

Millennium Development Goals were set in the year 2000 by United Nations primarily to reduce the socio-economic disparities that exist in various countries and within countries, so that a better quality of life is available to all the human beings. All the nations agreed to achieve these Goals by the year 2015.

July 07, 2007 (07/07/07) is the half time of this promise and everywhere the Review of the achievements of Goals is undergoing.

The Civil Societies under the Global Campaign Against Poverty (G-CAP) are preparing their own reports.

The present Report is a part of this Global Process.

We are presenting the Report Card of Himachal Pradesh – mainly taking Goals related to Health, Education and Environment.

Himachal Pradesh

Himachal Pradesh (HP) is a tiny province of India, having a population of little more than 6 million mountain people. The perseverance of eco system is the major challenge as this system is the lifeline for more than 60 million people of Northwest India and Eastern parts of Pakistan.

This province got the full Statehood in 1971 and since then has made tremendous progress in achieving better indicators in Education and Health – in fact it is the best one in North India.

Material Well-being:

Himachalis are much better placed as far as material well-being is concerned. Following data proves this.

1. Residential houses:

Out of total 12,07,037 houses, only 32,546 (2.6%) houses are in dilapidated conditions. This means that nearly 98% households have residence which can termed as 'good' and 'livable' (census2001)

Amongst the Scheduled Castes, the picture is not much different. 96% SC population resides in 'good' and 'livable' houses.

2. Out of 12, 29,164 houses, 793,408 (64.54%) houses have permanent structures.

For the SC population houses again the figures are not much different. (59.64%)

3. Only around 27% population lives in less than 2 room residence. As far as Scheduled Caste population is concerned, this figure is 33%

4. 85% population lives in self-owned houses whilst 90% SC population lives in self-owned houses.

5. The distribution of ownership according to number of rooms and Caste reveals the following figures:

| Category | Total | 1-Room | 2-Rooms | 3-rooms | 4- rooms | 5- rooms | 6+ room |
|----------|-----------|--------|---------|---------|----------|----------|---------|
| General | 12,40,633 | 25.5% | 31% | 15% | 14% | 4.5% | 8% |
| S.C. | 316,392 | 31% | 34% | 13% | 11% | 03% | 05% |

6. As far as Drinking water source is concerned, nearly 90% population have source within premises or nearby whilst 83% SC population enjoys same facility.

7. The difference is regarding the source of Drinking water within premises. Whilst 32% General Population enjoys this facility, only 23% SC population does so.

8. 95% households have electricity supply. There not much difference between the households belonging to General castes or Scheduled Castes.
9. 67% households don't have toilet facilities whilst nearly 75% SC households also suffer from lack of any type of toilet.
10. Nearly 54% households have Television sets and nearly 17% households have telephone facilities.

With this kind of Material well-being and not much economic exclusion of Scheduled Caste population, the question that comes to the mind:

Are these Millennium Development Goals have any relevance to Himachal Pradesh?

Quantity – Quality

The indicators merely reveal the statistical achievements that should transform into 'better quality of life' and lessen the Gender gaps. The Report looks into these aspects and tries to bring out the dichotomy. The cover of this report tells us this more in picture than in figures.

This picture is from Community Health Center situated on National Highway. Statistically, every CHC should have two toilets for its OPD (Out Patient Department). This CHC has two toilets, but when one looks at the quality of these toilets, it reveals what the photographs tell us.

Thus, statistically, Himachal Pradesh has one of the best and fastest growing economy and the Per capita Income now stands fourth in the country. Therefore one can safely say, it has eradicated poverty and people have a better 'Quality of Life'. But following table gives us a different story:

Nutritional Status of Children under 3 years:

| Nutritional Status | Total | Urban | Rural |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Stunted % | 26.6 | 25.0 | 26.7 |
| Wasted % | 18.8 | 18.5 | 18.8 |
| Underweight % | 36.2 | 33.9 | 36.4 |

Source: NFHS-3

58.8% children between the ages of 6 to 35 months are anaemic and little more than 40% women (between the age of 15 to 49) are anaemic.

If this is so, how can one claim that the growing economy and higher per capita income has eradicated 'hunger'?

The Report safely and correctly states that the total fertility rate (TFR) and Maternal Mortality Rates have been reduced greatly, but question that remains unanswered is: Why 37% pregnant women are anaemic?

Whether the reduction in TFR resulted in better Gender Equality?

To answer this, one should look at two sets of data – one Child Sex Ratio (absolute and at birth) and secondly gender disparity within Child Mortality.

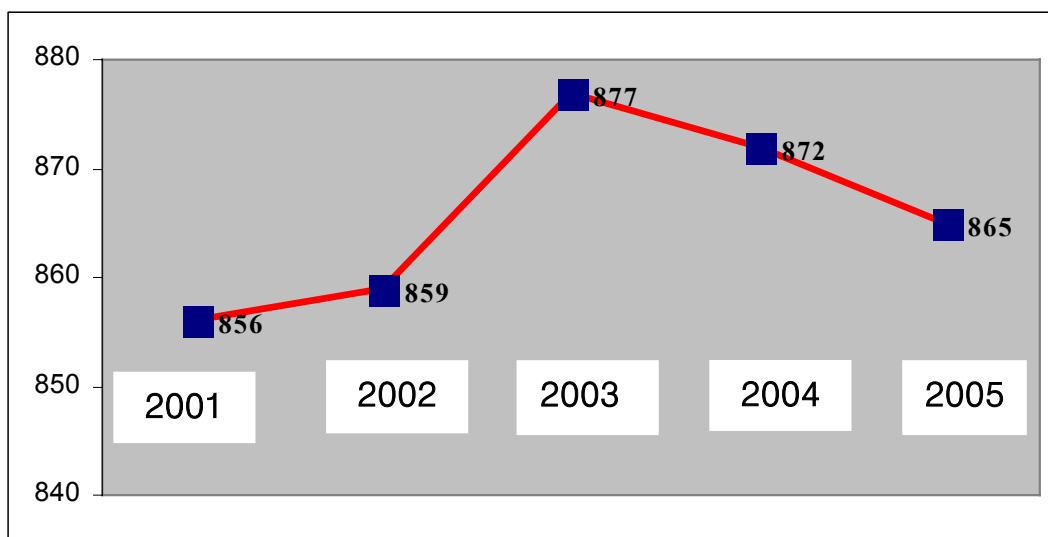
Child Sex Ratio:

| Census Year | Child sex ratio |
|--------------------|------------------------|
| 1981 | 971 |
| 1991 | 951 |
| 2001 | 897 |

Such a sharp fall in Child sex ratio reveals that the Himachali population doesn't want to have girls in their families. The field experiences tells us that a family having more than one girl child is becoming rare and families having no girl children is becoming a pattern of family formation amongst the younger and educated couples.

But even after the publication of census data, what has the State done to arrest this trend?

The Sex ratio at birth (from the Birth Registration Records – Himachal has one of the best Birth Registration Systems in India) reveals the followings:



Source: Civil Registration published by Directorate of Health Services, H.P.

Data for the year 2006 is yet to be made available.

It is very clear from the above graph that even after receiving a set-back in maintaining the Child Sex ratio, the State has not done enough to arrest this trend by implementing PC-PNDT Act strictly. There was no case filed against any ultrasound machine owners till 2005. Recently few Clinics have got the Notices and some action is underway.

Sex Disaggregated Child Mortality Rates

| H.P. | Total | Male | Female |
|------|-------|------|--------|
| 2005 | 49 | 47 | 51 |
| 2004 | 51 | 56 | 45 |
| 2003 | 49 | 54 | 44 |
| 2002 | 61 | 66 | 55 |
| 2001 | 43 | 48 | 36 |
| 2000 | 51 | 56.7 | 44.5 |

Source: SRS

The question from above table that can be raised is:

Is Himachal Pradesh going in for Female Infanticide? The answer seems to be positive and this is the most dangerous sign – where has the principle of Gender Justice gone?

Situation of Adult Women:

Himachal Pradesh has achieved a better life expectancy at birth for women. Overall literacy rate for women (68%) is higher than the national average and mean age at marriage has increased to 19 and only 3 % married women by the age of 19 have become 'mothers'.

The production of crops in Himachal has increased manifold over a span of last fifty years. The figures generated by the agriculture department of Himachal Pradesh reveal that the food grains production has increased from 200 thousand tonnes in 1951-1952 to 1397.98 thousand tonnes in the Year 2003-2004. The Production of rice stands a 120.62 thousand tonnes in 2003-2004 compared to 28.3 thousand tonnes in 1951-1952. The production of wheat has attained a level of 496.93 thousand tonnes against 61.2 thousand tonnes during 1951-1952 thus registering an increase of more than 8 times than Production level of 1951-1952. The production of Ginger in 1951-1952 was 1.24 thousand tones and it stood as 1.46 thousand tones in 2003-2004 The production of maize (which is the major crop of the state) stood at 729.57 thousand tonnes in the year 2003-04 relative to 67.3 in 1951-52. (<http://www.hpagriculture.com/achivements.htm>)

If the above contention is true, then the food availability and nutrition availability must have also increased. But following Table gives us different story:

MORBIDITY PROFILE FOR TEN MAJOR DISEASES IN HIMACHAL PRADESH - 1998

| Diseases | Number of patients in OPD | Number of patients in IPD | Total (%) |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|
| Acute Bronchitis | 3,37,915 | 5118 | 3,43,033(17.18) |
| Anaemia | 3,12,070 | 3695 | 3,14,765 (15.81) |
| Ch. Bronchitis | 2,30,620 | 6345 | 2,36,965(11.86) |
| Dental Diseases | 2,23,139 | 119 | 2,23,258(11.18) |
| Gastroenteritis | 1,83,301 | 11,361 | 1,94,662(9.54) |
| Skin Diseases | 1,88,610 | 1901 | 1,90,511(9.54) |
| Tonsil, adenoids | 1,29,536 | 13,788 | 1,43,224(7.17) |
| Wound, Injuries | 1,30,153 | 2581 | 1,32,734(6.64) |
| Ill defined intestinal infections | 1,02,504 | 2976 | 1,10,480(5.53) |
| Amoebiasis | 1,02,785 | 3180 | 1,05,965(5.25) |
| Total | 19,45,633 | 51064 | 19,96,697(100) |

(Source: Himachal Health Vision 2020, Dept. of Health & Family Welfare)

The answer may be in the following table:

Health Expenditure as % of total Expenditure:

| | | | | | | | |
|------|-------|------|------|------|------|------|------|
| 1981 | 1987 | 1991 | 1996 | 1998 | 2001 | 2003 | 2005 |
| 6.63 | 13.50 | 3.32 | 6.16 | 7.04 | 5.64 | 4.50 | 5.08 |

Source: A study of Budget of 2002-03 RBI

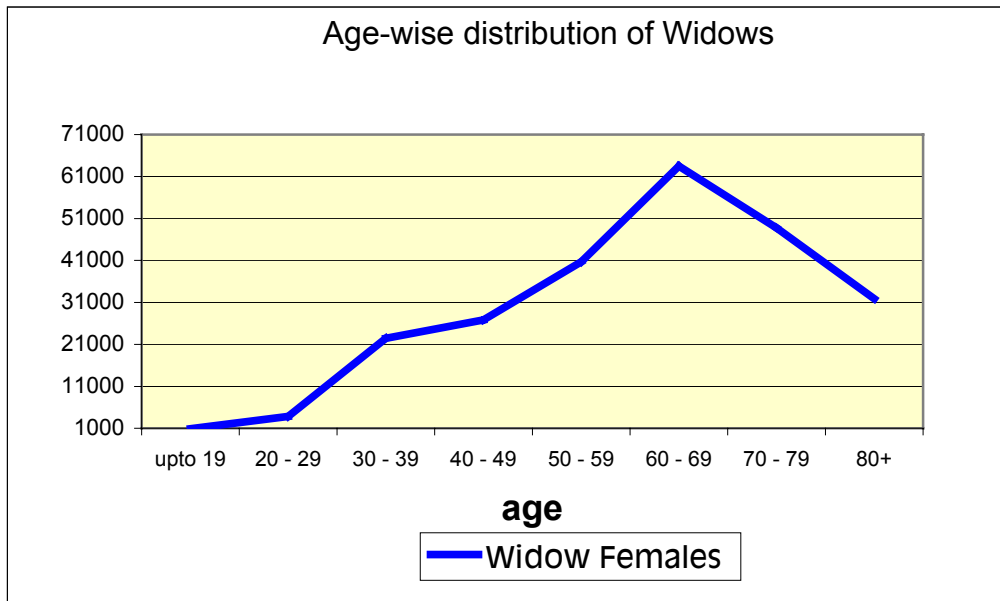
So since the initiation of MDG, it seems that the expenditure on Health in proportion to total expenditure instead of increasing, has gone down.

