

2016

El Sector Sanitario en Marruecos - 2016

Análisis del Sector Sanitario en Marruecos y su influencia en la economía del país. Perspectivas de futuro y oportunidades de inversión.



Elaborado por Anna Pałasińska

Marzo 2016

PROEXCA
para Canarias



1. RESUMEN EJECUTIVO.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1 Presentación del país	5
2.2 Sistema político y la Nueva Constitución	5
2.3 Demografía.....	6
2.4 Economía.....	6
2.5 Características socio-culturales.....	7
3. PANORAMA DEL SECTOR SANITARIO	8
3.1 Gasto en sanidad.....	8
3.2 Perfil epidemiológico.....	10
3.3 Organización administrativa del sector público.....	11
3.3.1 Sistema de cobertura	12
3.3.2 Entidades gestoras	13
3.3.3 Infraestructura	14
3.3.4 Red de servicios públicos	14
3.3.5 Personal médico.....	17
3.4 Oferta privada	17
3.4.1 Entidades gestoras privadas.....	17
3.4.2 Infraestructura y personal médico.....	18
3.4.3 Personal médico.....	19
3.4.4 Perfil del usuario de servicios sanitarios privados	19
3.5 Distribución geográfica y principales mercados	21
3.5.1 Distribución geográfica	21
3.5.2 Principales mercados	21
3.6 Precios y los aspectos prácticos relacionados con el pago.	22
3.7 Diagnóstico del sector sanitario de Marruecos. Análisis DAFO.	24
4. ACCESO AL MERCADO - BARRERAS	25
4.1 Barreras legales.....	25
4.1.1 Apertura de clínicas.....	25
4.1.2 Ejercicio de la medicina.....	27
4.2 Fiscalidad e incentivos.....	28
4.2.1 Fiscalidad.....	28

4.2.2 Incentivos	28
4.2.3 Costes de establecimiento.	29
5. PERSPECTIVAS	29
6. OPORTUNIDADES.....	30
6.1 Oportunidades comerciales	30
6.1.1 Infraestructuras hospitalarias	30
6.1.2 Prestación de servicios.....	30
6.1.3 Equipamiento e insumos.....	31
6.2 Inversión.....	31
6.2.1 Apertura de clínica privada.	31
6.2.2 Partenariado Público - Privado (PPP)	32
7. OPORTUNIDADES PARA CANARIAS.....	33
7.1 Turismo de salud en Canarias	33
7.2 Conexiones aéreas.	35
8. CONCLUSIONES.....	37
9. INFORMACIÓN ÚTIL	38
10. BIBLIOGRAFÍA.....	38

1. RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de este estudio es servir de guía introductoria, principalmente para las empresas canarias del sector que se estén planteando invertir, describiendo el panorama general de la sanidad en Marruecos, mostrando las principales barreras de acceso y posibles formas de superarlas y por último señalando las oportunidades de negocio que ofrecen los servicios sanitarios del país para Canarias.

El sector hospitalario en Marruecos está formado por un entramado de establecimientos públicos y privados de diversos tamaños, desde pequeñas consultas particulares y centros de salud públicos hasta grandes hospitales universitarios que dan servicio a regiones enteras. Además, debido al sistema de cobertura sanitaria del país, existe una compleja interrelación entre el sector público y privado.

Tradicionalmente, Marruecos ha sido un país en el que la inversión hospitalaria era un terreno prácticamente vedado para las sociedades mercantiles, pero, tras la publicación en febrero de 2015 de la ley 131-13, se elimina la obligatoriedad de que la propiedad de los centros sanitarios corresponda a un médico o grupo de médicos, contemplándose por primera vez la posibilidad de que las sociedades mercantiles - nacionales o extranjeras - puedan ser titulares y gestores (excepto lo referente a dirección médica) de clínicas y hospitales. Una de las principales metas de este estudio es el de transmitir una imagen clara de la situación del sector tras los últimos cambios legislativos.

En este informe, en primer lugar se presenta la perspectiva general del país: los aspectos demográficos, políticos, económicos y características socio-culturales. En segundo lugar se describe el panorama del sector hospitalario, tanto público como privado: el gasto, el perfil epidemiológico del país, la organización, la oferta, distribución geográfica de los servicios y un análisis DAFO. Posteriormente, se analizan las barreras, la fiscalidad e incentivos para el acceso al mercado. Finalmente se contemplan las perspectivas y oportunidades, comerciales y de inversión en el sector, tanto a nivel nacional como para Canarias.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Presentación del país

Marruecos es un país que se diferencia por su estabilidad política dentro del contexto del continente africano. La monarquía y la consolidación de las instituciones democráticas juegan un rol importante como factor diferenciador. La monarquía es constitucional, democrática, parlamentaria y social, dirigida por el Rey Mohammed VI desde julio de 1999. Desde esta fecha se ha llevado a cabo un proceso de apertura comercial y de avances en las libertades públicas y los derechos humanos.

El país es miembro de la Liga Árabe, Unión del Magreb Árabe, la Francofonía, la Organización de la Conferencia Islámica, la Unión por el Mediterráneo, el Grupo de los 77 y es también un aliado importante no-OTAN. Además, cuenta con el apoyo internacional debido a las relaciones con el mundo occidental (Unión Europea, Estados Unidos y Canadá). Por eso, es importante señalar el soporte financiero a Marruecos por parte de distintos organismos internacionales (Unión Europea, Banco Europeo de Inversiones, Banco Mundial, Banco Africano de Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, etc.).

En abril de 2014, el Grupo Banco Mundial presentó la nueva Estrategia de Partenariado con el País (*Country Partnership Strategy*) para Marruecos 2014-2017. La estrategia se basa en amplias consultas llevadas a cabo con los representantes del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y otros actores claves de desarrollo. El nuevo marco se centra en tres áreas estratégicas: promoción de un crecimiento competitivo e inclusivo, construcción de un futuro verde y resistente y fortalecimiento de la gobernabilidad y de las instituciones para mejorar la prestación de servicios a todos los ciudadanos. Género, juventud, voz y participación social han sido también temas principales abordados en esta estrategia¹.

2.2 Sistema político y la Nueva Constitución

El Rey dispone del poder ejecutivo, es el Jefe del Estado, el Jefe Supremo de las Fuerzas Armadas y se le reconoce el título de Amir al-Mu'minin (Comendador de los Creyentes). También nombra al Jefe del Gobierno, actualmente Abdelilah Benkiran, quien junto con el Gobierno responde políticamente ante la Cámara de Representantes mediante la moción de censura y de confianza.

El Parlamento de Marruecos dispone de dos cámaras: la Cámara de Representantes y la Cámara de Consejeros. Al parlamento corresponde el poder legislativo y el control del gobierno. La Cámara de Representantes es elegida por sufragio universal, libre, directo y secreto entre todos los ciudadanos inscritos en el censo por un período de cinco años. La Cámara de Consejeros es una cámara de segunda lectura o cámara alta que representa a las regiones y municipios de Marruecos por un sistema de representación de segundo grado.

¹ Banco Mundial. Morocco: Country Partnership Strategy 2014-2015.

A partir de julio de 2011, ante el fenómeno de la primavera árabe, se aprueba una nueva constitución, donde por primera vez se reconocen las libertades básicas y los derechos fundamentales a la cobertura médica, una educación pública, trabajo y libertad, entre otros. Los aportes sustanciales también fueron: la reducción de los poderes del Rey, el reforzamiento de la posición del Jefe del Gobierno, una cámara alta con vocación de cámara regional y posibilidad de elección libre de los consejos regionales y locales con cierto grado de autonomía.

La administración marroquí es descentralizada y después de la última reforma, en el año 2015, cuenta actualmente con 12 regiones (con un total de 75 provincias y prefecturas). Cada región está dirigida por un "Wali" y por el Consejo Regional elegido por sufragio universal directo. Dicho Consejo elige la Asamblea, responsable de gobernar democráticamente siguiendo la legislación vigente.

2.3 Demografía

La población total de Marruecos es de 33.848.242 habitantes (censo de septiembre 2014). La tasa anual del crecimiento demográfico se estima en el 1% (2001-2012) y la edad promedio es de 27 años. Casi un 30% de la población es menor de 15 años. La esperanza de vida era de 71 años en 2013 (69 años para los hombres y 73 años para las mujeres)². La distribución de la población por sexo está equilibrada: las mujeres representan un 50,5% de la población. Más de la mitad de los marroquíes viven en zonas urbanas (60%).

2.4 Economía

El producto interior bruto (PIB) por habitante se estimaba en 5.060 USD en el año 2012. El país ha sufrido un periodo de estancamiento, sin embargo desde los años noventa empezó a recuperarse y progresivamente la tasa de crecimiento llegó a la media de 5,5% en el periodo 1996-2011. En 2015, la economía marroquí se estaba recuperando después de unos resultados de crecimiento mixtos en el 2014. Gracias a una temporada agrícola excepcional 2014/2015, el crecimiento económico ha sido del 4,7%. La inflación se ha mantenido en el 2%, lo que refleja una política monetaria prudente y la caída de los precios internacionales de productos básicos. La tasa global de desempleo ha disminuido al 9,3%, sin embargo permaneció entre el 40 % y 20% para los jóvenes urbanos y con educación superior, respectivamente³.

El panorama económico de Marruecos se basa en el seguimiento de políticas macroeconómicas y en la aceleración de las reformas estructurales. Con un retorno a las condiciones de lluvias normales en 2015/2016, el crecimiento del PIB global se proyecta hasta el 3% en 2016. La ley de Finanzas de 2016, actualmente bajo preparación, debe confirmar las resoluciones por parte de las autoridades: solidificar la base imponible, frenar los gastos y reducir el déficit al 3,7% del PIB. Con las

² Organización Mundial de la Salud, 2015.

³ Banco Mundial. Presentación de Marruecos, 2014.

proyecciones del precio de petróleo actual, también se espera fortalecer la posición externa de Marruecos a medio plazo.

Marruecos sigue aprovechando las ventajas claves en su recuperación económica: estabilidad política, proximidad con Europa y su relativo atractivo para la inversión. A pesar de un crecimiento respetable, la economía ha permanecido estructuralmente orientada hacia actividades no comerciales (como construcción, obras públicas y servicios de bajo valor añadido) y una agricultura productiva débil y volátil. Marruecos tiene que garantizar las ganancias de productividad y competitividad necesarias para integrarse en los mercados mundiales, crear empleos para los millones de jóvenes desempleados y mujeres, y apoyar el surgimiento de una clase media más grande. El reto de reducir aún más la pobreza y de aumentar la prosperidad compartida, incluso a través de redes de seguridad social bien dirigidas, sigue siendo bastante elevado.

La economía marroquí se caracteriza por su dualidad: sectores tradicionales (agricultura y servicios), con bajas tasas de productividad, y el sector industrial. En este contexto, hay que destacar la excesiva dependencia agrícola (en el año 2011 este sector supuso menos del 14% del PIB y absorbe un 40% de la población ocupada) y la ausencia de recursos naturales energéticos (la tasa de dependencia de energía primaria se sitúa alrededor de 97,3%). Por otro lado, es importante señalar que Marruecos es el primer productor y exportador mundial de fosfatos (30% de las reservas mundiales).

