

La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

Un informe de El Cairo + 10

Conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

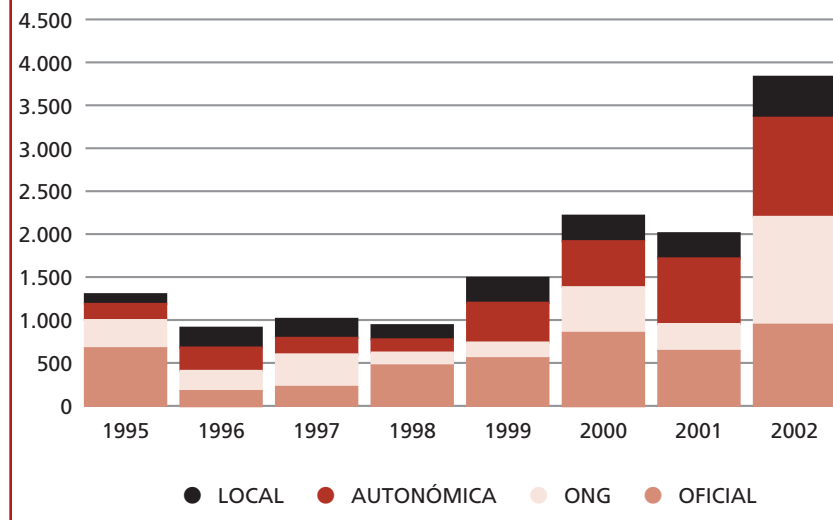
Radiografía de la AOD española en salud reproductiva

En 1999, con motivo del proceso de seguimiento y evaluación de Cairo+5, el GIE publicó el primer informe de la AOD española en población y salud reproductiva, en el cual destacaba la mínima contribución de España a los compromisos financieros adoptados en la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo de 1994. Cinco años más tarde, a las puertas de la evaluación de Cairo+10, el presente informe constata una lenta pero paulatina mejora en el perfil de la ayuda española a un sector básico del desarrollo humano como es la salud reproductiva.

Si en el período 1995-1998 los niveles de ayuda a salud reproductiva se cifraban en un 0,46% de toda la AOD española, en el período acumulado 1995-2002 los niveles han aumentado al 0,78%. Un avance pírrico pero avance al fin y al cabo. Es precisamente a partir de 1999 cuando se observa un crecimiento sostenido tanto en cifras absolutas como relativas de la ayuda a salud reproductiva, destacando en especial el importante incremento ocurrido en el 2002. Este aumento se debe básicamente a la aprobación de dos programas presentados por ONG destinados a salud materno-infantil, en el marco del nuevo sistema de financiación plurianual de ONG por parte de la AECl, así como a un aumento importante también de la contribución de la ayuda autonómica al sector. Estos hechos siguen mostrando, cuatro años después del primer informe, que nos seguimos moviendo en niveles tan bajos que la aprobación de proyectos o programas de cierta entidad suponen importantes incrementos en los niveles de ayuda al sector. (Figura 44).

Por lo que respecta al porcentaje de ayuda a salud reproductiva en relación con el global de AOD española, debemos destacar que en el año 2000 se ha superado la barrera del 1%, para alcanzar en el 2002 el 1,27%. El descenso del 2001 al 0,64% es un hecho coyuntural que se debe tanto a un ligero descenso de la ayuda en términos absolutos como sobre todo al aumento de la AOD global debido a la operación de compra de la deuda que Nicaragua había contraído con Guatemala, y que hizo que en aquel año la AOD española global supusiera el 0,30% del PNB. Recordemos que las recomendaciones internacionales acuerdan

Figura 44. La AOD española en materia de población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas



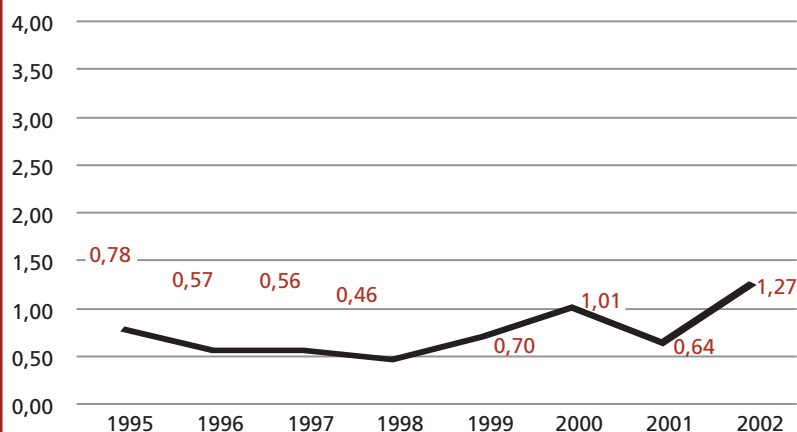
Fuente: elaboración propia

una atención al sector de salud reproductiva de entre el 4 y el 5% del total de la AOD de un país. Por tanto, España sigue lejos de este objetivo, y lejos también de la media de los países donantes, que se sitúa en casi un 3%. (Figura 45).

