

من الأهداف الإنمائية للألفية إلى التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥: الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في بيئة داعمة متطورة

بقلم: بيتر إس هيل^١، ديل هانتغتون^٢، ربيكا دود^٣، مايكل بتسورث^٤

أستاذ مساعد في النظم الصحية العالمية، كلية الصحة السكانية، جامعة كوينزلاند، هيرستون، ٤٠٠٦، بريزبان، أستراليا.

للمراسلة: peter.hill@sph.uq.edu.au

ب مدير، دليل آسيا والمحيط الهادئ المعني بالنظم والسياسات الصحية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في غرب المحيط الهادئ، مانिला، الفلبين

ج المسؤول الفني، شعبة تطوير النظم الصحية، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في غرب المحيط الهادئ، مانिला، الفلبين (في وقت كتابة هذا البحث)

د باحث، كلية الصحة السكانية، جامعة كوينزلاند، بريزبان، أستراليا

ترجمة: سهير جمال محفوظ

موجز المقال: تقدم هذه الورقة البحثية، استناداً إلى أبحاث مستقاة من دراسات حالة قطرية، رؤى حول مجموعة من التغييرات المؤسسية والهيكلية في المساعدة الإنمائية في الفترة بين ٢٠٠٥ و٢٠١١ وتأثيرها على إدراج جدول أعمال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في بيئات التخطيط الوطني. وفي غضون هذه الفترة، دعمت الجهات المانحة على الصعيد العالمي طرائق مساعدات أكثر تكاملية - نُهج على مستوى القطاعات، وأوراق استراتيجية للحد من الفقر، والدعم المباشر للميزانية - مع زيادة استخدام أطر العمل الاقتصادية في عمليات صنع القرار. جذبت الأهداف الإنمائية للألفية الانتباه لمسألة وفيات الأمهات بصورة كبيرة، ولكن جاء ذلك على حساب جدول أعمال أوسع يختص بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. لم تكن الدعوة على مستوى التخطيط الوطني وثيقة الصلة بتنفيذ البرنامج، ولم يكن مسؤولو الصحة موفقين في المناقشات الاقتصادية، بل افتقروا إلى الضوابط المالية وضوابط الميزانية لضمان الارتباط بين الدعوة والعمل. ومع ارتفاع الكفاءة في عمليات التخطيط على المستوى الأعلى، يعيد مسؤولو الصحة التركيز على الأهداف الإنمائية لما بعد عام ٢٠١٥. وإذا كان للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية أن تزعم الترابط بين عناصرها المتعددة، فلا بد أن يربطها الداعون إليها بالمواضيع الرئيسية للتنمية المستدامة، ألا وهي أوجه عدم المساواة بين الجنسين، والتعليم، والنمو والسكان، بل وبالتوسع الحضري، والهجرة، وعمل المرأة، وتغير المناخ. © مجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٣

From Millennium Development Goals to post-2015 sustainable development: sexual and reproductive health and rights in an evolving aid environment

PS Hill et al. Reproductive Health Matters 2013;21(42):113-124

الكلمات الدالة: الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، الأهداف الإنمائية للألفية، الأهداف الإنمائية لما بعد عام ٢٠١٥، فعالية المعونة، جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، ملاوي، السنغال، طاجيكستان

الصحة على تحسين معدلات وفيات الأمهات والمواليد^{١،٢}، ولكن التقدم الحزب في خفض وفيات الأمهات كانت تحيط به المخاوف، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى^٣، وقامت في ذلك العام الشراكة من أجل صحة الأمهات والمواليد والأطفال التي تركز على مظاهر

شكّل عام ٢٠٠٥ نقطة فارقة في انخراط الأمم المتحدة في ميدان الصحة الجنسية والإنجابية. وقد ركزت الأهداف الإنمائية للألفية على صحة الأمهات والأطفال، يعززها تقرير الصحة العالمية لعام ٢٠٠٥: "فلنجعل قيمة لكل أم وطفل"^١. وقد تجلت بوضوح قدرة تدخلات النظم

على مدار العام الماضي. وكانا يتشاركان الشواغل بشأن قدرات البلدان على تمثيل الصحة الجنسية والإيجابية بصورة فاعلة في عمليات التخطيط القطاعية والوطنية التي برزت نتيجة ما كان يُشار إليه آنذاك باسم "بيئة مساعدات جديدة". ومنذ تسعينيات القرن العشرين، صارت توجهات التنمية أكثر تكاملية: فقد أسهم الاتفاق الدولي بشأن الحد من الفقر بصفته هدفًا إيمانيًا أساسيًا في توجيه اقتصادي بالدرجة الأولى نحو التنمية. وعزز تقرير التنمية العالمية الذي صدر عام ١٩٩٣^٥ إبراز الصحة ووضعها داخل الإطار. وبات الخطاب بشأن المساعدات يدعو حينها إلى التحول من تمويل مشروعات منفصلة إلى البرامج المتكاملة، أو الدعم المباشر للميزانية. وهو الخيار الأفضل. برز التنسيق من أجل التنمية، على مستوى القطاعات، وذلك بفضل النهج القطاعية الشاملة في ميدان الصحة، التي كان يميزها الحزم في إصلاح القطاعات التي تديرها الحكومات، والتعاون بين الجهات المانحة من خلال حشد الموارد. كانت أوراق استراتيجية الحد من الفقر المتكاملة: تهدف إلى تحقيق التنسيق في السياسة المناصرة للمفقر على المستوى الوطني. وقد اكتشف الموظفون القطريون بالأمم المتحدة أن تدريبهم المهني، رغم توجهه القوي نحو التقانة والبرامج، محدود الجدوى عند تقديم المشورة لوزارات الصحة بشأن هذه الهياكل والنهج الجديدة.^٦ وأدت هذه الشواغل إلى برنامج من البحوث الاستكشافية وتقديم بناء القدرات على المستوى القطري من أجل الدعوة في عمليات التخطيط القومية. لقد وفرت النتائج التي خلصت إليها هذه الأبحاث وما ترتب عليها من تقييمات لبرامج بناء القدرات التي استهدفت ٢٧ موظفًا قطريًا بمنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان في أربع

التفاعل بين صحة الأمهات والمواليد والأطفال.^٥ ولكن هذا الزخم ظل مرهونًا بتحقيق الهدف ٥-أ من الأهداف الإنمائية للألفية؛ وهو: خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين ١٩٩٠ و٢٠١٥. ومن منظور الصحة الجنسية والإيجابية، لا يمثل ذلك سوى جزء واحد من مجموعة كاملة متنوعة من خدمات الرعاية المبينة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، مثل تنظيم الأسرة، وصحة الأمهات والمواليد، ومعالجة المشكلة الصحية العامة المتمثلة في الإجهاد غير الآمن، ومكافحة الأمراض المنقولة جنسيًا، ومكافحة الممارسات الضارة، وتعزيز الصحة الجنسية.^٦ وسيستغرق الأمر عامين آخرين حتى يصدر قرارًا خاصًا من الجمعية العامة للأمم المتحدة يضاف على أثره الهدف ٥-ب من الأهداف الإنمائية للألفية في وقت متأخر: بغيّة توفير سبل الوصول إلى خدمات الصحة الإيجابية.^٧ بحلول عام ٢٠١٥، ما يعكس الاستجابة المسبّسة إلى حد كبير للصحة الجنسية والإيجابية، والمقاومة المستمرة لتعزيز تنظيم الأسرة.