En este sentido, Marruecos cuenta con un importante potencial de crecimiento, aunque existen varios factores estructurales que siguen limitando su desarrollo: económicos (excesiva dependencia del sector agrícola, altas tasas de economía informal, sector industrial poco competitivo), administrativos (sector público sobredimensionado con bajos niveles de eficiencia) y sociales (renta per cápita muy baja, clase media escasa, alto nivel de desempleo y de pobreza, analfabetismo, etc.).

2.5 Características socio-culturales.

Marruecos es un país multiétnico con una cultura tradicional muy arraigada en la vida social. El 60% de la población es de etnia árabe y el 40% son de etnia bereber. Los creyentes del Islam (98,3%), conviven con creyentes del Judaísmo (0,7%) y Cristianismo (1%).

El idioma oficial es el árabe, aunque la mayoría de la población usa en el habla cotidiana el dariya-árabe⁴. Además, los marroquíes utilizan el idioma Bereber⁵ (40% de la población), Francés y Español. Existe una multitud de tradiciones específicas en cada región del país que forman un patrimonio cultural tangible e intangible protegido por las políticas del gobierno.

Según el Informe sobre Desarrollo Humano de las Naciones Unidas para el año 2014, Marruecos se sitúa en el puesto 126 entre los 188 países evaluados. El índice del

⁴ Árabe marroquí.

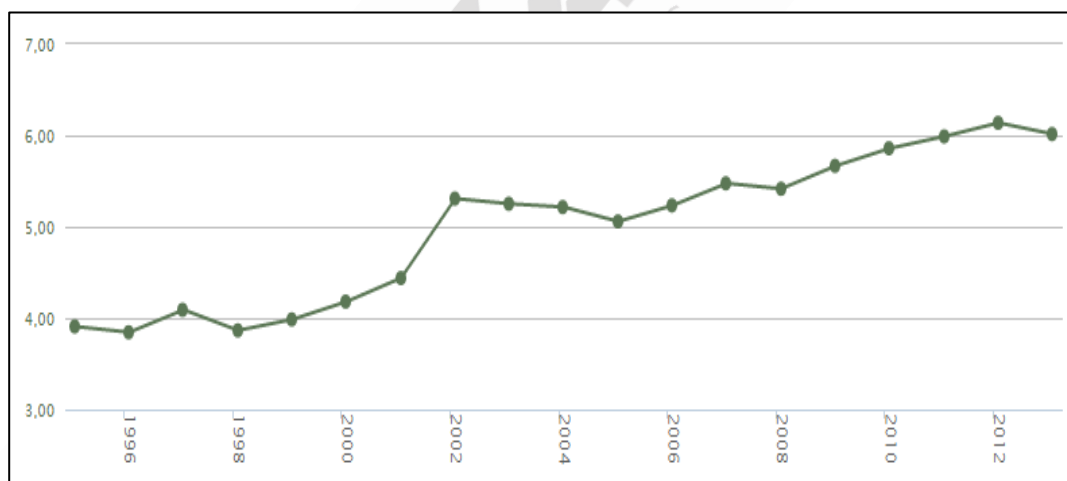
⁵ Existen tres diferentes dialectos: Tachelhit, Tamazight y Tarifit.

desarrollo humano (IDH) es de 0.628, reflejando una categoría media del desarrollo humano. Entre 1980 y 2014, el valor del IDH para Marruecos ha ascendido desde 0,396 hasta 0,628. Desde la década de los años noventa, el gobierno ha invertido mucho en la educación. En esta época, la tasa de alfabetización era relativamente baja y oscilaba alrededor del 41,6% para la población total, y el 28,7% para las mujeres. Actualmente, esta tasa ha crecido considerablemente y es del 67,1% (76,1% para los hombres y 57,6% para las mujeres)⁶.

3. PANORAMA DEL SECTOR SANITARIO

3.1 Gasto en sanidad

El gasto público en sanidad ha crecido de forma continuada entre los años 1995 y 2012. No obstante, en los últimos años se ha mantenido casi constante, y dos puntos por debajo del gasto medio en comparación con otros países del entorno, siendo un 2,04 % en el año 2013⁷.



FUENTE: Universidad Sherbrooke con datos del Banco Mundial, 2016.

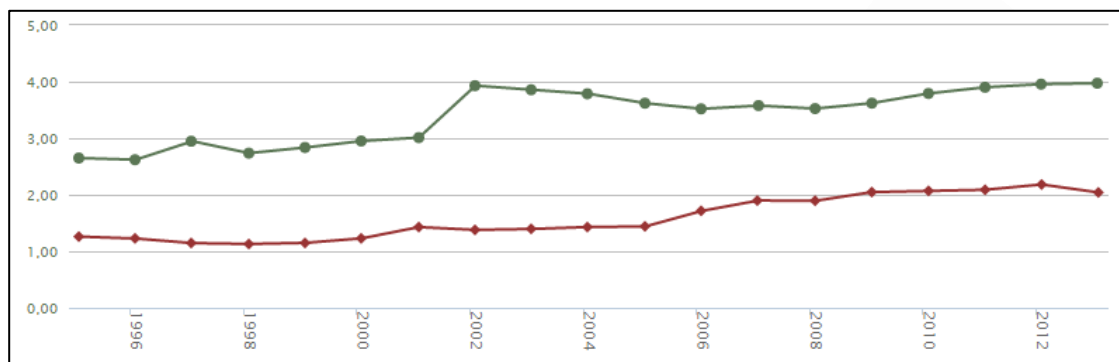
Además, con una media anual del 3,41% del PIB en los últimos 20 años, el sector privado ha superado la contribución del sector público en sanidad. Para el año 2013 el gasto del sector privado en la sanidad ha sido del 3,97% del PIB⁸.

⁶ Banco Mundial. Presentación de Marruecos, 2014.

⁷ Universidad Sherbrooke. Previsiones mundiales, 2016.

⁸ Universidad Sherbrooke. Previsiones mundiales, 2016.

Gasto en sanidad % del PIB (sector privado) / (sector público)



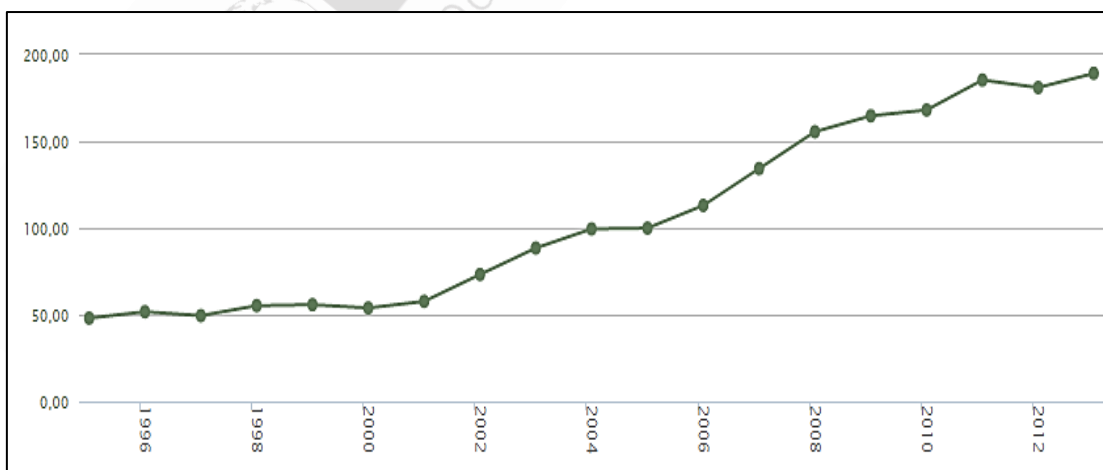
FUENTE: Universidad Sherbrooke con datos del Banco Mundial, 2016.

Gasto por habitante

En el año 2013, el producto interior bruto se estimaba a 3.108 USD⁹ por habitante y el gasto total en la salud por habitante era de 189 USD, lo que representaba un 6% del PIB total (del cual el 33,1% financiado por el gobierno)¹⁰. Según los informes de las cuentas nacionales, los recursos asignados para los servicios preventivos colectivos representaban apenas un 2% del gasto total en sanidad en Marruecos¹¹.

A pesar de que Marruecos se encuentra por debajo de la media, la salud está cobrando un papel cada vez más relevante dentro del gasto de los hogares y en los últimos 20 años se ha incrementado en un 62%.

Evolución del gasto en sanidad por habitante (en USD corrientes).



FUENTE: Universidad Sherbrooke con datos del Banco Mundial, 2016.

⁹ Banco Mundial, 2014

¹⁰ Banco Mundial. Estadísticas sanitarias mundiales, 2014

¹¹ Ministère de la Santé. Comptes nationaux de la santé, 2013.

3.2 Perfil epidemiológico

Para reflejar bien el perfil epidemiológico de la población marroquí hay que tener en cuenta la Encuesta de la Dirección de la Planificación y los Recursos Financieros del Ministerio de Sanidad publicada en 2012 (ENPSF - 2011)¹². Esta encuesta se realizó a 500 hogares en cada una de las regiones de Marruecos, representativas a escala nacional y de los distintos medios de residencia, urbano y rural.

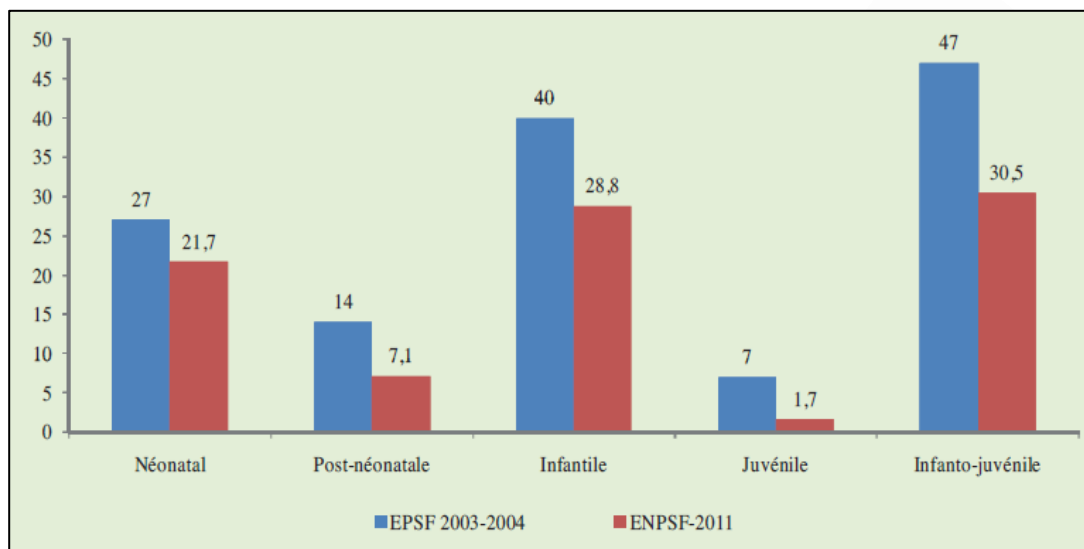
La encuesta muestra el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas, entre cuyas causas se barajan el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la incidencia de enfermedades infecciosas por la mejora de las condiciones sanitarias y de higiene del país en las últimas décadas. La principales causas de muerte son: enfermedades cardiovasculares (34%), diabetes (12%), cáncer (11%) y traumatismo (7%)¹³.

