



La metamorfosis del sistema de Seguridad Social marroquí. Especial atención a la asistencia sanitaria y prestaciones familiares

THE METAMORPHOSIS OF THE MOROCCAN SOCIAL SECURITY SYSTEM. SPECIAL ATTENTION TO HEALTH CARE AND FAMILY BENEFITS

María del Carmen Burgos Goye

Profesora Contratada Doctora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Universidad de Granada

cburgos@ugr.es 0000-0003-3862-8074

Recibido: 11.01.2023 | Aceptado: 25.04.2023

RESUMEN

Analizar la evolución del sistema de protección social en Marruecos, su institucionalización y configuración actual, tras la modificación operada en su marco normativo por la Ley Marco nº 9.21 relativa a la protección social, focalizando nuestro examen en la articulación de la protección que se realiza mediante el modelo contributivo y la asistencia social y en particular, como afecta dicha reforma a la atención sanitaria y protección a la familia, valorando su actual configuración, las modificaciones propuestas, los logros conseguidos así como las disfuncionalidad irresolutas hasta ahora pero que inexcusablemente debe acometer para conseguir alcanzar el Estado de Bienestar que aspira implantar a corto plazo.

ABSTRACT

Analyze the evolution of the social protection system in Morocco, its institutionalization and current configuration, after the modification in its regulatory framework by Framework Law N°. 9.21 relating to social protection. Focusing our examination on the articulation of the protection that is carried out through the contributory model and social assistance and, in particular, how this reform affects health care and family protection, assessing its current configuration, the proposed modifications, the achievements as well as the unresolved dysfunctions up to now but that must inexcusably be tackled in order to achieve the Welfare State that it aspires to implement in the short term.

PALABRAS CLAVE

Inequidad social
Atención sanitaria
Familia
Reforma
Disfuncionalidades

KEYWORDS

Social inequality
Health care
Family
Reform
Dysfunctionality

SUMARIO

- I. CONSIDERACIONES PREVIAS
- II. TRATAMIENTO CONSTITUCIONAL
- III. GESTIÓN Y ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
- IV. ASISTENCIA SANITARIA
 - A. Evolución
 - B. Requisitos y ámbito subjetivo
 1. *Modalidad contributiva*
 2. *Modalidad asistencial*
 - C. Disfuncionalidad del sistema sanitario
- V. PRESTACIONES FAMILIARES
 - A. Delimitación conceptual
 - B. Tipologías
 1. *Subsidio familiar*
 2. *Licencia por nacimiento*
 3. *Asignaciones diarias de maternidad*
 4. *Permiso de lactancia*
- VI. CONCLUSIONES
Bibliografía

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

Realizar un estudio sobre la protección social en Marruecos entraña la dificultad de profundizar en un sistema de protección social que presentan diferencias y similitudes no solo en cuanto a su génesis, sino también en su evolución y posterior desarrollo en relación a las legislaciones occidentales. En este sentido, conviene recordar la proposición de que el progreso económico como regla general suele ir de la mano del progreso social. Sin embargo, cabe destacar la presencia de países que por omisión o inexperiencia incumplen con esta fórmula, dejándolo como una asignatura pendiente para más adelante. Ejemplo de esta premisa lo encontramos en Marruecos, cuyo sistema de protección social ha ido evolucionando y transformándose en paralelo a un progresivo crecimiento económico gracias a una estabilidad política de la que carecen muchos países africanos. Sin embargo, no ha sido hasta la pandemia del Covid 19 cuando el fourierismo sobre la “cuestión social” ha adquirido el protagonismo necesario, debido primordialmente a que las diferentes reformas han descuidado los objetivos sociales, declinando la responsabilidad del ajuste exclusivamente sobre los trabajadores y provocando, de este modo, un impacto negativo sobre el bienestar de sus ciudadanos, sobre todo, de los más desfavorecidos, rebajando sus garantías sociales.

A partir de ese momento, y precisamente durante la crisis sanitaria, es cuando comienza a adoptar políticas públicas y legislativas para alcanzar la generalización de la protección social y conseguir la equidad social, tal y como recoge el artículo 4 de la Ley Marco núm. 9 de 2021 sobre Protección Social (BORM nº 6975) que entró en vigor al año siguiente (sin perjuicio de que su desarrollo se realizara de forma paulatina, una vez se han publicado las correspondientes leyes ordinarias sobre cada uno de los

objetivos marcados), dejando a salvo la cohabitación con otras políticas públicas que existen en esta materia, lo que significa la continuación de la ejecución de las políticas sectoriales, incluidas las dirigidas a los adultos mayores, las personas con discapacidad y los jóvenes.

Para comprender su configuración actual, hay que tener en cuenta su evolución histórica, cuyo eje primigenio se basaba en el sistema de solidaridad tradicional¹, propio de los países árabes, que se caracterizan por un sistema de responsabilidad social sustancialmente fuerte y cohesivo por el cual las familias se ayudan entre sí en tiempos de escasez y donde los ingresos se redistribuyen entre los más pobres por asociaciones y fundaciones religiosas y benéficas, que se mantuvo vigente durante las dos primeras décadas del protectorado y tenían una estructura similar a la gremial española. Cuyo origen se relaciona, como no podía ser de otra manera, al surgimiento del Derecho del Trabajo, es decir, a la búsqueda de los trabajadores por obtener mejores condiciones laborales, para ellos y para sus familias, de ahí que, la cobertura se focalizara inicialmente con la dimensión socio-económica, fundamentalmente en la protección de “viejos riesgos sociales” –enfermedad y el accidente–, propios de la sociedad y el mercado laboral de esa época²; y que cristalizan, en el caso de Marruecos, en la Ley núm.18-12 de 28 de junio de 1927, relativa a la reparación de Accidentes de Trabajo, cuyas disposiciones fueron ampliadas a las Enfermedades Profesionales, mediante la Ley núm. 1-14-190 de 31 de mayo de 1943 (en la actualidad, se está examinando un proyecto de ley que modifica ambas disposiciones) y que no son más que reflejo de la trasposición de la Ley de Accidente de Trabajo española de 31 de enero de 1900 y del Decreto de 10 de enero de 1947 para la Enfermedad Profesional. Si bien, su obligatoriedad en el caso alauita no se fija hasta 1949 para el accidente de trabajo y en 2002 para la enfermedad profesional, circunscribiendo su ámbito subjetivo inicial a trabajadores por cuenta ajena, así como a los empleados del sector público.

Con respecto a la institucionalización del sistema de protección social, es preciso recordar que Marruecos logró su independencia de Francia mediante la disolución del Tratado de Fez de 2 de marzo de 1956 y dos años más tarde de España a través del Tratado de Angra de Cintra de 1 de abril de 1958. Pues bien, a raíz de estos acontecimientos políticos, la Seguridad Social se institucionaliza en Marruecos por la Ley núm. 1-59-148 del 31 de diciembre de 1959, por la que se establece un sistema de Seguridad Social (completado y modificado por Ley núm. 1-60-104 de 25 de junio de 1960), que no es más que una recopilación normativa de los diferentes sistemas de protección social sectoriales que existían en dicho *status quo*.

Y cuya regulación actual figura sistematizada en la Ley de 27 de julio de 1972, que está inspirada en la Convención núm.102 de la OIT, sobre normas mínimas de Seguridad Social (que no fue ratificada hasta el 2019) y que ha sido objeto de diferentes

1. Conference Euro-Mediterranenne. Sécurité sociale: facteur de cohésion sociale. 27-28 mai 2004. Limassol (Cyprus), p. 21. Etat des Lieux de la Protection Sociale. Recuperado el 15 de noviembre de 2022 de https://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/source/socialsecurity/limassol_fr.doc.

2. Esping-Andersen, G.: *Fundamentos sociales de las economías posindustriales*, Oxford Academic, Oxford, 1999, p. 188

reformas, la más reciente, la Ley Marco de 5 de abril de 2021, relativa a la protección social, cuyo objetivo es generalizar la cobertura social en beneficio de todos los marroquíes en un periodo quinquenal 2021-2025, de modo que, a la terminación del mismo, se espera lograr el saneamiento de la financiación y simultáneamente extender la asistencia social para mejorar la protección de las categorías pobres y vulnerables, así como a las familias con ingresos limitados, haciendo especial hincapié en la infancia (sobre todo el abandono escolar), la enfermedad, la vejez y la pérdida del empleo. Para ello, la distribución temporal prevista por este instrumento político por parte del ejecutivo marroquí es la siguiente:

- La generalización del seguro médico obligatorio, a finales de 2022. En este sentido, el objetivo es lograr la ampliación del ámbito subjetivo cuyo incremento cuantitativo estimado es de 22 millones de personas adicionales, con el que se espera cubrir tantos costes de tratamiento como de medicaciones y hospitalización de la población que potencialmente será asegurada.
- La extensión de las prestaciones familiares durante los años 2023-2024 a las familias que no se beneficien de ellas en los textos vigentes. Estas familias se beneficiarán, según los casos, de indemnizaciones generales o de protección específicas en caso de riesgos para la infancia (abandono escolar y el desamparo de los menores), está dirigida a 7 millones de niños en edad escolar. Especialmente a aquellos que pertenecen a familias en situación precaria, además de beneficiar a tres millones de hogares sin niños en edad escolar³.
- Ampliación cuantitativa de afiliados a planes de pensiones. Se pretende incluir a 5 millones de personas que no realizan ningún empleo y no perciben ninguna pensión (previsión 2025).
- La generalización de la indemnización por la pérdida de empleo durante el año 2025 para cubrir a cualquier persona que ejerza un trabajo estable y lo pierda de forma involuntaria.