بحلول عام ٢٠٠٥، كان قد اتضح جليًا أن الالتزام العالمي بجدول أعمال شامل خاص بالصحة الجنسية والإيجابية ضعيف وإه؛ ومع توافق الآراء بشأن الأهداف الإنمائية للألفية، باتت الجهات المانحة الرئيسية الثنائية الأطراف والمتعددة الأطراف والخيرية تكثف الموارد الموجهة إلى مرض نقص المناعة البشرية / الإيدز وغيره من الأمراض المعدية، وصحة الطفل وصحة الأم بمفهومها الضيق. وفي الوقت ذاته، وُضع جدول أعمال الصحة الجنسية والإيجابية قيد التنفيذ في بيئة عالمية للمساعدات تزداد تعقيدًا. وقد أدرك ذلك المشاركون في المشاورات رفيعة المستوى التي شهدتها منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان

من الأهداف الإيمانية للألفية. على أن يتم رصدها ورفع التقارير بشأنها سنويًا. ودمجها في عمليات التخطيط القومية الأخرى مثل أوراق استراتيجية الحد من الفقر^{١٦،١٥}. وحذت العملية القطرية لإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإيمانية حذو المبادرات الأوسع نطاقًا الرامية إلى فعالية المساعدات سعيًا إلى التوفيق بين أنشطة الأمم المتحدة وسياسة الحكومة. وتنسيق عمل شتى وكالات الأمم المتحدة. والآن باتت النهج القطاعية للتنمية في ميدان الصحة تحظى بما يربو على عقد من الخبرة في مجال التخطيط القطري. مع التزام الجهات المانحة بالتمويل المشترك وتنفيذ الإصلاحات القطاعية. وقُدِّر للزيادة الكبيرة في التمويل الموجه إلى قطاع الصحة قبل ٢٠٠٥ أن تستمر. متسمةً بتنوع أكبر في أصحاب المصلحة وتضاعف مبادرات الصحة العالمية. ومن حيث كل من الموارد والتأثير. باتت الشراكات العالمية بين القطاعين العام والخاص وشبكات المجتمع المدني والمؤسسات الخاصة تتنافس الآن مع الوكالات التقليدية المتعددة الأطراف المعنية بالتنمية الصحية مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف).^{١٧،١٢}

لقد وثقت بيئة المساعدات المتغيرة هذه توثيقًا جيدًا على الصعيد العالمي.^{١٤،١٣،٩} واستعرض بحثنا كيف أثرت هذه التغيرات العالمية في سياسات الصحة الجنسية والإيجابية وبرامجها على المستوى القطري؛ إذ تتم المقارنة بالنتائج التي خلصت إليها دراسات الحالة القطرية الاستكشافية التي أجريت عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١١ بصفتها أساسًا دلاليًا يُستند إليه.^{١٨،٨،٧} تستعرض هذه الورقة البحثية. معتمدةً على تلك الدراسات. الآثار المترتبة على التغيرات العالمية في المساعدة الإيمانية في ميدان

مناطق^{١١}. البيانات الأساسية للتحليل المقارن الوارد في هذه الورقة البحثية.

وفي العام نفسه. أي ٢٠٠٥. تبلورت الأفكار التي تقوم عليها التغيرات في ظل بيئة المساعدات في إعلان مبادئ باريس بشأن فعالية تلك المساعدات.^{١١} داعيةً إلى إيلاء المزيد من التركيز للقيادة القطرية. والتوفيق بين السياسات والتنسيق بين العمليات التي تضطلع بها الجهات المانحة. فضلاً عن التركيز على الإدارة بغية تحقيق النتائج والمساءلة المتبادلة. وقد بلورت هذه المبادئ رغبة لدى الجهات المانحة في وضع نهج للمساعدة الإيمانية تركز على تحول السيطرة صوب أصحاب المصلحة المحليين القطريين. مقترنةً بتمويل يمكن التنبؤ به على مدى أطول وتزامن أفضل بين السياسات الحكومية من جهة. وعمليات الميزانية والعمليات الإدارية من جهة أخرى. وشملت هذه الاتجاهات إمكانية وضع نهج أكثر شمولية للصحة والحقوق الجنسية والإيجابية. فضلاً عن قضايا الصحة الأخرى. كما وفرت خيارات لوضع سياسة في جميع القطاعات ذات الصلة. وتحديد حزمة مالية تضم تمويل حكومي. وكذلك تمويل خارجي. وإرساء البنية التحتية الوطنية الضرورية من أجل المرافق والبرامج الصحية التي من شأنها دعم تقديم الخدمات اللازمة.

جاء الدافع الملح تجاه تنسيق أفضل على الصعيدين العالمي والمحلي استجابةً لارتفاع السريع في سقف المطالب الداعية إلى ما بات بعد ذلك ثورة عالمية للتنمية.^{١٤،١٣} وترجم التنسيق - متجسداً في التوافق مع السياسة المحلية أو مواهمة عمليات الجهات المانحة - كتابةً إلى مجموعة من آليات التنمية. وترجم الالتزام بالحد من الفقر إلى أهداف القطاع الصحي: أي الأهداف: الرابع. والخامس. والسادس

أُجريت دراسات الحالة الأربعة عام ٢٠٠٥ باستخدام منهجية شائعة: استعراضات شاملة للكتابات بناءً على كتابات مراجعة من قبل الأقران. ووثائق السياسات، والتقارير والوثائق ذات الصلة التي قام بجمعها استشاريون محليون؛ واسترجاع البيانات المنظمة من نظم معلومات وزارات الصحة، وتقارير الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية، والبحوث المحلية غير المنشورة وسجلات البرامج؛ والمقابلات شبه المنظمة والمتعمقة باستخدام أسئلة شائعة.* أُجري ما يزيد عن ٨٠ مقابلة متعمقة مع موظفين كانوا يعملون في مجال التخطيط لبرامج الصحة الإيجابية بوزارة الصحة وفي منظمات غير حكومية ذات صلة، ومع كبار مسؤولي التخطيط من وزارات الصحة والمالية والرعاية الاجتماعية والتخطيط. ومع ممثلي الجهات المانحة الرئيسية الثنائية الأطراف، والبنك الدولي والبنوك الإقليمية الأخرى، والموظفين المحليين العاملين بمنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ووكالات الأمم المتحدة ذات الصلة، تضمنت المقابلات أسئلة عن التغييرات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي جرت على مدى السنوات العشر الماضية، وإلى أي مدى كانت الصحة الجنسية والإيجابية تشكل أولوية سياسية، وما هو وموقعها في خطاب السياسات. وجاء ضمن الموضوعات المحددة صحة الأمهات والمواليد والأطفال، وفيروس نقص المناعة البشرية والمؤثرات الصحية الرئيسية؛ والخدمات الصحية ذات الصلة؛ وقضايا النوع الاجتماعي المتعلقة بالحالة الاجتماعية للمرأة ودورها وتعليمها، كما دُرست اعتمادات الميزانية المخصصة للصحة الجنسية والإيجابية، واستراتيجيات وإجراءات التمويل على مر الزمن. كما قدمت لجنة مختصرة عن الخدمات

الصحة الجنسية والإيجابية في أثناء هذه الفترة، وأثر الأهداف الإنمائية للألفية في صياغة الصحة الجنسية والإيجابية، ودور منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان في بناء القدرة استجابةً لهذه التغييرات على المستوى القطري، والتحديات التي تلوح في الأفق مع استكشاف نماذج جديدة لتشكيل الأهداف الإنمائية لما بعد عام ٢٠١٥.

الأساليب

يدرس هذا البحث التعاون بين صندوق الأمم المتحدة للسكان وإدارة الصحة الإيجابية والبحوث بمنظمة الصحة العالمية في الفترة ما بين ٢٠٠٥ حتى ٢٠١٢ من خلال سلسلة من المنح والاتفاقيات بشأن تنمية قدرات مكاتبها القطرية لدعم الصحة الجنسية والإيجابية في سياق فعالية المساعدات. المنحة الأولى، المقدمة من صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى إدارة الصحة الإيجابية والبحوث بمنظمة الصحة العالمية، مولت البحوث التي أُجريت عام ٢٠٠٥ والتي ركزت على تمثيل الصحة الجنسية والإيجابية في خطط العمل على نطاق النهج القطاعية للتنمية، وأوراق استراتيجية الحد من الفقر، وصناديق الأمم المتحدة القطرية للسكان. وشملت كذلك إجراء تقييم للاحتياجات من كفاءات موظفي المكاتب القطرية في التخطيط الوطني والاستراتيجيات وعمليات إعداد الميزانيات من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وتنفيذ مبادئ باريس. أُجريت أربع دراسات حالة قطرية عام ٢٠٠٥ (منغوليا، ونيكاراغوا، والسنغال، واليمن). تم توثيق النتائج العامة لتلك الدراسات في تقرير تقني صادر عن منظمة الصحة العالمية / صندوق الأمم المتحدة للسكان^٧. وورقة بحثية خضعت لمراجعة الأقران^{١٨}. وركزت ورقة بحثية أخرى على دراسة الحالة المنغولية^{١٩}.