Así pues se puede observar que alrededor de un 3,3% de la población sufre diabetes, y sólo un 38% de ellos sigue un tratamiento regular, lo que podría explicar la gran cantidad de usuarios de hemodiálisis, que suelen ser diabéticos que no han recibido tratamiento antes de ver dañadas seriamente sus funciones renales. Un 5,3% tiene problemas de hipertensión - con el doble de incidencia en mujeres que en hombres, y un 39% se tratan regularmente. Casi un 60% de la población mayor de 65 años sufren alguna enfermedad crónica. Además se observa una prevalencia significativa entre los dos quintiles más ricos de la población respecto al quintil más pobre. Aunque la tasa de natalidad ha descendido notablemente, desde 7 hijos por hogar en 1962 a 2,6 en 2011, de la pirámide poblacional marroquí se deduce la alta demanda de cuidados materno-infantiles existentes en el país.

En este sentido, Marruecos aún se enfrenta al reto de mejorar las cifras de mortalidad neonatal y maternal en el parto, ya que se encuentra por detrás de muchos países con niveles de desarrollo comparables, e incluso de algunos menos desarrollados. En concreto, en 2010 seguían falleciendo durante el parto 112 mujeres de cada 100.000, con una gran disparidad entre el medio rural y urbano: 148 contra 73. En cuanto a la mortalidad neonatal, la tasa era de 30 niños por cada 1.000 en el mismo año.

¹² Ministère de la Santé. Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale, 2012.

¹³ Organización Mundial de la Salud. Perfil del país, 2014.



FUENTE: Ministère de la Santé. *Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale*. 2012.

Pese a lo negativo de estas cifras, Marruecos ha reducido la mortalidad maternal en un 66% y la neonatal en un 60% desde 1990, y sigue siendo un eje prioritario en los planes de acción plurianuales, como la estrategia sectorial 2012 - 2016¹⁴.

Por otra parte, el incremento de esperanza de vida ha llevado aparejada una mayor incidencia del cáncer, del que se vienen registrando 40.000 nuevos casos por año, según el Ministerio de Sanidad y la fundación Lalla Salma, y que afecta principalmente a hombres entre 50 y 69 años y mujeres entre 40 y 59 años. Los tipos de cáncer más comunes son el de mama (un 36% de los padecidos por mujeres) y el de pulmón (24% de los padecidos por hombres). El cáncer es responsable en la actualidad de un 11% de las muertes en Marruecos.

3.3 Organización administrativa del sector público.

La Dirección de Epidemiología y de Lucha contra las Enfermedades¹⁵, en coordinación con otras direcciones técnicas, es responsable de seguir, examinar y vigilar las enfermedades y cuestiones de salud pública. En cuanto a la Dirección de la Población, es responsable de la promoción de la salud y del seguimiento de la salud de la población con las necesidades específicas.

A nivel territorial, el Ministerio de Sanidad es representado por la Dirección Regional de Sanidad¹⁶ en cada una de las 12 regiones del país. En cada provincia o prefectura existe una delegación provincial, de modo que las políticas de la administración de los servicios de salud son descentralizadas hacia las Direcciones Regionales de Sanidad. Sin

¹⁴ Ministère de la Santé, *Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016*.

¹⁵ [Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies](#).

¹⁶ [Directions Régionales de la Santé](#).

embargo, parece que todavía en algunas materias es el Ministerio de Sanidad quien toma las decisiones, como por ejemplo en todo lo relacionado con la contratación del personal médico, los presupuestos y la elaboración de planes regionales de salud.

3.3.1 Sistema de cobertura

Desde la incorporación de la ley 65.00 de octubre de 2002¹⁷, existen dos principales regímenes de protección social sanitaria (además del sistema de seguro privado que cubre del 4 al 5% de la población).

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

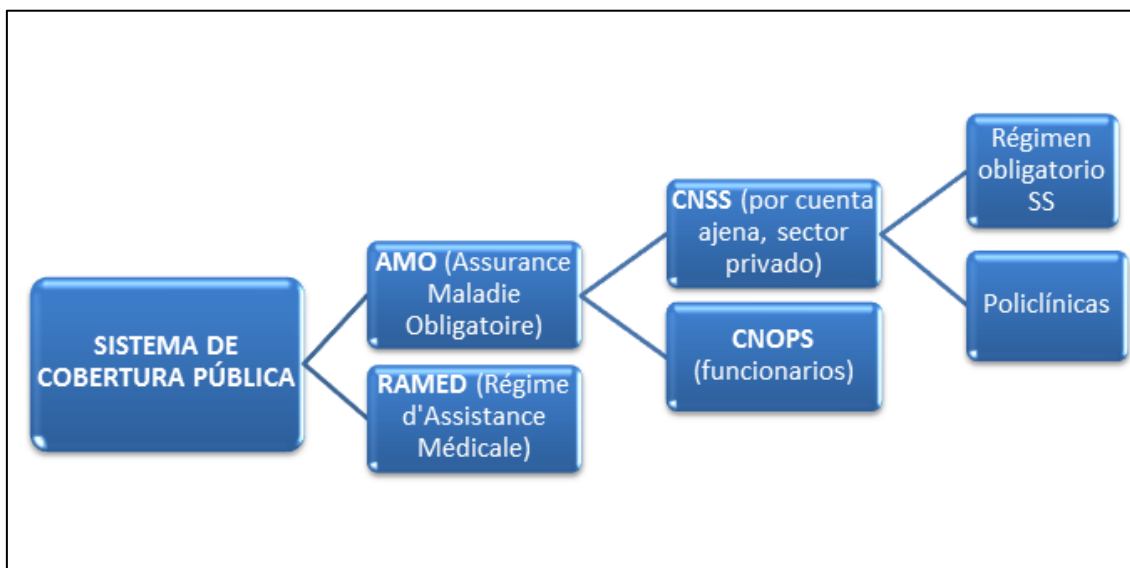
Es un seguro obligatorio de enfermedad y cubre a los funcionarios y demás trabajadores de las administraciones públicas, a las personas sujetas al régimen de la seguridad (trabajadores por cuenta ajena) y a los pensionistas, los estudiantes y a los trabajadores por cuenta propia. Este sistema garantiza la cobertura de los riesgos y los cuidados médicos necesarios en caso de enfermedad o accidente, en la maternidad y la rehabilitación física y funcional.

Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Es un seguro destinado a las personas sin recursos y se basa en los principios de solidaridad y de asistencia social. Desde 2008, cuando el programa fue lanzado como proyecto piloto en una región, se ha expandido progresivamente para llegar a cubrir al 28% de la población definida como más necesitada. Los criterios para poder ser acogido al RAMED están definidos muy detalladamente por la ley.

Actualmente, estos dos regímenes cubren las necesidades esenciales en materia de salud del 63% de la población marroquí (34% por la AMO y 28% por el RAMED). Los estudiantes y los trabajadores del sector informal, – entre 10 y 12 millones de ciudadanos –, no tienen derecho a acogerse al sistema RAMED, con lo cual la cobertura médica de todos los ciudadanos marroquíes queda todavía como asignatura pendiente.

¹⁷ Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base



FUENTE: Elaboración propia a partir de El sector hospitalario en Marruecos, ICEX, 2015.

3.3.2 Entidades gestoras

Las entidades gestoras del sector salud en Marruecos son los siguientes:

Agencia Nacional Aseguradora contra la Enfermedad (ANAM)

Tiene por objeto “asegurar el encuadre técnico del seguro médico obligatorio (AMO) y velar por la puesta en funcionamiento de las herramientas de regulación del sistema”. Además, es el organismo encargado de gestionar los recursos destinados al Régimen de Asistencia Médica (RAMED), pagando los adelantos que correspondan por los cuidados prestados bajo este régimen.

Caja Nacional de la Seguridad Social (CNSS)

No presta directamente servicios sanitarios ni gestiona los centros donde se prestan los mismos (con la excepción del caso de las policlínicas, de los que se hablará más adelante), sino que su función es la de hacerse cargo del coste de las prestaciones que se lleven a cabo en centro públicos o privados gestionados por otros organismos. Es responsable del pago de los cuidados prestados a beneficiarios de la AMO que trabajen para la empresa privada. Actualmente presta cobertura sanitaria a unos 3 millones de personas.

Caja Nacional de Organismos de Prevención Social (CNOPS)

Es el organismo encargado de gestionar las prestaciones de los trabajadores del sector público, a través de sus diferentes mutualidades, y de gestionar la AMO de los afiliados, así como de garantizar la firma de los convenios necesarios para garantizar el acceso a los cuidados médicos. Se hace cargo del equivalente al 100% de la Tarifa Nacional de Referencia (TNR) en caso de prestación del servicio en centro público y un

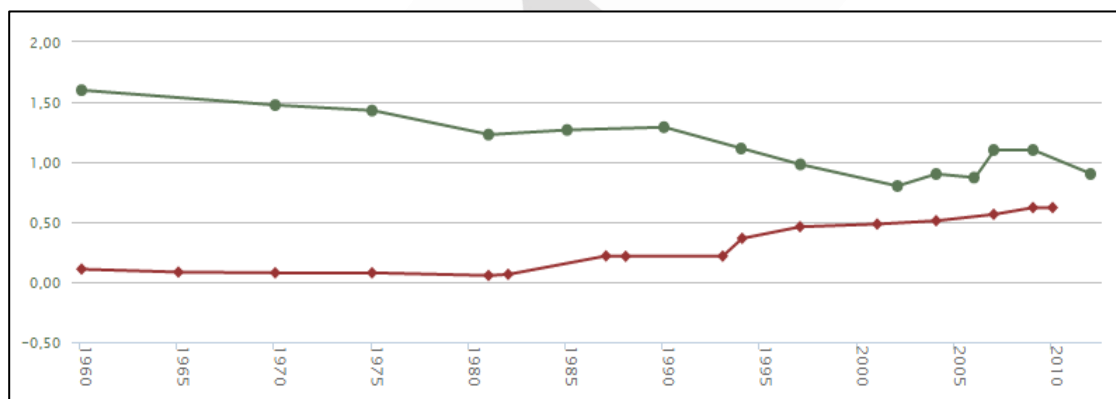
90% en centro privado. Según los últimos datos disponibles facilitados por la propia CNOPS, al cierre de 2014 daba cobertura a más de 3 millones de personas¹⁸.

3.3.3 Infraestructura

La sanidad pública cuenta con 2.759 centros de atención primaria, 6 institutos y laboratorios nacionales y 143 hospitales públicos. Para el año 2013, el número total de camas era de 27.746, el número de médicos y cirujanos era de 8.716 y el de farmacéuticos era de 234¹⁹.

La densidad hospitalaria era de aproximadamente 0,90 camas de hospital por cada mil habitantes en 2012, mientras que el número de médicos por cada mil habitantes era de 0,67 en ese mismo año. Esta proporción de médicos/habitantes es claramente inferior a la media de los países de la OCDE.

Camas de hospital por cada 1.000 habitantes / Médicos por cada 1.000 habitantes



FUENTE: Universidad Sherbrooke con datos del Banco Mundial, 2016.

3.3.4 Red de servicios públicos

Existe una triple red de servicios médicos prestados a los ciudadanos marroquíes: servicios primarios, hospitales provinciales/regionales y Centros Hospitalarios Universitarios.

