

# **THINKING THROUGH RIGHTS-BASED DEVELOPMENT IN HEALTH:**

**Institutional approaches to social inequality and  
gender violence in reproductive, maternal and sexual health**

**CONSULTATION AND DISSEMINATION WORKSHOP**

## **A REPORT**

**April 9 and 10, 2010  
Institute of Development Studies, Jaipur**

**Supported by**

**The Economic and Social Science Research Council, UK  
University of Sussex, UK**

**Prepared by** Maya Unnithan (University of Sussex, UK)  
Carolyn Heitmeyer (University of Sussex, UK)

Hindi translation: Pradeep Kachhawa (University of Rajasthan, Jaipur)

Assistance: Manju Sharma (University of Rajasthan, Jaipur)

Department of Anthropology  
School of Global Studies  
University of Sussex  
Brighton BN1 9RH  
UK

Institute of Development Studies, Jaipur  
8-B Jhalana Institutional Area  
Jaipur Rajasthan 302004  
India

Printers: Titu Thesis Centre  
A-6, Govind Marg, Adarsh Nagar, Jaipur

## Contents

<b>Workshop Summary</b>	5
<b>Key Issues for Planning and Policy in Reproductive Health Detailed Report</b>	7
<b>Day 1: April 9, 2010</b>	
Welcome and introduction to workshop:	11
Professor Surjit Singh (Institute of Development Studies Jaipur) and Dr. Maya Unnithan (Department of Anthropology, University of Sussex, UK)	
<b><u>Session 1: Medical perspectives on rights to health: Safe motherhood, abortion and access to services</u></b>	
Presentation 1: Ms. Shibumi Prem and Ms. Pallavi Gupta (ARTH, Udaipur)	13
Presentation 2: Prof. Shiv Chandra Mathur (Public health specialist, Jaipur)	15
Presentation 3: Dr. Kabir Sheikh (Public Health Foundation of India, Delhi)	16
Presentation 4: ESRC, UK Research Project, Dr. Maya Unnithan (University of Sussex) and Ms. Manju Sharma (University of Rajasthan)	18
Discussion Panel:	19
- Dr. Meeta Singh (Independent health consultant, Jaipur)	
- Professor Tulsi Patel (Department of Sociology, Delhi University, Delhi)	
Questions and responses	21
<b><u>Session 2: The circulation and realisation of rights: The role of international organisations and the state</u></b>	
Presentation 1: Dr. Mohan Rao (Centre for Social Medicine and Community Health, JNU, Delhi)	25
Presentation 2: Dr. Anil Agarwal (UNICEF, Jaipur)	26
Presentation 3: Mr. Sunil Jacob (UNFPA, Jaipur)	27
Presentation 4: Navin Narayan (ActionAid, Jaipur)	28
Presentation 5: ESRC, UK Research Project, Dr. Carolyn Heitmeyer (University of Sussex)	30
Questions and responses	31
<b><u>Inaugural lecture:</u></b>	38
<b>Dr. Abhijit Das (Centre for Health and Social Justice, Delhi)</b>	

## Day 2: April 10, 2010

### **Session 3: Claiming health rights and social transformation: The role of NGOs and the state in empowering communities and individuals**

Presentation 1: Dr. Narendra Gupta (Prayas, Chittor)	43
Presentation 2: Ms. Jashodhara Dasgupta (SAHAYOG, Lucknow)	44
Presentation 3: ESRC, UK Research Project, Dr. Carolyn Heitmeyer and Dr. Maya Unnithan (University of Sussex)	46
Questions and responses	47
Discussion Panel:	49
- Mr. Teja Ram (Manthan, Ajmer)	
- Ms. Priyanka Singh (Seva Mandir, Udaipur)	
- Ms. Indu Gupta (Ibtada, Alwar)	
- Ms. Chhaya Pachauli (Prayas, Jaipur)	

### **Key note address: Ms. Aruna Roy (MKSS, Devdoongri)**

55

### **Session 4: Upholding rights and accountability: Legal measures with regard to health and reproductive rights**

Presentation 1: Ms. Jameen Kaur (Human Rights Law Network, Delhi)	59
Presentation 2: Mr. Ajay Kumar Jain (Rajasthan High Court, Jaipur)	61
Presentation 3: ESRC, UK Research Project, Dr. Carolyn Heitmeyer and Dr. Maya Unnithan (University of Sussex)	62

### **Concluding panel: Gender violence and gender justice**

- Ms. Nishat Hussain (President, Muslim Women's Network, Jaipur)	63
- Ms. Shagufta Khan (Secretary, Gharib Nawaz Mahila evam Bal Kalyan Samiti, Ajmer)	64
- Sister Alveena Barkat (Sasvika, Ajmer)	65
- Ms. Sushila and Ms. Mukesh (Positive Women's Network, Jaipur)	66

Questions and responses	66
-------------------------	----

### **Valedictory address: Ms. Kavita Srivastava (People's Union for Civil Liberties, Jaipur)**

67

## **Annexures**

Annexure I: List of abbreviations	
Annexure II: List of participants	
Annexure III: Note on ESRC Research Project	

## Workshop Summary

India's development policy (with regard to population, health, education, employment) has increasingly become framed in terms of a rights-based approach. The language, tools and techniques of rights suffuses the current thinking and practice of many development institutions (governmental organisations, non-governmental organisations, international non-governmental organisations, voluntary organisations, community-based organisations). This is especially the case for those working in the field of maternal, reproductive and sexual health. The importance of the shift towards a rights-based approach lies in the dissatisfaction with target-oriented rather than people-centred state health programs with little downward accountability. In this context, a rights approach is regarded as enabling people to claim from, as opposed to being dependent on, the state to fulfil its duties and obligations toward them. Civil society organisations have promoted this approach in their effort to deepen democracy through people's participation. Rights-based perspectives, however, are also products of specific cultural, political, legal and historical processes and embody particular notions of self, individual and community. How do these conceptualisations translate across different healthcare contexts globally and within India?

These questions have been at the centre of the ongoing Economic and Social Science Research Council, UK-funded research project on 'Realising rights: An ethnographic analysis of rights-based organisations in promoting reproductive health in India' (Principal investigator: Dr. Maya Unnithan, University of Sussex, UK). The research project (2009-2011) was conceived specifically to critically examine how health-based organisations understand and apply ideas of rights in their work in Rajasthan (see Annexure III).

A central aim of the workshop was to share some of the preliminary findings of the ESRC Sussex project research with a wide range of actors working in the field of reproductive, maternal and sexual health. The workshop also sought to provide a space for participants to reflect on their own experiences of work in the area of rights and to deliberate upon the value addition of the rights-based approach for issues of health equity, medical ethics and social justice within reproductive, maternal and sexual health.

Participants addressed a number of issues including:

- i) How successful has the shift to a rights-based approach been in terms of reducing the burden of disease, morbidity and poor gender related health outcomes.
- ii) What kinds of shifts in healthcare delivery are implied by a rights-based approach.
- iii) What role have rights-based approaches played in strengthening community participation and institutional accountability.
- iv) To what extent has the rights-based approach challenged and transformed entrenched structural inequalities, including those of gender and other social and religious discrimination.

- v) What new or alternative concepts, techniques, knowledge and practices has the shift to rights generated both in the field of health and in related development fields (eg. SHGs, Jan Sunwai, ‘networks’).
- vi) What does it mean to employ a social justice rather than rights approach to health?
- vii) What legislative and juridical shifts are entailed in the rise of rights approaches in health?
- viii) Do rights-based approaches in medicine and medical practice strengthen specific cultures of ethics?
- ix) What does the adoption of a rights-based approach to health tell us about state/NGO/INGO relationships?

Discussions around these issues took place over four sessions during the course of the two-day workshop (with sessions on medical perspectives on the rights-based approach; the role of international agencies and the state; the role of voluntary organisations; and the legal framework around reproductive health, respectively). In each session, presentations were made by national and local organisations along with members of the ESRC, UK research project. A number of issues were discussed and debated including the role of service delivery in a rights-based approach, the need to allocate a greater percentage of the national budget to healthcare provision, the importance of recognizing and building upon grassroots-level government health workers such as ANMs and ASHAs, and the shifting role of international agencies in rights work in Rajasthan, among others.

The workshop was attended by grassroots activists in Rajasthan, public health specialists, academics, legal advocates and representatives from the Reproductive and Child Health Division of the National Rural Health Mission (Government of Rajasthan) and international and national organisations and institutes such as Prayas, ARTH, Positive Women’s Network, Seva Mandir, Family Planning Association (Jaipur), Ibtada, Muslim Women’s Network, MKSS, SAHAYOG, Centre for Health and Social Justice, PUCL, ActionAid, UNFPA, UNICEF, Indian Health Action Trust, Public Health Foundation of India, Indian Institute of Health Management Research (Jaipur) among others.

## **Key Recommendations**

The presentations and discussions in the two day workshop raised important points for health policy and planning. While it was evident that the rights framework had deeply pervaded development work in the area of maternal, reproductive and sexual health, all participants agreed that the rights-based approach to health and population issues needed to be more critically, intensively evaluated and continuously monitored. There was a diversity in the understanding and use of rights-based approaches across organisations varying from more legal understandings of rights to more localised notions of empowerment. It was clear that more conceptual work needed to be done to arrive at a deeper understanding of the meaning of rights and the ways in which using a rights-based approach could add value to the health interventions by the state, local and international organisations.

The key issues emerging for policy consideration were:

### **1. Recognise, Value and Support the Work of Voluntary Organisations on Health Rights and Empowerment**

There is a range and diversity of NGO work in the field of reproductive, maternal and sexual health. Individually these organisations contribute critically to the shaping of policy (eg. National Population Policy, National Rural Health Mission, draft Right to Health bill), to building the capacity of the health workers in their collaboration with the government (eg. through training programmes), to enhancing health governance (eg. quality assurance programmes), to strengthening the capabilities of community members to access services and contribute to health planning, to ensure distributive justice in terms of health outcomes. Health related voluntary organisations (VOs) in Rajasthan have developed separate and complementary expertise and employ a range of different strategies to mobilise around rights-based issues. The strengths of VOs need to be recognised by the state and the public. A more systematic, participatory and transparent mechanism needs to be instituted by an independent body whereby the work of voluntary organisations is distributed and their contributions disseminated and discussed.

### **2. Empower Lower Level Health Functionaries**

Lower level health workers such as the ASHA (Accredited social health activist), the ANM (Auxilliary nurse midwife) and the AWW (Anganwadi worker) are pivotal to the success of the new community based health empowerment programmes undertaken under the government's National Rural Health Mission (2005). Through their presence within village health committees and communities, these workers are at the forefront of raising knowledge and awareness on reproductive health and rights issues (eg. in terms of antenatal, delivery and postnatal care) critical to addressing the high levels of maternal and infant morbidity and mortality. They are also instrumental in bringing rural women to

health care institutions and supporting their access to health services. It is therefore essential the state ascertain that

- i. their knowledge and skills are developed (capacity building)
- ii. they are provided with resources which facilitate their work in the village (resource support, including transportation, essential drugs, administrative and medical support)
- iii. their work is publicly valued (through monetary compensation, explicit campaigns)

There are some categories of health providers who belong to rural communities who have not been incorporated within the new health programmes (eg. *dai* or local birth attendants) and whose knowledge and skills have been de-recognised in the process. There needs to be more public and state support and provision to empower these key maternal health agents in the community.

### **3. Institute Provider Rights, Obligations and Sensitivities**

Medical professionals such as doctors and gynaecologists are crucial to the shaping and implementation of health and medicine related social transformation in urban as well as rural contexts. It is also necessary to understand the constraints they face in their work on health service delivery and in their interactions with patients and the state. Their work and needs have to be supported (through state benefits, legal and professional measures) and their work valued publicly.

The question of doctor's rights is a sensitive and contentious issue given the existing malpractices and cultures of negligence which exist in medical practice. Nevertheless, it is an important issue to address especially if committed and competent medical professionals are to be encouraged to establish and maintain their practices in rural and remote areas.

Medical professionals, in turn, need to be sensitised to the constraints that patients' face in meeting their duties and responsibilities (eg. reasons for failure to take medication, attend regular consultations) including those which are gender, family and community determined. They need to be made aware of the underlying structural issues which make informed consent problematic, such as the authority of medical knowledge which assumes the duty bearer (doctor) knows what is best for the rights holder (patient). This is particularly salient in the case of women's health where doctors' decisions are rarely subject to questioning by the women themselves.

There is urgent need to see public and private health providers as distinct with regard to their legal obligations to patients, with the latter less held to account. It is in this context that the monitoring of private practice as well as private-public partnerships gains salience. This is important for women's health issues in particular as often poor, rural women have access to only private practitioners.

#### **4. Promote a Continuum between Rights Advocacy and Service Delivery**

Rights advocacy cannot be divorced from health service delivery. The realisation of rights to health has been most effective where advocacy has been connected with and supported people's access to health services. It is an important issue to address given the recent shift of a majority of the voluntary sector organisations away from a direct involvement in health service delivery and into rights-based advocacy work.

#### **5. Recognise and Monitor the Shifting Role of International Organisations in Rights Work**

International multilateral and bilateral organisations are taking on newer roles with the rising emphasis on rights-based approaches to health and development. Their collaboration with the Indian state has increased significantly in comparison to a relative decline in their direct interaction and support for voluntary organisations.

From a human rights perspective, the different form of their collaboration with the government needs to be closely monitored in terms of transparency and accountability. There is a continued and important role here for voluntary organisations to fulfil.

Government and donors, in turn, need to work closely with civil society platforms to obtain feedback on grassroots experience with translating programmes into practice.

#### **6. Address Lack of Awareness on Reproductive and Sexual Rights within the Legal Field**

There has been a recent increase in judgements which address reproductive rights and reproductive health issues. However, these have not been recognised as being part of an overarching reproductive rights framework as such by the lawyers and judges themselves. There needs to be much more concerted discussion, evaluation, recognition and consolidation of legal work that has taken place in relation to reproductive rights issues. The mindset of lawyers has to be sensitised to the meaning and significance of reproductive and sexual rights in their own terms and not as submerged within other arenas of adjudication.

#### **7. Increase Government Budgetary Allocation for Health and Curtail Dependence on the Market in Medicine**

Despite huge sums of money being spent in the health sector, the state has yet to commit enough funds and resources for people to claim their rights already guaranteed within existing legislation (1.12% of GDP spent on health in 2008; Fact sheet Prayas, JSA, 2010). An increased monetary allocation for free drugs and treatment would cut money spent by the public on medicines (a primary reason for rural indebtedness), reduce risky last minute emergency hospitalisation (delayed due to fear of high cost) and decrease irrational drug prescription (based on doctor- pharmacist profit alliances).

## **8. Locate Reproductive Health and Rights in the Social, Legal and Political Realities of Gender Inequities**

The premise of rights as moderating the relationship between an individual and the state needs to be re-conceptualised in India where women depend on the family, community and caste much more than on the state for their protection. Issues of reproductive health and rights need to be located within a wider understanding that women's rights are shaped, constrained or facilitated by the politics of these social institutions. There needs to be legal reform to take account of the cultural and collective basis of rights as well as the gendered inequities in women's everyday lives. This is especially true for issues of violence against women. The recent Prevention of Women from Domestic Violence Act, 2005 has marked one step in recognizing and addressing the gaps in existing mechanisms for legal redress but more needs to be done to ensure that women are able to realise the rights enshrined in these laws.

## **9. Situate Rights to Health in a Broader Context of Rights Mobilisation and Legislation**

The recent national and regional deliberation by the state and voluntary organisations on the right to health comes on the heels of an intense and successful deployment of a rights approach in the areas of education, employment and food. The approach adopted by state and non-state institutions in relation to the rights issues with regard to health has to be viewed in this wider context of rights mobilisation particular to the experiences within each state and for each district within a state. The right to education, employment (which now exist as legislative acts), food and social security all have an important role in ensuring health outcomes, and thus cannot be set apart from the realisation of the right to health.

## **10. Institute Public Discussion on the Value Added Aspects of a Rights Framework**

It is the responsibility of the state and civil society alike to ensure that there is a free and informed deliberation on rights to health in the public domain. There is a lacunae in people's knowledge and awareness of what they are entitled to from the state, in legal terms and from medical providers. The work in the area of awareness-raising by voluntary organisations needs to be supported by the state-run as well as private media. This is critical as a means to change the current cultures of medical and state paternalism and a first step to address issues such as the lack of informed consent.

## DETAILED REPORT DAY 1: APRIL 9, 2010

### Welcome Address

**Professor Surjit Singh**, Director, IDS Jaipur, began the workshop by welcoming all of the participants and noting the importance of the topic and the opportunity to discuss the theme of ‘rights-based approach in development’. He spoke briefly about the ideas inherent in a rights-based approach in which every human being is recognised as a person and a rights-holder. A rights-based approach strives to secure the freedom, well-being and dignity of all people everywhere, within the framework of essential standards and



principles, duties and obligations. It, moreover, supports mechanisms to ensure that entitlements are attained and safeguarded. Professor Singh also thanked Dr. Maya Unnithan for organising the workshop and pointed out that it had been designed to reflect the themes of the ESRC research project which she was leading and for which she had been based at the IDS.

### Introduction to the Workshop and Sussex Research Project on Realising Rights to Reproductive Health

**Dr. Maya Unnithan**, Department of Anthropology at the University of Sussex, welcomed the participants and thanked Professor Singh and IDS colleagues for their support during the past year. She also thanked the voluntary organisations who had given their time in the past year for meetings and discussions and for their overall support of the project. The focus of the workshop Dr Unnithan stressed was on rights-based approaches to development specifically in relation to health. As maternal, sexual and reproductive health has been an area of intense development focus and intervention, it was a particularly good basis from which to understand how rights-based development worked. Dr Unnithan outlined how the ‘turn’ to rights-based approach in the 1990s was different from the empowerment approach within development but also similar to it. A rights-based perspective included the idea of empowerment but also stressed the principles of equity, participation, accountability, and was backed by a legal framework. We need to look at what this ‘turn’ to the rights-based approach actually means for people on the ground – and for development practitioners. As a discourse, how does it govern the way in which we think, speak, act and ‘do’ development. How does the state do rights? What is the role

of international organisations? What are the consequences of the global and local circulation of ideas of rights on practices of health in development?

The research project, on which the workshop was based, was about how state and non-state health providers and promoters understand and use ideas of rights in their work on reproductive, maternal and sexual health in Rajasthan. The four panels of the present workshop were set up to focus on the four types of institutional engagement with rights:

- Specific experiences of NGOs, VOs, CBOs, social movements and civil society and working on community health and rights issues
- State and International multi- and bilateral organisations which finance and orient health and rights initiatives
- Medical practitioners' understanding of rights issues and agency
- Legal practices and definitions of reproductive rights and healthcare and resulting shifts in legislation, and its use in practice.

With the growing importance of rights in India, the role of NGO workers, medical practitioners, lawyers, state officials and bi- and multi-lateral representatives acting as translators, brokers and mobilisers of rights is steadily increasing. Members of these groups act as intermediaries in the provision of health services to the community and rights activities around health. Yet, very little attention is focused on their efforts, skills, resources, capacity, viewpoints and desires. The project and the related workshop sought to address this gap by critically reflecting on the role of these intermediaries working to enhance the capacity of communities and individuals to realise their rights to maternal, reproductive and sexual health.

**Dr. Carolyn Heitmeyer**, Postdoctoral Fellow on the project, explained the different methodologies which the research team has used over the course of the fieldwork. These included tailored questionnaires for workers in different sectors, semi-structured interviews, focus group discussions, visits to field offices of organisations, analysis of documentation, and attendance at public events on health and rights. She also explained that the research team has sought to make the project as participatory as possible. This has been done through different means including active solicitation of feedback from respondents and the formation of an 'advisory committee' made up of people with significant expertise in the field of health and rights in Rajasthan to provide guidance and support. Lastly, Dr. Heitmeyer spoke briefly about the qualitative nature of the research project and importance of this type of methodology when conducting research on a subject as complex as human rights and the multiple meanings which the term 'rights-based approach' can be ascribed according to differing actors and agendas.

## **Session 1: Medical perspectives on rights to health: Safe motherhood, abortion and access to services**

Chair: Dr. M.L. Jain, Director of Reproductive and Child Health, National Rural Health Mission, Rajasthan, Jaipur



**Dr. M. L. Jain** opened the session with a brief description of the current reproductive and maternal health context in Rajasthan. He said Rajasthan still lags behind the country in terms of its maternal health system. The Maternal Mortality Rate (MMR) in Rajasthan remains at 335 per 10,00,000 live births which is far behind

the national MMR average of 301. The IMR has been brought down from 58 per 1000 live birth to 53 in the past three years; the TFR in Rajasthan (at 2.7) remains very high and the state maintains one of the worst in India. Dr. Jain also stated that priority attention should be given to enhance the intake of available services and said that NGOs can act as an important catalyst in bringing communities to service centres. Dr. Jain also spoke about the 'Jan Mangal Couple' scheme begun by the state government to encourage family planning at the village level.

### **Presentation 1: Ms Shibumi Prem and Ms. Pallavi Gupta (Arth, Udaipur)**

#### **'Realising women's right to safe motherhood and safe abortion: the ARTH approach'**

**Ms. Shibumi Prem** introduced the work done by her organisation, ARTH, in the field of 'safe motherhood' and shared with us some of the barriers in reproductive care in Rajasthan such as the poor quality of antenatal and delivery care, inadequate monitoring of mother and newborn in health care facilities and the tendency to discharge women before the elapse of 24 hours following delivery.

She shared the findings of the qualitative and quantitative study done by ARTH on delivery practices in rural Rajasthan. She also emphasized that even modern practitioners are performing harmful practices in both institutions and homes such as applying strong fundal pressure, bathing the newborn early, allowing the newborn to be delivered on the floor, delaying breast feeding, conducting multiple pelvic examinations and augmenting labour using oxytocin. In the contexts of maternal deaths, she discussed a community-based study done by ARTH on pregnancy-related deaths in southern Rajasthan in which

both the cause of death as well as care-seeking constraints were assessed. ARTH interviewed the family members and other persons who had accompanied women for delivery as a means of gathering important information about the specific circumstances in which maternal deaths took place.

While talking about ARTH's field programme Ms. Prem said that the organisation runs two centrally-located and road-linked health centres in two districts (Udaipur and Rajsamand) of southern Rajasthan. These are managed by nurse-midwives and provide 24x7 maternal and newborn care. Obstetrician and pediatricians from Udaipur visit these centers



twice a week. The main services at these centers are ante-natal care, 24 hour delivery, emergency care, active referral for complications, post-natal check-up through home visits and other gynecological disorders. In addition, ARTH also provides active referral services from rural health centres to the district hospital.

ARTH has been building capacity of both civil society and government institutions. It is also providing support for the implementation of evidence-based practices in training institutions of the state and so far 218 government skilled birth attendants (SBA) trainers have been trained by ARTH with practical exposure at ARTH health clinics. She also spoke about the advocacy campaign on evidence-based delivery and newborn care practices as well as shared the posters developed by ARTH for the health facilities of the state.

The second half of the ARTH presentation was delivered by **Ms. Pallavi Gupta** and focused on the organisation's work around safe abortion. Her presentation addressed three main points: inadequate access to safe abortions, the issue of consent and the links between unsafe abortions and maternal deaths. She noted that the practice of unsafe abortion contributes to 8% of maternal deaths in India and 10% in Rajasthan.

Secondly, Ms. Gupta pointed to the problem of reach and access of abortion facilities arguing that there is inadequate and inequitable distribution of facilities for safe abortions. She said most of the abortion facilities are in urban areas while those in rural areas are extremely limited. According to a situational analysis study of abortion services in Rajasthan conducted by ARTH in 2003-04, only 39% CHCs and 0.5% PHCs provided abortion services in 10 districts of the state. Due to this lack of adequate abortion facilities, women go to untrained practitioners for abortions which are often done under unsafe

conditions. Unsafe abortions not only put the lives of these women at risk but also increase the possibility that they will suffer from serious long-term consequences such as disabilities and reproductive tract infections.

Ms. Gupta also addressed the issue of consent in the context of abortions. ARTH requires consent of only the women themselves (undergoing the abortion) and maintains full confidentiality of its clients. In this regard, however, she noted that in the situational analysis study mentioned above only 15% facilities were found to be taking consent from only the woman herself (as opposed to her family members, husband, etc.).

Safe abortion facilities provided at the ARTH health centres adopt modern abortion techniques which are safer, simpler and less expensive than other commonly used techniques. Additionally, Ms. Gupta noted that the ARTH clinics only use oral analgesics (because they have fewer side effects and risks of complication) rather than general anaesthesia. Dilatation and curettage (D&C) is less safe because it requires greater pain control and has greater risks of complications. Despite this, she said that many doctors performing abortions prefer D&C though other medical and non-invasive methods of abortion now exist. This is because the pre-service training of doctors in medical colleges doesn't emphasize the newer technique of manual vacuum aspiration enough, and even if they use a vacuum aspiration technique, they still continue to use a curette (a sharp instrument).

## **Presentation 2: Professor Shiv Chandra Mathur**

### **'Increasing use of medical technology and ethical regulation of medical profession: Observations from Rajasthan'**

**Prof Shiv Chandra Mathur** addressed the important issue of medical regulation of technology in the state of Rajasthan. Prof. Mathur, an independent health consultant and former Head of the Preventive and Social Medicine Department at SMS Medical College, Jaipur, began with an overview of the health infrastructure in Rajasthan. He highlighted the current challenges faced by the NRHM in the state. Problems with regard to implementation of the NRHM in Rajasthan include inadequate infrastructure and a shortage of manpower. For example, Prof. Mathur cited the fact that one third of public health centres in the state do not have road connectivity and 37% of primary health centres (PHCs) are located in difficult-to-reach areas. Yet, Prof. Mathur also stressed that a significant amount of resources are being invested into health in the state by noting that in Rajasthan the medical department is the *second* largest department with regards to manpower (the first largest department is that for education). In Rajasthan, there are 325 community health centres (CHCs) and 1052 PHCs. In addition, in the public sector there are 6 medical colleges and 120 public hospitals and in the private sector there are 3+1 medical colleges and several private hospitals in the state capital, Jaipur.

There is a rapid change in the availability of technology over the last three decades in the medical facilities of the state. While diagnostic technology was limited to X-rays in radiology and ECG in medicine till the late seventies, now there are MRI machines and angiography labs in each medical college. Pathology laboratories in the district headquarters are now equipped with computerised automated machines and sonograph machines have reached up to the sub-district level. Today, there is a race for putting laminated ventilators in several hospitals of the state.

Within the context of reproductive health and rights, the increase in access to technology has also acted as a barrier, particularly in the case of sex-selective abortions. With regard to the status of enforcement of the PCPNDT Act in Rajasthan, Dr. Mathur stated that during the last three years full time legal consultants are available at each district along with the appointment of a special legal advisor. He revealed that 25 doctors in the state have been arrested for flouting the PCPNDT Act, five doctors for promoting the purchase of blood for transfusion and three for promoting a particular drug company. All of this has occurred between 2007 and 2010.

The NRHM is based on a rights-based approach. It has made provisions for service guarantees, Indian public health system (IPHS) guarantees for public health facilities, and a citizen-based rights-approach. Prof. Mathur said that with specific regard to reproductive rights in Rajasthan, child marriage/early marriage is particularly detrimental to a rights-based approach. Children forced to marry early are deprived of their right to education, right to be protected from sexual exploitation, right to enjoyment of health, right to leisure and right to employment.

Lastly, Prof. Mathur highlighted the importance of provider rights—specifically in terms of promoting respect for providers, the dignity of their labour and the social role of the healer. The health system, he stressed, is a part of society and not set apart from it. He thinks that more needs to be done in order to further rights of providers such as 1) accountability, 2) nurturing 3) recognition (i.e., of the inputs of providers) and 4) security, both personal and professional (in terms of permanent jobs).

### **Presentation 3: Dr. Kabir Sheikh, Public Health Foundation of India, Delhi**

#### **‘Right to do right: Accounts of government practitioners serving in rural and remote Chhattisgarh’**

The focus on health providers was also addressed by **Dr. Kabir Sheikh**, Assistant Professor at the Public Health Foundation of India (Delhi), in his presentation on government health providers in rural Chhattisgarh. The focus of the study concerned the challenges these doctors face along with their motivation in practicing medicine in such difficult circumstances (which include poor working conditions, extended separation from

their families and living in a precarious political situation in which they sometimes become caught in between the police and insurgents).

The health system infrastructure in Chhattisgarh is extremely poor and Dr. Sheikh stated that there is there is a lack of trained health care providers in the state. He noted that the promotion of maternal and child health has been one of the most important components of the family welfare programmes. He also stated that the international crisis in the lack of health workers is having a serious impact on the ability of many countries to fight disease and improve public health and that large numbers of additional doctors, nurses and trained medical staff are needed to fill the gap. In particular, Dr. Sheikh pointed out that there are not enough medical practitioners in rural areas which is often where they are most needed. Qualified professionals do not wish to practice in remote areas and prefer to work in urban areas; as such, most of the health workers posts are vacant in rural areas.

As noted earlier, the objective of the study was to understand why qualified health workers remain and continue to serve in remote and rural areas such as rural Chhattisgarh given the fact that they must endure poor working conditions, are oftentimes separated from their family for long periods and must contend with the consequences of working in an environment in which there is significant political violence and upheaval. Interviews were carried out in remote parts of 8 districts in Chhattisgarh and the reasons cited by the doctors included geographical and ethnic affinities (many of the doctors were originally from the same area in which they now worked) along with the desire to serve the community.

According to Dr. Sheikh, the working conditions of these doctors need to be improved and, similarly to Professor Mathur, suggested that it is also importance to address providers' rights. Along with this there should be assurance of job security, improved workplace arrangements, good schools for children, better housing, regular training and skill development programmes, acknowledgement and recognition should be provided.

Specifically, Dr. Sheikh cited the following for areas in which the rights of doctors in rural Chhattisgarh need to be recognised: respect, the dignity of labour, professional and intellectual advancement, and actualization of the social role of healer. In order to ensure that providers' rights are being promoted, it is important to ensure 1) *accountability* by making system more accountable to workers, 2) personal and professional *security* of doctors, 3) *nurturing* their professional interests and growth and 4) providing *recognition* of the important social role they play.

**Presentation 4: Dr Maya Unnithan and Ms Manju Sharma (ESRC Research Project, Sussex)**

**Gynaecologists' perspectives on patient choice around delivery, abortion and contraception (ESRC Research project, Sussex)**

**Dr. Maya Unnithan** and **Ms Manju Sharma** presented an overview of the research conducted thus far around the perspectives of gynaecologists working in different institutions in Jaipur around issues of patient rights. This part of the project focussed on medical providers opinions in five areas: regarding women's choices on delivery options (i.e., vaginal, C-section); abortion, (access to abortion, preferred means i.e., DNC, D&E, pills, reasons cited by female patients for undergoing abortion); contraception preference (doctors' and patients'); issues of consent (in particular, voiced opinions by the doctors about consent and what they actually did in practice); views of government schemes such as JSY (safe motherhood).

Preliminary findings indicate that doctors respect greater patient choice in delivery (for caesareans), a greater gap between doctor and patient preference for contraception (IUCD and condoms versus pills and injectables) and a wide range of practices and preferences around abortion from providing abortion pills to refusing patients abortion opportunities. Most gynaecologists sought consent for these procedures not so much for protection of individual patients but primarily to avoid future conflict [including in legal terms] with their families.

Dr. Unnithan also spoke about a further segment of the research which focused on NGO workers and their perspectives on similar issues linking rights to delivery, abortion and contraception. There seemed to be a broad consensus amongst NGO workers in support of institutional deliveries, for the continued importance of the role of the local *dai* (traditional midwife), the importance of safe abortion and for condoms and sterilisation as preferred means of contraception.

In conclusion, she raised a number of issues for discussion, including: With regard to issues of consent, whose rights do consent procedures safeguard—those of doctors or those of patients? Given the shortage of facilities and medical providers in many hospitals, how safe are institutional deliveries?

## Panel Discussion and Q&A Session:

### Dr. Meeta Singh, Independent Health Consultant:

In her panel presentation, Dr. Meeta Singh also addressed the views of gynaecologists surrounding the issue of abortion. Dr. Singh is a medical doctor and since 2001 has been involved in projects on gender sensitization in the health sector, HIV-AIDS, adolescent and women's health and, most recently, on the declining sex ratio. She noted that 'abortion' has now become a common word and the procedure is mostly done for social reasons rather than for medical reasons. Abortion is particularly common among young unmarried women who will purchase abortion pills from the medical store without consulting a doctor. This later leads to other medical problems such as irregular and prolonged discharge and abdominal pains. According to Dr. Singh, girls need to have correct and detailed information for the kind of abortion techniques they are opting for. Some women put their lives in danger by going to quacks and informal providers, then it is very difficult for the medical doctors to save them (*phir unki jaan bachana mushkil ho jata hai*).



According to Dr. Singh, the approach of gynaecologists to issues of rights is often very fuzzy—issues such as informed consent are really not seen by many doctors as particularly important. For example, in terms of informed consent, doctors are more concerned about the family and ensuring that there will be no problems with them rather than making sure that the woman herself understands what the procedure entails, what is going to be done to her, what are the possible side-effects, etc.

She also discussed the various methods of abortion and noted that the surgical operation, i.e., dilatation and evacuation (D&E), can also lead to friable uterus perforation, bleeding, infection and pain. According to Dr. Singh, the provision of counselling services is very important for a rights-based approach but generally the doctors don't seem to be doing it and believe that it should be up to them to decide for the patient.

With the MVA (manual vacuum aspiration) method for first-trimester abortions, some of the doctors said that although it may seem like a very simple operation, in actuality the pregnant uterus is a very friable uterus and there is a possibility of perforating the uterus

during this procedure. As such, they are not happy with the idea of ANMs performing MVA abortions and, prefer medical abortions.

Although the morning-after pill has become very popular, many gynaecologists feel that there is not enough information about its side-effects and are concerned that it is now being used as a regular contraceptive even though it is not known what its long-term complications may be in terms of hormonal imbalances.

**Professor Tulsi Patel, Delhi University:**

Professor Tulsi Patel opened her comments with a historical overview on the shift from target-oriented population policies in India to more rights-based approaches to reproductive and maternal health. She described how the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo in 1994 and other conferences on gender and social development during that period contributed to an increase in public pressure on states to replace the Malthusian framework of population control with a more rights-based framework. As such, rather than the state being an overarching all-powerful force it was seen proper for people as rights-bearers to demand services from the state: it was at this historical junction when the world began to look at the rights framework differently.

Yet, Professor Patel also suggested that through evidence-based medicine, technologies such as ultra-sound, and procedures such as Caesarean sections, the state is to a great extent doing exactly what it was doing before the rights-based approach came and women, midwives, etc. have been pushed out of the obstetric field.

Professor Patel addressed the issue of the increase that has come about in institutional deliveries as a result of the introduction of the JSY scheme. In some of the hospitals in Delhi, she herself found in one case there were three women with their babies in a single bed. How can such a scenario be seen as more hygienic than home births? In this context, why is the allopathic system not being questioned in research, including social science research? Currently, there is no difference made between calculating the number of cases of maternal mortality in the home and those which take place in an institution—as such, we need more research to understand the differences between these two.

Professor Patel also cited her own research on C-sections in Delhi hospitals in which she found that when a woman demands a C-section in a hospital, the medical staff do not record it as a C-section ‘on demand’ but instead cites reason for performing the procedure as either ‘fetal distress’ (*bacche ki dil ki dharkan kam ho gayi*) or the an ‘evacuation of dirty water’ (*ganda pani*, i.e. muconia). In the Apollo Hospital, she cited that 60-70% of deliveries are C-sections. In the context of C-sections, doctors rarely tell patients about the complications of haemorrhage that can ensue and there have been cases in which women, following a C-section, have had to go for regular blood transfusions and even then her haemoglobin level remained dangerously low.

Lastly, Professor Patel critiqued the focus on individual rights and decision-making in debates around reproductive health and rights. While in the West the premise of rights as moderating the relationship between the individual and the state may be appropriate, in India women are not individualised atoms in society and depend on the family much more than on the state for protection. For women, in particular, it is important to recognise the centrality of marriage and family in how decisions are made and, given this, how is it possible to talk about individual rights?

#### **Questions and Answer Session:**

**Tulsi Patel** asked about the presenters from ARTH about the age of the women who went to their clinics for abortions. **Pallavi Gupta** replied that they ask for the age of women who come for abortion: if she is over 18 years only her consent is required but if she is below the age of 18 then the consent of guardian is needed.

Professor Patel also asked **Kabir Sheikh** about the proportion of SC and ST doctors featured in his study because from her experience SC doctors running private practices in areas in which their caste is known find it very difficult, but maybe things in Chhattisgarh is different. On this Dr. Sheikh said it's a complex subject and that most of the doctors interviewed were exclusively from lower castes.

**Jashodhara Dasgupta** said that the whole issue of informed consent is problematic because it assumes that the duty-bearer will know what is best for the rights-holder (i.e., doctors and patients) and therefore should make the decisions for the rights-holders. There's always a medical explanation and the authority of medical knowledge which underlies this whole issue, especially with women's health issues—are women really making any decisions at all about what is being done to them?

**Abhijit Das** raised the following question to Maya Unnithan 'Do you ask questions on rights directly or you draw out the inferences from what they speak? How do doctors respond on discussion on rights?' **Maya Unnithan** answered that the project team had several questions



on patients and doctors rights which came out directly or indirectly while speaking with the doctors. Most of the doctors were positive in dealing with questions related to rights. Dr. Unnithan said that a few doctors were very concerned about litigation and asked for

the copy of questionnaire and the consent form. Given this, it is clear that there was some anxiety about responding to some of our questions.

Dr. Das also thanked Professor Patel for problematizing the issue of rights in terms of the individual versus community. He raised a few of issues with regards to clinical practice. Firstly, when we talk about rights, can we talk about rights of private health providers and public health providers in the same breath? Public providers fall beneath the state which is a different dimension and have obligations that are slightly different [from private providers].

Secondly, around the question of institutional delivery, Dr. Das asked whether it is necessary to make a distinction between safety and issues of choice and option and women's autonomy. Furthermore, could we look at institutional delivery as a non-infectious condition? With infectious conditions, there is always a tension between individual choice and community harmony. Dr. Das argued that in his opinion the JSY scheme can be taken to court because it can be argued that it is a case of coercion through incentives—with the poor, if you provide them with cash incentives they don't have the choice to refuse.

The last point concerns sex-selective abortions and rights in the context of safety, desirability and choice. If you have a totally safe sexual selection, you can use rights with regards to the safety dimension, as has often been done (that's the story he had heard in the morning in the presentation by ARTH). The second is the question of social desirability versus individual choice and which is the variation from which you interpret the issue.

**Shiv Chandra Mathur** stated that while there had been a lot of emphasis on the responsibilities of providers, it is also important to address the responsibilities of consumers, i.e. to come for ante-natal check-ups and regular examinations. The patient is equally responsible for coming for medical examinations after she has conceived. The second point is that the context in this country has changed with the privatization of medical providers – private doctors have been nurtured in a culture where patients are very much conscious that a lot of money has been invested and they want a quick return for it. In the last forty years, the patient-doctor relationship has changed significantly.

**Helen Lambert** said that Professor Patel's comments about the current scenario with the cash incentives for institutional deliveries reminded her very much of the situation in rural Rajasthan in the mid-1980s when she did her research in which health care workers, teachers and so forth would regularly fight over getting 'cases' (i.e., sterilisations). If we were now looking at that with a rights-based approach I think we would be talking about rights to contraception I think we need to disaggregate this totalizing discourse of rights which can be looked at quite superficially then what's actually happening on the ground in



practice in which the women themselves are not actually using the right to choose (which is what I think we are implicitly assuming rights mean—the exercise of some sort of choice)—there are social pressures and economic pressures which force them to move in a certain direction.

The policy basis of promoting institutional deliveries came out of evidence from maternal health research following work in the 1990s which emphasised the importance of the availability of emergency obstetric care. The work that was done to try to promote the access to

emergency obstetric care essentially demonstrated a lack of success so there was a shift from that which essentially said that ‘We just need to need to get the women to institutions—we can’t predict which women are at risk’ and, of course, it works if you have really good, high quality care in those institutions. I think the work that has been done in demonstrating the existence of institutional-related maternal mortality post-delivery is extremely important.

No one can be against rights, just as who can say they are against ‘evidence’ in the same way that who can say they are against ‘rights’ which means that the work that you’re doing [addressing Dr. Unnithan] is extremely important in disaggregating the normative responses that people make and what is happening with the utilisation of that discourse to make changes empirically on the ground.

**Jashodhara Dasgupta**, addressing Abhijit Das’ question on private providers and public providers, argued that ‘emergency obstetric care is nowhere available within rural institutions in many states of India so if a woman with a complication and in labour is actually at a rural CHC which has no services to offer and then she has to rush somewhere and the district hospital is not willing to admit her, then she has to go to a private hospital. So this is a failure of the state to provide accessible and affordable quality care at the point where a poor family can actually access it, a problem which is pushing large numbers of women and poor families into private institutions which needs to be taken into account when we are talking about rights, accountability and user-provider relations. Also, I am not sure there is a binary difference between public service provisioning and private use.

That also takes up with what you said, Professor Mathur where you said that women have the responsibility that after conception they have the necessary check-ups. First of all, I’m not sure that the conception itself was consensual and planned. B, I’m not sure that women have rights to mobility. C, I’m not sure that women have health centres with qualified personnel within an accessible and affordable distance. D, even if they do have such a health centre, they are expected to pay which may be already a deterring factor for a

woman who perhaps gets a very meagre daily wage income. So when by the time she has developed a complication and then in sheer desperation her family has somehow taken her to a health centre then she faces this kind of accusation that ‘You were irresponsible’. And I’m wondering who here really was irresponsible? Which woman are we talking about here? I think we’re assuming here that all women are educated, are affluent, are mobile and they have hospitals handy all through their pregnancy and the freedom to visit private practitioners in the evening when they are free from work. But many women are often not free from work during the day when the health centre is open and are unable to waste time, not to mention the fact that they may not be allowed to be absent because they don’t have maternity benefits in the places they work. It’s not the lack of awareness, it’s the lack of accessibility. Not all areas of the country are served with the appropriate density of providers.’

**Mohan Rao** asked Maya Unnithan about the two doctors she mentioned in her presentation who stated that they believed that abortion was inhuman which, he stated, was a highly unusual view in India—what was the gender, religion and caste of these doctors? He also asked about how the sampling was done for the NGOs—both in terms of how NGOs were selected and how workers within them were selected. Lastly, Dr. Rao asked for more information on one of the findings presented by MU which held that there was a gender discrepancy among NGO workers in terms of preference for institutional delivery in a government or private hospital.

Unnithan addressed Dr. Rao’s question by explaining that one of the two gynaecologists who stated that abortion was ‘inhuman’ was male (i.e., the only male gynaecologist among those the project team had interviewed). Ms. Manju Sharma also added that the project team had found it very difficult to get gynaecologists to speak openly to them and therefore had had to resort to the snowball sampling technique whereby they were referred to other potential respondents from the gynaecologists that they interviewed. Carolyn Heitmeyer responded to Mohan Rao’s last question by stating that a preliminary hypothesis on the part of the research team has been that the gender imbalance over the expressed preference for deliveries in government versus private hospitals was due to the fact that women’s answers drew from their own personal experience of childbirth while men’s answers were based on more abstract principles.

**Tulsi Patel:** On the question of safety, responsibility, desirability and accountability, Professor Patel argued that with the question of rights you have to take into consideration the context in which medical services are being delivered. For example, a doctor in a government hospital will often also be working simultaneously for a private clinic as well or as a professor in a medical college. Moreover, it is important to also keep into consideration the type of medical education that doctors receive routinely in medical school which is not only extremely expensive but also teaches that all conditions can and should be treated through medical means. Yet, in Jamaica when the World Bank resources

dried up and there were no drugs or equipment in the hospitals women continued to come to hospitals for childbirth because they had nowhere else to go because of the complete de-skilling of child delivery that had taken place in the community.

**Session II: The circulation and realization of rights: The role of international organizations**

Chair: Dr. Shobhita Rajgopal, Institute of Development Studies, Jaipur.

**Presentation 1:**

**Dr. Mohan Rao, Centre for Social Medicine and Community Health, JNU  
'Snakes and ladders: population policies in India'**

Dr. Mohan Rao began his presentation by refuting the idea that there has been a tangible shift in population policy from one centred around demographic concerns to a more 'rights-based approach'. He argued that even in the ICPD in Cairo (in 1994), the underlying ideas informing the agenda were based on the theories of scholars such as Professor Homer-Dixon who had argued for a clear link between population growth (in developing countries), the rise of ethnic conflict and environmental degradation.