* يمكنكم الاطلاع على إطار عمل بحث وتحليل دراسات الحالة القطرية على الموقع الإلكتروني:
https://www.researchgate.net/publication/257931178_Framework_for_analysis_country_case_studies?ev=prf_pub

الدعوة داخل مكاتب صندوق الأمم المتحدة للسكان / منظمة الصحة العالمية. ونتيجة لذلك، توسع صندوق الأمم المتحدة للسكان في التدريب ليشمل جميع المكاتب القطرية التابعة له، فيما دمجت منظمة الصحة العالمية محتوى هذه الحزمة في برامج تدريبية مشابهة تقدم في مكاتبها القطرية ووزارات الصحة. وعقب المشروع المشترك الذي أجري في الفترة بين ٢٠٠٩-٢٠١١، قامت منظمة الصحة العالمية بمشروع مائل لبناء قدرات المجتمع المدني في سياق بيئة المعونة الجديدة بأموال من مؤسسة جيتس. وارتبط صندوق الأمم المتحدة للسكان بتنفيذ هذا المشروع على المستوى الإقليمي والقطري.

أجريت دورة ثانية من دراسات الحالة عام ٢٠١١ في جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، وملاوي، والسنگال، وطاجيكستان في ختام المشروع المشترك بين صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية. وبحث دراسات الحالة في التغييرات في بيئة المعونة للصحة الجنسية والإيجابية واستجابة البلدان لهذه التغييرات. واختيرت البلدان الأربعة من مجموعة البلدان التي خضعت للبرنامج التدريبي الذي عقده صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية. مع تمثيل من كل منطقة مشاركة. وبينما كان هذا يعني أن عقد المقارنات المباشرة بين البلدان عبر الزمن لم يكن ممكناً، باستثناء السنغال، إلا أن مجموعتنا الدراسات قدمت عينة مثلية من البلدان منخفضة الدخل لكل فترة زمنية، مما يسر الأمر لعقد مقارنات ذات مغزى وإن كانت غير مباشرة. سعى البحث إلى تصوير التغييرات في بيئة المعونة بالتفصيل منذ عام ٢٠٠٥، وتطور الطريقة التي تم بها التعبير عن الصحة الجنسية والإيجابية في البرامج

الصحية. ودرس البحث أيضاً موضع الصحة الجنسية والإيجابية في السياسات الوطنية والصحية وإدماجها في الاستراتيجيات المناصرة للفقراء. وكذلك أجريت مقابلات مع شركاء التنمية بشأن اشتراكهم في السياسة وآليات التنسيق فيما بينهم. وسهّل نموذج الإبلاغ الموحد التحليل المقارن.

بعد عام ٢٠٠٥، استمر التعاون بين صندوق الأمم المتحدة للسكان وإدارة الصحة والبحوث الإيجابية التابعة لمنظمة الصحة العالمية في تطوير المشروعات، وتمكنوا في ٢٠٠٩ من توفير التمويل المؤكد لمدة ثلاث سنوات من صندوق الأمم المتحدة للشراكات الدولية ومؤسسة فورد. من أجل تطوير وتقديم منهج تدريبي مبتكر لموظفي المكاتب القطرية لصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية في بيئة المعونة الجديدة، وكذا تمثيل الصحة الجنسية والإيجابية في عمليات التخطيط الوطنية. وجاء محتوى التدريب تقني في توجهه، وركز على الفاعلين الجدد، والشبكات والطرق الجديدة لتنسيق المعونة (النهج القطاعية الشاملة وأوراق استراتيجية الحد من الفقر). وعمليات الموازنة، والتحليل الاقتصادي وأثار مبادئ باريس على الصحة الجنسية والإيجابية. كما نُظمت دورات إقليمية ودون إقليمية، جمعت موظفين من ٥٢ بلداً في آسيا وأفريقيا وأوروبا الشرقية. وفي ختام تلك الدورات قام ممثلو صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية بوضع خطة عمل تعاونية بغير رسم الخطوات ذات الأولوية للدعوة من أجل إدماج الصحة الجنسية والإيجابية في عمليات التخطيط رفيع المستوى في بلدانهم. كما قدمت منح صغيرة للمتابعة من أجل تنفيذ أنشطة إضافية لبناء المهارات في البلدان المختارة. وأفاد تقييم البرامج التدريبية المشتركة في زيادة المعرفة ونشاط

العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان وكذلك المنظمات غير الحكومية التي لها باع في المشاركة في الصحة الجنسية والإيجابية - عن دورها وولايتها. وكيف أنهما بحاجة إلى تعديل للاستفادة من شركاء التنمية الجدد مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (الصندوق العالمي)، ومؤسسة جيتس. وأعرب موظفو منظمة الصحة العالمية القطريين عن شكوكهم بشأن سياسة منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالنهج القطاعية الشاملة، التي تنتظر المبادئ التوجيهية والتي صدرت بعد ذلك عام ٢٠١٠.^٨

وأعربت المكاتب القطرية التابعة للأمم المتحدة عن قلقها إزاء قيام عدد كبير من الفاعلين الجدد، ولكل منهم طريقة عمل خاصة به، بعقد عمليات التنمية القطرية. وفي السنغال، أفاد المشاركون من وزارة الصحة أن هناك جهات مانحة متعددة لها اهتمامات مركزة على الصحة الإيجابية - الأمومة الآمنة، وتنظيم الأسرة، والصحة الجنسية للمراهقين، وختان الإناث، الدعوة حول فقدان الإنتاجية من وفيات الأمهات - لكن هذا لم يحقق تغطية شاملة للصحة الجنسية والإيجابية. ومع التداخل بين مؤشرات تتبع الأهداف الإنمائية للألفية، وأوراق استراتيجية الحد من الفقر، والتقدم المحرز في النهج القطاعي الصحي الشامل، لاحظوا تضيق التركيز على صحة الأم وتنظيم الأسرة.

وأسهل الاتجاه الحديث (حينذاك) في التركيز على الروابط بين الاقتصاد الكلي والصحة^٩ في إعادة الصياغة الاقتصادية للتنمية، مع تركيز الجهات المانحة الآن على الحد من الفقر وتبرير ظهور مبادرات جديدة من حيث فعالية الكلفة أو نتائجها المناصرة للفقراء. وتساءل كبار موظفي وزارة الصحة حول مدى استعدادهم للتفاوض بشأن هذه البيئة

والسياسات القطرية وعمليات التخطيط الوطنية والقطاعية. بالإضافة إلى ذلك، فقد سعى إلى الحصول على دليل يبرهن على فائدة التدريب الذي قدم وتحليل للتعاون بين شركاء التنمية في دعم الحكومات الوطنية في تمثيل الصحة الجنسية والإيجابية في العمليات القطاعية والوطنية. واتبعت الدورة الثانية من البحث الهيكل نفسه الذي وُصف في ٢٠٠٥، مع مشاركة فرق الدراسة الأربعة إطارا مشتركا (محدثا) من أجل المقابلات المتعمقة التي وصل عددها إلى ١٠٦ التي أجريت مع مقدمي المعلومات الرئيسيين وتحليلها. وبعد الانتهاء من الدراسات، التقت جميع الفرق لمشاركة النتائج الواردة في تقارير دراسة الحالة القطرية والدروس المستفادة^٩ وشارك مؤلفو هذه الورقة البحثية في تصميم عمليات البحث التي أجريت في كل من ٢٠٠٥ و ٢٠١١ وتنفيذها وتحليلها وجميعها النهائي، وهي مقدمة في النتائج^{٩،٨}.