The Study done by HP Jan Swasthya Abhiyan establishes this beyond any doubt.

The Life Expectancy at Birth has increased to 69+ for women and this is a good sign.

But has this 'good sign' became a blessing for women or a curse?

It is reported (census 2001) that every 7th married woman in Himachal is Single Women and most of them are 'widows'.



When one looks at above graph, one understands the needs of Health Care services of widows as majority of them are above 60 years. Unfortunately, the State has decided to use 'user fee' and given the poor economic conditions of women in general and widows in particular this system becomes deterrent for old widows to seek health care services.

The practice of desertion after marriage by 'husbands' is becoming a routine practice, these women who are termed as 'deserted' are living in most depreciable conditions and the Ekal Naree Shakti Sangathan of Himachal Pradesh has not only brought out the detailed Situational Analysis of Single women but has also compiled few Case studies which are circulated separately.

Crime against women:

Crime against women is on the rise. The following table makes this point very clear:

Registered Sexual Abuse Cases between the year 2004 to 2007 across the State.

| District | Number of cases |
|----------------|-----------------|
| Shimla | 98 |
| Mandi | 40 |
| Kangra | 53 |
| Solan | 45 |
| Hamirpur | 13 |
| Una | 26 |
| Kullu | 44 |
| Chamba | 31 |
| Bilaspur | 20 |
| Sirmour | 24 |
| Kinnaur | 16 |
| Lahual & Spiti | 01 |

Civil Societies:

The movement of civil societies in Himachal Pradesh is still in infant stage. Majority of the Civil Societies are engaged in service provisions such as child-care, health care.

There are strong movements of women against various repressive policies or crimes against them and the vibrant Mahila Mandals have surpassed many Civil Societies.

Due to Government's policies to promote of Hydro-power projects and Cement Plants, people's groups are coming together to fight it out as large chunk of people are not only physically getting displaced but are facing Resource Displacement.

The Response of the State to these movements is to enact a new Societies Registration Act, which empowers the State to take over the management of any Civil Society. Such enactment of Law shows how the State is readying itself to 'kill' the opposition to its policies.

The lack of transparency in Governance has resulted into every appointment made by Government is either stayed or scarpred by the Hon. high court or Tribunals.

The Challenges:

Thus the challenges before Civil societies are manifold – it has to join hands with the various local struggles that people have initiated to save their 'resources' and at the same time, get ready to face the legal wrath of the State.

The challenge before the State is how to convert the material well-being that has brought to people of Himachal into bettering the 'quality of life'.

The real Millennium Development Goals for the Mountain State is:

1. Save fragile Himalayan Ecology
2. Develop Governance on the principle of Gender Justice
3. Convert material well being into enhancing quality of life.
4. Develop special Schemes / policies to look after the vulnerable groups (traditional as well as newer ones like deserted women)
5. Create participatory and transparent Governance.

MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS, HIMACHAL PRADESH

Goal 4: REDUCE CHILD MORTALITY RATE

Target 5: Reduce by two third under 5 mortality rate between 1990 -2015

Indicator 13: Under 5 Mortality Rate

Indicators for child mortality and infant mortality are more sensitive to the changes that have a bearing on the quality of life, particularly to the health and longevity of people. These are more useful in tracking changes in health attainments of a population at more frequent intervals.

Table 1: Infant and Child Mortality; NFHS-2 Himachal Pradesh - 1999

| Years preceding the survey | Neonatal mortality | Post neonatal Mortality Rate | Infant Mortality | Child Mortality | Under-5 Mortality |
|----------------------------|--------------------|------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| TOTAL | | | | | |
| 0-4 | 22.1 | 12.3 | 34.4 | 8.3 | 42.4 |
| 5-9 | 27.4 | 17.1 | 44.5 | 9.9 | 53.9 |
| 10-14 | 26.4 | 16.2 | 42.6 | 18.7 | 60.5 |
| URBAN | | | | | |
| 0-4 | 19.0 | 18.5 | 37.5 | 8.1 | 45.3 |
| 5-9 | 48.4 | 20.0 | 68.4 | 7.5 | 75.4 |
| 10-14 | 21.2 | 15.5 | 36.7 | 17.0 | 53.1 |
| RURAL | | | | | |
| 0-4 | 22.3 | 11.8 | 34.1 | 8.4 | 42.2 |
| 5-9 | 25.5 | 16.8 | 42.4 | 10.1 | 52.2 |
| 10-14 | 26.8 | 16.2 | 43.0 | 18.8 | 61.1 |

Table 2: Comparison of Infant and Child Mortality Indicators between NFHS-1 and NFHS -2

| | Neonatal mortality | Post neonatal Mortality | Infant Mortality | Child Mortality | Under-5 Mortality |
|--------|--------------------|-------------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| NFHS-1 | 34.2 | 21.7 | 55.8 | 14.1 | 69.1 |
| NFHS-2 | 22.1 | 12.3 | 34.4 | 8.3 | 42.4 |

Table 2 clearly shows in reduction of mortality rates in infant and child mortality rates.

Under 5 mortality rate as per NFHS -2 for the state is 42.4 per one thousand live births.

As illustrated in Table-1, Infant and child mortality has been declining constantly. All the 5 indicators have declined during the past 15 years. While neonatal, post neonatal, infant and under 5 mortality rate declined by 16-30 percent, child mortality declined by 56 percent. Infant mortality declined at the rate of one infant death per 1000 live births per year. The child mortality rate is 41 percent lower than the corresponding rate in NFHS-1.

Indicator 14: INFANT MORTALITY RATE

Infant mortality rate is measured by SRS and NFHS. Information about IMR as estimated by SRS is available since its inception. State of infant and child mortality is the best indicator of basic health care, quality and reach of health delivery, and overall socio economic development of the region.

IMR did not register any decline in the last decade of previous century and remained pegged around 60. However with the turn of century, it declined to 54 in 2001 after which it is showing slow but sustained decline to 49 in the year 2005. (Table3).

Table 3: Infant Mortality Rate Himachal Pradesh

| Year | Total | Rural | Urban | Male | Female |
|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| 2000 | 60 | 62 | 37 | | |
| 2001 | 54 | 56 | 32 | | |
| 2002 | 52 | 53 | 28 | | |
| 2003 | 49 | 51 | 26 | | |
| 2004 | 51 | 53 | 23 | | |
| 2005 | 49 | 50 | 20 | 47 | 51 |

Source – SRS

Table 4: Trends in Infant Mortality

| | Total | Rural | Urban |
|----------|--------------|--------------|--------------|
| NFHS – 1 | 56 | 56 | 49 |
| NFHS—2 | 34 | 34 | 38 |
| NFHS – 3 | 36 | 39 | 11 |

IMR estimated by NFHS also reveal continuous decline since 1992-93 i.e. NFHS—1. However IMR estimated by NFHS are much lower than the SRS value (34 against 62). The two sources agree on Urban IMR but there is big difference in rural IMR.

There is slight gender differential in IMR and female has slightly higher IMR. However SRS has not estimated IMR sex wise separately for rural and urban areas due to small sample size.

Socioeconomic Differential in infant and child mortality

Infant mortality rate declines for children of illiterate or mothers having education less than middle to for children whose mothers have at least completed high school. All rates are lower for children whose mothers are matric than for mothers who are illiterate. Mortality rates are higher for scheduled caste children than for other children. The data suggest that post neonatal mortality and child mortality decline with the household standard of living, neonatal mortality does not appear to do so.

Indicator 15: Proportion of one year old immunized against measles

State of Himachal Pradesh has achieved commendable success in the implementation of immunization programme. Though departmental figures boasts of cent percent coverage of infants, other studies, especially NFHS, do estimate quite high rates of coverage. Table given below indicated the trend observed from 1992-93 onwards.

Table 6: Trends in vaccination coverage – Fully immunized children, immunized with Measles vaccine, and sex wise

| Survey | Fully immunized children | Rural | Urban | Immunized with measles vaccine | Boys fully immunized | Girls fully immunized |
|--------------|--------------------------|-------|-------|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| NFHS – 1 (%) | 63.5 | 62 | 82 | 71.8 | | |
| NFHS – 2 (%) | 84.4 | 84 | 80 | 89.1 | 87 | 79 |
| NFHS – 3 (%) | 74.2 | 74 | 80 | 86.3 | | |

The high coverage achieved is corroborated by reduction in vaccine preventable diseases. State is virtually free of poliomyelitis, whooping cough, diphtheria and tetanus. Successful implementation of NIDs has been carried out by the state. However NFHS -3 has estimated decline in fully immunized children and in all vaccines.

Socioeconomic Differential in immunization

Boys are more likely to be fully vaccinated than girls, as observed in NFHS 1 and 2. Education of mothers influences vaccination coverage. Only 67 % children of illiterate mothers were fully immunized compared to 91-93 % children whose mothers were educated. There is not much difference by caste, tribe or backward classes. The standard of living has a positive relationship with vaccination coverage. 90 % of children from households with high standard of living are fully immunized

MEASLES VACCINATION

As seen in Table 6, Measles vaccination increased from 71.8% to 89.1% during NFHS-2 was 89.1 but has declined slightly to 86.3 % as has happened for fully immunized children too. Outbreaks in measles have been reported in some parts of the state in past years. However during past 3 years (2003 –2004, 2004 – 2005 and 2005-2006) 104, 9, 156 cases of measles have been reported respectively.

Child Morbidity

NFHS estimated percentage of children suffering from Acute Respiratory Infections (ARI), Fever and Diarrhoea. Table 7 gives the findings of NFHS 2

Table 7: Prevalence of ARI, Fever, and diarrhea in children

| | ARI | Fever | Any diarrhoea | Diarrhoea with blood | Percentage with ARI taken to a health facility |
|------------|------|-------|---------------|----------------------|--|
| NFHS-2 (%) | 10.8 | 29.9 | 31.3 | 4.5 | 95.6 |

ARI, primarily pneumonia is a major killer of infants and children. 11 percent children under age 3 suffered from ARI. 30 percent children suffered from fever. 31.3 percent children suffered from diarrhea. 5 percent children had diarrhea with blood (dysentery). Malnutrition appears to be rampant in children. NFHS-3 estimated 26.6 percent children less than 3 years as stunted, 18.8

percent as wasted and 36.2 percent as underweight. There is only marginal decline from the estimated rates of NFHS-2.

