones. La dispersión de las acciones, la insuficiencia de coordinación de los programas, la participación limitada de las comunidades y la ausencia de seguimiento y evaluación limitaron el impacto de los esfuerzos desplegados.

La Iniciativa Nacional para el Desarrollo Humano, lanzada en mayo de 2005, muestra la voluntad de reducir carencias, sobre todo en los barrios urbanos pobres y las comunidades rurales desfavorecidas. Si bien es muy pronto para medir este impacto, vale la pena distinguir algunas disfunciones: lentitud en la implementación de los proyectos identificados, falta de criterios claros para la asignación de fondos y una lógica que se ocupa más de los números que de los resultados a alcanzar, así como perturbaciones institucionales en la medida en que los comités de desarrollo humano tienden a suplantarse a los Consejos elegidos.

Si bien el impacto del microcrédito en la superación de la exclusión aún no puede ser constatado, es posible afirmar que mejora considerablemente las condiciones de vida de las y los beneficiarios, y que está en rápida expansión por las oportunidades que ofrece. A fines de 2006, el sector del microcrédito ocupaba una cartera de 1.034.162 clientes, de los cuales una mayoría (66%) son mujeres⁵. El impacto del microcrédito sobre los beneficiarios es claro: la mayoría de las y los clientes experimentaron un aumento de sus ingresos, y la participación en el programa también favorece la diversificación de las actividades. Pero algunas observaciones evidencian que el microcrédito sirve básicamente como activo circulante y que el sector no apunta en particular a los bolsos de pobreza.

Desempleo e inestabilidad de los puestos de trabajo

El desempleo afecta a 1,5 millones de personas, con un ritmo de progresión anual significativo. En 2004 la tasa de desempleo era de 11,2%, presentando grandes disparidades (rural/urbana, de género y por nivel de instrucción). El desempleo de larga duración (más de 12 meses) y el desempleo 'recurrente' se han convertido en la principal fuente de exclusión. La incidencia del desempleo es más importante entre las mujeres (25,8%) que en los hombres (17,4%). El desempleo en los jóvenes es una preocupación cada vez mayor. El porcentaje de jóvenes que salen del sistema educativo sin graduarse y con bajas calificaciones es elevado, lo que incrementa el riesgo de exclusión profesional y social. A su vez, jóvenes con formación profesional también encuentran problemas de inserción en el mercado de trabajo. El peso relativo del desempleo de los graduados jóvenes aumenta con la selectividad de las prácticas del reclutamiento de las empresas (Ministerio de Seguridad Económica y Planeamiento, 2005).

Marruecos no cuenta con ningún dispositivo de lucha contra el desempleo. El análisis de las medidas de empleo no es satisfactorio. Desde 1993 las pasantías de inserción apenas fueron 29.000 y el programa acción-empleo no registró mejor desempeño.

(Continúa en página 231)

5 FNAME: <www.fnam.ma/article.php3?id_article=180>. Ver además el sitio web de una de las principales asociaciones de microcrédito, Al Amaná <www.alamana.org> y la evaluación de la contribución de Al Amaná al desarrollo de sus clientes microempresarios. Febrero de 2003.

MALTA

(viene de página 189)

Este dinero no está asistiendo a ningún país en desarrollo y por lo tanto no debería contabilizarse como AOD. CONCORD también critica al gobierno por condicionar la AOD a la repatriación de los inmigrantes. La Plataforma Maltesa de ONGD tiene serias dudas respecto de esta medida y considera que atenta contra el cometido principal de la AOD, que es contribuir a la erradicación de la pobreza. ■

Referencias

- Comisión Europea (2003). "Joint report by the Commission and the Council on adequate and sustainable pensions".
- Comisión Europea (2006). "Adequate and Sustainable Pensions Synthesis Report 2006".
- CONCORD (2007). "Hold the applause! EU governments risk breaking the aid promises". Abril.
- Eurostat (2007). *Europe in figures — Eurostat yearbook 2006-07*. Luxembourg: Eurostat. <ec.europa.eu/eurostat>.
- Gobierno de Malta (2004). "White Paper on Pensions Reform". Cámara de Representantes, Malta, 24 de noviembre.
- Grupo de Trabajos sobre Pensiones (2005). "National Strategy on Pensions Malta". Malta, 15 de junio. MFSS (Ministerio para la Familia y la Solidaridad Social) (2005). "National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion". Malta, 15 de julio.
- MFSS (2007). "Organisation for Integration and Welfare of Asylum Seekers" (OIWAS). Malta.
- NSO (Oficina Nacional de Estadística) (2007). "International Women's Day 2007". Comunicado de prensa No. 37/2007, 8 de marzo.
- Orban, P. (2005). "The sustainability of the Hungarian pension system: a reassessment". Magyar Nemzeti Bank. Diciembre.
- Parlamento de Malta (2006). "Act XIX of 2006", Malta. <www.parliament.gov.mt/information/Acts/>.

