

## EDITORIAL

# Multi-sectorial dimensions of sexual and reproductive health: Implications for policies and programmes in Africa

DOI: 10.29063/ajrh2022/v26i3.1

*Friday Okonofua<sup>1</sup>, Loretta Ntoimo<sup>2</sup>*

Editor in Chief, African Journal of Reproductive Health, Centre Leader, Centre of Excellence in Reproductive Health Innovation, University of Benin, Nigeria<sup>1</sup>; and Senior Lecturer, Department of Demography and Social Statistics, Federal University Oye-Ekiti, Ekiti State, Nigeria, and Editor, African Journal of Reproductive Health<sup>2</sup>

**\*For Correspondence:** Email: [feokonofua@yahoo.co.uk](mailto:feokonofua@yahoo.co.uk); [Friday.okonofua@cerhi.uniben.edu](mailto:Friday.okonofua@cerhi.uniben.edu)

With the increasing preeminence of sexual and reproductive health and rights (SRHR) within political spaces in Africa, it is important to address the question as to the best method to field its related policies and programs in the continent. To date, and in our experience there has been a tendency for governments to handle programs related to SRHR in the health sub-sector of national economies. However, we posit that SRHR transcends the health domain, and to achieve more effectiveness and convergence in its implementation, it would be more reinforcing to domesticate its management in other sectors as well.

The World Health Organization defines sexual and reproductive health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence or disease or infirmity in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes”<sup>1,2</sup>. This definition recognizes that reproductive health is not merely the absence of disease, but also includes considerations for the mental and social well-being of individuals. By emphasizing the social domain in the definition, it signifies that it is important and crucial to address the social, economic, and cultural spheres other than health.

Interestingly, this consideration has not been fully and systematically contemplated in SRHR programming in many parts of Africa. SRHR as defined by the Programme of Action (PoA) at the International Conference on Population and Development (ICPD)<sup>3</sup> also includes considerations for human rights, equity, equality of persons, and social justice, which are domains better implemented by all sub-sectors rather than health alone.

Human rights provide for the rights of individuals to enjoy sexuality and SRHR to the fullest extent possible; social equity considers the need to be fair to all persons; while justice is a consideration for people being given equal opportunities and treatment in matters relating to SRHR. While these domains are

oftentimes integrated into the fielding of SRHR in health, it often lacks the pungency and effectiveness when it is fielded alone in the health sector. Other sectors such as women affairs and gender, social welfare, national planning, legal department, education, and even finance would do better in ensuring the promotion of these rights in the execution of policies and programmes in SRHR.

The United Nations Sustainable Development Goals (SDGs) consists of 17 goals, which when achieved by 2030 would hopefully reduce inequality and promote global development<sup>4</sup>. Although sexual and reproductive health is subsumed under number 3 of these goals, several of the elements that would help the process of achieving the objectives of SRHR are hosted in several other goals. Indeed, all remaining goals can be perceived as being helpful in contributing to the attainment of SRHR. Specifically, Goals 5 and 10 respectively relate to promoting gender equality and reducing inequality overall. Similarly, other goals such as Goal 1 (no poverty), Goal 2 (zero hunger), Goal 4 (quality education), Goal 8 (decent work and economic growth), Goal 16 (peace and social justice), Goal 17 (partnerships for the goals), all have the potentials to contribute to achieving the most optimal SRHR outcomes.

Arising from the above analysis, the *African Journal of Reproductive Health* believes that SRHR cannot be comprehensively implemented if it is fielded only in one sector, given that no single sector has the agency and competencies to deal with all its components. While it can be argued that an integrated programming in health would be useful, it nevertheless limits the involvement of other sectors that would be better able to deal with the related challenges. A classic example is gender-based violence (GBV). While the health sector can manage the consequences of GBV, it is only the legal department, law enforcement agencies, and human rights institutions that can best implement a holistic approach to its prevention and management.