La ayuda a salud reproductiva se caracteriza en términos globales por una preponderancia casi absoluta del canal bilateral, mediante el cual se ha desembolsado el 88% de toda la ayuda concedida en el período 1995-2002, en detrimento tanto de la ayuda multilateral (9%) como de la multilateral (3%). (Figura 47). Si analizamos más en profundidad los diferentes canales de ayuda bilateral, observamos que la bilateral directa del Gobierno central sólo abarca el 21% del total, mientras que la cofinanciación de la AECI a ONG supone el 25% y la ayuda descentralizada el 42% restante. En definitiva, más del 67% de la AOD española a salud reproductiva se canaliza a través de proyectos de ONG. Es evidente, pues, el débil liderazgo del Gobierno español, y en concreto de la AECI en la cooperación al sector que nos ocupa. (Figura 46).

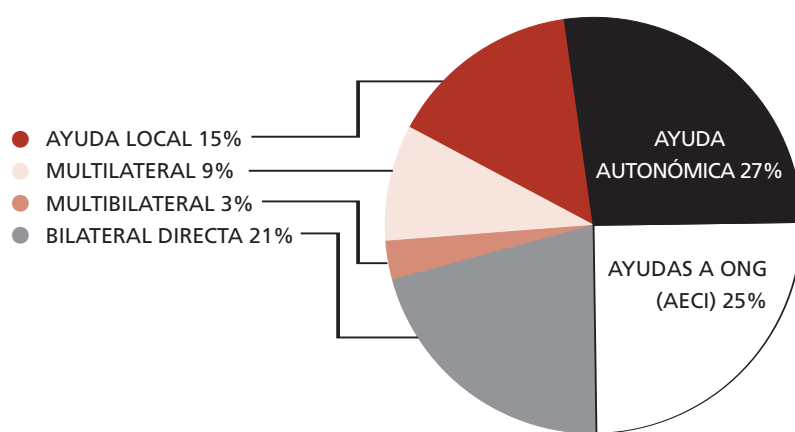
Por lo que respecta a la distribución por subsectores, la principal característica de la ayuda española es su débil aportación a servicios de planificación familiar, en relación tanto con las recomendaciones de El Cairo como con la media de los países donantes. Por el contrario, los servicios básicos de salud reproductiva, mayormente orientados a la atención materno-infantil, suponen el grueso de la ayuda. España concede al subsector de ETS y VIH/Sida una proporción mayor que la recomendada en El Cairo pero menor que la media otorgada por el conjunto de donantes internacionales. También destaca la débil aportación

Figura 45. Porcentaje de la AOD española a programas de población y salud reproductiva



Fuente: elaboración propia

Figura 46. La AOD en población y salud reproductiva 1995-2002 según canales de desembolso

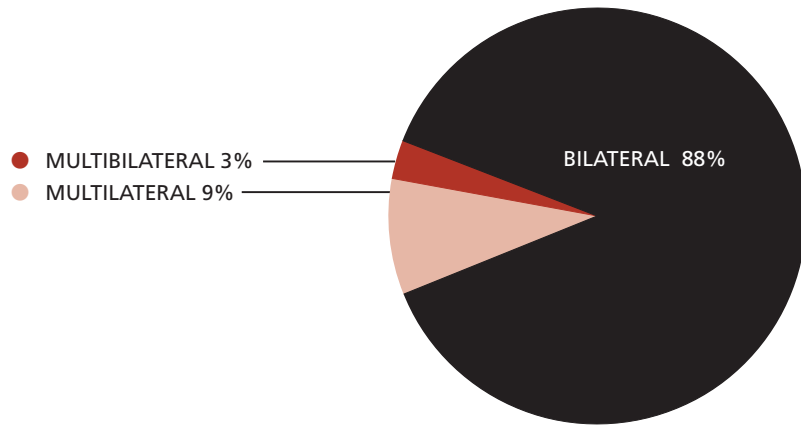


Fuente: elaboración propia

a la recogida de datos, asistencia en la elaboración de censos y de políticas de población y desarrollo. (Figura 48).