Obviamente, esta previsión legislativa precisa incluso de una modificación del marco normativo. Por este motivo se está tramitando un nuevo proyecto de Seguridad Social cuyo objetivo es, además de lograr una extensión de su ámbito subjetivo y mejorar en el contenido objetivo, actualizar el sistema marroquí de pensiones y proporcionar subsidios a los nuevos desempleados, entre otros. En términos generales, para garantizar su puesta en marcha se aprobó el proyecto de Decreto n° 2.21.532, por el que se crea una Comisión Interministerial para realizar un seguimiento sobre la implantación de la reforma del sistema de protección social de conformidad con la previsión dispuesta en el artículo 16 de la Ley Marco n° 9.21 relativas a la protección social, en el que se establece que, para asegurar la complementariedad y la coherencia de las medidas adoptadas por la reforma de la protección social, se creará un

3. Abdel-Wahed, O.: "Marruecos desarrolla su contrato social", *Marruecom*, 22 de agosto de 2022. Disponible en: [Marruecos desarrolla su contrato social \(marruecom.com\)](http://marruecom.com).

mecanismo de dirección que supervise principalmente el seguimiento y la implementación de esta reforma y la coordinación de la intervención de las distintas partes involucradas, compuesto por una comisión interministerial, denominada “Comisión Interministerial para la conducción de la reforma del sistema de protección social”, cuya principal misión será dar seguimiento a la ejecución de la reforma del sistema de protección social, coordinar las intervenciones de las distintas partes interesadas en dicha reforma, adoptar la relación de proyectos de textos legislativos y reglamentarios necesarios para la generalización de la protección social, velar por la aplicación y el apoyo de los proyectos de generalización de la protección social, para determinar las medidas y mecanismos necesarios para el desarrollo de los aspectos de gestión y la preservación de la sostenibilidad financiera del sistema de protección social, además de trabajar en la implementación de una comunicación institucional coordinada y eficiente en torno a este proyecto.

Este órgano estará compuesto por el jefe del Gobierno que lo preside, por el Secretario General de Gobierno, Ministro de Hacienda, Ministro de Salud y Protección Social, Ministro de Convergencia y Evaluación de Políticas Públicas y la Autoridad gubernamental responsable del Presupuesto. Este organismo público, a su vez, será asesorado por una Comisión Técnica dentro de la Comisión Interministerial, para brindarle asistencia y apoyo técnico. Será presidido por el Ministro Delegado de Presupuestos e integrado por un representante de cada una de las Administraciones Públicas integrantes de la Comisión Interministerial, que deberá tener al menos el cargo de Director de Departamento Central o su equivalente, además del Director General de la Caja Nacional del Seguro Social (CNSS) y Director de la Agencia Nacional del Seguro de Salud (ANAM).

II. TRATAMIENTO CONSTITUCIONAL

El tratamiento constitucional en materia de Seguridad Social ha ido evolucionando para adaptarse al nuevo contexto socio-económico en Marruecos. A lo largo del tiempo se han promulgado diferentes cartas magnas que han sido objeto de diferentes reformas. La primera es la Constitución de 7 de diciembre de 1962, que en el Título Primero, bajo la nomenclatura “Previsiones Generales” en el apartado segundo, dedicado a los derechos económicos y sociales de los ciudadanos (arts. 13-18), no alude expresamente al derecho a la Seguridad Social. En cambio, en el artículo 13 se refiere explícitamente de forma exclusiva a los derechos a la educación y al trabajo. A continuación, la Constitución del 31 de julio de 1970 no introduce ninguna novedad, limitándose a transcribir literalmente en el mismo numeral lo recogido en el texto constitucional precedente de 1962. Tendencia que continúa en la segunda carta magna de 10 de marzo de 1972, limitándose *de facto* a reducir las competencias del monarca en favor del gobierno. Seguidamente, en la tercera de 9 de octubre de 1992, las novedades se limitan a modificaciones y reconfiguración de las instituciones mediante la creación de un Consejo Constitucional (suprimiendo la Sala de lo Constitucional del

Tribunal Supremo), instaurando un “Consejo Económico y Social”, que debería haber desempeñado el papel de ser una instancia de diálogo social y económico alineada con las orientaciones generales de las políticas públicas⁴. Puesto que su objetivo es reducir al mínimo la superposición y asegurar la coordinación de las posiciones de los interlocutores sociales y también de las opiniones expresadas en otros Consejos Consultivos Superiores, sin embargo estos objetivos inclusivos difícilmente puede operar sino se actualiza el marco legal e institucional del diálogo social, se mejoran los procesos de información, consulta y negociación entre las instituciones y los actores sociales y se desarrolla un verdadero espacio contractual a nivel nacional, local y sectorial, es decir, fortalecer y garantizar la participación activa de los interlocutores sociales nacionales, locales y sectoriales en el desarrollo, implementación y seguimiento de la agenda social. Con el propósito de que éstos participen en la fijación de objetivos comunes y, de este modo, llegar a la concertación de compromisos concretos con el poder político de turno.

Asimismo, la siguiente reconfiguración propuesta es introducir la “región”⁵ en las colectividades locales, sin embargo a pesar de constitucionalizarse la fórmula de regionalismo avanzada en el texto vigente de su Constitución (cuyos principios son: unidad en la diversidad, subsidiariedad, solidaridad, equilibrio, complementariedad, cohesión, armonía, eficiencia, correlación, convergencia y resiliencia territorial), no se ha llegado a producir realmente una delegación legislativa, sino que, en la práctica, lo que se ha producido es una descentralización administrativa, debido a que no se ha llegado a materializar la desconcentración de facultades por parte de la Administración central: Por ello, continúan subordinados los acuerdos que adopten los servicios descentralizados y las competencias de ejecución de sus políticas, a las decisiones adoptadas por la potestad de la Administración central.

Las razones de esta inaplicación son multicausales, entre otras: falta de clarificación sobre las prerrogativas de cada nivel, defectos de técnica legislativa en el texto constitucional al no especificarse el reparto de responsabilidades, competencias y recursos, tanto a nivel vertical como horizontal, a pesar del reconocimiento del principio de subsidiariedad a nivel constitucional, entre otros.

Finalmente, la reforma constitucional de 10 de octubre de 1996 tampoco aporta novedades en materia de derechos sociales, limitándose a realizar una flexibilización del régimen político y abastece (en términos mínimos) de contenido administrativo⁶ a las regiones (en ningún momento se les ha reconocido contenido político). Finalmente, la Constitución marroquí de 29 de julio de 2011 (Dahir 1-11-91) amplía los derechos socioeconómicos y recoge en su articulado una serie de derechos de naturaleza prestacional de carácter social, si bien, condiciona su disfrute a los medios disponi-

4. Ruiz Miguel, C.: *La Constitución Marroquí de 2011. Análisis crítico*, Dykinson, Madrid, 2012, p. 34.

5. Conviene apostillar que, a diferencia de más de la mitad de los países africanos, Marruecos si tiene distribuido administrativamente su territorio en regiones y no comunas básicas, lo que supone una mejora para la gobernanza participativa y una fórmula para superar las desigualdades territoriales.

6. Ley núm. 47-95, relativa a la organización de la región, promulgada por Ley núm.1-97-84, de 2 de abril, (BORM nº 4470 de 3 de abril de 1997).

bles de los poderes públicos. En este sentido, se articula en el Título II, bajo el epígrafe “Libertades Públicas”, en concreto en el numeral 31, cuya dicción literal es la siguiente:

El Estado, los organismos públicos y las colectividades territoriales actúan para movilizar todos los medios disponibles para facilitar el igual acceso de los ciudadanos a las condiciones que les permitan ejercer el derecho a:

- Los cuidados sanitarios.
- La protección social, la cobertura médica y la solidaridad mutualista u organizada por el Estado.
- Una educación moderna, accesible y de calidad.
- La educación sobre el compromiso de la identidad marroquí y las constantes nacionales inamovibles.
- La formación profesional y la educación física y artística.
- Un alojamiento decente.
- El trabajo y el apoyo de los poderes públicos en materia de búsqueda de empleo y autoempleo.
- El acceso a las funciones públicas según mérito.
- El acceso al agua y a un medio ambiente sano.
- El desarrollo sostenible”.