Consequently, we recommend a multi-sectorial and multi-disciplinary approach in the implementation of SRHR in the African continent. While this approach may seem obvious, and has been used in some parts of the continent, there has been no systematic documentation of its methodology and the nature of the coordinating mechanisms required to enable it to function properly. We surmise that for a multi-disciplinary and multi-sectorial approach to SRHR to work effectively, it needs to be galvanized and coordinated by the highest level of governance and policymaking. This would enable the subsidiary departments and agencies to receive mandates for implementing SRHR, including the allocation of appropriate budgets and resources. More importantly, mechanisms need to be put in place to guarantee relevant visioning and uptake of the principles of SRHR at the highest level of political decision-making to ensure its prioritization and agenda setting in national political systems.

We conclude that implementation of SRHR in Africa would be more effective if it is anchored as a

multidisciplinary and multi-sectorial initiative. Appropriate visioning at the highest level of governance buoyed by ownership and strong political leaderships would help propel SRHR programmes and the attainment of universal access to SRHR in the continent.

### **Conflict of interest**

None

### **References**

1. World Health Organization. *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002.*; 2006.
2. World Health Organization. *Developing Sexual Health Programmes A Framework for Action.* Department of Reproductive Health and Research World Health Organization; 2010.
3. United Nations Population Fund. *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.*; 2004.
4. United Nations General Assembly. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development.*; 2015.

## ÉDITORIAL

# Dimensions multisectorielles de la santé sexuelle et reproductive: Implications pour les politiques et programmes en Afrique

DOI: 10.29063/ajrh2022/v26i3.1

*Friday Okonofua<sup>1</sup>, Lorretta Ntoimo<sup>3</sup>*

Rédacteur en chef, African Journal of Reproductive Health, Chef de centre, Centre d'excellence en innovation en santé reproductive, Université du Bénin, Nigeria<sup>1</sup>; et Conférencier principal, Département de démographie et de statistiques sociales, Université fédérale d'Oye-Ekiti, État d'Ekiti, Nigéria, et rédacteur en chef, African Journal of Reproductive Health<sup>2</sup>

**\*Pour la Correspondance:** Courriel: *feokonofua@yahoo.co.uk; Friday.okonofua@cerhi.uniben.edu*

Avec la prééminence croissante de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) dans les espaces politiques en Afrique, il est important d'aborder la question de la meilleure méthode pour mettre en œuvre les politiques et programmes connexes sur le continent. À ce jour, et d'après notre expérience, il y a eu une tendance à mettre en place des programmes de terrain liés à la SDSR dans le sous-secteur de la santé des économies nationales. Cependant, nous postulons que la SDSR transcende le domaine de la santé, et pour atteindre plus d'efficacité dans sa mise en œuvre, il serait judicieux de considérer d'autres domaines.

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé sexuelle et reproductive comme “ un état de bien-être physique, mental et social complet et non simplement l'absence, la maladie ou l'infirmité dans tous les domaines liés au système reproducteur et à ses fonctions et processus”<sup>1,2</sup>. Cette définition reconnaît que la santé reproductive n'est pas simplement l'absence de maladie, mais inclut également des considérations pour le bien-être mental et social des individus. En mettant l'accent sur le domaine social dans la définition, cela signifie qu'il est important et crucial d'aborder les sphères sociales, économiques et culturelles autres que la santé. Il est intéressant de noter que cette considération n'a pas été pleinement et systématiquement envisagée dans les programmes de SDSR dans de nombreuses régions d'Afrique. La SDSR telle que définie par le Programme d'action (PoA) de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)<sup>3</sup> inclut également des considérations pour les droits de l'homme, l'équité, l'égalité des personnes et la justice sociale, qui sont des domaines mieux mis en œuvre par tous les sous-secteurs plutôt que la santé seule. Les droits de l'homme prévoient les droits des individus à jouir de la sexualité et de la SDSR dans toute la mesure du possible ; l'équité sociale considère la nécessité d'être juste envers toutes les personnes; tandis que la justice est

une considération pour que les personnes bénéficient de l'égalité des chances et du traitement en matière de SDSR. Alors que ces domaines sont souvent intégrés dans la mise en place des DSSR en santé, il manque souvent le piquant et l'efficacité lorsqu'ils sont mis en place seuls dans le secteur de la santé. D'autres secteurs tels que les affaires féminines et le genre, la protection sociale, la planification nationale, le département juridique, l'éducation et même les finances feraient mieux d'assurer la promotion de ces droits dans l'exécution des politiques et programmes en matière de SDSR.