Literature reveals that during the years of the Reagan and two Bush administrations in the US, many players in the 'population control establishment' such as UNFPA and other UN agencies, the Population Council, etc. saw their wings clipped due to an explicit anti-abortion agenda. This establishment eventually paired up with some women's groups and environmental organisations, and with some security-concerned think tanks and this is how the Cairo consensus was ultimately passed. After Cairo, the financial commitments have primarily been to HIV-AIDS and family planning. The Cairo consensus did not question the devastating health sector reforms and privatization that were under way as a result of structural adjustment policies. Indian women's groups pointed out the anti-women implications of neo-liberal policies that were not noted at Cairo.

Dr. Rao argued that today in India there is an effort to create a moral majority similar to that of the West in which we control and regulate the sexualities of women in our country—for example the Hindutva objection to Medical Termination of Pregnancy (MTP). He continued by giving an overview of some of the coercive legislation that has been passed in various Indian states to promote family planning

The Cairo consensus and the ICPD notwithstanding, there seems to be a widespread consensus among our elites and middle classes that something more drastic needs to be done and that teeth need to be given to population policies.

Dr. Rao argued that it is important that we go back to thinking of the state as an institution which needs to protect women. This is particularly true with the rise in religious fundamentalism in the 1990s and the simultaneous increase in violence that took place against women, especially Dalit women, dowry violence, sex-selective abortions and the cross-regional importation of wives. In Haryana, where wives are imported from as far away as Orissa and West Bengal, the woman will be referred to as a 'lesser wife' who is married to sometimes more than one 'lesser husband'. It is in this context that we must place our discussion on rights and population policies.



## **Presentation 2: Dr. Anil Agarwal (UNICEF, Jaipur)**

### **'State collaboration with UN agencies on health and rights in Rajasthan'**

Dr. Anil Agarwal, Health Officer in the Rajasthan state office of UNICEF, focused his presentation on the work that his office is currently engaged in with regard to upholding the rights of children. UNICEF works closely with the state government in upholding India's commitment as a signatory to the UN Convention on the Rights of the Child and, in keeping with its mandate, focuses its work on the child as a rights-holder. In addition, Dr. Agarwal pointed to the Indian Constitution (Articles 39e and 39f) which cites the state's responsibility in promoting the welfare of children, both with respect to their physical health as well as that they are 'given opportunities and facilities to develop in a health manner and in conditions of freedom and dignity and childhood and you are protected against exploitation and against moral and material abandonment'. Through the convergence of UN agencies in 2008, UNICEF's work became closely aligned with the 11<sup>th</sup> Five Year Plan as a result of the UN Development Assistance Framework 2008-2012.

Dr. Agarwal described the work of UNICEF in supporting the state government by piloting interventions and then providing technical support for up-scaling those interventions across the state, with specific reference to India's goals around the MDGs. One of the main priorities of UN agencies in this respect is 'promoting social, economic and political inclusion for the most disadvantaged, especially women and girls'. UNICEF's

focus on women is through the child as rights-holder, although Dr. Agarwal acknowledged the institutional distance between UNICEF as an organization and the actual children whose lives it aims to improve.

Dr. Agarwal next described the ways in which UNICEF's strategy towards development adopts the UN human rights principles (universality, indivisibility, accountability, participation, interdependence and inter-relatedness) and the perspective of *child rights*. With specific reference to the UN Convention on the Rights of the Child (CRC), he highlighted the importance of Article 2 (non-discrimination), Article 3 (best interests of the child), Article 6 (the right to life, survival and development) and Article 12 (participation and respect for the view of the child).

Given that health indicators with regard to child mortality (sub-divided into neo-natal mortality, infant mortality and the mortality rate for children under five) are particularly low among SC and ST communities, UNICEF is focusing its efforts on reducing disparities amongst these groups, especially with regard to women and children. The organisation directs its interventions on the principle of 'continuum of care', i.e. looking at improving health indicators by focusing on the life cycle of the child and the pregnant mother (from the adolescence and pre-pregnancy stage of the mother up through childhood period of the boy/girl).

UNICEF works to support the right to survival of the child by directing its interventions to improve key health indicators such as the child and maternal mortality, TFR, mortality and morbidity due to malaria and tuberculosis; and drug use) amongst disadvantaged groups). In doing this, it works to enhance capacity-building for effective management (including reporting and monitoring systems) of NRHM at state, district and community levels, with special focus on disadvantaged and excluded groups). Additionally, it works to make quality health services accessible and used by disadvantaged and excluded groups, especially women and children (in select areas).

According to Dr. Agarwal, one of the most difficult challenges faced by UNICEF and other organisations providing health services is the lack of awareness among the community: even if you provide services, you need to change the behaviour of the community so that they actually make use of those services. 'It is a dilemma—even if we talk about the right, people are not making use of the services.'

### **Presentation 3: Sunil Jacob (UNFPA, Jaipur)**

#### **'UNFPA's work on health and rights in Rajasthan'**

Mr. Sunil Jacob, the state representative for UNFPA in Rajasthan, began by giving an introduction to the mandate of the organisation as well as an historical overview of the

movement for reproductive rights (ICPD and ICPD +5). Since 1997, UNFPA and other UN agencies have changed their focus from practicing a ‘needs-based approach’ (which entails identifying the basic requirements of beneficiaries and supporting initiatives to improve service delivery or advocate for their fulfillment) to a rights-based approach.

Mr. Jacob defined a rights-based approach as recognising every human being as a person and as a rights holder and working to secure the freedom, wellbeing and dignity of all people everywhere within the framework of essential standards and principles. According to the rights-based approach, the government and UN organizations have three levels of obligations: to respect, to protect and to fulfill. In addition, a rights-based approach to programming takes into consideration the connection between individuals and the systems of power or influence and endeavors to create dynamics of accountability. Lastly, interventions and strategies should promote equity, empowerment, participation and accountability.

Mr. Jacob elaborated on what a rights-based approach to maternal, reproductive and sexual health entails. According to UNFPA, reproductive rights entail the following:

- Integrating reproductive health as a component of overall health through the life cycle, for both men and women;
- Reproductive decision-making, including voluntary choice in marriage, family formation and determination of the number, timing and spacing of one's children and the right to have access to the information and means needed to exercise voluntary choice;
- Equality and equity for men and women;
- Sexual and reproductive security.

Particular strategies that UNFPA uses to promote reproductive rights include gender mainstreaming, culturally-sensitive interventions, partnerships with local actors and advocacy. In addition, they focus their work on several levels: from policy makers, to disadvantaged groups, religious leaders, bilateral and multilateral agencies and public and private organisations. Furthermore, a key aspect of UNFPA’s work is to ensure that its interventions are *culturally-sensitive*. On a programmatic level, UNFPA’s work to promote reproductive rights can be categorised into six strategies: improving reproductive health care, making motherhood safer, promoting gender equality, preventing the spread of HIV-AIDS, addressing gender-based violence and supporting adolescents and youth.

#### **Presentation 4: Navin Narayan, ActionAid**

##### **‘Operationalising rights-based approach in poverty eradication and development: people claiming their rights’**

Mr. Navin Narayan introduced ActionAid as an ‘anti-poverty agency’ which is currently working in 44 countries and has been active in India since 1972. It currently has 12

regional offices which cover 25 states and 3 Union Territories. The main focus of the organisation is building an ethical and moral base in society as well as protecting and promoting rights of all human beings regardless of caste, class, gender, religion, etc. One of the main tenets of the organisation's ethos is that there is a direct link between poverty and human rights violations which results from the 'unequal power dynamics in the process of claiming and/or realizing one's rights'.

According to Mr. Narayan, ActionAid views a rights-based approach as defining the relationship between state and citizens, and providing a minimum standard for the treatment of all human beings, regardless of the caste, class, sex, age or any difference enabling a person to lead a life of dignity at all times. In addition, the conceptual framework behind a rights-based approach is premised on the process of human development that is normatively based on international human rights standards and operationally directed to promote and protect human rights and integrate this into the plans, policies and processes of development.



ActionAid believes that human rights violations take place because of the inherent inequality in the social, political and economic system whereby 'the rich and powerful, at all levels, structurally deny the rights of the poor and excluded in order to appropriate and accumulate wealth and control over productive resources'. As such, the organisation focuses particularly on the rights of marginalised people (women, Dalits, Muslims, tribals, etc.) and distinguishes itself from other groups in its focus on networking, for example in its work around the Right to Food movement. With specific reference to its work in Rajasthan, current ActionAid campaigns include ones which target the declining sex ratio, promote tribal self-help rule, support the Right to Food movement and Dalit dignity and rights, fight for children living in difficult circumstances and encourage full citizenship rights of excluded communities such as the Jogi.

Mr. Narayan next addressed how ActionAid has adopted a rights-based approach in their work and how, in doing so, they aim to enhance the lives of marginalised communities. The organisation classifies human rights into three broad categories: civil and political rights; economic, social and cultural rights; and collective rights. In promoting human rights, they adopt several strategies including:

- organizing and raising critical consciousness;
- addressing people's needs as rights they can claim during distress and suffering;
- ensuring participation and action of poor and excluded people;

- paying attention to issues of power;
- deepening democracy at every level;
- holding the state (as well as non-state actors) accountable in the belief that the state is the primary duty bearer.

According to Mr. Narayan, specific challenges which ActionAid faces in its work include the shrinking democratic spaces in India, the sense that there is responsibility but not accountability of proper delivering of entitlements, the belief that considers rights as mere entitlements, the indifferent attitude of government and its machinery and the absence of law to ensure the accountability of government officials. In addition, the absence of the role of the opposition leader in the panchayati raj system also weakens grassroots democracy, especially when it comes to implementing local government programmes (e.g. identifying potential Below Poverty Level beneficiaries).

### **Presentation 5: Dr. Carolyn Heitmeyer (ESRC Research Project, Sussex)**

Dr. Carolyn Heitmeyer presented an overview of the work that the ESRC research project has undertaken around the role of international organisations working in the field of health and rights in Rajasthan. This strand of the research was focused specifically on the Rajasthan state offices of three international organisations: UNFPA, UNICEF and ActionAid. The central focus of inquiry of the research centred on the similarities and differences in the way in which multilateral and bilateral agencies use a rights-based approach in their work on reproductive, maternal and sexual health in Rajasthan.

The comparative analysis of how these three international organisations conceptualised and practiced a rights-based approach to health was conceived through three main frameworks. Firstly, the project team analysed the different ways in which rights were integrated into the mandate and work of these organisations. As multilateral agencies, UNICEF and UNFPA follow a specific understanding of



rights as spelled out in the UN Charter. Yet, while UNICEF focuses on the UN Convention of the Rights of the Child (CRC) and adopts a capacity-gap and results-based approach to rights, UNFPA draws more heavily on the ICPD and ICPD +5 in their rights work around issues related to reproductive health such as domestic violence and sex-selective abortions. In contrast, ActionAid takes a very different approach to rights-based

work: namely interpreting it in terms of struggle, mobilisation and social justice, specifically as linked to marginalised communities.

Secondly, Dr. Heitmeyer gave an overview of the different ways in which these three organisations collaborated with the state and with NGOs. UNICEF stands at one end of the spectrum in terms of its close collaboration with the state (as its ‘partner of choice’) while it maintains few collaborations with NGO partners compared to UNFPA and ActionAid which collaborate with the state to a lesser degree. Dr. Heitmeyer further addressed the types of maternal and reproductive health interventions conducted by each of these organisations, from direct health interventions (UNICEF) to advocacy work (UNFPA) to a general rights approach in terms of health with women as rights holders (ActionAid).

Three main issues emerged from the research which Dr. Heitmeyer highlighted for discussion. Firstly, to what extent can an activist organisation influence policy-making when it adopts rights-based struggles as its primary framework? A second question centred around whether a close relationship between an international organisation and the state requires a shift in its rights-based approach. Lastly, how do international organisations decide whose rights to support in cases in which there are competing claims (such as that between local village dais and state-sponsored skilled birth attendants in providing delivery services)?

### **Questions and Responses**

**Shiv Chandra Mathur** asked Mohan Rao about whether his study has documented any convergence between different states as well as with the national population policies given that, in the context of Rajasthan, the state population policy was made even before the National Population Policy. To Anil Agarwal, he commented that he personally feels that UN agencies should conduct their interventions for economically-disadvantaged groups irrespective of their status as a member of a Scheduled Caste or Scheduled Tribe. With respect to Sunil Jacob’s presentation on UNFPA, he commented that the organisation has been present in Rajasthan for several decades. Given the fact that the state’s institutional memory is very short, he asked him whether there had been any effort to document their experiences in the state, i.e., how they have been able to convince the state to take on a certain project, their experience of the changing strategies that have been employed in RCH programmes.

**Mohan Rao** noted that given only a very small fragment of funding currently comes from international organisations—does funding from these organisations manage to change the work of NGOs at all (in the same way that funding from the state changes the work of NGOs)? Their budget is very small and the role of these organisations has changed substantially—they are no longer the major players in the same way that they were in the 1980s. There are new INGOs (international non-governmental organisations) which are

playing a very important role in shaping policies such as the Bill and Melinda and Gates Foundations and the GAVI Alliance has put more into immunization programmes in India than UNICEF. These tensions should also be brought in because otherwise organisations such as UNICEF and UNFPA will get both a disproportionate amount of blame and/or credit.

**Kavita Srivastava** noted the way in which the two-child norm policy has percolated into so many other government programmes. For example, even in the JSY and National Maternity Benefit Scheme women are entitled to benefits only if they have two children or less. And yet, she sees the policy as being completely arbitrary and no one is questioning: why two children as opposed to one or three? For example, the national demographer Devendra Kothari's Replacement Fertility and Population Policy Programme in Rajasthan was completely made up of disincentives to families for having more than two children: 'if you have more than two children, you won't get your ration card, you won't get your *bijali* (electricity), you won't get your this, you won't get your that'. There is a complete silence around the two-child norm policy even amongst some of these international agencies.

Even though the financial contribution of some of the UN agencies is small, they tend to have a greater say in state-level policies. They also need to evaluate the inputs they give and what is it that they're putting money into.

To ActionAid she said 'You don't know whether the reason people are mobilizing is because you are throwing money at them or because they are really committed to the cause'. The whole perspective on only working with certain [marginalised] communities [is problematic] because change doesn't happen in categories—Dalits, Muslims, etc.

**Tulsi Patel** asked the project team on the source of the question raised for UNFPA at the end of their presentation on international organisations (i.e., when there is a conflict how do you decide whose rights to protect, how do you decide whom to support?). Specifically, she wanted to know how the project team had come up with that question—whether it had come directly from the communities themselves.

**Jashodhara Dasgupta's** first question was directed at UNFPA and Action Aid about their campaigns on the declining sex ratio. She asked them whose rights do they see here as being violated? Because, she added, if they are saying it is the rights of the unborn that are being violated, this is problematic because it (the foetus) is not yet a human being, a person. How did they construct those campaigns as human rights campaigns?

Next, she asked the Sussex project team: 'When you were doing the interviews with the international organisations, did you have explicit questions that tried to analyse the influence of international policy and politics on their action and practice within Rajasthan?'

Because, as Kavita just said, the people who are making the presentations at this table are perhaps not referring to the global politics.

A third point Ms. Dasgupta made, which she said was more of a reflection than a question, concerned the fact that there is the UN Human Rights Council which acts as a major player where rights approaches are concerned. But unfortunately there is no correspondent agency within individual countries, thus leading to a gap because the explicit driver of human rights in the UN is the Human Rights Council.

**Navin Narayan** in response to Ms. Srivastava's question—'We are very clear that we use a rights-based approach. There are entitlement schemes of the Right to Food and that is not implemented at the grassroots level. We are working to raise awareness to encourage people to demand their rights.'

**Sunil Jacob** responded to the Sussex project team's question on whose rights UNFPA supports with regard to dais and Skilled Birth Attendants (SBA). He said that it is well-known that the deliveries that are being done by dais are 'clean' but not 'safe' and we need to look at what the evidence-based practices are that can be adopted. This is why UNFPA supports SBAs to bring down the MMR. The capacities of dais need to be built up to help them refer their clients when there are danger signs, otherwise it will infringe on the rights of the mother to access the necessary health services. The role of dais should be expanded in the context of a continuum of care to support maternal and newborn health. She should be seen as a part of a team of providers along with the SBA, in hospitals or homes, wherever safe delivery services are needed. UNFPA also focuses on reproductive and child health issues and provides technical support to the state department in terms of family planning, maternal health and gender.

Mr. Jacob stated that the state government has provided a space in the institutional mechanism of the NRHM for inputs from NGOs and development partners. ARTH is one of the NGOs which forms part of the governing board of the NRHM. The whole aspect of organizing joint interventions between development partners, local academic institutions and local NGOs is a way that we can factor in the concerns of civil society as well as the current status of health programmes in the NRHM. Regarding advocacy, he highlighted the instance of incorporation of the life skills curriculum into the formal school system under the Integrated Population and Development Project implemented with the Department of Medical and Health. Mr. Jacob stated that advocacy for adolescents to lead a better and more productive life had to be undertaken given the opposition from certain quarters in the state to sex education. The Life Skills Programme focuses on understanding the self and thereby incorporates issues of sex education, health and career planning. The state government, understanding the importance of life skills, accepted the responsibility of the incorporation. It took the UNFPA five years but it succeeded. The government consulted with different stakeholders including religious

leaders and emphasized the value of life skills education. It had all the critical elements in the end and still the discussions went on. The Life Skills Education Cell in the Department continues its advocacy. When different stakeholders ask why it is important to talk about the family planning methods to adolescents— the LSE Cell states that in Rajasthan 50% of marriages take place before the age of 18 and so information needs to be provided to adolescents. In terms of sex selection, the causes of prenatal sex selection are based on gender discrimination – and are human right concerns. The same is true for the consequences of sex selection as they can impact on the human rights of women and men.

**Abhijit Das** spoke of his concern regarding all large programmes that, where medical services are concerned, there seems to be a conflation between safe and quality services with rights-based services. ‘Are we conflating efficient services as being equal to rights-based services and how can we segregate between efficiency indicators and rights indicators? Just to make a long list of things that are ‘rights-based’ is like making obeisance to the rights-based approach.’

**Priyamvada Singh:** ‘I am more on the civil society side. At IHAT, we have taken the decision to work with the government at the national level as well as state level. We have chosen to develop demonstration models for traditional rural areas, sex-work, out-migration and a district-wide comprehensive response to HIV and AIDS, using the programme sciences. By this I mean making our programmes evidence-based and also keeping the communities at the centre of all our programme designs and execution while, at the same time, engaging the people on we are working for’.

Ms. Singh, explained that IHAT’s work on HIV-AIDS has primarily focused on female sex workers, men who have sex with men, and on migration issues. ICHAP and IHAT teams have developed a model for understanding the migration patterns and building a response throughout the continuum of migration, i.e. from where migration originates, the transit taken and the place of destination (mostly metros or industrial sites). For IHAT, as such, the issue was not only to work with male migrants but to work with the families and spouses back home addressing the different types of vulnerabilities they faced. Thirdly, the programme IHAT developed in Rajasthan works to building responses at the district level and sub-district levels. The focus of the organisation’s programmes has always been to keep questioning ourselves and emphasizing the importance of community engagement and participation while, at the same time, ensuring that they are evidence-based.



**Abhijit Das** asked Priyamvada Singh about working with families and women back home in the context of HIV-AIDS. He said ‘I had done some work on migration and one of the areas that we found difficult was talking about sexual risk-taking on the part of the husband and maintaining family relations in the same breath. Doing condom-promotion with sex workers and migrants in the destination location is fine but when you talk about infection-prevention explicitly with wives, how do you do it in keeping with the rights-based framework?’

**Priyamvada Singh:** —‘On migration and HIV issues, we have worked in specific areas, i.e. in the Shekhawati area districts such as Churu, Jhunjhunu, Sikar (these were covered under the HAMARA project of ICHAP). When the programmes were initiated in Shekhawati, we found that people felt that there wasn’t a need to work on HIV-AIDS in this region and that there was a complete denial regarding the presence of HIV there. It was taken for granted that if the husbands were away for several months or even for a longer period, that the women back home would not be engaged in any sexual activity. The majority of men have migrated to some states and even to Middle Eastern countries and there is evidence that within India, single male migrants return home 3-4 times a year. Evidence has also shown that there is a higher level of risky behaviour amongst some single male migrants during the period of out-migration (often including a high rate of HIV prevalence). When they return home the issues that are important with regards to HIV prevention education are how to conduct condom negotiation as well as prevention.

As a matter of fact, the sexual activity and networks were operating while men were away, as shown in our study on the sexual networking of out-migrants of the Shekhawati region of Rajasthan 2004-2005 (conducted under ICHAP). We managed to have regular interpersonal communication sessions with spouses and established condom depots managed by men and women in equal numbers (50% for men and 50% for women), as requested by the women back home. The names for the potential condom depot holders were suggested by the community members/women so that they are ensured privacy and confidentiality with regard to their condom uptakes. We also focused on developing negotiation skills among women who generally had little concern about their health while their husbands were away (i.e. despite the fact that prolonged histories of white discharge, RTIs, STIs, etc. amongst these rural women were quite common). The project focused on making them understand that their health is important and they do have equal sexual health rights.

**Kavita Srivastava**—‘The educational policy is supposed to be completely transparent and accountable to the citizens but UN agencies have completely marginalised that process. It is not their role to revise text books or seek legitimacy from religious leaders’.

My second point is that—these international agencies are using a language which is devoid of sensitivity to patriarchy, devoid of any kind of framework of feminist politics. They talk

about human rights [and gender issues] but they will be the first one to get someone who may have a feminist issue thrown off of a committee.’

Lastly, Ms. Srivastava argued that the hierarchical structures in international organisations are problematic since their salary structures are at international rates but the grants they give are not.

**Mohan Rao** remarked that it is problematic for the international organizations to work so closely with 'religious leaders'. This was an outcome of US policies and gave a certain space and legitimacy to certain so-called religious leaders in India. They came together on a platform created by UNICEF and UNFPA – which included murderous Hindu fundamentalists, along with other fundamentalists, on what they called female 'foeticide', a terminology progressive women's groups reject. That same brotherhood of religious leaders was in evidence on the Delhi High Court judgement regarding decriminalising sex between consenting same sex adults. In short, the UN agencies must also know their own histories.

**Sunil Jacob**— ‘During the whole process of the life skills education, the Department of Health and Department of Education facilitated interactions with different levels of stakeholders. It was discussed with civil society groups, with teachers, with parents and with students. You can't brand all UN agencies with a broad stroke—you need to look at the good work that is being done as well. Let us come to a platform where we can improve our programmes, take lessons from each other— and look at opportunities to work together. UNFPA is primarily a population and development agency that works toward improving the quality of people's lives. The ICPD Programme of Action, from which UNFPA draws its mandate, emphasizes various aspects of population that go beyond mere numbers to talk of gender mainstreaming, women's rights, adolescent education, community involvement, to name a few. Empowering adolescents through life skills to enable them to make their own informed decisions is one example I can cite in which the population discourse has moved beyond a mere headcount.

With respect to the earlier discussion, I would like to say that faith-based leaders play an important role in influencing the larger community mindset and therefore they are one of the key actors with a close interface with the community. However, they also communicate issues in their own way, whether it's about adolescent health and well-being or about pre-natal sex selection. UNFPA's efforts have been to ensure that communication by faith based leaders is informed by a deeper understanding of gender and rights concerns. Basically, we need to ensure that the opportunity which these leaders (more than others) provide to motivate change is not lost.

**Abhijit Das** stated that the assumption from the morning [in this workshop] had been that rights-based development is going to be good for everyone and that everybody will

have the same perspective. But rights-based development incorporates different perspectives. On this point, one important thing that is not clear is the state—is all state, just because it's the state, immediately favourable to rights-based development? What makes a state favourable to a rights-based approach? Because the assumption is that if we talk to all the stakeholders, this automatically makes it a rights-based approach. And, similarly, just because someone has a thousand people behind them to make a claim, does that make it a rights-based approach? Dr. Das stated that there are conceptual and strategic issues that need to be queried further.

In terms of the issue of the life skills education, Dr. Das asked 'Who gives it legitimacy? Does the government automatically give it legitimacy? This particular government has existed since independence using the constitution but has it been necessarily respecting rights? Perhaps, no. The right to education has recently been won as a deployed right—who are the players? Perhaps those players could give it a kind of endorsement.'

**Kanchan Mathur**— With respect to partnerships between the state and the international agencies—we've seen how some of the line departments in the state have conveniently left the main responsibilities to the international agencies.

**Kavita Srivastava** suggested that the issue is that the international agencies have so much control over state agencies and there is no transparency. For example, they decide who on particular committees, etc. There should be more transparency about how these decisions are made.

**Priyamvada Singh** remarked that while it looks like UN agencies have control/interference from the state from the outside, that's not actually the case in reality. International organisations in India are vulnerable—they don't have a choice to move out.

**Shobhita Rajagopal**, while summing up the presentations and panel discussions, stated that there are many parallels that can be drawn between the debate around rights to health and the debate that is currently taking place around right to education. Realising the right to education is still a distant dream for many children. Given the current disenchantment with the delivery mechanism it was important to analyse how the State and the delivery system understand the 'rights discourse'. It is apparent that department functionaries are talking about rights or adopting the rights-



based approach more out of fear (of the legal implications as state is to be held accountable and open for scrutiny) rather than because they really understand what it's about. The disconnect between the claiming of rights and the duty bearers needs to be fully understood.

### **Inaugural address: Abhijit Das on 'Realising rights to health in India'**

Chair: Professor Lad Kumari Jain

Dr. Das began his inaugural address by stating that the rights-based approach has deeply permeated development-related discourse and language along with the assumption that adopting the rights-based approach entails a better way of doing development. In this talk, he aimed to provide an overview of the kinds of operational challenges to practitioners of development inherent in a rights-based approach.

Dr. Das first elaborated upon the history of modern rights and suggested that the conflict between 'positive', or economic, social and cultural rights, and 'negative', or civil and political, rights held up the development of rights language for 18 years (between 1948 and 1966). While 'negative' rights relate to individual freedoms – of speech, movement, political action, they require the state to protect these freedoms by abstaining from restricting activities and removing hindrances and impediments. On the other hand economic social and cultural rights, or 'positive' rights, which deal with right to education or to health or to livelihood, require the state to deliberately intervene and make provisions so that all citizens can enjoy these rights equally. A third form of rights which is closely allied with positive rights are collective rights – often called 'third-generation rights', where the systematic disadvantage faced by certain groups are acknowledged – for e.g. women, children, physically challenged, refugees and so on.

Dr. Das argued that different types of historical struggles have given rise to particular understandings of rights. Within the US, the American Independence movement was a struggle led by rich white men against the British monarchy and represented an approach to rights which focused on the autonomous individual. In contrast, the European approach to rights is typified by the French revolution which was a struggle of the common man, directly against the state. As such, the European understanding of rights is more aligned with the struggles of the under-privileged groups asking for more space. In the Indian state we also see aspirations for rights emerging from the struggle for independence. The different contexts in which struggles for rights take place affect the way in which we use and talk about rights. Yet, it is important that, when operationalizing human rights in our development work, we have some agreement on what aspects of human rights we are talking about.

With regard to the limitations of the rights-based approach, Dr. Das highlighted three main issues. Firstly, the framework of human rights is premised on the individual and, as

such, the issue of interdependence does not get sufficiently addressed. The second problem is that the rights-based approach is compatible with neo-liberal economic regimes and deep structural inequalities. Thirdly, the rights-based approach focuses the discussion on the relationship between the state and citizens with little attention to third parties such as multi-national corporations.

Dr. Das next addressed the diverse types of contests which are embedded in the rights-based approach. These include contests between the ideal of the 'enlightened state' and the 'empowered citizen';



ideological and economic contests between negative and positive rights; that between the state (apparatus) and the citizen; and, lastly, the contest between different groups within society. In the Indian context, he pointed out that one of the biggest challenges is the contest between fatalism and ability to have an aspiration (for change). The poor don't really aspire to change because they have been brought up on the idea of fate. At the point of rights negotiation, if there is an aspiration, is it recognized by the service provider as legitimate? Furthermore, do health functionaries and service providers acknowledge poor citizens' health rights and hold themselves accountable? Are there mechanisms to ensure accountability?

The current Indian government is playing footsie/equivocating: the legislation it has passed remains cosmetic and it has not provided adequate resources for the full implementation of legislation such as the Right to Education Act, the Right to Food, NRHM, etc. Moreover, the economic model that India currently has is compatible with negative rights but not positive rights.

If you just partner with the state without questioning its character and call that a rights-based approach, this is extremely naïve. What evidence do we have, even in recent history, that the particular department, individual, facility has fundamentally changed its character? In terms of institutional delivery, the state doesn't even have sufficient provision for institutional deliveries, let alone support for non-institutional delivery. So, actually, not only is it not respecting autonomy by not making adequate provisions, it's ultimately forcing only one option.

In terms of the contests that have evolved between the rights of 'poor' citizens and third party responsibilities and regulations, there remains a question as to whether there are sufficient robust laws regulating private provisioning of services as well as drugs and use of

medical technology. In addition, it is unclear as to whether there is the presence of mandatory technical standards as well as monitoring mechanisms to ensure that the rights of 'poor' citizens are being protected.

Dr. Das proceeded to give an overview of the current operational reality in India with regards to the right to health. Through what means is the first tenet of the right to health, namely, the state's obligation to *respect* it, secured within the Indian context? The current scenario includes the Directive Principles in the Constitution, the reading by the Supreme Court which includes the right to health to be included in the right to life and dignity (Article 21), laws permitting abortion and prohibiting child marriage. In addition, specific policies which have been introduced in recent years are also important to note: these include the policy articulations in the National Population Policy (2000) and the National Policy for the Empowerment of Women (2001), the Concrete Service Guarantees around maternal health services through the NRHM and the proposed National Health Bill.

Despite these positive policies and laws, however, Dr. Das stated that there also remain many gaps in the system in ensuring that the right to health is protected. For example, he argued that legal guarantees and protections remain limited and the state is reluctant to intervene in the 'private' domain which affects health of women (ex., Indian government's reservations to CEDAW). Moreover, there is still an ongoing coercion of poor, minorities and rural people with respect to many public health programmes (ex., family planning, institutional delivery, polio) and little 'respect' of the autonomy and agency of the poor by policy makers.

Dr. Das next proceeded to discuss the gaps that exist in the state's obligation to *fulfil*, the second tenet of the right to health. He noted that the Supreme Court has made it very difficult to prosecute doctors by creating a system in which charging a doctor with negligence is impossible. Institutional gaps include the lack of financial commitment and inadequate streamlining of procedures, the lack of an explicit commitment towards healthcare for the needy and a lack of Human Resource planning and uniform presence of quality services (i.e., as in EAG [Empowered Action Group] states). In addition, Dr. Das cited that there remain issues with regard to equity in access, a lack of regulation quality parameters for the private sector as well as monitoring systems to ensure compliance and the ongoing presence of widespread corruption.

Dr. Das ended his lecture with an overview of both opportunities and challenges around work on rights to health in India. Firstly, he noted that everyone now is talking about rights and there is an increasing awareness of the rights-based approach. However, the support of international organisations in this area can be a double-edged sword because, especially further down along the chain of command, there is little understanding of the principles of a rights-based approach. The non-monolithic and federal nature of the state is a site of potential opportunity as well as a challenge. Because of the federal nature of the

Indian state there is diversity in the interpretation of role of the state. Similarly, even within the national government there is a difference of opinion and approach between different characters which can act as counterpoints. At the same time, the strength of the Indian economy enables us to justifiably make claims that we (the Indian state) have the money now to make gains in health. With regard to non-state actors, there has been an increasing legitimization of the role of civil society in promoting 'good governance' but we need to question ourselves about whether we're aiming high enough. The ongoing globalisation of the 'grassroots' and well the growth of multiple people's movements are also important opportunities for further progress in advancing the right to health in India.

### **Questions and comments:**

**Surinder Jaswal:** When you talk about the evolution process and how that affects rights, is the only way to realise rights to change the larger structure or is it different for different people, cultures, states? For example, the Baltic states (Latvia and Lithuania) which overwrite the frame without the struggle because of the larger political processes—the transformation took place overnight and all of a sudden they had individual rights which had been denied before—but these same rights transformed their health system into systems where you had higher rates of HIV, different morbidities, mortalities, particularly psych-social health. So for the all-India state is there only one way of looking at health? The second question is within even a single state, there is such enormous diversity—can we really think about a single understanding of health?

**Abhijit Das:** I agree with Tulsi, some groups can very easily get their rights fulfilled through the existing system. [On the question from Surinder Jaswal], while it is very clear that cultural relativism is a problem, it is also the case that culture is an issues that needs to be dealt with. Even UNFPA, as one of the vanguards of reproductive rights, in its current directorship has been struggling with it, there has been a constant discussion of culture and rights. I had to give a training session for all the representatives of Asia and Pacific on culture and rights and it was a very difficult task for me. Cultural precedence can throw rights out the window but that doesn't mean that rights can only be articulated in the way it has been conceived by a particular philosophical disposition. That's where we need to do work- for example, in the way that southern feminists contributed to the global feminist movement and created a new discourse of feminism.

**Kavita Srivastava:** What is the best political arrangement for which rights can be claimed? I think we need to explore this in the broad framework of democracy and because we're talking about the Indian context where something like the principle of eminent domain rests with the state and the struggle is actually for it, the question of resources is very important in this discourse. We need to take this discourse further to examine what contestations there are.

**Jashodhara Dasgupta:** Rights come from two realms—one is the realm of a conscientious state that gives rights and the other is from popular movements which are constantly carving out new spaces, new entitlements and also a discursive element of *the right to have rights* because, as you said the poor are not considered as people worthy of having rights. If we look at some of these popular movements, many of which have come out of Rajasthan itself, like the Right to Food, the Right to Work, Domestic Violence and the kind of reluctance and low budget attention to some of these rights.

**Maya Unnithan:** What makes the state in Rajasthan more responsive or similar or different from elsewhere? Are the boundaries of the state more porous in terms of people from the grassroots movement working within state organisations? You can't really keep talking about 'the state' as 'giving us rights', but what about the community and family as givers of rights? By just focusing on the state, the responsibilities of these social institutions get completely bypassed.

**Surjit Singh:** Accountability is very important and institutions are very important. Since the introduction of the neo-liberal policies, the corporate sector has become more militant.

**Lad Kumari Jain:** Without peace, no justice and without justice no peace. Thanks to Abhijit for his very inter-disciplinary speech and to Maya for inviting me.

## DAY 2: APRIL 10, 2010

### Session 3:

#### **Claiming health rights and social transformation: The role of NGO's and the state in empowering communities and individuals**

**Chair: Professor Surinder Jaswal**, Dean of School of Social Work, Tata Institute of Social Sciences, Mumbai

From discussions in day 1 on concepts related to rights, in day 2 the focus is on key actors who are using rights to bring about social transformation. Professor Surinder Jaswal introduced the two speakers for the third session: Dr. Narendra Gupta, Director of the Chittor-based organisation Prayas, who would be speaking about his work on universalizing access to free medical treatment. The second speaker is Ms. Jashodhara Dasgupta, Coordinator of SAHAYOG, an NGO based in Uttar Pradesh, who will be speaking about their work to promote women's health and gender equality from a human rights framework.

In the field of health, according to Professor Jaswal, after 1946 the focus has been much more on basic health services and a highly targeted health approach. With the Jan Swasthya Abhiyan (People's Health Movement), the focus has been brought back to universalised services although the term itself [universalised services] still isn't used very often.

#### **Presentation 1: Dr Narendra Gupta, Prayas Chittor and Rajasthan Chapter of the Jan Swasthya Abhiyan (People's Health Movement)**

##### **'Empowering community for free universal health services'.**

Dr. Narendra Gupta began the session by addressing the current campaign around mobilizing the community for universal free treatment. The importance of this issue is illustrated by the fact that health remains one of the primary reasons of indebtedness in rural India, the cost of which is predominantly borne by individuals on an out-of-pocket basis (i.e. not by the state or central government, or alternatively, through private insurance schemes). Moreover, Dr. Gupta pointed out that, India's public spending in health care is one of the lowest in the world and is the reason for extremely high out-of-pocket expenditure.



One of the principle aims of the campaign for universal health services is to encourage the broad accessibility to generic medicines. According to Dr. Gupta, 23% of the population in India is unable to access medical treatment because they cannot afford the drugs and 65% of the people do not have access to the required medicine: '*dawaiyon ka gorakhdanda bahut hota hai*' ('There's a lot of corruption around medicines'). One of the ways that the campaign is seeking to address the problem of corruption in the supply of medicine is by advocating for the wide availability and accessibility of generic-brand medicines which are significantly less expensive than the brand-name medicines marketed by pharmaceutical companies.

Dr. Gupta used the example of Nimesulide (its generic name) which is also available in four different brand names (Nimlin, Nimulid, Nicip and Nise). While the stockist's price for the generic brand of this drug is only Rs. 1.88, the market price for the brand name version of the medicine ranges from Rs. 20 to Rs. 29 for the same dosage. Dr. Gupta also gave the example of the price for an antibiotic injection (whose generic name is Amikacin) which ranges from approximately Rs. 8 for the stockist's price to Rs. 80 as its maximum retail price (MRP), a difference of ten times. In addition to the discrepancy between the generic and brand-name versions of the same medicine, Dr. Gupta noted that there is even a greater discrepancy between these two and the actual manufacturing cost of the drug, a cost which the patient is often forced to bear.

Despite the availability of generic brand medicines, pharmaceutical companies are able to make huge profits through the selling of brand name medicines to private hospitals such as Apollo and Fortis, nursing homes and government hospitals. In addition, oftentimes there is a collusion between doctors and the pharmaceutical companies in promoting brand name drugs for financial profit.

According to Dr. Gupta, the government should promote free medical treatment and medicine which can be treated through OPD as a means of reducing the overall cost of treatment. This will not only cut the amount of money currently being spent by the public on medicine and healthcare but also reduces the occurrence of catastrophic hospitalisation (since patients who usually wait until their illness becomes serious to consult a medical provider) and decreases the practice of irrational drug prescription.

## **Presentation 2: Jashodhara Dasgupta (Coordinator of SAHAYOG Lucknow)**

### **'Building voice and expanding space: Civil society and 'user' community in Uttar Pradesh'.**

Ms. Jashodhara Dasgupta's presentation began with an overview of the problem of maternal deaths in India and pointed out that, as is well known, the MMR in India is well-

above that of many other nations and is particularly high in Uttar Pradesh where SAHAYOG is based. In order to decrease the high rate of maternal deaths, the Indian government is currently making several efforts at various levels: as a signatory to all UN rights-based treaties as well as health agreements such as the MDGs; by including an equity focus as well as space for citizen participation and oversight into national health programmes such as the NRHM; and by committing financial resources in states with a high MMR to reduce the number of maternal deaths.

Despite these efforts, Ms. Dasgupta noted that there remain several problems and weaknesses in the current system, particularly with regard to monitoring, corruption, a lack of facilities and staff at the local level and a lack of mechanisms for grievance redressal, especially for the poor. Ms. Dasgupta argued that it is important to go beyond relying on laws and policies but rather it is necessary to change the focus to a more ‘actor-oriented



perspective’, particularly when it comes to ensuring that poor people are able to exercise their rights. The duty-bearers (medical providers) often lack the managerial capacity, human resources and skills to respond to the needs of the poor and, because of poor accountability and oversight mechanisms within the system, do not feel the same responsibility towards them as they would to middle-class patients. On the other hand, poor people lack the education and financial resources to assert their rights in the present context; moreover, because of unequal power relations between these two groups, they are often reluctant to put themselves in a vulnerable position by contesting unfair or unequal treatment. In applying ‘actor-oriented perspectives’, SAHAYOG seeks to do two things in its work: ‘building voice’ and ‘expanding space’.

One of the means through which SAHAYOG has sought to promote women’s rights to maternal health has been through the establishment and coordination of the Mahila Swasth Adhikaar Manch (MSAM), a network of around 8000 poor and rural women in 10 districts of UP. The MSAM provides its members with information on their entitlements, conducts analysis of particular cases in order to understand the contexts in which women are being denied their rights, and conducts advocacy and pro-active monitoring within the framework of current state policies and programmes. The role of civil society organizations (CSOs) in UP has to been to expand the space within which the MSAM or user community can engage in dialogue with the health programme managers and policy makers. Moreover, the CSO have been supporting them through legal strategies, research and media advocacy. In response to the work of the MSAM in the past five years, Ms. Dasgupta remarked that they had seen several positive outcomes including:

- Changes at the discursive level – greater articulation and agency among women accessing health care, demanding better services and advocating with the government officials;
- Improvement in services at the local-level and increased more responsiveness from frontline providers;
- Media playing a pro-active role as watchdog;
- Special committee set up by the State Human Rights Institutions;
- Small changes at the level of UP health department based on recommendations;
- Civil society has established platforms now at the district, state and national levels.

After concluding her presentation, Ms. Dasgupta showed a 5-minute video entitled ‘Voices from the ground’ which depicted the poor conditions of many health facilities at the local level and the impact that the MSAM has made for many poor rural women in UP in enabling them to articulate claims and exercise their rights to health.

**Presentation 3: Dr. Maya Unnithan and Dr. Carolyn Heitmeyer (ESRC Research Project, Sussex)**

Dr. Carolyn Heitmeyer and Dr. Maya Unnithan described the comparative framework through which the research team had sought to analyse the diverse ways in which voluntary organisations, CBOs (community-based organisations) and NGOs (non-governmental organisations) in Rajasthan are working to promote rights to reproductive, maternal and sexual health. There is a wide range with regard to the



extent that organisations explicitly invoke a rights-based approach in their programmes and activities, which ranged in form from community mobilisation (protests, sit-outs, public hearings) to capacity-building and service delivery. The extent to which NGOs collaborate with the state also differs significantly from one organisation to another: while Prayas works closely with state health officials through its community monitoring and quality assurance programmes, other organisations such as Urmul and Seva Mandir have more limited formal interaction with the government.

Workers within these organisations understood and interpreted human rights in several different ways: ranging from constituting a tool through which *needs* are met, to something that one is inherently guaranteed as a *human being*, or representing freedom from discrimination along the lines of caste, gender, religion, etc. A further important focus of the research team was asking NGO workers about what they perceived to be the weaknesses of the rights-based approach. Again, there was a diverse range of responses

but the common perspective on this topic was that human rights only serves to raise problems rather than find solutions, it does not take into consideration that duties come along with rights and the process through which rights are claimed is long and drawn-out.

At this juncture of the research, four questions had emerged for further discussion. Firstly, is it possible for NGOs, CBOs and VOs working on advocacy issues alone and *not* on delivery of services to gain the trust and strongly mobilise the community? Secondly, in what ways have NGOs had to shift their strategies in working on rights: do they do things differently? Thirdly, should service-delivery be an accepted component of the rights-based approach rather than seen as a separate issue? Lastly, is NGO autonomy (financial, ideological, critical) compromised when it works with the state on rights?

### **Q&A session for Session 3:**

**Tulsi Patel:** In Narendra Gupta's presentation, is he considering private health insurance as part of the out-of-pocket expenditure on health?

**Priyanka Singh:** [to Jashodhara Dasgupta] 'In your presentation, I understood the problems but not the solutions. You outlined the issues of fragmentation and hierarchy so well in the problem but in the solution, you seem to suggest that the answer is in numbers, in bringing people together. But can you explain how you bring large numbers of people together, since there is so much fragmentation even amongst women? And, if you have been able to bring a large number of women together, can you explain how this happened? Was it a journey that took 10 years [since the inception of SAHAYOG]? What all did you do in those 10 years [to bring together these women]?

**Helen Lambert** asked Dr. Gupta about one of the main premises of his presentation which held that people's lack of access to medicine will inevitably lead to a worsening of their health conditions because the illnesses/health problems they suffer from will become worse. Yet, she says that many illnesses are self-curing—therefore, is he not inadvertently encouraging a greater (and ultimately not always necessary) medicalisation of health problems? Secondly, she also queried the need to include over-the-counter prescriptions in his analytical framework.

**Abhijit Das** asked Narendra how can one construct a rights approach from his presentation because you have given us only data. What actual rights work have you done or are planning to do?

**Gerda Unnithan:** To Jashodhara, given that you work in such a large target area, what is your budget and how many workers do you have?