De este modo, la introducción de estos nuevos derechos sociales implica un compromiso por parte del Estado de un conjunto de prestaciones y asistencias obligatorias socioeconómicas a favor, en unos casos, de todos los ciudadanos en general, mientras que, en otros, por el contrario, su ámbito subjetivo de protección se circunscribe solo a determinadas categorías de sujetos. De modo que, esta subordinación de los derechos prestacionales sociales sistematizados por el constituyente, obliga a que su extensión o minoración de su ejercicio por parte del titular se limite en función a los recursos económicos disponibles por el ejecutivo de turno, es decir, la afectación de los recursos y la determinación de su cuantía dependen de un juicio de oportunidad realizado por el poder político, que no debe confundirse con “arbitrariedad”. Por lo tanto, el constituyente admite que la realización de los objetivos sociales se condicione a disponer de los medios materiales para sufragarlos, pero que debe controlar para evitar su desviación. Sin embargo, no debemos olvidar que nos encontramos ante derechos humanos fundamentales y, por tanto, incluso en tiempo de crisis o de contracción económica el legislador debe mantener un mínimo de facultades sin las cuales el derecho se convertiría en un mero nominalismo vacío de contenido. Por lo tanto, este elenco de derechos expuestos debería ser objeto de un control de constitucionalidad de la ley, cuyo objetivo finalista sería comprobar el mantenimiento de ese mínimo que, por otra parte, es necesario para salvaguardar la dignidad de los individuos integrantes de la comunidad.

III. GESTIÓN Y ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

En el caso del país alauita la articulación de la protección se realiza mediante el modelo contributivo y la asistencia social y cuya gestión se lleva a cabo por diferentes Cajas. Así, los trabajadores por cuenta ajena y cuenta propia del sector privado, su gestión y supervisión administrativa y financiera corresponde a la Caja Nacional de Seguridad Social, que está bajo la tutela del Ministerio Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (art. 6 de la Ley de Seguridad Social).

Mientras que los funcionarios públicos están encuadrados en la Caja Nacional de Organización de la Previsión Social, cuya gestión realiza el Fondo de Pensiones de Marruecos. Con respecto al personal laboral del sector público y autoridades locales, son gestionadas por el Fondo de Depósito y Gestión, ambos sujetos a la supervisión del Ministerio de Hacienda.

Y, por último, para los trabajadores del Banco Central de Marruecos, así como Oficina Nacional de Electricidad y Agua Potable, figuran inscritos en la Caja de Seguros y Previsión Social (es decir, seguros y mutuas de derecho privado a las que se les encomienda una misión de servicio público: policía, aduanas, puertos, ferrocarriles, educación, etc.).

Junto a estas inclusiones obligatorias existen también otras complementarias que pueden ser a su vez, obligatorias o facultativas. Son obligatorias las que completan la cobertura social de los regímenes de base, que se aplican fundamentalmente en materia de jubilación. En cambio, en las facultativas, los riesgos que cubren vienen subordinados a lo que las partes o colectivos concretos así determinen.

A raíz de lo expuesto, surge la disyuntiva en relación a qué efectos provoca este fraccionamiento en la protección social y que, a nuestro juicio, se sintetizan en los siguientes:

1. Que se aumente la burocracia.
2. Que exista una falta de unificación en la gestión y financiación de recursos.
3. Que existan prestaciones desiguales en cuanto a intensidad, contenido y requisitos, según que los beneficiarios pertenezcan a una Caja u otra.

En base a lo expuesto, la actual cobertura que presta el sistema se circunscribe a: enfermedad, accidente, maternidad, invalidez, vejez o muerte y desempleo.

IV. ASISTENCIA SANITARIA

A. Evolución

Según la definición de salud realizada por la Organización Mundial de la Salud en 1947, ésta es “[u]n estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La génesis del sistema nacional de

salud en Marruecos se produce en el mismo año de su independencia de España, en concreto en la I Conferencia Nacional sobre Salud organizada en abril de 1959, bajo la presidencia del rey Mohamed V, en la que realiza dos proposiciones que constituyen el eje vertebrador para el sistema de salud *ex tunc*: 1) “La salud de la nación recae en el Estado” y 2) “El Ministerio de Salud Pública debe velar por su diseño y realización”. En consonancia con este *desiderátum*, su materialización se produce en virtud de la Ley núm. 34-09-1960, en la que se establecen los principios y objetivos fundamentales de la acción estatal en materia de salud, así como se configura la organización de la salud, que se sintetizan en los siguientes fines: Creación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud; establecimiento de infraestructura básica; nacionalización de los recursos y lucha contra las epidemias, de ahí que, se sostenga que la evolución y posterior configuración del sistema sanitario en Marruecos ha sido objeto de un proceso lento, tardío y lleno de obstáculos⁷. A continuación, la siguiente etapa (1981-1994), comienza a desarrollar ofertas y programas sanitarios, aumentando el número de centros y reorganizando los servicios primarios de salud existentes, y se mejora la Red de Atención a la Salud Básica y amplían las competencias y capacidad de organización del Ministerio de Salud Pública (en virtud del [Decreto nº 2-94-285, relativo a las atribuciones y organización del Ministerio de Salud Pública](#))⁸. Seguidamente, durante la etapa (1995-2000), destacan en esta materia las reformas realizadas en relación a los hospitales (se pretende que estos se autogestionen)⁹, se esboza la necesidad de abordar la financiación sanitaria y, para conseguirlo, se crea un Departamento de Economía de la Salud, dentro del Departamento de Planificación y Recursos Financieros (DPRF), con el que se pretende conseguir el apoyo de las diferentes regiones y para ello se quiere encomendar que estas se encarguen de la gestión de este sector (PAGSS), creando las Direcciones Regionales de Salud.

Más tarde, desde 2000 hasta 19 de marzo de 2020, destaca la promulgación de la Ley nº 65-00 de 3 de octubre de 2002, sobre la cobertura médica base, así como la demorada ley de regionalización, y esto se traduce en una gestión más ágil al dotar de funciones meramente administrativas a las regiones, pero con la paradoja de que no se incrementan los recursos públicos para esta nueva distribución competencial a estos entes territoriales. La reforma del gasto público, la reforma institucional y la reforma financiera son objetivos fijados por la ley. Adicionalmente, se configuran los territorios sanitarios a partir del Decreto 2-14-562, que se dividen a partir de entonces en: unidades de salud, prefecturas y provincias de salud, regiones de salud y territorios interregionales de salud.

7. Fassin, D.; Morice, A. y Quiminal. C. (dirs.): *Les Lois de l'inhospitalité. Les Politiques de l'immigration á l'épreuve del sans-papiers*, La Découverte, Paris, 1997, p. 1.

8. Cuyo antecedente es el Decreto nº 2-77-624, por el que crea comisiones consultivas de formaciones hospitalarias dependientes del Ministerio de Salud Pública y que actualmente, ha sido reformado en virtud del Decreto nº 2-19-947 de 17 de octubre de 2019, sobre atribuciones del Ministro de Salud, que siguen en la línea de no atribuir competencias a las regiones y continuar con la centralización hospitalaria.

9. La regulación actual se articula en el Decreto nº 2-19-365 de 9 de mayo de 2019, que modifica y completa el Decreto nº 2-06-656 de 13 de abril de 2007, relativo a la organización hospitalaria.

Con respecto a los primeros, las unidades de salud, según rezan los artículos 11-13 de dicha disposición, conforman el territorio básico en la división de salud para la planificación de la oferta de atención y la implementación de estrategias, programas y planes de acción en salud. La unidad de salud puede ser rural o urbana. El distrito sanitario rural corresponde al territorio de un *caïdat* (uno o varios municipios rurales); mientras que el distrito urbano de salud corresponde al territorio de un distrito en los municipios que tienen la función de ayudar a aquel en la aplicación de las políticas territoriales y administrativas del Estado o al territorio de todo el municipio urbano, cuando éste no esté dividido en distritos. En segundo lugar, las prefecturas y provincias de salud, dependientes del Ministerio de Salud, se dividen en dos o más distritos sanitarios y su conjunto conforman las regiones sanitarias, cuyo control corresponde a la Dirección Regional de Salud dependiente del Ministerio de Salud. Y, finalmente, el último eslabón son los territorios interregionales de salud, formado por los establecimientos de salud que prestan servicios de carácter interregional, en particular, los servicios hospitalarios de tercer nivel y los prestados por centros de excelencia o centros de referencia interregionales.