Les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies se composent de 17 objectifs qui, une fois atteints d'ici 2030, réduiraient, espérons-le, les inégalités et favoriseraient le développement mondial<sup>4</sup>. Bien que la santé sexuelle et reproductive soit subsumée sous le numéro 3 de ces objectifs, plusieurs des éléments qui aideraient le processus de réalisation des objectifs de SDSR sont hébergés dans plusieurs autres objectifs. En effet, tous les objectifs restants peuvent être considérés comme contribuant à la réalisation des SDSR. Plus précisément, les objectifs 5 et 10 concernent respectivement la promotion de l'égalité des sexes et la réduction des inégalités en général. De même, d'autres objectifs tels que l'objectif 1 (pas de pauvreté), l'objectif 2 (faim zéro), l'objectif 4 (éducation de qualité), l'objectif 8 (travail décent et croissance économique), l'objectif 16 (paix et justice sociale), l'objectif 17 (partenariats pour les objectifs), tous ont le potentiel de contribuer à atteindre les résultats les plus optimaux en matière de SDSR.

Découlant de l'analyse ci-dessus, l'African Journal of Reproductive Health estime que la SDSR ne peut pas être mise en œuvre de manière globale si elle n'est mise en œuvre que dans un seul secteur, étant donné qu'aucun secteur n'a l'agence et les compétences nécessaires pour gérer toutes ses composantes. Si l'on

peut affirmer qu'une programmation intégrée en santé serait utile, elle limite néanmoins l'implication d'autres secteurs qui seraient mieux à même de relever les défis qui y sont liés. Un exemple classique est la violence basée sur le genre (VBG). Alors que le secteur de la santé peut gérer les conséquences de la VBG, seuls le service juridique, les forces de l'ordre et les institutions des droits de l'homme peuvent le mieux mettre en œuvre une approche holistique de sa prévention et de sa gestion.

Par conséquent, nous recommandons une approche multisectorielle et multidisciplinaire dans la mise en œuvre de la SDRS sur le continent africain. Bien que cette approche puisse sembler évidente et ait été utilisée dans certaines parties du continent, il n'y a pas eu de documentation systématique de sa méthodologie et de la nature du mécanisme de coordination nécessaire pour lui permettre de fonctionner correctement. Nous supposons que pour qu'une approche multidisciplinaire et multisectorielle de la SDRS fonctionne efficacement, elle doit être galvanisée et coordonnée par le plus haut niveau de gouvernance et d'élaboration des politiques. Cela permettrait aux départements et agences subsidiaires de recevoir des mandats pour la mise en œuvre de la SDRS, y compris l'allocation de budgets et de ressources appropriés pour leur permettre de le faire. Plus important encore, des mécanismes doivent être mis en place pour garantir une vision et une adoption pertinentes des principes de la SDRS au plus haut niveau

de prise de décision politique afin d'assurer sa hiérarchisation et l'établissement de l'agenda dans les systèmes politiques nationaux.

Nous concluons que la mise en œuvre de la SDRS en Afrique serait plus efficace si elle était ancrée en tant qu'initiative multidisciplinaire et multisectorielle. Une vision appropriée au plus haut niveau de gouvernance, soutenue par l'appropriation et des dirigeants politiques forts, aiderait à propulser les programmes de SDRS sur le continent.

## Conflits d'intérêts

Aucun

## Références

1. Organisation mondiale de la santé. Définir la santé sexuelle : rapport d'une consultation technique sur la santé sexuelle, 28–31 janvier 2002; 2006.
2. Organisation mondiale de la santé. Élaboration de programmes de santé sexuelle Un cadre d'action. Département de la santé et de la recherche génésiques Organisation mondiale de la santé ; 2010.
3. Fonds des Nations Unies pour la population. Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994.; 2004.
4. Assemblée générale des Nations Unies. Transformer notre monde : l'Agenda 2030 pour le développement durable; 2015.