**Shagufta Khan** (Secretary, Gharib Nawaz Mahila evam Bal Kalyan Samiti): [to Jashodhara] ‘In the cases that you document, you say that when there is corruption or when people are worse *after* treatment then the villagers don’t complain. This is absolutely true also from my experience. You have done work to promote their rights (like management staff and accountability)—my question is what have *they* done to take these issues forward?’

**Narendra Gupta** responded to Mohan Rao’s request for a breakdown of the figures he cited in his presentation by showing how much is showing on the projector how much is currently spent overall at the PHC, CHC and District Hospital level and argued that if India were to guarantee free universal treatment to all, this would result in an additional expenditure of Rs. 6,000 crore per year. He stated that if India is claiming to be a super-power, then it needs to spend more on the social sector.

In response to Tulsi Patel’s question, he stated that expenditure through private insurance only amounts to approximately 1% per year and was included separately in the breakdown in his presentation. With regard to Abhijit Das’ question, Dr. Gupta responded by pointing out that once medicine is given free of cost, then doctors will start acting ethically. There are two main ways in which this data can be used to inform rights work: firstly through education (legislators, common people, training at the VHSC level, health courses for different NGOs) and secondly, through public mobilisation. Prayas and the Jan Swasthya Abhiyan are currently engaged in both these activities.

**Jashodhara Dasgupta** (responding to Priyanka Singh) ‘I did not think I could convey our ten years of experience in 10 minutes so I chose to focus mainly on our rights-based work. We can often get mired in normative issues such as making policies and laws but fail to see where these are actually implemented amongst the people whose rights we are talking of. We fail to locate these people’s voices, views and experiences. My emphasis for the talk was on the role of NGOs in empowering communities...The work of SAHAYOG is not limited to this, we are doing further work with health systems interventions in which district health managers and other health providers are working with us on inputs to VHSC and District Health Action Plans. There has been a responsiveness at the level of the district and the state. As far as numbers are concerned, we are not focusing on numerics, we are trying to change the power dynamics so that an education and informed individual does not talk inappropriately to an uninformed or poor person. The latter should become aware of the services and schemes. Those communities that are oppressed need the strength that comes when they mobilize collectively to counter their vulnerability. The user does not always have to be completely disempowered. I agree we cannot change the whole health system but we are making small attempts. Some things are probably outside our reach—whatever we can do in the form of being an NGO, we are doing.’

In response to Mrs. Unnithan's question, Jashodhara responded by saying that the Mahila Swasth Adhikaar Manch (MSAM) is actually not a highly funded programme: in fact, some years its budget has been as low as 12 or 13 lakhs. It is a highly voluntary programme. The work is done firstly, by the women themselves who give up their daily wages to be part of this process and, secondly, also by the NGOs who are SAHAYOG's local partners in these ten districts.

In terms of SAHAYOG's own staff who work in these ten districts and do the capacity-building we have two programme staff. Of course it's very difficult because it's very intensive input so the help that we get from the NGOs themselves to help one another out. Because of the importance of the voluntary component in the programme, the civil society networks are crucial. In terms of funding, in the last five years we have received support from DANIDA (the Danish International Development Society) through partnership programmes and the American-Jewish World Society.

**Surinder Jaswal** concluded the session by giving an overview in the way that the two presenters in the panel addressed the role of NGOs and the state in empowering individuals and communities. While both presentations were based on an area in which they have worked for a long period of time, Narendra focused on the strategy that Prayas is using to pass along the financial burden of medical treatment to the state and, in so doing, bring the drug mafia under control. Similarly, Jashodhara's focus on maternal mortality presented a very sharp analytical frame for identifying the factors for the high MMR in UP and how SAHAYOG has tried to raise awareness among the women themselves so that they can take the issues into their own hands.

### **Panel discussion**

**Chair: Professor Kanchan Mathur, Institute for Development Studies Jaipur**

**Teja Ram (Coordinator, Manthan Ajmer):**



Mr. Teja Ram, Coordinator of the Ajmer-based NGO Manthan working on community empowerment and livelihood issues, focused his comments on the need for greater accountability and commitment to the community on the part of the state, service providers as well

as NGO workers. Arguing that the current structure puts too much pressure on those at the bottom of the hierarchy, Mr. Teja Ram cited the example of how an ANM travelled 50 kms. by bus and an additional 15 kms. by foot to conduct the monthly MCHN day in a

village and, when she did not complete the entire checklist of requisite tasks, she becomes the target of criticism.

Mr. Teja Ram argued that more self-reflection and sensitization is needed among NGO workers and service providers working in the community: 'First we should examine our own perceptions of the villages and the people living there. Only once we have become empowered through greater self-awareness can we begin to empower others to claim their rights'. A second important role for NGO workers and service providers is to act as witnesses (*gavab*) and present evidence (*saboot*) about the greatest problems and issues in the community (such as the prevalence of corruption). This aspect of working in the community was first learned in Tilonia and has since had a significant impact on the way that organisations such as Manthan work.

There is a need for long-term commitment on the part of the state in its work around issues such as reproductive and child health. For example, Mr. Teja Ram brought up the fact that the supply of water and electricity in villages is never brought up in discussions around maternal and infant mortality, and yet they play a crucial role in ensuring the health and well-being of the community. As such, work with the community cannot be seen as consisting of individual training sessions or projects but rather as part of a much longer continuum.

**Priyanka Singh (Head, Health and Education Programme, Seva Mandir):**

Ms. Priyanka Singh is the Head of the Health and Education Programme in Seva Mandir, an NGO which has been working in the Udaipur region for the last 40 years. She began her comments by stating that in the long experience of her organisation working in health, despite the introduction of state programmes such as the RCH-I and RCH-II under the NRHM in recent years, little has changed at the ground level. While there has been an increase in the number of PHCs and Sub-Centres in the last ten years, the quality and availability of services as well as the health status of the community has not similarly improved. Ms. Singh supported the claims made earlier by Narendra Gupta regarding the disproportionate amount of out-of-pocket expenditure which currently goes to medical



treatment within communities and stated that this was also the case in the areas in which Seva Mandir works. She further cited that half of healthcare-seeking visits in these communities are to private doctors, one fourth to traditional healers and only one fourth to government/public facilities. She added that even within tribal and poor communities, while more people are seeking medical treatment there has likewise been an increase in irrational healthcare. Given these facts, it is important to understand why people are going to private rather than to public medical providers. One reason for this is the unreliable

supply of both facilities and personnel in public hospitals. Yet, how is it possible to change the mindset of medical providers (which is often indifferent to needs and problems of patients)? Moreover, can this be done through a change in policy or by demanding sensitization? In the case of female foeticide, for example, can we bring about a reduction in the number of sex-selective abortions by talking about the rights of the unborn child or the mother or, rather, by working to change societal demands and mindsets?

Ms. Singh also spoke of high absenteeism amongst service providers and how despite notifying the government about this problem, there has yet to be a change on the ground.

Lastly, she stated that the problem of poor health status is a function of many things—distorted demand, poor supply, a weak institutional framework in public health, distortion within communities which prevents them to cooperate for the greater social good, etc. Given that the problem is so complex how can we expect the rights-based approach to resolve all these issues? The insistence that the rights-based approach is the only viable solution is extremely problematic. Rather, at the level of society, i.e. at the aggregate level, there is a need for multiple ways of bringing about change: rights and policies *along with* changes in mindsets and constructive work. Ms. Singh criticised the categories and labels such as ‘service delivery’ and ‘rights’. She remarked that ‘Isn’t service delivery a struggle and more so— is a health clinic run by ARTH or a school run by Seva Mandir same as Apollo hospital? So then why call it service delivery? The categories and labelling are not correct—to then make value judgements then on these categories is even more problematic.’

**Indu Gupta (National Health Systems Research Centre Fellow, Ibtada, Alwar):**

Ms. Indu Gupta is a NHSRC Fellow coordinating the health programme in Ibtada, an NGO working in the district of Alwar which primarily works on promoting education in local communities but in recent years has also begun working on health as well. Ms. Gupta’s work has been particularly active in coordinating Ibtada’s participation in the network of NGOs working on the Community Monitoring Programme as part of the NRHM. In her comments, she described some of the changes that she has seen at the community-level over the two and a half years that she has been coordinating the Community Monitoring: not only has awareness around people’s entitlements to free medicines and treatment increased but the community is also beginning to act on that awareness and claiming these rights. For example, she has seen a decrease in corruption in the JSY, an increase in immunisation rates and an improvement in quality of health services.

One of the biggest problems that Ms. Gupta encounters in her work is the lack of support and training given to low-level workers such as ANMs (Auxiliary Nurse Midwives) and ASHAs (Accredited Social Health Activist). She agrees with Teja Ram who said that ASHAs should not be treated as mere ‘employees’; after all, they only receive a very small

remuneration (Rs. 500/month) for what is often very arduous work. ASHAs play a very valuable role in acting as a intermediary at the grassroots level between the state and the community and, as such, it is very important to invest in capacity-building of these workers and encourage their motivation.

Lastly, Ms. Gupta agreed with the point made earlier by Priyanka Singh about the importance in addressing divisions within the community and stated that it is not sufficient to only shout ‘rights, rights, rights!’ to bring about social change.

**Chhaya Pachauli (Programme Coordinator, Prayas, Jaipur):**

Ms. Chhaya Pachauli is Programme Coordinator for the Jaipur office of Prayas, an NGO which works to promote the right to health through community mobilisation, campaigns and network building. She addressed the question of what a rights-based approach to health entails by recounting her own personal journey in Prayas and working on rights. When she first joined the organisation, Ms. Pachauli recounted how her parents didn’t understand what an NGO was and many of her friends assumed that, when she told them that she worked to promote people’s rights, she was principally engaged in activities like protests, rallies and slogan-shouting.

Ms. Pachauli spoke on the question of what differentiates an NGO working on rights from those organisations which do not (at least, in an explicit way). Most people assume that rights-work is different in that it involves activities that are activist and confrontational. Yet, the real difference according to Ms. Pachauli is that the rights-based approach involves a particular mentality and working style: one that is centred around the principles of human rights. This need not be necessarily done in a confrontational way but focuses on integrating ideas around equity, equality, empowerment and dignity into the organisation’s work.



Prayas works to build awareness among people about these things, mobilize them and raise a common/shared voice. Another area in which they work is capacity-building and training for other NGOs: in fact, Prayas has been approached by several smaller groups working on health who don’t understand the link between health and rights, equity and equality.

One of the challenges that Ms. Pachauli faces in her work is the fact that health programmes are both time-bound and donor-driven which means that NGOs working on health (like Prayas) are constantly under significant pressure to respond to funding and

donor agencies. Yet, at the same time, a fundamental aspect of the rights-based approach is the recognition that social transformation does not take place overnight and it is necessary to have patience (*sabru, dbairya*). This, however, also poses a challenge to NGOs working on rights issues: ‘When we mobilise the people to work on an issue and to demand something and then there is no result it becomes very difficult to unite them again and have them speak out on the same issue’.

**Professor Kanchan Mathur** stated that the panel had highlighted the need to expand the discourse by understanding a diversity of views on rights. She opened the floor to questions from workshop participants and summarised some of the main points made by the previous four speakers. Common issues that the speakers had alluded to included: 1) the necessity for attitudinal changes, greater awareness-raising and sensitization at various levels (not just at the community level but also among NGO workers and service providers); 2) the role of service-provision in rights-based work; 3) how to differentiate between service delivery and rights and whether the former is necessarily inferior since communities are mobilised around the delivery of services; 4) which types of work qualify as being considered ‘rights-based’; 5) whether NGO autonomy is compromised when it works with the government; 6) whose rights we are talking about; 7) the role of *panchayats* in the implementing government programmes/projects in a rights-based frame; and 8) how hierarchies of power impact the work of NGOs, particularly in the current system in which much of the work that is being done is donor-driven.

**Professor Shiv Chandra Mathur** asked the four speakers about their impressions of the effectiveness of the VHSCs and other similar committees that have been formed at the community level in recent years under the NRHM. Secondly, he took issue with Indu Gupta’s comment that an ASHA should be viewed as an employee. He said that viewing the ASHA as an employee goes against the entire philosophy of her role and position: as an activist [ASHA stands for ‘Accredited Social Health *Activist*’].

**Indu Gupta** responded to Shiv Chandra Mathur’s point by stating that the ASHA should be considered as an employee who works to raise awareness and motivate people to make use of services. The Sixth Pay Commission should apply to ASHAs as well and we should empower ASHA working at the grassroots level.

**P.R. Sharma (IDS)**, who works on panchayati raj (local governance issues) in Rajasthan, commented on the fact that, since the panellists were addressing approaches to rights works from an institutional perspective, it is also important to look at the role of local governance, particularly that of the grassroots level panchayat. Since 2000, local level panchayats have been given the responsibility to monitor a number of different areas including health, education, nutrition, the public distribution system (PDS) and drinking water. In a survey he had conducted recently, he asked about the Rs. 10,000 which the NRHM had allocated to each village (specifically to a committee of seven members which

include one elected representative, the ANM, two female AWWs and the ASHA). Yet, he said that no one knew about this money. Therefore, Dr. Sharma thinks that discussing subjects such as the rights-based approach needs to come only after there is more awareness about the programmes and schemes (since the biggest weakness of the rights-based approach is the lack of knowledge).

**Priyanka Singh (Seva Mandir)** commented on the issues of sex-selective abortion and said that it is clear that in recent years there has been a strong increase in the declining number of female babies that are born. Responding to Dr. Sharma's comment (above), Ms. Singh stated that the question is not about local institutions such as the panchayat, VHSC, or the Village Development Committees (such as those set up by her organisation) but rather with the social base (*samajik adhar*). For social change to take place, change needs to come from the social base and to talk about rights and duties is not sufficient in itself to do this. She asked the panellists why one framework (i.e., the rights-based approach) should be held as superior when there is no clear evidence that its use is delivering positive results.

**Teja Ram (Manthan):** Mr. Teja Ram noted that just because a committee (such as a VHSC) has been formed, this in itself does not guarantee that the committee members have sufficient awareness about their role or the purpose of the committee itself. Building awareness and empowerment within these committees is an ongoing process.

**Indu Gupta (Ibtada):** In response to Professor Mathur's point about VHSCs: many ANMs have been playing a prominent role in these committees and it is incorrect to say that they (VHSCs) are non-functional and useless. She has recently been informed by one Block Programme Manager that 80% of the VHSCs in his/her block are functional. Secondly, she clarified her earlier point about ASHAs and said that the reason that they see themselves only as 'paid employees' is because they are not empowered and have not received sufficient training. ASHAs should act as social activists and are capable in taking initiative to mobilize not only the panchayat but often the District Collector as well.

**Chhaya Pachauli (Prayas)** stated that although Professor Mathur has referred to ASHAs as activists, they are not being trained through an activism module (which they should be). Secondly, she argued that the VHSCs are not ineffective and useless. But since their formation by the state government has taken place on paper only, there still has not been an orientation or training organised (although this will be starting soon). It is overly optimistic to think that VHSCs will hold meetings without sufficient training and without understanding the purpose and utility of these committees first.

**Key note address:**

**Ms. Aruna Roy (noted social activist on Right To Information, Mazdoor Kisan Shakti Sangathan, Devdoongri)**

**‘From movement to legislation: Lessons of the Right to Information movement’**



People in our country like Mahatma Gandhi and Shankar Guha Niyogi, who have both in different ways led movements, have talked about *seva* (service), *sangharsh* (struggle) and *nirmaan* (constructive work). Service, struggle and setting up structures for dealing with alternatives for development are part of our life (*jeewan ka ang*). The struggle to obtain rights subsumes the concept of service. If we only look at the situation from this very narrow perspective [i.e., of struggle without supportive structures; one in which service does not play a role in the movement for

social change], then we will not have qualitative social change. If, for instance, I am involved in a social movement then my concern cannot be justified by social anger alone. It is necessary to see also the consequences of this social anger on my actions, personal life, family, and relations.

There are of course moments in which I should focus only on the limitations and the ultimate goals of the movement of which I am a part.

We have rights (*haq, adhikaar*) and there are things we need to do to claim these rights. There are many rights, but the right to health is the first among all. People incur much bigger debts due to expenditures on health problems in rural areas, more so than for social customs related to birth, marriage and death. It would be worth looking at the reasons for this situation.

Today, we are talking about claiming rights, because the country has retracted its promise to its poor. Our country was a welfare state and the government made a promise to provide free quality healthcare services to both the poor as well as the rich. But now the government has begun to make a business of health, allowing a series of health shops and private clinics, facilitating it with policies that support the privatization of healthcare. This has had negative consequences on its own [public] healthcare system. What rights can we claim from private doctors?

On the other hand, even though there is a common belief that government employees do not work without receiving a bribe, the health care system has a basic responsibility to deliver. How can we possibly obtain health services without talking about rights given such a system?

The reason I mentioned service at the beginning of this talk was because I believe that we cannot put in place a better health system without accepting the important role of service. The doctor takes the Hippocratic Oath which states that he/she will save people's lives and health without regard to any other consideration. But in the actual practice of the medical profession, we see that it is often devoid of any compassion or kindness, even basic kindness with which one would treat a fallen bird or hurt dog in the street. I am a witness to this heartless behaviour towards patients. Demanding rights from the government is important because it is elected through a democratic process. Only a government doctor has the duty to treat the poor of this country, the private practitioner sees only profit. The people do not have enough money to go to a private doctor. These basic services for guaranteeing life will not be provided if health and rights are not linked together. Since life is the most basic right there is a need to struggle to ensure the provision of these services. If there is no struggle, there may be no health services that the poor can access.

Secondly, we shouldn't view service delivery as an inferior type of work. It is important in winning people's hearts. If those hearts are not won then struggle cannot take place. In the same way, need to recognise the importance of the services themselves. Muslim women in Gujarat had to struggle to get medical treatment after the genocide because doctors would not treat them.

In Barar, Rajsamand District of Rajasthan, there are eight doctors assigned to the PHC but only two show up on a regular basis. What alternative do we have but fight for the quota to be filled?

The Right to Information Act, which is derived from Freedom of Expression under Article 19 of the Indian Constitution has a role to play in the struggle for access to health. First of all, Section 4 of the RTI Act requires that every public health authority and office make information freely and proactively available about what services, facilities and medicine it provides. If this could be properly implemented in our public health system then significant change would take place on its own, because any citizen would be able to use this information to see whether the services that should be available are indeed provided.

In 2002, we held a public hearing on the healthcare system in Jawaja (Ajmer District, Rajasthan). After obtaining all the documents from the local PHC related to the facilities and services that a PHC is supposed to provide, we examined the records. We realised that

there were many inconsistencies and discrepancies. For example, we discovered that one of the biggest health problems in that area was snake bites, but people had never been given anti-venom and instead were referred to bigger hospitals. But the PHC register showed that there was anti-venom serum in stock. Where did the stock go?

Secondly, the PHC did not have a water supply system. We found that it was simply because they had never asked for one, so we demanded that a bore-well be sunk, and the toilets be repaired and cleaned. In the public hearing we also found that many doctors had been charging fees and local people were not aware that this was against the law. For example, patients were charged Rs. 500 for an operation and for institutional deliveries. Even today, as per the JSY scheme women are eligible to receive Rs. 1,700, but some of them only receive Rs. 500. Because of this public hearing, we had to face the anger of the doctors and the Chief Medical Health Officer (CHMO).

But the question that arises is one of definition —should we see public hearings like this one (and other similar activities) as a form of struggle, service or building capacities (*seva, sangharsh, nirmaan*)? Building the water supply systems and the toilets was necessary. More accountability was needed around services which the PHC was responsible for providing but wasn't. Raising these issues through the public hearing was part of the larger struggle for accountability and transparency. However, it had a direct impact on the quality of service.

We also found that many committees (such as the VHSCs, etc.) had been formed with the influence of political parties. They were also opposed to the work that we were doing in general, and their vested interests were threatened by raising these issues. Corruption in health 'eats' lives (*jaan kha jata hai*): it corrodes our right to access the services necessary to fight death and permanent damage to the body. In order to end corruption we have to fight and struggle, even if this means sitting on the road for years.

Two days ago, all the sarpanches of Alwar district spoke out against the policy whereby Panchayat Samitis are being made responsible for the distribution of materials through NREGA. The reason for this was that the sarpanches were indulging in practices ranging from corruption to mismanagement. Many of them would start a *benami* ('fraudulent') company and make transactions which existed only on paper, keeping the money from this government scheme for themselves. We need to form a counter-movement to stop this type of corruption. The argument has to be stated again in the public domain. Those honest sarpanches who raise their voices against corrupt practices and who are immediately silenced, will need protection and strength to resist. In such an environment, we cannot achieve anything without struggle.

All these examples are of rights derived from the democratic structure of our polity – and therefore they are inalienable rights. Democracy includes dissent, protest, and the space to

express different views. If we think that democracy can function without these three things— then what we have is not a democracy.

In an issue like health, therefore, we have absolutely no choice but to claim our rights. These are questions of life or death: to be able to get a ventilator on time, to get oxygen on time or getting an injection on time is a matter of survival. We have to think outside the box and look at the issues and systems as they actually are.

#### **Questions for Aruna Roy:**

**Dr. Narendra Gupta** noted that at the moment there is no right to health in India but is only guaranteed indirectly through Article 21 of the Constitution (on the right to life). Supporting Ms. Roy's point that service is also important with regards to rights, he asked about the issue of availability of resources (for services). We can not talk about health rights or the right to quality health until the government commits eight times more money than what it is currently spending. Given that there are countries in sub-Saharan Africa which are spending more money on health than India, how can we possibly talk about rights given the current lack of resources?

**Ms. Aruna Roy** (in response to Dr. Gupta) stated that an increase in health services should not be achieved through privatization but that there should be government hospitals operating at the village level. We should make doctors work in rural areas because otherwise people are forced to go to quacks because that is their only option. We also need to focus on the budget through more work in Delhi, especially with the Lok Sabha (one idea is to prepare a 'people's budget' detailing how much should be spent on health, defense, education, women, etc.). We need to start with district budgets, i.e. how much is spent on doctors, ANMs and other services.

The Lok Sabha has recently increased their salaries while our labourers are still only receiving Rs. 100/day and the price of *dal* has risen to Rs. 90/kilo. It is a question of fundamental rights that we should demand from the politicians that, if they are doubling their own salaries, they should do the same for everyone else.

Responding to Priyanka Singh's question about the need for compassion in the approach to rights, Ms. Roy stated 'There must be compassion but the presence of compassion does not mean that there cannot also be struggle. Compassion means that we don't want blood, we want change. We don't want to kill. We don't want to destroy anything.' She stated that compassion is there in everyone. She gave the example of one public hearing in which there was a sarpanch who had been involved in local corruption but the people did not want her killed or lynched, they only asked that she not do the same thing again (*ab wapas mat karna*). 'We should have the right to do this. The point is that without struggle there is no democracy. Without dissent there is no democracy. Without protest there is no democracy. We must have pride in being Indian (apropos the slogan '*gharv se kaho ham*

*Hindustani bairn*). We must have pride to have a space in our democracy. In particular, we must have pride to have the space for protest in Rajasthan. But when they do something wrong I will not give them a chance. The end is not destruction, the end is compassion. The strategy is always to talk. If someone does not understand through dialogue then it is necessary to fight. If the sarpanch says that we will carry on with corruption then we have to discuss the issue. We have to make them understand that this is public money, meant for the poor people in the villages.’

**Priyanka Singh** commented on the lack of compassion in many doctors.

Ms. Roy next thanked Sister Alveena for her interjection on the importance of treating everyone like one’s daughter or sister, with compassion. She stated that if we see ourselves as different from others then there can be no compassion. It is when we see our mother in every older woman and our child in every young face that there can be compassion.

**Session 4: Upholding rights and accountability:  
Legal measures with regard to health and  
reproductive rights**

**Chair:** Mr. Prem Krishna Sharma (Founder,  
Academy for Socio-Legal Studies, Jaipur)

**Presentation 1:**

**Jameen Kaur (Project Manager, Reproductive  
Rights, HRLN, Delhi)**



**‘The role of the courts in upholding  
accountability for health and reproductive rights’**

Jameen Kaur, Project Manager in the Reproductive Rights Unit of the Human Rights Law Network (HRLN) in Delhi, focused her presentation on the legal and judicial mechanisms in India which have been used to uphold reproductive rights. Firstly, she cited Article 21 of the Indian Constitution (which Dr. Narendra Gupta had also previously alluded to) which states that ‘No person shall be deprived of his right to liberty except through procedure established by law’. The right to life espoused in Article 21 has been interpreted by the Indian Supreme Court to mean that citizens are guaranteed the right to lead a life *of dignity*, i.e. one which includes the right to health and medical care.

A central aspect of the right to health is the right to *emergency* medical treatment. Ms. Kaur cited the case of *Parmanand Katara vs. Union of India* (1989) in which the courts ruled that medical providers and hospitals were obliged to provide immediate treatment to patients in cases in which emergency care was necessary. Secondly, in the case of *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity vs. State of West Bengal*, 1996, the courts ruled that it is an essential obligation of the government to provide the necessary and sufficient *facilities* to

provide emergency medical treatment and not doing so constitutes an infringement of the right to life as stated in Article 21. With specific reference to emergency obstetric care, Ms. Kaur also cited the case of *Shakuntala Devi vs. State of U.P, Ors* (2008) in which a woman, Sarvesh Kumari, was denied emergency obstetric care at a Community Health Centre and forced to give birth in the street. The court gave a suo moto order and ordered the UP government to take disciplinary action against the medical officials responsible and compensation to be paid.

Within the context of India, cases of failed or unsafe sterilizations have been one way through which the issue of reproductive rights has been both advanced and hindered through precedents in the legal system. Ms. Kaur cited the case of *Ramakant Rai & Health Watch U.P & Bihar vs. India* which dealt with the issue of safe sterilization which was brought in front of the Supreme Court. The petition drew on both



international law (ICPD, CEDAW, Alma Ata Declaration) as well as constitutional law (Articles 14, 15, 21, 47) to argue that the central government had failed to uphold its responsibility to implement the Ministry of Health and Welfare's Guidelines on Standards of Female Sterilization (the Sterilization Guidelines). A second important case around sterilisation is *State of Haryana vs. Smt. Santra* (2000) in which the victim was awarded a compensation of Rs. 54,000 due to medical negligence for upkeep of the daughter she conceived after her failed sterilisation operation in a public hospital. Despite the positive outcome of the *Smt. Santra* case for the victim, Ms. Kaur pointed out that the verdict did not recognize that the case concerned a violation of reproductive rights. Rather, the court ruled that the reason behind the award of compensation lay in the need for population control: *'The government, at the centre as also at the State level is aware that India is the second most-populous country in the world and in order that it enters into an era of prosperity, progress and complete self dependence, it is necessary that population is arrested.'*

One of the biggest challenges to reproductive rights in India is the current 'two-child norm' policy which has been adopted by governing bodies at various levels to encourage couples to limit the number of children they have to two. Such restrictions are encouraged through both voluntary as well as coercive means. The case of *Javed vs. Haryana* challenged the Haryana Panchayati Raj Act (1994) which restricted only those with two children to be able to contest elections in local panchayats. The court, however, ultimately upheld the policy by arguing that the Act was *'salutary and in the public interest'* and that it was not unconstitutional since *'the laudable goals spelt out in the Directive Principles of State Policy in the Constitution of India can best be achieved if the population explosion is checked effectively.'*

In her presentation, Ms. Kaur also described a more recent case, *Suchita Srivastava & Anr vs. Chandigarh Administration* (2009) which was filed when a 19 year-old mentally disabled woman was raped by one of the guards in the institute in which she lived and became pregnant. The issue of ‘consent’ and ‘informed consent’ formed the crux of the case since the victim stated that she wanted to continue through with the pregnancy although, given her mental disability, the Punjab & Haryana High Court, based on a number of reports by doctors and psychiatrists ordered a medical termination of pregnancy being in the best interest of the victim. The judgment was appealed to the Supreme Court which overturned the Punjab/Haryana decision and ruled for a continuation of the pregnancy holding that *‘since the victim had clearly expressed her willingness to bear a child her reproductive choice should be respected in spite of other factors such as lack of understanding of the sexual act as well as apprehensions about her capacity to carry the pregnancy to its full term and the assumption of maternal responsibilities thereafter.’* The ruling in this case does not assess the full consequences of the lack of ‘informed consent’ not being obtained from the victim.

Ms. Kaur concluded her presentation by discussing a recent order where Delhi High Court set case precedent by ordering a maternal death audit to be conducted in *Laxmi Mandal vs. Deen Dayal Hospital & Ors*, ensuring accountability for the high levels of maternal deaths in India.

## **Presentation 2:**

**Mr. Ajay Kumar Jain (Advocate, Rajasthan High Court, Jaipur)**

### **‘The shift in legislation on rights in relation to health’**

Mr. Ajay Kumar Jain, an advocate in the Rajasthan High Court, began his presentation by stating that issues around health have often been linked with morality.

Mr. Jain argued that neither the state nor society more generally have accepted responsibility for providing medical care to its citizens. Prior to Indian Independence, the laws that existed with regard to health issues focused solely on either prohibiting and controlling drugs or controlling the spread of infectious diseases (none, however, legislating *for* the access or provision of medical care). Today, also, health is linked to controlling behaviour. In this regard, he cited Article 269, Section 14 of the Indian Penal Code (‘Negligent act likely to spread infection of disease dangerous to life’) which makes it an offense to knowingly spread an infectious disease to others. Moreover, the majority of the laws around health which have been passed relate only to either government employees or occupational health issues and still today there is no law for providing medical care to the rest of the population (i.e., Indian citizens who are not government employees). The one exception that he has found to this is the recent Assam Public Health

Act of 2010 which requires hospitals to maintain appropriate protocol of treatment for an emergency patient for the first 24 hours of their illness.

From a historical perspective, the right to health was first established in 1946 by the World Health Organisation which classified it as a ‘fundamental human right’. Two years later, in 1948, the United Nations included the right to health along with other rights in the Universal Declaration of Human Rights. In 1966, the right to health was recognized again by the UN through the adoption of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and, in 2000, the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights provided an explicit definition of the right to health in Article 12.1 during its 21<sup>st</sup> session.

Yes, despite the advancement of recognition of the right to health, the issue of health in the Indian context remains grim. Mr. Jain cited that there are still around 12 lakh *jholachhap* doctors (quacks) in India who are treating 70% of the rural population. Moreover, in terms of privatization of the health system, around 73% of registered hospitals are private.

The majority of the time, discussions around health still focus only on public health, environmental pollution, epidemic or contagious diseases—no one bothers about the situation around individual medical care.

Finally, Mr. Jain concluded by pointing to the fact that there are only two articles in the Indian constitution that either directly or indirectly refer to health (i.e., Articles 21 and 47).

### **Presentation 3: Dr. Carolyn Heitmeyer (ESRC Research Project, Sussex)**

The central focus of this strand of the ESRC Sussex research project has centred around the question of what types of legislative and juridical shifts are entailed in the rise of rights approaches in maternal and reproductive health. Four further questions framed the research. Firstly, how effective is the law in actually promoting maternal and reproductive health? Secondly, do existing laws promote reproductive rights? Thirdly, in what ways do lawyers and advocates see the introduction of new legislation or legislative procedures as critical in promoting reproductive rights? The last question concerned which legal tools and/or Acts have been the most effective in promoting reproductive, maternal and sexual health (i.e., the Pre-conception and Pre Natal Diagnostic Techniques Act [1994], the Medical Termination of Abortion Act [1971], the Prevention Against Domestic Violence [2005]).

The research was still ongoing and so far the team has focused primarily on three legal organizations, namely the Mahila Suraksha Salah Kendra (MSSK), the Academy of Socio-Legal Studies and the Reproductive Rights Unit of the Human Rights Law Network (HRLN). Within the Rajasthan-based organisations focused on in the study (MSSK and Academy for Socio-Legal Studies) as compared to the national HRLN, there appeared to

be little legal work which explicitly addressed the issue of reproductive rights. However, despite the fact that the language of reproductive rights was not being overtly used, a closer look revealed that many of the cases which these organisations handled did in fact relate to reproductive rights and health. These included cases dealing with harassment and violence against women by in-laws for not conceiving or giving birth to a male child, inability of women to obtain necessary ante-natal and post-partum care, failed sterilisation procedures, etc. As such, Dr. Heitmeyer concluded the presentation by querying why it appears that while local legal activists deal with many cases which fall within the scope of reproductive rights, this language (as well as the legal conventions such as the ICPD) is not being actively employed.

### **Concluding Panel Discussion: ‘From Gender Violence to Gender Justice’**

**Chair:** Professor Lad Kumari Jain (President, Rajasthan University Women’s Association, Jaipur)

Professor Jain opened the final session by introducing the topic of the panel and suggesting that gender violence could be understood as taking place through three primary means in India: domestic violence in the home, sexual violence and the violence against the female foetus in sex-selective abortion. She then invited the first speaker, Ms. Nishat Hussain to begin her presentation.



### **Ms. Nishat Hussain (President, Muslim Women’s Network, Jaipur):**

Ms. Hussain began her presentation by describing how girls and women experience violence throughout the life cycle: beginning from before birth through female foeticide to discrimination within the family as well as in society with respect to nutrition, education, and status within the family. Daughters are often viewed as *‘paraya dhan’* (other people’s assets) because eventually they will be married off into another family—although this is very often a very traumatic experience for many young women who are sent off to live with people with whom they have no pre-existing relationships.

Ms. Hussain also addressed how women often become the victims of sexual violence during communal riots. Men rape and torture women to demonstrate their masculinity

(*mardangi ka saboot*)—for example, this was seen in the large-scale sexual violence committed against Muslim women that took place during the 2002 riots in Gujarat.

Ms. Hussain specifically addressed the perspective of Muslim women and commented that many women activists routinely take up the cause of other women who have been the target of injustice or violence, with the exception of Muslim women. ‘Sometimes we have said that they are very bad, sometimes we have used the excuse that their neighbourhoods are dirty, sometimes we have claimed that they are very ‘*kathmulla*’ (rigid followers). Yet, within the Muslim community there are the same problems that are faced by women in other groups: there is no education, badly-paid and exploitative work, men sleep, drink and gamble while the women take responsibility for the running and supporting the household.

Muslim women also face violence and discrimination from the religious leaders within their own community: Ms. Hussain cited the example of when the Women’s Reservation Bill was passed in the Rajya Sabha a Shia cleric made a public statement arguing that the role of women should be to stay at home and produce good leaders. In response to this statement, Ms. Hussain and other women formed the Bharatiya Muslim Mahila Andolan (Indian Muslim Women’s Movement) which took the position that the Islamic religion accords the same rights and status to women that it does to men.

Yet, the unequal status of women within the Muslim community continues to be practiced: although men are obliged by religious law to give their wife a dower (*mehar*) before marriage, in practice they rarely do so even though it is a woman’s right. Moreover, it is important to raise awareness and sensitization not only among the victims of torture and violence about their rights (women) but also among the perpetrators (the men who commit this violence).

**Ms. Shagufta Khan (Secretary, Gharib Nawaz Mahila Avam Bal Kalyan Samiti, Ajmer):**

Ms. Khan, Secretary of the Ajmer-based voluntary organisation Gharib Nawaz, re-iterated Ms. Hussain’s description of how violence against women takes place throughout the lifecycle. She added, however, that with regard to women’s health it is important not to just limit the scope of inquiry to reproductive and maternal health (which has become the main focus from the perspective of the government). Rather, we must understand women’s health from a more holistic perspective and also address the mental and emotional health of women which often suffers as a result of the high level of gendered-based violence in Indian society.

Ms. Khan’s organisation works with women from many communities but focuses especially on the Muslim women who live around the area of the famous Chhisti dargah in Ajmer. She pointed out that we need to take special measures to promote the sexual and

reproductive rights of women: specifically, she suggested a need to make safe and legal abortions accessible to victims of sexual violence, make information about abortion, contraception and STDs more easily available, provide publicly-funded instant testing and treatment for HIV-AIDS, set up temporary shelters for women (*rainbasera*) along with counselling and legal aid services, and organize gender sensitization training sessions for judges, lawyers and members of the police and army.

Ms. Khan concluded by noting that she is a member of the local PCPNDT committee but that this group has been very ineffective in working against sex-selective abortion and the bi-annual meetings are organised as a mere formality despite the fact that, in her own experience, this issue remains a significant problem in Ajmer.

**Sister Alveena Barkat (Sasvika):**

Sister Alveena from the organisation Sasvika in Ajmer also addressed the issue of gender-based discrimination in India. She has been working with women at the grassroots level for 25 years and has seen a change recently whereby women are now demanding the same rights, especially around economic issues, as men. Yet, women still bear most of the burden when it comes to raising children, running the household, performing wage-labour to support the family, all of which takes a toll on their health. With specific regard to reproductive and maternal health, many of the women with whom Sister



Alveena works with have been given only 15 days after childbirth before they have to return to work. Moreover, social and religious customs such as early marriage, fasting (*vrat, navratra*) also have a negative impact on women's health.

### **Ms. Sushila and Ms. Mukesh, HIV-Positive Women's Network:**



Both Ms. Sushila and Ms. Mukesh are part of the Positive Women's Network (PWN), a group of around 3000 members who work together to promote the rights of women living with HIV-AIDS. In addressing the focus of the panel, Ms. Sushila began their presentation describing the violence faced by many women living with HIV-AIDS from their families, medical providers as well as society at-large. Next, Ms. Mukesh told her own personal story of how she contracted HIV-AIDS from her husband (who served in the army). She herself tested positive for AIDS and later gave birth to

a daughter who was HIV negative. When her husband died a few years later, her in-laws forced her to marry her husband's younger brother and to adopt the son of the elder brother because her husband has left behind some property which, upon his death, had been transferred to her. Ms. Mukesh refused to do this and was then thrown out of the house. Her daughter is living with her in-laws and, while she has fought through the courts for custody, has been thus far unsuccessful. After losing the case, Ms. Mukesh joined the PWN which has now become like a family to her.

### **Question and Answer Session:**

**Mr. Satish Kumar (Director, Centre for Dalit Rights, Jaipur)** suggested that it is important, when talking about gender violence, to also look at this issue from the perspective of caste in that often dalit women also suffer from extreme violence.

**Professor Lad Kumari Jain** introduced the work that her organisation, the Rajasthan University Women's Association (RUWA) is doing to fight gender-based violence. RUWA has been working on this issue since 1982 and have has handled overall 132 cases of dowry-related violence and 35 rape cases. Since 2008, they have brought more than 300 cases to court. Women are discriminated in many different ways—through 'traditional' depictions of girls doing domestic chores while boys go to school in textbooks, with relation to their lack of property rights, sex-selective abortion, etc. Despite the presence of constitutional rights, the 1993 Vienna Declaration, the 1995 Beijing Declaration and the MDGs, injustice against women remains a huge problem in our society.

### Valedictory Address:

#### **Kavita Srivastava (General Secretary, People's Union for Civil Liberties, Jaipur):**

Ms. Kavita Srivastava is a leading activist in the women's movement and currently serves as General Secretary for the Rajasthan branch of PUCL. She began the valedictory session with a quote from Mahatma Gandhi:

'Whenever you are in doubt, or when the self becomes too much with you, apply the following test. Recall the face of the poorest and the weakest man whom you may have seen, and ask yourself, if the step you contemplate is going to be of any use to him. Will he gain anything by it? Will it restore him to a control over his own life and destiny? In other words, will it lead to *swaraj* (self-rule) for the hungry and spiritually starving millions? Then you will find your doubts and your self melt away.'

Gandhi's words capture the quintessence of a rights-based perspective for all development work including health – a wisdom that this greatest preceptor and practitioner of human rights in the 20<sup>th</sup> century lived all his life and gave to the world. What Gandhi talked about was both the entitlements and claims that each individual has over another person or over a social arrangement. Once the claim of each individual over the other is recognised, what follows is the question of responsibility, culpability and accountability. This dimension determines the scope of our social action or, if need be, legal action. Gandhi also emphasised the importance in wider development schemes for the individual to take charge by claiming one's democratic, social and political rights in order to realise his or her personal development goals.



In her comments, Ms. Srivastava addressed many of the issues that had been discussed over the two days of the workshop. She argued that the word 'rights' as is presently used by NGOs (the focus of both the research and the workshop) is actually a funder-driven word and that this becomes clear when we look at the conceptualization of the workers' struggle in Chhattisgarh, originally made in the seventies by Shankar Guha Niyogi in the Chhattisgarh Mukti Morcha. The key ideology was premised on the principles of *sangharsh* ('struggle') and *nirman* ('constructive work' which, in today's parlance, can be translated to mean 'service delivery'). What was important, however, was that the terms also emerge from a political understanding.

Ms. Srivastava noted the way in which the meaning of terms such as 'rights' change according to political and historical context is in itself an important area for future research. Why were terms such as 'social action groups' and 'voluntary agencies' being replaced by the term 'non-governmental organisation' (NGO)? Who has stood to gain through the division of the entire social sector into 'government organisations' (GOs) and 'non-governmental organisations' (NGOs)?

Ms. Srivastava also questioned whether there is indeed a difference between work which is service-oriented and that which is rights-based. How would one, for example, describe the work of the women's collective which runs the Mahila Salah evam Suraksha Kendra (MSSK) in collaboration with the Rajasthan Police at the women's police station? Services such as counselling, legal aid and temporary shelter are crucial for women who come to the centre in distress. For instance in the MSSK, services are not imposed on the women, but each one is allowed to make an informed choice. The support service will evolve as the woman's understanding evolves.

When addressing questions of disempowerment and deprivation, we cannot work or plan intervention with approaches which try to create a deep hiatus between modes of intervention. Social change is a multiple intervention process and therefore we need approaches that can be adapted to the changing needs of the people.

# स्वास्थ्य में अधिकार आधारित विकास से सोचना :

प्रजनन, मातृ व लैंगिक स्वास्थ्य में सामाजिक विषमता और  
जेण्डर हिंसा पर संस्थागत पद्धतियाँ

चर्चा एवं प्रसार कार्यशाला

एक प्रतिवेदन

9 व 10 अप्रैल, 2010  
विकास अध्ययन संस्थान, जयपुर

सहयोग  
इकॉनोमिक एवं सोशल साइंस रिसर्च काउंसिल, यू.के.  
ससैक्स विश्वविद्यालय, यू.के.

## कार्यशाला सार

भारत की विकास नीति (जनसंख्या, स्वास्थ्य, शिक्षा एवं रोज़गार के संदर्भ में) तेजी से अधिकार आधारित होती जा रही है। विकास आधारित अनेक संस्थानों (सरकारी संगठन, गैर सरकारी संगठन, अन्तर्राष्ट्रीय गैर सरकारी संगठन, स्वयंसेवी संगठन, समुदाय आधारित संगठन) की सोच व काम के तरीकों पर अधिकारों की भाषा, साधन एवं तकनीकों ने असर डाला है, विशेषकर उनके जो मातृ, प्रजनन एवं लैंगिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में काम कर रहे हैं। इस तरह के बदलाव का महत्व सरकारी स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रति असंतुष्टि है। ये असंतुष्टि इसलिए है, क्योंकि ये सरकारी कार्यक्रम लोगों पर केन्द्रित होने की जगह लक्ष्य पर केन्द्रित हैं एवं इनकी जवाबदेही में भी कमी आई है। इस संदर्भ में अधिकार का तरीका व्यक्ति को एक अवसर देता है सरकार से माँगने का, सरकार पर निर्भरता के विरोध करने का, एवं सरकार की उनके प्रति जिम्मेदारियाँ पूरी करने का। सामाजिक संगठनों ने प्रजातंत्र को मजबूत करने के प्रयास से लोगों की भागीदारी के साथ इस तरीके को आगे बढ़ाया है। यद्यपि, अधिकार आधारित विचार विशेष सांस्कृतिक व राजनैतिक सोच एवं ऐतिहासिक स्थिति का परिणाम भी है। ये स्वयं, व्यक्ति एवं समाज के विशिष्ट विचारों को दिखाते हैं। ये सिद्धान्त स्वास्थ्य सँभाल के विभिन्न परिदृश्यों में विश्व स्तर पर एवं भारत में किस प्रकार से परिवर्तित होता है ?