Sin embargo, la pandemia del Covid declarada el 20 de marzo de 2020, al igual que en la mayoría de países, ha puesto en evidencia las disfuncionalidades del sistema de salud marroquí, lo que le ha obligado a la necesidad de revisar las políticas públicas de la salud mediante el desarrollo de un enfoque proactivo al “liberar” imperativos presupuestarios e invirtiendo significativa y continuamente durante varios años recursos financieros con el fin de llenar los diferentes déficits (materiales, logística y recursos humanos), así como reconfigurar una nueva política de salud con un nuevo enfoque que involucre a todos los actores públicos y privados que intervienen en el campo de la salud¹⁰.

En consonancia con estas políticas públicas sanitarias, se aprobó la Ley Marco n° 9 de 5 de abril de 2021, entre cuyos objetivos destaca el objetivo primero, universalizar el seguro médico obligatorio, en la actualidad limitado a seis millones de beneficiarios, con el propósito de extenderlo a otros veintidós millones durante este año 2022 y, de este modo, hacer efectivo lo contemplado por la Ley Marco precedente n° 34-09-2011, sobre el Sistema Nacional de Salud Marroquí, que en su art. 1 especifica que el derecho a la protección a la salud es una responsabilidad del Estado y la sociedad. En base a lo expuesto, las principales funciones del Sistema Nacional de Salud son: 1) la organización de una oferta asistencial descentralizada y jerárquica; 2) el establecimiento de un mecanismo de financiación de atención que mantenga un justo equilibrio entre la gasto en salud y capacidad de pago; 3) y por último, y no por ello menos importante, el proyecto de Ley Marco n° 06-22 de 13 de julio de 2022, sobre el Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es conseguir realizar una reforma integral en el Sistema Nacional de Salud Marroquí. Para ello, se vertebra en cuatro pilares:

10. Informe de Gestión del Estado de Urgencia Sanitaria de Marruecos. Gobierno. Gobernanza de la Seguridad y Derechos Humanos, junio de 2020. Recuperado el 8 de octubre de 2022 de <https://www.dcaf.ch/sites/default/files/imce/Rapport%20COvid%2019%20version%20FR.pdf>.

1. Buena gobernanza.
2. Valorizar los recursos humanos.
3. Igualdad en los niveles ofrecidos por la oferta sanitaria.
4. Digitalización del sistema de salud.

Del desglose del primer pilar se desprende de la *mens legis* reforzar el papel de los mecanismos de regulación de los diferentes actores, la consolidación de la gobernanza hospitalaria, planificación de la oferta sanitaria en todos los niveles (estratégico, central y territorial) y para lograr dicha implantación se prevé crear: una autoridad en la regulación integral de la salud "HARIS", una agencia de medicamentos y de productos de salud cuya supervisión deberá realizar la Administración central y territorial a través de grupos de dicho ámbito (CST), que deberán coordinar los programas nacionales y regionales y reforzar los mecanismos de cooperación entre los sectores públicos y privados. En relación al segundo pilar, valorar los recursos humanos, requiere elaborar una ley sobre la función pública sanitaria que actúe como catalizador del capital humano en el sector público y reduzca el actual déficit de recursos humanos, lo cual implica reformar el sistema de formación, apertura a médicos extranjeros competentes y facilitar el retorno de médicos marroquíes residentes en el extranjero. Con respecto al tercer pilar, su objetivo es nivelar la oferta sanitaria y facilitar el acceso a los servicios médicos, mejorar su calidad, realizar un reparto equitativo de servicios hospitalarios a nivel nacional a través de la rehabilitación de las estructuras hospitalarias primarias, la puesta en servicio de niveles hospitalarios y homologación de niveles de salud. Y, por último, el cuarto pilar tiene el propósito de realizar una digitalización integral del sistema de salud a través de la reagrupación de datos, tratamiento, explotación y gestión del sistema en general y en especial de los hospitales.

De este modo, se cumple con los mandatos constitucionales contemplados en los artículos 31 y 71 de la CM de 2011. El primero, el art.31, en su apartado primero, señala como responsabilidad del Estado y de los órganos territoriales que lo componen prestar la asistencia sanitaria a los ciudadanos de conformidad con su disponibilidad financiera. Y en el segundo, artículo 71, se establece como competencia exclusiva del Estado, en su apartado tercero, los principios y reglas del sistema de salud. Por lo tanto, el Estado se compromete a articular los cuidados y servicios, la financiación, la gestión y administración de los establecimientos y la regulación del sector.

B. Requisitos y ámbito subjetivo

1. Modalidad contributiva

Uno de los principales problemas de Marruecos es la cobertura de la asistencia médica. El sistema de salud de Marruecos es teóricamente universal e integral. Desde el año 2005, todos los ciudadanos de Marruecos tienen la obligación de afiliarse al AMO (seguro de enfermedad obligatorio), que presta una cobertura médica básica, financiada a través de la Seguridad Social del país. Este sistema, según dispone el art.5 de

la Ley nº 65-00, sobre Cobertura Médica de Base, proporciona atención sanitaria a los trabajadores dados de alta (por cuenta ajena, autónomos, funcionarios, personal laboral y estudiantes) en este seguro que les protege de los riesgos de contraer cualquier enfermedad, tanto a la persona afiliada como a su cónyuge e hijos menores de 21 años que no estén casados. La AMO proporciona en sí una atención médica general, tanto el servicio médico básico como el quirúrgico, la atención al seguimiento de los embarazos, parto y puerperio, atención óptica, bucodental y paramédica, de este modo como radiología y diagnósticos de imagen. Quedando excluido expresamente de este seguro los accidentes en el lugar de trabajo y las enfermedades profesionales que se rigen por su legislación específica (art. 7).

De forma que los trabajadores que pertenecen a las Cajas están cubiertos porque cotizan ambos (empresario y trabajador), exigiéndose en el caso del trabajador por cuenta ajena una cotización mínima de 55 días, en el periodo de 6 meses anteriores al tratamiento. La cobertura se extiende a:

- a) Cónyuge (si no tiene cobertura propia). En caso de divorcio, el ex-cónyuge de un asegurado si no tiene derecho propio a asistencia sanitaria, continúa recibiendo beneficios de AMO (Seguro de enfermedad obligatorio) solo durante 1 año.
- b) En caso de cese de actividad, el asegurado conserva el derecho a las prestaciones sanitarias por un plazo máximo de 6 meses.
- c) Hijos:
 - A cargo del asegurado, hasta 21 años.
 - Hijos hasta 26 años si cursan estudios superiores.
 - Hijos, sin límite de edad, con discapacidad física o psíquica y en la imposibilidad total, permanente y definitiva de ejercer una actividad remunerada.

Con respecto a la cobertura del coste de los medicamentos, el Estado cubre ampliamente a los trabajadores, entre el 70% y el 90% de los costos (dependiendo del tratamiento); el resto lo abona el paciente. En cambio, en España la fijación del porcentaje, si se encuentra activo, será según su renta, que varía del 40 al 60%, que es lo que paga el asalariado. Si es pensionistas según la renta paga el 10% el pensionista según la renta. En el caso de los perceptores de pensiones no contributivas y paradas de larga duración, la Seguridad Social cubre el 100% del medicamento.

El seguro médico básico cubre: la maternidad, los gastos médicos relacionados con los hijos menores de 21 años, el seguimiento de enfermedades crónicas, las pruebas diagnósticas, las radiografías, la hospitalización, las cirugías ambulatorias, los tratamientos dentales, ópticos y paramédicos, así como otros tratamientos médicos que figuran en su carta de servicios. La participación en el coste de estas prestaciones en especie varía según el régimen al que se supedita (ej.: en el sector privado se produce una cotización conjunta por sanidad entre el Estado y el trabajador que asciende al 4 %; mientras que los funcionarios cotizan por el 5%, distribuidos en partes iguales entre Estado y funcionario público).

2. Modalidad asistencial

Por su parte, las personas sin recursos tienen una cobertura médica asistencial cubierta por el RAMED, que se basa en los principios de asistencia social y solidaridad nacional en beneficio de los pobres. Esta tarjeta tiene una vigencia de 3 años. Si se es pobre (pobreza absoluta) la asistencia médica y farmacéutica es gratuita.

Pero si se concede por encontrarse en situación de vulnerabilidad (pobreza relativa) hay que abonar al año por la tarjeta (aproximadamente 12 euros) y lo máximo a abonar por hogar al año será de 60 euros, independientemente del número de miembros que componen la unidad familiar. En todo caso, para ser beneficiarios la ley diferencia entre los que se encuentran en áreas urbanas (a los que se tiene en cuenta su patrimonio y condiciones socioeconómicas) y los que se encuentran en áreas rurales. Los criterios que se siguen son: tener una renta anual por debajo de los mínimos y condiciones socioeconómicas de la familia (terrenos agrícolas explotados, ganado, material agrícola y transporte, medios de transporte personales, equipo telefónico y sanitario).