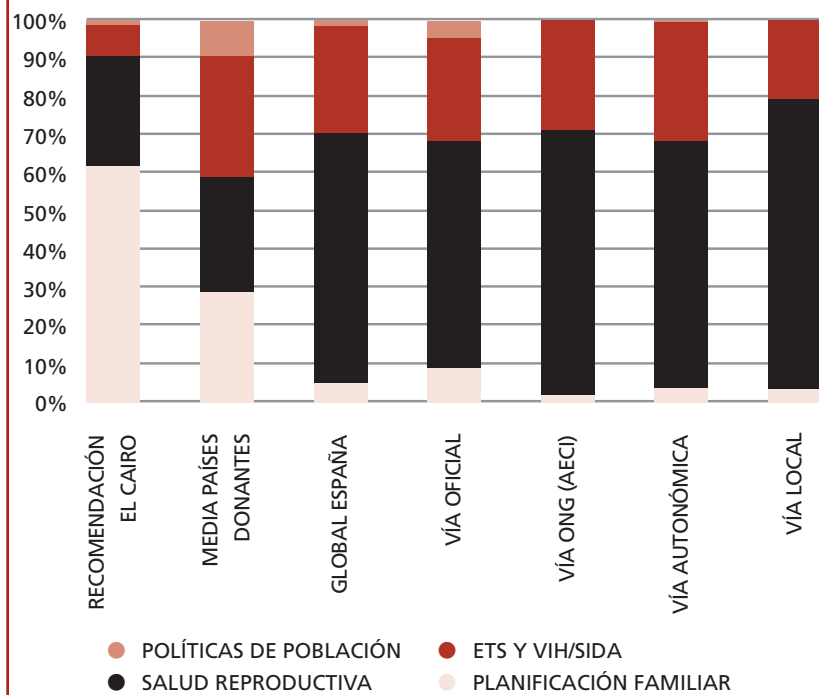
También en la distribución geográfica de la ayuda, España destaca por mantener una tónica muy distinta de la global de los donantes. El importante peso de la ayuda a América Latina y Caribe en primer lugar, y al norte de África en segundo lugar, juega en detrimento del apoyo a los países del África Subsahariana (excepción hecha de la ayuda descen-

Figura 47. Distribución de los canales de la AOD española a población y salud reproductiva 1995-2002



Fuente: elaboración propia

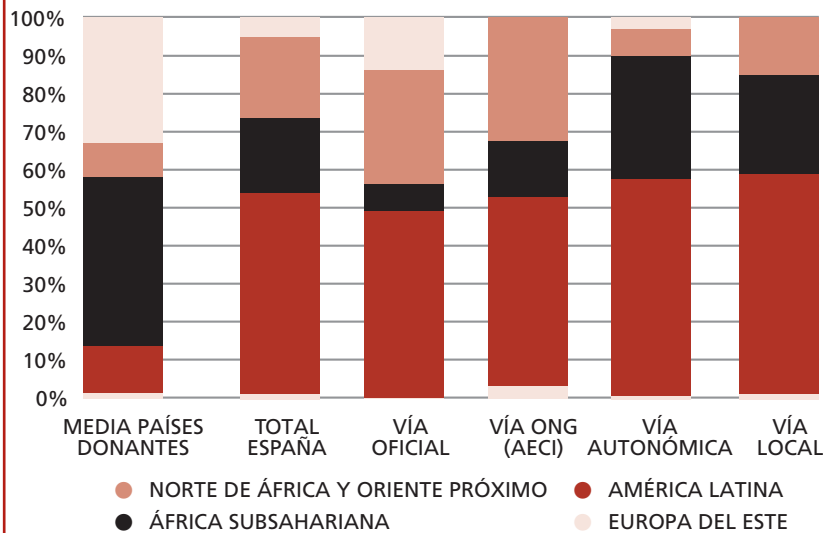
Figura 48. Proporción de la ayuda a población y salud reproductiva distribuible por subsectores 1995-2002



Fuente: elaboración propia

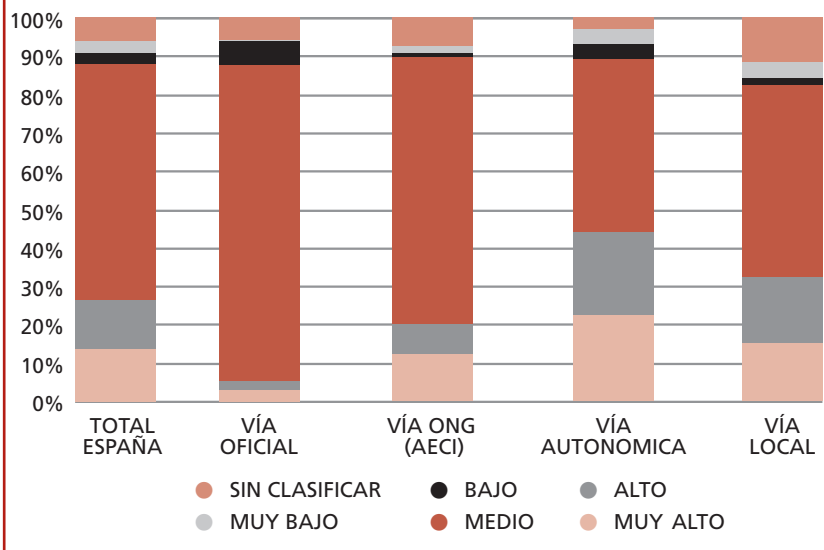
tralizada), donde se concentran los países con índices de mayor riesgo reproductivo. (Figuras 49 y 50). Así pues, entre los diez primeros receptores de AOD española a salud reproductiva, lista que encabeza