النتائج

تسوية التنسيق في بيئة المعونة العالمية الجديدة والتغير على المستوى القطري

في وقت إجراء دراسات الحالة عام ٢٠٠٥، كان هناك وعي قوي على الصعيد العالمي والقطري بالتغيرات المهمة الجارية في هيكل المعونة. وكان ينظر إلى تعزيز النهج القطاعية الشاملة والدعم المباشر للميزانية باعتبارهما سبلا لتعزيز التمويل لقطاع الصحة ككل، لكن المقابلات تشير إلى أن الموظفين القطريين لم يكونوا على ثقة تامة من الآثار الخاصة على ميزانيات الصحة الجنسية والإيجابية، وكانوا يشعرون بالقلق من أن فقدان التمويل المخصص قد يجعلهم أقل تنافسية في عملية الميزانية، وطرحنا المقابلات التي أجريت مع موظفي وكالات قائمة - منظمة الصحة

السبيل إلى ذلك، لكننا حظينا باعتمادات أفضل في الميزانية وتنسيق أفضل مع شركاء التنمية.^{١٤} (أحد مسؤولي وزارة الصحة، طاجيكستان، ٢٠١١)

وبحلول وقت دراسات الحالة التي أجريت عام ٢٠١١، لم يعد من الممكن أن نصف بيئة المعونات الجديدة بأنها جديدة، ولكن كان هناك تصور لدى المشاركين من الحكومة والجهات المانحة بأن التعقيد قد تفاقم، وهو الشيء الذي تم توثيقه بالفعل في ٢٠٠٥.^{١٤، ١٥} وبرغم ذلك، أبلغ كل فريق من فرق البحث في دراسات الحالة التي أجريت عام ٢٠١١ بشكل منفصل بالثقة التي تظهرها المكاتب القطرية، ووزارات الصحة ومنظمات المجتمع المدني في صياغة تفاعلات التنمية من حيث مبادئ خطة فعالية المعونة. وفي ٢٠١١، أصبحت مبادئ باريس معترفًا بها بشكل أفضل بكثير، وأضيف عليها طابع مؤسسي على المستوى القطري، وأصبحت سمة راسخة بالفعل في حوارات السياسات في قطاع الصحة وعلى نطاق أوسع. على سبيل المثال، التزمت جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية بمبادئ فعالية المعونة. مع منظمات حكومية و٢٢ من الشركاء الآخرين في "إعلان فينتيان بشأن فعالية المعونة".^{١٤، ١٥} وأثار كبار مخططي الصحة المخاوف بشأن معدل التقدم في فعالية المعونة الموثق في برنامج عمل أكر^{١٥}، كما أبدوا اهتمامًا بالأعمال التحضيرية للمنتدى رفيع المستوى الرابع بشأن تعزيز فعالية المعونة المنعقد في بوسان. ورغم استمرار المخاوف بشأن بيئة المعونة المتغيرة، فقد تطورت هذه المخاوف من التركيز المجرّد - نسبيًا - على الأدوار والولاية، إلى اهتمام أكثر واقعية بكيفية جعل خطة فعالية المعونة جاهزة للعمل في بيئة محلية معقدة. ورأى الأشخاص من وزارة التخطيط

المتغيرة، ولا سيما إشراك الصياغة الاقتصادية لاجتماعات التخطيط رفيع المستوى. ولأنهم ترقوا لمناصب قيادية بفضل خبراتهم الفنية والبرمجية في مجال الصحة، فقد وجدوا من الصعب أن يترجموا رؤاهم ومعرفتهم للوزارات الأخرى:

"لا نملك المفردات الاقتصادية لنشارك في المباحثات".

(أحد المسؤولين بوزارة الصحة، منغوليا، ٢٠٠٥)

وحتى على المستويات الأدنى، فقد استمر عدم الحصول على البيانات المالية وتخطيط الميزانية في إثارة إحباط مديري الصحة الجنسية والإيجابية في الدراسات التي أجريت عام ٢٠١١. وفي طاجيكستان، تحدد وزارة المالية ميزانية الصحة؛ وتخصص اعتمادات وزارة الصحة من خلال الخزنة العامة، وتغطي المراكز الصحية في الجمهورية، والبرامج الصحية الوطنية واستثمار رأس المال. ويتم تمويل مرافق الرعاية الصحية على المستويين الإقليمي والمحلي والمقاطعات من خلال مستشفيات المحافظة التي تقوم بدور الإدارات الصحية المحلية بكفاءة. وتخصص بعض الأموال المتبقية على مستوى المنطقة والضرائب المحلية لتمويل المرافق الصحية الريفية - ولكن لا يمكن تحديد الأموال المخصصة للصحة الجنسية والإيجابية بشكل منفصل في هذه المصفوفة المعقدة للتمويل. ورغم وضع الخطة الوطنية للصحة الإيجابية للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٤، لم تحسب تكلفتها بعد. يسعى المدافعون عن الصحة الإيجابية في وزارة الصحة إلى وضع نهج قطاعي شامل لخلق ضغوط خارجية من شأنها أن تقدم لهم فهما للوضع المالي:

"لا نعرف كيف نقيس تمويلنا، ولو أننا عرفنا

الدولية من أجل الصحة.^{٢٨} وشاركت بصورة نشطة في تطوير أدوات النظم الصحية.^{٢٩، ٣٠} وانعكس ذلك بشكل متزايد على مساهماتها في الموارد البشرية في مجال الصحة.^{٣١} وأفادت جميع وزارات الصحة المشاركة في دراسة الحالة التي أجريت عام ٢٠١١ باستلام منح مخصصة لدعم النظم الصحية من التحالف العالمي للقاحات والتحصين، أو الصندوق العالمي أو كليهما. فقد جمعا عائدات كبيرة لميزانيات الصحة الوطنية.^{٣٢، ٣٣}

تسوية التنسيق في بيئة المساعدات الجديدة ومع زيادة مشاركة وكالات مثل التحالف العالمي للقاحات والتحصين والصندوق العالمي ومحاولتها توسيع مشاركتها خارج نطاق ولايتها المحددة بدقة. أصبح موظفو وزارة الصحة ومستشاروهم من المكاتب القطرية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية - يتعاملون الآن مع نمو آليات التنسيق في هذا المجال الذي يزداد تنوعاً من أصحاب المصلحة والبرامج الإيمائية، وبحلول عام ٢٠١١، واجهت جميع البلدان التي تمت دراستها المتطلبات اللازمة لهياكل التنسيق الجديدة؛ فقد جمعت أوراق استراتيجية للحد من الفقر، وتقارير التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإيمائية للألفية بين أصحاب المصلحة الوطنيين؛ وجعل التحالف العالمي للقاحات والتحصين وجود لجنة تنسيق للقطاع الصحي شرطاً مسبقاً لتمويل دعم النظم الصحية؛ كما أنشأ الصندوق العالمي آلية تنسيق قطرية خاصة به، مع عضويات متداخلة في كثير من الأحيان لكنها غير متطابقة. وكان برنامج تمويل النظم الصحية الذي أنشئ عام ٢٠٠٩ وكان ثمره للتعاون بين كل من برنامج تمويل النظم الصحية التحالف العالمي للقاحات والتحصين، والصندوق العالمي، والبنك الدولي

في جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية الذين أجريت معهم مقابلات مزايا في تجاوز التركيز على قطاع واحد: من الممكن أن يصبح التعاون أكثر فعالية إذا تمكن المخططون من النظر إلى ما هو أبعد من الأهداف الإيمائية للألفية وحدها، وإشراك بعض الجهات المانحة الرئيسية وبنوك التنمية في تحالفات أوسع تتضمن الصحة في استراتيجيات التنمية الشاملة. بما فيها التعليم والبنية التحتية:

"بالنسبة للصحة، كما تعلم، هناك أيضاً مسائل في الهدف الثامن من الأهداف الإيمائية للألفية - تطوير الشراكة من أجل التنمية - ولكن على المستوى المحلي." (أحد مسؤولي وزارة التخطيط، جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، ٢٠١١)

أما الموضوع المشترك الآخر الواضح في الدراسة التي أجرت عام ٢٠١١ فهو اعتراف موظفي وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية بالأهمية الاستراتيجية التي يمكن أن تكتسبها الدعوة إلى دعم النظم الصحية من خلال خطة فعالية المعونة، وهي توفير رعاية طارئة للتوليد ورعاية الأطفال حديثي الولادة. ورأى المشاركون أن هذا التحول نحو تعزيز النظم الصحية ما هو إلا رد فعل للمستويات المرتفعة للغاية من المساعدة الإيمائية المخصصة للأمراض المعدية في مطلع الألفية، وكذلك نتيجة للتأزر الطبيعي بين خطط الإصلاح على نطاق القطاعات، وتعزيز عمليات تخطيط قطاع الصحة ووضع الميزانية، وتنسيق معونة أكثر مواءمة. واستجابت مبادرات الصحة العامة العالمية؛ مثل التحالف العالمي للقاحات والتحصين، والصندوق العالمي بسرعة إلى التغييرات في هيكل المعونة عن طريق سعيها لتصبح "صديقة للنظم" بشكل أفضل.^{٣٤، ٣٥} فوقعت كل منها على اتفاقات مع مبادرة الشراكة

٢٠١٥ في السنغال.^{٣٥} واستراتيجية مالاي للتمو
والتنمية للفترة ٢٠٠٦-٢٠١١،^{٣٦} استراتيجية
جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية الوطنية
للتنمو والحد من الفقر لعام ٢٠٠٤.^{٣٧}

وبحلول عام ٢٠١١، أدركت الحكومات المشاركة
وشركاء التنمية الحتمية الواضحة للمجموعة
المتزايدة من هياكل التنسيق، والعدد المتزايد
من المجالات على المستويات الوطنية والقطاعية،
وحتى على مستوى القطاعات الفرعية، بيد
أنهم لاحظوا أيضاً أن الجهود المبذولة لتحسين
المواءمة والتنسيق بين شركاء التنمية - والتي
تنطوي على ارتفاع تكاليف المعاملات لكل
من الحكومات والشركاء - قد تباطأت وتيرتها
لترجم إلى تحسين في دعم السياسة أو في
الكفاءات التشغيلية.