Servicios Primarios

Asegura a los ciudadanos los cuidados médicos básicos, las actividades de protección de la salud materno-infantil y las consultas médicas de medicina general, de pediatría y ginecología. Configuran esta red más de 4.000 médicos trabajando en medicina general, concentrados principalmente en el medio urbano. Este escalón de la oferta de salud debe garantizar el paquete mínimo de servicios definido por las autoridades sanitarias.

¹⁸ CNOPS. [Chiffres clés](#), 2014.

¹⁹ Ministère de la Santé, Santé en chiffre 2013. Edition 2014.

Esta red a nivel operativo recibe apoyo, para conseguir el material y los medicamentos, de los Servicios de Infraestructura de las Acciones Ambulatorias Provinciales (SIAAP), que se encuentran en cada Delegación Provincial. Sin embargo, la red hospitalaria carece de un sistema de coordinación y apoyo eficiente, con lo que sólo atiende los casos más sencillos, y frecuentemente los ciudadanos prefieren acudir directamente a los hospitales. Por esta razón, los establecimientos de la red primaria tienden a ser infrutilizados.

Hospitales regionales y provinciales

Los Hospitales Provinciales forman una red que, además de practicar los cuidados médicos que se dan en la red de atención primaria, cuentan con departamentos especializados, como pueden ser de oftalmología, tratamiento de enfermedades infecciosas, reanimación quirúrgica, psiquiatría o cardiología. Los Hospitales Regionales o “de Referencia”, además de los servicios específicos que se ofrecen en los hospitales provinciales, disponen de otra serie de propuestas más especializadas que dependen de las dolencias que afectan localmente a la población de cada circunscripción sanitaria.

Cada región está dotada con uno de estos Hospitales Regionales y también con hospitales provinciales. Actualmente, Marruecos dispone de 143 hospitales especializados que, por encima del 90% se financian y administran según el estatuto de Servicios del Estado Gestionados de Manera Autónoma (SEGMA). Este estatuto responde a los objetivos de gestión de proximidad de los hospitales, de mejora de la calidad de los cuidados dispensados a la población y de dotar a los centros de cierta autonomía. Gracias a este estatuto, muchos de estos centros han podido mejorar sus prestaciones y cubrir mejor sus costes. También permite la utilización común de recursos entre varios establecimientos, por lo que se reducen los costes de aprovisionamiento, de gestión y de administración.

El problema que surge en torno a la utilización de estos centros es el contrario al que afecta a los de atención primaria: como la población prefiere acudir directamente a los hospitales, estos se ven sobrecargados de consultas corrientes que podrían ser atendidas, de manera más eficaz, en los establecimientos que proporcionan cobertura sanitaria básica.

Centros Hospitalarios Universitarios (CHU)

Están destinados a suministrar todos los cuidados que proporcionan los dos tipos de establecimientos anteriormente comentados, y además ser lugares de formación práctica de los futuros médicos. Hoy en día, estos hospitales absorben más de la mitad del presupuesto del Ministerio de Sanidad.

Actualmente, existen cinco centros operativos, en Rabat, Casablanca, Fez, Marrakech y Oujda. La construcción de los dos primeros se remonta a los tiempos del protectorado francés, pero el de Fez es el primero de una nueva generación de hospitales universitarios que pretenden ayudar a acabar con los desequilibrios interregionales en materia de servicios sanitarios. Se ha comenzado la construcción de otro en Tánger y

se ha adjudicado en concurso la construcción del de Agadir. Además, el ministerio de Sanidad anunció en noviembre de 2015 la construcción de otro CHU en la ciudad de El Aaiún. Con ellos se pretende mejorar la tasa de cobertura médica, elevar el nivel general de la medicina en este país y descongestionar las estructuras del sistema sanitario. Además se prevé rehabilitar 21 hospitales en el marco del proyecto "SANTE III"²⁰.

Policlínicas CNSS

La Caja Nacional de la Seguridad Social (CNSS) creó, entre 1979 y 1990, 13 policlínicas multidisciplinares para prestar servicios tanto de hospitalización como de consultas y exploraciones o tratamientos ambulatorios. Disponen de un total de 1.000 camas de hospitalización, 42 salas de operaciones, 11 maternidades, 13 unidades de vigilancia intensiva, 9 centros de diálisis y 13 laboratorios médicos. Según la propia institución, en 2014 atendieron a 637.664 pacientes, y su facturación fue de 424,5 millones de MAD²¹.

La entrada en vigor de la ley 65.00, de la cobertura sanitaria obligatoria (AMO), publicada en noviembre 2002, puso a la CNSS en una situación delicada, ya que el artículo 44 de esta ley prohibía a un organismo gestor de un régimen de seguro sanitario obligatorio acumular la gestión y la prestación de cuidados. La CNSS y la CNOPS, ambas gestores de la AMO, debían así delegar la gestión de sus unidades hospitalarias a prestatarios externos.

En 2007 se sacó a concurso la gestión de estas policlínicas, y se presentó la empresa española USP Hospitales, que acabó desistiendo por la situación financiera de las policlínicas. Se trató de reabrir el proceso en 2009 pero debido a la crisis financiera los potenciales inversores se mostraron reticentes. Por lo tanto, en 2012 se decidió sacar a concurso un estudio para valorar la forma más apropiada de externalizar la gestión de dichos establecimientos. Según los resultados preliminares, de la última fase del estudio, que aún deben ser refrendados por el consejo de administración de la CNSS, la única opción viable sería modificar la ley para permitir a esta entidad ser al mismo tiempo gestora de la AMO y prestadora de servicios sanitarios.

Los institutos de la sanidad pública son los siguientes:

- Instituto Nacional de Higiene de Marruecos ([INH](#))
- Instituto Pasteur de Marruecos ([IPM](#))
- Centro Antivenenamiento y de Farmacovigilancia de Marruecos ([CAPM](#))
- Centro Nacional de Transfusión de Sangre y de Hematología (CNTSH)
- Centro Nacional de Protección contra la Radiación (CNRT)

²⁰ Ministère de la Santé, [Reforme de santé et partenariat et intersectorialité, 2006](#).

²¹ CNSS, [Chiffres clés](#), 2014.

3.3.5 Personal médico

El sistema de salud marroquí se caracteriza por la escasez de personal médico, que además está envejecido y mal distribuido desde un punto de vista de la especialidad y geográfico. Para reducir esta falta de profesionales, el gobierno ha propuesto en el año 2005 una iniciativa para formar 3.300 doctores en medicina por año, con el objetivo de alcanzar una densidad de un médico por cada mil habitantes en el año 2020, para lo cual se ha firmado un acuerdo entre los ministerios de Educación Superior, de Finanzas y de Sanidad.

Actualmente, en el país funcionan cinco facultades públicas²² donde cada año se forman unos 900 médicos. Dentro de poco se inaugurarán dos facultades más, en Agadir y Tánger. Por otro lado, en octubre de 2014, se abrieron dos nuevas escuelas de medicina y de ciencias de la salud, en Rabat y Casablanca, donde han ingresado 400 alumnos durante el primer año. Igualmente, hay que destacar la presencia de los 23 Institutos públicos de Formación en las Carreras de la Salud (IFCS), tutelados por el Ministerio de Sanidad y donde cada año se forman casi 3.000 diplomados. Estos institutos fueron reformados en 2013 y ahora se denominan Institutos Superiores de Enfermería y de Técnicos de la Salud.

Respecto a las escuelas privadas, se han ido desarrollando desde el año 2002 ofreciendo diferentes programas de formación en enfermería y otros. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad dispone de poca información sobre los métodos de enseñanza, las normas aplicadas y el número de estudiantes que se promocionan.

3.4 Oferta privada

3.4.1 Entidades gestoras privadas

Los precios para el asegurado de una cobertura sanitaria completa - más allá de urgencias y hospitalizaciones por accidente o enfermedad - oscilan entre los 170 y los 500 dirhams por persona (entre 16 y 47 euros aproximadamente) y mes, dependiendo del grado de cobertura - del 70% al 100% de sus precios de referencia - y de la compañía.

Las principales Aseguradoras en Marruecos son las siguientes:

- [Wafa Assurance](#)
- [RMA Watanya](#)
- [SAHAM](#)
- [La Marocaine Vie](#)

²² Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès y Oujda.

3.4.2 Infraestructura y personal médico

Las últimas estimaciones oficiales situaban la oferta de sanidad privada en 10.560 camas en 373 hospitales en 2011, lo que constituye un 32% de la oferta hospitalaria total. Las asociaciones y otros establecimientos no lucrativos, como por ejemplo la Media Luna Roja de Marruecos, disponen de cerca de 2.000 camas, lo que solamente representa un 5% de la oferta de camas hospitalarias en el país. Los centros privados tienen a su cargo a 13.323 trabajadores de la salud, alrededor del 25% del personal del país. En cuanto a gabinetes de consulta y diagnóstico, era de 7.310 en 2011, el triple de lo que había en 1991²³.

En la actualidad los establecimientos sanitarios privados facturan alrededor de 15.000 millones de dirhams anuales - unos 1.402 millones de euros - lo que representa casi un tercio del gasto sanitario total del país, según las estimaciones del Ministerio de Sanidad.

Hay que resaltar el caso de las compañías aseguradoras. Con la liberalización de la inversión, muchas Aseguradoras que operan en el país están comenzando a adquirir clínicas a través de sociedades filiales. Esto se debe a tres factores:

- Mejora de los servicios, incorporando nuevas técnicas y especialidades;
- Eficiencia en la gestión de costes;
- Lucha contra las posibles irregularidades en los cobros de los servicios ofrecidos en los gabinetes privados.

En el sector privado marroquí, la calidad y los precios de los servicios sanitarios son muy variables. Así pues, se pueden encontrar desde pequeñas consultas en barrios pobres que ofrecen cuidados básicos y diagnóstico desde 80 dirhams la consulta (alrededor de 7,50 euros), hasta lujosos gabinetes donde el precio mínimo no baja de 250 dirhams (unos 23,50 euros), lo cual se refleja también en el abanico de ingresos de los médicos en Marruecos, que van desde los 5.000 dirhams por mes (unos 467 euros) hasta los 100.000 dirhams por mes (unos 9.345 euros), e incluso en ciertos casos superan los 700.000 dirhams por mes (unos 65.420 euros).

Uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentaban las clínicas marroquíes a la hora de dar un salto de calidad era la escasez de recursos financieros, ya que estos estaban limitados a las cantidades que podían aportar los médicos o socios. Se espera que con la entrada de inversores privados se puedan desarrollar mayores y mejores infraestructuras y adquirir equipamiento más moderno y sofisticado.

Aunque hasta febrero de 2015 estaba prohibido que las mismas fueran propiedad de sociedades mercantiles, nacionales o extranjeras, en la práctica existían clínicas funcionando con la cobertura de otras formas jurídicas. Como ejemplos, cabe citar el Hospital Español de Tetuán o el Hospital Italiano de Tánger (pertenecientes a estados extranjeros y atendidos por órdenes religiosas), el Hospital Universitario Internacional Cheikh Zaid de Rabat (fundación real sin ánimo de lucro) o las clínicas pertenecientes a

²³ Ministère de la Santé, "Santé en chiffre 2013 », 2014.

la Media Luna Roja. Asimismo, se dan casos de clínicas privadas que se han constituido como sociedades mercantiles. Todos estos son supuestos de facto que se situaban al margen de la ley.