El propósito del Ejecutivo es que los doce mil beneficiarios actuales de esta asistencia social ramedistas pasen del sistema de asistencia médica del Sistema Nacional de Salud, a cargo de forma total o parcial del Estado de la asistencia médica, pero con la condición de que ésta sea practicada en los hospitales públicos y en los establecimientos sanitarios del Estado, al Seguro Médico del Sector Privado y financiarlo por la CNSS. El problema es que al no haber suficientes recursos financieros los tendrá que sufragar el Estado prácticamente en su totalidad.

C. Disfuncionalidad del sistema sanitario

Además de falta de recursos humanos y logísticos, existe una desigual distribución espacial de infraestructuras sanitarias, deficiente calidad médica en el sector público, etc. A lo que se debe añadir el hándicap al que se enfrenta el sector farmacéutico. En la actualidad se encuentran operativas unas 12.000 farmacias. El problema se agudiza entre el Estado y farmacias, con el Decreto que se dictó en 2014, sobre fijación de precios de los medicamentos, que se hizo precipitadamente sin hacer un estudio previo y que provocó que muchos medicamentos esenciales que tenían bajo precio desaparecieran y, a pesar de que se dijo que se iba a compensar a las farmacias, esta asignación hasta ahora nunca llegó y las farmacias consideran que esta fijación unilateral del Estado solo debe aplicarse a los medicamentos reembolsables por las Cajas y no con el resto. El problema se agudiza debido a que en Marruecos no existe una Agencia Nacional del Medicamento, ni tampoco ha ratificado su pertenencia a la Agencia Africana del Medicamento. Destacar que, al igual que en España, su regulación férrea impide que las farmacias puedan competir en márgenes y, de este modo, competir en los precios finales de los medicamentos. A lo que se suma el desabastecimiento de medicamentos sobre todo en las zonas rurales y sus elevados costes, sobre todo, para los que carecen de recursos y no son perceptores del RAMED.

V. LA PROTECCION A LA FAMILIA

A. Delimitación conceptual

La protección a la familia es aquella cuyo núcleo protector se incardina en la institución familiar¹¹, identificada en Marruecos con la familia nuclear en sentido estricto y que obedece a la aplicación del principio de igualdad de género, que se han ido introduciendo en su ordenamiento jurídico, tras la adquisición de compromisos internacionales que “son determinantes tanto para definir las líneas estratégicas de la política de igualdad de sexos, como para legitimarla y justificarla”¹². En todo caso, nos encontramos ante prestaciones disruptivas cuyas finalidades presentan similitudes pero que son diferentes. Una, protección familiar (como ocurre en el caso de maternidad). Otra, para realizar trámites legales y administrativos (sirva de paradigma la licencia por maternidad). En cualquiera de los casos, las prestaciones que realiza el legislador tienen como finalidad aliviar cargas familiares por la incorporación de un nuevo miembro a la familia y facilitar que los trabajadores continúen en su empleo y contribuyan al sostenimiento de los gastos del sistema derivados del nacimiento y cuidados del menor de edad en un periodo limitado. En este sentido, las prestaciones que protege el sistema son las siguientes: subsidio familiar, licencia por nacimiento, asignaciones diarias de maternidad y permiso de lactancia.

B. Tipologías

1. Subsidio familiar

Las asignaciones familiares se crearon en 2007. Son prestaciones basadas en el principio de la asistencia social, cuya finalidad es cubrir las necesidades económicas de los hogares que lo necesitan. Esta responsabilidad del sistema social le corresponde al empresario, que es quien debe sufragar íntegramente el importe de este subsidio. En realidad, se considera por el legislador como un complemento de ingresos y no una protección social de la infancia.

En cuanto al ámbito subjetivo, lo forman los trabajadores por cuenta ajena que realizan actividades sujetas al sistema de Seguridad Social que estén domiciliados en Marruecos independientemente de su nacionalidad y también lo forman los pensionistas, que también pueden recibir asignaciones familiares si sus hijos nacen antes del final del año siguiente a la fecha en que surta efecto la pensión.

Con respecto a los requisitos son:

11. Morgado Panadero, P.: *Políticas sociales para familias*, Comares, Granada, 2008, pp. 23-30.

12. Boukaich, K.: “Situación jurídica de la mujer trabajadora en la legislación marroquí: Aspectos laborales y de Seguridad Social”, *Revista de Estudios Jurídicos*, núm. 15, 2015, p. 5.

- Justificar 108 días consecutivos o no consecutivos de cotización durante el período de 6 meses de la afiliación.
- Justificar el salario mensual cuyo importe será fijado por decreto dictado a propuesta del Ministro de Trabajo y del de Hacienda, en el que se determina que dicho importe, mínimo debe ser mayor o igual al 60% del Salario Mínimo en el Sector de la Industria, Comercio y Profesiones Liberales fijado en 290€/mes [288,35 €/mes], es decir, debe cobrar por lo menos 175 €/mes aproximadamente; (o 60% del Salario Agrícola- Pesquero que es de 213 €/mes, aproximadamente [212,97 €/mes]). Es decir, debe cobrar como mínimo 128 €.

Los niños no deben tener más de:

- 12 años para personas a cargo que residen en Marruecos.
- 18 años para niños que se encuentren estudiando.
- 21 años para los hijos que hayan obtenido el bachillerato y continúen sus estudios superiores en Marruecos o en el extranjero.

No hay límite de edad para los niños con discapacidades y sin ingresos estables. Si bien, deberá acreditarse en el caso de movilidad reducida una copia del expediente de reconocimiento de persona con necesidades especiales. Asimismo, se debe presentar una solicitud declarando los ingresos que percibe la unidad familiar para cada hijo mayor de 21 años, agregando un certificado de la renta imponible global del solicitante. Este certificado lo solicita el tutor, pero debe ser emitido por las autoridades competentes. Asimismo, el expediente debe acompañarse de una declaración jurada en la que se especifique que el solicitante de los servicios no tiene ingresos suficientes para satisfacer las necesidades de su hijo. La declaración también debe especificar el tipo de discapacidad del menor (si se da esta circunstancia). En algunos casos, puede solicitarse un certificado de la base imponible global del hijo con necesidades especiales.

Por cada hijo a cargo y hasta 6 hijos, la CNSS, según dispone el artículo 40 de la Ley de Seguridad Social de 1972, abona las siguientes cuantías familiares mensuales:

- Para los primeros 3 niños, aproximadamente 28 €.
- Y a partir del 4 al 6 incluido, aproximadamente 3,50 € por niño.
- Es decir, lo máximo a cobrar al mes de asignación por hijo a cargo con 6 hijos (si se tienen más hijos no se cobra la asignación por los mismos) es de 38,50 €¹³.

Con respecto a los funcionarios aquí se da una metamorfosis, ya que hasta el 1 de julio de 2019 cobraban igual por todos los hijos y en la actualidad están equiparados

13. El Decreto nº 2-19-750 de 29 de agosto de 2019, modifica el Decreto nº 2-08-358 de 5 de 9 de julio de 2008, que fijaba el importe de la ley familiar otorgada por la CNSS, publicado en BORM nº 6808 del 31 de agosto de 2019, aprueba el aumento en el monto de las asignaciones familiares de 200 a 300 dirhams por cada hijo dentro de un límite de 3 hijos.

a los trabajadores encuadrados en el ámbito subjetivo de la CNSS. Pero, paradójicamente, los funcionarios no están sujetos a los límites que marca la ley, al Salario Mínimo, como sí lo están, en cambio, los trabajadores por cuenta ajena. Para ambos grupos, cuando ambos cónyuges estén asegurados y cumplan los requisitos para ser titulares de este derecho, estas se pagan exclusivamente al marido. En caso de divorcio, son en todos los casos, a cargo de la persona que tenga la custodia de los hijos. En todo caso, obviamente, las asignaciones familiares no podrán pagarse dos veces a favor del mismo niño.

Con respecto al requisito documental, el beneficiario de esta prestación debe aportar para su reconocimiento la partida de nacimiento ante la Caja donde se encuentre asegurado el trabajador en el plazo de los 6 meses siguientes al nacimiento del niño. Si el expediente llega a la Caja de forma extemporánea, el pago de las asignaciones sólo cubrirá el período de 6 meses *ex nunc* anteriores a la fecha de presentación de la partida de nacimiento ante la misma.

En caso de fraude u omisión en la declaración, el trabajador está obligado a la devolución de las cantidades indebidamente percibidas y al pago de una sanción económica. El trabajador deberá comunicar a la Caja cualquier variación de datos en la situación del menor como fin de la escolaridad, extensión en estudios de posgrado, entrar o dejar de aprender y muerte del niño.