وكان من شأن اعتراف حكومة مالاي بأمانة
النهج القطاعي الشامل كأمانة الفريق
العامل المعني بالقطاع الصحي بها أن بسط
من آليات التنسيق الوطني، وعزز توجه
السياسة: لكن القدرات التشغيلية لا تزال
متخلفة عن ركب تطور إدارة القطاع، وكان
فشل مالاي الأخير (حينذاك) في الحصول على
الجولة ١٠ لتمويل الصندوق العالمي يعزى إلى
ضعف القدرات الاستيعابية للتمويل وتشنتها
على المستوى المحلي، وضعف آليات المساءلة
من الجولات السابقة.

لقد ضاعت الثقة التي سادت في السابق في
النهج القطاعي الصحي الشامل في السنغال،
مع تطلع الجهات المانحة إلى اتفاق مبادرة
الشراكة الدولية من أجل الصحة المقترح
كبديل لتنسيق المساعدة الإنمائية وتوفير دعم
مالي إضافي. وفي هذه الأثناء، لم يُظهر
شركاء التنمية في البلاد التزاماً بالجهات
سياسة الحكومة، حيث عطل ارتفاع معدلات

في طور البدء في تنسيق أنشطة دعم النزم
الصحة القائمة في برامجها القائمة بحلول
عام ٢٠١١، وبحيث سبل المزيد من التعاون
القائم على نماذج التطبيق المشتركة والتقييم
المشترك للاستراتيجيات الوطنية.^{٣٣} وقامت
مبادرة الشراكة الدولية من أجل الصحة
بتطوير التقييم المشترك للاستراتيجيات
الوطنية باعتباره تقيماً مستقلاً لعمليات
التخطيط والنظم الائتمانية لقطاع الصحة
في البلدان، ما يتيح للجهات المانحة التعرف
على أوجه التعاون المحتملة لدعم ميزانية
القطاعات.^{٣٤، ٣٨} وكانت السنغال قد بدأت عملية
التقييم المشترك للاستراتيجيات الوطنية
كجزء من تقدمها نحو الاتفاق في مبادرة
الشراكة الدولية من أجل الصحة، مضافة
ذلك إلى آليات التنسيق القائمة الخاصة بها:
النهج القطاعي الشامل الخاص بالصحة، وآلية
التنسيق القطرية، والخطة الوطنية للتنمية
الصحية، وإطار الاتفاق في منتصف المدة،
والخطة الوطنية للمساعدة الإنمائية.

في عام ٢٠٠٥، توصلت الدراسة إلى أن الأداتين
الرئيسيتين لتنسيق المعونة هما النهج
القطاعية الشاملة (على مستوى القطاعات)
وأوراق استراتيجيات الحد من الفقر (على
المستوى الوطني)، وقد تطورت وتنوعت أوراق
استراتيجيات الحد من الفقر، مَثَلها في ذلك
مَثَل النهج القطاعية الشاملة، وفي الواقع،
لم يعد للفكرة الفائلة بأن وراق استراتيجيات
الحد من الفقر أداة مرتبطة بتخفيف أعباء
الديون أي وجود^{١١} بل إن استراتيجيات الحد
من الفقر (التي لم تعد تكتب كمصطلح)
أصبحت تندرج تحت مجموعة متنوعة من
المصطلحات يشكلها السياق المحلي والخطط
الوطنية، والأمثلة على ذلك تتضمن وثيقة
السياسة الاقتصادية والاجتماعية للفترة ٢٠١١-

بشرايعهم - وهذا ليس عدلا في نظر الموظفين
العامين الآخرين.

الصحة الجنسية والإيجابية في بيئة المساعدات العالمية الجديدة

مع تبني الأهداف الإنمائية للألفية بوصفها
وحدة قياس أساسية لمعظم نهج التنمية
والحد من الفقر. تمتعت الغايات الأساسية
للأهداف الإنمائية للألفية في جميع البلدان
التي خضعت للدراسة باعتراف حكومي كبير
في عمليات التخطيط الوطنية والقطاعية.
وكان الوصول للمفاهيم الأساسية متيسراً: أدرك
صناع القرار في المالية والتخطيط والرعاية
الاجتماعية أهمية منع وفيات الأمهات
والأطفال حديثي الولادة، والحد من عبء الإيدز
والسل والملاريا. وبناءً على ذلك، أفادت التقارير
أن صحة الأم والوليد والطفل تحظى بمكانة
قوية في الخطط الصحية القطاعية والوطنية
والعالمية، وهي محور خطاب التنمية الأوسع
نطاقاً.

بيد أن الدراسات القطرية التي أجريت عام
٢٠٠٥ حددت عدم وجود ارتباط بين الدعوة
للحد من وفيات الأمهات في التخطيط على
المستوى الوطني، والربط الضروري بالاستجابات
البرامجية الفاعلة من خلال تخصيص الموارد
وبناء القدرات وتنمية الموارد البشرية. وأشارت
دراسات الحالة التي أجريت عام ٢٠١١ إلى
استمرار هذه المشكلة: رغم سد الثغرة بين
السياسة والبرامج، أظهر التقدم المحدود في
تحسين الغايات المتعلقة بالصحة أهمية تعزيز
النظم الصحية - ولاسيما فيما يتعلق بصحة
الأمهات والمواليد. وعلاوة على ذلك، تجدد
الاهتمام بصحة الأمهات والمواليد لم يُحسن
بشكل قاطع ملف الصحة الجنسية والإيجابية؛
وإذا كان له تأثير ما، فقد عزز الاتجاهات التاريخية
جدول أعمال الصحة الجنسية والإيجابية الأوسع

الارتداد بين الوزراء وكبار مسؤولي الإدارة الجاه
السياسة، وأعاق عمليات البرنامج. ولا شك
أن الأزمة الانتخابية التي وقعت في ٢٠١٢ قد
زادت من انخفاض قدرات الحكومة، وتشير
استعراضات التقدم في البلاد إلى تعاظم
الحاجة إلى مساعدة إنمائية يمكن التنبؤ بها.
وتزامن أفضل مع التخطيط الوطني وأطر
الميزانية، ورغم أن الفريق العامل المعني بالقطاع
الصحي يقوم بالتنسيق بين أنشطة الجهات
المانحة، ويتجه نحو إنشاء عملية تشبه النهج
القطاعي الشامل لتنظيم المساعدة الإنمائية،
فإن استمرار الحاجة إلى إدارة مشروعات متعددة
من خلال وحدات تنفيذ مستقلة (والحفاظ
على مختلف سياسات الموارد البشرية وجدول
المرتبات) يستمر في تقويض محاولات التنسيق
على مستوى التنفيذ.