Figura 49. Proporción de la ayuda distribuible por regiones



Fuente: elaboración propia

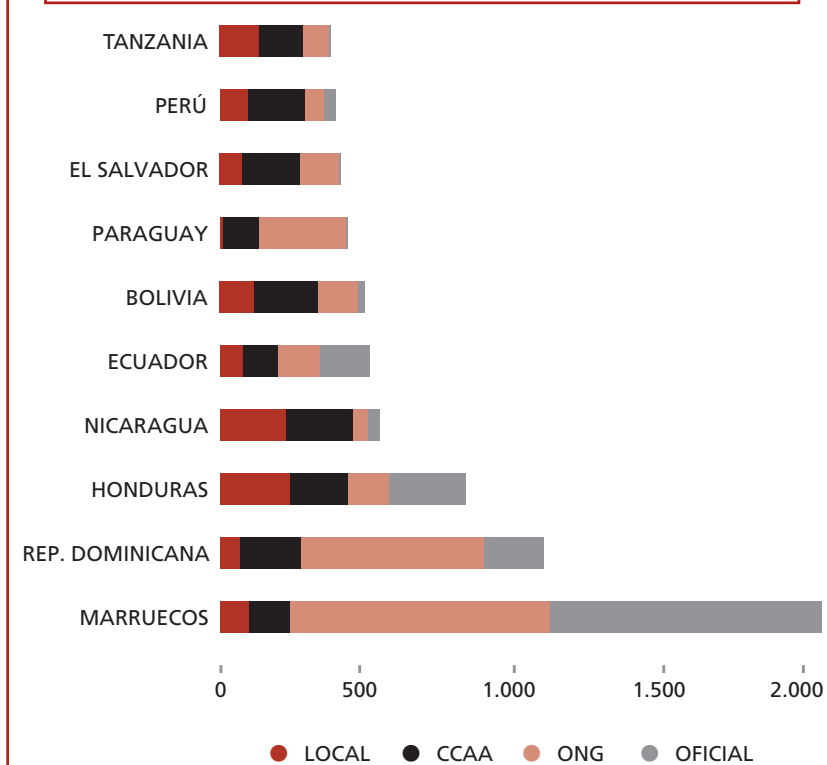
Figura 50. AOD española a población y salud reproductiva según índice de riesgo reproductivo de los países receptores 1995-2002



Fuente: elaboración propia

Marruecos con una concentración de la ayuda española que alcanza el 17%, ocho son países de América Latina, y sólo el que ocupa el puesto número diez es del África Subsahariana, Tanzania, con un índice de riesgo reproductivo muy alto. (Figuras 51 y 52).

Figura 51. Los diez primeros países receptores de AOD española en población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas



Fuente: elaboración propia

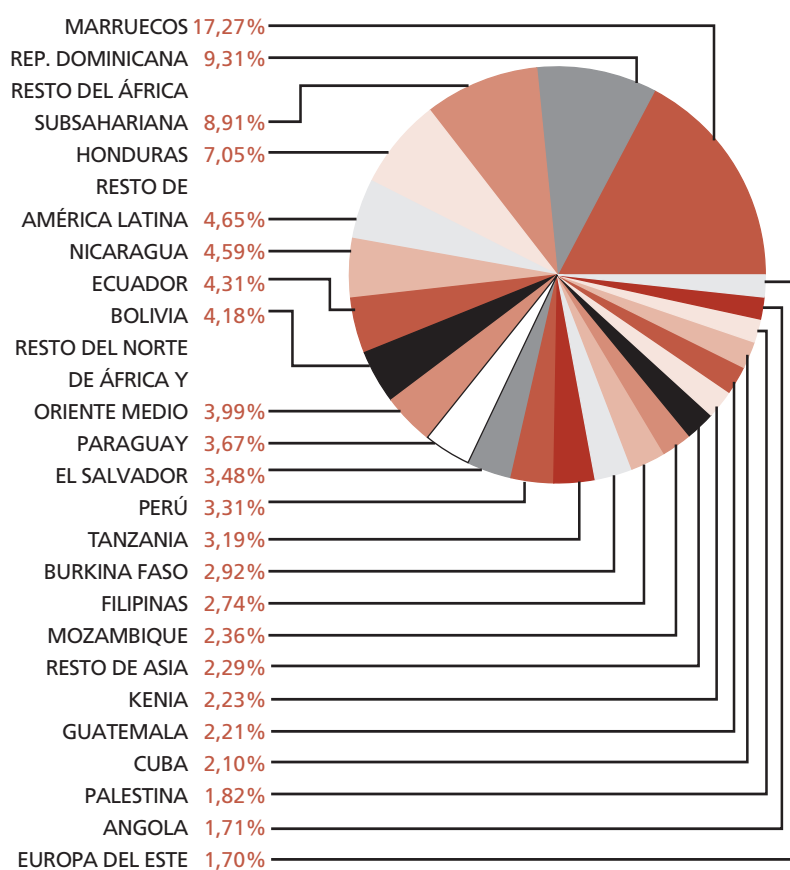
Recomendaciones para la cooperación española

El contexto internacional

1. Desde 1994 la agenda de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo se ha visto reforzada por las cumbres y conferencias sucesivas, en especial por la Cumbre del Milenio y los correspondientes objetivos de desarrollo del Milenio para el 2015.