ये “आधिकारों की पहचान : भारत में प्रजनन स्वास्थ्य के प्रोत्साहन में अधिकार आधारित संगठनों का एक मानवजातीय विश्लेषण” विषय पर चल रहे इकोनोमिक एण्ड सोशल साइंस रिसर्च काउंसिल, यू के द्वारा वित्तपोषित शोध परियोजना के केन्द्र में रहा है (प्रधान अन्वेषक: डॉ. माया उन्नीथान, ससैक्स विश्वविद्यालय, यू के)। शोध परियोजना (2009–2011) मुख्यतः इस बात पर केन्द्रित थी कि राजस्थान में अधिकार आधारित संगठन अपने कार्य में अधिकार के किस प्रकार से लागू करते हैं (संगलन 3 देखें)।

कार्यशाला का मुख्य उद्देश्य प्रजनन, मातृ व लैंगिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में कार्यरत व्यक्तियों की विस्तृत श्रृंखला के साथ ई उस आर सी शोध परियोजना के कुछ प्रारंभिक परिणामों का बाँटना था। कार्यशाला में भागीदारों को अधिकार क्षेत्र में अपने कार्य के अनुभवों पर प्रकाश डालने एवं प्रजनन, मातृ व लैंगिक स्वास्थ्य में स्वास्थ्य समता, चिकित्सा, नैतिकता एवं सामाजिक न्याय के मुद्दों के लिए अधिकार आधारित पद्धति के मूल्यों पर ध्यान पूर्वक सोच प्रस्तुत करने के लिए स्थान प्रदान किया गया।

इसमें मुख्य मुद्दे सम्मिलित रहे :

1. बीमारियों का बोझ, बीमारियों से मरने की सम्भावना एवं जेण्डर सम्बन्धित खराब परिणामों को कम करने में अधिकार आधारित तरीके की ओर जाना कितना सफल रहा है?
2. अधिकार आधारित तरीके द्वारा स्वास्थ्य सँभाल देने में किस तरह के बदलाव किए हैं?
3. समुदायिक भागीदारी एवं सांस्थानिक जवाबदेही को मजबूत करने में अधिकार आधारित तरीकों की क्या भूमिका रही है?
4. अधिकार आधारित तरीकों ने स्थापित असमानताओं (जेण्डर एवं अन्य सामाजिक व धार्मिक भेदभाव) को किस हद तक चुनौती दी है या बदला है?
5. अधिकारों द्वारा विचारों, तकनीकों, जानकारियों एवं तरीकों में कौन से नये या वैकल्पिक बदलाव हुए हैं। स्वास्थ्य एवं विकास के अन्य क्षेत्रों में (जैसे – स्वयं सहायता समूह (एस एच जी), जन सुनवाई, 'नेटवर्क')।
6. स्वास्थ्य में अधिकार के स्थान पर सामाजिक न्याय का उपयोग करने के क्या मायने हैं?

7. स्वास्थ्य में अधिकार आधारित काम को बढ़ाने के लिए कौन से कानूनी एवं न्यायिक बदलाव करने की जरूरत है?
8. क्या दवाओं एवं चिकित्सा के कामों में अधिकार आधारित तरीके नियमों की विशिष्ट संस्कृति को मजबूत करते हैं?
9. स्वास्थ्य के अधिकार आधारित तरीकों को अपनाकर हमें सरकार/गैर सरकारी संगठन/अन्तर्राष्ट्रीय गैर सरकारी संगठन के सम्बन्धों के बारे में क्या पता चलता है?

दो दिन की कार्यशाला में चार सत्रों के दौरान इन मुद्दों पर चर्चा की गयी (क्रमानुसार, अधिकार आधारित पद्धति पर चिकित्सा दृष्टिकोण; अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों व सरकार की भूमिका; स्वयंसेवी संगठनों की भूमिका; एवं प्रजनन स्वास्थ्य पर कानूनी संरचना)। प्रत्येक सत्र में ई एस आर सी, यू के शोध परियोजना के सदस्यों के साथ राष्ट्रीय व स्थानीय संगठनों द्वारा प्रस्तुतीकरण दिये गये। अनेक मुद्दों पर चर्चा व बहस की गयी, जिनमें अधिकार आधारित पद्धति में सेवा देने की भूमिका, स्वास्थ्य संभाल के लिए राष्ट्रीय बजट का अधिक भाग उपलब्ध कराने की आवश्यकता, ए एन एम व आशा जैसे जमीनी स्तर के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की पहचान एवं निर्माण का महत्व, एवं अन्य संगठनों के साथ राजस्थान में अधिकार के कार्य में अन्तर्राष्ट्रीय समूहों की भूमिका में बदलाव होना सम्मिलित रहा।

कार्यशाला में राजस्थान के जमीनी स्तर के कार्यकर्ता, जन स्वास्थ्य विशेषज्ञ, विश्वविद्यालय सम्बन्धी, कानूनी अधिवक्ता, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के प्रजनन व बाल स्वास्थ्य विभाग के प्रतिनिधि (राजस्थान सरकार) एवं अन्तर्राष्ट्रीय व राष्ट्रीय संगठन व संस्थान जैसे – प्रयास, अर्थ, पोजिटिव वुमन्स नेटवर्क, सेवा मन्दिर, फैमिली प्लानिंग एसोसिएशन (जयपुर), इब्तदा, मुस्लिम वुमन्स नेटवर्क, मजदूर किसान संघर्ष समिति, सहयोग, सेन्टर फॉर हैल्थ एण्ड सोशल जस्टिस, पी यू सी एल, एक्शन एड, यू एन एफ पी ए, यूनीसेफ, इण्डिया हैल्थ एक्शन ट्रस्ट, पब्लिक हैल्थ फाउण्डेशन ऑफ इण्डिया, इण्डियन इंस्टीट्यूट ऑफ हैल्थ मैनेजमेन्ट रिसर्च (जयपुर) एवं अन्य ने अपनी उपस्थिति दर्ज करायी।

## मुख्य सुझाव

दो दिवसीय कार्यशाला में प्रस्तुतीकरण एवं चर्चा में स्वास्थ्य नीति व योजना के लिए महत्वपूर्ण बिन्दु उठाये गये। यह स्पष्ट है कि मातृ, प्रजनन व लैंगिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में अधिकारों की संरचना विकास कार्य में गहराई तक व्याप्त है। सभी भागीदार सहमत थे कि स्वास्थ्य व जनसंख्या के लिए अधिकार आधारित पद्धति को अधिक सूक्ष्म रूप से देखने, बलपूर्वक जाँचने एवं सतत निरीक्षण की आवश्यकता है। वहाँ संगठनों में अधिकार आधारित पद्धति की समझ व उपयोग में अंतर है, यह अन्तर सशक्तिकरण की अधिक कानूनी समझ से अधिक स्थानीय सोच में है। यह स्पष्ट था कि अधिकार के मतलब की समान समझ तक पहुँचने के लिए और कार्य किया जाना आवश्यक है। यही कार्य (उन तरीकों में जिनमें) सरकार, स्थानीय एवं अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों द्वारा स्वास्थ्य कार्यक्रमों के लिए अधिकार आधारित पद्धति के लिए भी करना आवश्यक है।

नीति विचार-विमर्श के लिए निकले मुख्य मुद्दे थे—

### 1. स्वास्थ्य अधिकार व सशक्तिकरण पर स्वयंसेवी संगठनों के कार्यों को पहचान, मूल्य व सहयोग

प्रजनन, मातृ व लैंगिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में एन जी ओ के कार्य में फैलाव व विषमता है। व्यक्तिगत रूप से इन संस्थाओं का नीति को आकार देने में महत्वपूर्ण योगदान है (उदा:— राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, स्वास्थ्य के अधिकार के दस्तावेज)। यह योगदान सरकार के साथ उनके सामन्जस्य में स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की क्षमता बढ़ाने के लिए (उदा:— प्रशिक्षण कार्यक्रमों के द्वारा), स्वास्थ्य शासन बढ़ाने के लिए (उदा:— गुणवत्ता निश्चित करने के कार्यक्रम), सेवाओं तक पहुँचने व स्वास्थ्य योजना बनाने के लिए समुदाय के लोगों की क्षमताओं को सशक्त करने, स्वास्थ्य परिणामों के संदर्भ में बिना बँटे हुए न्याय को सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण है। राजस्थान में स्वास्थ्य सम्बन्धित स्वयं सेवी संगठनों ने (अधिकार आधारित मुद्दों के ईर्द-गिर्द गति देने के लिए) अलग एवं प्रशंसनीय विशेषज्ञता विकसित की है एवं विभिन्न तरीकों को लागू किया है। स्वयंसेवी संगठनों की शक्तियों को सरकार व जनता द्वारा पहचाने जाने की आवश्यकता है। एक स्वतंत्र समूह द्वारा एक अधिक व्यवस्थित, भागीदार एवं पारदर्शी रचना के निर्माण की आवश्यकता है जिसके माध्यम से स्वयंसेवी संगठनों के कार्य को बाँटा जाय एवं उनके योगदान का प्रसार व चर्चा हो।

### 2. निचले स्तर के स्वास्थ्य अधिकारियों को सशक्त करना

सरकार के राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (2005) के अन्तर्गत चलाये जा रहे समुदाय आधारित स्वास्थ्य सशक्तिकरण कार्यक्रमों की सफलता का केन्द्र आशा, नर्स एवं आंगनवाडी कार्यकर्ता जैसे निचले स्तर के स्वास्थ्य कार्यकर्ता हैं। ग्राम स्वास्थ्य समितियों एवं समुदायों में अपनी उपस्थिति के द्वारा ये कार्यकर्ता प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकार के मुद्दों (जैसे— प्रसव पूर्व, प्रसव के दौरान एवं प्रसव पश्चात् देखभाल के संदर्भ में) पर जानकारी व जागरूकता बढ़ाने में सबसे आगे हैं एवं मातृ एवं शिशु के मरने की सम्भावना व मृत्यु के उच्च स्तर पर ध्यान दिलाने में महत्वपूर्ण हैं। ये ग्रामीण महिलाओं को स्वास्थ्य संस्थानों तक ले जाने एवं स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में सहयोग देने में भी सहायक हैं। इसलिए सरकार के लिए यह आवश्यक है कि

1. उनकी जानकारी व कौशल विकसित हों (क्षमता वर्द्धन)
2. उनको संसाधन प्रदान कराये जायें जो गाँव में उनके कार्य को सुविधा दे (संसाधन सहयोग, जिसमें यातायात, आवश्यक दवाएँ, प्रशासनिक एवं चिकित्सा सहयोग सम्मिलित है)
3. उनके काम को सार्वजनिक रूप से सराहा जाय (नकद प्रतिभूति एवं स्पष्ट अभियानों द्वारा)

स्वास्थ्य प्रदाताओं की कुछ श्रेणियाँ (जैसे दाई) जो ग्रामीण समुदायों से सम्बन्ध रखती हैं। जिनको कि नये स्वास्थ्य कार्यक्रमों में शामिल नहीं किया गया है एवं जिनकी जानकारी व कौशलों को इस प्रक्रिया में पहचान नहीं दी गयी है। समुदाय में इन प्रमुख स्वास्थ्य कर्मियों को और जन व सरकारी सहयोग देने की आवश्यकता एवं सशक्त करने का प्रावधान है।

### **3. प्रदाताओं के अधिकार, दायित्व व संवेदनशीलताओं की क्रियान्विति**

चिकित्सक व स्त्री रोग विशेषज्ञ जैसे चिकित्साकर्मी शहरी एवं ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य व चिकित्सा से सम्बन्धित सामाजिक परिवर्तन को आकार देने व लागू करने के लिए महत्वपूर्ण हैं। यह समझना भी आवश्यक है कि स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने के अपने कार्य एवं मरीजों व सरकार के साथ वार्तालाप सहयोग (सरकारी लाभ, कानूनी एवं पेशेवर उपायों द्वारा) एवं उनके कार्यों को सार्वजनिक रूप से सराहना होगा।

मौजूदा कदाचारों और लापरवाही की संस्कृतियों के चलते चिकित्सकों के अधिकार का सवाल एक संवेदनशील एवं विवादग्रस्त मुद्दा है। फिर भी ध्यान देने के लिए यह एक महत्वपूर्ण मुद्दा है, विशेषकर ग्रामीण व दूरदराज के क्षेत्रों में। उनके कार्य को बनाये रखने के लिए प्रतिबद्ध व सक्षम चिकित्सा पेशेवरों को प्रोत्साहित किया जाय।

बदले में चिकित्सा पेशेवरों के लिए यह आवश्यक है कि वे मरीजों को उनके कर्तव्यों व जिम्मेदारियों (जैसे दवा नही लेने के कारण, नियमित रूप से परामर्श में भाग लेना) को पूरा करने में आने वाली बाधाओं के प्रति संवेदनशील हों इसमें लिंग, परिवार और समुदाय निर्धारित भी सम्मिलित हैं। उन्हें मूल संरचनात्मक मुद्दों पर जागरूक करने की आवश्यकता है, जो सहमति को समस्याग्रस्त बनाता है, जैसे चिकित्सा ज्ञान के अधिकार जो यह मानता है कि कर्तव्य वाहक (चिकित्सक) यह जानता है कि अधिकार धारक (मरीज) के लिए श्रेष्ठ क्या है। यह विशेष रूप से महिलाओं के स्वास्थ्य के मामले में प्रमुख हैं जहाँ चिकित्सकों के निर्णय शायद ही कभी खुद महिलाओं द्वारा पूछताछ करने के विषय रहते हों।

वहाँ रोगियों के लिए सार्वजनिक व निजी स्वास्थ्य प्रदाताओं को अपने कानूनी दायित्वों को विशिष्ट रूप से देखने की तत्काल आवश्यकता है। इस संदर्भ में निजी कार्य के साथ ही सार्वजनिक निजी भागीदारी के उभार में वृद्धि से हैं। यह महिलाओं के स्वास्थ्य के मुद्दों के लिए महत्वपूर्ण हैं, विशेषकर गरीब ग्रामीण महिलाएँ जिनकी पहुँच अक्सर निजी चिकित्सकों तक हैं।

### **4. अधिकारों की पैरवी और सेवा प्रदान करने के बीच एक निरन्तरता को बढ़ावा देना।**

अधिकारों की पैरवी, स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने से अलग नहीं हो सकता। जहाँ पैरवी लोगो की स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच के साथ जुड़ी है एवं सहयोग करती है, वहाँ स्वास्थ्य के अधिकार की पहचान सर्वाधिक असरदार होती है। अधिकतर स्वयंसेवी संगठन हाल ही में स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने एवं अधिकार आधारित पैरवी के कार्य से अलग हुए हैं, एवं यह बदलाव बहुत ही महत्वपूर्ण है।

### **5. अधिकार कार्य में अन्तराष्ट्रीय संगठनों की बदलती भूमिका की पहचान एवं निरीक्षण**

स्वास्थ्य एवं विकास के लिए अधिकार आधारित पद्धतियों पर बढ़ते दबाव के साथ बहुभागीय व द्विभागीय अन्तराष्ट्रीय संगठनों द्वारा नयी-नयी भूमिकाएं ग्रहण की जा रहीं हैं। सरकार के साथ उनका सामन्जस्य सार्थक रूप से बढ़ा है, वहीं स्वयं सेवी संगठनों के लिए सीधा जुड़ाव व सहयोग तुलनात्मक रूप से कम हुआ है।

एक मानवाधिकार दृष्टिकोण से, सरकार के साथ उनके सामन्जस्य को पारदर्शिता एवं जवाबदेही के संदर्भ में सूक्ष्म रूप में निरीक्षण करने की आवश्यकता है। यहाँ स्वयंसेवी संगठनों की सतत् एवं महत्वपूर्ण भूमिका है।

बदले में सरकार व दानदाताओं को धरातल से प्रतिक्रियाएं लेने एवं कार्यक्रमों को आदतों में बदलने के लिए सामाजिक मंचों के साथ काम करने की आवश्यकता है।

#### **6. कानूनी संरचना में प्रजनन व लैंगिक अधिकारों पर जागरूकता की कमी पर ध्यान देना।**

यहाँ प्रजनन अधिकारों व प्रजनन स्वास्थ्य के मुद्दों पर निर्णयों की अधिकता रही है। हाँलांकि, स्वयं वकीलों एवं न्यायाधीशों द्वारा प्रजनन अधिकार संरचनाओं के रूप में इन्हें नहीं माना गया है। प्रजनन अधिकार के मुद्दों के संदर्भ में कानूनी कार्य को और अधिक चर्चा, मूल्यांकन, पहचान एवं एकीकरण की आवश्यकता है। प्रजनन व लैंगिक अधिकार के मतलब व सार्थकता के लिए वकीलों की सोच को संवेदनशील करना पड़ेगा। यह संवेदनशीलता उनके ही संदर्भों में हो ना कि अन्य निर्णयों के आधार पर।

#### **7. स्वास्थ्य के लिए सरकारी बजट बढ़ाना एवं दवाओं के बाज़ार पर निर्भरता कम करना**

इस बात को ध्यान में रखते हुए कि स्वास्थ्य क्षेत्र में बहुत धन खर्च किया जा रहा है। वर्तमान कानूनों में लोगों के लिए पहले से ही सुनिश्चित अधिकारों के लिए सरकार को अभी और धन व संसाधन लगाने की आवश्यकता है (सन् 2008 में स्वास्थ्य पर जी डी पी का 1.12 प्रतिशत खर्च किया, प्रयास के आंकड़े, जन स्वास्थ्य अभियान, 2010)। मुफ्त दवाओं एवं उपचार पर धन को बढ़ाने से जनता द्वारा दवाओं पर किये जा रहे खर्च (यह ग्रामीण लोगों द्वारा कर्जा लेने का मुख्य कारण है), अन्तिम समय में आपातकालीन उपचार (जो कि अधिक खर्च के कारण टाला जाता है) एवं बेकार की दवाइयों के खर्च में कमी आयेगी।

#### **8. जेण्डर असमानता की सामाजिक, कानूनी एवं राजनैतिक वास्तविकताओं में प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार को निर्धारित करना**

भारत में एक व्यक्ति एवं सरकार के मध्य के रिश्ते को अधिकारों के पक्ष के रूप में पुनः निर्धारित करने की आवश्यकता है, जहाँ महिला अपनी सुरक्षा के लिए सरकार से अधिक परिवार, समुदाय एवं जाति पर निर्भर है। प्रजनन स्वास्थ्य एवं अधिकारों के मुद्दों को वृहत समझ में रखा जाए कि महिलाओं के अधिकारों को इन सामाजिक संस्थानों की राजनीति द्वारा आकार दिया जाता है, रोका जाता है एवं सहयोग दिया जाता है। अधिकारों को सांस्कृतिक एवं संगठित आधार के पक्ष में लेने के साथ ही महिलाओं के दैनिक जीवन में जेण्डर असमानता के लिए कानूनी सुधारों की आवश्यकता है। यह विशेषकर महिला के विरुद्ध हिंसा के मुद्दों के लिए सही है। वर्तमान घरेलू हिंसा अधिनियम, 2005 मौजूदा कानूनी प्रक्रिया के अन्तरालों को पहचानने व ध्यान देने में एक कदम है। जो महिलाओं द्वारा दैनिक जीवन में सामना किये जा रहे जेण्डर, सामाजिक व सांस्कृतिक विषमताओं पर पर्याप्त पक्ष नहीं रखता। परन्तु इन कानूनों में अधिकारों की सुरक्षा के होने के लिए महिला सामर्थ्य को सुनिश्चित करने के लिए और कार्य किए जाने की आवश्यकता है।

#### **9. अधिकारों को जुटाने व कानूनी प्रक्रिया के व्यापक संदर्भ में स्वास्थ्य के लिए अधिकारों को निर्धारित करना**

सरकार व स्वयंसेवी संगठनों द्वारा हालिया राष्ट्रीय व क्षेत्रीय विचार विमर्श स्वास्थ्य के अधिकार पर आये हैं। यह शिक्षा, रोजगार व भोजन के क्षेत्र में अधिकार पद्धति के तीव्र व सफल फैलाव के झुकाव पर आया है। स्वास्थ्य के संदर्भ के साथ अधिकारों के सम्बन्ध में सरकारी व गैर सरकारी संगठनों द्वारा अपनाई गयी पद्धति को अधिकारों के जुटाने के वृहद संदर्भ में देखना पड़ेगा,

विशेषकर राज्यों व राज्यों के जिलों के अनुभवों के साथ। शिक्षा का अधिकार, रोजगार (जो अब कानूनी प्रक्रिया में अधिनियम है), भोजन एवं सामाजिक सुरक्षा, सभी स्वास्थ्य परिणामों को सुनिश्चित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं एवं स्वास्थ्य के अधिकार के होने से अलग नहीं हो सकता।

#### **10. अधिकार की संरचना के लाभ पर सार्वजनिक चर्चा**

जनता के अधिकार क्षेत्र में स्वास्थ्य के अधिकार पर स्वतन्त्र विचार विमर्श को सुनिश्चित करना सरकार व समाज की ज़िम्मेदारी है। लोगों की इस जानकारी व जागरूकता में एक अंतराल है, कि वे सरकार, कानून एवं चिकित्सा प्रदाताओं से क्या माँग सकते हैं। स्वयंसेवी संगठनों द्वारा जागरूकता बढ़ाने के कार्य को सरकार के साथ-साथ निजी संचार माध्यमों द्वारा सहयोग दिये जाने की आवश्यकता है। यह चिकित्सा व सरकार के अभिमान की मौजूदा संस्कृतियों को बदलने के लिए महत्वपूर्ण है एवं स्वीकृति के कम होने जैसे मुद्दों पर ध्यान देने के लिए पहला कदम है।

## विस्तृत प्रतिवेदन दिवस 1: 9 अप्रैल, 2010

स्वागत सत्र :

**प्रोफेसर सुरजीत सिंह**, निदेशक, विकास अध्ययन संस्थान, जयपुर द्वारा सभी प्रतिभागियों का स्वागत करते हुए कार्यशाला को आरम्भ किया गया तथा विषय के महत्व पर टिप्पणी करते हुए "विकास में अधिकार आधारित पद्धतियाँ" के अवसरों पर चर्चा की गयी। उनके द्वारा संक्षेप में यह बताया गया कि अधिकार आधारित पद्धतियाँ में निहित विचारों, जिसमें प्रत्येक मानव को एक व्यक्ति एवं अधिकार रखने वाले की तरह पहचाना गया है। एक अधिकार आधारित पद्धति आवश्यक नियमों, सिद्धान्तों, कर्तव्यों एवं वचनों की संरचना में रहते हुए स्वतंत्रता की सुरक्षा, अच्छे जीवन और सभी जगह लोगों के सम्मान के लिए संघर्ष है। प्रोफेसर सुरजीत द्वारा डॉ. माया उन्नीथान को कार्यशाला आयोजित करने के लिए धन्यवाद भी दिया गया एवं यह भी बताया गया कि यह ई एस आर सी के शोध विषय को दिखाने के लिये आयोजित की गई है, जिसका ये नेतृत्व कर रही हैं एवं जिसके लिए ये विकास अध्ययन संस्थान में हैं।

**प्रजनन स्वास्थ्य के लिए अधिकारों को समझने पर कार्यशाला एवं ससैक्स शोध परियोजना का परिचय**

**डॉ. माया उन्नीथान**, मानवशास्त्र विभाग, ससैक्स विश्वविद्यालय द्वारा सभी प्रतिभागियों का स्वागत किया गया एवं प्रोफेसर सुरजीत सिंह व विकास अध्ययन संस्थान के सहकर्मियों को पिछले वर्ष के दौरान उनके सहयोग के लिए धन्यवाद दिया गया। डॉ. उन्नीथान ने बताया कि कार्यशाला का केन्द्र विकास (विशेषतः स्वास्थ्य के सम्बन्ध में) के लिए अधिकार आधारित पद्धतियाँ पर था। जैसे मातृ, लैंगिक एवं प्रजनन स्वास्थ्य गहन विकास और हस्तक्षेप के क्षेत्र रहे हैं। यह विशेष तौर पर यह समझने का अच्छा आधार है कि अधिकार आधारित विकास किस प्रकार से कार्य करता है। डॉ. उन्नीथान ने बताया कि किस प्रकार से नब्बे के दशक में अधिकार आधारित तरीके की ओर 'घुमाव' विकास के सशक्तिकरण के तरीके से भिन्न व समान था। एक अधिकार आधारित दृष्टिकोण में सशक्तिकरण की सोच निहित होती है, परन्तु ये समता, भागीदारी व जवाबदेही के सिद्धान्तों पर भी जोर देता है, और कानूनी संरचना द्वारा समर्थित भी होता है। हमें यह देखने की आवश्यकता है कि अधिकार आधारित पद्धति की ओर इस 'घुमाव' का धरातल के लोगों एवं विकास पर कार्य करने वालों के लिए वास्तविक अर्थ क्या है ? बातचीत के रूप में, यह किस प्रकार से उन तरीकों को निर्धारित करता है, जिसमें हम सोचते, बात करते, कार्य करते एवं विकास 'करते' हैं। सरकार कैसे अधिकार पर कार्य करती है ? अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों की क्या भूमिका है ? विकास में स्वास्थ्य के कार्यों में अधिकारों के वैश्विक एवं स्थानीय विचारों में क्या बाधाएँ हैं ?

यह कार्यशाला ई एस आर सी, यू के शोध परियोजना का भाग है। यह इस बात पर केन्द्रित है, कि राजस्थान में सरकारी एवं गैर सरकारी स्वास्थ्य प्रदाता एवं प्रेरक अधिकारों से क्या समझते हैं एवं प्रजनन, मातृ व लैंगिक स्वास्थ्य के अपने कार्यों में प्रयोग करते हैं ? वर्तमान कार्यशाला में अधिकारों के साथ चार प्रकार के सांस्थानिक सम्बन्धों पर केन्द्रित चार मण्डल (पैनल) बनाए गए।

- समुदायिक स्वास्थ्य एवं अधिकार के मुद्दों पर कार्य करने वाले एन जी ओ, सी बी ओ, सामाजिक आन्दोलनों, सभ्य समाज एवं स्वयं सेवी संगठनों के विशिष्ट अनुभव।
- सरकारी व अन्तर्राष्ट्रीय (बहु व द्वि-भागीय) संगठन, जो स्वास्थ्य व अधिकार के कार्यों के लिए धन लगाते हैं व इन्हें चलाते हैं।

- चिकित्सा का कार्य करने वाले लोगों की अधिकार के मुद्दों एवं कर्तव्यों की समझ।
- प्रजनन अधिकारों व स्वास्थ्य सँभाल के कानूनी कार्यों एवं परिभाषाओं, एवं न्यायपालिका में परिणाम देने वाले बदलाव एवं कार्य में इनके उपयोग।

भारत में अधिकारों की बढ़ती हुई महत्ता के साथ अधिकारों के अनुवादकों, अवरोधकों एवं संगठित करने वालों के रूप में एन जी ओ कार्यकर्ता, चिकित्साकर्मी, वकील, सरकारी अधिकारी एवं द्वि-बहु भागीय प्रतिनिधियों की भूमिका निरन्तर बढ़ रही है। इन समूहों के सदस्य समुदाय की स्वास्थ्य सेवाओं को देने एवं स्वास्थ्य के इर्द-गिर्द अधिकारों की क्रियाओं में मध्यस्थ की तरह कार्य करते हैं। फिर भी, उनके प्रयासों, कौशलों, संसाधनों, क्षमताओं, नजरियों एवं इच्छाओं पर बहुत ही कम ध्यान दिया गया है। परियोजना व सम्बन्धित कार्यशाला में इन मध्यस्थों की भूमिका को सूक्ष्म रूप से देखते हुए इस अन्तर पर ध्यान देकर तैयार की गयी है, जो कि समुदायों व व्यक्तियों की मातृ, प्रजनन व लैंगिक स्वास्थ्य के उनके अधिकारों को समझने के लिए क्षमता बढ़ाने का कार्य करते हैं।

**डॉ. कैरोलाइन हाइटमेयर** (परियोजना में पोस्ट डोक्टरल फ़ैलौ) द्वारा विभिन्न तरीकों के बारे में बताया गया जो कि शोध दल द्वारा क्षेत्र में कार्य के दौरान उपयोग किए गए। इसमें विभिन्न क्षेत्रों के कार्यकर्ताओं के लिए प्रश्नपत्र तैयार करना, साक्षात्कार करना, समूह चर्चाएँ करना, क्षेत्रीय कार्यालयों पर जाना, पठन सामग्री का विश्लेषण करना एवं स्वास्थ्य व अधिकार पर होने वाले सार्वजनिक कार्यक्रमों में उपस्थिति सम्मिलित थी। उन्होंने यह भी बताया कि शोध दल द्वारा इस परियोजना को जितना सम्भव हो उतना भागीदारी बनाया गया, जैसे – उत्तर देने वाले लोगों की प्रतिक्रियाओं पर उचित ध्यान देना, एवं मार्गदर्शन व सहयोग के लिए राजस्थान में स्वास्थ्य व अधिकार के क्षेत्र में कार्य कर रहे विशेषज्ञ लोगों की एक 'सलाह समिति' बनाना। अन्त में डॉ. हाइटमेयर ने संक्षिप्त में बताया कि जब मानवाधिकार जैसे जटिल विषय एवं 'अधिकार आधारित पद्धति' जैसे बहु-अर्थी शब्द (जो कि विभिन्न कार्यकर्ताओं व मुद्दों द्वारा काम में लिया जाता है) पर शोध किया जाता है तो शोध परियोजना की गुणात्मक प्रकृति एवं इस कार्य के तरीके महत्वपूर्ण हो जाते हैं।

**सत्र 1: स्वास्थ्य के अधिकार पर चिकित्सकीय दृष्टिकोण: सुरक्षित मातृत्व, गर्भ समापन एवं सेवाओं तक पहुँच।**

अध्यक्ष: डॉ. एम एल जैन, निदेशक, प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य, राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन, राजस्थान, जयपुर।

**डॉ. एम एल जैन** द्वारा राजस्थान में प्रजनन एवं मातृ स्वास्थ्य के वर्तमान सन्दर्भ पर संक्षिप्त विवरण देते हुए सभा आरम्भ की गयी। उन्होंने कहा की मातृ स्वास्थ्य ढाँचे में राजस्थान में मातृ मृत्यु दर 335 प्रति 10,00,000 जीवित जन्म पर है जो कि राष्ट्रीय मातृ मृत्यु दर 301 से काफी पीछे है। शिशु मृत्यु दर पिछले 3 वर्षों के दौरान 58 प्रति 1000 जीवित जन्म से घट कर 53 हो गयी है। राजस्थान में टोटल फर्टिलिटी रेट (2.7) बहुत ज्यादा रही है, एवं राज्य की स्थिति भारत में सर्वाधिक खराब में से एक है। डॉ. जैन ने यह भी कहा की हमें उपलब्ध सेवाओं के उपयोग को बताने पर प्राथमिकता देनी चाहिये और एन जी ओ, समुदाय को सेवा केन्द्रों तक लाने में मुख्य उत्प्रेरक हो सकते हैं। डॉ. जैन ने राज्य सरकार द्वारा परिवार नियोजन को बढ़ावा देने के लिये गाँव स्तर पर शुरू की गयी "जन मंगल जोड़ा" योजना के बारे में भी बताया।

## प्रस्तुतीकरण 1 : शिबूमि प्रेम एवं पल्लवी गुप्ता (अर्थ, उदयपुर)

### ‘सुरक्षित मातृत्व व सुरक्षित गर्भ समापन पर महिला के अधिकारों को समझना : अर्थ के तरीके’

शिबूमि प्रेम द्वारा अपने संगठन अर्थ द्वारा सुरक्षित मातृत्व पर किये जा रहे कार्य का परिचय दिया गया एवं राजस्थान में प्रजनन देखभाल की कुछ बाधाओं पर बात की गई, जैसे – प्रसवपूर्व व प्रसव देखभाल की खराब गुणवत्ता, स्वास्थ्य संभाल सेवाओं में मातृ व शिशु का अपर्याप्त निरीक्षण और महिला को प्रसव पश्चात् 24 घण्टे से पहले ही अस्पताल से छुट्टी देने की प्रवृत्ति।

उन्होंने राजस्थान में प्रसव कराये जाने के अर्थ द्वारा किये गये एक गुणात्मक एवं मात्रात्मक अध्ययन के परिणाम बॉटे। उन्होंने बताया कि आधुनिक चिकित्सा प्रदाता भी संस्थागत व घेरलू प्रसव में हानिकारक क्रियाएँ कर रहे हैं, जैसे पेट पर अत्यधिक जोर लगाना, शिशु को जल्दी स्नान कराना, जमीन पर शिशु का जन्म करवाना, स्तन पान को टालना एवं ऑक्सिटोसिन के उपयोग को बढ़ाना। मातृ मृत्यु के सन्दर्भ में उन्होंने दक्षिणी राजस्थान में प्रसव सम्बन्धित मौतों पर अर्थ द्वारा किये गये समुदाय आधारित अध्ययन की चर्चा की। जिसमें मृत्यु के कारण के साथ देखभाल लेने में आने वाली समस्याओं की चर्चा भी की गयी। अर्थ ने परिवार के सदस्यों व अन्य व्यक्तियों के साक्षात्कार किये जो प्रसव के लिए महिला के साथ थे। यह प्रक्रिया उन परिस्थितियों के लिए महत्वपूर्ण सूचना जुटाने के लिए की गयी, जिसमें मातृ मृत्यु हुई थी। अर्थ के क्षेत्रीय कार्यों के बारे में चर्चा करते हुए शिबूमि ने कहा कि संगठन दक्षिणी राजस्थान के दो जिलों में (उदयपुर एवं राजसमन्द) स्वास्थ्य केन्द्र चला रहा है। ये केन्द्र नर्स द्वारा सँभाले जा रहे हैं एवं 24 घण्टे सातों दिन मातृ व शिशु सार सँभाल कर रहे हैं। उदयपुर से प्रसव विशेषज्ञ व बच्चों के विशेषज्ञ चिकित्सक सप्ताह में दो बार यहाँ आते हैं। इन केन्द्रों पर मुख्य सेवाओं में प्रसव पूर्व देखभाल, 24 घण्टे प्रसव, आपातकालीन देखभाल, समस्याओं के समय तुरन्त शहर भेजना, प्रसव पश्चात् जाँच (घर जाकर) एवं अन्य स्त्रीरोग सम्बन्धित समस्याएँ सम्मिलित हैं। इसके अतिरिक्त अर्थ ग्रामीण स्वास्थ्य केन्द्रों से जिला अस्पताल तक भेजने की शीघ्र सेवा भी प्रदान करता है।

अर्थ नागरिक समाज व सरकारी संस्थान दोनों का क्षमता वर्द्धन करता रहा है। यह राज्य के प्रशिक्षण संस्थानों में सबूत आधारित कार्यों को लागू करने में भी सहयोग दे रहा है। अब तक 218 सरकारी स्क्वड बर्थ अटेन्डेन्ट (एस बी ए) को अर्थ द्वारा प्रशिक्षण दिया जा चुका है, इसमें अर्थ के स्वास्थ्य केन्द्रों पर प्रायोगिक अनुभव भी सम्मिलित है। उन्होंने सबूत आधारित प्रसव व नवजात देखभाल कार्यों पर पैरवी अभियान के साथ-साथ राज्य के स्वास्थ्य सुविधा के लिए अर्थ द्वारा बनाये पोस्टर भी दिखाये।

अर्थ के प्रस्तुतिकरण के बाद का आधा भाग श्रीमती पल्लवी गुप्ता द्वारा प्रस्तुत किया गया एवं यह सुरक्षित गर्भसमापन के इर्द-गिर्द संगठन के कार्य पर केन्द्रित था। उनके प्रस्तुतिकरण में तीन मुख्य बिन्दुओं पर ध्यान दिया गया : सुरक्षित गर्भसमापन तक अपर्याप्त पहुँच, स्वीकृति का मुद्दा एवं असुरक्षित गर्भसमापन व मातृ मृत्यु के मध्य सम्बन्ध। उन्होंने बताया कि असुरक्षित गर्भसमापन के कारण भारत में 8 प्रतिशत व राजस्थान में 10 प्रतिशत मातृ मृत्यु होती है।

दूसरे, श्रीमती गुप्ता ने गर्भसमापन सुविधाओं की पहुँच की समस्या को तर्क देते हुए उठाया कि सुरक्षित गर्भसमापन के लिए सुविधाओं का फैलाव अपर्याप्त एवं अवैध है। उन्होंने कहा कि अधिकांश गर्भसमापन सुविधाएँ शहरी क्षेत्रों में हैं। जबकि जो ग्रामीण क्षेत्रों में हैं, वे बहुत सीमित हैं। अर्थ द्वारा सन् 2003-04 में राजस्थान में गर्भसमापन सेवा पर किये गये स्थिति विश्लेषण अध्ययन के अनुसार राज्य के 10 जिलों में केवल 39 प्रतिशत सी एच सी एवं 0.5 प्रतिशत पी एच

सी ही गर्भसमापन सुविधाएँ देती हैं। इन अपर्याप्त गर्भसमापन सुविधाओं के कारण, महिलाएँ अप्रशिक्षित चिकित्सकों के पास जाती हैं, जो कि अक्सर असुरक्षित स्थितियों में किये जाते हैं। असुरक्षित गर्भ समापन ना सिर्फ इन महिलाओं के जीवन को खतरे में डालता है बल्कि यह लम्बे समय के गम्भीर परिणामों से प्रभावित होने की संभावना को बढ़ा देता है, जैसे-अयोग्यता एवं प्रजनन नली के संक्रमण।

श्रीमती गुप्ता ने गर्भसमापन के सन्दर्भ में स्वीकृति के मुद्दे पर भी प्रकाश डाला। अर्थ सिर्फ महिलाओं (जो गर्भसमापन करवाती हैं) की स्वीकृति लेता है एवं अपने मरीज की पूरी गोपनीयता बनाए रखता है। हाँलाकि, इस सम्बन्ध में उन्होंने पूर्व अंकित स्थिति विश्लेषण अध्ययन के बारे में कहा जिसमें सिर्फ 15 प्रतिशत सुविधाएँ ऐसी थीं, जहाँ सिर्फ महिला की सहमति ली जा रही थी (उसके परिवार के सदस्यों, पति आदि के विरोध में)।

अर्थ स्वास्थ्य केन्द्रों पर सुरक्षित गर्भसमापन के लिए आधुनिक गर्भसमापन तकनीकें काम में ली जाती हैं, जो पुरानी सामान्यतः उपयोग में आने वाली तकनीकों की तुलना में सुरक्षित, आसान व कम महँगी हैं। इसके अतिरिक्त, अर्थ स्वास्थ्य केन्द्रों पर सामान्य चेतनाशून्य (एनेस्थीसिया) के स्थान पर मुँह से लिए जाने वाले दर्द निवारकों (एनेलजेसिक्स) का उपयोग होता है (क्योंकि इनके दुष्प्रभाव कम होते हैं एवं समस्याओं का खतरा भी कम होता है)। डी एण्ड सी तकनीक कम सुरक्षित है क्योंकि इसमें दर्द नियन्त्रण अधिक करना होता है एवं इसमें समस्याओं की सम्भावना भी अधिक होती है। इसके अतिरिक्त, उन्होंने कहा कि गर्भसमापन करने वाले कई चिकित्सक डी एण्ड सी को प्राथमिकता देते हैं, जबकि अब गर्भसमापन की अन्य चिकित्सा विधियाँ भी उपलब्ध हैं। यह इसलिए है क्योंकि चिकित्सा महाविद्यालयों में सम्पन्न पूर्व प्रशिक्षणों में नई तकनीकों पर जोर नहीं दिया जाता है, जैसे – मैनुअल वैक्यूम एस्पिरेशन एवं यदि कोई इस तकनीक का उपयोग भी करता है तो वे क्यूरेट (एक धारदार औजार) का उपयोग करते हैं।

## **प्रस्तुतीकरण 2: प्रोफेसर शिव चन्द्र माथुर**

**चिकित्सा तकनीक का बढ़ता उपयोग और चिकित्सा पेशे का नैतिक नियन्त्रण : राजस्थान से अवलोकन**

**प्रोफेसर शिवचन्द्र माथुर** द्वारा राजस्थान राज्य में तकनीक पर चिकित्सा नियन्त्रण के मुख्य मुद्दों पर प्रकाश डाला गया। प्रो. माथुर (स्वतन्त्र स्वास्थ्य सलाहकार एवं पूर्व अध्यक्ष, प्रिवेन्टिव व सोशल मेडिसिन विभाग, एस.एम.एस. चिकित्सा महाविद्यालय, जयपुर) ने अपना प्रस्तुतीकरण राजस्थान में स्वास्थ्य ढाँचे के बारे में बताते हुए आरम्भ किया। उन्होंने राज्य में एन आर एच एम द्वारा सामना की जा रही मुख्य चुनौतियों के बारे में बताया। राजस्थान में एन आर एच एम के लागू होने से जुड़ी समस्याएँ जिसमें अपर्याप्त ढाँचा एवं मानवशक्ति की कमी शामिल हैं। उदाहरणार्थ, प्रो. माथुर द्वारा यह तथ्य बताया गया कि राज्य के एक तिहाई जन स्वास्थ्य केन्द्र सड़क से जुड़े हैं एवं 37 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र ऐसी जगहों पर बने हैं जहाँ पहुँचना कठिन है। फिर भी प्रो. माथुर ने यह इस बात का उल्लेख किया कि सरकार द्वारा स्वास्थ्य के क्षेत्र में अच्छी मात्रा में संसाधन लगाये जा रहे हैं। उन्होंने बताया कि राजस्थान में चिकित्सा विभाग सर्वाधिक मानव शक्ति के अनुसार दूसरे स्थान पर हैं पहले स्थान पर शिक्षा विभाग है। राजस्थान में 325 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र व 1052 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र हैं। यहाँ सार्वजनिक क्षेत्र में 6 चिकित्सा महाविद्यालय एवं 120 अस्पताल हैं एवं निजी क्षेत्र में 3+1 चिकित्सा महाविद्यालय व राज्य की राजधानी जयपुर में अनेक निजी अस्पताल हैं।

राज्य की चिकित्सा सुविधाओं में तकनीक की उपलब्धता में पिछले 3 दशकों के दौरान तेजी से बदलाव आया है। जहाँ 70 के दशक में तकनीक रेडियोग्राफी में सिर्फ एक्स-रे एवं चिकित्सा में सिर्फ ई सी जी तक सीमित थी। वहाँ अब प्रत्येक जिला मुख्यालयों की पैथोलोजी (रोग लक्षण विद्या) प्रयोगशालाओं में कम्प्यूटरीकृत स्वचलितयन्त्र लगे हुए हैं एवं सोनोग्राफी यन्त्र उप जिला स्तर तक पहुँच चुके हैं। राज्य के कई अस्पतालों में लेमिनेटेड वेन्टिलेटर लगाने का काम जारी है।

तकनीक तक पहुँच में वृद्धि प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकार के सन्दर्भ में अवरोध का काम भी कर रहा है विशेष रूप से लिंग चयनित गर्भ समापन के विषय में। राजस्थान में पी सी पी एन डी टी एक्ट के प्रचलन स्थिति के सम्बन्ध में प्रो माथुर ने कहा कि पिछले 3 वर्षों के दौरान प्रत्येक जिले में पूर्ण कालिक कानूनी सलाहकार के साथ विशेष कानूनी सलाहकार भी नियुक्त हैं। उन्होंने बताया कि राज्य में 25 चिकित्सकों को पी सी पी एन डी टी एक्ट के उल्लंघन के लिए, 5 चिकित्सकों को खून खरीदने को बढ़ावा देने के लिये एवं 3 को किसी विशेष दवा कम्पनी को बढ़ावा देने के लिए गिरफ्तार किया जा चुका है। यह सब 2007 से 2010 के मध्य घटित हुआ है।

एन आर एच एम एक अधिकार आधारित तरीका है। इसने सेवा को सुनिश्चित करने की व्यवस्था की है। भारतीय जन स्वास्थ्य तंत्र (आई पी एच एस) जन स्वास्थ्य सेवाओं की सुनिश्चितता और एक नागरिक आधारित पद्धति देता है। राजस्थान में प्रजनन अधिकार के विशेष सन्दर्भ में प्रो. माथुर ने कहा की बाल विवाह/कम आयु में विवाह अधिकार आधारित पद्धति में विशेष रूप से हानिकारक है। बच्चों की जल्दी शादी होने से वे शिक्षा के अधिकार, लैंगिक शोषण से बचने का अधिकार, स्वास्थ्य का अधिकार, आराम का अधिकार एवं रोजगार के अधिकार से वंचित हो जाते हैं।