ومن المفارقات أن زيادة دعم الجهات المانحة
لقطاع الصحة جعلت من الصعب على وزارات
الصحة أن تنجح في الدفع قدماً من أجل
توفير مصادر دخل محلية إضافية للقطاع
في البلدان التي أجريت فيها دراسات الحالة.
وكانت هذه، بدرجات متفاوتة، هي تجربة كل
الحكومات التي خضعت للدراسة. وفي مالawi،
زادت المساعدة الإنمائية لقطاع الصحة، في
حين انخفضت اعتمادات الميزانية المخصصة
للصحة، وذهبت إلى الوزارات التنفيذية
الأخرى. وتحدثت مثل وزارة المالية من جمهورية
لاوس الديمقراطية الشعبية الذي أجريت معه
مقابلة بشكل صريح عن العضلات التي
تواجه الوزارة بشأن إمكانية التنبؤ بالمساعدة
واستدامتها، والمزايا المتصور أن قطاع الصحة
يتمتع بها في الحصول على المساعدة الإنمائية،
والقلق في الخدمة العمومية من جراء القرارات
الأحادية الجانب التي تتخذها الجهات المانحة،
مثل تكلمة رواتب موظفي الصحة المرتبطتين

من البرامج ذات الأولوية) من الزلزل بسبب العجز في الميزانية أو الأولويات المحلية المتغيرة. ولكن مع عدم فعالية منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان في المناقشات حول الاستراتيجية الوطنية للحد من الفقر، تقل أهمية مسائل الصحة الجنسية والإيجابية نسبيًا على المستوى الوطني.

وأخيرًا، وجدت كل دراسة من الدراسات القطرية أن زيادة التنوع في مشهد القطاع الصحي من حيث الفاعلين والتحالفات والعمليات قد أثمر على ملف الصحة الجنسية والإيجابية في عمليات التخطيط القطاعية والوطنية. ورغم أن التنوع قاسم مشترك، أفادت كل دراسة حالة من الدراسات التي أجريت في ٢٠١١ عن وجود أوجه مختلفة تعبر عن هذا الأثر، مما يعكس تاريخ وهاكل التنمية المختلفة لكل بلد. وتعد تجربة السنغال مفيدة: في عام ٢٠٠٥، فالنهج القطاعي الصحي الشامل قدم وضغًا واعدًا للتنسيق بين الجهات المانحة، وأصبحت الصحة الجنسية والإيجابية أولوية معلنة في كل خطة من خطط التنمية حتى ذلك الوقت. ولكن في ٢٠١١، لم تعد الصحة الجنسية والإيجابية كمفهوم متكامل تظهر في أي من وثيقة السياسة الاقتصادية والاجتماعية (٢٠١١-٢٠١٥) (وهي ورقة السنغال الثالثة من أوراق استراتيجية الحد من الفقر)^{٣٥} أو الخطة الوطنية للتنمية الصحية ٢٠٠٩-٢٠١٨. في الواقع، يبدو أن مسائل الصحة بشكل عام قد فقدت أهميتها في السياسة الوطنية للمساعدة الخارجية في السنغال.^٤ ولم يكن المشاركون في المقابلات من الوكالات متعددة الأطراف متأكدين مما إذا كانت هذه إشارة لتحول أوسع نطاقًا نحو تفضيل استثمارات «القطاع الإنتاجي». أو ضعفًا في الإدارة في قطاع الصحة. وفي كلتا الحالتين، فإن غياب الصحة

نطاقًا. وهي تهميش الاهتمام وتركزه على تنظيم الأسرة، وغالبًا جاهل خطة الحقوق. ومنع الإجهاد غير المأمون.^{٣٨} وفي جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، أدى إيلاء الأولوية إلى الهدفين: الرابع، والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية إلى توافق التمويل الذي تقدمه الجهات المانحة الرئيسة بشأن تنفيذ المجموعة المتكاملة من خدمات صحة الأمهات والمواليد والأطفال التي أطلقت في سبتمبر/أيلول ٢٠٠٩. بتعاون منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان مع البنك الدولي، ومصرف التنمية الآسيوي للخروج بخطة واحدة، وتقرير مالي عبر جميع الوكالات. ومن بين ثلاثة برامج منفصلة، تم تعميم تدريب القابلات، والموافقة على الحصص المشتركة، وتعزيز رعاية ما قبل الولادة، وتجهيز العيادات، وتقديم قسائم للولادة، وتوفير سكن للحوامل بالقرب من المرافق عند الضرورة، ويتشارك هذا العديد من السمات مع النهج القائم على البرامج. مع تعاون البنك الدولي مع صندوق الأمم المتحدة للسكان بشأن خدمات القابلة الماهرة وتوزيع وسائل منع الحمل على الجماعات؛ وبشأن برامج القسائم من أجل الولادات المجانية مع منظمة الصحة العالمية. ولكن الذين أجريت معهم مقابلات في بنوك التنمية شعروا أن نهج الأمم المتحدة في برمجة وتفعيل الدعم المقدم للحكومة رأسي جدًا، ومحدود بولاية الوكالة، وتغذي المسائل الهيكلية والمسائل المتعلقة بالميزانية هذا المنظور: مع حفاظ الجهات المانحة على التمويل باعتباره دعمًا لمشروع وليس دعمًا مباشرًا للميزانية، تظل الميزانية المحدودة لجمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية ملتزمة إلى حد كبير بالكلفة المتكررة (الرواتب بشكل أساسي) ملقبة على شركاء التنمية العباء الأكبر من المسؤولية تجاه حماية الصحة الجنسية والإيجابية (وغيرها

على أهمية تحقيق الأهداف الإيمانية للألفية - ولا سيما الهدف الخامس - حتى في أكثر الدول هشاشة؛ سعياً إلى توافق آراء من أجل العمل والقضاء على السياسات التي تحول دون تحقيق النتائج.^{٤٣، ٤٤}

ومع ذلك، فقد كان تقييم التقدم المحرز في بيئة المساعدة المتطورة غامضاً: أشار التقييم المؤقت المحرز في برنامج عمل أكرام لعام ٢٠٠٨ إلى تعميق الالتزام النظري بمبادئ باريس. ولكن مع تنفيذ "غير متكافئ إطلاقاً".^{٤٥} أوضح تقييم غايات فعالية المساعدة أن الإنجاز تم في نقطتين من أصل ١٢ نقطة: تعزيز القدرات من خلال الدعم المنسق، ومستوى المساعدات غير المشروطة.^{٤٦} وازدادت القدرة على التنبؤ بالمساعدة بنسبة ١٪ فقط من ٤٢٪. وهو ما يقل بشكل محبط عن الهدف المتمثل في ٧١٪.^{٤٧} وشهدت الأزمة المالية العالمية عدم تحقق التعهدات.^{٤٨} وتأجلت الجولة ١١ للصندوق العالمي. واقترحت شراكة بوسان للتعاون الإيماني الفعال عقد شراكة عالمية للتعاون الإيماني الفعال. ولكن أدوارها وعلاقاتها الخاصة لم توضع بعد.^{٤٩} ونظراً إلى أن مشهد التنمية أكثر تعقيداً بكثير مما كان متوقفاً في مبادئ باريس، فليس من قبيل المفاجأة أن نرى هذا الشك المحيط بالطريقة التي يمكن بها تشكيل شراكات جديدة لاستيعاب هذا التنوع في التنمية.

ومع الموعد النهائي للأهداف الإيمانية للألفية المقرر في ٢٠١٥، يتيح التركيز العالمي على الأهداف الإيمانية للألفية، وعلى الهدف الخامس من الأهداف الإيمانية للألفية على وجه الخصوص - فرصاً للعمل المتسارع في مجال صحة الأمهات، لكنه في الوقت نفسه قد يؤخر النهوض الشامل بالصحة الجنسية والإيجابية. بالنسبة إلى فرق البحث الخاصة بنا، وبينما كانوا يصيغون الدروس المستفادة

بشكل عام، والصحة الجنسية والإيجابية بشكل خاص عن الخطط الوطنية الحالية. بعد ظهورهما - سابقاً - في التخطيط الوطني؛ يجذب الانتباه إلى عدم استقرار زخم هذه المسائل في الساحات السياسية الوطنية. وفي ملاوي وجمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، تضمن الهياكل القطاعية للإدارة أن الصحة الجنسية والإيجابية مدمجة إدمجاً جيداً في عملية التخطيط للصحة والحد من الفقر. وقد أسهم الدعم الفني القوي المقدم من منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان والتمويل الذي تقدمه الجهات المانحة المهمة في هذا الوضع، ولكنه تسبب أيضاً في المخاطر المصاحبة للاعتماد على الجهات المانحة وهي: التمويل الذي لا يمكن التنبؤ به، والضعف بشأن شراء اللوازم، التنافس مع تغير أولويات الجهات المانحة، وانسحاب تمويل الدولة.