Mother's knowledge

Mother's knowledge about these life threatening diseases and appropriate treatment has risen. Knowledge about ORS packets has risen from 68 % in NFHS to 93 percent in NFHS 2. But their knowledge of children's need for extra fluids during diarrhea is low (49%), even wrong knowledge of withholding fluids during the episodes of diarrhea.

Treatment seeking behaviour is remarkably high in the state. 92 percent children were taken to a health facility for medical treatment. 95.6 percent children suffering from ARI were taken to a health facility or provider. NFHS-3 figures for use of ORS during diarrhoea at 52.5 percent, children suffering from diarrhoea taken to a health facility at 67.3 and children suffering from ARI taken to a health facility at 870.3 percent are somewhat lower than NFHS estimates.

Interventions for improving child health

RCH programme aims at provision of neonatal care to all children, promotion of exclusive breastfeeding, integrated management of neonatal and childhood diseases, renewed efforts to provide immunization and other services to all children. Newer initiatives under NRHM such as implementation of Janani Suraksha Yojna (JSY), and ASHA scheme, strengthening of health institutions to improve institutional deliveries, involvement of other departments in health programmes, are major initiatives underway. Provision of ICDS anganwadi in all villages shall ensure provision of supplementary nutrition and other services to the beneficiaries.

Table 7: Attaining Mdg Target

| Indicator | NFHS-1 (1991) | NFHS-2 (1999) | NFHS-3 (2005) | NPP 2000 GOAL 2010 | 2015 MDG TARGET |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Under 5 MR | 69.1 | 42.4 | NA | -- | 23 |
| IMR | 56 60* | 34 62* | 36 49* | 30 | 20 |
| Fully immunized children | 63.5 | 83.4 | 74.2 | 100 % | > 90% |
| Infants immunised against measles | 71.8 | 89.1 | 86.3 | 100 % | > 90% |
| Prevalence of under weight children | 43.7 | 43.6 | 36.2 | -- | 14 |

***SRS ESTIMATE**

Perusal of information contained in table 7 clearly indicates that Himachal Pradesh is heading towards achievement of MDG goal of reducing child mortality by two thirds. Other indicators influencing child health also show considerable improvement. Hopefully the goal shall be achieved by the year 2010, before the MDG target year 2015.

Goal 5: IMPROVE MATERNAL HEALTH

Target 6: Reduce by three quarters by 1990-2015 the maternal mortality ratio

Indicator 16; Maternal Mortality Ratio

Indicator 17; Proportion of births attended by skilled birth attendants

Promotion of Reproductive and Child health has been a priority area in the country and number of programmes and special schemes focusing on pregnant women and children were implemented. Mixed successes have been achieved in the country. While child health related services and indicators show considerable improvement, the same cannot be said about maternal health. Indicators related to maternal health have lagged behind.

Himachal Pradesh has succeeded in bringing down the fertility level to replacement level and brought down infant mortality rate as per the targets fixed by NHP AND NPP, indicators about maternal health don't show similar trend. Another area of concern is absence of data on Maternal Mortality Ratio. Small size of the state does not generate adequate sample to make reliable estimates for MMR. So far there has been no study in Himachal Pradesh on MMR. One study conducted by PGI Chandigarh in district Sirmaur in 1995 estimated the MMR of the district at 356 per one lakh population. District Sirmaur is relatively backwards and remote, with poorly developed health infrastructure. Hence it can be assumed that MMR of the state would be less than 356 in the year 1995-96. MMR for the country was 427 in this period.

MATERNAL MORTALITY RATIO

There are no reliable estimates for maternal mortality rate or ratio available for the state. Normally the state accepts and applies country's MMR.

However the findings of a recent study released by RGI and MoHFW on MMR by applying RHIME method of estimation reveal that MMR for the country stands at 301. The state of Himachal Pradesh was not included in the study. Rates for neighbouring states of Haryana and Punjab have been estimated at 162 and 178 respectively. Since level of health care and health indicators are almost similar to Punjab, it can be safely concluded that MMR for Himachal Pradesh could be around 178.

In the absence of reliable data for maternal mortality ratio for Himachal Pradesh, it would be appropriate to look into components of services influencing the MMR. Given below are tabulated figures for some components of maternal care:-

Table 1: Trends in any antenatal care

| | Total | Rural | Urban |
|----------|--------------|--------------|--------------|
| NFHS – 1 | 76 | 75 | 95 |
| NFHS—2 | 86 | 85 | 97 |
| NFHS – 3 | 90 | 90 | 93 |

Table 1 suggests increasing trend among pregnant women to seek antenatal care and the trend is almost equal in rural and urban areas, which is quite satisfying. However the same is not applicable for three antenatal visits, which reflects about quality of care. Table 3 given below suggests that state has yet to provide for about 40 % women the benefit of comprehensive antenatal care.

Table 2: Trends in institutional deliveries

| | Total | Rural | Urban |
|----------|--------------|--------------|--------------|
| NFHS – 1 | 17 | 14 | 60 |
| NFHS—2 | 29 | 25 | 72 |
| NFHS – 3 | 45 | 42 | 79 |

Increasing trend of institutional deliveries indicate towards growing awareness of safe child birth. In spite of difficult geographical terrain and long distances to health facilities, it is an encouraging trend. One of the districts, Shimla, has attained institutional deliveries level at 62%. (DLHS 2002)

Table 3: Antenatal care and other indicators

| Sr. | Indicator | NFHS-1 | NFHS-2 | NFHS-3 |
|-----|--|--------|--------|--------|
| 1. | Mothers who had at least 3 antenatal care visits for their last birth | 41.0 | 61.6 | 62.6 |
| 2. | Mothers who received postnatal care from a doctor/nurse/LHV/ANM/ other health personnel within two days of delivery for their last birth | Na | Na | 40.8 |
| 3. | Births assisted by a doctor/ nurse / ANM / other health personnel (SBAs) | 25.6 | 40.2 | 50.2 |
| 4. | Institutional deliveries | 17.1 | 28.9 | 45.3 |
| 5. | Pregnant women who are anaemic | Na | 31.8 | 37.0 |

Table 3 gives a bird's eye view of status of reproductive health of Himachal Pradesh. Indicators related to maternal care though show continuous upwards trend, but the progress is slow. Coverage achieved so far is around 50 percent. There has not been appreciable improvement in three antenatal visits and post natal visits. Number of pregnant women suffering from anaemia has increased as compared to NFHS 2. Only ray of hope is offered by improvement in institutional births.

Interventions for improving maternal health

One of the goals of NRHM is to reduce MMR to 100 by the year 2010. Various new initiatives i.e. ASHA, provision of comprehensive Emergency obstetric care in FRUs, provision of institutional deliveries in PHCs, imparting training to experienced TBAs to increase their skill level equivalent to SBAs, etc. are bound to bring some improvement in the maternal health.

One of the challenges for the state is to create data base to measure MMR accurately so that state can measure the progress. Since the state has established very good Civil Registration System and has achieved 100 % registration of births, it should be possible to achieve the same for deaths, especially related to maternal causes.

Table 4: ATTAINING MDG TARGET

| Indicator | NFHS-1 | NFHS-2 | NFHS-3 | NPP 2000 GOAL | 2015 MDG TARGET |
|-------------------------|--------|--------|-------------|---------------|-----------------|
| MMR | 427* | 540* | NA 170** | 100 | 106 |
| Births attended by SBAs | 25.6 | 40.2 | 50.2 | 100 | > 90% |
| CPR | 58.4 | 67.7 | 72.6 | -- | |
| TFR | 2.97 | 2.14 | 1.94 | 2 | |

* MMR of the country (NFHS)

** MMR comparable to Panjab and Haryana (RHIME-MoHFW)

In view of data presented above in Table 4 and other tables, it appears that while significant success has been achieved in fertility control and child health, probably not proper attention and priority has been accorded to maternal health. In view of good health infrastructure and new strategies under NRHM, it should be within the reach of the State to attain the targets of Millennium Development Goals. i.e. reduction of MMR to less than 100 by 2015.

Goal 6: Combat HIV, Malaria and TB

Target 7: Have halted by 2015 and begun to reverse the trend of HIV / AIDS

Indicator 18: HIV prevalence amongst women aged 15- 24 years

Indicator 19: Condom use rate of Contraceptive prevalence rate

Indicator 19: Condom use at last high risk sex

Indicator 19: percentage of population aged 15-24 years having correct knowledge of HIV/AIDS

Indicator 19: Contraceptive prevalence rate

Table 1: HIV / AIDS CASES IN HIMACHAL PRADESH SINCE 1987

| Sr. | Year | HIV cases | AIDS cases | Increase in HIV cases in the year |
|-----|---------|-----------|------------|-----------------------------------|
| 1 | 2000-01 | 278 | 87 | |
| 2 | 2001-02 | 350 | 92 | 72 |
| 3 | 2002-03 | 531 | 143 | 81 |
| 4 | 2003-04 | 817 | 136 | 286 |
| 5 | 2004-05 | 1212 | 263 | 395 |
| 6 | 2005-06 | 1603 | 335 | 391 |
| 7 | 2006-07 | 2170 | 434 | 567 |

Source: Health and family Welfare Department. HP SACS

First cases of HIV was detected in 1992. Since then, the number of HIV cases have increased to 2170, including 434 cases AIDS cases. Sero-positivity rate is 28.53 per 1000 persons screened. There has been steady increases in the number of HIV cases over the years but annual growth rate has been quite low, not at alarming rate.

Over 88% of HIV positive cases belong to districts of Hamirpur, Kangra, Shimla, Bilaspur, Mandi and Una. District Hamirpur contributes about 25 %. No cases has been reported from tribal district of Lahaul and Spiti.

HIV prevalence in Himachal Pradesh

Sentinel surveillance is done every year to measure prevalence of HIV among antenatal cases and persons suffering from STDs. Data from the year 2000 to 2006 in given in table below.

Table 2: HIV PREVALANCE % – SENTINEL SURVEILLANCE – HP

| HIV PREVALANCE | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|------|
| STD Cases | 0.40 % | 0.26 | 0.40 | 0.40 | 0.00 | | 0.40 |
| ANC cases | 0.89 | 0.13 | 0.00 | 0.00 | 0.13 | | 0.13 |

Source; HP SACS

Figures in the table indicate that that prevalence among both groups remains static. Prevalence rate among antenatal cases is better sensitive indicator which ahs not shown evidence of increase in the last 6 years. Prevalence of HIV infection remains below 1% in the state. Hence Himachal Pradesh remains a low prevalence state i.e. less than 5% prevalence in high risk group and less than 1% prevalence among antenatal women.

Impact of the programme

Table 3: Knowledge of HIV / AIDS among ever married adults

| Indicator | NFHS-1 | NFHS-2 | BSS 2001 | NFHS-3 |
|---|---------------|---------------|-----------------|---------------|
| Women who have heard about AIDS (%) | Na | 60.9 | -- | 78.9 |
| Men who have heard about AIDS (%) | Na | Na | 90.5 | 92.0 |
| Women who knew that consistent use reduce the chances of getting HIV/AIDS (%) | Na | Na | | 59.2 |
| Men who knew that consistent use can reduce the chances of getting HIV/AIDS (%) | Na | Na | | 84.9 |

Source : NFHS and BSS NACO

Above table shows that awareness levels among adolescents and adults have increased considerably. Behaviour Sentinel Surveillance carried out in 2001 has established increased awareness levels at 90.5%

Increased condom use rate

Behaviour Surveillance Study 2001 has established

- ◆ Easy availability of condoms : 92.2%
- ◆ Easy accessibility of condoms : 58.7%.
- ◆ Used condoms during last sexual encounter with any non-regular sex partner: 55.8%
- ◆ Used condom consistently with all non regular sex partners in last 12 months; 52.1%
- ◆ Increased STD treatment seeking behaviour
 - Got treatment in Govt Hospital / clinic during last episode= 34.8%
 - Increased voluntary blood donation from 38.1% to 67% in 2004
 - Establishment safe blood transfusion service
 - No HIV case due to blood transfusion in the state

Trends in Contraceptive Use

As stated earlier, contraceptive prevalence rate has been showing a consistent increase during the three surveys. But what is significant is sharp increase in condom use rate between 2nd and 3rd survey. Table given below prove it.