अन्त में प्रो. माथुर द्वारा प्रदाता के अधिकार पर प्रकाश डाला गया, विशेषकर प्रदाता के लिए सम्मान बढ़ाने उनके कार्य की प्रतिष्ठा एवं चिकित्सा की सामाजिक भूमिका के सन्दर्भ में। उन्होने जोर देकर कहा कि स्वास्थ्य तंत्र समाज का हिस्सा है एवं इससे अलग नहीं है। वह सोचते हैं कि प्रदाता के अधिकारों के लिये कुछ और किये जाने की आवश्यकता है, जैसे, (1) जवाबदेही, (2), विकास, (3) पहचान (जैसे-प्रदाता द्वारा किये गये कार्य) और (4) सुरक्षा, व्यक्तिगत एवं पेशेवर दोनों (पक्की नौकरी के सन्दर्भ में)।

### **प्रस्तुतीकरण 3: डॉ. कबीर शेख, पब्लिक हैल्थ फाउण्डेशन ऑफ इण्डिया, दिल्ली**

**अधिकार करने के लिए अधिकार : छत्तीसगढ़ के ग्रामीण व दूरदराज क्षेत्रों में सेवा दे रहे सरकारी कार्यकर्ताओं के संदर्भ में**

ग्रामीण छत्तीसगढ़ में सरकारी स्वास्थ्य प्रदाताओं पर अपने प्रस्तुतीकरण में डॉ कबीर शेख, असिसटेन्ट प्रोफेसर, पब्लिक हैल्थ फाउण्डेशन ऑफ इण्डिया (दिल्ली) द्वारा स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं पर भी ध्यान केन्द्रित किया गया। शोध मुख्यतः उन चुनौतियों से सम्बन्धित रहा जिनका इन चिकित्सकों द्वारा सामना किया जाता है, एवं साथ ही ऐसी मुश्किल परिस्थितियों में कार्य करने की उनकी प्रेरणा पर भी (जिसमें खराब स्वास्थ्य परिस्थितियाँ, लम्बे समय तक परिवारों से दूर रहना व ऐसी अनिश्चित राजनैतिक अवस्था में रहना जिसमें वे पुलिस एवं विरोधियों के बीच फँस जाते हैं)।

छत्तीसगढ़ की राजनैतिक व्यवस्था का ढाँचा बहुत ही खराब है, एवं डॉ. शेख द्वारा कहा गया कि राज्य में प्रशिक्षित स्वास्थ्य सँभाल प्रदाताओं का अभाव है। उनके द्वारा यह देखा गया कि मातृ एवं बाल स्वास्थ्य की बढ़ोतरी परिवार कल्याण कार्यक्रमों का सर्वाधिक महत्वपूर्ण तत्व रहा है। उन्होंने यह भी बताया कि स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के अभाव में अन्तर्राष्ट्रीय संकट कई देशों की रोगों से लड़ने, जन स्वास्थ्य को बेहतर करने में गम्भीर असर कर रहा है एवं इस खाली जगह को भरने में बड़ी संख्या में अतिरिक्त चिकित्सकों, नर्सों एवं प्रशिक्षित चिकित्सा कर्मियों की आवश्यकता है। विशेषतः डॉ. शेख द्वारा यह भी बताया गया कि ग्रामीण क्षेत्रों में उपयुक्त चिकित्सकीय कार्यकर्ता नहीं है, जबकि वहीं पर उनकी सर्वाधिक आवश्यकता है। योग्य कार्यकर्ता दूर दराज के क्षेत्र में काम नहीं करना चाहते एवं शहरी क्षेत्रों में काम को प्राथमिकता देते हैं। जिसके फलस्वरूप ग्रामीण क्षेत्रों के अधिकतर स्थान रिक्त हैं।

जैसा के पहले देखा गया, इस शोध का उद्देश्य यह समझना था कि योग्य स्वास्थ्य कार्यकर्ता ग्रामीण एवं दूर दराज क्षेत्रों (जैसे – ग्रामीण छत्तीसगढ़) में क्यों रहें एवं काम करें। यह तथ्य जानते हुए कि वे खराब कार्य व्यवस्था को सहन करना होगा, अपने परिवारजनों से लम्बे समय तक दूर रहना होगा एवं ऐसे वातावरण में कार्य करने के परिणामों के साथ संघर्ष करना होगा, जिसमें राजनैतिक हिंसा व उथल-पुथल है। साक्षात्कार छत्तीसगढ़ के 8 कम आमदनी वाले जिलों में किये गए एवं चिकित्सकों द्वारा जो कारण दिये गए उनमें भौगोलिक एवं जातीय समानताओं (बहुत से चिकित्सक उसी स्थान से थे जहाँ वे कार्य कर रहे थे) के साथ साथ समुदाय की सेवा करने की इच्छा भी थी।

डॉ. शेख के अनुसार, इन चिकित्सकों की कार्य अवस्था में सुधार आवश्यक है एवं उन्होंने डॉ. माथुर के समान यह सुझाव दिया कि सेवा प्रदाता के अधिकारों को देखना भी महत्वपूर्ण है। इसके साथ ही नौकरी की सुनिश्चितता, बेहतर कार्य स्थल व्यवस्था, बच्चों के लिए अच्छे विद्यालय, बेहतर घर, निरन्तर प्रशिक्षण एवं कौशल विकास के कार्यक्रम, स्वीकार्यता एवं मान्यता भी देनी चाहिए।

विशेषतः, डॉ. शेख द्वारा निम्न चार क्षेत्र बताए गये हैं जिनमें ग्रामीण छत्तीसगढ़ में चिकित्सकों के अधिकारों की पहचान की जानी चाहिए: सम्मान, कार्य की प्रतिष्ठा एवं बौद्धिक उन्नति, और चिकित्सक की सामाजिक भूमिका की वास्तविकता, प्रदाताओं के अधिकारों को सुनिश्चित करने के लिए यह सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है कि 1) जवाबदेही व्यवस्था को कार्यकर्ताओं के लिए और जवाबदेह बनाना, 2) चिकित्सकों की व्यक्तिगत एवं व्यवसायिक सुरक्षा, 3) उनकी व्यवसायिक रूचि एवं विकास को पोषित करना एवं 4) उन्हें समाज के लिए किये गए महत्वपूर्ण कार्यों के लिए पहचान दिलवाना।

**प्रस्तुतीकरण 4 : डॉ. माया उन्नीथान एवं मंजू शर्मा (ई एस आर सी शोध परियोजना, ससैक्स)**

**मरीज द्वारा प्रसव, गर्भसमापन एवं गर्भ निरोधक के चुनाव पर स्त्रीरोग विशेषज्ञों का दृष्टिकोण (ई एस आर सी शोध परियोजना, ससैक्स)**

डॉ. माया उन्नीथान व मंजू शर्मा के द्वारा मरीजों के अधिकारों के मुद्दों पर जयपुर के विभिन्न संस्थानों में कार्य कर रहे स्त्री रोग विशेषज्ञों के दृष्टिकोण पर प्रकाश डाला गया। परियोजना का यह भाग 5 क्षेत्रों में चिकित्सा प्रदाताओं के विचारों पर केन्द्रित रहा, महिलाओं के प्रसव विकल्पों को चुनने से सम्बन्धित (जैसे—सामान्य, ऑपरेशन, गर्भसमापन, गर्भसमापन तक पहुँच, कौन से तरीके पसन्द करेंगे, जैसे डी एण्ड सी, आई एण्ड ई, गोलियाँ, महिला मरीजों द्वारा बताये गये

गर्भसमापन कराने के कारण, गर्भनिरोधक प्राथमिकता (चिकित्सकों एवं मरीजों की), स्वीकृति के मुद्दे (विशेषकर, चिकित्सक स्वीकृति के बारे में क्या विचार व्यक्त करते हैं एवं वास्तविकता में क्या करते हैं), सरकारी योजनाओं जैसे, सुरक्षित मातृत्व पर विचार।

प्रारम्भिक परिणामों द्वारा यह पता लगता है, कि चिकित्सक प्रसव में मरीजों की पसन्द का ध्यान रखते हैं (सिजेरियन के लिये), गर्भ निरोधकों के लिए चिकित्सक एवं मरीज की प्राथमिकताएँ (आई यू सी डी, कॅंडोम विरुद्ध गोलियाँ व इंजेक्शन) एवं गर्भसमापन पर तरीके एवं प्राथमिकताएँ काफी विस्तृत हैं। यह गर्भसमापन गोलियों से लेकर गर्भसमापन के लिये मना करने तक है। अधिकांश स्त्री रोग विशेषज्ञ इस प्रक्रिया के लिए स्वीकृति इसलिए लेते हैं, जिससे भविष्य में परिवार वालों के साथ किसी प्रकार के टकराव (कानूनी भी) को टाला जा सके।

डॉ. उन्नीथान ने इस शोध के दूसरे भाग के बारे में भी बताया जो इस प्रकार के समान मुद्दों, जैसे प्रसव, गर्भसमापन व गर्भनिरोधक के अधिकारों पर एन जी ओ कार्यकर्ता एवं उनके दृष्टिकोण पर केन्द्रित था। संस्थागत प्रसव, स्थानीय दाई (पारम्परिक नर्स) की भूमिका का महत्व, सुरक्षित गर्भ समापन का महत्व एवं कॅंडोम व नसबन्दी को गर्भनिरोधक के रूप में प्राथमिकता देना। ऐसे मुद्दों पर एन जी ओ कार्यकर्ताओं के विचारों में सहमति पायी गयी।

निष्कर्ष के रूप में, उनके द्वारा चर्चा के लिए कई मुद्दे उठाये गये, जैसे – स्वीकृति के मुद्दों से सम्बन्धित, स्वीकृति प्रक्रिया को सुरक्षित रखना किसका अधिकार है – चिकित्सकों का या मरीजों का ? कई अस्पतालों में चिकित्सा सुविधा एवं चिकित्सा प्रदाताओं की कमी के चलते संस्थागत प्रसव कितने सुरक्षित हैं ?

### **चर्चा एवं प्रश्न-उत्तर सत्र**

#### **डॉ. मीता सिंह, स्वतन्त्र स्वास्थ्य परामर्शदाता**

अपने प्रस्तुतीकरण में डॉ. मीता सिंह द्वारा भी गर्भसमापन पर स्त्री रोग विशेषज्ञों के विचारों पर ध्यान दिया गया। डॉ. मीता सिंह एक चिकित्सक हैं एवं 2001 से स्वास्थ्य क्षेत्र, एच. आई. वी.- एड्स, युवावस्था एवं महिला स्वास्थ्य में जेण्डर संवदेनशीलता की परियोजनाओं से जुड़ी हुई हैं। हाल ही में वे घटते हुए लिंग अनुपात पर भी कार्य कर रही हैं। उन्होंने कहा कि गर्भसमापन अब एक सामान्य शब्द बन गया है और यह प्रक्रिया अधिकतर सामाजिक कारणों से करवायी जाती है, ना कि चिकित्सा कारणों से। गर्भसमापन विशेषकर अविवाहित महिलाओं के मध्य सामान्य है, जो बिना चिकित्सक की सलाह लिए दवा की दुकानों से गर्भसमापन की गोलियाँ खरीदती हैं। बाद में यह अन्य प्रकार की चिकित्सा सम्बन्धित समस्याओं का कारण बनता है, जैसे असमान एवं लम्बे समय तक माहवारी एवं पेट दर्द। डॉ. सिंह के अनुसार, लड़कियों को गर्भसमापन के तरीकों की सही जानकारी होना आवश्यक है। कुछ महिलाएँ झोलाछाप व अनियमित सेवा प्रदाताओं के पास जाकर अपने जीवन को खतरे में डालती हैं (फिर उनकी जान बचाना मुश्किल हो जाता है)

डॉ. सिंह के अनुसार स्त्री रोग विशेषज्ञों की अधिकारों के मुद्दों की पद्धति बहुत अस्पष्ट है— कई चिकित्सकों द्वारा स्वीकृति जैसे मुद्दे विशेष महत्व नहीं रखते हैं। उदाहरण के लिए, स्वीकृति के संदर्भ में, चिकित्सक परिवार के बारे में अधिक चिन्तित रहते हैं कि उनके साथ कोई समस्या ना हो। वे महिला को सम्पूर्ण प्रक्रिया की जानकारी से अवगत नहीं कराते कि उसके साथ क्या होने वाला है एवं इसके क्या विपरित प्रभाव हो सकते हैं आदि ?

उन्होंने गर्भसमापन के विभिन्न तरीकों पर भी चर्चा की एवं यह बताया कि शल्यक्रिया जैसे – डाइलेटेशन व इवैक्यूएशन (डी एवं ई) भी गर्भाशय के कमजोर होने, रक्त बहने, संक्रमण व दर्द का कारण हो सकती है। डॉ. सिंह के अनुसार, परामर्श सेवाओं का प्रबंधन अधिकार आधारित पद्धति के लिए बहुत महत्वपूर्ण है परन्तु समान्यतः चिकित्सक ऐसा करते दिखते नहीं हैं एवं यह मानते हैं कि मरीज के लिये यह निर्णय लेना उन पर निर्भर होना चाहिये।

कुछ चिकित्सकों का कहना है कि पहली तिमाही में होने वाली एम वी ए (मैनुअल वैक्यूम एस्पिरेशन) प्रक्रिया बहुत सरल प्रक्रिया दिखती है, परन्तु वास्तविकता में गर्भधारण किया हुआ गर्भाशय बहुत कमजोर होता है एवं इस प्रक्रिया के दौरान इसको और नुकसान पहुँचाने की संभावना होती है। इसलिए वे ए एन एम द्वारा एम वी ए कराने के विचार से खुश नहीं हैं, एवं चिकित्सकीय गर्भसमापन को प्राथमिकता देते हैं।

हाँलांकि गर्भसमापन गोलियाँ बहुत प्रसिद्ध हो गयी हैं, कई स्त्री रोग विशेषज्ञ यह मानते हैं कि लोगों को इसके विपरीत प्रभाव की अधिक जानकारी नहीं है एवं वे चिन्तित हैं कि यह अब नियमित रूप से उपयोग की जा रही है। यहाँ तक कि इसकी दीर्घकालिक समस्याओं की जानकारी नहीं है, ये शायद हार्मोन की अनियमितता भी हो सकता है।

#### **प्रोफेसर तुलसी पटेल, दिल्ली विश्वविद्यालय :**

प्रोफेसर तुलसी पटेल द्वारा अपनी चर्चा का आरम्भ भारत में प्रजनन एवं मातृ स्वास्थ्य पर लक्ष्य आधारित जनसंख्या नीतियों से अधिक अधिकार आधारित पद्धतियों की ओर हुए बदलाव के ऐतिहासिक स्वरूप से किया गया। उन्होंने बताया कि किस तरह से कायरो में 1994 में आयोजित “जनसंख्या व विकास पर अन्तराष्ट्रीय गोष्ठी” एवं उसी समय पर जेण्डर एवं सामाजिक विकास पर आयोजित अन्य गोष्ठियों ने सरकारों पर जनसंख्या नियंत्रण के माल्थुशियन ढाँचे को अधिक अधिकार आधारित ढाँचे में बदलने के लिये जन दबाव को बढ़ाने में अपनी भूमिका निभाई। सरकार को अति महत्वपूर्ण बल न बनकर लोगों के लिए अधिकार रखने वाले की तरह देखना चाहिए। इस ऐतिहासिक समय से दुनिया ने अधिकार के ढाँचे को अलग प्रकार से देखना आरम्भ किया।

यद्यपि, प्रोफेसर पटेल ने यह भी बताया कि सबूत आधारित चिकित्सा तकनीकों जैसे—अल्ट्रा साउण्ड और प्रक्रियाओं जैसे सिजेरियन ऑपरेशन के द्वारा सरकार ठीक वही कर रही है, जो वह अधिकार आधारित पद्धति से पहले कर रही थी। प्रासविक क्षेत्र से महिलाओं, नर्सों आदि को बाहर कर दिया गया था।

प्रोफेसर पटेल ने जननी सुरक्षा योजना के परिणामस्वरूप संस्थागत प्रसव में हुई वृद्धि के मुद्दे पर भी बात की। दिल्ली में उन्होंने स्वयं एक मामले में 3 महिलाओं को उनके बच्चों के साथ एक पलंग पर पाया। किस प्रकार से इस प्रकार की परिस्थितियाँ घरेलू प्रसव से अधिक साफ—सुथरी कही जा सकती हैं। इस संदर्भ में ऐलोपैथिक तंत्र पर शोध (समाज विज्ञान शोध भी सम्मिलित) में सवाल क्यों नहीं किये जाएं ? वर्तमान में घर एवं संस्था में होने वाली मातृ मृत्यु की अलग—अलग गणना को कोई प्रावधान नहीं है – हमें इन दोनों के बीच अन्तर को समझने के लिए और शोध की आवश्यकता है।

प्रोफेसर पटेल ने दिल्ली के अस्पतालों में सिजेरियन ऑपरेशन पर किये अपने शोध के बारे में भी बताया, जिसमें उन्होंने यह पाया कि जब महिला स्वयं सिजेरियन की माँग करती है तो अस्पताल के दस्तावेजों में उसे महिला की माँग ना दिखा कर उसके कारण दे दिये जाते हैं, जैसे – बच्चे

की दिल की धड़कन कम हो गयी अथवा गन्दा पानी छोड़ दिया गया। उन्होंने बताया कि अपोलो अस्पताल में 60-70 प्रतिशत प्रसव सिजेरियन द्वारा होते हैं। सिजेरियन के संदर्भ में, चिकित्सक बहुत ही कम मामलों में मरीजों को अत्यधिक रक्त स्राव की परेशानियों के बारे में बताते हैं। इस तरह के कुछ मामले रहे हैं जिनमें महिलाओं के सिजेरियन होने के बाद निरन्तर खून चढ़ाया गया है और यहां तक कि उनका हिमोग्लोबिन स्तर भी बहुत कम रहता था।

अन्त में प्रोफेसर पटेल ने प्रजनन स्वास्थ्य व अधिकारों पर होने वाली बहस में व्यक्तिगत अधिकारों एवं निर्णय लेने पर ध्यान देने की आलोचना की। जबकि पश्चिम में व्यक्ति एवं सरकार के मध्य के रिश्ते को सामान्य करने के रूप में अधिकार के पूर्व के कार्य शायद सही हो सकते हैं। भारत में महिलाएं व्यक्तिगत तत्व नहीं हैं वे सुरक्षा के लिए सरकार से अधिक अपने परिवार पर निर्भर रहती हैं। महिलाओं के लिए, विशेषकर, विवाह व परिवार के केन्द्र को पहचानना महत्वपूर्ण है कि कैसे निर्णय लिये जाते हैं एवं यह देखते हुए क्या व्यक्तिगत अधिकारों की बात करना सम्भव है।

### प्रश्न एवं उत्तर सत्र

**प्रोफेसर तुलसी पटेल** द्वारा अर्थ के प्रस्तुतकर्ताओं से उनके क्लिनिक पर गर्भ समापन के लिए जा रही महिलाओं की आयु के बारे में पूछा गया। **पल्लवी गुप्ता** द्वारा उत्तर दिया गया कि वे गर्भ समापन के लिए आने वाली महिलाओं की आयु पूछते हैं। अगर वह 18 वर्ष से ऊपर की है तो उनकी स्वीकृति आवश्यक होती है परन्तु यदि वह 18 वर्ष से कम है तो उसके अभिभावकों की स्वीकृति आवश्यक होती है।

प्रोफेसर तुलसी पटेल द्वारा **कबीर शेख** से उनके अध्ययन में लिये गये अनुसूचित जाति एवं जनजाति के चिकित्सकों का अनुपात पूछा गया क्योंकि उनके अनुभव में चिकित्सकों के लिए उन क्षेत्रों में निजी कार्य करना कठिन हो जाता है, जहां उनकी जाति की पहचान होती है। शायद छत्तीसगढ़ में स्थिति अलग हो। इस पर डॉ. शेख ने कहा कि यह एक कठिन विषय है एवं साक्षात्कार किये गये अधिकतर चिकित्सक निम्न जाति के थे।

**जशोधरा दास गुप्ता** ने कहा कि स्वीकृति का सम्पूर्ण मुद्दा ही समस्याग्रस्त है क्योंकि यह माना जाता है कि कार्य करने वाले को यह पता होगा कि जिसके पास अधिकार है (जैसे चिकित्सक और मरीज) उसके लिए श्रेष्ठ क्या है और इसके फलस्वरूप उसे उनके (जिनके पास अधिकार है) लिए निर्णय लेने चाहिए। वहाँ हमेशा एक चिकित्सकीय विश्लेषण एवं चिकित्सा जानकारी की शक्ति इस पूरे मुद्दे के पीछे होती है। विशेषकर महिलाओं के स्वास्थ्य के मुद्दों के साथ क्या महिलाएं सच में कोई निर्णय ले रही हैं या उनके लिए जो कुछ किया जा रहा है, वह बिल्कुल भी उनके नियंत्रण में है।

**अभिजीत दास** द्वारा माया उन्नीथान से प्रश्न पूछा गया "क्या आपने अधिकार सम्बन्धित प्रश्न सीधे पूछे थे या उनके द्वारा कही गयी बातों को आधार बनाया है। अधिकारों की चर्चा पर चिकित्सकों ने कैसे प्रतिक्रिया दी ? माया उन्नीथान ने जवाब दिया कि परियोजना दल के पास चिकित्सकों एवं मरीजों के अधिकारों पर कई प्रश्न थे जो कि चिकित्सकों से बातों के दौरान सीधे एवं परोक्ष रूप से सामने आये। अधिकतर चिकित्सक अधिकार सम्बन्धित प्रश्नों पर प्रतिक्रिया देने में बहुत सकारात्मक थे। डॉ. उन्नीथान ने कहा कि कुछ चिकित्सक कानूनी प्रक्रिया को लेकर बहुत चिन्तित थे एवं प्रश्नपत्र व स्वीकृति पत्र की प्रति माँग रहे थे। इसके अनुसार यह साफ है कि कुछ प्रश्नों के उत्तर देने में चिन्ता देखी गयी।

डॉ. दास ने प्रोफेसर पटेल को अधिकार के मुद्दे को व्यक्ति विरुद्ध समुदाय के रूप में देखने के लिए धन्यवाद दिया। उन्होंने चिकित्सा कार्य से जुड़े कुछ मुद्दों को उठाया। सर्वप्रथम, जब हम अधिकारों की बात करते हैं, क्या हम निजी स्वास्थ्य प्रदाताओं एवं सरकारी स्वास्थ्य प्रदाताओं की बात समान रूप से कर सकते हैं? सरकारी सेवा प्रदाताओं का सरकार के नीचे कार्य करना एक अलग आयाम है एवं जिम्मेदारियां होना कुछ अलग (निजी प्रदाताओं से)।

दूसरे, संस्थागत प्रसव के संदर्भ में डॉ. दास ने पूछा कि क्या सुरक्षा एवं चुनाव के मुद्दों और अवयव एवं महिलाओं की स्वतन्त्रता के मध्य अन्तर बनाना आवश्यक है? क्या हम संस्थागत प्रसव को संक्रमण नहीं होने की अवस्था के रूप में देख सकते हैं? संक्रमण की अवस्था में, व्यक्तिगत पसन्द एवं सामुदाय के बीच हमेशा तनाव रहता है। डॉ. दास के विचार में जननी सुरक्षा योजना को न्यायालय में ले जाया जा सकता है क्योंकि यह धन के द्वारा दबाव बनाने का मुद्दा है – यदि गरीब लोगों को धन दिया जाये तो उनके पास इस मना करने का रास्ता नहीं रहता।

अन्तिम बिन्दु लिंग चयनित गर्भ समापन एवं सुरक्षा, आवश्यकता व चुनाव के सन्दर्भ में अधिकारों पर केन्द्रित रहा। अगर, आपके पास सम्पूर्ण सुरक्षित लैंगिक चयन है, आप सुरक्षित आयामों के रूप में अधिकारों का उपयोग कर सकते हैं, जो कि सामान्यतः किया जा रहा है (यह कहानी मैंने सुबह अर्थ के प्रस्तुतीकरण में सुनी थी)। दूसरा प्रश्न सामाजिक आवश्यकता विरुद्ध व्यक्तिगत चुनाव का है। जो कि वह अन्तर जिसमें आप मुद्दे को समझते हैं।

**शिव चन्द्र माथुर** ने कहा कि प्रदाताओं की जिम्मेदारियों पर बहुत ध्यान दिया गया, ग्राहकों की जिम्मेदारियों पर ध्यान देना भी महत्वपूर्ण है, जैसे, प्रसव पूर्व जाँच एवं निरन्तर जाँचों के लिए आना। गर्भधारण के बाद चिकित्सा जाँचों के लिए आने के लिए मरीज भी समान रूप से जिम्मेदार है। दूसरा बिन्दु यह है, कि चिकित्सा प्रदाताओं के निजीकरण के साथ इस देश की संरचना में बदलाव हुआ है। निजी चिकित्सकों को ऐसी संस्कृति में ढाला गया है, जहाँ मरीज बहुत सचेत हैं, कि वे बहुत पैसा लगा रहे हैं एवं उन्हें उसका परिणाम शीघ्र चाहिए। पिछले 40 वर्षों में मरीज-चिकित्सक का रिश्ता सार्थक रूप से बदला है।

**हेलन लैम्बर्ट** ने प्रोफेसर पटेल के संस्थागत प्रसव के लिए दिये जा रहे धन की वर्तमान अवस्था के बारे में कहा कि यह उन्हें 80 के दशक मध्य के ग्रामीण राजस्थान की याद दिलाता है; जब उन्होंने अपना शोध किया था। जिसमें स्वास्थ्य कार्यकर्ता, अध्यापक व अन्य 'केस' पाने के लिए हमेशा लड़ते रहते थे (जैसे – नसबंदी)। यदि अब हम इसे अधिकार आधारित पद्धति के साथ देख रहे हैं, तो मुझे लगता है हमें गर्भनिरोधक के अधिकार के बारे में बात करनी होगी। मुझे लगता है हमें अधिकारों की इस एकत्रित चर्चा को पृथक करने की आवश्यकता है, जिसे धरातर पर हो रहे वास्तविक कार्य के रूप में ना देखकर ऊपरी/सतही रूप से देखा जा सकता है। जिसमें महिलाओं स्वयं चुनाव के अधिकार का वास्तविक उपयोग नहीं कर रही हैं (मैं समझती हूँ कि इसे हम पूर्णतः अधिकार समझ रहे हैं किसी प्रकार के चुनाव का उपयोग) – कुछ सामाजिक एवं आर्थिक दबाव हैं जो कि उन्हें किसी विशेष दिशा में जाने को बाध्य कर रहे हैं।

संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने की नीति का आधार 90 के दशक में मातृ स्वास्थ्य पर किये गये शोध एवं कार्य है, जिसमें आपातकालीन प्रासिक मामले की उपलब्धता के महत्व पर जोर दिया गया था। आपातकालीन प्रासिक मामले तक पहुँच को बढ़ावा देने के लिए किये गये कार्य सफलता की कमी को दर्शाते हैं, इसलिए यहाँ से एक बदलाव हुआ, जो मुख्य रूप से कहता है, कि “हमें बस महिलाओं को संस्थाओं तक लाने की आवश्यकता है – हम यह अनुमान नहीं लगा सकते कि कौन सी महिला खतरे में है” और स्वाभाविक रूप से यह तब काम करेगा, जब आपके

पास उन संस्थाओं में अच्छी, गुणवत्तायुक्त देखभाल हो। मेरे अनुसार संस्थान सम्बन्धित मातृ मृत्यु को प्रस्तुत करने पर भी कार्य किये गये हैं, उनमें प्रसव पश्चात् बहुत अधिक महत्वपूर्ण है।

कोई भी अधिकारों के विरुद्ध नहीं हो सकता, जैसे कि कौन कहेगा कि वे "सबूतों" के विरुद्ध हैं, समान रूप से कौन कहेगा कि वे "अधिकारों" के विरुद्ध हैं। इसका मतलब जो काम आप (डॉ. उन्नीथान को सम्बोधित करते हुए) कर रहे हैं, वह लोगों द्वारा दी गयी प्रतिक्रियाओं को अलग-अलग करने में महत्वपूर्ण है। एवं धरातल पर वास्तविक बदलाव लाने के उस चर्चा का क्या उपयोग हो रहा है।

**जशोधरा दासगुप्ता** ने अभिजीत दास द्वारा निजी व सरकारी प्रदाताओं के प्रश्न को संबोधित करते हुए कहा कि, भारत के कई राज्यों के ग्रामीण संस्थानों में 'आपातकालीन प्राथमिक देखभाल' कहीं भी उपलब्ध नहीं है। ऐसे में यदि प्रसव के समय या किसी परेशानी के समय कोई महिला ग्रामीण स्तर पर है जहाँ पर कोई सुविधा नहीं है तो ऐसे में उसे कहीं तो जाना पड़ेगा और जिला अस्पताल उसे भर्ती करने को तैयार नहीं है तो उसे निजी अस्पताल में ही जाना पड़ेगा।

यह एक असफलता है, गरीब लोगों को उनकी पहुँच एवं वहन करने लायक गुणवत्ता युक्त सुविधा उपलब्ध कराने में। यह एक समस्या है, जिसके कारण कई महिलाएँ व गरीब परिवार निजी संस्थानों में जा रहे हैं, जब हम अधिकारों, जवाबदेही एवं उपयोगकर्ताओं-प्रदाताओं के रिश्तों की बात करते हैं तो इस पर ध्यान दिया जाना आवश्यक है।

प्रोफेसर माथुर यह आपकी बात को भी समाहित करता है, जिसमें आपने कहा था कि यह महिला की जिम्मेदारी है कि वह गर्भधारण के बाद आवश्यक जाँच करवाये। सर्वप्रथम, मैं पक्के तौर पर नहीं कह सकती कि गर्भधारण सहमति या सोच समझ कर किया गया है। (ब), मुझे नहीं लगता कि महिलाओं को आने जाने का अधिकार है। (स), मुझे नहीं लगता कि महिला की पहुँच एवं वहन कर सकने की दूरी में योग्य व्यक्तियों वाले स्वास्थ्य केन्द्र उपलब्ध हैं। (द), यदि वहाँ स्वास्थ्य केन्द्र हैं भी, तो उससे पैसे माँगे जाते हैं, जो अपने आप में ही उस महिला के लिए बुरा कारक है, जो बहुत कम दैनिक मजदूरी कमा रही है। इस दौरान जब वह परेशानियों को बढ़ा लेती है एवं उसका परिवार उसे स्वास्थ्य केन्द्र लेकर जाता है, तो उसे इस तरह के आरोपों को सामना करना पड़ता है कि "तुम गैर-जिम्मेदार थीं"। और मुझे आश्चर्य होता है कि यहाँ पर गैर-जिम्मेदार कौन था ? यहाँ हम कौन सी महिला की बात कर रहे हैं ? मुझे लगता है कि हम यह अनुमान लगा रहे हैं, कि सभी महिलाएँ शिक्षित हैं, सम्पन्न हैं, विचरण कर सकती हैं, एवं शाम को वे कार्य पूरा हो जाने के बाद निजी चिकित्सक के पास जाने के लिए स्वतन्त्र हैं। परन्तु कई महिलाएँ दिन में अपने कार्य से समय नहीं निकाल सकतीं। यह बताने की आवश्यकता नहीं है कि उन्हें अनुपस्थित होने की अनुमति नहीं है क्यों कि जहाँ वे काम करती हैं वहाँ उन्हें मातृत्व के लाभ नहीं मिलते हैं। यह जागरूकता का अभाव नहीं है, यह पहुँच का अभाव है। देश के सभी भागों में उपयुक्त संख्या में प्रदाता उपलब्ध नहीं हैं।

**मोहन राव** द्वारा डॉ. माया उन्नीथान से उन दो चिकित्सकों के बारे में पूछा गया, जिनके बारे में उन्होंने अपने प्रस्तुतीकरण में बताया था कि वे गर्भसमापन को अमानवीय मानते हैं। उन्होंने कहा कि यह भारत में एकदम असाधारण विचार है – इन चिकित्सकों का जेण्डर, धर्म एवं जाति क्या थी ? उन्होंने यह भी पूछा कि एन जी ओ के लिए सेम्पलिंग कैसे की गयी। दोनों ही संदर्भों में कि कैसे एन जी ओ चुने गये एवं कैसे उनमें काम करने वाले कार्यकर्ता चुने गये। अन्त में, डॉ. राव द्वारा इस परिणाम पर और जानकारी चाही गयी, जिसमें डॉ. उन्नीथान ने अपने प्रस्तुतीकरण

में यह बताया गया था कि एन जी ओ कार्यकर्ताओं में सरकारी व निजी अस्पतालों में संस्थागत प्रसव की प्राथमिकता में जेण्डर के आधार पर अन्तर पाया गया था।

डॉ उन्नीथान द्वारा डॉ. राव के प्रश्नों का उत्तर देते हुए बताया गया कि जिन स्त्री रोग विशेषज्ञों ने गर्भसमापन को 'अमानवीय' बताया था, उनमें से एक पुरुष था (एकमात्र पुरुष स्त्री रोग विशेषज्ञ, जिनका परियोजना दल द्वारा साक्षात्कार किया गया)। मन्जू शर्मा द्वारा बताया गया कि स्त्री रोग विशेषज्ञों को खुलकर बातें करवाना बहुत कठिन लग रहा था। इसलिये उनके द्वारा स्नोबॉल सेम्पलिंग तकनीक अपनायी गयी। इसमें उन्हें साक्षात्कार किये गये चिकित्सकों द्वारा दूसरे सम्भावित उत्तरदाताओं के पास भेजा गया। कैरोलाइन हाइटमेयर द्वारा मोहन राव के अन्तिम प्रश्न के उत्तर में कहा गया कि शोध दल द्वारा प्रारम्भिक उपकल्पना में संस्थागत प्रसव के लिए सरकारी व निजी अस्पतालों की प्राथमिकता में जेण्डर असमानता इस तथ्य पर आधारित थी कि महिलाओं के उत्तर उनके स्वयं के अनुमानों के आधार पर होंगे, वहीं पुरुषों के उत्तर सैद्धान्तिक नियमों पर आधारित होंगे।

**तुलसी पटेल :** सुरक्षा, जिम्मेदारी, आवश्यकता एवं जवाबदेही के प्रश्न पर प्रोफेसर पटेल ने कहा कि अधिकारों के प्रश्न के साथ आपको उस सन्दर्भ पर ध्यान देना पड़ेगा, जिसमें चिकित्सा सुविधाएँ दी जा रही हैं। उदाहरण के लिए, सरकारी अस्पताल में काम करने वाला चिकित्सक सामान्य रूप से निजी अस्पताल के लिए भी कार्य करता है या किसी चिकित्सा महाविद्यालय में प्रोफेसर के रूप में कार्य करता है। साथ में, चिकित्सा विद्यालयों में इन चिकित्सकों को दी जा रही शिक्षा पर भी ध्यान देना महत्वपूर्ण है, जो कि ना सिर्फ बहुत महंगी है बल्कि यह भी सिखाती है कि सभी अवस्थाएँ चिकित्सा स्रोतों द्वारा ठीक की जा सकती है। तभी तो, जब जमैका में विश्व बैंक के सभी स्रोत समाप्त हो गए एवं वहाँ अस्पतालों में कोई दवाएँ या उपकरण नहीं थे। महिलाएँ बच्चों को जन्म देने के लिए अस्पतालों में आ रही थी क्योंकि उनके पास जाने के लिए दूसरी जगह नहीं थी क्योंकि वहाँ समाज में बच्चे को जन्म देने के कौशल का अभाव हो चुका था।

## **सत्र 2 : अधिकारों का प्रसार एवं बोध : अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों की भूमिका**

अध्यक्ष : डॉ. शोभिता राजगोपाल, विकास अध्ययन संस्थान, जयपुर

**प्रस्तुतीकरण 1 :** डॉ. मोहन राव, सामाजिक चिकित्सा एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, जवाहर लाल नेहरू, विश्वविद्यालय, दिल्ली

### **“सांप और सीढियाँ” भारत की जनसंख्या नीतियाँ**

डॉ. मोहन राव द्वारा अपना प्रस्तुतीकरण इस विचार का खण्डन करते हुए आरम्भ किया गया कि जनसंख्या नीतियों में एक वास्तविक बदलाव रहा है, जो जनसंख्या सम्बन्धी (एक मुद्दे पर केन्द्रित) विचार से अधिक आधारित पद्धति तक रहा है। उन्होंने इस बात पर बहस की कि यहाँ तक कि आई सी पी डी, कायरो (1994) में भी आधारभूत विचार शोध छात्रों के सिद्धान्तों पर आधारित थे, जैसे प्रोफेसर होमर डिकसन। जिन्होंने जनसंख्या वृद्धि (विकासशील देशों में), नस्लीय/जातीय संघर्ष एवं पर्यावरणीय दुर्दशा में मध्य तक स्पष्ट सम्बन्ध के लिए बहस की थी।

पाठ्य सामग्री (संदर्भ) बताती है कि अमेरिका/मे रीगन एवं बुश कार्यकालों के दौरान गर्भ समापन विरोधी मुद्दों के बढ़ने के कारण “जनसंख्या नियंत्रण में लगे कई समूहों जैसे यू एन एफ पी एए अन्य यू एन समूह एवं पॉप्युलेशन काउंसिल को अपने पर कतरते दिखने लगे। यह कुछ महिला समूहों पर्यावरण संगठनों एवं कुछ सुरक्षा सम्बन्धी सोच रखने वाले लोगों के साथ मिलकर

किया गया एवं इसी तरह अन्ततः कायरो सहमति लागू हो गयी थी। कायरो के बाद, आर्थिक प्रतिबद्धता प्राथमिक रूप से एच आइ वी-एड्स व परिवार नियोजन पर हो गयी।

डॉ. राव ने कहा कि आज भारत में पश्चिम की तरह नैतिकता के आधार पर लोगों को एकत्रित करने के प्रयास किये जा रहे हैं, जिसमें हम हमारे देश में महिलाओं की यौनिकता को नियंत्रित एवं निर्देशित करते हैं। उदाहरणार्थ – हिन्दुत्व में एम टी पी पर विरोधी होता है।

आगे डॉ. राव ने कुछ कानूनों के बारे में बताया जो कि परिवार नियोजन को बढ़ावा देने के लिए विभिन्न भारतीय राज्यों में पास हुए।

डॉ. राव ने कहा कि यह महत्वपूर्ण है कि हम सरकार को एक संस्थान के रूप में सोचें, जिसे महिलाओं की सुरक्षा करने की आवश्यकता है। यह विशेषकर 90 के दशक के बढ़ते हुए धार्मिक कट्टरवाद के साथ सत्य है और साथ-साथ महिलाओं के विरुद्ध होने वाली हिंसा में वृद्धि, विशेषकर दलित महिलाएं, दहेज हिंसा, लिंग चयनित गर्भ समापन एवं बाहर (दूसरे क्षेत्र) से पत्नियों को आयात करना। हरियाणा, जहां पत्नियां उड़ीसा एवं पश्चिम बंगाल से आयात की जाती है, महिला को 'कमतर पत्नी' माना जाता है, जिसकी कुछ बार एक से ज्यादा 'कमतर पति' से शादी की जाती है। इस संदर्भ में हमें हमारी चर्चा को अधिकार एवं जनसंख्या नीतियों पर रखना चाहिए।

## **प्रस्तुतीकरण 2 : डॉ. अनिल अग्रवाल (यूनीसेफ, जयपुर)**

### **राजस्थान में स्वास्थ्य व अधिकार पर सरकार का संयुक्त राष्ट्र संस्थाओं के साथ सामन्जस्य**

डॉ अनिल अग्रवाल (स्वास्थ्य अधिकारी, राजस्थान राज्य कार्यालय, यूनिसेफ) ने अपने प्रस्तुतीकरण में अपने वर्तमान कार्य के बारे में बताया जो कि बच्चों के अधिकार उठाने से सम्बन्धित है। यूनिसेफ सरकार के साथ एवं बच्चों के अधिकार पर संयुक्त राष्ट्र घोषणा में हस्ताक्षरकर्ता के रूप में भारत की वचनबद्धता को रखने के लिए कार्य करता है। अपने घोषणापत्र को ध्यान में रखते हुए, यह अपना कार्य बच्चों को एक अधिकार ग्राही के रूप में देखकर करते है। आगे, डॉ. अग्रवाल ने भारतीय संविधान (धारा 39 ई एवं 39 एफ) का उल्लेख किया, जिसमें उन्होंने बच्चों के कल्याण को प्रोत्साहित करने में सरकार की जिम्मेदारी की बात कही। उनके शारीरिक स्वास्थ्य के साथ-साथ वे "बच्चों के स्वास्थ्य को विकसित करने, बचपन को बनाए रखने, स्वतंत्रता और गरिमा के लिए सुविधाएं देते हैं, आप शोषण, नैतिक व भौतिक परिकल्याण के खिलाफ सुरक्षित हैं।" 2008 में यू एन समितियों के अभिसरण से संयुक्त राष्ट्र विकास सहायता 2008-2012 की रूपरेखा के परिणामस्वरूप 11 वे पंचवर्षीय कार्य योजना में यमनिसेफ और भी नजदीक आ गया है।

डॉ अग्रवाल ने यूनिसेफ के राज्य सरकार को सहयोग देने के कार्यों के बारे में बताया कि वे कार्यों के संचालन में साथ काम करते हैं फिर कार्यों को पूरे राज्य में लागू कराने के लिए तकनीकी सहायता प्रदान करते है, एम जी डी के लिए भारत के लक्ष्यों के संदर्भ में। इस संदर्भ में यू एन समितियों की पहली प्राथमिकता होती है "महिलाओं और लडकियों जैसे पिछड़े लोगों के लिए सामाजिक, आर्थिक तथा राजनैतिक हिस्सेदारी।" बच्चों के अधिकारों के माध्यम से यूनिसेफ महिलाओं की ओर ध्यान केन्द्रित करता है। हाँलांकि डॉ अग्रवाल ने ये भी बताया कि एक संस्था होने के नाते यूनिसेफ और जिन बच्चों को फायदा पहुँचाना है, उनके मध्य काफी दूरी है।

डॉ अग्रवाल ने आगे यूनिसेफ के उन कदमों के बारे में बताया जिनमें उनकी रणनीति यू एन मानवाधिकार सिद्धांतों (सार्वभौमिकता, अविभाज्यता, जवाबदेही, पारदर्शिता, परस्पर निर्माता और परस्पर संबंधता) तथा बाल अधिकारों के दृष्टिकोण को विकसित करता है। बच्चों (सी आर सी) के अधिकारों पर यू एन सम्मेलन के विशेष संदर्भ में उन्होंने अनुच्छेद 2 (गैर-भेदभाव), अनुच्छेद 3 (बच्चों का सर्वोत्तम हित), अनुच्छेद 6 (जीवन के अस्तित्व, विकास का अधिकार), अनुच्छेद 12 (बच्चे के संदर्भ में भाग लेना) का उल्लेख किया।

बच्चों की मृत्यु दर (तीन भागों, उपनवजात मृत्यु दर, शिशु मृत्यु दर व पाँच साल के अंदर के बच्चों का मृत्यु दर)के संदर्भ में स्वास्थ्य संकेतक मुख्यतः अनुसूचित जाति, अनुसूचित जनजातियों में निचले स्तर पर हैं, यूनिसेफ ने इन समूहों (विशेष रूप से महिलाओं और बच्चों पर) के बीच असमानता को कम करने का प्रयास कर रहा है। संगठन सीधे तौर पर “देखभाल की निरन्तरता” के सिद्धांत पर कार्य कर रहा है, जैसे— गर्भवती माता और बच्चे के जीवन चक्र पर ध्यान केन्द्रित करके स्वास्थ्य संकेतकों में सुधार ला रहे हैं (माता के किशोरावस्था तथा पूर्व गर्भावस्था चरण से लेकर लड़के/लड़की के बचपन तक)

यूनिसेफ पिछड़े समूहों पर कार्य करके स्वास्थ्य संकेतकों (जैसे बाल व मातृ मृत्यु दर, टी एफ आर, मलेरिया और तपेदिक से मृत्यु तथा दवाईयों का उपयोग) में सुधार करके बच्चों के अस्तित्व के अधिकारों का समर्थन करता है। इसके द्वारा राज्य, जिले तथा समुदायों में एन आर एच एम के प्रभावी प्रबंधन (लेखन और निगरानी प्रणाली) को बेहतर बनाया जाता है। जिसमें विशेष रूप से वंचित और बहिष्कृत समूहों पर ध्यान दिया जाता है। इसके अतिरिक्त ये गुणवत्ता सेवाएं उपलब्ध व उपयोगी बनाने, जो कि बहिष्कृत समूह (विशेषतः महिलाओं और बच्चों के द्वारा) कि लिए कार्य करते हैं।