3.4.3 Personal médico

En progresión constante, el sector médico privado reagrupa a casi la mitad de los médicos (en lo que respecta al sector de la odontología, el 90% de los dentistas trabajan en el ámbito privado), pero dichos profesionales se centran principalmente en algunas ciudades de ciertas regiones (tan sólo cinco regiones representan el 66%).

3.4.4 Perfil del usuario de servicios sanitarios privados

Podemos distinguir los siguientes perfiles más comunes de los usuarios de servicios sanitarios privados:

Asegurado privado

Según algunos expertos consultados, en la actualidad sólo entre un 1% y un 2% de la población marroquí cuenta con un seguro médico privado. Estos asegurados suelen pertenecer al porcentaje de los más ricos de la población, y suelen residir en las grandes ciudades. También entran en este grupo la mayoría de trabajadores expatriados, que suelen contar con un seguro médico internacional para ellos y sus familias, normalmente pagado por la empresa.

Asegurado público (derivado)

Este perfil está en constante crecimiento, debido a la ampliación en la última década de las personas cubierta por la AMO y por el RAMED - aunque estos últimos sólo son usuarios del sector privado cuando los servicios públicos no pueden prestar el tratamiento necesario en buenas condiciones. Un caso muy común es el de las hemodiálisis o de la quimioterapia, que en ciertas regiones han de realizarse en centros privados por motivos relacionados con la distancia o los equipamientos de los centros públicos. En estos casos el Estado se hace cargo de la totalidad del coste de la prestación sanitaria.

Como se ha comentado anteriormente, más de 16 millones de marroquíes de diversa clase y condición social están cubiertos por uno de estos dos regímenes, por lo que forman el grueso de la demanda.

Usuario puntual que abona el servicio con fondos propios.

Suelen ser normalmente personas comprendidas entre los 13 millones de marroquíes conocidos como "independientes" - no están cubiertos por la AMO ni el RAMED. Este grupo de independientes está formado principalmente por profesionales liberales, concepto que en Marruecos incluye a abogados, médicos, arquitectos y otras profesiones organizadas en colegios, los propietarios de pequeños comercios, trabajadores autónomos y otros profesionales independientes.

Según los datos del Ministerio de la Sanidad, en 2011 el 53,6% del gasto total en sanidad del país provenía directamente de los pagos directos de los hogares por servicios sanitarios.

También se incluiría en este perfil a cualquier persona de los grupos antes mencionados cuando quiere hacer uso de prestaciones no cubiertas por su seguro o cuando busca un servicio de más calidad.

Medicina estética

Existe una demanda, por parte de las clases más altas y también por las mujeres de clase media y jóvenes de las grandes ciudades, de los tratamientos de medicina y cirugía estética. Esto se debe a la gran importancia atribuida al aspecto físico de las mujeres a la hora de contraer el matrimonio.

Los tratamientos más demandados entre las mujeres son los relacionados con la piel, el aumento de pecho, la liposucción, la abdominoplastia y la vaginoplastia después del parto. Entre los hombres destaca la demanda de implantes de cabello.

En lo referente a medicina reproductiva, con el aumento de la edad en la que se produce el primer embarazo en las mujeres marroquíes en las últimas décadas, han aumentado los problemas de fertilidad. Si bien existe una asociación sectorial desde 1982²⁴, en la actualidad sólo hay 20 clínicas especializadas en el país que practiquen fecundación in vitro. Casi todas se sitúan en el eje Rabat-Casablanca, aunque también hay dos centros en Agadir, dos en Marrakech, uno en Fez y uno en Meknès, sin que haya disponibilidad de estos servicios en el resto del país.

Turismo sanitario

En Marruecos se está desarrollando un turismo sanitario que atrae a pacientes de África Subsahariana, Europa (principalmente Francia) y otros países árabes (países del Golfo). Gracias a los precios, a la cercanía con Europa, la situación política estable y el desarrollo del sector privado, Marruecos compite hoy con Túnez, el otro destino clásico para el turismo médico en el norte de África. La oferta de prestaciones sanitarias (principalmente implantología dental, cirugía estética, oftalmología, cirugía menor) se está desarrollando en el país con la apertura de nuevas clínicas (con suites de lujo o combinando clínica con SPA u hotel de vacaciones) y la oferta de paquetes de servicios orientados a este tipo de pacientes. Estas clínicas se sitúan en las ciudades con mejores conexiones aéreas: Casablanca y Marrakech.

²⁴ [Fédération Marocaine de Reproduction Humaine \(FMRH\).](#)

3.5 Distribución geográfica y principales mercados

3.5.1 Distribución geográfica

La distancia que separa al ciudadano del centro sanitario es un elemento clave que influye en la forma y la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios en Marruecos. Existe un desequilibrio claro en la distribución geográfica de las infraestructuras de salud.

Existe una gran disparidad entre las infraestructuras a disposición del ciudadano en regiones como Rabat, en la que hay 1,67 camas por cada 1.000 habitantes y otras como Oued Eddehab, con 0,4 camas de hospital por cada 1.000 habitantes, que se suma a otras 10-12 regiones con menos de una cama por cada mil habitantes.

Este desequilibrio geográfico persiste, ya que en los últimos años desde los poderes públicos no se ha conseguido incentivar suficientemente la inversión privada en las regiones con menos oferta. De este modo, la mayoría de las empresas siguen instalándose preferentemente en el eje Rabat-Casablanca y otras zonas con gran densidad de población y una mayor renta per cápita y/o afluencia de turistas.

3.5.2 Principales mercados

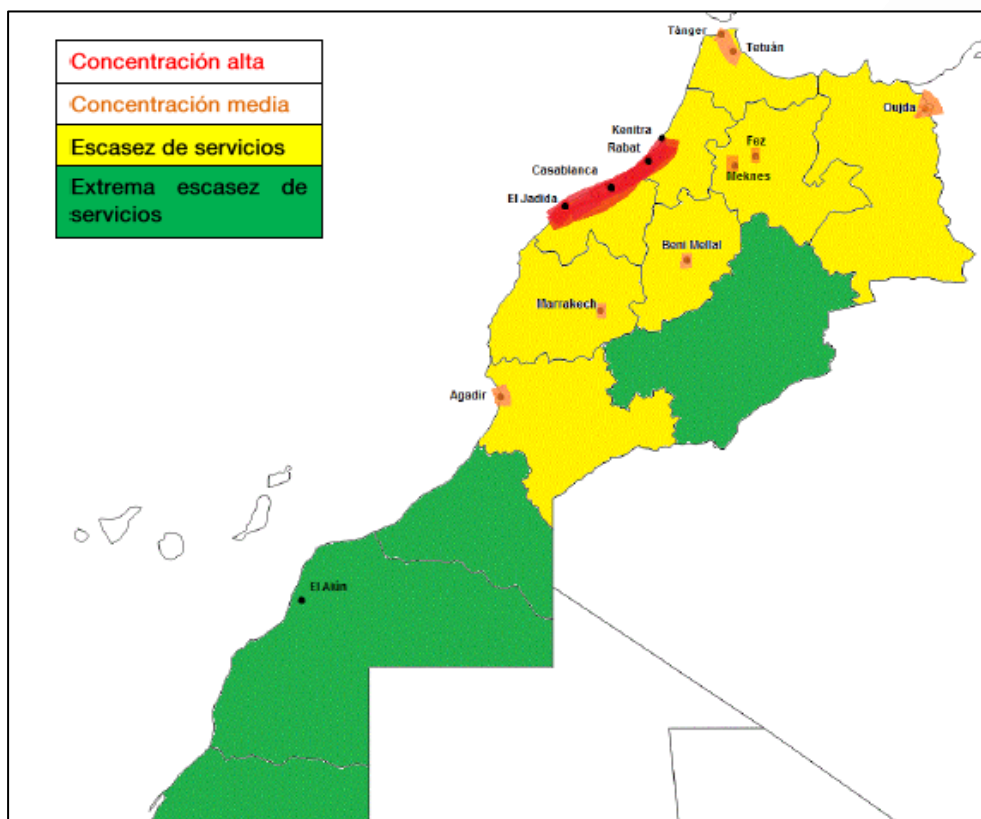
Como se ha mencionado en el párrafo anterior, el eje Casablanca-Rabat, es el principal mercado en el sector salud. Es un núcleo donde se centra casi el 30% de la población marroquí y que disfruta de la mayor renta per cápita.

Otros mercados importantes serían Fez, Tánger, Marrakech y Agadir. Estas ciudades siguen siendo una demanda segura por el tamaño de sus poblaciones y el mercado no está tan saturado como en el eje Casablanca-Rabat.

Por ejemplo, la región de Tánger-Tetuán está experimentando un fuerte crecimiento económico y demográfico, consolidándose como la segunda zona industrial del país. El posicionamiento comercial sería análogo al anterior, contando esta zona con la ventaja del idioma (el español) y del mejor conocimiento y valoración del sector hospitalario español por parte de la población.

Otros núcleos, más periféricos, que están desarrollándose económicamente son Oujda y Beni Mellal. Estas regiones empiezan a contar con una clase media demandante de servicios sanitarios de mayor calidad y usuarios de seguros de salud privados. Así, por ejemplo, en Oujda se ha abierto recientemente un hospital universitario, y la fundación Lalla Salma anunció en octubre de 2015 que iba a financiar la apertura de dos centros oncológicos, uno en Beni Mellal y otro regional en El Aaiún.

Distribución geográfica de los servicios de salud.



FUENTE: El sector hospitalario en Marruecos, ICEX, 2015.

3.6 Precios y aspectos prácticos relacionados con el pago.

Los precios de las prestaciones sanitarias en Marruecos pueden clasificarse en dos tipos. Por un lado están las “Tarifas Nacionales de Referencia” (TNR²⁵), fijados por el Ministerio de Sanidad para las diferentes prestaciones y que pueden consultarse en la web de la *Agence Nationale de l'Assurance Maladie* ([ANAM](#)), y por otro lado los precios de mercado que las clínicas privadas cobran al usuario final.

Distintos colectivos médicos están pidiendo un incremento de las cuantías de las TNR, ya que en muchos casos apenas llegan para cubrir los costes reales de la prestación (con alguna excepción como la hemodiálisis con una TNR fijada muy por encima del coste). En estos momentos, una comisión del Ministerio de Sanidad está trabajando en actualizar tanto la nomenclatura como las cuantías para satisfacer muchos actos médicos.

Tarifas Nacionales de Referencia

En cuanto al sistema de reembolso de las prestaciones sanitarias efectuadas por médicos o clínicas privadas a asegurados de la AMO, hay que destacar que éste se efectúa (al 90% para los asegurados de la CNOPS y al 70% para los de la CNSS) según

²⁵ Tarifs Nationaux de Référence.

las tarifas nacionales de referencia, acordadas en 2007 y que están en proceso de actualización. Sin embargo, esta actualización no se produce con mucha frecuencia, por lo que las tarifas se encuentran hoy en día entre un 20% y 50% por debajo de los precios de mercado y es el paciente el que debe hacerse cargo de pagar la diferencia.

Pago directo por los pacientes

Es lo más habitual en pequeñas consultas, donde los importes no suelen ser demasiado elevados y se cobra en efectivo al finalizar. Es muy común también que se realicen pagos opacos, especialmente respecto a la parte de honorarios que corresponde pagar al médico que realiza la prestación.