A punto de cumplirse diez años de la CIPD, la agenda de El Cairo sigue movilizando a la comunidad internacional a favor del cumplimiento de los compromisos adoptados en materia de población y desarrollo. Absolutamente todas las cumbres y conferencias posteriores han reafirmado y ampliado los objetivos de El Cairo, convirtiéndolos en elementos básicos para alcanzar un desarrollo humano sostenible e incluyendo de manera destacada entre los objetivos de desarrollo del Milenio la necesidad de mejorar la salud materna, la salud infantil y frenar la expansión del VIH/SIDA mediante el aumento de la planificación familiar.

Figura 52. Distribución por países de la AOD española a población y salud reproductiva 1995-2002



Fuente: elaboración propia

Desde la Cumbre de Beijing de 1995, España no ha destacado por un papel de liderazgo en las cumbres que establecen la agenda internacional de desarrollo, y su perfil es especialmente bajo en aquellas cumbres relacionadas con los temas de población y salud reproductiva. El Gobierno español debe asumir como miembro destacado de la comunidad internacional un mayor protagonismo en dichos encuentros.

2. Las contribuciones financieras de los donantes internacionales a los objetivos de El Cairo siguen siendo insuficientes al aumentar de manera muy lenta, e incluso se observan retrocesos con la orientación política e ideológica contraria al enfoque global de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Uno de los avances de El Cairo fue establecer metas financieras concretas en lo que se refiere a población y salud reproductiva. Tanto el CAD como la Unión Europea han incluido en sus orientaciones y estrategias de financiación del desarrollo los objetivos de mejorar la salud sexual y

reproductiva como estrategia para la erradicación de la pobreza. Sin embargo, en el año 2000, los países donantes apenas cumplieron en un 46% su compromiso. La media de AOD destinada por los países donantes al sector de población y salud reproductiva fue en el 2000 del 2,93%, siendo los países nórdicos quienes encabezan el cumplimiento de movilización de recursos.

España se encuentra en la cola del pelotón en lo que a movilización de recursos de la CIPD se refiere, y debería hacer un esfuerzo en los próximos años, especialmente cara a la evaluación de Cairo+10, por abandonar los últimos puestos, siguiendo los pasos ya iniciados por otros donantes en situación similar a la española, como Italia. El mayor protagonismo de la Unión Europea ante los recortes de la cooperación norteamericana, la coordinación y coherencia con las políticas comunitarias y las directrices en esta materia del CAD debería servir de acicate para mejorar la posición de España.

La cooperación española

3. El 0,26% de AOD en el 2002 es un nivel muy reducido para el potencial de la economía española, observándose en los últimos años un crecimiento irregular y excesivamente lento para alcanzar no ya el objetivo del 0,7% sino incluso objetivos intermedios como el 0,33% para el 2006.

Bajo la presidencia española, el Consejo Europeo celebrado en Barcelona en marzo del 2002 anunció el compromiso de alcanzar el 0,33% de AOD en el 2006 para aquellos países que como España se encuentran en niveles bajos de ayuda. Cumplir el compromiso debe implicar un rápido incremento de la AOD española.

La lenta pero sostenida recuperación que ha llevado a España a situarse por primera vez en 1997 por encima de la media de los países donantes debe acelerarse a muy corto plazo.

4. La orientación sectorial y geográfica de la cooperación española en general no favorece la erradicación de la pobreza ni se dirige prioritariamente a atender las necesidades básicas.

La ayuda bilateral española tiene aún un importante componente de créditos FAD, pese a haber disminuido del 80% en 1993 al 34% en el 2002. El crecimiento de las donaciones se produce principalmente por el incremento de la ayuda descentralizada. La orientación geográfica de la cooperación española no favorece a los países más pobres (6,48% de la ayuda bilateral a países menos adelantados en el 2001, cuando la media del CAD se sitúa en el 20,6%). Según el CAD, sólo el 9% de la AOD española se destina a servicios sociales básicos. La ayuda a sectores como educación y salud no

va destinada prioritariamente a servicios básicos sino a becas y educación superior, en el caso de la educación, y a infraestructuras e instalaciones de nivel superior, en el caso de la salud.

España debería reorientar su ayuda hacia la educación y sanidad básicas. Una mayor dedicación a la sanidad básica debería incidir en una mejor cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva a través de la atención primaria. Asimismo, debería aumentar su aportación al desarrollo de los países menos adelantados.

Población y salud reproductiva en las prioridades

5. La cooperación española se ha dotado de normas y líneas directrices en lo que supone un salto cualitativo y un importante esfuerzo en ordenar y racionalizar la política de cooperación. Destaca en especial la aprobación de la estrategia de salud que incluye elementos de salud sexual y reproductiva en las prioridades, aunque aún no se ha incorporado un enfoque integral del sector.