Table 4: Condom use rate of Contraceptive prevalence rate

| | NFHS-1 | NFHS-2 | NFHS-3 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Contraceptive Prevalence Rate (%) | 58.4 | 67.7 | 73 |
| Condom Use Rate of above (%) | 5.3 | 5.0 | 11.7 |

Findings of NFHS are corroborated by BSS 2001 which has indicated increased condom use rate in the state. Proportion of condom users has doubled, a demonstrable effect of increased awareness translated into behaviour change.

ATTAINING MDG GOALS

Attaining zero growth rate of HIV cases by the year 2015 does not seem to be unachievable. Thought performance of the state is good on all accounts, still this is a disease having complex ramifications and is influenced by factors beyond the control of state. Since the growth rate of HIV has shown decline in the country, it should not be distant possibility to achieve the MFG goals.

Target 8 : Have halted by 2105 and reverse the trend of MALARIA

Indicator 21: Prevalence and death rates associated with Malaria

Indicator 22: Proportion of population in malaria risk areas using effective anti malaria prevention and treatment measures

MALARIA

Malaria was a serious problem in the state in the decades of seventies and eighties when more than thirty thousand malaria cases were reported annually. Even cases of malignant malaria (Pf) were reported in hundreds. But effective implementation of MPO since 1976 onwards resulted in control of the disease to a level that is no longer a public health problem in the state. Number of malaria cases is constantly on decline. API for the state has not touched above 2 since 1992. No indigenous Pf cases have been reported in the state since 2000. Cases reported earlier were imported as these were found in migrant labourers from outside the state. Table given below gives an account of malaria situation

Table 1: Malaria situation in Himachal Pradesh since 2000

| Indicator | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Malaria cases detected | 491 | 349 | 176 | 133 | 126 | 129 | 114 |
| P. Vivax cases | 491 | 349 | 176 | 133 | 126 | 129 | 106 |
| P. Falciparum Cases | 0 | 0 | 0 | 7* | 7* | 0 | 8* |
| Deaths due to Malaria | Nil | Nil | Nil | Nil | Nil | Nil | Nil |

*imported cases

Source; Health and Family Welfare Department

As a consequence to decline in malaria cases, anti malaria efforts have not slackened in the state. Malaria is known for its resurgence. Still malaria is problem in the neighbourly state of Haryana, which has reported large number of Pf cases. Surveillance activities, active and passive, is supported by DDCs and FTDs. Insecticide spray is undertaken in small pockets having incidence of malaria more than 2 API. Annual Blood Examination Rate (ABER) has been maintained at high level. Anti malaria programme got a boost with the implementation of Integrated Disease Surveillance Programme (IDSP) in the state since 2004 as strengthening of laboratories and availability of manpower led to improved detection and timely treatment. Department of ISM extends full support for anti malaria activities.

ATTAINING MDG GOALS

State has already achieved the MDG targets. Even the goal set by NHP 2002 has been achieved. But vigil must continue against the disease in the wake of threats from outside and its notoriety for resurgence.

TUBERCULOSIS

Indicator 23: Prevalence and death rates associated with Tuberculosis

Indicator 24: Proportion of Tuberculosis cases detected and cured under directly observed treatment short course (DOTS)

In 1993 Revised National Tuberculosis Control Programme (RNTCP), based on the DOTS strategy was introduced to detect at least 70 per cent of sputum positive patients, and cure at least 85 per cent. Himachal Pradesh has implemented RNTCP in all the districts and has successfully achieved the goal of detection rate and cure rate. Table 1 given below gives an idea of TB situation in Himachal Pradesh

Table 1: Tuberculosis situation in Himachal Pradesh

| Indicator | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total patients initiated on treatment | 12456 | 13310 | 13458 | 13697 | 13303 |
| Annual Total Case detection rate / one lakh population | 196 | 209 | 211 | 211 | 207 |
| New Smear positive patients initiated on treatment | 4561 | 4903 | 4954 | 4832 | 4965 |
| New smear positive case detection rate per one lakh population | 72 | 77 | 78 | 78 | 77 |

Source; Health and Family Welfare Department HP

Currently the Case detection rate for the state is 81% against the target of 75% and the cure rate is 88.5% as against required project norm of 85%. Sputum Positive Rate of 75% has been attained. Directly Observed Treatment Short course (DOTS) is being provided to all tuberculosis patients. The state has done well in the implementation of Tuberculosis control programme.

ARTI (Annual Risk of Tuberculosis Infection) (represents the proportion of population which shall be infected in one year. Currently the ARTI for the country is 1.5%. This indicator is measured zone wise, not state wise till now. Current ARTI for north zone is 1.9% i.e. 95 new persons shall be infected in one lakh population. This means that population residing in northern states, including Himachal Pradesh, has higher risk of contracting the disease.

Interventions to control Tuberculosis

As mentioned earlier, all the 12 districts have been brought under RNTCP. Microscopy centres have been established in all hospitals, CHCs and PHCs. DOTS centres have been set up upto sub-centre level. ISM institutions and anganwadi workers also lend support as DOTS providers. Private practitioners and NGOs have been involved in detection and treatment of Tuberculosis. IEC efforts have got considerable boost.

ATTAINING MDG GOALS

Controlling TB is a tremendous challenge. The TB burden in the state is still large. Every year about 14,000 persons develop the disease, and about 1000 die of it. The disease is a major barrier to social and economic development. The present capacities and the huge presence of the disease would make it difficult to achieve the millennium goal. The millennium goal targets to halt the growth of TB incidence by 2015 and also targets to reverse the incidence. The achievement of this goal will depend on how soon and how well the constraints of accessibility and availability of DOTS are overcome. The scenario becomes grave due to the association of Tuberculosis and HIV. Problem of multiple drug resistance (MDR) to Tuberculosis may add to the situation.

Case Study

Suman a resident of village Shaloi of district Solan lost her eighth month pregnancy due to carelessness of doctors and not getting proper treatment on time.

On the night of 24th April 2006 she was taken to nearest health instt when she complained of heavy bleeding. Lady doctor on duty conducted the check up and referred her to district hospital solan, which is 25, KMs away, saying that hospital does not have ultrasound facility.

On the same night wasting no time, suman was taken to Zonal hospital by her family.

She was admitted in the hospital but was not given emergency obstetric care. Ultrasound could not be conducted because no technician was available at that hour of night.

Next day on the morning of 23rd April 2007 at 10 a.m., staff on duty told her family that due to Sunday no services can be given.

In these circumstances, considering her serious condition, her family took her to the private nursing home located near to the hospital. Doctor conducted a thorough check up of her and told the family that as fetal heart sound was becoming very low, it could be dangerous for the life of mother and child. He expressed his inability to handle the 'case' and suggested to take her to Kamla Nehru hospital at shimla (at a distance of 45 Kms)

By the time she reached shimla, Suman lost her senses. On reaching hospital, she was provided with emergency obstetric care. Through ceaserean section, she gave birth to a dead baby.

केस स्टडी

महिला मण्डल चाबल की एक सदस्या ने बताया कि मेरी बेटी को गर्भावस्था दौरान पेट में दर्द हुआ। वह मेरे पास मायके में आ गयी, क्योंकि उसका पति फौज में है। घर पर कोई देखने वाला नहीं है।

मैंने उसे सोलन में प्राइवेट डॉक्टर को दिखाया। डॉक्टर ने बताया कि इसका बच्चा पेट में खराब है। 10,000/- रुपये खर्च होंगे और इस बच्चे का गर्भपात करवाना पड़ेगा। मुझे महिला मण्डल में जानकारी मिली थी कि यदि डॉक्टर ऑपरेशन या गर्भपात की सलाह दे तो किसी अन्य डॉक्टर को भी दिखाना चाहिए।

मैंने भी अपनी बेटी को दूसरे प्राइवेट डॉक्टर को दिखाया। दूसरे डॉक्टर ने बताया कि बच्चा सही सलामत है तथा उसने दवाई दे दी और कहा कि इस दवाई से आराम हो जायेगा। मेरी लड़की ठीक हो गयी और बाद में मेरी बेटी ने स्वस्थ लड़की को जन्म दिया और एक कन्या भ्रूणहत्या बच गयी।

केस स्टडी - 1 गाँव - अपर कुंसल

वनीता पत्नी अजय उपाध्याय, उम्र 28 साल गाँव अपर कुंसल की रहने वाली है। वनीता इस बार दूसरी बार गर्भवती हुई। उनको पहले एक 3 साल की लड़की है, जो सिजेरियन हुई है क्योंकि उनका पहला बच्चा आढ़ा था (Breach pregnancy)। वनीता द्वारा इस गर्भावस्था में सभी जांचें व टीकाकरण पूर्ण कर लिया। वनीता का पति दिल्ली में किसी गैर सरकारी कम्पनी में काम करता है तथा उनका जेठ पालमपुर में सरकारी नौकरी करता है। उनके घर में कोई पुरुष नहीं था। वनीता अपनी जेठानी के साथ 9 मई की सुबह सिविल अस्पताल में जा कर महिला डॉ. मिसेज राणा से मिलती है, क्योंकि उसकी अपेक्षित प्रसव तिथि EDD 4/5/06 थी।

डा. द्वारा जांच उपरान्त उन्होंने बताया कि बच्चा ठीक है। इस बार आपका प्रसव सामान्य (Normal) हो जाएगा व इनका प्रसव एक दो दिन के भीतर हो जाएगा, उन्होंने वनीता को घर भेजा और कहा कि जब आपको प्रसव वेदनाएं शुरू हो जाए तो आप अस्पताल चले आना। वनीता को 10 मई की सुबह 5.00 बजे कुछ दर्द शुरू हुई। डॉ. की राय के अनुसार वह जेठानी को लेकर 6.00 बजे सिविल अस्पताल बैजनाथ चल पड़ी।

जब प्रातः 6:30 बजे वह अस्पताल पहुँची तो वहाँ डियूटी कर रही नर्सों ने उसे दाखिला देने से मना कर दिया। वे बोलीं कि आपका पहला बच्चा सिजेरियन हुआ है तो आप आप यहाँ के बजाय प्राइवेट अस्पताल या पालमपुर चले जाओ। वनीता ने अपना पक्ष रखते हुए बताया कि डा. मिसेज राणा ने मुझे पिछले कल चैक किया है और उन्होंने इस बार डिलिवरी नॉर्मल बताई है, तो नर्सें चिढ़कर बोलीं कि फिर तू डॉ. मिसेज राणा का ही इन्तजार कर जब वह आएंगी तो हम उनके कहने पर ही तुम्हें दाखिल करेंगी। वह 6:30 से 9:30 बजे तक बाहर बैंच पर बैठी दर्द सहती रहीं।