A partir de 2022 está previsto que las familias vulnerables vayan a cobrar 28€/mes por cada hijo a cargo, pero aún no se ha puesto en práctica. Figura su implantación entre las prioridades del Proyecto de Ley de Finanzas 2023 (PLF 2023), pero aún no se ha aprobado, cuyo costo estimado es de 14.000 millones (sanidad) y 20.000 millones de dirhams, es decir, el 45% del presupuesto total (asignaciones familiares), que se ha asignado con cargo del Fondo de Compensación, sin obviar que antes de asignar los fondos habrá que cuantificar la población beneficiaría. Por este motivo, en la Ley del Proyecto de Presupuesto del Estado se deberá crear previamente el Registro Social Unificado (RSU), principal mecanismo para conceder estas ayudas y garantizar su eficacia. Así, el gobierno ha hecho de la aceleración de la implementación de este mecanismo una prioridad. De este modo, se pretende reducir la pobreza y la vulnerabilidad de la población marroquí, especialmente los niños, pero desde mi punto de vista, con estas ayudas tan exiguas no se va a lograr eliminar la pobreza social y las desigualdades estructurales que afectan a una parte importante de su población, sobre todo a la más vulnerable, por lo que resulta imprescindible realizar una revaloración urgente de su importe¹⁴.

2. Licencia por nacimiento

El subsidio de licencia por nacimiento, según establece el art. 269 del Código del Trabajo, es un beneficio cuyo objetivo es conseguir un mayor equilibrio entre la vida

14. Masmoudi, K.: "Asignaciones familiares: Podrían revisarse las condiciones para su concesión", *L'economiste*, 12 de noviembre de 2022. Disponible en <https://www.leconomiste.com/article/1022082-allocations-familiales-les-conditions-d-octroi-pourraient-etre-revues>.

profesional y la vida privada de los empleados. Estos últimos pueden conciliar mejor su vida con la de sus esposas permaneciendo junto al recién nacido durante estos primeros días. Esta extensión responde al principio de corresponsabilidad que se menciona cada vez más a nivel familiar en Marruecos. Debe abonarse esta indemnización al trabajador varón cada vez que se produce un parto de la asegurada y este reconoce al hijo al solicitar el acto de inscripción en el Registro Civil (*Istilhaq*). El subsidio tiene una duración de 3 días de licencia (en el caso de trabajador por cuenta ajena) y al abono económico de la cantidad que percibiría por esos 3 días de trabajo, con el límite de 65 € por esos 3 días.

Con respecto a los requisitos exigidos, el empleado debe encontrarse en activo y dado de alta en la Seguridad Social y tiene 30 días posteriores al nacimiento para solicitarlo. Con motivo de cada nacimiento que se produzca en el domicilio de un trabajador asegurado de la CNSS, éste tiene derecho a una licencia de 3 días pagadas por su empleador. En ningún caso el empresario puede negar la licencia de paternidad a su trabajador. Por el contrario, un trabajador que se niegue a tomar la licencia de paternidad no debe informar a su empresario del nacimiento de su hijo. Pero, en el caso de que el empleador tenga conocimiento del nacimiento, debe imponer la licencia de paternidad a su trabajador para no ser sancionado. De hecho, el trabajador puede demandar al empleador ante la Inspección del Trabajo. Así, para protegerse de posibles acusaciones, el empleador está obligado a obligar a su empleado a hacer uso de su permiso de paternidad.

Estos tres días pueden ser continuos o discontinuos, previo acuerdo entre ambos, pero deben estar comprendidos en el período de un mes a partir de la fecha del nacimiento. En caso de que el nacimiento se produzca durante el período de descanso del trabajador, como consecuencia de vacaciones anuales retribuidas, enfermedad o accidente de cualquier tipo, dicho período se prorrogará en tres días.

El trabajador tiene derecho durante los tres días de licencia a una indemnización equivalente a la remuneración que hubiera percibido si hubiera permanecido en su puesto. Esta compensación es pagada al trabajador por el empleador, durante el pago inmediatamente siguiente a la presentación por éste del certificado de nacimiento expedido por el Registro Civil. El empresario es reembolsado de la indemnización por la CNSS, dentro del límite del importe de las cotizaciones mensuales. Para beneficiarse de pago delegado, el empresario debe proporcionar los documentos justificativos, a saber: una copia del CIN del empleado en cuestión y un extracto del certificado de nacimiento del hijo del trabajador, disponiendo de treinta días para remitir la partida de nacimiento a la CNSS para que proceda al reintegro del importe de lo abonado por dicha licencia al empresario que adelanto su pago. Cabe recordar que el disfrute del permiso de esos tres días debe realizarse durante el mes siguiente a la inmatriculación del menor. A esto debe sumarse la posibilidad de ampliación de esta licencia en caso de que el padre no hubiera disfrutado de vacaciones aún o se encontrase en dicho periodo, las prorrogue por el periodo de tres días a los que tiene derecho por su paternidad. Aun así, debe notificarlo a su empleador y llegar a un acuerdo con este.

Adicionalmente a lo anterior, se corrobora por el hecho de que, según dispone el artículo 278 del Código del Trabajo, todo empresario está obligado a conceder a sus trabajadores licencias para los eventos familiares (por ejemplo, para circuncisión, dos días de ausencia en el trabajo sin derecho a remuneración por los mismos). Su incumplimiento es sancionable con multa de 300 a 500 dhs multiplicada por el número de trabajadores. Sin embargo, la multa tiene un tope de 20.000 dirhams. El problema de nuevo son los trabajadores que trabajan en la económica informal y los inmigrantes, que al no cotizar carecen de este derecho. Pero además estos últimos, si bien, al igual que el resto de personas que viven en Marruecos disponen de 30 días naturales para proceder al registro del menor según dispone la Ley 37-99 sobre el Estado Civil en sus artículos 20 y siguientes, muchos inmigrantes se niegan a realizar dicha inscripción, porque creen que Marruecos no es su destino final, privando así a sus hijos de la identidad oficial y del acceso a ciertos derechos que son accesibles para ellos (convirtiéndolos en apátridas) independientemente del estado de sus padres, como la educación y el cuidado de los niños y salud.

Por lo tanto, hay muchos casos de niños no registrados que requieren regularización a través de un proceso judicial, proceso que es difícil de llevar a cabo sin el apoyo de la progenitora inmigrante. También cabe mencionar la obligación de la madre soltera de elegir para su hijo un nombre musulmán, aunque sea de otra fe, lo que constituye una violación del derecho a la libertad religiosa, garantizado por la Constitución marroquí en su art.3, en el que, si bien proclama que el Islam es la religión del Estado, se compromete a garantizar la libertad de culto.

De otra parte, los funcionarios disfrutan de un tratamiento privilegiado en relación a esta licencia desde el 13 de julio de 2022. La Ley nº.30.22 (BORM 1444), modifica el Decreto nº 1.58.008 sobre el Estatuto de la Función Pública, en concreto, los artículos 38, 39 y 46, estableciendo nuevas disposiciones que permiten a un funcionario (varón) que acaba de tener un hijo recién nacido pueda beneficiarse de una licencia retribuida de 15 días naturales por nacimiento (en lugar de los 3 que se establecía con anterioridad).

3. Asignaciones diarias de maternidad

Las trabajadoras que interrumpen el trabajo remunerado a causa de la maternidad tienen derecho a una asignación diaria durante 14 semanas.

Los requisitos que debe cumplir en caso de ser trabajadora por cuenta ajena son:

- Encontrarse registradas en la CNSS.
- Justificar al menos 54 días de cotizaciones durante los últimos 10 meses de alta anteriores a la fecha de baja por parte de embarazo.
- Tiene la obligación de preavisar del parto al CNSS 30 días antes del mismo y debe disfrutarlo en los 9 meses siguientes a la fecha de la baja por maternidad o que le sea reconocida la *kafala* (adopción). En todo caso, se beneficiará de

un permiso retribuido de 14 semanas, de conformidad con los textos legislativos y reglamentarios vigentes.

De conformidad con el artículo 154 CT, la suspensión del contrato de trabajo comienza siete semanas antes de la fecha presuntamente del parto y termina siete semanas después de la fecha del parto. Pero si existe un estado patológico, acreditado mediante certificado médico, como consecuencia del embarazo o del parto que requieran su prolongación, se aumenta el período de suspensión del contrato, en cuyo caso, el permiso de maternidad se incrementa en la duración de dicho estado patológico. En caso contrario, puede exceder de ocho semanas, debiendo acreditarse dichas circunstancias médicas según dispone el artículo 155 CT, por certificado médico con acuse de recibo, el motivo de su ausencia y la fecha en la que pretende reincorporarse al trabajo. De igual modo, deberá hacerlo en caso de que el parto se produzca antes de la fecha prevista.