La aprobación en el 2003 de la Estrategia de la Cooperación Española en Salud, en la que se incluyen elementos de salud sexual y reproductiva, deberá mejorar la prioridad que hasta el momento se ha dado al sector. No obstante los elementos aparecen inconexos sin un enfoque global integrador como propuso El Cairo.

España debe seguir los pasos de otros donantes y dotarse de una estrategia específica en materia de población y salud reproductiva que refuerce, amplíe y mejore la estrategia de salud, pasando de enfoques verticales a un enfoque integral del sector. Por otra parte, la futura Estrategia de Igualdad entre Mujeres y Hombres debe ser una verdadera estrategia de género y desarrollo, y no limitarse a un enfoque de mujer en desarrollo.

6. No parece existir una relación coherente entre el Plan Director, los planes anuales, las estrategias y la realidad de la ayuda por lo que respecta al sector de salud reproductiva. Las prioridades aparecen y desaparecen sin seguir una tendencia continuada que suponga una acumulación de experiencia.

El caso más claro es la casi ausencia de proyectos de planificación familiar cuando la necesidad de actuar en este sector aparece mencionada específicamente en el Plan Director.

La cooperación española debería mantener una planificación acorde con las prioridades escritas en las líneas estratégicas y actuar efectivamente en aquellos sectores del desarrollo mencionados en la normativa de la cooperación española.

7. Terminología obsoleta, centrada en el binomio madre-hijo, sin un adecuado enfoque de género y con una visión vertical y no integradora del sector de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Se observa todavía en la cooperación española un enfoque pre-Cairo de salud materno-infantil como un binomio indisoluble y que en muchas ocasiones sigue viendo la salud de la madre como un medio para mejorar la salud infantil y de la familia. Este enfoque denota una débil introducción de la perspectiva de género y una ausencia de un marco integral de salud y derechos sexuales y reproductivos, excepción hecha del Instituto de la Mujer, que sí adopta una terminología internacionalmente reconocida.

España debería esforzarse por introducir el concepto integrador de salud y derechos sexuales y reproductivos que lleva ya una década siendo aplicado en otras cooperaciones y en las políticas de la mayor parte de los países en desarrollo.

La ayuda vía oficial del gobierno español

8. La ayuda multilateral a salud reproductiva es excesivamente reducida, y dentro de ésta, el apoyo al FNUAP es manifiestamente mejorable. Existe una clara preferencia por el canal bilateral. Se prefiere dejar en manos del canal bilateral y especialmente de las ONG la cooperación en salud reproductiva, en lo que supone una falta de liderazgo por parte de la AECI y de otras administraciones centrales para con el sector básico de salud reproductiva.

La ayuda multilateral sólo supone un 19% de toda la ayuda vía oficial del Gobierno español a salud reproductiva. En concreto la contribución al FNUAP es muy reducida, teniendo en cuenta que es la principal institución dentro del sistema de Naciones Unidas encargada de llevar a buen puerto el programa de Acción de El Cairo y la que más experiencia y capacidad técnica ha acumulado en el sector que nos ocupa. Además de no gozar de preferencia, es un canal que se ha mantenido estancado en los últimos ocho años, sin superar los 150 millones de pesetas anuales.

La cooperación española debería confiar más en los organismos multilaterales con mayor experiencia técnica y capacidad de desarrollar programas de mayor impacto. La evaluación de Cairo+10 es un momento idóneo para revisar la política de la cooperación española con el FNUAP y elevar su contribución voluntaria.

9. La AOD vía oficial del Gobierno español es la más diversificada en lo que a distribución por subsectores de salud reproductiva se refiere. Sin embargo, en relación con las recomendaciones de financiación del

Programa de Acción de El Cairo destaca la escasa atención a planificación familiar.

La ayuda vía oficial del Gobierno español es el más diversificado de todos los canales de ayuda española. Sin embargo, las proporciones asignadas difieren muy acusadamente de las recomendaciones financieras a cada uno de los componentes del Programa de El Cairo. Destaca la escasa atención al sector de planificación familiar, lejos de recibir el 60% recomendado en El Cairo, o incluso el 30% que como media destinan los países donantes, ya que la ayuda española a salud reproductiva sólo dedica un 10% a planificación familiar. Los proyectos de planificación familiar siguen siendo la excepción en el global de la cooperación española pese a mencionarse en el Plan Director 2001-2004.

El Gobierno español debe aumentar de manera considerable el apoyo prestado a proyectos de planificación familiar, pues supone la cobertura de una necesidad social básica que se encuentra plenamente integrada en los objetivos de desarrollo del Milenio como un indicador para reducir la mortalidad materna y la erradicación de la pobreza.

10. La AOD del Gobierno español a salud reproductiva tiene un elevado nivel de concentración geográfica, con Marruecos como país prioritario. No obstante, destaca la mínima atención prestada a países del África Subsahariana donde se encuentran los índices de riesgo reproductivo más elevados.