9:30 बजे डॉ. मिसेज राणा के आने पर उसे दाखिला मिला। डॉ. मिसेज राणा ने गर्भ की जाँच की और कहा कि रात 9-10 बजे तक डिलिवरी हो जाएगी, इस बार डिलिवरी नॉर्मल है। उसे बैड देकर आराम करने को कहा और ग्लूकोज शुरू कर दिया। शाम को 4.30 बजे डॉ. मिसेज राणा डियूटी खत्म कर चली गईं और नाईट डियूटी पर दूसरे डॉ. आए और वह आते ही बोले कि आप इधर-उधर देख लो यहाँ आपकी डिलिवरी नहीं होगी। वनीता ने अपनी समस्या बताई कि उसके साथ केवल जेठानी है और कोई पुरुष नहीं है। इस पर डॉ. ने कहा कि आप देख लो हम आपको रात 11.00 बजे यहाँ से रैफर कर देंगे फिर तो आपको व्यवस्था करनी पड़ेगी। ऐसे में घबरा कर वनीता ने अपने जेठ से फोन पर बात की तब जेठ ने DTIL बैजनाथ (जो एक प्राइवेट अस्पताल है) में जाने की सलाह दी तथा पैसों के इन्तजाम का आश्वासन दिया।

वनीता अपनी जेठानी के साथ DTIL चली गईं। वहाँ दाखिल होने के उपरान्त ठीक 9.45 पर साधारण प्रसव हुआ। वनीता ने एक बेटे को जन्म दिया। उसे प्रसव करवाने के डॉ. को 4,500/- रुपये देने पड़े और अगले दिन वनीता अपना बच्चा लेकर घर आ गईं।

केस स्टडी - 2

हाय ऊपर से एक और कर्ज

यह कहानी है रमना पत्नी तिलक राज उम्र 21 वर्ष गाँव ठारा ग्राम पंचायत कुंसल बैजनाथ की रहने वाली है। यह परिवार अत्यन्त गरीब है। पंचायत द्वारा भी इस परिवार को BPL सूची में शामिल किया है व तिलक और उसके परिवार को तिलक की शादी में लिए गए कर्ज को चुकाना अभी बाकी है।

रमना का पति बैजनाथ में टैक्सी चलाता है, जहाँ से उसे 1500 रुपए मिलते हैं। रमना गर्भवती है व उसका यह पहला प्रसव है। रमना ने अपनी सभी जाँचें PHC महाकाल में पूरी कर ली हैं। 'सूत्रधारा' कार्यकर्ता के परामर्श अनुसार उसे डिलिवरी अस्पताल में करवाने को कहा कि पहली डिलिवरी अस्पताल में अच्छी होती है। FNGO द्वारा Institutional Delivery के लिए प्रोत्साहित करने के कारण वह 31 मई की रात को सिविल अस्पताल बैजनाथ प्रसव हेतु गई, वहाँ पर वह दाखिल तो हो गई पर कोई डा. जांच के लिए नहीं आया। प्रसूता व उसकी सास के अनुसार मात्र सफाई कर्मचारी उसकी चिढ़ते हुए खबर पूछ लेते या कभी-कभी नर्स आ कर टीका लगा देती थी। तीसरे दिन जब गर्भवती को असहनीय दर्द शुरू हुई तो डॉ. ने आकर देखा और उसे उसी समय SDH पालमपुर के लिए रैफर कर दिया। पति किराए की गाड़ी ले कर पत्नी के साथ SDH पालमपुर पहुँचे। वहाँ पहुँचते ही डॉक्टरों द्वारा SDH पालमपुर में दाखिल न करते हुए उन्हें कहा कि जल्दी से जल्दी इसे धर्मशाला ले जाओ, ऐसे में माँ की जान को भी खतरा है, हम यहाँ कुछ नहीं कर सकते। उस स्थिति में डॉक्टरों द्वारा 'जल्दी से जल्दी पहुँचने' के लिए भी कहने पर सभी घबरा गए। तब परिवार वालों ने पालमपुर में ही कपिला नर्सिंग होम में ही रमना का प्रसव करवाने का निर्णय लिया पर उनके पास पैसे ही नहीं थे, उन्होंने डॉक्टर से मिन्नतें की कि वे उनकी पाई-पाई चुका देंगे पर वे पहले उन्हें इस मुश्किल से बचा लें। उन्होंने प्रसव करवाने के लिए किसी डॉक्टर के जानने वाले की तसल्ली दिलवाई तब ही डॉक्टर द्वारा उन्हें 25,000/- रुपए की व्यवस्था तुरन्त करने को कहा। गर्भवती का पति रुपयों के इन्तजाम के लिए बैजनाथ आ गया। डॉक्टर द्वारा सिजेरियन प्रसव तो कर दिया, परन्तु प्रसव की जानकारी तब तक परिवार वालों को नहीं दी जब तक उनके द्वारा 25,000/- रुपए जमा न हुए। रमना की सास चक्कर पर चक्कर काट रही थी परन्तु डॉक्टर उसे गम्भीर स्थिति बता कर डराते रहे। जब बेटा कहीं से कर्ज ले कर रुपए ले कर आया और जमा करवाए तो डॉक्टर द्वारा प्रसव की जानकारी उन्हें दी और उन्हें रमना के पास ले गए। रमना 9 दिन तक वहीं दाखिल रही इसके बाद उसे घर ले कर आए। घर आ जाने पर रमना की सास 'सूत्रधारा' के कार्यालय आ कर कहने लगी कि हमारे कर्ज को आप भरो आपने ही हमें अस्पताल जाने को कहा था। समझाने-बुझाने के बाद उन्हें शान्त किया।

केस स्टडी- 3

गाँव - तडा

बबली पत्नी परमार सिंह इनका प्रसव घर पर दाई ने करवाया था जो कि दूसरे गाँव की थी। उन्होंने पहले दाई से जाँच करवाई थी और उसने कहा था कि तीन-चार दिनों में प्रसव हो जाएगा। उसके दूसरे दिन ही प्रसव का दर्द शुरू हुआ फिर उन्होंने उसी समय दाई को बुलाया दाई ने फिर से पेट की जाँच की जाँच के बाद दाई ने बताया कि थोड़ी देर में ही प्रसव हो जाएगा। उसके बाद 11.00 बजे प्रसव हो गया। प्रसव के समय कोई परेशानी नहीं हुई। जिस समय बच्चे का जन्म हुआ उस समय बच्चा हल्की सी सांस ले रहा था। थोड़ा सा सांस था जो नीचे गिरते ही खत्म हो गया। यह प्रसव बैठकर के ही करवाया गया था। गर्भवती का कहना है कि मुझे पहले कोई भी तकलीफ नहीं होती थी, मैंने समय पर टीकाकरण करवाया था, जाँच भी करवाती रही थी। एक बार सरकारी अस्पताल में और दो बार नजदीक के सब सेन्टर तडा में जाँच के लिए गई। प्रसव के बाद जल्दी ही आंवल भी गिर गई, उसमें भी कोई परेशानी नहीं हुई। गर्भवती का कहना है कि दाई का कोई कसूर नहीं है, अचानक ही सब कुछ हो गया, प्रसव भी तीन-चार घण्टे में ही हो गया। अगर हमें पता होता कि ऐसा होना है तो हम आगे ले जाते। प्रसव के बाद ब्लीडिंग भी ज्यादा दिन नहीं हुई केवल 5-6 दिन ही हुई। मैं बिल्कुल ठीक हूँ। यह मेरा पहला प्रसव था और मुझे इसका बहुत दुःख है। परिवार में भी हम दो ही लोग हैं, घर पर मेरी सास भी नहीं हैं और परिवार में भी कोई दूसरी महिला भी नहीं है। गर्भवती का कहना है कि मेरे मां-बाप आए थे। उनका कहना था कि हम लोग बबली को थोड़े दिन अपने घर ले जाएंगे यहाँ नहीं रखेंगे। 'सूत्रधारा' संस्था कार्यकर्ता ने उन्हें बताया कि प्रसव हमेशा अस्पताल में ही करवाना चाहिए। हो सकता था कि आपने प्रसव अस्पताल में करवाया होता तो शायद आपका बच्चा जीवित होता।

केस स्टडी - 4

रास्ते में ही प्रीमेच्योर बच्चा हो गया

सीमा देवी जिसकी उम्र 25 साल पत्नी दिनेश कुमार अवस्थी गाँव उस्तेहड़ के मध्यम वर्गीय परिवार की है। उसका पति एक आटोविशा चलाता है और सीमा की सास को पेन्शन मिलती है। दिनेश उनका अकेला पुत्र है। सीमा को आज से एक साल पहले एक बेटा हुई है और अब सीमा दूसरी बार गर्भवती है और जिसके सात महीने पूरे हुए हैं। सीमा कुछ समय से अस्वस्थ चल रही है। सीमा की डॉक्टर जाँच उपरान्त उन्हें टी.बी. की शिकायत होने पर डॉट लेने के लिए परामर्श दिया गया। सीमा को 26 जून दोपहर अचानक पेशाब में जलन शुरू हुई। उसने अपने पास की MPW (F) से कुछ दवाईयाँ लीं पर उन्हें खाने पर कुछ आराम नहीं आया। 26 जून रात 2.30 बजे जलन और बढ़ गई। उसका पति उसे अपने ही समान उठाने वाले आटो-रिक्शा में बैठा कर सिविल अस्पताल बैजनाथ ले गया। डॉ० की जाँच उपरान्त बताया गया कि आपको प्रसव वेदना तो नहीं हो रही है अगर प्रसव वेदना है तो ही हम आपको दाखिल करेंगे, अगर जलन ही है तो दवाई ले कर घर जाओ खाने पर ठीक हो जाओगे। सीमा दवाई ले कर घर आ गई।

सुबह लगभग 6.00 बजे दर्द शुरू हो गया पति फिर उसे अपने ऑटो-रिक्शा में बैठा कर अस्पताल ले चला। रास्ते में ही सीमा का प्रसव हो गया ऐसे में पति अपना आटो रोड़ पर खड़ा करके पास में रह रही MPW (F) के पास गया और उसे उठा कर ले आया। जब MPW (F) वहाँ पहुंची तो उसने महिला को देखा बच्चा सलवार में पांव के पास फंसा था और सांस ले रहा था। उसने उसी के कपड़े में बच्चे को लपेटा और बच्चे की पीठ के नीचे आंवल रख दी जो अभी गर्म थी। पति ने सब सेन्टर उस्तेहड़ से कम्बल लाया और सभी सिविल अस्पताल बैजनाथ पहुँचे। बच्चा अभी भी सांस ले रहा था और अभी उसे गर्म रखने का प्रयास चल ही रहा था कि बच्चा अपनी सांस छोड़ गया। थोड़ी ही देर में सभी घर आ गए। 28 जून 2006 को 'सूत्रधारा' कार्यकर्ता ने उन्हें टी.बी. के पूरे इलाज के बारे में परामर्श दिया तथा उसी दिन से ही डॉट शुरू करवा दी। सास के अनुसार वह सही इलाज नहीं करवा रही थी उसे यह बीमारी काफी समय से है, परन्तु अब उसकी सास उसकी सही देखभाल कर रही है।