No obstante, también es habitual que se cobre en la clínica la parte no cubierta por la aseguradora, ya que tanto las públicas como las privadas normalmente sólo se hacen cargo de entre un 70% y un 90% del precio.

El cheque-garantía es una práctica muy extendida entre las clínicas privadas para evitar los impagos. Antes de la admisión del paciente, éste o un miembro de la familia debe presentar un aval, cuyo valor varía en función del estado de salud del paciente y de la cuantía de la previsible prestación sanitaria a satisfacer (se dan casos de exigencia de cheques en blanco). Se trata de una práctica ilegal, pero extendida hasta tal punto que algunos seguros privados de salud ofrecen entre sus coberturas la presentación de este cheque o aval hasta una determinada cuantía.

Pago por la aseguradora

Se trata de las cantidades abonadas a las clínicas por parte de las entidades aseguradoras públicas o privadas, por los servicios prestados a sus clientes. En cuanto a las aseguradoras privadas, no hay noticias de que suelen plantear especiales dificultades. Las entidades públicas (CNOPS y CNSS), sin embargo, han generado numerosos problemas a las clínicas por las demoras excesivas en el abono de las cantidades adeudadas por servicios prestados a sus beneficiarios, siendo el periodo medio de pago superior a los dos años.

3.7 Diagnóstico del sector sanitario de Marruecos. Análisis DAFO.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ● La nueva constitución del año 2011 reconoce el acceso a la cobertura médica como uno de los derechos fundamentales. ● Aumento de la inversión en la sanidad en los últimos 10 años. ● Compromiso mediante la creación de dos regímenes ya establecidos (AMO y RAMED), y otros dos en proceso de finalización. ● Variedad de la capacitación en diferentes campos de la sanidad pública y privada. ● Sistema de planificación estratégica quinquenal, que sirve como un análisis de las prioridades en sanidad pública. ● Infraestructura bien desarrollada en los grandes núcleos urbanos. ● Presencia de institutos como INH, IPM, los CHU, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Escasez de recursos humanos, una reflexión estratégica insuficiente, mal reparto, fidelización débil y baja motivación del personal en las zonas apartadas, generalización de la doble práctica que provoca la reducción del rendimiento. ● Gastos limitados para el cuidado/ los tratamientos preventivos. ● Fragmentación del sistema de información sanitario que sigue manteniéndose a causa de los programas verticales. ● Falta de coordinación intersectorial. ● Falta de una estrategia de comunicación global y coherente. ● Ausencia de un instituto nacional de la salud pública para servir de apoyo institucional al Ministerio de Sanidad. ● Ejercicio deshonesto de la profesión por parte de las clínicas privadas (precios,...). ● Distribución desigual de la infraestructura y del personal medio urbano – rural.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ● Fuerte compromiso político para la promoción de la salud y la reforma del sistema de salud. ● Una nueva ley en proceso de elaboración para reafirmar el papel estratégico del Ministerio de Sanidad y reforzar la autonomía de los organismos nacionales y las 	<ul style="list-style-type: none"> ● Debido a la situación geográfica, Marruecos está expuesto a las enfermedades infecciosas provenientes de los migrantes que se dirigen hacia Europa. ● Desarrollo del sector privado de la salud mal regularizado y la necesidad de establecer una

<p>autoridades territoriales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estabilidad del país en comparación con otros países de la zona. ● Descentralización del sistema de la sanidad pública en todo el territorio. ● Establecimiento de la Escuela Nacional de la Salud Pública (ENSP), lo que representa una oportunidad para focalizar las actividades de la sanidad pública realizadas fuera del sector salud. ● Reforzamiento en la utilización de bases de datos para la elaboración de las políticas y las estrategias. 	<p>cooperación mejor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un sistema vertical que causa la fragmentación y duplica el trabajo entre diferentes entidades. ● Una aproximación sistemática para la gestión en la investigación. ● Aumento de gastos para la sanidad, a largo plazo, si no se satisfacen las necesidades de la población marroquí.
---	---

4. ACCESO AL MERCADO - BARRERAS

4.1 Barreras legales

A continuación se explican con más detalles los requisitos legales para la apertura de clínicas y el ejercicio de la medicina estipulada tras el cambio legislativo que ha supuesto la publicación de la [ley 131-13](#), así como algunos aspectos a tener en cuenta y consejos a la hora de gestionar el procedimiento.

4.1.1 Apertura de clínicas

La nueva ley 131-13, publicada el 19 de febrero de 2015, abre por primera vez la posibilidad de que sociedades mercantiles sean propietarias de establecimientos sanitarios, con la única exigencia de que el director médico del centro sea un médico inscrito en el [Ordre des médecins](#)²⁶ como habilitado para ejercer en el sector privado.

Requisitos

El artículo 59 define a las clínicas como “(...) todo establecimiento que tenga por objeto asegurar la prestación de diagnóstico y cuidados a enfermos, heridos, y mujeres embarazadas o parturientas, en el marco de la hospitalización durante el periodo que requiera su estado de salud, y/o para dispensar prestaciones de rehabilitación. Pueden participar en los Servicios de Atención Médica Urgente (SAMU)” (ley 131-13).

Por otra parte el mismo artículo define a los establecimientos asimilados, de acuerdo con el texto de la ley, como “los centros de hemodiálisis, de hematología clínica, de radioterapia, de curieterapia, de quimioterapia, de cateterismo, de convalecencia o de rehabilitación, así como cualquier otro establecimiento que reciba pacientes para su

²⁶ Registro Nacional de Médicos.

hospitalización”. Esta lista de establecimientos asimilados se terminará por fijar por vía reglamentaria.

El artículo 60 da entrada a la inversión privada en centros hospitalarios estableciendo que “una clínica puede pertenecer a [...] una sociedad comercial, o a una persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro”, aunque en ambos casos el director médico del centro debe ser un doctor colegiado en Marruecos, si bien el propietario puede nombrar a un gestor administrativo y financiero, que no obstante tiene prohibido inmiscuirse o limitar las funciones del director médico (ley 131-13).

Por último, se prohíbe a todo organismo que gestione seguros de salud crear o gestionar clínicas.

Esta ley viene a regular lo que era una situación de facto y a facilitar la inversión, puesto que algunas empresas ya eran propietarias de hospitales y utilizaban a médicos que figuraban como titulares de los establecimientos de cara a las autoridades administrativas.

La ley 131-13 mantiene el requisito de que sólo pueda estar a cargo de una consulta o centro médico un médico inscrito en la *Ordre de Médecins* en la categoría de médico del sector privado. Por lo tanto, el inversor extranjero tendrá que buscar alianzas o apoyo y dirección de un médico de nacionalidad marroquí para invertir en este sector.

En la página web del *Ordre de Médecins* y en la del Ministerio de Sanidad se puede encontrar información más detallada sobre los requisitos para [ejercer la medicina](#) y los [requisitos técnicos](#) de apertura de los diferentes tipos de clínicas.

Procedimiento

La nueva ley sobre el ejercicio de la medicina reenvía para la precisión de los detalles del procedimiento de apertura de clínicas a un desarrollo reglamentario que aún está pendiente, limitándose a fijar los pasos y requisitos de carácter más general para obtener la autorización para gestionar una clínica.

El principal problema es que el procedimiento vigente es el fijado en el [Decreto nº 2-97-421 de 28 de octubre de 1997](#), de desarrollo de la ley 10-94 que regulaba el sector hasta febrero del año 2015. El procedimiento fijado en el artículo 14 de dicho decreto exige la presentación de un dossier por parte del médico fundador del establecimiento. Por lo tanto, pese a haberse aprobado la nueva ley, sigue existiendo un bloqueo a las inversiones por parte de las sociedades mercantiles.

Por otra parte, la ley 131-13, en su artículo 59, no termina de enumerar la lista completa de establecimientos asimilados, remitiendo al desarrollo reglamentario.

El Ministerio de Sanidad prevé que el reglamento de aplicación de la ley 131-13 que establecerá las condiciones y requisitos concretos para llevar a cabo el procedimiento de apertura de clínicas por parte de sociedades mercantiles esté publicado a lo largo del año 2016.

4.1.2 Ejercicio de la medicina

La gran barrera de entrada a la que nos enfrentamos aquí viene dada por el hecho de que España carece de un Convenio firmado con Marruecos en esta materia, por lo que, en la práctica, los médicos españoles solo pueden ejercer en Marruecos si contraen matrimonio con un ciudadano marroquí.

La nueva ley mantiene las mismas condiciones para ejercer la medicina, con unos requisitos muy estrictos para los extranjeros, como la exigencia de convenios bilaterales que reconozcan el derecho a ejercer la medicina, y depende en última instancia de la autorización discrecional del presidente del consejo regional del Consejo de Médicos.

Una novedad es la posibilidad de contratar médicos asalariados, pues hasta ahora podían trabajar exclusivamente como profesionales libres o autónomos facturando los "actos médicos" al paciente, modalidad que se suma a la gran variedad de formas de contratación de doctores existentes en el país. En la página web del *Ordre des medecins* podemos encontrar formularios para todas las formas de contratación.

Escasez de médicos en Marruecos

En la actualidad, y según las estimaciones del Ministerio de Sanidad marroquí, se necesitarían en el país 9.000 médicos más, aparte de los 18.500 que están ejerciendo actualmente, para que las infraestructuras sanitarias estuvieran completamente atendidas. De las cuatro facultades de medicina del país salen cada año unos 800 licenciados, lo cual a duras penas cubre las vacantes que van quedando, aunque hay en marcha un plan gubernamental para alcanzar la cifra de 3.300 en el año 2020, como ya se ha comentado anteriormente.

Sin embargo a pesar de esta escasez manifiesta de médicos, la legislación marroquí, como hemos visto, sigue siendo muy restrictiva en dos aspectos fundamentales:

- Por una parte, poniendo una serie de requisitos muy estrictos a los médicos extranjeros que quieran ejercer en Marruecos;
- Y por otra, limitando a través de una circular ministerial que los médicos que ejercen en Marruecos compaginen la actividad en el sector público con el sector privado y viceversa, permitiéndolo exclusivamente a profesores universitarios en el marco de actividades formativas. No obstante, según las fuentes consultadas, y dado que la ley que lo regula es muy antigua y se ha modificado mediante circulares en uno y otro sentido, muchos médicos incumplen y trabajan en ambos sectores.

Gracias a la opción de los convenios bilaterales, como el convenio [firmado con China](#), algunos médicos de esta nacionalidad vienen ejerciendo desde hace 40 años en determinadas regiones con mayor escasez de médicos. Actualmente se está trabajando en un proyecto para emitir autorizaciones temporales de trabajo para médicos extranjeros sin necesidad de cumplir los requisitos estipulados en la ley.

No obstante, hay que decir que existe una fuerte oposición por parte de los médicos marroquíes a una posible liberalización del sector. El Sindicato Nacional de la Salud teme un fuerte aumento de la competencia en el sector.

4.2 Fiscalidad e incentivos

4.2.1 Fiscalidad

El sector sanitario no goza de una fiscalidad específica, por lo que se le aplican las disposiciones de derecho común, con algunas especificidades:

- Según el artículo 91.VI.1º del *Code Général des Impôts*²⁷ (versión 2015), las prestaciones sanitarias (prestaciones satisfechas por médicos, médicos-dentistas, masajistas, kinesiterapeutas, ortopedistas, logopedas, enfermeros, herbolarios, comadronas, operadores de clínicas, centros de salud o de tratamiento y operadores de laboratorios de análisis médicos) no están gravadas con IVA, pero sí lo están los materiales o insumos que se utilicen en estas prestaciones.