Marruecos es el país más favorecido por esta concentración geográfica, seguido de Filipinas, Honduras, la República Dominicana, Ecuador y Argelia. Los países del África Subsahariana con índices altos o muy altos de riesgo reciben, sin embargo, una escasa atención. El 82% de la ayuda del Gobierno español se dirige a países con un riesgo reproductivo moderado, principalmente de América Latina y el norte de África, mientras que los países con elevados niveles de riesgo sólo se benefician de un 5% de la ayuda vía oficial.

El Gobierno español debe aumentar la atención a las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva a los países del África Subsahariana y aquellos con peores índices de riesgo reproductivo. Destinar sólo un 5% a estos países muestra que existe un amplio margen de incrementar la ayuda sin por ello variar las prioridades geográficas de la cooperación española.

Ayudas a ONG de la AECI

11. Las ayudas a proyectos de salud reproductiva de ONG y entidades sin ánimo de lucro han tenido una evolución irregular en los últimos años, destacando el fuerte incremento en el año 2002, en el marco del nuevo

sistema de cofinanciación plurianual. Aun así, se observa un elevado nivel de rechazo por parte de la AECl de proyectos presentados por las ONG.

La AOD española a salud reproductiva ha canalizado un 25% a través de las convocatorias a subvenciones a ONG de la AECl. El destacado aumento en el año 2002 se debe principalmente a la aprobación de dos programas plurianuales de salud materno-infantil. Aun así, destaca la reducida presencia de proyectos en esta área. El hecho de que en el 2001 se rechazaran 14 de las 17 acciones de cooperación presentadas en el sector de salud reproductiva muestra un nivel de rechazo elevado, teniendo en cuenta la relación directa con los objetivos de desarrollo del Milenio que tienen elementos como planificación familiar, salud reproductiva y la lucha contra el Sida.

Las convocatorias deben comprender de manera específica entre sus prioridades la atención a la salud reproductiva, incluida la planificación familiar y ETS y VIH/Sida, y aumentar los niveles de financiación a este tipo de proyectos presentados por las ONG.

12. De las seis ONG que concentran el 75% de las subvenciones de la AECl a proyectos de salud reproductiva, tres son sanitarias y tres de inspiración cristiana católica.

Las ONG de carácter sanitario concentran el 58% de las ayudas a proyectos de salud reproductiva. Destaca la presencia relevante de ONG inspiradas en el humanismo cristiano y en la doctrina social de la Iglesia en un sector que ha recibido una importante oposición por parte de la Iglesia católica. El 26% de las ayudas de la AECl a proyectos de salud reproductiva se ha destinado a proyectos de estas asociaciones. Es una proporción que llama la atención dado que es un sector particularmente conflictivo y en abierta contradicción con la doctrina católica en esta materia.

Las subvenciones a ONG en el sector de salud reproductiva deberían primar a aquellas ONG, sanitarias o no, que trabajen con un claro enfoque integral de salud y derechos sexuales y reproductivos y que no muestren ningún tipo de actitud reacia a trabajar cualquiera de los elementos que componen la atención al área sexual y reproductiva.

13. La orientación geográfica y sectorial de los proyectos financiados a ONG sigue las directrices de la cooperación oficial, y se observa incluso una peor cobertura al sector de planificación familiar, e igualmente una escasa atención a países con mayores riesgos reproductivos.

Después de la ayuda vía oficial del Gobierno español, las subvenciones a ONG son la vía que en menor grado ha favorecido a los países del África Subsahariana, con sólo un 15% de la ayuda. Existen unos mayores niveles de apoyo a países con riesgo reproductivo alto o muy

alto, pero a todas luces insuficientes para la orientación que debería esperarse del trabajo de las ONG. Los proyectos de planificación familiar sólo han significado un 2% de la financiación; en este sentido, la situación ha empeorado con respecto a 1998, cuando alcanzaban un ya exiguo 4%.

La cofinanciación a proyectos de ONG debería mejorar su atención a países con índices elevados de riesgo reproductivo, principalmente del África Subsahariana, y aumentar el apoyo al sector de planificación familiar.

Cooperación autonómica

14. La cooperación autonómica es el tipo de ayuda que ha crecido de manera más espectacular en su apoyo a proyectos de salud sexual y reproductiva, suponiendo el 27% de toda la AOD española al sector. Sin embargo, destaca la poca atención prestada por parte de algunas comunidades con importantes presupuestos de cooperación.

Las comunidades autónomas han llevado a cabo un desarrollo normativo y presupuestario que ha significado un importante aumento en la ayuda a salud reproductiva. Con unos niveles del 3% de AOD al sector, se encuentra muy por encima de la media global española, que no alcanza el 1%. Sin embargo, el margen de crecimiento de esta ayuda es aún elevado, puesto que existen comunidades autónomas con importantes presupuestos a cooperación que no han destacado hasta el momento por una adecuada atención a la salud sexual y reproductiva.