Una vez finalizado el plazo de suspensión del contrato de 14 semanas por maternidad, la trabajadora puede prolongar quince días más el periodo de suspensión del trabajo, siempre y cuando notifique su voluntad al empresario, antes de que finalice el periodo de licencia por maternidad. En este caso, la suspensión del contrato no podrá exceder de noventa días. Si bien, podrá encontrarse en periodo de suspensión hasta un año, pero sin remuneración para atender al cuidado de hijo.

Ahora bien, si la madre decide no volver a reincorporarse al trabajo tras el periodo de suspensión legal, deberá preavisar al empresario en el periodo de 15 días anteriores a finalizar la suspensión de maternidad. De forma que si no lo hace deberá indemnizar al empresario por esta falta tipificada como grave y será causa de despido.

Con respecto a la cuantía del subsidio de maternidad es del 100% del salario medio diario percibido durante los últimos 6 meses anteriores a la baja por maternidad.

En el caso de que la trabajadora sea funcionaria, en activo o en prácticas, tiene derecho a una licencia de maternidad retribuida por un período igual al previsto en la legislación de Seguridad Social. La duración del subsidio se puede modificar en función de que se trate hasta el segundo hijo o que se trate a partir del tercero.

Así, en el caso de ser el primer o segundo hijo la duración del permiso por maternidad es:

- Prenatal: 6 semanas antes de la fecha prevista de parto.
- Postnatal: 10 semanas después de la fecha del parto.

En cambio, si se trata del tercer hijo o más, si la funcionaria ya asume la responsabilidad de al menos 2 hijos o la persona interesada ya ha dado a luz a 2 hijos nacidos vivos:

- Permiso prenatal: 8 semanas.
- Permiso postnatal: 18 semanas.

El período de licencia prenatal se puede aumentar en dos semanas; en este caso, el período posnatal se reduce en consecuencia.

En el caso de nacimientos múltiples:

- Si se trata de embarazo de gemelos: el permiso de maternidad reglamentaria comienza 12 semanas antes de la fecha prevista del parto y finaliza 22 semanas después de la fecha del parto, es decir, 34 semanas. El período prenatal se puede aumentar en un máximo de 4 semanas. El período posnatal se reduce en consecuencia.
- En el caso de embarazo de trillizos o más, el permiso de maternidad comienza 24 semanas antes de la fecha prevista del parto y finaliza 22 semanas después de la fecha del parto, es decir, 46 semanas.

Sin embargo, desde la implementación de la Ley n° 2007-293, de 5 de marzo de 2007, que reforma la protección del niño, la duración de la licencia de maternidad se ha flexibilizado. En el sentido de que la duración de la licencia prenatal puede reducirse, a petición de la funcionaria, por prescripción médica, dentro del límite de tres semanas. En consecuencia, la duración del período posnatal aumenta.

No obstante, en caso de prescripción de un paro del trabajo durante el período anterior a la fecha presunta del parto por el cual la funcionaria haya solicitado la prórroga, se cancelará dicha prórroga y la licencia prenatal, comenzando a contar desde el primer día de la interrupción del trabajo hasta la fecha de entrega. De modo que el período inicialmente aplazado a la licencia posnatal se reduce.

Estas disposiciones se aplican a todas las licencias de maternidad. La empleada pública embarazada de mellizos o de un hijo de rango 3 o más, conserva la posibilidad de optar por la opción contraria.

En casos excepcionales se puede conceder una baja por embarazo patológico de un máximo de 2 semanas. Este subsidio adicional ha de deberse a una condición médica resultante del embarazo y precisa la expedición de un certificado médico. Además, en el caso de que este embarazo esté vinculado a la exposición intrauterina, y así se reconozca por el médico de la Caja, la empleada podrá disfrutar desde el primer día de su suspensión laboral, en las condiciones previstas por el Decreto n° 2010-745 de 1 de julio de 2010. De otra parte, si el nacimiento se retrasa, el período entre la fecha presunta y la fecha real del nacimiento se suma al período de licencia por maternidad. Cuando el parto es prematuro, el período de licencia prenatal no disfrutado se suma a la licencia posnatal.

En caso de que el niño haya permanecido hospitalizado hasta la expiración de la sexta semana siguiente al parto, la madre podrá solicitar el aplazamiento, hasta la fecha de finalización de la hospitalización del niño, de todo o parte del período de permiso al que todavía tiene derecho y no ha disfrutado.

Desde la implementación de la Ley n° 2006-340 del 23 de marzo de 2006, sobre igualdad de remuneración entre mujeres y hombres, cuando el parto se produce más de seis semanas antes de la fecha inicialmente prevista y requiere la hospitalización

posnatal del niño, la madre se beneficia de un período adicional de licencia de maternidad igual al número de días entre la fecha real del parto y el comienzo de la licencia prenatal.

A lo que se suma que, si el recién nacido permanece hospitalizado más allá de la sexta semana después del parto, la madre también puede beneficiarse de la posibilidad de aplazar hasta la fecha de finalización de la hospitalización, en las condiciones habituales, la totalidad o parte del permiso de maternidad al que pueda acogerse. Sin embargo, sólo puede solicitar beneficiarse de este aplazamiento después de haber tomado el período adicional de permiso.

Dato a destacar es que, si la madre fallece durante el parto o durante la licencia postnatal, el padre tiene derecho a beneficiarse del período de licencia postnatal no utilizado por la madre. Esto no se aplicará al período adicional de permiso.

Durante el embarazo, el médico preventivo puede proponer ajustes temporales en el puesto de trabajo o en las condiciones de trabajo.

En caso de incompatibilidad entre el embarazo y las funciones, es posible un cambio temporal de destino con mantenimiento de las prestaciones pecuniarias por consejo del médico preventivo y a petición del apoderado.

La licencia de maternidad se asimila a un período de actividad para los derechos de pensión y se tiene en cuenta para la promoción y formación profesional.

En el caso de que la trabajadora funcionaria tenga concertado un contrato a tiempo parcial con la Administración Pública, este pasa a tiempo completo y recibe salario completo. Mientras se encuentre en esta situación, el permiso por maternidad se prolonga para el sustituto dentro de los límites establecidos por el Decreto nº 94-874 de 7 de octubre de 1994. El establecimiento surte efecto al término de la duración legal de las prácticas sin tener en cuenta la prórroga por maternidad.

Al final de su permiso, la funcionaria es reasignada automáticamente en su trabajo anterior. En caso de que no se le pueda ofrecer, se le asigna un puesto equivalente, el más cercano a su último lugar de trabajo.

Para beneficiarse de todos los servicios legales y del reembolso de los exámenes prenatales obligatorios, la funcionaria debe aportar la siguiente documentación:

- Tener su embarazo certificado médicamente antes del final del tercer mes.
- Enviar una declaración de embarazo antes de que finalice el cuarto mes de embarazo (se materializa en una hoja rosa que debe entregar a la caja del seguro primario de salud y las dos hojas azules a la caja de asignación familiar).

Asimismo, las funcionarias se benefician de una autorización de ausencia de derecho a acudir a los reconocimientos médicos preceptivos antes o después del parto: 1/2 día si no pueden realizarse fuera del horario de atención.

En su defecto, cabe la adaptación de jornada para embarazadas que cumplan los siguientes requisitos: 1 hora/día máximo a partir del tercer mes de embarazo, siempre que el médico preventivo así lo decida, teniendo en cuenta las exigencias de las jornadas de trabajo.

Con respecto a las sesiones preparatorias al parto: si no pueden realizarse fuera del horario laboral, los jefes de servicio podrán conceder excedencias previa indicación del médico preventivo y, previa documentación acreditativa, tendrá derecho a lactancia 1 hora/día como máximo a tomar en 2 cuotas, cuando el lugar de cuidado infantil esté integrado en la estructura laboral. Se pueden otorgar facilidades de servicio a las madres por la cercanía del lugar donde se encuentra el niño (guardería o casa de un familiar, etc.).