डॉ अग्रवाल के अनुसार स्वास्थ्य सेवाएं देने में यूनिसेफ और दूसरी संस्थाओं के द्वारा जिस चुनौती का सामना किया जाता है, वह है समुदायों में जागरूकता की कमी : यहाँ तक कि अगर आप सेवा उपलब्ध कराते हैं, तो आपको समुदाय का व्यवहार बदलना होगा ताकि वे वास्तव में इन सेवाओं का उपयोग कर सकें। ‘ये एक दुविधा है – अगर हम अधिकारों की बात करते हैं, लोग उन सेवाओं को ही उपयोग नहीं करते।

### प्रस्तुतीकरण 3 : सुनील जेकब (यू एन एफ पी ए, जयपुर)

#### ‘राजस्थान में स्वास्थ्य व अधिकार पर यू एन एफ पी ए के कार्य’

श्री सुनील जेकब, जो राजस्थान में यू एन एफ पी ए के राज्य प्रतिनिधि हैं, ने अपने शुरुआत संगठन के घोषणापत्र तथा प्रजनन अधिकारों (आई सी पी डी एवं आई सी पी डी +5) कि अभियान के इतिहास से की। 1997 से यू एन एफ पी ए तथा अन्य यू एन संस्थाओं ने अपना ध्यान “जरूरत आधारित पद्धति” (जिसमें लाभार्थी की बुनियादी जरूरतों की पहचान की जाती थी और उसका समर्थन करने के लिए सेवा प्रदान की जाती थी) से अधिकार आधारित पद्धति की ओर केन्द्रित किया है।

श्री जेकब ने अधिकार आधारित पद्धति की परिभाषा प्रत्येक मनुष्य को एक व्यक्ति और अधिकार धारक, स्वतंत्रता की सुरक्षा, अच्छे जीवन तथा गरिमा बनाए रखने की आवश्यक सिद्धांतों तथा मानकों के अंतर्गत कार्य करने के रूप में पहचान कर की। अधिकार आधारित पद्धति के अनुसार सरकार और संस्थाओं के तीन तरह के दायित्व हैं – सम्मान, सुरक्षा और कार्य पूरा करना। साथ

ही अधिकार आधारित पद्धति के द्वारा व्यक्तिगत रूप में तथा शक्तियों/प्रभावों के तंत्र के मध्य एक संबंध स्थापित किया जाता है तथा जवाबदेही की गतिशीलता को बनाया जाता है। अंत में हस्तक्षेपों तथा रणनीतियों के द्वारा समानीकरण, सशक्तिकरण, भागीदारी और जवाबदेही को बढ़ावा देना चाहिए।

श्री जेकब ने मातृ, प्रजनन, लैंगिक स्वास्थ्य के संदर्भ में अधिकार आधार पद्धति को विस्तारित किया। यू एन एफ पी ए के अनुसार प्रजनन अधिकार निम्न तथ्यों को बताते हैं—

- महिला तथा पुरुष के लिए पूरे जीवन चक्र के दौरान प्रजनन स्वास्थ्य को स्वास्थ्य के सभी घटकों के साथ रखना
- प्रजनन संबंधी निर्णय, जिनमें शादी, परिवार निर्माण, बच्चों की संख्या, समय तथा अंतर एवं जानकारी तक पहुँच का अधिकार और स्वेच्छा से चुनाव के आवश्यक तरीके शामिल हैं
- महिला पुरुष की समानता व समता
- यौन तथा प्रजनन सुरक्षा

यू एन एफ पी ए प्रजनन अधिकारों को बढ़ावा देने के लिए जो रणनीतियाँ अपनाता है, वे हैं, दोनो लिंगों को समान मानना, संस्कृति में संवेदनशील हस्तक्षेप, स्थानीय कार्यकर्ताओं के साथ समझौते एवं पैरवी। इसी के साथ वे अपने कार्य कई स्तरों में करते हैं : नीती बनाने वालों से लेकर पिछड़े समूहों के साथ, धार्मिक नेता (धर्मगुरु), द्विभागी—बहुभागी समूहों तथा सार्वजनिक और निजी संस्थाओं के साथ। इससे भी अधिक, यू एन एफ पी ए के कार्य यह सुनिश्चित करते हैं कि ये “संस्कृति संवेदनशील” हैं। कार्यक्रम स्तर पर, प्रजनन अधिकारों को बढ़ाने के लिए यू एन एफ पी ए के कार्यों को 6 श्रेणियों में बाँटा जा सकता है — प्रजनन स्वास्थ्य सुरक्षा को बढ़ाना, मातृत्व को सुरक्षित बनाना, लिंग समानता बढ़ाना, एच आइ वी—एड्स को बढ़ने से रोकना, लिंग आधारित हिंसा को पहचानना तथा किशोरों और युवाओं को समर्थन देना।

#### प्रस्तुतीकरण 4 : नवीन नारायण, एक्शन एड

**“अधिकार आधारित पद्धति को गरीबी उन्मूलन एवं विकास में चलाना : लोग उनके अधिकार की मांग कर रहे हैं”**

नवीन द्वारा एक्शन एड का परिचय “गरीबी विरोधी संस्था” के रूप में दिया गया जो अभी 44 देशों में कार्य कर रही है और भारत में 1972 से सक्रिय है। अभी इसके कुल 12 क्षेत्रीय कार्यालय हैं जो 25 राज्यों व 3 केन्द्र शासित प्रदेशों के काम को देखते हैं। संगठन का मुख्य उद्देश्य समाज में नैतिक आधार बनाने के साथ-साथ जाति, वर्ग, जेण्डर, धर्म आदि पर ध्यान दिये बगैर सभी व्यक्तियों के अधिकारों को संरक्षण व बढ़ावा देना है। संगठन की प्रकृति का एक मुख्य तत्व यह है कि गरीबी एवं मानवाधिकार उल्लंघन के मध्य एक सीधा सम्बन्ध है जो कि किसी के अधिकार की माँग/पहचान की प्रक्रिया में ‘असमान शक्ति गतिकी’ का परिणाम होता है।

नवीन के अनुसार एक्शन एड अधिकार आधारित पद्धति को सरकार व नागरिकों के बीच रिश्ते को परिभाषित करने के रूप में देखता है और सभी व्यक्तियों को व्यवहार के लिए न्यूनतम मानक प्रदान करता है, जो एक व्यक्ति को जाति, वर्ग, लिंग, आयु या अन्य किसी अन्तर पर ध्यान दिये बगैर हमेशा के लिए प्रतिष्ठा के साथ जीवन जीने के लिए सक्षम बनाता है। साथ में, अधिकार आधारित पद्धति के पीछे का वैचारिक ढाँचा मानव विकास पर आधारित है, जो कि मानवाधिकार को बढ़ाने व सुरक्षित करने एवं अन्तर्राष्ट्रीय मानवाधिकार मानकों पर आधारित है एवं इसे विकास की योजना, नीतियों व प्रक्रियाओं को जोड़ता है।

एक्शन एड यह मानता है, कि मानवाधिकारों का हनन समाज में बसी सामाजिक, राजनैतिक व आर्थिक असमानता के कारण होता है, जहाँ सभी स्तरों पर अमीर व ताकतवर संरचनात्मक रूप से लाभदायक संसाधनों पर एकत्रित व सार्थक नियंत्रण द्वारा गरीब व बहिष्कृत के अधिकारों को नकारता है। वास्तव में संगठन द्वारा वंचित लोगों (महिलाएँ, दलित, मुस्लिम, आदिवासी आदि) के अधिकारों पर ध्यान दिया जाता है एवं नेटवर्क में शेष समूहों से स्वयं को अलग कर लिया जाता है, उदाहरण के लिए, खाने के अधिकार के कार्य में। राजस्थान में इसके कार्य के विशेष संदर्भ में, वर्तमान में एक्शन एड जिन अभियानों पर काम कर रहा है उनमें घटते हुए लिंगानुपात, आदिवासी स्वयं सहायता शासनए खाने का अधिकार आन्दोलन, दलितों की प्रतिष्ठा का अधिकार, कठिन परिस्थितियों में रहने वाले बच्चों के लिये लड़ना एवं बहिष्कृत समुदायों के पूर्ण नागरिक अधिकारों को बढ़ाना, जैसे-जोगी।

नवीन जी ने आगे बताया कि जिस तरह से एक्शन एड अपने कार्य में अधिकार आधारित पद्धति अपनाता है एवं ऐसा करते हुए कैसे वे पिछड़े हुए लोगों के जीवन को बढ़ाते है। संगठन मानवाधिकारों को तीन मुख्य श्रेणियों में बाँटता है : जन व राजनैतिक अधिकार; आर्थिक, सामाजिक व सांस्कृतिक अधिकार और एकीकृत (एक साथ) अधिकार। मानवाधिकार को बढ़ावा देने के लिए कई रणनीतियाँ अपनाते हैं, इसमें सम्मिलित है :

- महत्वपूर्ण चेतना को आयोजित एवं जागृत करना
- लोगों की आवश्यकताओं पर अधिकारों की परह ध्यान देना, जिसे वे माँग सके : परेशानी व दुःख के दौरान
- गरीब व बहिष्कृत लोगों की भागीदारी व क्रिया को सुनिश्चित करना
- शक्ति के मुद्दों पर ध्यान केन्द्रित करना
- प्रत्येक स्तर पर लोकतंत्र में गहराई हीना
- सरकार (गैर सरकारी कार्यकता भी) को इस विश्वास में जवाबदेह बनाए रखना कि सरकार प्राथमिक कार्य धारक है।

नवीन के अनुसार, जिन चुनौतियों का सामना एक्शन एड अपने कार्य में करता है, उनमें भारत में लोकतंत्र का सिकुड़ता स्थान, इस बात का आभास कि दी गई शक्तियों में ज़िम्मेदारी तो है पर जवाबदेही नहीं, अधिकारों को मामूली शक्ति मान लेने का विश्वास, सरकार व उसके तंत्र का गैर ज़िम्मेदार अभिवृत्ति एवं सरकारी अधिकारियों की जवाबदेही सुनिश्चित करने वाले कानूनों का अभाव। इसके अतिरिक्त, पंचायतीराज प्रणाली में विरोधी नेता की अनुपस्थिति भी जमीनी स्तर के लोकतंत्र को कमजोर बनाती है, विशेषकर जब स्थानीय सरकारी कार्यक्रमों को लागू करने की बात आती है (उदाहरण, गरीबी रेखा से नीचे रह रहे लोगों की पहचान करना)।

### प्रस्तुतीकरण 5 : डॉ. कैरोलाइन हाइटमेयर (ई एस आर सी शोध परियोजना, सक्सैस)

डॉ. कैरोलाइन हाइटमेयर द्वारा राजस्थान में स्वास्थ्य व अधिकार के क्षेत्र में कार्य कर रहे अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों की भूमिका पर प्रकाश डाला गया, जिन्हें ई एस आर सी शोध परियोजना के दौरान लिया गया था। शोध का यह भाग मुख्यतः तीन अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों के राजस्थान राज्य कार्यालयों पर केन्द्रित था। यू एन एफ पी ए, यूनीसेफ एवं एक्शन एड। शोध का केन्द्र उन समानताओं और विभिन्नताओं पर था, जिसमें बहु भागीय और द्विभागीय संस्थाएँ राजस्थान में प्रजनन, मातृ एवं लैंगिक स्वास्थ्य के अपने कार्यों में अधिकार आधारित पद्धति का उपयोग करते हैं।

तीन मुख्य संरचनाओं/ढाँचों द्वारा यह तुलनात्मक अध्ययन किया गया कि किस प्रकार से ये तीन अन्तर्राष्ट्रीय संगठन स्वास्थ्य में अधिकार आधारित पद्धति को काम में लेते हैं। सर्वप्रथम, शोध दल द्वारा विभिन्न तरीकों का विश्लेषण किया गया जिसमें उनके घोषणा पत्र व कार्यों में अधिकार सम्मिलित है। बहुभागीय संस्थाओं के रूप में, यूनीसेफ व यू एन एफ पी ए अधिकारों की एवं विशेष समझ को ही मानते हैं, जैसी संयुक्त राष्ट्र संघ के प्रपत्र में कही गयी है। हाँलाकि, यूनीसेफ बच्चों के अधिकारों की संयुक्त राष्ट्र संगोष्ठी (सी आर सी) पर परिणाम आधारित पद्धति अपनाता है। प्रजनन स्वास्थ्य से जुड़े मुद्दों, जैसे घरेलू हिंसा अधिकार के एवं लिंग चयनित गर्भ समापन पर यू एन एफ पी ए का ज्यादा झुकाव आई सी पी डी एवं आई सी पी डी +5 पर है। असमान रूप से, अधिकार आधारित कार्य के लिए एक्शन एड बहुत अलग तरीका अपनाता है : वे इसे विशेषकर बहिष्कृत/वंचित समुदायों से जोड़कर संघर्ष, एकत्रित करना, एकजुट करना एवं सामाजिक न्याय का नाम देते हैं।

आगे, डॉ. हाइमेटर ने विभिन्न तरीकों के बारे में बताया, जिसमें ये तीन संगठन सरकार व एन जी ओ के साथ सामंजस्य बैठाते हैं। यूनीसेफ सरकार के साथ अपने निकट सामन्जस्य के संदर्भ में धुरी के सिरे पर खड़ा है (उसकी "पसन्द के भागीदार" के रूप में), जबकि यू एन एफ पी ए व एक्शन एड की तुलना में यह एन जी ओ के साथ कम सामन्जस्य बनाये हुए है। यू एन एफ पी ए व एक्शन एड सरकार के साथ कुछ कम जुड़े हुए हैं। डॉ. हाइमेटर द्वारा इन संगठनों द्वारा किये गये मातृ एवं प्रजनन स्वास्थ्य कार्यों के बारे में बताया गया। यूनीसेफ के सीधे स्वास्थ्य कार्यों से लेकर यू एन एफ पी ए के पैरवी के कार्यों से लेकर एक्शन एड के महिलाओं (अधिकार रखने वाले) के साथ स्वास्थ्य के संदर्भ में सामान्य अधिकार पद्धति के कार्य।

शोध से तीन मुख्य मुद्दे निकल कर आये, जिन्हें डॉ. हाइमेटर द्वारा चर्चा के लिए उठाया गया। सबसे पहले, किस हद तक एक आन्दोलनकारी संगठन नीति निर्माण को प्रभावित कर सकता है, जब वह अधिकार आधारित संघर्ष को अपने प्राथमिक ढाँचे के रूप में अपनाता है। दूसरा प्रश्न इस बात पर केन्द्रित था कि क्या एक अन्तर्राष्ट्रीय संगठन व सरकार के मध्य निकट सम्बन्धों के लिए उसके अधिकार आधारित पद्धति में बदलाव की आवश्यकता है। अन्त में, अन्तर्राष्ट्रीय संगठन विपरीत बातों की परिस्थितियों में कैसे निर्धारित करते हैं कि किसके अधिकारों को सहयोग देना है (जैसे ग्रामीण दाई एवं स्किल्ड बर्थ अटेन्डेन्ट के संदर्भ में)।

## चर्चा

**शिव चन्द्र माथुर** द्वारा मोहन राव से यह पूछा गया कि क्या उनके अध्ययन में विभिन्न राज्यों के मध्य व राष्ट्रीय जनसंख्या नीतियों के साथ किसी सम्बन्ध को देखा गया है जबकि राजस्थान की जनसंख्या नीति राष्ट्रीय जनसंख्या नीति से भी पहले बन गयी थी। अनिल अग्रवाल से उन्होंने कहा कि वे व्यक्तिगत तौर पर महसूस करते हैं कि यू एन समूहों को अनुसूचित जाति-जनजाति के सदस्यों की अपेक्षा आर्थिक रूप से पिछड़े समूह के लोगों के लिए मध्यस्थता करनी चाहिए। यू एन एफ पी ए के लिए सुनील जेकब ने प्रस्तुतीकरण में बताया कि उनका समूह राजस्थान में कई दशकों से कार्य कर रहा है। यह तथ्य देते हुए कि सरकार की संस्थागत याददाश्त बहुत कमजोर है, उन्होंने पूछा कि उन्होंने सरकार के साथ अपने अनुभव दस्तावेज करने के लिए कोई प्रयत्न किये हैं, जैसे विशेष कार्यक्रमों को लागू करने के लिए वे सरकार को कैसे मनाते हैं, आर सी एच परियोजना की बदलती रणनीतियों पर उनके अनुभव।

**मोहनराव** ने इस ओर ध्यान दिलाया कि वर्तमान में आर्थिक मदद की एक छोटी मात्रा अंतर्राष्ट्रीय संस्थाओं से आती है – क्या इन संगठनों से मिलने वाली मदद एन जी ओ के कार्यों को प्रबन्धित

करती है (ठीक उसी प्रकार जैसे राज्य की आर्थिक मदद एन जी ओ के कार्यों को बदलती है)। उनका बजट छोटा होता है तथा इन संस्थाओं की भूमिका बदलती रहती है – अब वे वैसे बड़े खिलाडी नहीं रहे जैसे 1980 में थे। अब नए अंतर्राष्ट्रीय एन जी ओ हैं, जो नीतियों को बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं, जैसे – बिल तथा मेलिण्डा तथा गेट्स फाउण्डेशन तथा जी ए वी आई एलाइंस ने भारत में यूनिसेफ के मुकाबले टीकाकरण कार्यक्रमों में ज्यादा कार्य किया। ये तनाव इसीलिए भी है क्यों कि यूनिसेफ और यू एन एफ पी ए जैसे संस्थाओं को विषम रूप से बुराई या भलाई मिल जाती।

**कविता श्रीवास्ताव** ने उन तरीकों के बारे में बताया कि किस तरह से दो बच्चों की नीति को कई दूसरे सरकारी कार्यक्रमों में भी शामिल किया गया है। उदाहरण के लिए जननी सुरक्षा योजना और राष्ट्रीय मातृत्व लाभ योजना में महिलाओं को लाभ तभी मिल सकता है जबकि उनके दो या उससे कम बच्चे हों। वे यं भी कहती हैं कि ये पॉलिसी पूरी तरह से मनमानी है, कोई भी इस सवाल को नहीं उठाता कि ये पॉलिसी दो बच्चों के लिए ही क्यों है, एक या तीन के लिए क्यों नहीं ? उदाहरण के लिए राष्ट्रीय जनसांख्यिकीविद देवेन्द्र कोठारी की राजस्थान में बनाया गया प्रजनन तथा जनसंख्या प्रतिस्थान नीति कार्यक्रम दो से ज्यादा बच्चों वाले परिवार को हतोत्साहित करने वाला है, जिससे बताया गया है कि “यदि आपके दो से ज्यादा बच्चे हैं तो आपको राशन कार्ड नहीं मिलेगा, आपको बिजली नहीं मिलेगी आपको ये नहीं मिलेगा आपको वो नहीं मिलेगा। यहाँ दो बच्चों की नीति पर सभी मौन हैं, यहाँ तक कि दनमें से कुछ अन्तर्राष्ट्रीय समूह भी।

हाँलाकि संयुक्त राष्ट्र समूहों में से कुछ का वित्तीय योगदान बहुत कम है परन्तु वे राज्य स्तरीय नीतियों में अधिक से अधिक अधिकार रखती हैं। उन्हें यह भी आवश्यकता है कि वे अपने कार्य का मूल्यांकन करें एवं देखें कि वे धन कहाँ लगा रहे हैं?

एक्शन एड से उन्होंने कहा कि ‘आपको नहीं पता है कि लोग क्यों एकजुट हो रहे हैं, क्यों कि आप उन पर पैसे फँक रहे हैं या क्यों कि वे काम के लिए वास्तव में प्रतिबद्ध हैं? पूरा दृष्टिकोण केवल हाशिये पर रखे समुदाय के लिए ही है, जो समस्याग्रस्त है, क्योंकि परिवर्तन श्रेणियों जैसे—दलित, मुस्लिम आदि में नहीं होता।

**तुलसी पटेल** ने परियोजना टीम से उस प्रश्न के स्रोत के बारे में पूछा जो कि उन्होंने प्रस्तुतीकरण के अंत में यू एन एफ पी ए से अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों पर पूछा था (जब कहीं पर संघर्ष है, उस परिस्थिति में कैसे निर्णय लेते हैं कि किसके अधिकारों की सुरक्षा की जाए। आप कैसे निर्णय लेते हैं कि किसे सहयोग देंगे) विशेष तौर पर वह जानना चाहती थीं कि क्या परियोजना टीम यह प्रश्न पूछ रही है या यह सीधे समुदाय से आया था।

**जशोधरा दासगुप्ता** ने पहला प्रश्न यू एन एफ पी ए तथा एक्शन एड से गिरते लिंगानुपात पर उनके अभियान के बारे में पूछा। उन्होंने पूछा कि वे यहाँ किसके अधिकारों का उल्लंघन होता देख रहे हैं। क्योंकि उन्होंने ये भी जोड़ा कि अगर वो ये कह रहे हैं कि ये अजन्में बच्चे के अधिकारों का उल्लंघन है तो ये समस्याग्रस्त है क्योंकि भ्रूण अभी तक मानव नहीं है। तो मानव अधिकार अभियानों के रूप में उन अभियानों का निर्माण कैसे संभव है।

बाद में उन्होंने ससैक्स की परियोजना टीम से पूछा “जब आपने अंतर्राष्ट्रीय संगठनों के साथ साक्षात्कार किए तो क्या आपने अंतर्राष्ट्रीय संगठनों को कभी ऐसे प्रश्न किये हैं जो राजस्थान में उनके कार्यों पर अंतर्राष्ट्रीय नीतियों व राजनीति के प्रभावों का विश्लेषण करने का प्रयत्न करते

हों ? क्यों कि जैसे कविता ने अभी कहा कि जो लोग यहाँ प्रस्तुतियाँ दे रहे हैं उन्होंने शायद वैश्विक राजनीति के बारे में नहीं बताया।

एक तीसरा बिन्दु श्रीमती दासगुप्ता ने कहा जो उनके अनुसार एक प्रश्न की तुलना में प्रतिबिम्ब अधिक था। उन्होंने बताया कि जहाँ तक अधिकार आधारित पद्धतियों की बात है, यू एन मानवाधिकार परिषद बड़े खिलाड़ी की तरह है। परान्तु दुर्भाग्य से व्यक्तिगत देशों में कोई संवाददाता संस्था/माध्यम नहीं है, जिससे एक अंतर पैदा होता है क्योंकि यू एन में मानवाधिकारों के कार्य करने के लिए मानवाधिकार परिषद ही है।

सुश्री श्रीवास्तव से प्रश्न के जवाब में **नवीन नारायण** ने बताया कि 'हम बहुत स्पष्ट है कि हम अधिकार आधारित पद्धति का उपयोग कर रहे हैं। खाने के अधिकार की योजना तो है लेकिन वह जमीनी स्तर पर लागू नहीं है। हम लोगों को उनके अधिकारों की माँग करने के लिए प्रोत्साहित कर रहे हैं।

**सुनील जेकब** ने परियोजना टीम के प्रश्नों का जवाब दिया कि स्किल्ड बर्थ अटेन्डेन्ट (एस बी ए) और दाई के सम्बन्ध में यू एन एफ पी ए किसके अधिकार का समर्थन करता है। उन्होंने कहा कि दाई के द्वारा किये गये प्रसव स्वच्छ तो होते हैं, लेकिन सुरक्षित नहीं तथा इसलिए हमें यह देखने की आवश्यकता है कि साक्ष्य आधारित तरीके अपनाए जाएं। इसलिए यू एन एफ पी ए मातृ मृत्यु दर को कम करने के लिए स्किल्ड बर्थ अटेन्डेन्ट का समर्थन करता है। दाइयों की क्षमताओं को बढ़ाने की आवश्यकता है – महिलाओं (जिनमें खतरे के लक्षण देखे जाते हैं) को अस्पताल भेजने के लिए उन्हें सहायता देना, अन्यथा यह आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए माता के अधिकारों का उल्लंघन होगा। दाई की भूमिका को मातृ व नवजात स्वास्थ्य के सहयोग के लिए निरन्तर देखभाल के सम्दर्भ में बढ़ाना चाहिए। उसे एस बी ए के साथ एक सेवा प्रदाता समूह के भाग के रूप में देखना चाहिए, अस्पताल या घर, जहाँ भी सुरक्षित प्रसव की आवश्यकता हो। यू एन एफ पी ए, आर सी एच के मुद्दों पर भी ध्यान देता है तथा परिवार नियोजन, मातृ स्वास्थ्य व जेण्डर के लिए विभाग को तकनीकी सहायता भी प्रदान करता है।

श्री जेकब ने कहा कि सरकार ने एन आर एच एम की संस्थागत प्रणाली में एन जी ओ एवं विकास भागीदारों के योगदानों के लिए स्थान उपलब्ध कराया है। अर्थ एक गैर-सरकारी संगठन है, जो एन आर एच एम के संचालक मंडल का हिस्सा है। विकास भागीदारों, स्थानीय शिक्षा संस्थानों तथा स्थानीय गैर सरकारी संगठनों के मध्य संयुक्त आयोजन का पूर्ण आयाम कार्यक्रमों को प्रभावित करने का एक तरीका है, जिसे हम सभ्य समाज के साथ एन आर एच एम में स्वास्थ्य कार्यक्रमों की वर्तमान अवस्था के सम्दर्भ में देखते हैं। पैरवी के सम्दर्भ में, उन्होंने चिकित्सा व स्वास्थ्य विभाग के साथ लागू की गई एकीकृत जनसंख्या एवं विकास परियोजना के अन्तर्गत विद्यालय पाठ्यक्रम में जीवन कौशल को शामिल करने का उदाहरण दिया। श्री जेकब ने कहा कि यौन शिक्षा के लिए राज्य में कुछ लोगों द्वारा विरोध को ध्यान में रखते हुए किशोरों के बेहतर व अधिक उत्पादक जीवन के लिए पैरवी की गयी। जीवन कौशल कार्यक्रम में स्वयं को समझने पर ध्यान दिया गया है, एवं साथ ही में यह यौन शिक्षा, स्वास्थ्य व जीवनवृत्त की योजना जैसे मुद्दों को भी सम्मिलित करता है। राज्य सरकार द्वारा जीवन कौशल के महत्व को समझते हुए इस पर साथ में काम करने की जिम्मेदारी को स्वीकार किया गया। यू एन एफ पी ए को इसमें 5 वर्ष लगे परन्तु वे सफल हुए। सरकार ने जीवन कौशल शिक्षा के महत्व पर जोर देते हुए धार्मिक नेताओं के साथ-साथ विभिन्न हितधारकों से बात की। अंत में, इसमें सारे महत्वपूर्ण तथ्य हैं तथा इस पर विचार विमर्श जारी है। विभाग में जीवन कौशल शिक्षा इकाई द्वारा पैरवी का कार्य जारी है। जब विभिन्न हितधारकों द्वारा यह पूछा गया कि किशोरों के लिए परिवार नियोजन

के तरीकों के बारे में बता करना क्यों जरूरी है – जीवन कौशल शिक्षा इकाई को उन्हें यह बताना पड़ा कि राजस्थान में 50 प्रतिशत शादियाँ 18 वर्ष की उम्र से पहले हो जाती हैं, इसलिए जानकारी उपलब्ध कराना आवश्यक हो जाता है। लिंग चयन के सन्दर्भ में, जन्म से पूर्व लिंग चयन का कारण जेण्डर भेदभाव है – एवं मानवाधिकार का विषय है। लिंग चयन के दण्ड के लिए भी यह समान रूप से सच है, क्यों कि यह महिला व पुरुष के मानवाधिकारों पर असर डालता है।

**अभिजीत दास** ने सभी बड़े कार्यक्रमों के संदर्भ में कहा कि जहाँ चिकित्सा सेवाओं की बात है वहाँ अधिकार आधारित सेवाओं के साथ सुरक्षा तथा गुणवत्ता सेवाओं के बीच सम्मिश्रण देखा जाता है। “क्या हम पर्याप्त सेवाओं को अधिकार आधारित सेवाओं के बराबर सम्मिलित कर रहे हैं तथा हम कैसे दक्षता संकेतकों और अधिकार संकेतकों के बीच अंतर कर अलग कर सकते हैं ? सिर्फ “अधिकार आधारित” चीजों की एक लंबी सूची बनाना, अधिकार आधारित पद्धति को सम्मान देने जैसा है।

**प्रियम्वदा सिंह :** मैं आईहैट में शिष्ट समाज की तरफ ज्यादा रही हूँ, हम सरकार के साथ राष्ट्रीय तथा राज्य स्तर पर काम करने के लिए निर्णय लेते हैं। हम पारम्परिक ग्रामीण क्षेत्रों के लिए प्रदर्शन मॉडल, यौन कार्य, काम के लिए प्रवास, जिलेवार एच आई वी तथा एड्स की व्यापक प्रतिक्रिया के लिए विज्ञान कार्यक्रमों का आयोजन करते हैं। इसके द्वारा हमारे कार्यक्रम साक्ष्य आधारित बनते हैं तथा साथ ही हम समुदायों को हमारे सभी कार्यक्रमों के केन्द्र में रख पाते हैं तथा ठीक उसी समय लोगों को उसी काम में लगाए रखते हैं। जिस पर हम कार्य कर रहे होते हैं।

श्रीमति सिंह ने बताया कि एच आई वी तथा एड्स के लिए कार्यरत आईहैट का कार्य मुख्य रूप से महिला यौनकर्मियों, पुरुषों का पुरुष के साथ यौन सम्बंध तथा प्रवास के मुद्दों पर है। आईचैप तथा आईहैट टीम ने प्रवास प्रक्रिया को समझने एवं प्रवास की निरन्तरता के दौरान प्रतिक्रिया निर्माण के लिए एक मॉडल बनाया है, जैसे – कहाँ से प्रवास शुरू होता है, कहाँ से पारगमन होता है एवं गंतत्व का स्थान कहाँ होता है (ज्यादातर मैट्रो या औद्योगिक क्षेत्र)। आईहैट के लिए सिर्फ पुरुष प्रवासियों के साथ काम करने का मुद्दा ही नहीं था, बल्कि उनकी परिवार, पत्नी को उनके पीछे से जो कठिनाईयाँ थी उन पर भी काम करना था। तीसरा आईहैट ने राजस्थान में कार्य करने के लिए जिलास्तर पर उप-जिलास्तर पर प्रतिक्रियाओं के लिए कार्यक्रम विकसित किये। संगठन के कार्यक्रमों के द्वारा हमेशा खुद से ही सवाल किये जाते तथा समुदाय की भागीदारी को महत्वपूर्ण माना जाता, ठीक उसी समय इस बात पर भी जोर दिया कि ये साक्ष्य आधारित हो।

**अभिजीत दास** ने प्रियम्वदा सिंह से एच आई वी-एड्स के संदर्भ में घर पर रह रहीं महिलाओं व परिवार के साथ कार्य करने के बारे में पूछा। उन्होंने कहा “मैंने भी प्रवास से संबंधित मुद्दों पर कार्य किया है तथा जिस क्षेत्र में मैंने सर्वाधिक कठिनाई का अनुभव किया है, वह यह कि पति के भाग पर यौन जोखिम की बात की जाए एवं उसी समय पारिवारिक रिश्तों को भी बनाए रखा जाए। सेक्स वर्करो के साथ या प्रवासी स्थानों पर कंडोम प्रचार की बात तो ठीक है लेकिन जब आप पत्नी के साथ संक्रमण रोकथाम की बात करते हैं तो आप अधिकार आधारित रूपरेखा कैसे बनाए रखते हैं।

**प्रियम्वदा सिंह** – प्रवास तथा एच आई वी मुद्दों के लिए हम कुछ विशिष्ट स्थानों पर ही कार्य करते हैं, जैसे – शेखावाटी क्षेत्र में – चुरु, झुझुनू, सीकर (यहाँ आईचैप की हमारा परियोजना का

कार्यक्षेत्र था)। जब शेखावाटी में कार्य शुरू किया गया तब लोगों ने महसूस किया कि वहाँ एच आई वी-एड्स के लिए कार्य करने की जरूरत नहीं है। तथा वहाँ एच आई वी की उपस्थिति को भी नकार दिया गया था। ये माना जाता था कि यदि पति कई महीनों या कई सालों तक बाहर रहे तब घर पर महिला किसी प्रकार की यौन गतिविधि ने शामिल नहीं होगी। पुरुषों की एक बहुत बड़ी संख्या है जो दूसरे राज्यों या मध्य पूर्व देशों में जाती है, भारत में कार्य करने वाले पुरुष वर्ष में 3-4 बार लौट कर घर आते हैं। प्रमाण ये भी दर्शाते हैं कि बाहरी प्रवास के दौरान एकल पुरुष का जोखिम व्यवहार का स्तर अधिक होता है (अक्सर एच आई वी प्रसार की अधिक दर के रूप में)। जब वे घर लौटते हैं तो एच आई वी निवारण शिक्षा के संदर्भ में यह महत्वपूर्ण हो जाता है कि कंडोम के बारे में बातचीत और सुरक्षा कैसे की जाए ?

तथ्यों की बात करें तो पुरुषों के दूर रहने पर यौन क्रियाएँ एवं नेटवर्क क्रियान्वित हो रहे थे, जैसा कि हमारे अध्ययन में बताया गया है जो कि 2004-2005 में राजस्थान के शेखावाटी क्षेत्र में किया गया था (आईचैप के दौरान किया गया)। हमने पत्नियों के साथ पारस्परिक संचार सत्र आयोजित किये तथा पुरुषों तथा महिलाओं द्वारा समान संख्या में कंडोम डिपो की व्यवस्था करावाई (50 प्रतिशत पुरुषों के लिए व 50 प्रतिशत महिलाओं के लिए), जैसा कि घरों में रह रही महिलाओं ने अनुरोध किया। संभावित कंडोम डिपो धारकों के नाम समुदाय सदस्यों/महिलाओं द्वारा सुझाए गए, जिससे उनके द्वारा कंडोम लिए जाने की बात की गोपनीयता सुनिश्चित रहे। हमने उन महिलाओं के साथ सामन्जस्य बनाने पर भी ध्यान दिया जो सामान्यतया अपने पति के दूर चले जाने पर अपने स्वास्थ्य पर कम ध्यान देती थीं (यह बात ध्यान में रखते हुए कि इन ग्रामीण महिलाओं में श्वेत प्रदर, प्रजनन नली संक्रमण व यौन संचारित संक्रमण सामान्य बात है)। इस परियोजना में उनका ध्यान इस बात की ओर भी दिलाया गया कि उनका स्वास्थ्य भी महत्वपूर्ण है तथा उन्हें भी यौन स्वास्थ्य का बराबर अधिकार है।

**कविता श्रीवास्तव** – शिक्षानीति को पूरी तरह पारदर्शी तथा नागरिकों के लिए जवाबदेही होना चाहिए परन्तु संयुक्त राष्ट्र समूहों ने इसे पूरी तरह से हाशिये पर कर दिया है। यह उनकी भूमिका नहीं है कि वे पाठ्य पुस्तकों को बदलवाएं या धार्मिक नेताओं से वैद्यता चाहें।

मेरा दूसरा बिन्दु ये है कि – इन अंतरराष्ट्रीय संस्थाओं द्वारा ऐसी भाषा अपनाई जाती है जो पितृसत्ता की संवेदनशीलता तथा किसी भी प्रकार की नारीवादी राजनीति के ढाँचे को नकारती है। वे मानवाधिकारों की बात तो करते हैं (और जेण्डर मुद्दों की भी) लेकिन वे शायद सबसे पहले होंगे जो किसी समिति में से नारीवाद के मुद्दों को फेंक देना चाहते हों।

अंत में सुश्री श्रीवास्तव ने तर्क दिया कि अंतरराष्ट्रीय संगठनों में पदानुक्रम संरचना समस्यायुक्त है, कि उनकी वेतन संरचना तो अंतरराष्ट्रीय दरों पर है लेकिन उनके अनुदान नहीं।

**मोहनराव** ने टिप्पणी की कि अंतरराष्ट्रीय संस्थाओं के लिए धार्मिक नेताओं के साथ निकटता के साथ काम करना बड़ी चुनौती का कार्य है। ये यू एस नीति का ही परिणाम है जो भारत में धार्मिक नेताओं को मान्यता देता है। वे यू एन एफ पी ए तथा यूनिसेफ के द्वारा बनाए एक ही मंच पर साथ आए – जो दूसरे कट्टरपंथियों के साथ जानलेवा हिन्दू कट्टरपंथियों को शामिल करता है, जहाँ वे आगे बढ़ते महिला समूहों द्वारा नकारे शब्द 'कन्या भ्रूण हत्या' पर एकत्रित होते हैं। धार्मिक नेताओं का समान भाइचारा दिल्ली उच्च न्यायालय के उस निर्णय पर भी दिखाई दिया जो कि समान लिंग के मध्य यौन क्रिया को बताता है। संक्षेप में, संयुक्त राष्ट्र संस्थाओं को अपने इतिहास की जानकारी भी होनी चाहिए।

**सुनील जेकब** – जीवन शिक्षा कौशल की पूरी प्रक्रिया के दौरान हमने हितधारकों के विभिन्न स्तरों के साथ बातचीत की। सभ्य समाज के समूहों के साथ चर्चा की गई शिक्षकों के साथ, माता-पिता और छात्रों के साथ। आप सभी यू एन संस्थाओं को एक ही तराजू में नहीं तौल सकते आपको अच्छा कार्य भी देखना होगा, जो कि किया जाता है। हमे उस मंच पर आना होगा जहाँ हम हमारे कार्यक्रमों में सुधार कर सकते हैं, एक दूसरे से सबक लें – एवं साथ में काम करने के अवसरों को देखें। यू एन एफ पी ए प्राथमिक रूप से एक जनसंख्या व विकास संस्था है जो लोगों के जीवन की गुणवत्ता को बढ़ाने की ओर कार्य कर रहा है। आई सी पी डी क्रिया कार्यक्रम, जिस से यू एन एफ पी ए ने अपना घोषणा पत्र बनाया है, यह जनसंख्या के विभिन्न आयामों पर जोर देता है, जो जेण्डर को मुख्य धारा में लाने, महिलाओं के अधिकार, किशोर शिक्षा, समुदाय की भागीदारी की बात करते समय संख्याओं से कहीं आगे जाते हैं। उदाहरण के लिए, जीवन कौशल शिक्षा द्वारा स्वयं के निर्णय लेने के लिए किशोरों को सशक्त करना।

पूर्व चर्चा के सम्बन्ध में, मैं यह कहना चाहूँगा कि विश्वास आधारित नेता वृहद समुदाय की मानसिकता को प्रभावित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं, इसलिए वे समुदाय के साथ काम करने के लिए मुख्य लोगों में से एक होते हैं। हाँलाकि वे मुद्दों को अपने ही तरीके से फैलाते हैं, चाहे वह जीवन कौशल शिक्षा का मामला हो या जन्म पूर्व लिंग चयन का। यू एन एफ पी ए के प्रयास यह सुनिश्चित करने में रहे हैं कि इन विश्वास आधारित नेताओं के संवाद जेण्डर व अधिकारों के सन्दर्भ में गहरी समझ के साथ हों। मुख्यतः हमें यह सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि ये नेता (औरों की तुलना में) लोगों को प्रोत्साहित करने का जो अवसर देते हैं, वह समाप्त नहीं ही जाए।

**अभिजीत दास** ने कहा कि सुबह से (कार्यशाला में) ऐसा अनुमान लग रहा है कि हर किसी के लिए अधिकार आधारित विकास अच्छा हो रहा है तथा हर किसी का दृष्टिकोण समान है। लेकिन अधिकार आधारित विकास के अलग-अलग दृष्टिकोण हैं। इस बिन्दु, एक बात जो साफ नहीं है कि सरकार क्या है – क्या सभी सरकार हैं, क्यों कि सिर्फ सरकार अधिकार आधारित विकास के लिए तुरंत अनुकूल होती है ? सरकार को अधिकार आधारित पद्धति के लिए क्या चीज अनुकूल बनाती है ? क्योंकि धारणा यह है कि हम सभी हितधारकों के लिए बात करते हैं तो ये स्वचालित रूप से अधिकार आधारित पद्धति बनाता है। और, इसी तरह किसी के पीछे दावा करने वाले हजारों व्यक्ति होने के कारण ही क्या यह अधिकार आधारित पद्धति बन जाती है ? डॉ. दास में कहा कि वैचारिक और सामरिक मुद्दे भी हैं जिन्हें प्रश्नोत्तर के लिए रखे जाने की आवश्यकता है।

जीवन कौशल शिक्षा कं सन्दर्भ में डॉ. दास ने कहा “इसकी वैधता कौन देता है”? सरकार क्या स्वचालित रूप से इसे वैधता देती है। ये विशेष सरकार स्वतंत्रता के बाद से ही अस्तित्व तथा संविधान में है लेकिन इसके द्वारा कभी अधिकारों का सम्मान किया गया ? शायद, नहीं। शिक्षा का अधिकार अभी हाल ही में असरदार तरीके से लागू किया गया – इसे लागू करने वाले कौन थे ? शायद उन्होंने किसी प्रकार का अनुमोदन किया था।

**कँचन माथुर** – सरकार तथा अंतराष्ट्रीय संस्था के मध्य साझेदारी के संदर्भ में हम देखते हैं कि सरकार के कुछ मुख्य विभाग किस प्रकार मुख्य जिम्मेदारियां अंतराष्ट्रीय संस्थाओं के लिए छोड़ देती है।

**कविता श्रीवास्तव** ने सुझाव दिया कि मुद्दा ये है कि अंतराष्ट्रीय संस्थाओं का सरकार की संस्थाओं पर बहुत नियंत्रण है तथा वहाँ कोई पारदर्शिता भी नहीं है। उदाहरण के लिए वे निर्णय

लेते हैं कि विशेष समितियों पर कौन रहेगा आदि तथा इस बात के लिए अधिक पारदर्शिता होनी चाहिए कि इन निर्णयों को कैसे लिया जाता है।

**प्रियम्बदा सिंह** ने टिप्पणी की कि जबकि ऐसा लगता है कि यू एन संस्थाओं का बाहर से सरकारों पर नियंत्रण/हस्तक्षेप है परन्तु वास्तव में ऐसा नहीं है। भारत में अंतरराष्ट्रीय संगठन असुरक्षित/कमजोर है – उनके पास बाहर निकलने के विकल्प नहीं हैं।

**शोभिता राजगोपाल** ने प्रस्तुतियों और परिचर्चा को समेटते हुए कहा कि शिक्षा के अधिकार और स्वास्थ्य के अधिकारों के मध्य की चर्चाओं में कई समान तथ्यों को रखा जा सकता है। ये हकीकत है कि कई बच्चों के लिए शिक्षा का अधिकार अभी भी एक दूर का सपना है। वितरण व्यवस्था के आज के मोहभंग को देते हुए ये विश्लेषण करना महत्वपूर्ण है कि सरकार तथा वितरण व्यवस्था “अधिकारों के तर्कों” को समझें। ये स्पष्ट होता है कि विभाग के पदाधिकारी अधिकार आधारित पद्धति को अपनाने की बात से डरते हैं (कानूनी तौर पर लागू करने से सरकार को उसके प्रति जवाबदेह होना पड़ेगा तथा जाँच के लिए भी खुलना पड़ेगा) अपितु वे सचमुच समझते हैं कि ये क्या है ? अधिकारों का दावा करने और कर्तव्य अधिकारियों के बीच दरार को पूरी तरह से समझना आवश्यक है।

**उद्घाटन व्याख्यान : अभिजीत दास – “भारत में स्वास्थ्य के अधिकारों को समझना”**

अध्यक्ष : प्रोफेसर लाड कुमारी जैन

डॉ. दास ने अपनी चर्चा यह कहते हुए आरम्भ की कि अधिकार आधारित पद्धति, विकास सम्बन्धी तथ्यों एवं उन अनुमानों की भाषा के साथ जुड़ा है जो विकास करने के बेहतर तरीकों में अधिकार आधारित पद्धति को अपनाते हैं। इस परिचर्चा में उन्होंने लक्ष्य के रूप में अधिकार आधारित पद्धति के अंतर्गत क्रियाशील चुनौतियों की व्याख्या दी।

डॉ. दास द्वारा सबसे पहले आधुनिक अधिकारों के इतिहास को बताया गया तथा फिर ‘सकारात्मक’ या आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकारों तथा ‘नकारात्मक’ या नागरिक और राजनीतिक अधिकारों के बीच के अन्तर को बताया, जो कि 1948 से 1966 के 18 साल के समय में अधिकारों के विकास के रूप में देखे गये। जब नकारात्मक अधिकार किसी की व्यक्तिगत स्वतंत्रता से सम्बन्धित है – बोलने की, अभियान की, राजनीतिक कार्यवाही, तो यह आवश्यक है कि सरकार इन स्वतंत्रताओं की सुरक्षा करे, यह सुरक्षा मतदान देने के लिए प्रेरित करके एवं इसमें आने वाली बाधा या अड़चन को दूर करके की जाए। दूसरी ओर, आर्थिक, सामाजिक और सांस्कृतिक अधिकार, या ‘सकारात्मक अधिकारों’ के लिए जो कि शिक्षा, स्वास्थ्य या आजीविका के अधिकारों के साथ संबंधित है, उनके लिए ऐसे प्रावधानों को बनाना आवश्यक है जिसमें सभी नागरिक समान रूप से इन अधिकारों का आनंद उठा सकें। तीसरे प्रकार की श्रेणी में सामूहिक अधिकार आते हैं जो सकारात्मक अधिकारों से समीपता से जुड़े हैं – अक्सर ‘तीसरी पीढ़ी के अधिकार’ कहलाते हैं, जहाँ कुछ विशेष समूहों, जैसे महिलाओं, बच्चों, शारीरिक रूप से विकलांगों शारणार्थियों को नुकसान भी उठाना पड़ता है।

डॉ. दास ने तर्क दिया कि इतिहास के विभिन्न प्रकार के संघर्षों ने अधिकारों को समझ बढ़ाने में मदद दी है। अमेरिका में, अमेरिकी स्वतंत्रता आंदोलन अमीर श्वेत व्यक्तियों द्वारा ब्रिटिश राजशाही के खिलाफ छेड़ा गया था जो कि व्यक्तिगत स्वायत्तता के अधिकारों को दर्शाता था। इसके विपरीत अधिकारों के लिए यूरोपियनों की पहुँच फ्रांसीसी क्रांति का परिणाम था, जो कि वास्तव में एक साधारण व्यक्तियों के सरकार से सीधे संघर्ष को दर्शाती थी। अधिकारों के प्रति

यूरोपियन समझ अधिक स्पष्ट थी, उनका संघर्ष पिछड़े समूहों के द्वारा अपना स्थान माँगने पर आधारित था। भारतीय संदर्भ में भी अधिकारों को स्वतंत्रता प्राप्ति के संघर्ष की आंकाक्षाओं में देखा जा सकता है। एक अलग संदर्भ, जिसमें हम अधिकारों के लिए संघर्ष करते हैं वे उन तरीकों को प्रभावित करते हैं जिसमें हम अधिकारों को काम में लेते हैं एवं उनकी बात करते हैं। हाँ ये भी महत्वपूर्ण है कि हमारे विकासीय कार्यों में जब हम मानव अधिकारों का प्रयोग करते हैं तो हमें इस हेतु समझौते भी करने चाहिए कि हम किन मानवीय अधिकारों के पहलुओं की बात कर रहे हैं।

अधिकार आधारित पद्धति की सीमाओं के संबंध में डा. दास ने तीन मुख्य मुद्दों पर प्रकाश डाला सर्वप्रथम मानव अधिकारों का ढाँचा व्यक्तिगत है जैसे पारस्परित निर्भरता का मुद्दा किसी को भी पर्याप्त रूप से संबोधित नहीं करता। दूसरी समस्या ये है कि अधिकार आधारित पद्धति नई उदार आर्थिक व्यवस्था और संरचनात्मक असमानताओं के साथ अनूकूल है। तीसरा ये कि अधिकार आधारित दृष्टिकोण राज्य और नागरिकों के बीच संबंधों की तो चर्चा करता है लेकिन तीसरे पक्ष जैसे बहुराष्ट्रीय कंपनियों की ओर कम ध्यान देता है।

डॉ. दास ने आगे उन विभिन्न संघर्षों के बारे में बताया जो कि अधिकार आधारित पद्धति में अंतस्थापित होती है। ये संघर्ष किसी 'प्रबद्ध सरकार' के 'आदर्श और सशक्त नागरिकता' के मध्य हाते नकारात्मक तथा सकारात्मक अधिकारों के बीच वैचारिक और आर्थिक संघर्ष हैं। जो सरकार और नागरिक के मध्य है और अंत में समाज के विभिन्न समूहों के मध्य है। भारतीय संदर्भ में उन्होंने बताया कि सबसे बड़ी चुनौतियों में भाग्यवाद तथा बदलाव की आशा के बीच संघर्ष है। गरीब वास्तव में बदलाव की ख्वाहिश नहीं रखते क्योंकि वे भरोसे के विचारों के साथ बड़े हुए हैं। अधिकारों की बातचीत के बिन्दुओं, क्या वहाँ कोई आशा की किरण है, क्या यह सेवा प्रदाता द्वारा वैद्य रूप से मान्यता प्राप्त है ? इसके अतिरिक्त, क्या स्वास्थ्यकर्ताओं और सेवा प्रदाताओं द्वारा गरीब नागरिकों के स्वास्थ्य अधिकारों को स्वीकार किया जाता है ? क्या वे खुद को जवाबदेह पाते हैं ? क्या उनका तंत्र जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए है ?