مناقشة

في عام ٢٠١١، وبينما كانت تجري الجولة الثانية من دراسات الحالة، اتخذت بيئة المساعدة الجديدة منحى آخر: أعاد المنتدى الرفيع المستوى الرابع بشأن تعزيز فعالية المساعدة المنعقد في بوسان بكوريا تعريف "فعالية المساعدة" لتعني "فعالية التنمية".^{٥٠} فقد كان منظمو المنتدى، الذين واجهتهم محددات متعددة للصحة، والحاجة المتزايدة للموارد، والشبكة المتكاثرة من أصحاب المصلحة، على وعي بالحاجة إلى إعادة صياغة المساعدة الإيمانية، مع إدراك الشراكات الأوسع نطاقاً بين الدول والجهات المانحة، وشركاء التنمية الجدد مثل البرازيل والصين، والتعاون بين بلدان الجنوب، وأهمية التجارة بدلا من المساعدة في أطر التنمية المستقبلية. ورغم أنهم رأوا مستقبلاً غير مضمون من حيث تسخير أصحاب المصلحة المعترف بهم حديثاً، فقد شددوا

العالمية والمعرفة الفنية المتعلقة ببيئة المساعدة المتغيرة. ولكننا نزعّم أنه في حين أن الخطاب المُركّز على صحة الأمهات قد رفع الملف المتعلق بالحقوق في وعي أصحاب المصلحة الوطنية، فإنه لم يمتد إلى العناصر الأخرى للصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية، مثل الحق في تنظيم الخصوبة، والحق في الحصول على إجهاض آمن قانوني، والسيطرة على الأمراض المنقولة جنسياً.

النتائج

كما توقعنا في تحليلنا وجميعنا لهذا البحث، فقد فتح باباً مجدداً للنقاش حول أهداف التنمية لما بعد ٢٠١٥ الساحة السياسة العالمية لإدراج الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية، ووجود هدف معلن هو «حصول الجميع على الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية» في الأهداف التوضيحية الأولية - مع وجود إشارة محددة في النص لوفيات الأمهات ومنع الحمل والإجهاض المأمون والأمراض المنقولة جنسياً واحتياجات المراهقين - بعد منطلقاً للضغط من أجل توسيع جدول أعمال الأهداف الإيمائية للألفية، بينما توفر المرحلة التالية من العملية، التي تطور الأهداف من حيث التنمية المستدامة، فرصة فريدة لتجد الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية لنفسها مكاناً رئيساً من حيث الاستدامة الاجتماعية. ولكن كما أوضح «شيفمان»، تعتمد الأولوية القصوى لجدول أعمال السياسات العالمية على مجموعة معقدة من القضايا: الفاعلون المشاركون، وفعالية التواصل بينهم، والسياق السياسي الحالي نفسه وخصائص القضية.^{٤٨} بالنسبة إلى الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية، يعتمد هذا على الدول الأعضاء التي تضع مواقف سياسية وبرامجية

من البلدان التي خضعت للدراسة. كان التركيز على وفيات الأمهات في العقد المنصرم أمراً موضع ترحيب. ويبدو أن الاختلال الذي ترتب على ذلك في جدول أعمال الصحة الجنسية والإيجابية جاء نتيجة فرعية حتمية تقريباً بسبب الاستثمار الذي يركز على الأهداف الإيمائية للألفية، لكنه يعطي توقعاً أو على الأقل أملاً في أن يتغير الوضع في جدول أعمال ما بعد ٢٠١٥. وعلى المستوى الدولي، يبدو أن الجولات الأولى من استكشاف الأهداف الإيمائية المقترحة لما بعد ٢٠١٥ تدعم هذا التغيير: فتقرير فريق الشخصيات البارزة الرفيع المستوى المعني بأهداف التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ يوسع نطاق الهدف ٥-أ من الأهداف الإيمائية للألفية المتعلقة بوفيات الأمهات، لكنه يضيف غاية منفصلة تضمن الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية للجميع.^{٤٧}

ولكن هذا التركيز على الحقوق سيشكل على الأرجح أحد خطوط الصدع المحتملة. حين تُعرض أهداف التنمية لما بعد ٢٠١٥ للنقاش والتعديل، وكشفت الدراسات القطرية التي أجريت عام ٢٠٠٥ و٢٠١١ أنه داخل عمليات التخطيط الوطنية وعمليات البرامج لم تحتل الحقوق مكاناً بارزاً على الإطلاق في الخطاب الحكومي بشأن الصحة الجنسية والإيجابية. وفي بعض الأوساط لم تكن الحقوق عنصراً في دعوة المجتمع المدني أيضاً. وحتى مع التركيز المحدد على المواقع السياسية للصحة الجنسية والإيجابية في السياسة الوطنية والقطاعية، لم تظهر الحقوق بوصفها عاملاً من العوامل المؤثرة على تطوير السياسات. وقد أكد التقييم الذي أجري للمشاركين من موظفي المكاتب القطرية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان على ارتفاع كبير في الوعي بسياسة التنمية

قمنا بها إلى أنه قد بدأ بالفعل في بعض البلدان.

ومع تركيز الفريق العامل المفتوح على أهداف التنمية المستدامة التي تفود الآن النقاش حول ما بعد ٢٠١٥، يحتاج المدافعون عن الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية أن يعيدوا صياغة حُججهم من حيث المواضيع التي تم تحديدها، لكنها تتجاوز الصحة؛ وهي الاستدامة، وعدم المساواة - ولا سيما فيما يتعلق بنوع الجنس والتعليم والنمو والسكان. ^{٥٠} ويفتح جدول أعمال التنمية المستدامة احتمالات الربط بالقضايا التي تشكل الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية جزءاً لا يتجزأ منها، والتي لم نربط بينها من قبل: وهي التوسع الحضري، والهجرة، والوظائف، وتغير المناخ. ويشير هذا البحث إلى أن اللغة السياسية والاقتصادية لبنية المساعدة الجديدة قد أتقنت، ولكن دون الحقوق الأساسية التي تضمن نوازلها. وعند إعادة صياغة المساعدة الإنمائية، يحتاج المدافعون عن الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية - داخل المجتمع المدني، والدول الأعضاء والمجتمع العالمي - إلى تأكيد أولوية الحقوق في هذا التحول العالمي المقبل. فثمة حاجة إلى اليقظة والدعوة لضمان أن يظل التركيز الناشئ على الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية في عملية أهداف التنمية لما بعد ٢٠١٥ - شاملاً ومصاعاً في نهج يقوم على الحقوق، ومتأصلاً بعمق في جدول أعمال التنمية المستدامة الأوسع نطاقاً. ويمكن أن تؤدي تفكيك جدول أعمال الصحة و جدول أعمال فعالية المساعدة بشكل بالغ السهولة إلى تفكيك جدول أعمال الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية - وهو أمر ينبغي توخي الحذر منه في سياق التعقيد الديناميكي المستمر في المساعدة الإنمائية.^{٥١}

محددة، والإرادة السياسية للدعوة إليها محلياً ووطنياً وفي النقاش العالمي. وستكون قضايا الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية محظوظة أحياناً بفضل المصالح الجغرافية السياسية الأخرى. حيث يعيد النقاش حول ما بعد ٢٠١٥ التركيز على التنمية المستدامة، لكنها تواجه مخاطر في «المقايضات» المتفاوض عليها في مقابل الحصول على دعم بشأن النتائج البيئية التي يحتدم عليها الخلاف. إن القيادة السياسية أمرٌ حتميٌّ لدفع هذه العملية. وقد وُثق البناء المنهجي للإرادة السياسية من أجل الأمومة الآمنة:^{٥٢} حيث تحتاج العملية عينها أن تمتد لتشمل الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية.