NSSO 60th Round 2004 - Average Expenditure per childbirth (Rupees) by place of delivery (For Rural Area)

| State | Govt Institution | Pvt Institution | Home Delivery | All |
|------------------|------------------|-----------------|---------------|------|
| Andhra Pradesh | 885 | 3082 | 354 | 1519 |
| Assam | 1252 | 1906 | 348 | 754 |
| Bihar | 2327 | 2187 | 407 | 677 |
| Chhattisgarh | 678 | 3342 | 320 | 431 |
| Gujarat | 1415 | 3221 | 385 | 1329 |
| Haryana | 2786 | 5240 | 400 | 1671 |
| Himachal Pradesh | 3437 | 7883 | 737 | 2752 |
| J & K | 1401 | | 775 | 1059 |
| Jharkhand | 660 | 1446 | 333 | 515 |
| Karnataka | 340 | 4141 | 195 | 1305 |
| Kerala | 2088 | 6391 | | 4983 |
| Madhya Pradesh | 1626 | 7186 | 422 | 1285 |
| Maharastra | 633 | 2756 | 320 | 1028 |
| Orissa | 1603 | 2266 | 165 | 609 |
| Punjab | 3342 | 5770 | 862 | 3269 |
| Rajasthan | 1714 | 3448 | 444 | 901 |
| Tamil Nadu | 482 | 5199 | 202 | 1992 |
| Uttaranchal | 1192 | 2000 | 322 | 391 |
| Uttar Pradesh | 1725 | 4008 | 505 | 856 |
| West Bengal | 827 | 4370 | 342 | 971 |
| India | 1165 | 4137 | 414 | 1169 |

Mid -Term Evaluation of Millennium Development Goals (7-7-7)

Goal No.: 6, 7, 8

Universalisation of Education in Himachal- A Report

The tiny hill state of Himachal Pradesh has made a visible stride in the education sector over the past decade and a half. The state, which has around 90 % population living in villages and has a large tribal area, has seen its literacy rate substantially rise from 63.90 % in 1991 to 76.5 % in 2001 for coordinated efforts in the field by the government and a network of literacy volunteers. It can take pride being the pioneer state to have made primary education compulsory in 1997, whereby paving the way for taking more and children to schools. And all this got a further boost with the launch of Sarv Shiksha Abhiyaan (SSA) by the Government of India in 2001-2002 (with a pre-project phase), wherein the target was to take all children to schools by 2005, bridging all gender and social category gaps by 2007 at primary level and 2010 at all levels, with the objective to achieve Universal Elementary Education by 2010.

Much has been done in numbers since. According to SSA records, Himachal Pradesh presently has 10607 primary schools, 3847 upper primary schools, and a Pupil Teacher ratio of 18:1 as against 40:1 at the national level. The drop out rate in schools is 2% from class I to VIII and 48 per cent of students in the schools are girls. There are a total of 9,40,663 children in the age group of 6-14 years in the state and only 5635 children are out of school, which comes out to be 0.60 % of the total age population. The number of Children with Special Needs (CWSN), who are out of school, is 02216 (out of 26,370). The Net Enrolment Ratio (NTR) in the state stands at 84.89 per cent in the primary stage of education.

However, the grey area in the education system and commitment of the government is the difference in field situation and **data compiled by the SSA, which is based on urban centric averages.**

The version of 11 year old girl, Bikko of Talai village in Chamba puts a big question mark. She dropped out of the school even before Vth standard and treks up a tough terrain every day to reach Jyot(hill peak) to sell potatoes and supplement family's income. None ever convinced her to join back school. Not even the teachers. And she says she was not learning anything there in the event of one teacher for four classes. As also, she had to walk four kilometers everyday to reach the school, which many girls do not prefer and ultimately drop out.

Its here that the catch point lies. HP may have a good pupil-teacher ratio in general, but the fact remains that many schools in towns have lesser number of students and more teachers. In rural areas, things are exactly the opposite. Similarly, the SSA records claim that universal access to primary education has almost been achieved with the opening of primary schools

within a walking distance of 1 to 1.5 kilometres. Contrary to it, however, the situation on the ground is that the number of schools in any town or in its peripheral areas is high, whereas in rural areas the distance of schools from the villages is long, for primary, middle, high and senior secondary schools. A glaring example here is of Churah tehsil in Chamba district, where three senior secondary schools cater to a population of over 60,000 people, spread across a whole mountainous and backward area. One of these schools is 32 kilometres from the main road, involving ten kilometres walk- The result- not only the girls, but even the boys drop out after the primary or elementary education. And ultimately, there is no follow-up of the drop-outs and there is nobody to convince them join back schools.

Its not that the backward Chamba district is lagging behind in education, with its female literacy rate 45.9 % (lowest in Himachal) as per 2001 census and the gender gap in literacy as 28.9 %, the highest in all the twelve districts of Himachal. Not going by figures only, the education scenario on ground in extremely poor Shillai –Haripur Dhar area in transgiri belt of Sirmour is not encouraging, where students have to walk for some kilometres even to sustain till middle standard. This is visible again in remote districts of Sirmour and Chamba, where for many years either the voluntary teachers, or the lab assistants have been handling the arts and science streams.

Then there are schools like Kanti Mashwa high school in Shillai, which was being managed by PT and Sanskrit teacher till some years ago — under such a situation, the retention of students in school after a certain standard is difficult.

But all this goes unreported in the government documents, which are generally focusing on overall numbers, not the rational distribution of facilities in field, especially in backward areas.

The *Aser* 2006, which was facilitated by PRATHAM (a voluntary organization), to study the impact of SSA through analysis based on data from twelve districts of the state highlights some glaring missing links in the HP achievements in education sector vis a vis the Millennium Development Goals. The report says that the per centage girls in the age group of 11-14 years in the state, who have not gone to the school or have dropped out, is 2.7 per cent and this number in the age group of 15-16 years increases to 5.6 per cent. About 4.7 per cent boys in the age group of 15-16 years were also never enrolled or have dropped out.

Himachal is yet to catch up on quality education front and its going to be a major challenge before the state government in the years to come. The *Aser* 2006, in its district wise analysis, finds that the standard of education in Chamba, Sirmour and Solan districts is low as compared to other areas. In Chamba district, in class I to II, 71.3% children could read letters, while only 57.2 % could recognize numbers, In Sirmour, the per centage was 72.9 and 62.8 respectively, and in Solan, it was 79.2 and 68. 5 respectively. Hamirpur

district was an exception where 100% children could read letters and 98 % could recognize numbers in class I and II.

In class III to V, the figures reflected poor for Chamba district again as only 62.5% students could read level one text or more and 57.4 % could do subtraction or more. In Sirmour, 60.1% students could read level one text or more and 54.7% could do subtraction or more. In Kangra, which has otherwise good statistics in numbers, also does not show a positive trend in quality education. As compared to 95.5 % students of class III to V who can read standard one text or more and 93.5% who could do subtraction or more in Hamirpur district, Kangra only had 68.5 % students falling in first category and 65.5% in the second category.

For the state, percentage of children in class III to V who can read standard one text is 74.1 and those who can do subtraction is 72.1.

For entire state, *Aser*, 2006 points out that 1.3 per cent children in the age group of 6-14 are still out of school (highest 5.7% in Chamba district followed by 2.8% in Sirmour and 1.8 % in Shimla).

The per centage of mothers in Himachal, who can not read, is 27 and the figure is again highest in Chamba at 62.3 per cent, followed by Lahaul Spiti at 62.2 per cent, and then by Sirmour, 45.2 per cent. As many as 18.1 % children in 6-8 years, who had illiterate mothers, could not read anything, whereas the number was 7.6 for children having literate mothers. In the same age group, 30.1% children, who had illiterate mothers, could not recognize numbers as compared to 13.4% of those having literate mothers.

The total expenditure incurred under the SSA so far has been Rs. 100.88 crores (till March 31.2007 as per SSA records). But in majority government schools, the students are still not provided with dignified atmosphere, where they can sit comfortably and study. In many schools, even in the urban localities, the students have to carry their *tats* (mat) to schools for sitting. There are no tables and chairs. The girls face a difficulty, as still there are many schools sans a toilet facility.

A discouraging factor is that while the girl students are being given text books free in the school and their tuition fees (though very small amount) is also free regardless of their background, the boys, who are from very poor background (even from BPL or IRDP background) have to pay different fee components, including building, library and sports fund, and a good number of such students find it difficult to continue.

It's a general analysis that though a lot of construction has been done in the primary and upper primary schools, hostels have been provided to retain the girl students in rural schools by facilitating hostels in rural areas, skill education for girls at upper primary level in some schools, exposure visits of students from Below Poverty Line from selected rural schools and remedial teaching to girls for at least three months in a year, lot needs to be done in HP in the years to come to achieve the Million development Goals, which

speak of Universal Primary Education by 2015 and elimination of gender disparity by 2005, as a main focus.

A few schools have been opened here and there for migratory children, which do not serve the purpose and this category is suffering for want of a permanent approach by the education authorities in the state.

In this context, Himachal needs to extend education facilities in the remote corners of the state, with main attention towards backward districts of Chamba and Sirmour, which have poor statistic on education front, rather than just keeping satisfied by urban centric approach.

Qualified teachers should be posted in all the schools.

There should be a special drive for the BPL, migratory children and disabled children for enrolment in schools.

Above all, quality education should be the stress at primary, elementary and higher levels and the teaching should be by interesting methods.

The Premji Foundation, which has already provided 58 compact discs (CDs) on teaching through animation films in 282 schools in the state, but the concept has not been taken to all the schools- which brings in disparity in the teaching quality.

Such innovative technology should be fully made use of to retain the numbers in schools and make the learning enjoyable for students. The libraries in schools, which are virtually locked in almira's in good number of schools, should be given access to the students to enhance their reading capacities and make them more creative with new additions of children magazines on regular basis.

A special monitoring committee is required to be set up to keep a continue tab on areas with low enrolment and retention levels and to find out solutions at the local level to make the education efforts in the state field oriented.

हिमाचल प्रदेश में पर्यावरण की स्थिति - टिकाऊ संसाधन प्रबन्धन की दृष्टि से

कुलभूषण उपमन्यु

अध्यक्ष

राष्ट्रीय हिमालय नीति अभियान

किसी भी तरह के विकास का मूल आधार जल, जंगल, जमीन जैसे प्राकृतिक संसाधनों पर ही निर्भर करता है जो लगातार नवीनीकृत होते रहते हैं। इन संसाधनों की अपने आप को नया करते रहने की क्षमता को बनाए रखना और बढ़ाते जाना टिकाऊ विकास का मूलमंत्र है। किन्तु फटाफट अमीरी के चक्कर में इसी क्षमता पर आघात होता है। हि.प्र. के संदर्भ में वर्तमान स्थिति पर नजर डालते हैं। हि.प्र. में शुरुआत से जंगलों को आय का साधन माना गया और ज्यादा से ज्यादा आये के लिए वनों का प्रबन्धन होता रहा जिसके दो दुष्परिणाम निकले। एक तो वनों का बड़े पैमाने पर व्यापारिक कटान हुआ, दूसरा वनों का स्वरूप बदला गया। सुधार वानिकी के नाम पर बड़े पैमाने पर प्राकृतिक मिश्रित वनों को एकल प्रजाति चीड़, देवदार और सफेदा जैसे इमारती लकड़ी के वनों में परिवर्तित कर दिया गया। यह क्रम निर्बाध गति से 1981 तक चलता रहा, जिसका सीधा क्षेत्र सिमट कर 12-13% तक पहुँच गया। 1981 में चिपको आन्दोलन का प्रदेश में भी आगाज हुआ। वनों में 1000 मीटर से उपर हरे कटान पर प्रतिबन्ध लगा दिया गया और चीड़ रोपण पर अंकुश की शुरुआत हुई।