En el pago de las prestaciones sanitarias hay que distinguir los honorarios médicos (se pagan al médico y tributan según el impuesto sobre la renta) de las otras retribuciones que correspondan a la clínica (que integrarán su cifra de negocio y tributarán según el impuesto de sociedades), y así debe aparecer recogido en la factura. Según la ley 145. IV, las clínicas y establecimientos asimilados deben entregar a sus pacientes facturas que contengan el importe global de los honorarios y otras remuneraciones de la misma naturaleza a pagar, con condición de:

- La parte de los honorarios y las remuneraciones que correspondan a la clínica o al establecimiento y deban pasar a formar parte de su cifra de negocios imponible.
- La parte de los honorarios y las remuneraciones que correspondan a los médicos por los actos médicos o quirúrgicos efectuados por ellos en dichas clínicas o establecimientos.

En cuanto a la adquisición de bienes de equipo, no es de aplicación al sector sanitario la exoneración de IVA a la importación. Existe exención de IVA sólo para ciertos equipos médicos (equipos de tratamiento de hemodiálisis, cáncer, hepatitis B y C, diabetes, asma, enfermedades cardiovasculares y SIDA).

4.2.2 Incentivos

La ley 34-09, para motivar a los inversores privados a instalarse en regiones lejanas y algo aisladas, preveía incentivos para los fundadores de clínicas, médicos y dentistas que, siguiendo las directrices del mapa sanitario, formasen parte de la red de cuidados médicos de utilidad pública en el marco de una asociación público-privada. Asimismo, estaba previsto que se pusieran en marcha incentivos fiscales para apoyar las

²⁷ Código General sobre los Impuestos.

inversiones en las zonas más desfavorecidas. Sin embargo, por el momento el sector sanitario sigue careciendo de sistema de incentivos específicos para la inversión.

4.2.3 Costes de establecimiento.

Para calcular los costes de establecimiento se puede consultar el simulador de costes de establecimiento en el portal de ICEX²⁸.

5. PERSPECTIVAS

La economía de Marruecos cuenta con un importante potencial de crecimiento, aunque existe una serie de factores de índole estructural que continúan limitando su desarrollo: económicos (excesiva dependencia del sector agrícola, alto nivel de economía informal, sector industrial poco competitivo), administrativos (sector público sobredimensionado y bajas tasas de eficiencia) y sociales (elevado desempleo, baja renta per cápita, alto nivel de pobreza, reducida clase media, analfabetismo).

En cuanto al sector hospitalario, su evolución en los próximos años dependerá de los siguientes factores:

- El gasto en el sector sanitario. Como se ha visto anteriormente, la inversión pública y privada, así como el gasto de los hogares, en servicios sanitarios, sigue una tendencia ascendente desde hace varios años, sin perspectivas de que la situación vaya a cambiar.
- La apertura a la inversión privada. Gracias a la aprobación de la ley 131-13, se ha despertado el interés de numerosas empresas extranjeras por invertir en el país, y según fuentes del Ministerio de Sanidad ya hay consorcios turcos, franceses y de los países del Golfo posicionándose a la espera de que el desarrollo reglamentario de la ley permita llevar a cabo inversiones en el sector.
- Entre subsectores con un mayor potencial podemos citar las prestaciones relacionadas con dolencias crónicas, como el cáncer y la diabetes.
- A su vez, el crecimiento económico del país y el consiguiente incremento del poder adquisitivo de la población están haciendo aumentar la demanda de la llamada "medicina del deseo".
- Aunque desde el Ministerio de Sanidad se ha dotado un presupuesto de alrededor de 1.000 millones de dirhams (unos 93,5 millones de euros) para 2016 para la construcción y acondicionamiento de hospitales, y para la modernización del equipamiento médico, el protagonismo futuro corresponderá a los PPP, ya que el Ministerio quiere potenciar que el sector privado tome la iniciativa y proponga proyectos de partenariado a las diversas autoridades competentes.

²⁸ [Simulador de costes de establecimiento](#). ICEX.

- Otro factor a tener en cuenta es que tanto los hospitales públicos como privados tienden cada vez más a externalizar los servicios auxiliares, tales como limpieza, alimentación, seguridad o tratamiento de residuos hospitalarios, aunque se ha observado algún caso aislado de reinternalización de algunos servicios específicos en algún hospital público.
- Regionalización. Desde la aprobación de la nueva constitución en 2011, el gobierno marroquí quiere desarrollar un modelo de estado menos centralizado, otorgando mayores competencias a las autoridades regionales, provinciales y locales. Entre dichas competencias están también las relativas a la sanidad. Se espera que dentro de dos años aproximadamente los gobiernos regionales comiencen a disponer de presupuestos propios, y dado que en la actualidad existe un gran desequilibrio geográfico en la oferta sanitaria, se prevé que se realizarán importantes inversiones en el sector en varias regiones.

6. OPORTUNIDADES

6.1 Oportunidades comerciales

6.1.1 Infraestructuras hospitalarias

En este campo hay que diferenciar las oportunidades que surgen de la actividad de las administraciones públicas de las que puede ofrecer el sector privado.

En el primer caso, la construcción, acondicionamiento, y renovación de los hospitales en Marruecos se saca a concurso público mediante licitaciones abiertas internacionalmente. Se prevén nuevas inversiones en el futuro próximo, tanto para poner las infraestructuras al nivel exigido por la propia normativa nacional, como para extender la oferta pública de cuidados que está por debajo de las necesidades de la población. En 2016 se destinarán cerca de 1.000 millones de dirhams (unos 93,5 millones de euros) a inversión pública en el sector sanitario.

En el sector privado, las oportunidades vendrán de la mano de la apertura de nuevas clínicas de inversores privados, principalmente extranjeros (turcos, belgas, franceses, qataríes, etc.).

6.1.2 Prestación de servicios

Entre los servicios auxiliares que demanda el sector, podemos citar formación, tareas de mantenimiento, servicios de catering/restauración, tratamiento de residuos sanitarios, control de plagas y seguridad.

Actualmente, el Ministerio de Sanidad marroquí tiene externalizados la mayor parte de los servicios auxiliares en los establecimientos sanitarios, aunque ha habido ciertos amagos de reinternalización de alguno de ellos. El Ministerio de Sanidad supone en torno al 60% de la facturación de las empresas de servicios auxiliares, pero muchas de

ellas están reorientándose hacia el sector privado debido principalmente a las demoras en el pago de la administración.

En el ámbito de la formación, se han detectado, principalmente por parte de las administraciones públicas, algunas necesidades formativas en lo relativo a ciertas innovaciones médicas, como pueden ser las nuevas técnicas de cirugía (láser, robótica, etc.), últimos avances en oncología y cardiología, y tratamiento de enfermedades crónicas y/o genéticas. En este sentido, puede citarse el ejemplo de una escuela privada canadiense que ha abierto un centro de formación en Casablanca el año pasado.

Respecto al tratamiento de residuos sanitarios, es una oportunidad comercial que requiere una inversión inicial en plantas de tratamiento. Como ejemplo podemos citar a la empresa española Athisa, que lleva instalada en Marruecos desde el año 2004.

Por otra parte, existe otra serie de servicios técnicos más especializados para los que se prevé una demanda creciente en los próximos años, entre los que podemos citar los siguientes:

- TICs: telediagnóstico, softwares de gestión hospitalaria, mantenimiento de maquinaria compleja (escáneres, equipos de diálisis, de radioterapia, etc.), comunicaciones por satélite para clínicas en entornos aislados... Actualmente estos subsectores se encuentran en su fase inicial de desarrollo, aunque por ejemplo en el desarrollo de softwares de gestión hospitalaria existen empresas marroquíes que ofrecen un producto bastante competitivo.
- Consultoría: en este campo el principal cliente desde hace varios años es el Ministerio de Sanidad, que está empleando los fondos de instituciones financieras internacionales y de la UE para realizar los estudios destinados a localizar debilidades y necesidades del sistema de salud marroquí y a desarrollar planes para mejorarlo.

6.1.3 Equipamiento e insumos

Para una información detallada, se puede remitir al informe sectorial sobre el equipamiento médico y el material sanitario en Marruecos publicado por la Oficina Económica y Comercial de Casablanca²⁹.

6.2 Inversión

6.2.1 Apertura de clínica privada.

La oferta privada tiene un largo camino por recorrer en Marruecos. Es aquí donde la empresa española puede abordar un mercado que no está bien atendido y en el que su reputación, experiencia y tecnología supondrían un importante factor de éxito. Se aconseja un posicionamiento en base a la calidad del servicio.

²⁹ Estudio de mercado. El mercado del equipamiento médico en Marruecos, ICEX, 2015.

Una opción sería crear una clínica generalista que oferte aquellas especialidades que constituyen el grueso de la demanda en cualquier clínica privada marroquí (gastroenterología, pediatría, ginecología, obstetricia, urología, cardiología, etc.) combinándolas con el desarrollo de la excelencia en algunas especialidades peor atendidas en Marruecos que den una imagen diferenciada a la clínica (fertilidad, cirugía robotizada, gerontología, trasplante de órganos, oncología, etc.).

También cabe la posibilidad de adquirir una clínica existente total o parcialmente, comprando las participaciones en la misma que tengan los médicos-socios, lo cual permitiría aprovechar el prestigio y notoriedad que pudiera tener.

Se han podido identificar las siguientes especialidades para las que existe una oferta local menos desarrollada y una demanda creciente:

- Nuevas técnicas quirúrgicas: láser, catéter, robotizada, etc.
- Oncología: existe oferta, pero no es tan puntera como la española.
- Cardiología: ídem.
- Enfermedades crónicas y genéticas: entre éstas destacan las gerontológicas y las enfermedades “raras”, cuya incidencia aumenta según avanza la transición del marco epidemiológico y desciende la mortalidad por enfermedades infecciosas y accidentes.
- En general, todas aquellas en las que se requiere el uso de tecnología punta y experiencia y pericia en su manejo.
- “Medicina del deseo”: aunque existe oferta local, el mercado está lejos de la saturación en clínicas de fertilidad y reproducción asistida, cirugía y medicina estética y oftalmología láser.

No obstante, en tanto en cuanto no se publique el desarrollo reglamentario de la nueva ley, no será posible llevar a cabo la inversión por ninguna de estas vías, lo cual no ha supuesto un obstáculo para que varias empresas extranjeras hayan comenzado a posicionarse, como por ejemplo la española Asisa - Lavina que ha creado un joint-venture con SAHAM. Con un capital inicial de 10 millones de dirhams (unos 934.500 euros), la nueva entidad, SAHAM Asisanté fue creada en noviembre de 2012 con el fin de abrir clínicas en Marruecos. En febrero de 2015, cuando era inminente el cambio legislativo que ahora permitirá a sociedades mercantiles ser propietarias de establecimientos médicos, recibió una inyección de capital de 20 millones de dirhams (1.870.000 euros aproximadamente) por parte de SAHAM, y tiene prevista la apertura de dos centros de diagnóstico multidisciplinar, uno en Casablanca y otro en Rabat.