ومن حيث الإجراءات الفورية، يوضح البحث أن هناك نافذة تكتيكية يمكن من خلالها رفع أولوية الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الجنسية والإيجابية ودمجها في نوافذ سياسية متعددة: التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز النظم الصحية، وصحة المراهقين - باعتبارها جزء من الصحة في كل مرحلة من مراحل الحياة. وكذلك في المساواة بين الجنسين. وفي الاعتراف المتزايد بمركزية قضايا النوع الاجتماعي والجنس بالنسبة إلى فيروس نقص المناعة البشرية، ومرة أخرى، تتغير أطر المساعدة الإنمائية: يقوم تقييمنا على أن الأطر المواضيعية والبرامجية ستكون على الأقل مؤثرة بقدر تأثير الأطر العامة التي تركز على فعالية المساعدة التي كانت سائدة في بداية هذا البحث. وما لا شك فيه أن إعادة صياغة فعالية المساعدة على أنها فعالية التنمية سيستمر غالباً في التقليل من التركيز على أدوات وطرائق المساعدة مثل تجميع التمويل - وهو التحول الذي تشير دراسات الحالة التي

المراجع

1. World Health Organization. World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO, 2005.
2. Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, et al. Transforming health systems to improve the lives of women and children. Lancet 2005;365:997-1000.
3. UN Millennium Project 2005. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. New York: United Nations. <http://www.unmillenniumproject.org/documents/maternalchildfrontmatter.pdf>.
4. United Nations 2008. The Millennium Development Goals Report 2008. New York: UN. <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/The%20Millennium%20Development%20Goals%20Report%202008.pdf>.
5. World Health Organization. Partnership for Maternal Newborn and Child Health. Geneva: WHO, 2005. <http://www.who.int/pmnch/en/>.
6. UNFPA. International Conference on Population and Development 1994. <http://www.unfpa.org/public/icpd>.
7. Bernstein S, Say L, Chowdhury S. Sexual and reproductive health: completing the continuum. Lancet 2008;371:1225-26.
8. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: World Bank, 1993.
9. Hill PS, Dodd R, Brown S, et al. Development co-operation for health: reviewing a dynamic concept in a complex global aid environment. Globalization and Health 2012;8:5.
10. WHO/UNFPA. Building UNFPA/WHO capacity to work with National Health and Development Planning Processes in support of reproductive health: report of a technical consultation. WHO/RHR/06.2. Geneva: WHO, 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/rhr_06_02/en/index.html.
11. WHO/UNFPA. Strengthening country office capacity to support sexual and reproductive health in the new aid environment. Report of a technical consultation meeting: wrap-up assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO collaborative project. Glion, Switzerland, 21-23 March 2011. Geneva: WHO, 2011. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/rhr_11_29/en/index.html.
12. Organization for Economic Cooperation and Development. Paris Declaration on Aid Effectiveness. Paris: OECD, 2005.
13. Fidler D. The challenges of global health governance. New York: Council on Foreign Relations, 2010.
14. Severino J-M, Ray O. The end of ODA: death and rebirth of a global public policy. Working Paper 167. Washington, DC: Center for Global Development, 2009.
15. Foster M. MDG oriented sector and poverty reduction strategies: lessons from experience in health. Health Nutrition and Population Discussion Paper. Washington, DC: World Bank, 2005.
16. Driscoll R, Evans A. Second generation poverty reduction strategies: new opportunities and emerging issues. Development Policy Review 2005;23:5-25.
17. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships. Part I: A new development in health? Bulletin of World Health Organization 2000;78:549-61.
18. Dodd R, Huntington D, Hill PS. Programme alignment in higher level planning processes: a four country case study for reproductive health. International Journal of Health Planning and Management 2009;24:193-204.
19. Hill PS, Dodd R, Dashdorj K. Health sector reform and sexual and reproductive health in Mongolia. Reproductive Health Matters 2006;14:91-100.
20. World Health Organization. A guide to WHO's role in sector wide approaches to health development. CCO/06.1. Geneva: WHO, 2006.
21. Waitzkin H. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. Lancet 2003;361:523-26.
22. Hill PS. Understanding global health governance as a complex adaptive system. Global Public Health 2010;1:1-13.
23. Lao PDR. Vientiane Declaration on Aid Effectiveness. Paris: OECD. Vientiane: Government of Lao PDR, 2006. <http://www.oecd.org/dataoecd/24/36/39151183.pdf>.
24. Dodd R, Hill PS, Shuey D, et al. Paris on the Mekong: using the aid effectiveness agenda to support human resources for health in the Lao People's Democratic Republic. Human Resources for Health 2009;7:16.
25. Organization for Economic Cooperation and Development. Accra Agenda for Action. Paris: OECD, 2008.

26. Naimoli JF. Global health partnerships in practice: taking stock of the GAVI Alliance's new investment in health systems strengthening. *International Journal of Health Planning and Management* 2009;24:3-25.
27. World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009;373:2137-69.
28. International Health Partnership Plus. Geneva: IHP+, 2012. <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>.
29. International Health Partnership Plus. Monitoring and Evaluation. Geneva: IHP+, 2011. www.internationalhealthpartnership.net/en/working_groups/monitoring_and_evaluation.
30. WHO, World Bank, GAVI and Global Fund. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva: WHO, 2010.
31. Vujcic M, Weber SE, Nikolic IA, et al. An analysis of GAVI, the Global Fund and World Bank support for human resources for health in developing countries. *Health Policy and Planning* 2012;27:649-57.
32. Goeman L, Galichet B, Porignon D, et al. The response to flexibility: country intervention choices in the first four rounds of the GAVI Health Systems Strengthening applications. *Health Policy and Planning* 2010;25:292-99.
33. Hill PS, Vermeiren P, Miti K, et al. The Health Systems Funding Platform: is this where we thought we were going? *Globalization and Health* 2011;7:16.
34. United Nations. United Nations Health 4+. A coordinated initiative aimed at reducing maternal and newborn mortality. New York: UN, 2011. http://www.unglobalcompact.org/docs/issues_doc/un_business_partnerships/UNPSFP2011/Carta.pdf.
35. République du Sénégal. Document de Politique Économique et Sociale 2011-2015. Dakar: République du Sénégal, 2011.
36. Government of Malawi. Malawi Growth and Development Strategy: 2006/07-2010/11. Lilongwe: Ministry of Economic Planning and Development, 2006.
37. Lao PDR. National Growth and Poverty Eradication Strategy. Vientiane: Lao PDR, 2004. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2004/cr04393.pdf>.
38. Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. Repoliticizing Sexual and Reproductive Health and Rights. Report of a global meeting. Langkawi, Malaysia, 3-6 August 2010. London; RHM/ARROW, 2010. <http://www.rhmjournal.org.uk/publications/meeting-reports.php>.
39. MSP Sénégal. Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Dakar: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009. http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R242_MOH_SENEGAL_2009_NatlHealthPlan_09_18.pdf.
40. République du Sénégal. Politique Nationale de l'Aide Extérieure au Sénégal. Dakar: République du Sénégal, 2011.
41. Organization for Economic Co-operation and Development. Busan Partnership for Effective Development Co-operation. Declaration 4th High Level Forum on Aid Effectiveness, Busan, South Korea. Paris: OECD, 2011. [http://www.aideeffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN.pdf](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN.pdf).
42. Atwood JB. The road to Busan: pursuing a new consensus on development cooperation. In: From Aid to Global Development Cooperation: The 2011 Brookings Blum Roundtable Policy Briefs. Washington, DC: Brookings, 2011. p.21-27.
43. Martini J, Mongo R, Kalamabay H, et al. Aid effectiveness from Rome to Busan: some progress but lacking bottom-up approaches or behavior changes. *Tropical Medicine and International Health* 2012;17:931-33.
44. Wood B, Kabell D, Muwanga N, et al. Evaluation of the implementation of the Paris Declaration. Phase One: Synthesis Report. Copenhagen: Kabell Consulting ApS, 2008.
45. OECD. Aid Effectiveness 2005-2010: Progress in implementing the Paris Declaration. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2011.
46. Stuckler D, Basu S, Wang SD, et al. Does recession reduce global health aid? Evidence from 15 high-income countries, 1975-2007. *Bulletin of World Health Organization* 2011;89:252-57.
47. United Nations. A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development. Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. New York: UN, 2013.
48. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* 2007;370:1370-79.
49. Shiffman J. Generating political will for safe motherhood in Indonesia. *Social Science & Medicine*

2003;56:1197-207.

50. Kickbusch I, Brindley C. Health in the Post-2015 Development Agenda. An Analysis of the UN-led thematic consultations, High-Level

Panel Report and sustainable development debate in the context of health. Geneva: WHO, 2013.

51. Severino J-M, Ray O. The end of ODA (II): the birth of hyper-col-

lective action. Working Paper 218. Washington, D C: Center for Global Development, 2010.