वर्तमान भारत सरकार की नीति गोलमटोल बात करने की है – कानून देखने में तो सुंदर नजर आता है लेकिन इसमें पर्याप्त रूप से संसाधनों का अभाव है जो शिक्षा के अधिकार, खाने के अधिकार, तथा एन आर एच एम को पूर्ण रूप से लागू नहीं करा पा रहा। उसके अलावा भारत की आर्थिक स्थिति वर्तमान में नकारात्मक अधिकारों के साथ ज्यादा संगत है परन्तु सकारात्मक अधिकारों के साथ नहीं।

यदि आप सरकार के चरित्र पर प्रश्न किए बगैर सिर्फ सरकार के एक भागीदार हैं तथा अधिकार आधारित पद्धति की बात करें, तो वह एक दम भालापी है। इतिहास में हमारे पास क्या सबूत हैं, कि किसी विशेष विभाग, व्यक्ति या किसी सुविधा ने अपना चरित्र बदला हो ? संस्थागत प्रसव के मामले में, स्वयं सरकार के पास ही संस्थागत प्रसव के लिए पर्याप्त प्रावधान नहीं हैं। जिससे वास्तव में पर्याप्त प्रावधान ना होने से स्वायत्तता का सम्मान नहीं हो रहा है अपितु अंत में लोगों के सामने केवल एक ही विकल्प बचा रह जाता है।

गरीब नागरिकों और तीसरे पक्ष कि बीच जिम्मेदारियों और नियमों पर संघर्ष के संदर्भ में, एक प्रश्न रह जाता है क्या वहाँ पर्याप्त मजबूत सेवाओं के निजी प्रावधानीकरण के साथ ही दवाओं और चिकित्सा प्रौद्योगिकी के उपयोग के लिए मजबूत कानून हैं। इसके अतिरिक्त, ये भी स्पष्ट नहीं है कि गरीब नागरिकों के अधिकारों की सुरक्षा के लिए अनिवार्य तकनीकी मानकों के साथ-साथ निगरानी तंत्र उपस्थित है या नहीं।

डॉ. दास ने स्वास्थ्य के अधिकार के सम्बन्ध में भारत में मौजूदा प्रचलित वास्तविकता की परिचर्चा की। स्वास्थ्य के अधिकार के प्रथम तत्व का क्या अर्थ है, सरकार का यह दायित्व है कि उसका सम्मान करे, भारतीय संदर्भ में सुरक्षित करे। वर्तमान परिदृश्य संविधान के निर्देशित तत्वों को शामिल करता है, धारा 4 में उच्चतम न्यायालय ने जीवन और गरिमा के अधिकारों में भोजन के अधिकार को भी शामिल किया है, न्यायालय गर्भपात की अनुमति तथा बाल विवाह पर रोक लगाता है। इसी के साथ, हाल के वर्षों में शुरू की गई विशिष्ट नीतियाँ भी ध्यान देने योग्य है – राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (2000) में नीति अभिव्यक्ति तथा महिला सशक्तिकरण के लिए राष्ट्रीय नीति (2001), एन आर एच एम के द्वारा मातृ स्वास्थ्य सेवा के लिए निश्चित सेवा तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्रस्तावित विधेयक इसमें शामिल है।

इन सकारात्मक नीतियों और कानूनों के बावजूद, डॉ. दास ने बताया कि प्रणाली में स्वास्थ्य के अधिकारों की रक्षा की सुनिश्चितता में अनेक अंतराल हैं। उदाहरण के लिए कानून और सुरक्षा सीमित है तथा सरकार निजीकरण में हस्तक्षेप के खिलाफ है जो महिला स्वास्थ्य को प्रभावित करता है (उदाहरण सीडॉ के लिए भारत सरकार के आरक्षण)। इसके अलावा सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के संबंध में (उदाहरण परिवार नियोजन, संस्थागत प्रसव, पोलियो) अभी भी गरीबों, अल्पसंख्यक तथा ग्रामीण लोगों पर दबाव बनाए जाते हैं। ये ही परिदृश्य नीति निर्माताओं के द्वारा गरीबों की स्वायत्तता में भी दिखाई देती है।

डॉ. दास ने आगे उन अन्तरालों पर चर्चा की जो स्वास्थ्य के अधिकार के दूसरे सिद्धान्त को पूरा करने के लिए सरकार के दायित्वों में मौजूद है। उन्होंने आगे कहा कि उच्चतम न्यायालय ने एक प्रणाली बनाकर चिकित्सकों के अभियोग को गहुत कठिन बना दिया है जिसमें लापरवाही कर रहे चिकित्सक के विरुद्ध कुछ करना असम्भव है। संस्थागत अन्तरालों में वित्तीय प्रतिबद्धता की कमी और प्रक्रियाओं को कारगर बनाने की अपर्याप्तता, जरूरतमंद के लिए स्वास्थ्य देखभाल की ओर एक स्पष्ट प्रतिबद्धता की कमी और मानवाधिकार योलना की कमी और गुणवत्ता सेवाओं की सामान्य उपस्थिति (जैसे ई ए जी 'सशक्त कार्य समूह' राज्य) सम्मिलित हैं। इसके अतिरिक्त, डॉ. गुप्ता ने बताया कि पहुँच में समता के सम्बन्ध में कुछ मुद्दे हैं, निजी क्षेत्र के लिए नियमन गुणवत्ता मानकों की कमी के साथ साथ अनुपालना सुनिश्चित करने के लिए प्रणाली की निगरानी एवं बड़े पैमाने पर चल रहे भ्रष्टाचार की निरन्तर उपस्थिति।

डॉ. दास ने भारत में स्वास्थ्य के अधिकार पर कार्य के आस-पास अवसरों व चुनौतियों के एक अवलोकन साथ अपना व्याख्यान समाप्त किया। पहले, उन्होंने कहा कि अब सभी अधिकार की बात कर रहे हैं, एवं अधिकार आधारित पद्धति की जागरूकता बढ़ी है। हाँलांकि, इस क्षेत्र में अन्तर्राष्ट्रीय संस्थाओं का सहयोग एक दो धारी तलवार है, क्यों कि कमान की श्रंखला के साथ और आगे अधिकार आधारित पद्धति के सिद्धान्तों की कम समझ है। सरकार की गैर-अखंड व संघीय नीति की प्रकृति सम्भावित असर के साथ साथ एक चुनौती भी है। भारतीय राज्य की संघीय प्रकृति के कारण सरकार की भूमिका की व्याख्या में विविधता है। समान रूप से, यहाँ तक कि राष्ट्रीय सरकार में भी विभिन्न वर्णों के बीच राय व दृष्टिकोण में एक अन्तर है, जो एक पूरक के रूप में हो सकता है। उसी समय, भारतीय अर्थव्यवस्था की ताकत हमें माँग को उचित बनाने के लिए सक्षम बनाती है कि अब हमारे (भारतीय राज्य) पास स्वास्थ्य में बढ़ोतरी के लिए पैसा है। गैर सरकारी लोगों के सम्बन्ध में, सुशासन को बढ़ावा देने में सभ्य समाज की भूमिका वैद्यता बढ़ती रही है परन्तु हमें स्वयं से प्रश्न पूछने की आवश्यकता है कि क्या हम पर्याप्त उच्च लक्ष्य तक जा पा रहे हैं ? 'जमीनीस्तर' के सतत भ्रमण्डलीकरण एवं लोगों के कई आन्दोलनों की अच्छी तरह वृद्धि भी भारत में स्वास्थ्य के अधिकार को आगे ले जाने में अधिक गति के लिए महत्वपूर्ण अवसर हैं।

## प्रश्न एवं टिप्पणियाँ

**सुरिन्दर जसवाल :** जब आप विकास की प्रक्रिया के बारे में बात करते हैं और यह भी कि वह स्वास्थ्य को कैसे प्रभावित करता है, तो क्या बड़ी संरचना को बदलने के लिए अधिकार होने का सिर्फ सही तरीका है, या यह विभिन्न व्यक्तियों, संस्कृतियों व सरकारों के लिए भिन्न है ? उदाहरण के लिए, बाल्टिक राज्य (लातविया एवं लिथुआनिया), जिन्होंने अधिक राजनैतिक दबाव के कारण संघर्ष के अभाव में संरचना को बदल दिया है – परिवर्तन रातोंरात हो गया एवं अचानक ही उनके पास व्यक्तिगत अधिकार थे जो कि पहले नकारे जाते रहे थे – परन्तु इन अधिकारों ने उनकी स्वास्थ्य प्रणाली को ऐसी स्वास्थ्य प्रणाली में बदल दिया था, जिसमें आपके पास एच आई वी, मरने की सम्भावनाएँ, मृत्यु, विशेषकर मानसिक-सामाजिक स्वास्थ्य की दर थी। तो समस्त भारतीय राज्य कि लिए, क्या स्वास्थ्य को देखने का सिर्फ एक ही तरीका है ? दूसरा प्रश्न यह कि एक एकल राज्य में भी असरधारण विषमताएँ हैं – क्या हम सच में स्वास्थ्य की एक समझ के बारे में सोच सकते हैं ?

**अभिजीत दास :** मैं तुलसी के साथ सहमत हूँ, कुछ समूह वर्तमान प्रणाली द्वारा आसानी से अधिकार ले सकते हैं। (सुरिन्दर जसवाल के प्रश्न पर), जब यह स्पष्ट है कि सांस्कृतिक सम्बन्ध एक समस्या है, यह भी सही है कि संस्कृति वह मुद्दा है जिसे हमें देखना पड़ेगा। यहाँ तक कि यू एन एफ पी ए, प्रजनन अधिकारों के मुखियाओं में से एक के रूप में उसकी वर्तमान निर्देशकता संघर्ष कर रही है, इसके साथ, संस्कृति व अधिकारों पर निरन्तर चर्चा रही है। मुझे एशिया व पैसिफिक के सभी प्रतिनिधियों को संस्कृति व अधिकारों पर एक प्रशिक्षण सत्र लेना पड़ता, जो कि मेरे लिए बहुत मुश्किल काम था। सांस्कृतिक प्राथमिकता अधिकारों को एक दम बाहर फेंक सकती है, परन्तु इसका यह मतलब बिल्कुल भी नहीं है कि अधिकार सिर्फ उसी तरह से व्यक्त किए जा सकते हैं जैसे कि ये एक विशेष दार्शनिक रूप में कहे जाते रहे हैं। यहाँ हमें काम करने की आवश्यकता है – उदाहरण के लिए, जिस तरीके से दक्षिणी महिलावादियों ने वैश्विक महिलावादियों के अभियानों को सहयोग दिया एवं महिलावाद की एक नये वार्तालाप को बनाया है।

**कविता श्रीवास्तव :** अधिकारों की माँग रखने के लिए कौन सी राजनैतिक व्यवस्था श्रेष्ठ है ? मैं सोचती हूँ कि हमें लोकतंत्र की वृहद संरचना में खोजने की आवश्यकता है और क्यों कि हम भारतीय सन्दर्भ की बात कर रहे हैं, जहाँ प्रख्यात अधिकार क्षेत्र के सिद्धान्त जैसी कोई बात सरकार के साथ होती है एवं संघर्ष वास्तव में उसके लिए होता है, इस चर्चा में संसाधन का प्रश्न बहुत महत्वपूर्ण होता है – हमें इस बहस को आगे ले जाने की आवश्यकता है के उसमें क्या विवाद हैं ?

**जशोधरा दासगुप्ता :** अधिकार दो स्थानों से आते हैं – एक तो ईमानदार सरकार के दायरे से जो अधिकार देती है एवं दूसरा लोकप्रिय आंदोलनों से, जो हमेशा नए स्थानों, नयी शक्तियों एवं अधिकार होने के अधिकार के असम्बद्ध तत्व को तराशते हैं क्यों कि, जैसे आपने कहा गरीबों को उन लोगों के रूप में नहीं देखा जाता जो लोग अधिकार पाने के लिए योग्य हैं। अगर हम इनमें से कुछ लोकप्रिय आंदोलन देखें, जो कि स्वयं राजस्थान से ही निकले हैं, जैसे खाने का अधिकार, काम का अधिकार, घरेलू हिंसा एवं इनमें से कुछ अधिकारों पर किस तरह की विमुखता एवं कम बजट है।

**डॉ माया उन्नीथान :** कौन सी बात राजस्थान में सरकार को अधिक जिम्मेदार एवं कहीं और से समान व भिन्न बनाती है ? क्या राज्य की सीमाएँ राज्य संगठनों में काम कर रहे जमीनी आंदोलनों में लोगों के सन्दर्भ में अधिक छिद्रित हैं ? आप वास्तव में 'सरकार' के बारे में बात नहीं

कर सकते कि वह 'हमें अधिकार दे' परन्तु अधिकार देने वालों के रूप में समुदाय व परिवार के बारे में क्या ? सिर्फ सरकार पर ध्यान देने से इन सामाजिक संस्थानों की जिम्मेदारियाँ पूर्ण रूप से कम हो गयीं हैं।

**सुरजीत सिंह** : जवाबदेही बहुत महत्वपूर्ण है एवं संस्थान बहुत महत्वपूर्ण हैं। जब से नव उदारवादी नीतियाँ आयीं हैं, व्यापारी क्षेत्र और भी अधिक आक्रामक हो गया है।

**लाड कुमारी जैन** : बिना शान्ति के न्याय नहीं है एवं बिना न्याय के शान्ति नहीं है। अभिजीत को इतने बहुविषयक भाषण के लिए धन्यवाद एवं मुझे यहाँ आमंत्रित करने के लिए माया को धन्यवाद।

## दिवस 2: 10, अप्रैल, 2010

### सत्र 3 :

सामाजिक परिवर्तन एवं स्वास्थ्य अधिकारों की माँग : समुदायों व व्यक्तियों को सशक्त करने में गैर सरकारी संगठनों व सरकार की भूमिका।

अध्यक्ष : प्रोफेसर सुरिन्दर जसवाल, अध्यक्ष, स्कूल ऑफ सोशल वर्क, टाटा इन्स्टीट्यूट ऑफ सोशल साइन्सेज, मुम्बई।

पहले दिन की अधिकार सम्बन्धित अवधारणाओं की चर्चा से, दूसरे दिन का केन्द्र उन मुख्य लोगों पर था, जो सामाजिक परिवर्तन के लिए अधिकार का उपयोग कर रहे हैं। प्रोफेसर सुरिन्दर जसवाल ने तीसरे सत्र के लिए दो वक्ताओं का परिचय दिया : डॉ. नरेन्द्र गुप्ता, चित्तौड़गढ़ की एक संस्था प्रयास के निदेशक, जो वैश्विक स्वास्थ्य सेवाओं पर अपने कार्यों के बारे में बताएँगे। प्रोफेसर जसवाल के अनुसार, स्वास्थ्य के क्षेत्र में सन् 1946 के बाद आधारभूत स्वास्थ्य सेवाओं एवं उच्च लक्षित स्वास्थ्य पद्धति केन्द्र में रही है। हाँलाकि यह शब्द (वैश्विक सेवाएं) अपने आप में भी अक्सर काम में नहीं लिया जाता। दूसरी वक्ता श्रीमति जशोधरा दासगुप्ता हैं, समन्वयक, सहयोग (उत्तर प्रदेश में स्थापित एक गैर सरकारी संगठन) जो मानवाधिकार ढाँचे में महिलाओं के स्वास्थ्य एवं जेण्डर असमानता के प्रसार के लिए कार्यरत है।

### प्रस्तुतीकरण 1: डॉ. नरेन्द्र गुप्ता, प्रयास, चित्तौड़गढ़

#### 'निःशुल्क वैश्विक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए समुदाय को सशक्त करना'

डॉ. नरेन्द्र ने वैश्विक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए समुदाय को जुटाने के आसपास के वर्तमान अभियान को केन्द्र के रखकर सत्र आरम्भ किया। इस मुद्दे का महत्व इस तथ्य से स्पष्ट है कि स्वास्थ्य ग्रामीण भारत में कर्जा लेने के प्राथमिक कारणों में से एक है, यह वह खर्चा है, जो व्यक्तियों द्वारा अपनी जेब से वहन किया जाता है (ना ही राज्य या केन्द्र सरकार द्वारा अथवा वैकल्पिक रूप से निजी बीमा योजनाओं के रूप में)। इसके अतिरिक्त, डॉ. गुप्ता ने बताया कि भारत का स्वास्थ्य देखभाल पर किया जाने वाला खर्च दुनिया में सबसे कम में से एक है।

वैश्विक स्वास्थ्य सेवाओं के अभियान के सैद्धान्तिक उद्देश्यों में से एक जेनेरिक दवा के लिए व्यापक पहुँच को प्रोत्साहित करना है। डॉ. गुप्ता के अनुसार भारत की 23 प्रतिशत जनसंख्या चिकित्सा उपचार तक पहुँचने में असमर्थ है, क्योंकि वे दवाओं का खर्चा वहन नहीं कर सकते एवं 65 प्रतिशत लोगों की आवश्यक दवाओं तक पहुँच नहीं है : 'दवाईयों का गोरखधन्धा बहुत होता है'। दवा की आपूर्ति में भ्रष्टाचार की समस्या पर अभियान का ध्यान देना, जेनेरिक दवा की व्यापक उपलब्धता व पहुँच की पैरवी के द्वारा हो सकता है। ये जेनेरिक दवाएँ दवा कम्पनियों की ब्रांड नाम दवाओं की तुलना में कम महंगी हैं।

डॉ. गुप्ता ने निमैस्यूलाइड (जेनेरिक नाम) का उदाहरण दिया, जो कि चार अलग-अलग ब्रांड नामों (निमलिन, निम्यूलाइड, निसिप एवं नाइस) में भी उपलब्ध है। जहाँ इस दवा के जेनेरिक ब्रांड का थोक मूल्य 1.88 रूपये है, इसी दवा की समान मात्रा के ब्रांड नाम का मूल्य 20 से 29 रूपये है। डॉ. गुप्ता ने एक प्रतिजैविक इंजेक्शन (जिसका जेनेरिक नाम एमिकेसिन हैं) के मूल्य का उदाहरण भी दिया, जिसका थोक मूल्य 8 रूपये हैं, एवं इसका बाजार मूल्य 80 रूपये है, जो कि दस गुणा है। आगे, जेनेरिक दवा एवं उसके ब्रांड नाम स्वरूप में इस अन्तर पर डॉ.गुप्ता ने

कहा कि इन दोनों के एवं दवा की वास्तविक लागत के बीच तो और भी बड़ा अन्तर है, जिसे मरीज को वहन करना पड़ता है।

जेनेरिक दवा की उपलब्धता के बावजूद दवा कम्पनियाँ अपोलो व फोर्टिस जैसे निजी अस्पतालों, नर्सिंग होम व सरकारी अस्पतालों में ब्रांड नाम दवाओं को बेचकर भारी मुनाफा बना रही है। इसके अलावा यहाँ वित्तीय लाभ के लिए ब्रांड नाम दवाओं को बढ़ावा देने के लिए चिकित्सक व दवा कम्पनियों के बीच अक्सर संधि होती है।

डॉ. गुप्ता के अनुसार, सरकार को निःशुल्क चिकित्सा उपचार व दवाईयों को बढ़ावा देना चाहिए, जिसमें इलाज की कुल लागत को कम करने के एक साधन के रूप में बहिरंग रोगी विभाग (ओ पी डी) द्वारा इलाज किया जाये। इससे ना केवल वर्तमान में जनता के द्वारा चिकित्सा और स्वास्थ्य पर खर्च किये जा रहे पैसे में कटौती होगी बल्कि आपातकाल में अस्पताल में भर्ती होने (उन मरीजों के लिए जो आमतौर पर चिकित्सा प्रदाता से परामर्श करने के लिए तब तक प्रतीक्षा करते हैं, जब तक बीमारी गम्भीर ना हो जाए) की घटनाओं में कमी होगी और बेकार की दवाएँ भी कम लिखी जायेगी।

## **प्रस्तुतीकरण 2 : जशोधरा दासगुप्ता (समन्वयक, सहयोग, लखनऊ)**

### **‘आवाज बनाना एवं स्थान का विस्तार करना : उत्तर प्रदेश में समाज ओर उपयोगकर्ता’**

श्रीमती जशोधरा दास का प्रस्तुतीकरण भारत में मातृ मृत्यु की समस्या के अवलोकन के साथ आरम्भ हुआ। उन्होंने कहा कि यह स्पष्ट है कि भारत में मातृ मृत्यु दर अन्य देशों से बहुत अधिक है, विशेषकर उत्तर प्रदेश में जहाँ कि सहयोग कार्य करता है। मातृ मृत्यु की उच्च दर को कम करने के लिए, भारतीय सरकार वर्तमान में विभिन्न स्तरों पर प्रयास कर रही है। संयुक्त राष्ट्र की सभी अधिकार आधारित सन्धियों पर हस्ताक्षर के रूप में साथ ही साथ एम जी डी जैसे स्वास्थ्य समझौतों के रूप में, एक समता केन्द्र को सम्मिलित करके, साथ ही नागरिक भागीदारी एवं एन आर एच एम जैसे राष्ट्रीय कार्यक्रमों को स्थान देकर और राज्य में मातृ मृत्युओं को कम करने के लिए राज्यों में वित्तीय संसाधन देकर।

इन प्रयासों के बावजूद, श्रीमती दासगुप्ता ने कहा कि वर्तमान प्रणाली में कई समस्याएँ एवं कमजोरियाँ हैं, विशेषकर निरीक्षण, भ्रष्टाचार, सुविधाओं की कमी, स्थानीय स्तर पर कर्मचारी और शिकायत दूर करने के तन्त्र की कमी, विशेषकर गरीबों के सन्दर्भ में। श्रीमती दासगुप्ता ने तर्क दिया कि कानूनों एवं नीतियों की निर्भरता से आगे जाना महत्वपूर्ण है बल्कि कार्य करने वालों के परिपेक्ष्यों के बदलाव पर ध्यान देना आवश्यक है, विशेषकर जब यह सुनिश्चित करना हो कि लोग उनके अधिकारों को काम में लेने में सक्षम हों। कर्त्तव्य पदाधिकारी में गरीबों की आवश्यकताओं पर प्रतिक्रिया करने में अक्सर प्रबन्धकीय क्षमता, मानव संसाधनों व कौशलों का अभाव देखा जाता है। यह अभाव प्रणाली की खराब जवाबदेही एवं निरीक्षण तन्त्र के कारण होता है। वे उनके प्रति समान जिम्मेदारी महसूस नहीं करते, जितनी वह मध्यवर्गीय मरीजों के प्रति करेंगे। दूसरी ओर, वर्तमान सन्दर्भ में गरीब व्यक्ति शिक्षा व वित्तीय संसाधनों के अभाव के कारण अपने अधिकारों पर जोर नहीं देता है। इसके अतिरिक्त, इन दो समूहों के मध्य असमान उपचार के द्वारा वे अपने आप को एक प्रतिकूल कमजोर स्थिति में डाल देते हैं। काम करने वाले के दृष्टिकोण को लागू करने में सहयोग अपने कार्य में दो बातें करना चाहता है। ‘आवाज बनाना’ एवं ‘स्थान की विस्तार करना’।

महिला स्वास्थ्य अधिकार मंच (एम एस ए एम) की स्थापना एवं समन्वयन मातृ स्वास्थ्य के लिए महिला के अधिकारों को बढ़ावा देने तरीका रहा है, जिसे सहयोग ने अपनाया है। यह उत्तर प्रदेश के 10 जिलों में लगभग 8000 गरीब एवं ग्रामीण महिलाओं का नेटवर्क है। एम एस ए एम अपने सदस्यों को उनके अधिकारों की जानकारी प्रदान करना है, विशेष मामलों के सन्दर्भ को समझने के लिए विश्लेषण आयोजित करता है, जिसमें महिलाओं को उनके अधिकारों से वंचित किया जा रहा है, और वर्तमान सरकारी नीतियों व कार्यक्रमों के ढाँचे में पैरवी व सक्रिय निगरानी आयोजित करता है। उत्तर प्रदेश में नागरिक सामाजिक संगठनों की भूमिका के स्थान का विस्तार करना पड़ेगा, जिसके भीतर एम एस ए एम या अन्य उपयोगकर्ता समुदाय स्वास्थ्य कार्यक्रम प्रबन्धकों एवं नीति निर्माताओं के साथ बातचीत कर सकें। इसके अतिरिक्त सी एस ओ उन्हें कानूनी रणनीतियों, अनुसंधान व मीडिया पैरवी द्वारा सहयोग दे रहा है। पिछले 5 वर्षों में एम एस ए एम के कार्य के जवाब में श्रीमती दासगुप्ता ने कहा कि उन्होंने कई सकारात्मक परिणाम देखे हैं, जिसमें सम्मिलित है :

- तर्कयुक्त स्तर पर बदलाव – स्वास्थ्य देखभाल, बेहतर सेवाओं की माँग एवं सरकारी अधिकारियों के साथ पैरवी के लिए महिलाओं के बीच अधिक से अधिक जुड़ाव।
- निचेल स्तर पर सेवाओं में सुधार एवं आगे की पंक्ति के प्रदाताओं से अधिक जवाबदेही को बढ़ाया।
- प्रहरी के रूप में मीडिया एक सक्रिय भूमिका निभा रहा है।
- राज्य मानवाधिकार संस्थानों द्वारा विशेष समिति बनायी गयी है।
- अनुशांसा के आधार पर उत्तर प्रदेश स्वास्थ्य विभाग के स्तर पर छोटे बदलाव।
- नागरिक समाज ने जिला, राज्य व राष्ट्रीय स्तर पर अब मंच बनाये है।

अपने प्रस्तुतीकरण को समाप्त करते हुए श्रीमति दासगुप्ता ने 'वॉइस फ्रॉम द ग्राउण्ड' नाम का 5 मिनट का एक वीडियो दिखाया, जिसमें स्थानीय स्तर पर कई स्वास्थ्य सुविधाओं की बुरी अवस्था एवं उत्तर प्रदेश में कई ग्रामीण महिलाओं को जोड़ने व स्वास्थ्य के अधिकार का उपयोग करने के एम एस ए एम के असर का चित्रण है।

### **प्रस्तुतीकरण 3 : डॉ. माया उन्नीथान एवं कैरोलाइन हाइटमेयर (ई एस आर सी शोध परियोजना, ससैक्स, यू के)**

डॉ. कैरोलाइन हाइटमेयर एवं डॉ. माया उन्नीथान द्वारा उन तुलनात्मक संरचनाओं के बारे में बताया गया जिसके द्वारा शोध दल ने उन तरीकों का विश्लेषण किया था, जिनमें स्वयं सेवी संस्थाएं, समुदाय आधारित संगठन एवं गैर सरकारी संगठन राजस्थान में प्रजनन, मातृ व लैंगिक स्वास्थ्य के अधिकारों को बढ़ावा देने का कार्य कर रहे हैं। इन संगठनों द्वारा वृहद सीमा में अपने कार्यों एवं गतिविधियों में अधिकार आधारित पद्धति को उपयोग किया जाता है, लोगो को जोड़ने, विरोध, धरने, जन सुनवाईयों से लेकर क्षमता वर्द्धन एवं सेवा प्रदान करना। सरकार के साथ सामन्जस्य भी संगठनों के अनुसार बदलता रहता है : जहाँ प्रयास अपने कम्यूनिटी मॉनिटरिंग एवं क्वालिटी अश्योरेन्स कार्यक्रमों द्वारा सरकारी स्वास्थ्य अधिकारियों के साथ निकटता से कार्य करता है, उरमूल एवं सेवा मन्दिर जैसे अन्य संगठन सरकार के साथ सीमित व व्यस्थित सम्पर्क रखते हैं।

इन संस्थाओं में काम करने वाले कार्यकर्ता मानवाधिकारों को अलग-अलग प्रकार से समझते एवं विश्लेषित करते हैं : ऐसा यंत्र, जिससे आवश्यकताएं पूरी होती हैं, से लेकर ऐसी कोई वस्तु जो मानव होने के नाते स्वतः ही मिलती है या जाति, जेण्डर, धर्म आदि की सीमाओं के साथ होने वाले भेदभाव से स्वतन्त्रता का प्रतिनिधित्व। शोध दल का अगला महत्वपूर्ण केन्द्र एन जी ओ

कार्यकर्ताओं से यह पूछना था कि उनका अधिकार आधारित पद्धति की कमजोरियों के बारे में क्या सोचना है? फिर से, विविधता भरी प्रतिक्रियाएं प्राप्त की गयीं परन्तु इस मुद्दे पर आम दृष्टिकोण यह था कि मानवाधिकार समाधान खोजने की अपेक्षा सिर्फ समस्याएं उठाने का कार्य करता है। इसे ध्यान में नहीं रखा जाता कि अधिकारों के साथ कर्तव्य भी आते हैं एवं जिस प्रक्रिया के माध्यम से अधिकार आते हैं, वह बहुत लम्बी है।

शोध के इस समय पर आगे की चर्चा के लिए चार प्रश्न निकल कर आते हैं। पहला, क्या एन जी ओ, सी बी ओ व वी ओ के लिए समुदाय को मजबूती से एकजुट करने एवं उनका भरोसा जीतने के लिए सेवा प्रदान ना कर सिर्फ पैरवी की मुद्दों पर कार्य करना सम्भव है ? दूसरा, अधिकारों पर कार्य करने में एन जी ओ को किस प्रकार से अपनी रणनीतियों में बदलाव करना पड़ा : क्या वे कार्यों को अलग तरह से करते हैं ? तीसरा, क्या सेवा प्रदान करना अधिकार आधारित पद्धति का एक स्वीकार्य घटक होना चाहिए या एक पृथक मुद्दा ? अन्त में, जब एन जी ओ सरकार के साथ अधिकारों पर कार्य करते हैं तो क्या उनकी स्वतन्त्रता (वित्तीय, वैचारिक, आलोचनात्मक) को समझौता करना पड़ता है ?

### **प्रश्न व उत्तर, सत्र 3 :**

**तुलसी पटेल :** नरेन्द्र गुप्ता के प्रस्तुतीकरण में, क्या वे स्वास्थ्य बीमा को स्वास्थ्य में जेब से होने वाले खर्च के रूप में मानते हैं ?

**प्रियंका सिंह :** (जशोधरा दास से) आपके प्रस्तुतीकरण में, मुझे समस्याएं तो समझ में आ गयीं, परन्तु समाधान नहीं। आपने समस्याओं में विखंडन व समस्याओं के मुद्दों को बहुत अच्छे से बताया परन्तु समाधान में, लोगों को एकत्रित करने में ऐसा लगता है कि उत्तर संख्याओं में है। परन्तु क्या आप ये बता सकती हैं, कि आपने इतनी बड़ी संख्या में लोगों को कैसे एकत्रित किया। जबकि महिलाओं के बीच में ही इतना विखंडन है ? और, यदि आप इतनी बड़ी संख्या में महिलाओं को एकत्रित करने में समर्थ रहे हैं, तो क्या आप बता सकती हैं, कि यह कैसे हुआ ? क्या यह एक यात्रा थी, जिसमें 10 वर्ष लगे (सहयोग के आरम्भ के समय से) ? इन 10 वर्षों में आपने क्या किया (इन महिलाओं को एकसाथ लाने में) ?

**हैलन लेम्बर्ट** ने डॉ. गुप्ता से उनके प्रस्तुतीकरण के महत्वपूर्ण भाग के बारे में पूछा जो यह बताता है, कि लोगों की दवाओं की पहुँच का अभाव निश्चित रूप से उनके स्वास्थ्य की स्थिति को बिगाड़ेगा क्योंकि जिन बीमारियों/स्वास्थ्य समस्याओं से वे पीड़ित हैं, वह और भी बिगाड़ेगी। फिर, वे यह कहती हैं कि कई बीमारियों का इलाज लोग 0स्वयं कर सकते हैं – इसलिए, क्या वह अनजाने में स्वास्थ्य समस्याओं के अधिक (और अंततः हमेशा आवश्यक नहीं) चिकित्सा सम्बन्धित होने को बढ़ावा नहीं दे रहे हैं ? दूसरे, उन्होंने उनके विश्लेषणात्मक ढाँचे में काउंटर से मिलने वाले नुस्खे शामिल करने की आवश्यकता के बारे में पूछा।

**अभिजीत दास** ने नरेन्द्र से पूछा कि उनके प्रस्तुतीकरण से कोई अधिकार के दृष्टिकोण का निर्माण कैसे कर सकता है, क्योंकि आपने हमें सिर्फ आंकड़े दिए हैं। वास्तविकता में आपने कौन से अधिकार आधारित कार्य किये हैं या करने की योजना बना रहे हैं ?

**गेरडा उन्नीथान :** यशोधरा से, यह देखते हुए कि आप एक बड़े लक्षित क्षेत्र में कार्य कर रहे हैं, आपका बजट क्या है एवं आपके पास कितने कार्यकर्ता हैं ?

**शगुप्ता खान** (सचिव, गरीब नवाज़ महिला एवं बाल कल्याण समिति) : (जशोधरा से) जिन मामलों को आपने दस्तावेज किया है, उनमें आपने कहा कि जब भ्रष्टाचार होता है या जब उपचार के बाद लोगो का स्वास्थ्य और बिगड़ जाता है तो गाँव वाले शिकायत नहीं करते हैं। यह मेरे अनुभव में भी बिल्कुल सच है। आपने उनके अधिकारों (जैसे कर्मचारियों का प्रबन्धन व जवाबदेही) को बढ़ाने का कार्य किया है – मेरा प्रश्न है, कि इन मुद्दों को आगे बढ़ाने के लिए उन्होंने क्या किया ?