6.2.2 Partenariado Público - Privado (PPP)

Dadas las limitaciones del modelo de inversión pública clásica, desde los poderes públicos marroquíes se está fomentando la inversión conjunta para cubrir las necesidades que las administraciones no alcanzan a satisfacer. En este sentido, se

insiste desde instancias ministeriales en que la empresa privada puede tomar la iniciativa, y si mediante estudios de mercado o cualquier otro método detecta ciertas necesidades en alguna región, puede presentar un proyecto a las autoridades regionales o provinciales y a otros posibles socios interesados, sean públicos o privados.

Estos proyectos no salen a licitación pública, sino que se firma un convenio a nivel territorial entre los organismos públicos y privados implicados y la empresa privada que prestará el servicio, que además puede ser la que tome la iniciativa de, una vez detectada una necesidad, dirigirse a las instituciones para realizar una oferta y llevarla a cabo regulada por el convenio y financiada por las instituciones y/o empresas interesadas en dicha oferta.

Un buen ejemplo ya operativo sería el de los servicios de asistencia médica de urgencia, para los que el gobierno ha desarrollado el Plan Urgencia 2013-2016, dotado de 50 millones de euros de presupuesto. Los principales objetivos del plan son la mejora de los servicios de urgencias hospitalarias, el desarrollo de las urgencias prehospitales, la formación y la cooperación o “partenariado” con otros organismos (protección civil, gendarmería, ejército, etc.) y el sector privado. Este plan da entrada por primera vez a los PPP en el ámbito de los servicios de asistencia médica de urgencia. El primer proyecto puesto en marcha ha sido el SAMU de El Jadida en el que participan varios organismos públicos y empresas como la OCP y la cadena hotelera Mazagan, y el servicio lo gestiona la empresa privada SAHAM.

7. OPORTUNIDADES PARA CANARIAS

Dadas las tradicionales relaciones diplomáticas, económicas y culturales que ha tenido Francia desde la independencia, son los médicos y establecimientos franceses los que gozan de mayor renombre en Marruecos, siendo mucho menos conocidos entre el público en general los servicios sanitarios españoles.

Sin embargo comienza a ser habitual entre las clases más acomodadas de la sociedad marroquí ir a recibir cuidados y tratamientos a España como turistas sanitarios, lo que contribuye a mejorar la imagen del sector sanitario español en Marruecos.

En este sentido, las empresas canarias tienen un gran potencial en la inversión extranjera indirecta en Marruecos por dos razones principales: calidad de servicios y cercanía geográfica.

7.1 Turismo de salud en Canarias

Como ya se ha comentado anteriormente, existen una serie de servicios que son de baja calidad, tanto por falta de profesionales como de infraestructuras. Los marroquíes viajan principalmente para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, que es la causa principal de la muerte en el país (la tasa de mortalidad era de 35% en 2014).

Otra especialidad requerida es todo lo relacionado con el tratamiento de cáncer y oftalmología, entre otros.

En Canarias se ofrecen excelentes servicios médicos que cumplen con los más exigentes estándares europeos a tan sólo 2 horas de vuelo de las principales ciudades de Marruecos. Las clínicas y hospitales privados canarios ofrecen la mejor combinación de turismo de salud con la más avanzada tecnología en especialidades médicas, además de un excelente servicio de atención personalizada multilingüe. La infraestructura cuenta con unas instalaciones modernas y eficientes.

Por otro lado, cabe mencionar el gran esfuerzo que se está haciendo, desde las instituciones públicas y privadas, para la promoción de las islas como destino de turismo de salud.

Una de las iniciativas es la creación de [Gran Canaria Spa, Wellness & Health](#) que es una organización sin ánimo de lucro creada por el Patronato de Turismo de Gran Canaria, la Federación de Empresarios de Hostelería y Turismo de Las Palmas y empresarios del sector turístico y médico. Su principal objetivo es promocionar la isla de Gran Canaria como destino de turismo médico.

Otro ejemplo sería [Tenerife Health International Service](#) (THIS), la marca especializada en la organización y promoción del turismo de salud que reúne a los mejores profesionales médicos de la isla de Tenerife.

7.2 Conexiones aéreas.

Binter Canarias

Vuelo	Itinerario	Días	Salida	Llegada	Tipo de transporte
NT 6300	Las Palmas – Agadir	Lunes	10:15	11:50	Pasajeros
		Viernes			
NT 6301	Agadir – Las Palmas	Lunes	12:45	14:25	Pasajeros
		Viernes			
NT 6400	Las Palmas – Casablanca ³⁰	Jueves	14:45	17:15	Pasajeros
		Domingo			
NT 6401	Casablanca – Las Palmas ³¹	Jueves	18:00	20:30	Pasajeros
		Domingo			
NT 6200	Las Palmas – Marrakech	Jueves	10:15	12:15	Pasajeros
		Domingo			
NT 6201	Marrakech – Las Palmas	Jueves	13:00	15:10	Pasajeros
		Domingo			
NT 6100	Las Palmas – El Aaiún ³²	Martes	12:30	13:15	Pasajeros
		Jueves			
		Viernes			
		Domingo			
NT 6101	El Aaiún – Las Palmas ³³	Martes	12:50	13:40	Pasajeros
		Viernes			
		Domingo			
NT 6350	Tenerife – Agadir	Miércoles	11:15	13:05	Pasajeros
NT 6351	Agadir – Tenerife	Miércoles	14:05	15:55	Pasajeros
NT 6250	Tenerife – Marrakech ³⁴	Martes	10:20	12:30	Pasajeros
NT 6251	Marrakech – Tenerife ³⁵	Martes	13:15	15:45	Pasajeros

Elaboración propia a partir de: [Binter Canarias](#).

³⁰ Vuelos disponibles durante los meses de julio, agosto y septiembre.

³¹ ÍDEM.

³² Vuelos de martes y jueves disponibles desde el mes de marzo hasta el mes de octubre.

³³ ÍDEM.

³⁴ Vuelos disponibles durante el mes de agosto.

³⁵ ÍDEM.



Vuelo	Itinerario	Días	Salida	Llegada	Tipo de transporte
AT 976	Las Palmas – Casablanca	Jueves, Viernes, Sábado y Domingo	17:40	20:15	Pasajeros
		Lunes	19:10	21:45	
AT 977	Casablanca – Las Palmas	Jueves, Viernes, Sábado y Domingo	14:10	17:00	Pasajeros
		Lunes	15:20	18:10	
AT 999	Las Palmas – El Aaiún	Lunes, Miércoles y Viernes	20:15	20:55	Pasajeros
AT 998	El Aaiún – Las Palmas	Lunes, Miércoles	18:35	19:20	Pasajeros
		Viernes	19:40	20:25	
AT 997	Las Palmas – Dakhla	Martes, Sábado	02:40	03:50	Pasajeros
AT 996	Dakhla – Las Palmas	Martes, Sábado	00:40	01:50	Pasajeros
AT 987	Tenerife – Casablanca	Viernes	16:40	19:20	Pasajeros
		Domingo	17:35	20:15	
		Jueves, Sábado	18:55	21:35	
AT 978 AT 994 AT 978	Casablanca – Tenerife	Viernes	13:00	16:00	Pasajeros
		Domingo	13:55	16:55	
		Jueves, Sábado	15:15	18:15	

Elaboración propia a partir de: [Royal Air Maroc](#).

8. CONCLUSIONES

El presente informe nos muestra el panorama sanitario de Marruecos en su apertura a la inversión extranjera. Esto se debe a los siguientes factores:

Nueva regulación. La aprobación de la ley 131-13 abre la posibilidad de que las sociedades mercantiles se conviertan en propietarias de establecimientos hospitalarios. Sin embargo, hasta que no se lleve a cabo el desarrollo reglamentario de dicha ley, no podrán hacer efectivas las posibles inversiones en el sector.

Partenariado Público – Privado (PPP). Se prevé un aumento del protagonismo de esta modalidad de inversión.

Oferta local. En numerosos subsectores aún está por debajo de los estándares de calidad internacionales y/o es escasa. Además, ya existen empresas y consorcios de diferentes nacionalidades posicionándose para abordar el mercado.

Cambios en la demanda. Ha cambiado notablemente la situación epidemiológica en el país. Actualmente, las enfermedades infecciosas han retrocedido enormemente, mientras que las crónicas y las asociadas a la edad afectan a un porcentaje cada vez mayor de la población. El mayor poder adquisitivo de la población ha aumentado el gusto por tratamientos de mayor calidad y el recurso a la “medicina del deseo”.

Nicho de mercado. Es importante evaluar y localizar el mercado más adecuado para los servicios que se vayan a ofrecer según el campo de actividad si se quiere rentabilizar la inversión en el mercado marroquí, lo cual dependerá mucho de la localización geográfica de la inversión y los convenios que se firmen con aseguradoras públicas y privadas.

Precios. Hay un gran desequilibrio entre las Tarifas Nacionales de Referencia y los precios de mercado para prestaciones iguales. Estas tarifas son utilizadas para fijar la cobertura por las aseguradoras, pero a veces son insuficientes, teniendo que obtenerse el resto del importe directamente del paciente.

Cobertura. El 50% de la población ya ha sido incluida en algún sistema de cobertura sanitaria pública, gracias a la extensión de la AMO y el RAMED. Se espera que este porcentaje siga creciendo en el futuro.

9. INFORMACIÓN ÚTIL

- Agencia Nacional del Seguro de la Salud ([ANAM](#))
- Caja Nacional de la Seguridad Social ([CNS](#))
- Caja Nacional de Organismos de Previsión Social ([CNOPS](#))
- Colegio de Médicos de Marruecos ([Ordre National des Médecins](#))
- [Ministerio de Sanidad de Marruecos](#)
 - ✓ Dirección de Hospitales y Servicios Ambulatorios (DHSA)
 - ✓ Dirección de la Planificación y los Recursos Financieros
 - ✓ División de Partenariado Público - Privado
 - ✓ División de Información y Comunicación
- Régimen de Asistencia Médica ([RAMED](#))

10. BIBLIOGRAFÍA

Este informe se ha basado principalmente en el documento [“El sector hospitalario en Marruecos - ICEX Noviembre 2015”](#).

Otros informes consultados:

- [“Country Partnership Strategy 2014-2017”](#), Banco Mundial, 2013.
- [“El sector hospitalario en Marruecos”](#), ICEX, 2012.
- [“Enquête nationale sur la population et la santé familiale \(ENPSF-2011\)”](#), Ministerio de Sanidad, 2012.
- [“Estadísticas Sanitarias Mundiales”](#), Organización Mundial de la Salud, 2014.
- [“Évaluation des fonctions essentielles de Santé Publique au Maroc”](#), Organización Mundial de la Salud, 2014.
- [“Human Development Report 2015”](#), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015.
- [“Informe feria Medical Expo 2015”](#), ICEX, 2015.
- [“Profiles statistiques de pays”](#), Organización Mundial de la Salud, 2013.

- ["Santé en chiffres 2012", Ministerio de Sanidad, 2013.](#)
- ["Santé en chiffres 2013", Ministerio de Sanidad, 2014.](#)
- ["Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016", Ministerio de Sanidad, 2012.](#)
- ["Turismo de salud España", Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2013.](#)
- ["Previsiones mundiales", Universidad Sherbrooke, 2016.](#)