Cataluña, Madrid y el País Vasco deben mejorar sus niveles de AOD a salud reproductiva y acercarse a la media de donantes autonómicos, situada en el 3%, siguiendo el ejemplo de otras comunidades, como Navarra y Valencia.

15. Pese a los avances en materia normativa y de fijación de prioridades y objetivos, sólo el País Vasco, Castilla-La Mancha, en menor medida Navarra y más recientemente Madrid y Cataluña incuyen entre sus prioridades sectoriales menciones específicas a sectores de salud reproductiva.

La normativa autonómica en lo que a líneas directrices se refiere es bastante diversa, si bien se observa cada vez más una mayor integración de los objetivos internacionalmente reconocidos en materia de salud sexual y reproductiva. La planificación estratégica más avanzada en plasmar objetivos de salud reproductiva es la recientemente aprobada por Cataluña. De todos modos, la especificación de prioridades sectoriales no siempre trae como consecuencia una mayor atención al sector, como ocurre en el caso del País Vasco.

Las comunidades autónomas deberían especificar más claramente en sus prioridades en materia de cooperación la importancia de la salud reproductiva como parte de los objetivos del Milenio. Los proyectos de ley en curso como los de Andalucía y Baleares, así como futuras legislaciones y planificaciones en otras comunidades, deberían incluir menciones específicas al sector. Asimismo, debería asegurarse que se cumplen las prioridades sectoriales en la financiación de proyectos.

16. La AOD autonómica es la que mayor proporción destina a países con riesgo alto y muy alto, así como a VIH/Sida, revelándose como el canal de la ayuda española que parece adecuarse mejor a las necesidades internacionales en salud sexual y reproductiva. Por el contrario, la cobertura en materia de planificación familiar es escasa, con algunas excepciones.

Destacan comunidades como el País Vasco o Asturias que destinan la mayor parte al África Subsahariana y al VIH/Sida. En cambio, Cataluña destaca por conceder hasta un 29% de su ayuda al sector a países con riesgo reproductivo bajo o muy bajo. Sólo Andalucía (16%), Extremadura (11%), Castilla-La Mancha (5%), Aragón (5%), Navarra (4%) y Baleares (3%) han financiado proyectos de planificación familiar.

La ayuda autonómica debe mantener los elevados niveles de ayuda a los países con peores indicadores de salud reproductiva y aumentar la ayuda al sector de planificación familiar, así como fomentar la integración del enfoque integral de salud y derechos sexuales y reproductivos, en detrimento de enfoques materno-infantiles carentes de perspectiva de género.

AOD local

17. Los entes locales canalizan el 15% de toda la ayuda española a salud reproductiva, manteniendo una línea ascendente pero en menor grado que la autonómica. Su distribución geográfica y sectorial es similar a la autonómica, si bien prioriza en menor grado que ésta la ayuda a países con riesgo reproductivo más elevado, y es el canal que mayor proporción destina a países de bajo riesgo.

La ayuda local es la que mayor proporción destina a América Latina, lo que la sitúa en peor disposición a la hora de priorizar a países con índices de riesgo reproductivo altos o muy altos. Es además la que menos prioriza en VIH/Sida y la segunda peor situada en apoyar proyectos de planificación familiar. Pese a ello, es de destacar que la Diputación de Sevilla es la administración pública española que mayor proporción destina a este sector tan marginal en la cooperación española.

La cooperación de los entes locales debería incrementarse a un ritmo similar a la cooperación autonómica, pues en los últimos años se observa un cierto estancamiento. Por otra parte, debería atender en mayor

medida las necesidades de los países con peores indicadores de salud reproductiva, así como las necesidades no cubiertas de planificación familiar.

18. El Ayuntamiento de Madrid es el mejor ejemplo de administración local en la priorización de proyectos de salud reproductiva en su AOD.

El Ayuntamiento de Madrid ha suministrado el 21% de toda la ayuda local al sector, superando en contribución incluso a gobiernos autonómicos como el andaluz y el catalán. Agrupados por comunidades, son los municipios catalanes quienes encabezan las contribuciones locales a salud reproductiva, seguidos de los madrileños.

Algunas administraciones locales que destacan por su volumen de AOD global deberían incrementar la atención a este sector básico. Es el caso de ayuntamientos como Barcelona, Sevilla, Murcia, o Gijón, o diputaciones como Álava, Córdoba, o el cabildo insular de Gran Canaria. Por comunidades autónomas, las administraciones locales de Murcia, Galicia, Castilla-La Mancha y Canarias deberían también incrementar sus recursos a salud reproductiva.

19. Las dificultades por recoger y analizar datos de la ayuda local española siguen siendo evidentes, en especial en aquellas administraciones con menores presupuestos de cooperación.

La ayuda local cuenta en general con una insuficiente infraestructura para planificación y evaluación, dada la pequeña escala de la mayoría de donantes. La capacidad de responder a las solicitudes de información requeridas para la realización de este informe y otros similares debería ser mejorada.

Se debe mejorar la publicidad de las acciones de cooperación local, por ejemplo a través de las páginas web de las corporaciones locales y provinciales.