En resumen, las diferencias más relevantes entre permiso de maternidad y permiso de paternidad son en cuanto a su duración, flexibilidad y abono. En relación a la primera, duración de la licencia, se reconoce el derecho a 17 semanas de licencia de maternidad *versus* 3 días de licencia de paternidad en el sector privado o 15 días de licencia de paternidad en el sector público. Con respecto a la segunda, se presta mayor flexibilidad al permiso de maternidad que al de paternidad. Así, la madre trabajadora puede iniciar su licencia de maternidad antes de dar a luz. En cambio, la licencia de paternidad, en cambio, no puede comenzar antes del parto, sino sólo después del mismo, presentando un certificado de nacimiento. Y, en tercer lugar, la trabajadora podría extender su licencia de maternidad simplemente informando al empresario. Por el contrario, el trabajador en licencia de paternidad no tiene derecho a prorrogar su licencia, a no ser que obtenga el consentimiento del empresario de deducir ese exceso de licencia del periodo de vacaciones anuales. Finalmente, también cabe recordar que la licencia de maternidad la paga únicamente la CNSS, mientras que la licencia de paternidad la paga el trabajador. En definitiva, la Ley sobre el permiso de paternidad pretende contribuir a la promoción de los derechos de los trabajadores y trabajadoras, así como a la conciliación de la vida profesional y privada, de acuerdo con el principio de corresponsabilidad en el que se basa la familia marroquí y con el contenido del Convenio Internacional núm. 183.

4. Permiso de lactancia

Cuando la mujer trabajadora se reincorpora a su puesto de trabajo tiene derecho a 2 pausas de 30 minutos diarios durante la jornada para alimentar al menor. Ambas pausas no se pueden acumular ni salir antes del trabajo, salvo acuerdo con el empresario o que figure en el convenio colectivo. La vigencia de este permiso es de 12 meses.

Asimismo, una funcionaria que ha dado a luz a un hijo que esté a cargo de ésta en el marco de la *kafala* se beneficiará de una autorización de lactancia fijada en una hora al día a partir de la expiración del permiso de maternidad o *kafala* hasta que el recién nacido a cargo alcance la edad de 24 meses, en lugar de los 18 meses que se concedían con anterioridad, en virtud de la reforma operada por la Ley núm. 30.22, que modifica el Decreto nº 1.58.008 sobre el Estatuto de la Función Pública, en concreto, los artículos 38, 39 y 46.

De otra parte, se está debatiendo el proyecto de ley que modifica y completa los arts. 161 y 269 de la Ley N°.65-99 del Código de Trabajo (promulgado por Dahir n°. 1-03-194 de 11 de septiembre de 2003). En la reforma de este artículo 161 CT, sobre el descanso relativo a la lactancia, aumentándolo a veinticuatro meses (en lugar de los doce previstos por la actual texto), el período posterior a la reincorporación al trabajo después del parto, durante el cual la madre trabajadora tiene derecho diariamente, a amamantar a su hijo, conlleva un descanso especial, retribuido como tiempo de trabajo, de una parte y fijándose este descanso en una hora diaria completa (en lugar de media hora por la mañana y media hora por la tarde, según el texto vigente).

VI. CONCLUSIONES

En esta investigación nos hemos centrado en las reformas institucionales en la gestión, así como en la asistencia sanitaria y protección a la familia circunscrita a los trabajadores por cuenta ajena y funcionarios públicos.

Para ello, resulta obligado contextualizar el modelo de protección social en Marruecos¹⁵, que tiene una articulación dual (contribuidad y asistencialidad social), lo cual provoca una configuración heterogénea de regímenes que se sintetiza en una protección bicéfala –privada y pública–, cuya gestión y administración viene atribuida a Cajas Gestoras diferentes: Caja Nacional de la Seguridad Social para el sector privado y Caja Nacional de Organización de la Previsión Social para el sector público, y que se fragmentan a su vez en regímenes de previsión complementarios (obligatorios y facultativos). Esta disociación en su configuración organizativa, con un claro corte gerencial, genera disfuncionalidades y desigualdades en la tutela de los derechos sociales como son: falta de integración en la formulación de políticas públicas, ineficiencia en la gestión, diferencias en intensidad, requisitos y contenido de las prestaciones, desajustes financieros, opacidad en los presupuestos de Seguridad Social (que no son públicos), etc., y que se complican aún más debido a la falta de descentralización territorial que existe *de facto*.

Ante estas carencias, el sistema institucional ha realizado reformas necesarias. Las más importantes, desde mi punto de vista, son el registro social unificado y un sistema común de información para conocer realmente cuál es el ámbito subjetivo de sujetos que integran el sistema, tanto cotizantes como personas que precisan asistencia social y componen, tanto potencialmente y como exponencialmente, los grupos vulnerables que están dentro del sistema o fuera del mismo y, por tanto, no contabilizados, así como facilitarles la información sobre sus derechos a los ciudadanos en materia de protección social que un importante segmento de la población desconoce.

En este contexto, la pandemia ha evidenciado las profundas desigualdades que existen en la dispensación de protección social y la necesidad de reformas estructurales necesarias que hay que llevar a cabo, lo cual no es posible si no se realizan los

15. Burgos Goye, M. C.: *La protección social en Marruecos*, Aranzadi, Navarra, 2020, pp. 66-146.

correspondientes cambios institucionales, organizativos y de gestión. Por este motivo, estos objetivos pretenden ser subsanados mediante la Ley Marco nº 9 de 2021 sobre Protección Social, que ha supuesto la puesta en marcha de una necesaria reforma paramétrica y la identificación de los valores actuariales necesarios para lograr la universalización de la prestación a corto plazo.

Con respecto a la asistencia sanitaria, debido a sus carencias, ha sido la primera cuestión que aborda la Ley Marco, sin embargo, aún no se ha implantado su universalidad, lo cual no resulta viable sino se acelera la regionalización de la oferta de atención (por ejemplo, mediante la creación de grupo de territoriales de salud, servicios médicos territoriales, dotación presupuestaria a nivel regional, favorecer su cooperación, etc.). Sin obviar la necesaria participación del Estado, que debe identificar las necesidades de los ciudadanos, adaptando las infraestructuras y equipamiento de cada región, en particular, en la distribución de las inversiones, como su fiscalización. Asimismo, ha de controlar la necesidad de mejorar la atención sanitaria, que se presta de forma desigual, deficitaria, de baja calidad y que menos aún cubre las necesidades de la totalidad de los ciudadanos. A lo que se suma la desigual distribución de financiación entre el sector público y privado, y sobre todo en este último, donde la mayor carga financiera recae en el trabajador, al que le sigue el empresario, siendo el Estado el que menos aporta al sistema contributivo sanitario. Igualmente, este debe enfocarse en otros objetivos hasta ahora tratados de forma tangencial, como la educación sanitaria y la prevención. En este sentido, el proyecto de Ley Marco nº 06-22, relativo al Sistema Nacional de Salud, tiene como finalidad fundamental reformar este sector desde un enfoque multidimensional, articulando su actuación en los siguientes pilares: buena gobernanza, desarrollo de los recursos humanos, mejora de la oferta sanitaria y digitalización. Sin embargo, hasta el momento, no se ha ejecutado ninguna de estas reformas por lo que no se puede evaluar su eficacia y efectos hasta su implantación real.

De otra parte, con respecto a las prestaciones familiares, que actúan más como un complemento de ingresos que realmente como protección a la infancia, aunque en realidad esta debería ser su naturaleza, es donde se visibilizan las notables diferencias que existen entre la cuantía y duración según se trate de un trabajador por cuenta ajena o de un funcionario público (sirva de paradigma la licencia de maternidad que es de 3 días para los primeros, mientras que los segundos la pueden disfrutar durante 15 días naturales siguientes al nacimiento del hijo o su adopción).

En síntesis, la superación de estos desafíos exige una transformación y reformulación de políticas sociales que se materialicen en leyes y que se apliquen y ejecuten. Asimismo, para conseguir la cohesión social y la sostenibilidad financiera, es preciso la colaboración y una mayor implicación de todos los actores tanto públicos como privados y solo de esta forma podrá lograrse la universalización y generalización del sistema de protección social y conseguir implantar, como primer paso, un mínimo de pensión garantizado que *de lege ferenda* de forma cortoplacista se espera y necesita su puesta en marcha como objetivo prioritario para la efectiva tutela jurídico-social de sus ciudadanos.

Bibliografía

- Boukaich, K.: "Situación jurídica de la mujer trabajadora en la legislación marroquí: Aspectos Laborales y de Seguridad Social", *Revista de Estudios Jurídicos*, núm. 15, 2015. DOI: <https://doi.org/10.17561/rej.v0i15.3154>.
- Burgos Goye, M. C.: *La protección social en Marruecos*, Aranzadi, Navarra, 2020.
- Esping-Andersen, G.: *Fundamentos sociales de las economías posindustriales*, Oxford Academic, Oxford, 1999.
- Fassin, D.; Morice, A. y Quiminal. C. (dirs.): *Les Lois de l'inhospitalité. Les Politiques de l'immigration à l'épreuve del sans -papiers*, La Découverte, Paris, 1997.
- Morgado Panadero, P.: *Políticas sociales para familias*, Comares, Granada, 2008.
- Ruiz Miguel, C.: *La Constitución Marroquí de 2011. Análisis crítico*, Dykinson, Madrid, 2012.