MARRUECOS

(viene de página 191)

Sólo 66.000 jóvenes profesionales se insertaron en el mercado laboral (Ministerio de Empleo, 2006).

El nuevo código laboral modificó algunas disposiciones de la reglamentación laboral (período mínimo para aprobar el cierre de una fábrica, fijación de rangos de indemnización, etc.). No obstante, en términos reales se constata que la legislación es precaria, ya que hay numerosas categorías de asalariados no cubiertas y la mayoría de las empresas no aplican la ley a la hora de hacer contratos por tiempo determinado, otorgar licencias o cerrar total o parcialmente una fábrica. Por otra parte, los organismos de control de la legislación vigente carecen de medios para cumplir la tarea.

El sector informal sigue siendo el más desprotegido y representa 20,3% de los empleos. Del total de unidades de producción informal, 12,4% están a cargo de mujeres y sólo 2% de los y las trabajadoras son empleados contratados. Casi la mitad de las unidades (46,8%) ignoran la reglamentación laboral y 61% pagan por debajo del salario mínimo nacional (Departamento de Previsión Económica y Planificación, 2003).

Desafíos y futuro de la protección social

El régimen más importante de protección social depende de la Caja Nacional de Seguridad Social. Numerosas empresas siguen escapando al sistema y no están registradas. Más de 67% de las afiliadas son microempresas de cinco empleados o menos. Sólo 38% de las declaradas trabajan 12 meses al año. Lo recaudado por concepto de seguridad social procedente del sector privado sujeto a la Caja Nacional apenas constituye 1,6% de la riqueza producida (Centre Marocain de Conjoncture, 2003). Hay dificultades de penetración en el mundo rural, el sector artesanal y de los trabajadores independientes. Lo módico de determinadas prestaciones y el problema de los bajos salarios constituyen un obstáculo para el cumplimiento de estas funciones. En cuanto a la gestión, la Caja no tiene una imagen de eficiencia. Por lo tanto, es importante mejorar los sistemas de gobernanza, no sólo a nivel de las instancias democráticas de la esfera política, sino también a nivel de las instituciones que constituyen el sistema de seguridad social, donde se toman a diario buena parte de las decisiones en la materia.

La protección social no es sólo asunto del Estado y las instituciones públicas, sino que implica que la sociedad, en todos sus componentes, se movilice para que la 'cuestión social' sea tenida en cuenta por todos los actores y se creen las condiciones necesarias para la reinserción de los sectores excluidos. Se necesita una intervención más activa de la sociedad civil. En Marruecos es evidente la emergencia de una nueva generación de actores no gubernamentales. Las relaciones entre las organizaciones de la sociedad civil y el Estado evolucionan, y han pasado de la desconfianza mutua al reconocimiento de una posible sinergia. Sin embargo, aún hay que derribar algunos obstáculos que impiden la participación de la sociedad

civil en las alianzas estratégicas para el desarrollo. La lista incluye la reafirmación de un ambiente político y jurídico favorable a una mayor autonomía de las ONG y a la extensión de su participación a los procesos de concepción, implementación y evaluación de las decisiones que pueden repercutir sobre los sectores más desfavorecidos de la población. ■

Referencias

- Centre Marocain de Conjoncture. Etude sur la Protection Sociale: nouveaux enjeux. La sécurité sociale: quel rôle dans la redistribution. Diciembre 2003.
- Ministerio de Empleo (2006). *Deuxièmes assises nationales sur l'emploi*.
- Ministerio de Finanzas y Previsión (2003). *Scénarios de réforme pour le système de retraite marocain*. Dirección de Seguros y Previsión Social, Comité de Seguimiento de Estudios Contables.
- Ministerio de Previsión Económica y Planificación (2000). *Enquête sur le secteur informel non agricole. Rapport des premiers résultats*. Dirección de Estadística.
- Ministerio de Previsión Económica y Planificación (2005). *Enquête activité emploi et chômage. Rapport de synthèse*. Alto Comisariado de Planificación, Dirección de Estadística.
- Ministerio de Salud (2003). *Les comptes nationaux de la santé au Maroc*. Dirección de Planificación y Recursos Financieros.
- Ministerio de Salud (2005a). *Santé en chiffres*. Dirección de Planificación y Recursos Financieros, Servicio de Estudios e Información.
- Ministerio de Salud (2005b). *Politique de santé: acquis, défis et objectifs. Plan d'Action 2005-2007*.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2006). *Informe sobre desarrollo humano*.
- Primer Ministro. Departamento de Previsión Económica y Planificación (2003). *Enquête sur le secteur informel non agricole. Rapport des premiers résultats*. Dirección de Estadística.