कई परियोजनाओं के द्वारा सहभागी वन प्रबन्ध की दिशा में काम शुरू हुआ। इन सब प्रयासों के चलते प्रदेश में वनों की स्थिति में सुधार शुरू हुआ। आज वन क्षेत्र 21-22% तक तक पहुँचा है। किन्तु मिश्रित वनों को पहुँचाए गए नुकसान के परिणाम भी सामने आने लगे। चारे का संकट तो प्रदेश व्यापी हुआ ही साथ ही बन्दरों से फसलों को भारी नुकसान पहुँचने लगा है। प्रदेश का कम से कम 50 प्रतिशत कृषि क्षेत्र बन्दरों की चपेट में आ चुका है। जिससे आजीविका प्राप्ति में ग्रामीण क्षेत्रों में भारी कठिनाई का सामना करना पड़ रहा है।

कृषि को लेकर 1990 तक कुछ बुनियादी काम हुआ। खास कर बागवानी और सब्जी उत्पादन को मिले प्रोत्साहन से प्रदेश के आम आदमी को काफी लाभ पहुँचा। हालांकि सब और बेमौसमी सब्जी पैदा करने वाले ऊँचाई वाले इलाके ही इस दौर का ज्यादा लाभ उठा सके। फिर भी प्रदेश में आम आदमी तक ये लाभ पहुँचे। इसके बाद वैश्वीकरण के दौर में कृषि के बजाय उद्योग को विकास का वाहक माना गया और उसी दिशा में ज्यादा ध्यान दिया गया। कृषि पृष्ठभूमि में चली गयी। रासायनिक कृषि ने भूमि की उपजाऊ शक्ति को नष्ट करने के साथ साथ उत्पादन लागत को इस कदर बढ़ा दिया है कि कृषि घाटे का सौदा लगने लगी है। इसका लाभ औद्योगिक स्वार्थों द्वारा किसानों को भूमि बेचने के लिए प्रेरित करने के रूप में उठाया जा रहा है। सरकार भी औद्योगिक स्वार्थों की पक्षधर बन गई है।

पानी को लेकर जागरूक सोच का अभाव ही रहा है। बड़ी नदियों पर बांध बनाकर बिजली उत्पादन और सिंचाई की बड़ी बड़ी योजनाएं मैदानी राज्यों और औद्योगिक हितों के लिए बनाई जा रही हैं। स्थानीय लोग टिकाऊ संसाधन कृषि, वन भूमि और चरागाहों से वंचित हो रहे हैं। उन्हें कृषि भूमि के लिए मुआवजा दिया जाता है, किन्तु वन और चरागाहों के अधिग्रहण से आजीविका में आई कमी की भरपाई का कोई प्रावधान नहीं है। कृषि भूमि का एकबारगी मुआवजा चाहे कितना भी हो एक पीढ़ी से ज्यादा चलने वाला नहीं। भूमि तो पीढ़ी दर पीढ़ी आय देने वाली थी।

प्राकृतिक रूप से सघन मिश्रित वन लगाकर जलसंरक्षण का कार्य हो सकता था जिससे मिश्रित वनों से स्थानीय आजीविका में भी वृद्धि होती। इसके बजाय बड़े बांधों में पानी जमा करके राष्ट्रीय स्तर पर पानी की जरूरतों का हल ढूंढा जा रहा है, किन्तु यह अस्थायी हल है। क्योंकि बांध हर गार से भर कर अपनी जल भरण क्षमता खोते जा रहे हैं। बांध हर कभी बनाए भी नहीं जा सकते। पानी को यदि पहाड़ पहाड़ की चोटी तक पहुंचा कर उससे मिश्रित वन लगाने के लिए सिंचाई व्यवस्था की जाए तो बड़े पैमाने पर ऐसा वन रोपण सफल होगा। अपनी जड़ों में पानी बचाकर एक स्थायी बांध का काम करेगा। इसका प्रमाण भूटान का अनुभव है। वहां के सघन और मिश्रित वनों के कारण ही नदियों के बहाव में सूखे और बाढ़ के पानी में 1 और 7 का अनुपात है। जबकि हिमालय में अन्यत्र यह अनुपात 1 और 70 का है। पानी लिपट करके स्थानीय कृषि को भी सिंचाई की सुविधा देकर लाभकारी बनाया जा सकता है। हिमाचल में 10 प्रतिशत ही कृषि भूमि है और उसको केवल 25 प्रतिशत ही सिंचित होता है। जल, आने वाले समय में सबसे दुर्लभ वस्तु बनने जा रहा है। जल के लिए टकराव बढ़ते जाएंगे।

राष्ट्रीय और अंतरराष्ट्रीय तनावों का कारण जल बनने वाला है। अतः हिमालय में जल संरक्षण के लिए सघन वन आच्छादन के अलावा कोई चारा नहीं है। ग्लोबल वार्मिंग के चलते ग्लेशियर पिघल कर 2030 तक समाप्त हो जाएंगे। मौसमी बर्फ उतनी पड़ नहीं रही है। अतः वन ही समाधान का रास्ता है। किन्तु इसके लिए तराई के राज्यों और केन्द्र सरकार को आर्थिक बोझ उठाना होगा। हिमाचल प्रदेश ने हरे पेड़ों के कटान पर 1982 से प्रतिबन्ध लगाया है। पेड़ काटने से होने वाली आमदनी की जो हानि हो रही है उसकी भरपाई पानी पर रायल्टी देकर पर्वतीय हिमालयी राज्यों को की जानी चाहिए। इस आर्थिक भरपाई का 50% निश्चित तौर पर वन रोपण और संरक्षण पर खर्च करना होगा।

जल, जंगल, जमीन जैसे संसाधनों के टिकाऊ प्रबन्ध के लिए ऊपर मोटे तौर पर दिशा निर्धारण का प्रयास किया जा रहा है। किन्तु अभी विकास के नाम जो हो रहा है उसकी दिशा उल्टी ही है।

जल विद्युत दोहन के लिए हि.प्र. में पौंग व भाखड़ा से लेकर करीब 30 हजार परिवार विस्थापित किये गये। वह क्रम अभी भी जारी है। नए प्रोजेक्टों में भले ही बड़े बांध न बनाए गए हों जिससे एक स्थान पर बड़ा विस्थापन तो नहीं हुआ किन्तु बड़ी संख्या में बनने वाले विद्युत प्रोजेक्ट हर कहीं कृषि, भूमि, वन और चरागाहों को निगलते ही जा रहे हैं। लोग जगह जगह इस विस्थापन का विरोध कर रहे हैं। पुनर्वास के पुराने

प्रावधान समस्या का समाधान करने में अक्षम हो गए हैं। पूरे 20 हजार मैगावाट के दोहन से हिमाचल प्रदेश की स्थिति का अंदाजा लगाया जा सकता है।

सीमेंट उद्योग दूसरा बड़ा खतरा बनकर सामने आया है। अभी चार बड़े प्लांट लग चुके हैं और 6-7 और लगाए जा रहे हैं। सिरमौर और बिलासपुर के खनन क्षेत्रों की तबाही को देखकर रोंगटे खड़े हो जाते हैं। सीमेंट की भेंट हजारों हैक्टेयर कृषि भूमि, जंगल और चारागाह चढ़ाए जा रहे हैं। इससे जल संरक्षण क्षमता का विनाश तो ही रहा है। स्थानीय लोगों की टिकाऊ आजीविका नष्ट हो रही है। पर्यटन जैसे व्यवसायों के विकास का मार्ग भी अवरूद्ध हो रहा है।

विशेष आर्थिक क्षेत्रों के लिए भी भूमि अधिग्रहण के प्रयास चल रहे हैं। हालांकि प्रदेश के मुख्य मंत्री महोदय ने कृषि भूमि अधिग्रहण न करने की बात कही है। फिर भी बड़े पैमाने पर वन और चरागाहों का अधिग्रहण भी स्थानीय आजीविका पर आघात करेगा ही। निश्चित तौर पर इन विशेष आर्थिक क्षेत्रों से उन गरीबों का कोई भला होने वाला नहीं जो वन और चरागाहों के अधिग्रहण से प्रभावित होंगे।

वर्तमान औद्योगिक क्षेत्रों परवाणु, बद्दी, बरोटीवाला, नालागढ़, ऊना, मैहतपुर, संसारपुर, डमटाल आदि के अनुभवों से यह बात समझी जा सकती है कि इसमें स्थानीय लोगों को सम्मानजनक स्थाई रोजगार उपलब्ध नहीं हो सकता। 70 प्रतिशत हिमाचली बेरोजगारों को काम देने की शर्त भी आंशिक रूप से ही पूरी हो रही है। न्यूनतम मजदूरी 2,100/- रूपयों पर लोगों को रखा जाता है, जिसमें से मकान किराया, पानी, बिजली, रोटी का खर्च निकालकर एक-दो सौ रूपये बचा पाना भी मुश्किल हो रहा है। ऐसे में परिवार कैसे पलेगा। टिकाऊ आजीविका के नाम पर यह बड़ा धोखा हो रहा है। साथ ही टिकाऊ संसाधन जल, जंगल, जमीन नष्ट हो रहे हैं या प्रदूषित हो रहे हैं। हम पहाड़ से ही प्रदूषित जल भेजेंगे तो मैदानों का क्या हाल होगा। नदियों के जल के बाद भूजल भी प्रदूषित हो गया है। जिसका प्रमाण पौंटा क्षेत्र के अध्ययन से मिल चुका है।

अतः टिकाऊ आजीविका और टिकाऊ प्राकृतिक संसाधन प्रबन्ध के लिए विकास के वर्तमान मॉडल का विकल्प तैयार करना पर्वतीय क्षेत्रों के लिए निहायत जरूरी बनता जा रहा है। जिसके बिना मिलेनियम डिवेलपमेंट गोल प्राप्त करना ज्यादा ही कठिन ही होता जाएगा।

हमें आजीविका और विकास के ऐसे मॉडल का विकास करना होगा जिसमें जल, जंगल और जमीन के संरक्षण से आजीविका और विकास बढ़े। हम वनों में फल, चारा, ईंधन, खाद, रेशा और दवाई के वृक्ष, झाड़ियां लगाकर स्थानीय आजीविका को बढ़ा सकते हैं। पर्यावरण मित्र उद्योग, ग्रामीण पर्यटन और डेयरी उद्योग आदि को विकास का आधार बना सकते हैं। स्वच्छ पर्यावरण में I.T. उद्योग की संभावनाएं भी अच्छी हो सकती हैं। पैसे वालों की शर्तों पर विकास न होकर स्थानीय आजीविका, और प्रकृति के टिकाऊपन की शर्तों पर विकास हो, यही मानव हित में है।

हिमाचलियों की सेहत खतरे में

इस वर्ष डी.जी.पी. का 1.63 प्रतिशत ही होगा व्यय

आज हम एक ऐसे दौर से गुजर रहे हैं जहां सरकार स्वास्थ्य पर खर्च करने से कतराने लगी है। आने वाले समय में हिमाचल के खर्च में कटौती लोगों के लिए घातक सिद्ध होगी। हिमाचल सरकार ने जहां 2005-2006 के बजट में स्वास्थ्य पर 360 करोड़ रुपये खर्च किये जो राज्य के सकल घरेलू उत्पाद 20093 करोड़ का केवल 1.79 प्रतिशत है और वर्ष 2006-2007 में स्वास्थ्य पर 365 करोड़ रुपये खर्चने का प्रावधान है जो अनुमानित सकल घरेलू उत्पाद 22382 करोड़ का 1.63 प्रतिशत होगा। यानी जनता का स्वास्थ्य सरकार की प्राथमिकताओं से सरकता जा रहा है।

स्वास्थ्य पर सरकार का खर्चा घटता जा रहा है यानी 608 रुपये प्रति व्यक्ति प्रतिवर्ष है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में सरकार द्वारा घटता खर्चा इसके बावजूद है कि राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों में 85 प्रतिशत लोग सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ प्राप्त करते हैं।

11 मार्च 2005 को प्रस्तुत बजट में सरकार को प्राथमिकताओं का पता लगाया जा सकता है कि किस तरह सरकार स्वास्थ्य सुविधाओं के दबाव से अपना पल्लू छुड़ाना चाहती है। बजट भाषण में यह कहा गया है कि ग्रामीण क्षेत्रों में सीमित स्वास्थ्य सुविधाओं के कारण वहां की काफी आबादी शहरों के स्वास्थ्य क्षेत्रों में जाकर इन सुविधाओं का लाभ उठाती है। इसका परिणाम यह है कि शहरी स्वास्थ्य सुविधाओं पर अत्यधिक बोझ पड़ता है व वहां उपलब्ध सुविधाएं भी प्रभावित होती हैं। इस समस्या से निपटने के लिए चिन्हित शहरी क्षेत्रों में सरकार पायलट परियोजनाएं आरम्भ करेगी, जिससे कुछ स्वास्थ्य केन्द्र प्रमुख गैर सरकारी संगठनों तथा विख्यात नीजि अस्पतालों की अतिरिक्त सहायता से चलाए जा सकें।

इससे पता चलता है कि सरकार का इरादा ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रों को सुदृढ़ करना नहीं लेकिन शहरों में अतिरिक्त सुविधाएं जुटाने का है, ताकि गांव के 85 प्रतिशत मरीज शहरों का मुंह ताकते रहें। एक अनुमान के अनुसार 2067 उप-केन्द्रों में 1140 पद स्वास्थ्य के खाली पड़े हैं और पिछले कई वर्षों से इन्हें भरने का गम्भीर प्रयास सरकार की तरफ से नहीं किया गया। आज मुख्यमंत्री के अपने क्षेत्र जांगलिक में यदि किसी को बुखार हो जाए तो पैदल 10 किलोमीटर चलकर आना पड़ता है। वहां के उपकेन्द्र में न तो कोई कर्मचारी है, न ही कोई दवाई, वहां तो लोग अपने घोड़े बांधते हैं।

आज स्वास्थ्य केन्द्र जो गांव के स्वास्थ्य की रीढ़ की हड्डी है, उसे सशक्त करने की जरूरत है, ताकि चोट लगने पर या बुखार आने पर प्राथमिक चिकित्सा का गांव के लोगों को तुरन्त लाभ मिल सके। लेकिन पिछले कई महीनों से उप-केन्द्रों पर एक गोली भी दवाई की नहीं भेजी गयी है और स्वास्थ्य कार्यकर्ता गांव में जाने से डरने लगे हैं ताकि लोग उन्हें दोषी मानते हुए उनसे न उलझें। एक सर्वेक्षण के अनुसार 40

प्रतिशत मरीज इलाज का खर्च पूरा करने के लिए या तो ऋण की चपेट में आ जाते हैं या उन्हें अपनी सम्पत्ति बेचनी पड़ती है। यदि सरकार ग्राम स्वास्थ्य को इसी तरह प्राथमिकता से बाहर रखती रही तो वो दिन दूर नहीं जब गांव के 85 प्रतिशत लोग सड़कों पर आकर अपना हक मांगने को मजबूर होंगे और उन्हें फिर केवल झूठी घोषणाओं से नहीं टाला जा सकेगा।

जन स्वास्थ्य अभियान, हि०प्र०

दिव्य हिमाचल 26 जून, 2007

हरोली की 70 फीसदी महिलाएं कुपोषण का शिकार

फिसड्डी साबित हुआ पूरक पोषहार कार्यक्रम

लवती गौतम

हरोली विकास परियोजना कार्यालय के तहत कुपोषण निवारण हेतु पूरक पोषाहार कार्यक्रम कारगर साबित नहीं हो पा रहा है। हरोली विकास खण्ड के तहत वर्ष 2006 से 2007 की वार्षिक रिपोर्ट में 70 फीसदी महिलाएं, युवतियां व 41 फीसदी बच्चे कुपोषण के शिकार पाए गये हैं। कुपोषण की रोकथाम के पीछे गरीबी, अज्ञानता व अशिक्षित होना आड़े आ रहा है, जबकि प्रदेश सरकार कुपोषण को रोकने के लिए विशेष कारगर कदम उठा रही है। प्रदेश सामाजिक न्याय एवं अधिकारिकता विभाग के तहत एकीकृत बाल विकास परियोजना वर्ष 2006 से 2007 तक हरोली विकास खण्ड में कुपोषण निवारण हेतु पूरक पोषाहार कार्यक्रम के तहत 85 आंगनबाड़ी केन्द्रों में समग्र सेवाएं प्रदान की गयी।

इन समग्र सेवाओं में आंगनबाड़ी केन्द्रों के तहत ग्रामीण स्तर पर महिलाओं व बच्चों के लिए जागरूकता शिविर लगाकर खाद्य सामग्री वितरित की गयी। इसके बावजूद 2006-2007 की वार्षिक सर्वेक्षण रिपोर्ट में 70 फीसदी महिलाएं, युवतियां व 41 फीसदी बच्चे कुपोषित पाए गये हैं। 41 फीसदी कुपोषित बच्चों में 30.69 प्रतिशत सामान्य से कम, 10.37 फीसदी बच्चे निम्न स्तर पर व 0.5 प्रतिशत बच्चे बिल्कुल कुपोषित पाए गये हैं। कुपोषण के शिकार बच्चों की आयु एक से पांच वर्ष के बीच है। हरोली विकास परियोजना कार्यक्रम के तहत कुपोषण निवारण पोषाहार कार्यक्रमों में बच्चों में कुपोषण की रोकथाम के लिए जागरूकता शिविरों का आयोजन किया जाता है तथा

बच्चों के लिए सी.सी.जी., डी.पी.टी., खसरा, डी.पी.टी. बूस्टर टीकाकरण समय-समय पर किया जाता है।

आंगनबाड़ी केन्द्रों में महिला के गर्भवती होते ही ब्योरा दर्ज कर स्वास्थ्य सेवाएं शुरू हो जाती हैं, मगर इन सभी प्रयासों के बावजूद कुपोषण दर कम नहीं हो पाई है, जबकि हरोली विकास परियोजना कार्यालय के तहत 13 वृत्तों में 1246 गर्भवती व दूध पिलाने वाली माताओं, 92 युवतियों तथा जन्म से लेकर छह वर्ष के 4628 बच्चों को कुपोषण निवारण हेतु पूरक पोषाहार कार्यक्रमों का लाभ मिला।

एक से पांच वर्ष के बच्चों का हाल

| | |
|-----------------------|---------------|
| कम कुपोषित | 30.69 प्रतिशत |
| निम्न स्तर पर कुपोषित | 10.37 प्रतिशत |
| पूरी तरह कुपोषित | 0.5 प्रतिशत |

- 41 फीसदी बच्चे भी चपेट में
- वार्षिक रिपोर्ट का खुलासा
- गरीबी-अनपढ़ता मुख्य कारण
- लाखों रुपये खर्चने के बाद भी कुछ हाथ नहीं लगा

विभागीय अधिकारी कहते हैं

हरोली विकास परियोजना अधिकारी रणजीत सिंह ने बताया कि महिलाओं, युवतियों व बच्चों के कुपोषित होने की मुख्य वजह गरीबी से जुड़ी रही महिलाएं, अज्ञानता, शिक्षित न होना व सन्तुलित आहार लिये जाने के बारे में उचित जानकारी नहीं होना है। उन्होंने बताया कि कुपोषण की रोकथाम के लिए जागरूकता शिविर व बच्चों के जन्म से लेकर छह वर्ष तक समय-समय पर दवाईयां, टीकाकरण व राशन सामग्री आंगनबाड़ी केन्द्रों के माध्यम से वितरित की जाती है। उन्होंने कहा कि कुपोषण को रोकने के लिए लोगों को इसकी सही जानकारी होना अति आवश्यक है।

जन स्वास्थ्य अभियान, हि०प्र०

बीमार बचपन, बेहाल जवानी

प्रदेश के बच्चों और महिलाओं में बढ़ रहा एनीमिया, लड़कियां भी बीमारियों की गिरफ्त में

सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता विभाग के आंकड़े चौंकाने वाले।

उषा नेगी /अजय. शिमला/कांगड़ा

प्रदेश में महिलाओं की कुल आबादी का करीब 47 फीसदी हिस्सा विभिन्न तरह की बीमारियों से ग्रस्त है। राज्य में कुल जनसंख्या 60,77,248 में 49.01 फीसदी महिलायें हैं। इनमें करीब 22 फीसदी से अधिक महिलायें किसी न किसी बीमारी से ग्रस्त है। इसका असर उनकी सन्तानों पर पड़ रहा है। नतीजन शिशु कुपोषण का शिकार हो रहे हैं।

शिशुओं में हो रही मेजर डिजीज

1. बर्थ एस्पेक्सिया एंड बर्थ ट्रोमा
2. आयरन डैफिशिएंसी-एनीमिया
3. लोअर रिस्पाईरिटरी इंफेक्शन
4. अदर मैटरनल कंडीशंस
5. अदर इंफेक्शन डिजीज
6. प्री-नेटल कंडीशंस
7. डायरियस डिजीज
8. मीजल्स
9. फॉल्स
10. लो बर्थ रेट

(इनमें 0 से 5 वर्ष के शिशु शामिल हैं।)

लड़कियों और महिलाओं में होने वाली बीमारियां

1. आयरन डैफिशिएंसी-एनीमिया
2. लोअर रिस्पाईरिटरी इंफेक्शन
3. अदर अनइंटेशनल इंजरीज
4. अपर रिस्पाईरिटरी इंफेक्शन
5. अस्थमा
6. फॉल्स
7. डैटल केरीज
8. अंटाईट्स मीडिया
9. डायरियल डिजीज
10. अदर इंफैक्शियस डिजीज

इनमें 6 से 15 वर्ष तक की लड़कियां शामिल हैं। (यह सबसे ज्यादा एनीमिया की शिकार हैं।)

महिलाओं में

1. आयरन डैफिशिएंसी-एनीमिया
2. अदर मैटरनल कंडीशंस
3. अदर अनइंटेशनल इंजरीज
4. मैटरनल हैमरेज
5. सीओपीडी (श्वास रोग)
6. अस्थमा
7. डैटल केरीज
8. अपर रिस्पाईरिटरी इंफेक्शन
9. अदर इंफैक्शियस डिजीज

(इनमें 44 से 49 वर्ष की महिलाएं शामिल हैं।)

1 लाख 33 हजार 75 शिशु कुपोषण का शिकार

सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता विभाग से प्राप्त आंकड़ों के अनुसार वर्तमान समय में राज्य भर में 0 से 5 वर्ष के 1 लाख 33 हजार 75 शिशु कुपोषण का शिकार है। इनमें लगभग 1 लाख 824 ग्रेड-1, 31 हजार 742 ग्रेड-2, 472 ग्रेड-3 और 37 से अधिक शिशु ग्रेड-4 के कुपोषण के शिकार हैं। सूत्रों का कहना है कि हालांकि शिशुओं में कुपोषण के मामलों में पिछले वर्षों की तुलना में कमी आई है।

जन स्वास्थ्य अभियान, हि०प्र०