**नरेन्द्र गुप्ता** ने मोहन राव के आंकड़ो को अलग कर के दिखाने के अनुरोध के जवाब में कहा कि प्रोजेक्टर पर जितना दिख रहा है वह पी एच सी, सी एच सी व जिला स्तर के अस्पतालों में वर्तमान में होने वाला सम्पूर्ण खर्चा है। और उन्होंने तर्क दिया कि यदि भारत सभी को निःशुल्क वैश्विक उपचार सुनिश्चित करता है, तो इसका परिणाम प्रति वर्ष 6000 करोड़ रुपये का अतिरिक्त व्यय होगा। उन्होंने कहा कि अगर भारत महा शक्ति होने का दावा कर रहा है तो उसे सामाजिक क्षेत्र में और व्यय करने की आवश्यकता है।

तुलसी पटेल के प्रश्न के जवाब में उन्होंने कहा कि निजी बीमा के माध्यम से होने वाला खर्च लगभग सिर्फ 1 प्रतिशत प्रति वर्ष है एवं उनके प्रस्तुतीकरण में अलग से सम्मिलित किया गया था। अभिजीत दास के प्रश्न के सम्बन्ध में डॉ. गुप्ता ने यह कहते हुए जवाब दिया कि अगर एक बार दवाइयाँ निःशुल्क मिलने लग जायेंगी तो चिकित्सक नैतिकता से काम करना आरम्भ कर देंगे। यह आंकड़े अधिकार के कार्य में दो प्रकार से उपयोग में लाए जा सकते हैं : पहला, शिक्षा द्वारा (विधायिका, आम लोग, ग्राम स्वास्थ्य व स्वच्छता समिति स्तर पर प्रशिक्षण, विभिन्न एन जी ओ के लिए स्वास्थ्य पाठ्यक्रम) और दूसरा, जनता को एकजुट करने में। प्रयास व जन स्वास्थ्य अभियान वर्तमान में इन दोनों गतिविधियों में व्यस्त है।

**जशोधरा दासगुप्ता** (प्रियंका सिंह का जवाब देते हुए) मैं नहीं समझती कि मैं अपने दस वर्ष के अनुभव को दस मिनट में रख सकती हूँ, तो मैंने मुख्य रूप से सिर्फ हमारे अधिकार आधारित कार्य पर ध्यान केंद्रित करने को चुना। हम अक्सर नीतियाँ व कानून बनाने जैसे नियामक मुद्दों में उलझ जाते हैं, परन्तु यह देखने में असफल रहते हैं कि जिनके अधिकारों की बात हम कर रहे हैं क्या ये वास्तव में उनके बीच लागू हो रहे हैं ? हम इन लोगों की आवाजों, विचारों व अनुभवों को चिन्हित करने में असफल हुए हैं। चर्चा के लिए मेरा जोर समुदायों को सशक्त करने में एन जी ओ की भूमिका पर था। सहयोग का कार्य इस तक सीमित नहीं है, हम स्वास्थ्य प्रणाली में हस्तक्षेप के साथ भी कार्य कर रहे हैं, जिसमें जिला स्वास्थ्य प्रबंधक एवं अन्य स्वास्थ्य प्रदाता हमारे साथ वी एच एस सी व जिला स्वास्थ्य कार्य योजना के निवेश पर कार्य कर रहे हैं। जिला एवं राज्य के स्तर पर एक जवाबदेही रही है। जहाँ तक संख्या की बात है, हम अंको पर ध्यान नहीं दे रहे हैं, हम शक्ति गतिशीलता को बदलने का प्रयत्न कर रहे हैं, जिससे कि एक शिक्षित एवं जानकार व्यक्ति एक बेखबर एवं गरीब व्यक्ति से गलत तरीके से बात नहीं करे। व्यक्तियों को सेवाओं एवं योजनाओं के प्रति जागरूक होना चाहिए। वे समुदाय जो कि दबे हुए हैं, उन्हें शक्ति की आवश्यकता है। यह तब होगा जब वे अपनी कमजोरी को दूर करने के लिए साथ में एकजुट होंगे। उपयोगकर्ता को हमेशा पूर्ण रूप से अधिकार हीन नहीं होना पडता है। मैं सहमत हूँ कि हम सम्पूर्ण स्वास्थ्य प्रणाली को नहीं बदल सकते परन्तु हम छोटे प्रयत्न कर रहे हैं। कुछ बातें हमारी पहुँच के बाहर हो सकती हैं— एक एन जी ओ के रूप में जितना हम कर सकते हैं, हम कर रहे हैं।

श्रीमती उन्नीथान के प्रश्न के उत्तर में जशोधरा ने कहा कि महिला स्वास्थ्य अधिकार मंच वास्तव में एक अधिक वित्तीय सहासता का कार्यक्रम नहीं है : यहाँ तक कि कुछ वर्षों इसका बजट 12

या 13 लाख के निचले स्तर पर रहा है। यह एक अत्यधिक स्वयंसेवी कार्यक्रम है। पहले यह कार्य स्वयं महिलाओं द्वारा किया गया, जो इस प्रक्रिया का भाग बनने के लिए अपनी दैनिक मजदूरी देती थीं, एवं, दूसरे, एन जी ओ द्वारा, जो इन दस जिलों में सहयोग के स्थानीय साथी हैं।

सहयोग के स्वयं के कर्मचारियों के संदर्भ में, जो इन दस जिलों में कार्य करते हैं एवं क्षमता-वर्द्धन करते हैं, हमारे पास दो कार्यक्रमों के कर्मचारी हैं। बेशक, यह बहुत मुश्किल है क्योंकि यह बहुत ही गहन कार्य है इसलिए हम एक दूसरे की सहायता स्वयं एन जी ओ द्वारा ही कर रहे हैं। कार्यक्रम के स्वयंसेवी तत्व के महत्व के कारण नागरिक समाज नेटवर्क महत्वपूर्ण है। वित्तीय सहायता के संदर्भ में, हमें पिछले पाँच वर्षों में साझेदारी कार्यक्रमों के द्वारा डेनिश इंटरनेशनल डेवलपमेन्ट सोसाइटी एवं अमेरिकन जुइश वर्ल्ड सोसाइटी का सहयोग मिल रहा है।

**सुरिन्दर जसवाल** ने एक ऑकलन के साथ सत्र समाप्त किया कि समूह में दो प्रस्तुतकर्ताओं ने व्यक्तियों एवं समुदायों को सशक्त करने में एन जी ओ व सरकार की भूमिका को संबोधित किया। हाँलांकि, दोनों प्रस्तुतीकरण एक क्षेत्र पर आधारित थे, जिसमें उन्होंने लम्बे समय तक कार्य किया है, नरेन्द्र ने उस रणनीति पर ध्यान केन्द्रित किया जो कि प्रयास सरकार से चिकित्सा उपचार के वित्तीय बोझ को पारित कराने के लिए काम में ले रहा है एवं, ऐसा करने से वे दवाइयों के अपराधी संगठनों को नियंत्रण में लाते हैं। समान रूप से, मातृ मृत्यु पर जशोधरा ने उत्तर प्रदेश में उच्च मातृ मृत्यु दर के कारकों की पहचान के लिए एक बहुत सूक्ष्म विश्लेषणात्मक ढाँचा प्रस्तुत किया एवं सहयोग कैसे महिलाओं में जागरूकता बढ़ाने का प्रयत्न कर रहा है, जिससे वे मुद्दों को अपने हाथों में ले सकें।

**चर्चा :**

**अध्यक्ष : प्रोफेसर कंचन माथुर, विकास अध्ययन संस्थान, जयपुर**

**श्री तेजाराम (समन्वयक, मंथन) :**

तेजाराम, समन्वयक, मंथन (अजमेर), जो कि समुदाय के सशक्तिकरण एवं जीवन जीने से जुड़े मुद्दों पर कार्य कर रहे हैं। इनकी चर्चा सरकार, सेवा प्रदाता व एन. जी. ओ. कार्यकर्ताओं की समुदाय के प्रति जवाबदेही व प्रतिबद्धता की आवश्यकता पर केन्द्रित रही। उनके द्वारा कहा गया कि वर्तमान संरचना में उन लोगों पर सर्वाधिक दबाव है, जो व्यवस्था में सबसे निचले स्तर पर हैं। तेजाराम द्वारा उदाहरण सहित समझाया गया कि कैसे एक ए एन एम 50 किलोमीटर बस में एवं 15 किलोमीटर पैदल चल कर गाँव में एम सी एच एन दिवस के लिए जाती है तथा जब वह सभी आवश्यक जाँचों को पूरा नहीं कर पाती तो उसे आलोचना का शिकार होना पड़ता है।

तेजाराम के अनुसार समुदाय में काम करने वाले एन जी ओ कार्यकर्ताओं एवं सेवा प्रदाताओं के लिए स्वयं को देखने व संवेदनशील होने की आवश्यकता है। पहले हमें गाँव व वहाँ रहने वाले लोगों के प्रति हमारी समझ का निरीक्षण करना होगा ? हम दूसरों को उनके अधिकार पाने के लिए तब सशक्त कर सकते हैं, जब हम स्वयं जागरूक होकर सशक्त हो जाएं। दूसरा महत्वपूर्ण कार्य जो कि एन जी ओ कार्यकर्ता व सेवा प्रदाता निभा सकते हैं, वह है समुदाय की मुख्य समस्याओं व मुद्दों में गवाह एवं सबूत पेश करना (जैसे – बढ़ते हुए भ्रष्टाचार के लिए)। समुदाय के साथ कार्य करना सर्वप्रथम तिलोनिया में सीखने को मिला एवं अन्य संस्थाओं के कार्य करने के तरीकों पर इसका सार्थक प्रभाव पड़ा है, जैसे मंथन।

सरकार को प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के क्षेत्र में लम्बे समय तक कार्य करने की आवश्यकता है। उदाहरण के लिए, तेजाराम के अनुसार मातृ व शिशु मृत्यु पर होने वाली चर्चाओं में गाँव में बिजली व पानी की आपूर्ति को कभी नहीं उठाया गया। जबकि ये समुदाय की स्वास्थ्य व अच्छे रहन-सहन के विषय में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। समुदाय के साथ कार्य करने को व्यक्तिगत प्रशिक्षण सत्रों या परियोजनाओं के रूप में नहीं देखकर एक लम्बी प्रक्रिया के रूप में देखा जा सकता है।

**प्रियंका सिंह (प्रमुख, स्वास्थ्य व शिक्षा कार्यक्रम, सेवा मन्दिर) :**

श्रीमति प्रियंका सिंह सेवा मंदिर (एन जी ओ) में स्वास्थ्य व शिक्षा कार्यक्रम की प्रमुख हैं, सेवा मंदिर उदयपुर क्षेत्र में पिछले 40 वर्षों से कार्य कर रहा है। उन्होंने अपनी टिप्पणी यह कहते हुए आरम्भ की, कि स्वास्थ्य में उनकी संस्था के लम्बे अनुभव में पिछले 10 वर्षों में एन आर एच एम के अन्तर्गत आर सी एच 1 व आर सी एच 2 जैसे सरकारी कार्यक्रमों के परिचय के बावजूद जमीनी स्तर पर थोड़ा बदलाव आया है। हाँलाकि, पिछले दस वर्षों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों व उप केन्द्रों की संख्या में वृद्धि रही है, सेवाओं की गुणवत्ता व उपलब्धता के साथ-साथ समुदाय की स्वास्थ्य अवस्था समान रूप से नहीं सुधरी है। श्रीमती सिंह ने पूर्व में डॉ. नरेन्द्र गुप्ता द्वारा उठाये गये असंगत खर्च के मुद्दे का समर्थन किया जो वर्तमान में समुदायों के भीतर चिकित्सा उपचार में जाता है। उन्होंने यह भी कहा कि यह मामला वहाँ भी है, जहाँ सेवा मन्दिर कार्य करता है। उन्होंने कहा कि स्वास्थ्य सेवा के लिए आधे लोग निजी चिकित्सक के पास जाते हैं, चौथाई पारम्परिक चिकित्सक के पास और केवल चौथाई सरकारी/सार्वजनिक सेवाओं में जाते हैं। उन्होंने कहा कि आदिवासी एवं गरीब समुदायों में जबकि अधिक लोग चिकित्सा उपचार की माँग कर रहे हैं, वहाँ तर्कहीन स्वास्थ्य देखभाल में वृद्धि हुई है। इन तथ्यों को देखते हुए यह समझना महत्वपूर्ण है कि लोग सरकारी चिकित्सा प्रदाता की मानसिकता को बदलना कैसे सम्भव है (जो अक्सर मरीजों की आवश्यकताओं व समस्याओं के प्रति उदासीन होता है) ? इसके अतिरिक्त, क्या यह नीति में परिवर्तन या संवेदनशीलता की माँग के द्वारा किया जा सकता है ? उदाहरण के लिए कन्या भ्रूण हत्या के मामले में, क्या अजन्मे बच्चे या माता के अधिकारों की बात करके लिंग चयनित गर्भसमापन की संख्या में कमी की जा सकती है या यह सामाजिक माँगों व मानसिकताओं के बदलाव के लिए कार्य करके किया जा सकता है।

श्रीमती सिंह ने सेवा प्रदाताओं में उच्च अनुपस्थिति पर भी बात की एवं कहा कि सरकार को इस समस्या के बारे में कैसे बताएं ? धरातल पर अभी भी एक बदलाव होना है।

अंत में, उन्होंने कहा कि खराब स्वास्थ्य अवस्था की समस्या कई बातों के कारण है : विकृत माँग, कमजोर आपूर्ति, सार्वजनिक कार्य में सहयोग करने से उन्हें रोकता है। यह देखते हुए कि समस्या इतनी जटिल है, इन सभी मुद्दों का समाधान करने के लिए हम अधिकार आधारित पद्धति से कैसे अपेक्षा कर सकते हैं ? यह आग्रह है कि अधिकार आधारित पद्धति को ही एकमात्र अर्थयुक्त समाधान समझना बहुत समस्याग्रस्त है। बल्कि समाज के स्तर पर अर्थात् समग्र स्तर पर वहाँ परिवर्तन लाने के लिए कई तरीकों की आवश्यकता है : मानसिकता व रचनात्मक कार्य में बदलाव के साथ अधिकार व नीतियाँ। श्रीमती सिंह ने सेवा देने और अधिकार जैसी श्रेणियों एवं उपनामों की आलोचना की। उन्होंने चिन्हित किया कि 'क्या सेवा प्रदान करना एक संघर्ष है या अर्थ द्वारा चलाए जा रहे एक स्वास्थ्य केन्द्र या सेवा मन्दिर द्वारा चलाए जा रहे एक विद्यालय चलाने जैसा है, जैसे-अपोलो अस्पताल ? तो क्यों इसे सेवा देना कहें ? श्रेणियाँ व उपनाम सही नहीं हैं - तो इन श्रेणियों को बनाने की तुलना में निर्णय बनाना अधिक कठिन है।

## इन्दु गुप्ता (नेशनल हैल्थ सिस्टम रिसोर्स सेन्टर फैलो) इब्तदा, अलवर :

सुश्री इन्दु गुप्ता को एन एच एस आर सी से इब्तदा में स्वास्थ्य कार्यक्रम के समन्वय के लिए छात्रवृत्ति मिल रही है। इब्तदा एक एन जी ओ है, जो अलवर जिले में कार्यरत है, जो प्राथमिक रूप से स्थानीय समुदाय में शिक्षा को बढ़ावा देने का कार्य कर रहा है परन्तु हाल ही के वर्षों में स्वास्थ्य पर भी कार्य करना आरम्भ किया है। सुश्री गुप्ता का कार्य विशेषकर एन एच एम के कम्यूनिटी मोनिटरिंग कार्यक्रम में एन जी ओ के नेटवर्क में इब्तदा की भागीदारी को देख रही हैं। अपनी टिप्पणी में उन्होंने पिछले ढाई वर्ष के दौरान समुदाय स्तर पर हुए कुछ परिवर्तनों के बारे में बताया (कम्यूनिटी मोनिटरिंग कार्यक्रम में)। इसमें ना केवल निःशुल्क दवाओं एवं उपचार के लिए लोगों के अधिकारों की जागरूकता बढ़ी है परन्तु समुदाय ने भी जागरूकता एवं अपने अधिकारों की माँग करना शुरू किया है। उदाहरण के लिए उन्होंने जननी सुरक्षा योजना में भ्रष्टाचार में कमी, टीकाकरण दर में वृद्धि एवं स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार देखा है।

सुश्री गुप्ता ने अपने कार्य में जो एक सबसे बड़ी समस्या देखी है वह है ए एन एम एवं आशा जैसे निचले स्तर के कार्यकर्ताओं को दिये जा रहे सहयोग एवं प्रशिक्षण का अभाव। वे तेजाराम के साथ सहमत हैं, जिन्होंने कहा था कि आशाओं को सिर्फ एक कर्मचारी के रूप में नहीं देखना चाहिए। आखिर उसे इतने कठिन कार्य के लिए बहुत कम पारिश्रमिक (500 रु. प्रति माह) दिया जा रहा है। आशा जमीनी स्तर पर सरकार व समुदाय के बीच मध्यस्थ के रूप में बहुत महत्वपूर्ण भूमिका निभा रही है एवं इन कार्यकर्ताओं की क्षमता वर्द्धन में निवेश करने एवं उनकी प्रेरणा को बढ़ावा देना महत्वपूर्ण है।

अन्त में सुश्री गुप्ता पूर्व में प्रियंका सिंह द्वारा उठाये गये बिन्दु से सहमत रहीं, जिसमें उन्होंने समुदाय के भीतर वर्गों के समाधान के महत्व की बात कही थी एवं कहा था कि सामाजिक बदलाव लाने के बारे में सिर्फ 'अधिकार, अधिकार, अधिकार, चिल्लाना ही काफी नहीं हैं।

## छाया पचौली (कार्यक्रम समन्वयक प्रयास, जयपुर)

छाया पचौली प्रयास के जयपुर कार्यालय में कार्यक्रम समन्वयक है, यह एक एन जी ओ है, जो समुदाय को एकजुट करके अभियान एवं नेटवर्क बनाकर स्वास्थ्य अधिकार को बढ़ाने का कार्य कर रहा है। उन्होंने प्रयास एवं अधिकारों पर अपने कार्यों के अनुभव के आधार पर यह बताया कि स्वास्थ्य के लिए अधिकार आधारित पद्धति को क्या बातें आवश्यक बनाती है। जब वह संगठन में शामिल हुई थीं, श्रीमती पचौली ने बताया कि उनके माता-पिता को नहीं पता था कि एन जी ओ क्या होता है, एवं जब वह अपने मित्रों को यह कहती थी कि वह लोगों के अधिकारों को बढ़ावा देने का कार्य करती है तो उनके कुछ मित्र यह सोचते थे कि वे धरने, रैली एवं नारे लगाने जैसी गतिविधियों में व्यस्त है।

श्रीमती पचौली ने कहा कि अधिकारों पर काम कर रहे एन जी ओ एवं वे एन जी ओ जो अधिकारों पर काम नहीं कर रहे (कम से कम, स्पष्ट तरीके से ) हैं के बीच में क्या अन्तर है ? अधिकांश लोग यह सोचते हैं कि अधिकार आधारित कार्य अलग है क्योंकि इसमें गतिशील व टकराव वाली गतिविधियाँ होती है। फिर भी श्रीमती पचौली के अनुसार असली अन्तर यह है कि अधिकार आधारित पद्धति में एक विशेष मानसिकता व कार्यशैली होती है यह मानवाधिकारों के सिद्धान्तों पर केन्द्रित है यह आवश्यक नहीं है कि यह टकराव के तरीके से ही की जाय परन्तु संगठनात्मक कार्य में समता, समानता, सशक्तिकरण एवं प्रतिष्ठा में समेकित विचारों पर केन्द्रित हों। प्रयास इन मुद्दों पर लोगों को एकजुट करने, जागरूक करने एवं उनकी आम/साझा आवाज उठाने का कार्य करता है। अन्य क्षेत्र जिसमें वे कार्य करते हैं, वह है अन्य एन जी ओ

की क्षमता वर्द्धन व प्रशिक्षण : वास्तव मे कई छोटे समूह प्रयास को सम्पर्क करते आ रहे हैं जो स्वास्थ्य पर कार्य कर रहे हैं परन्तु स्वास्थ्य एवं अधिकार, समता व समानता के बीच के सम्बन्ध को नहीं समझते हैं।

एक कठिनाई जिसका श्रीमती पचौली अपने कार्य मे सामना करती हैं, वह यह कि स्वास्थ्य कार्यक्रम समयबद्ध एवं दान दाता द्वारा संचालित होते है, इसका मतलब यह है कि स्वास्थ्य पर कार्य करने वाले एन जी ओ (जैसे प्रयास) लगातार धन व दान दाता समूहों के दबाव में रहते हैं। फिर भी समान रूप से अधिकार आधारित पद्धति का एक बुनियादी पहलू यह है कि सामाजिक परिवर्तन रातों रात नही हो सकता एवं इसके लिए सन्न व धैर्य रखना महत्वपूर्ण है। हाँलांकि यह अधिकार के मुद्दों पर कार्य कर रहे एन जी ओ के लिए एक चुनौती भी बन गया है। जब हम लोगों को किसी मुद्दे पर काम करने व कुछ माँग करने के लिए एकजुट करते हैं एवं तब अगर कोई परिणाम नहीं आता तो उन्हें फिर से एकजुट करना व समान मुद्दे पर फिर से बात करना बहुत कठिन हो जाता है।

**प्रोफेसर कँचन माथुर** ने अधिकारों पर विचारों की समझ की विभिन्नता द्वारा चर्चा की आवश्यकता के बारे में कहा। उन्होंने चारों वक्ताओं द्वारा कहे गये कुछ मुख्य बिन्दुओं को संक्षेपित किया एवं कार्यशाला प्रतिभागियों के लिए प्रश्नों के लिए सत्र आरम्भ किया। मुख्य बिन्दु, जिनका वक्ताओं द्वारा उल्लेख किया गया, वह है : 1) विभिन्न स्तरों पर और जागरूकता बढ़ाने व संवेदनशीलता की आवश्यकता (ना सिर्फ समुदाय स्तर पर परन्तु एन जी ओ कार्यकर्ताओं एवं सेवा प्रदाताओं मे भी), 2) अधिकार आधारित कार्य मे सेवा प्रावधान की भूमिका, 3) सेवा देने एवं अधिकारों को कैसे अलग किया जाए और जब से सेवा देने के लिए समुदाय को एकजुट किया जा रहा है तो ऐसे में क्या पूर्व कार्य आवश्यक रूप से निम्न है, 4) किस प्रकार का कार्य 'अधिकार आधारित' कार्य के रूप मे माना जाय एवं 5) जब एन जी ओ सरकार के साथ कार्य करते हैं तो क्या उनकी स्वतन्त्रता को समझौता करना पड़ता है, 6) हम किसके अधिकारों की बात कर रहे हैं, 7) अधिकार आधारित ढाँचे में सरकारी कार्यक्रमों/योजनाओं को लागू करने में पंचायतों की भूमिका, 8) एन जी ओ के कार्यों पर शक्ति की विषमताओं का क्या असर होता है, विशेषकर आज की परिस्थितियों में जहाँ अधिकाँश कार्य दानदाताओं द्वारा निर्धारित होते हैं।

**प्रोफेसर शिव चन्द्र माथुर** ने चारों वक्ताओं से एन आर एच एम में समुदाय स्तर पर गठित वी एच एस सी व अन्य समान समितियों के प्रभाव पर उनके विचार के बारे में पूछा। दूसरे, उन्होंने इंदु गुप्ता की टिप्पणी को केन्द्रित किया, जिसमे इंदु ने आशा को एक कर्मचारी के रूप मे देखने के बारे मे कहा था। उन्होंने कहा कि आशा को एक कर्मचारी के रूप मे देखने से यह उसकी भूमिका एवं स्थान की पूरी सोच के विरुद्ध हो जायेगा : एक एक्टिविस्ट के रूप में (आशा का मतलब एक्सेडिटेड सोशल हैल्थ एक्टिविस्ट)।

**इंदु गुप्ता** ने शिव चन्द्र माथुर के बिन्दु पर यह कहते हुए उत्तर दिया कि आशा को एक कर्मचारी के रूप माना जाना चाहिए, जो जागरूकता बढ़ाने का एवं लोगों को सेवाओं का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहन देने का कार्य करती है। छटा वेतन आयोग आशा के लिए भी लागू होना चाहिए एवं हमें जमीनी स्तर पर कार्य कर रही आशा को सशक्त करना चाहिये।

**पी आर शर्मा (विकास अध्ययन संस्थान)** जो कि राजस्थान मे पंचायती राज पर कार्य कर रहे हैं। उन्होंने कहा कि जब समूह के सदस्य अधिकार की पद्धतियों को संस्थागत दृष्टिकोण से देख रहे हैं तो स्थानीय शासन, विशेषकर जमीनी स्तर की पंचायत को विभिन्न क्षेत्रों (स्वास्थ्य, शिक्षा, पोषण, सार्वजनिक वितरण प्रणाली एवं पेयजल) की निगरानी की जिम्मेदारी दी गयी है। हाल ही

में उनके द्वारा एक अध्ययन किया गया, जिसमें उन्होंने 10,000 रुपये के बारे में पूछा जो एन आर एच एम में प्रत्येक गांव को दिये गये हैं (विशेषरूप से सात लोगों की समिति, जिसमें एक निर्वाचित प्रतिनिधि, ए एन एम, दो महिला आंगनबाड़ी कार्यकर्ता एवं आशा)। फिर, उन्होंने कहा कि इस धन के बारे में कोई नहीं जानता था। इसलिए डॉ. शर्मा सोचते हैं कि कार्यक्रमों व योजनाओं के बारे में जागरूकता बढ़ाने के बाद ही अधिकार आधारित पद्धति पर बात की जा सकती है (जबकि अधिकार आधारित पद्धति की सबसे बड़ी कमजोरी जानकारी का अभाव है)।

**प्रियंका सिंह (सेवा मंदिर)** ने लिंग चयनित गर्भसमापन के मुद्दे पर टिप्पणी की एवं कहा कि पिछले वर्षों के दौरान लड़कियों के जन्म की संख्या में तेजी से कमी देखी गयी है। डॉ. शर्मा की टिप्पणी (उपर लिखित) के उत्तर में श्रीमती सिंह ने कहा कि सवाल पंचायत, वी एच एस सी या ग्राम विकास समिति (जो कि उनके संगठन द्वारा स्थापित की गयी है) जैसे स्थानीय संस्थानों का नहीं है, परन्तु सामाजिक आधार का है। सामाजिक परिवर्तन के लिए बदलाव सामाजिक आधार से आने की आवश्यकता है। अधिकारों एवं कर्तव्य की बात करना ही अपने आप में सम्पूर्ण नहीं है। उन्होंने समूह के सदस्यों से पूछा कि क्यों एक संरचना (जैसे अधिकार आधारित पद्धति) को ऊँचा स्थान दिया जाता है, जबकि उसके सकारात्मक परिणामों के कोई स्पष्ट सबूत भी नहीं हैं।

**तेजाराम (समन्वयक, मंथन)** : तेजाराम द्वारा कहा गया कि सिर्फ समिति बना दिये जाने से यह बात निश्चित नहीं हो जाती कि समिति के सदस्य अपनी भूमिका व समिति के कार्यों के प्रति जागरूक हों। इन समितियों में जागरूकता व सशक्तिकरण बनाना एक सतत प्रक्रिया है।

**इंदु गुप्ता (इब्लदा)** : प्रोफसर माथुर की वी एच एस सी पर की गयी टिप्पणी के उत्तर में उन्होंने कहा कि अनेक ए एन एम इन समितियों में मुख्य भूमिका निभा रही हैं एवं यह कहना गलत होगा कि ये (वी एच एस सी) कार्य नहीं कर रही हैं एवं नकारा हैं। उन्हें हाल ही में एक ब्लॉक कार्यक्रम समन्वयक ने बताया कि उनके ब्लॉक में 80 प्रतिशत वी एच एस सी कार्य कर रही हैं। दूसरे उन्होंने आशा के बारे में पहले कही गयी बात को स्पष्ट किया एवं कहा कि वे अपने आप को एक वेतनभोगी कर्मचारी समझती हैं क्योंकि उन्हें सशक्त नहीं किया गया है एवं उन्हें उचित प्रशिक्षण भी नहीं मिला है। आशा को सामाजिक कार्यकर्ता के रूप में कार्य करना चाहिये एवं यह सिर्फ पंचायत ही नहीं अक्सर जिला कलेक्टर को भी एकजुट करने के लिए कदम लेती हैं।

**श्रीमती छाया पचौली (प्रयास)** ने कहा कि हाँलांकि प्रोफेसर माथुर आशा को एक्टिविस्ट कह रहे हैं, परन्तु उन्हें उस रूप में प्रशिक्षण नहीं मिला है (जो कि मिलना चाहिए था)। दूसरे उन्होंने तर्क दिया कि वी एच एस सी अप्रभावी व नाकारा नहीं है। परन्तु उनका निर्माण सरकार द्वारा सिर्फ कागजों पर कर दिया गया एवं उनके प्रशिक्षण अभी भी आरम्भ नहीं हुए हैं (हालांकि यह जल्दी ही आरम्भ होगा)। यह सोचना अत्यंत ही आशावान होगा कि वी एच एस सी किसी उचित प्रशिक्षण एवं समितियों के उद्देश्यों एवं कार्यों की समझ के अभाव में कार्य करने लगे।

**मुख्य भाषण :**

**श्रीमती अरुणा रॉय (सूचना के अधिकार पर सामाजिक कार्यकर्ता, मजदूर किसान शक्ति संगठन, देवडूंगरी)**

**आंदोलन से कानून तक : सूचना के अधिकार के आंदोलन से सीख**

हमारे देश में महात्मा गाँधी और शंकर गुहा नियोगी जैसे लोग, जिन्होंने अलग प्रकार के आंदोलन चलाये थे, वे सेवा, संघर्ष और निर्माण की बातें करते थे। हमारे जीवन के विकास के लिए सेवा,

संघर्ष तथा संरचनाओं का निर्माण एक विकल्प होता है (जीवन का अंग)। अधिकारों के लिए संघर्ष ही सेवा की अवधारणा है। यदि हम इस संकीर्ण दृष्टिकोण से इस स्थिति को देखें (जैसे बिना सहायक संरचनाओं के संघर्ष, जहां सेवा किसी सामाजिक परिवर्तन के लिए कोई भूमिका नहीं निभाती), तब हमें गुणात्मक सामाजिक परिवर्तन देखने को नहीं मिलेगा। यदि, उदाहरण के लिए मैं किसी सामाजिक आंदोलन में शामिल हूँ तो मेरी चिंता मेरे अकेले के सामाजिक गुस्से से सही नहीं कही जा सकती। ये भी देखना आवश्यक होगा कि मेरे सामाजिक गुस्से का मेरे कार्यों, व्यक्तिगत जीवन, परिवार और संबंधों पर क्या परिणाम होता है।

वहाँ ऐसे क्षण भी होंगे जहां सीमाओं पर ध्यान केन्द्रित करने तथा जिस आंदोलन में मैं भाग ले रही हूँ उसके परम लक्ष्य पर ध्यान दिया जाये।

हमारे पास अधिकार हैं तथा हमारे पास वो चीज भी है जिससे इन अधिकारों पर दावा करने की आवश्यकता पड़ती है। वैसे तो अनेकों अधिकार हैं पर उन सभी में स्वास्थ्य का अधिकार सर्वोपरि है। ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य समस्याओं के कारण लोगों पर काफी कर्ज हो रहा है, जो कि जन्म, शादी मृत्यु जैसी सामाजिक रिवाजों से भी ज्यादा होता है। इस स्थिति में इसके कारण देखने लायक होंगे।

आज हम अधिकारों का दावा करने की बात करते हैं क्योंकि देश गरीबों से किये वादों से मुक्त गया है। हमारा देश एक कल्याणकारी राज्य था तथा सरकार ने गरीबों तथा अमीरों को बेहतर चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराने का वादा किया था पर अब सरकार ने स्वास्थ्य को व्यापार बना डाला है जहाँ स्वास्थ्य दुकानों और निजी चिकित्सालयों की श्रृंखला के रूप में है। ऐसे में नीतियाँ स्वास्थ्य के निजीकरण को समर्थन देती हैं। इससे इसके स्वयं के स्वास्थ्य प्रणाली पर नकारात्मक परिणाम पड़े हैं। हम निजी चिकित्सकों से कौन से अधिकारों की माँग कर सकते हैं?

दूसरी ओर, जहाँ स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली को बनाए रखने की जिम्मेदारी बुनियादी होती है, वहाँ एक आम धारणा ये है कि सरकारी कर्मचारी बिना रिश्वत के कोई काम नहीं करता। किस प्रकार से ऐसी व्यवस्था में बिना अधिकारों के स्वास्थ्य सेवायें प्राप्त करने की बातें की जा सकती हैं ?

मैंने इस बातचीत की शुरुआत में सेवा का उल्लेख इसलिए किया था क्योंकि मैं मानती हूँ सेवा की महत्वपूर्ण भूमिका को स्वीकारे बगैर अच्छी स्वास्थ्य प्रणाली नहीं रखी जा सकती। चिकित्सक अपनी शपथ में स्वीकार करते हैं कि वे लोगों की जान बचाएंगे तथा बिना किसी अन्य विचार के स्वास्थ्य लाभ देंगे। परंतु चिकित्सा के वास्तविक पेशे में ऐसी किसी हमदर्दी या दयालुता को नहीं देखा जाता। यहाँ तक कि किसी गिरी हुई चिडिया या गली में चोटिल कुत्ते को भी दया नहीं दी जाती। मैं खुद मरीजों की ओर इस बेरहम व्यवहार की साक्षी हूँ। सरकार से अधिकारों की माँग इसलिए भी आवश्यक हो जाती है क्योंकि वे लोकतांत्रिक माध्यम से चुने गये हैं। इस देश में गरीबों की सेवा करना केवल सरकारी डॉक्टर का कर्तव्य है। निजी चिकित्सक केवल लाभ देखता है। लोगों के पास निजी डॉक्टर के पास जाने लायक पैसा नहीं है। ये आधारभूत सेवाएं जीवन के लिए तब तक विश्वसनीय नहीं हैं, जब तक स्वास्थ्य और अधिकार एक दूसरे से जुड़े ना हों। चूंकि जीवन में बुनियादी अधिकारों की आवश्यकता होती है, अतः सेवाओं के प्रावधानों को सुनिश्चित करने के लिए संघर्ष की आवश्यकता है। अगर कोई संघर्ष ना हो तो गरीबों की स्वास्थ्य सेवाएँ उपयोगी नहीं रह जाती।

दूसरा, हमें सेवा देने के कार्य को छोटा नहीं मानना चाहिए। ये लोगों का दिल जीतने में महत्वपूर्ण है। यदि उन दिलों को नहीं जीता जाए तो संघर्ष भी नहीं किया जा सकता। ठीक उसी तरह खुद के द्वारा इन सेवाओं को पहचानना भी महत्वपूर्ण है। गुजरात में नरसंहार के बाद

जब मुस्लिम औरतों का डाक्टरों ने इलाज नहीं किया तो उन्होंने भी चिकित्सा प्राप्ति के लिए संघर्ष किया।

राजस्थान के राजसमंद जिले के बरार में पी एच सी में आठ चिकित्सकों को लगाया गया था, परन्तु नियमित आधार पर दो ही दिखाई देते थे। उस स्थान को को भरने के लिए क्या विकल्प है ?

सूचना के अधिकार का अधिनियम, जो कि भारतीय संविधान के अनुच्छेद 19 के तहत अभिव्यक्ति की स्वतंत्रता से जन्मा है, वह स्वास्थ्य के लिए संघर्ष में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करता है। सबसे पहले सूचना के अधिकार अधिनियम की धारा 4 में यह बात आवश्यक रूप से है कि सभी स्वास्थ्य प्राधिकारी और कार्यालय अपने द्वारा सेवाओं, सुविधाओं और दवाइयों की जानकारी को आसानी से उपलब्ध कराएं। अगर हमारे सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में इसे ठीक ढंग से लागू किया जाये तो महत्वपूर्ण बदलाव तो अपने आप हो जायेंगे। क्योंकि इससे किसी भी नागरिक के लिए यह जानना आसान हो जायेगा कि वास्तव में अमुक स्थान पर वो सेवा उपलब्ध है जो कि होनी चाहिए।

2002 में हमने जवाजा (अजमेर, राजस्थान) में एक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली पर जन सुनवाई का आयोजन किया था। एक स्थानीय पी एच सी से सेवाओं और सुविधाओं से संबंधित दस्तावेज हमें उपलब्ध कराने को कहा। हमने महसूस किया कि वहाँ कई विसंगतियां थी। उदाहरण के लिए हमने पाया कि वहाँ सबसे बड़ी स्वास्थ्य समस्या साँप द्वारा काटा जाना था, लेकिन लोगों को कभी भी विष विरोधी दवा नहीं दी गयी। बल्कि उन्हें बड़े अस्पताल भेज दिया गया। परन्तु पी एच सी के दस्तावेज वहाँ विष विरोधी दवा दिखा रहे थे। तब दवा कहाँ चली गई ?

दूसरा, पी एच सी में जल आपूर्ति प्रणाली नहीं थी। हमे यह सामान्य लगा क्योंकि उन्होंने इसकी माँग नहीं की थी, तो हमने एक नलकूप की माँग की तथा शौचालय की मरम्मत तथा सफाई के लिए कहा। जनसुनवाई में हमने पाया कि कई चिकित्सक लोगों से रुपये माँगते हैं, जो कि विधी सम्मत नहीं है। जैसे मरीजों को संस्थागत प्रसव तथा ऑपरेशन के लिए 500 रुपये माँगे जाते थे। यहाँ तक कि आज जननी सुरक्षा योजना में महिला को 1700 रुपये मिलने चाहिए, जबकि उन्हें 500 रुपये ही मिलते हैं। इस जनसुनवाई में हमें चिकित्सक और मुख्य चिकित्सा स्वास्थ्य अधिकारी (सी एम एच ओ) के गुस्से का भी सामना करना पड़ा।

लेकिन यह प्रश्न एक और परिभाषा देता है— क्या हमें एसी जनसुनवाई (एवं अन्य समान गतिविधियाँ) को संघर्ष के रूप में, सेवा या निर्माण क्षमता (सेवा, संघर्ष, निर्माण) के रूप में देखना चाहिए। जल प्रणाली और शौचालयों का निर्माण आवश्यक था। इन सेवाओं, (जो कि पी एच सी उपलब्ध करवाती है, परन्तु नहीं करा रही थी) के लिए अधिक जवाबदेही की आवश्यकता है। जन सुनवाई के माध्यम से इन मुद्दों को उठाना जवाबदेही और पादर्शिता के संघर्ष का हिस्सा था। हालाँकि इससे सेवा की गुणवत्ता पर सीधा प्रभाव हुआ।

हमने पाया कि कई समितियाँ (जैसे वी एच एस सी आदि) राजनीतिक दलों के प्रभाव से बनी थीं। वे उन कार्यों का भी विरोध करती थीं, जो हम सामान्य रूप से करते थे तथा इन मुद्दों को उठाने से उनके निहित स्वार्थों पर बुरा असर होता था। स्वास्थ्य में भ्रष्टाचार जान खा जाता है। इस प्रकार के अधिकारों का हनन हमारे मृत्यु या शरीर में स्थायी क्षति का कारण भी होता है। भ्रष्टाचार को खत्म करने के लिए हमे लड़ना होगा, संघर्ष करना होगा, चाहे इसके लिए सालों तक सड़कों पर बैठना पड़े।

दो दिन पहले अलवर जिले के सभी सरपंच उस नीति के खिलाफ बोले, जिसमें पंचायत समिति को नरेगा के अंतर्गत सामग्री वितरण के लिए जिम्मेदार माना है। इसका कारण ये है कि सरपंच भ्रष्टाचार से लेकर कुप्रबंधन का आनंद उठाते हैं। इनमें से कई बेनामी कंपनियां चलाते हैं तथा केवल कागजों पर ही लेनदेन दिखा देते हैं तथा सरकारी योजना में से स्वयं पैसा रख लेते हैं। हमें इस भ्रष्टाचार को रोकने के लिए आंदोलन की आवश्यकता है। सार्वजनिक क्षेत्रों में फिर से तर्क लागू करने पड़ेंगे। जो इमानदार सरपंच इस भ्रष्टाचार के खिलाफ आवाज उठाते हैं, एवं तुरन्त खामोश कर दिये जाते हैं, उन्हें सुरक्षा की आवश्यकता है, ताकि उन्हें शक्ति मिल सके। ऐसे वातावरण में बिना संघर्ष के कुछ हासिल नहीं किया जा सकता।

ये सभी उदाहरण हमारी नीतियों के लोकतांत्रिक संरचना से अधिकारों से निकले हैं – तथा इसलिए ये अलग नहीं किए जा सकते। विरोध, धरने तथा विभिन्न सोच का प्रदर्शन लोकतंत्र में निहित है। अगर हम सोचे कि लोकतंत्र इन तीनों चीजों के बिना कार्य करें तो वह लोकतंत्र ही नहीं।

हाँलांकि, स्वास्थ्य जैसे मुद्दे में, हमारे पास अधिकारों का दावा करने के अलावा कोई विकल्प नहीं है। ये जीवन या मृत्यु का सवाल है : समय पर वायुयंत्र, ऑक्सीजन या इंजेक्शन की उपलब्धता जीवन के बचने का मुद्दा है। हमें दायरे के भीर भी सोचना होगा एवं मुद्दों या प्रणालियों को वैसे देखना होगा जैसे वे वास्तव में हैं।

**अरूणा रॉय के लिए प्रश्न :**

**डॉ. नरेन्द्र गुप्ता (प्रयास)** ने कहा कि इस समय भारत में स्वास्थ्य के लिए कोई अधिकार नहीं है, लेकिन हमारे संविधान का अनुच्छेद 21 (जीने का अधिकार) हमें इसकी प्रत्याभूती (गारंटी) जरूर देता है। सुश्री रॉय की बात का समर्थन करते हुए उन्होंने कहा कि अधिकारों के संबंध में सेवा भी महत्वपूर्ण है। हम स्वास्थ्य अधिकारों या गुणात्मक स्वास्थ्य अधिकारों की बात तब तक नहीं कर सकते जबकि सरकार आज के मुकाबले 8 गुणा ज्यादा पैसा खर्च करने की बात ना करे। उपसहारा अफ्रीका के देशों में स्वास्थ्य के लिए भारत से कहीं ज्यादा धन खर्च किया जाता है, तो हम आज की परिस्थिति में (संसाधनों के बभाव में) कैसे अधिकारों की बात कर सकते हैं।

**श्रीमती अरूणा रॉय** (डॉ. गुप्ता के प्रश्न के उत्तर में) ने कहा कि निजीकरण के द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं में वृद्धि प्राप्त नहीं की जानी चाहिए किन्तु ग्रामीण स्तर पर सरकारी चिकित्सालय होने चाहिए। हमें यह सुनिश्चित करना होगा कि चिकित्सक ग्रामीण क्षेत्रों में काम करें क्योंकि अगर ऐसा नहीं होगा तो उनके पास केवल नीम हकीमों के पास जाने का ही विकल्प होगा। दिल्ली में और अधिक काम करके बजट बढ़ाने पर ध्यान केन्द्रित करना होगा, विशेषकर लोकसभा में (इसके लिए “लोगो का बजट” बनाने पर विचार करना होगा, जिसमें स्वास्थ्य, सुरक्षा, शिक्षा तथा महिलाओं पर खर्च की जाने वाली राशि का ब्यौरा हो) हमें जिलेवार बजट तैयार करना होगा, जैसे डॉक्टर, ए एन एम तथा दूसरी सेवाओं पर कितना खर्च हो)।

हमारी लोकसभा ने हाल ही स्वयं के लिए वेतन वृद्धि की है जबकि हमारे मजदूरों का वेतन अभी भी 100 रुपये प्रतिदिन है, जहां दाल का भाव 90 रुपये प्रति किलो तक बढ़ गया है। ये मौलिक अधिकारों का प्रश्न है, जो हमें हमारे राजनेताओं से करना चाहिए। अगर वो स्वयं के वेतन में दोगुनी वृद्धि करते हैं, तो उन्हें ऐसा हर किसी के लिए करना चाहिए।

प्रियंका सिंह के प्रश्न के जवाब में कि “अधिकारों के दृष्टिकोण में करुणा की आवश्यकता है” सुश्री रॉय ने कहा कि “वहाँ दया आवश्यक है लेकिन वहाँ दया का मतलब यह बिल्कुल नहीं है कि संघर्ष नहीं हो सकता। दया का मतलब है कि हमें रक्त नहीं बहाना हम बदलाव चाहते हैं”,

हम मारना नहीं चाहते। हम कुछ खत्म नहीं करना चाहते। उन्होंने कहा कि करुणा सभी में है। उन्होंने एक जन सुनवाई का उदाहरण दिया कि एक सरपंच स्थानीय भ्रष्टाचार में लिप्त था, पर लोग उसे मारना नहीं चाहते थे। वे सिर्फ़ ये कहते थे कि “अब वापस मत करना”, हमें ऐसा करने का अधिकार होना चाहिए। यहां मुद्दा ये है कि बिना संघर्ष के लोकतंत्र नहीं है, बिना विरोध के लोकतंत्र नहीं है, बिना वचन के लोकतंत्र नहीं है। हमें हिन्दुस्तानी होने पर गर्व होना चाहिए (जैसा कि एक नारा है— गर्व से कहो हम हिन्दुस्तानी हैं)। हमें हमारे लोकतंत्र में होने का गर्व होना चाहिए। विशेष रूप से राजस्थान में विरोध का स्थान मिलने पर गर्व होना चाहिए। पर जब वो कुछ गलत करते हैं तो मैं उन्हें मौका नहीं दूंगी। अंत विनाश नहीं है अंत दया है। रणनीति हमेशा बात की होनी चाहिए। अगर कोई बात से नहीं समझता तो लड़ाई होनी चाहिए। अगर सरपंच कहे कि हम भ्रष्टाचार करते हैं, तो इस मुद्दे पर बात होनी चाहिए। इसे उन्हें समझाना चाहिए कि ये जनता के पैसे हैं जो कि गाँवों के गरीब लोगों पर खर्च किये जाने चाहिए।

**प्रियंका सिंह** के डॉक्टरों में करुणा की कमी के बारे में टिप्पणी की थी।

श्रीमती रॉय ने सिस्टर अलवीना को हर किसी को करुणा के साथ बेटी या बहन की तरह देखने के महत्व की बात पर धन्यवाद दिया। उन्होंने कहा कि अगर हम खुद को दूसरों से अलग मानेंगे तो वहां करुणा नहीं हो सकती है। अगर हम हर बूढ़ी औरत में अपनी माँ को देखें तथा हर जवान चेहरे में अपने बच्चे को देखें तो वहाँ करुणा हो सकती है।

#### **सत्र 4 : अधिकारों व जवाबदेही को बढ़ाना : स्वास्थ्य व प्रजनन अधिकारों के सन्दर्भ में कानूनी परिणाम**

**अध्यक्ष :** श्री प्रेम कृष्ण शर्मा (निर्माता, एकेडमी फॉर सोशियो लीगल स्टडीज़, जयपुर)

##### **प्रस्तुतीकरण 1 :**

**जमीन कौर (परियोजना प्रबंधक, प्रजनन अधिकार, एच आर एल एन, दिल्ली)**

##### **‘स्वास्थ्य एवं प्रजनन अधिकारों के लिए जवाबदेही बढ़ाने में न्यायालयों की भूमिका’**

जमीन कौर (परियोजना प्रबंधक, प्रजनन अधिकार इकाई, ह्यूमन राइट्स लॉ नेटवर्क (एच आर एल एन, दिल्ली) द्वारा उनका प्रस्तुतीकरण भारत में कानूनी एवं न्यायिक प्रणाली पर केन्द्रित किया गया, जो प्रजनन अधिकारों को बढ़ाने के लिए उपयोग किये गये हैं। सर्वप्रथम, उन्होंने भारतीय संविधान की धारा 21 का उल्लेख किया (जिसे डॉ. नरेन्द्र गुप्ता ने भी पहले उल्लेखित किया था), जिसमें यह कहा गया है, कि ‘किसी भी व्यक्ति को उसकी स्वतंत्रता के अधिकार से वंचित नहीं किया जा सकता। यदि यह होता है तो यह सिर्फ़ स्थापित कानून के द्वारा ही किया जा सकता है। धारा 21 में जीवन के अधिकार को अपनाया गया है एवं उच्चतम न्यायालय द्वारा इसे इस प्रकार से समझाया गया है, कि नागरिकों को निश्चित रूप से प्रतिष्ठा के साथ जीवन जीने का अधिकार है, जैसे – इसमें स्वास्थ्य व चिकित्सा के अधिकार सम्मिलित हैं।

आपातकालीन चिकित्सा देखभाल, स्वास्थ्य के अधिकार का महत्वपूर्ण आयाम है। सुश्री कौर ने परमानन्द कटारा विरुद्ध भारतीय संघ (1989) के मामले का उल्लेख किया, जिसमें न्यायालय ने कहा कि ऐसे मामले जिनमें आपातकालीन देखभाल आवश्यक थी, उनमें चिकित्सा प्रदाता एवं अस्पताल मरीजों को शीघ्र उपचार देने में खुश थे। दूसरे, पश्चिम बंगाल खेत मजदूर समिति

विरुद्ध पश्चिम बंगाल सरकार, 1996 के मामले में न्यायालय ने कहा था कि यह सरकार का आवश्यक कार्य है कि वह आपातकालीन चिकित्सा उपचार प्रदान करने के लिए आवश्यक एवं उपयुक्त सेवाएं दे एवं ऐसा नहीं करने से यह धारा 21 में उल्लेखित जीवन के अधिकार का हनन होगा। आपातकालीन प्रासिक देखभाल के विशेष संदर्भ में सुश्री कौर ने शकुन्तला देवी विरुद्ध उत्तर प्रदेश सरकार (2008) के मामले का उल्लेख किया, जिसमें सर्वेश कुमारी नाम की महिला को एक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर आपातकालीन प्रासिक देखभाल देने से मना कर दिया एवं सड़क पर जन्म देने के लिए बाध्य किया गया। न्यायालय द्वारा एक स्युओ मोटो आदेश दिया गया एवं उत्तर प्रदेश सरकार से चिकित्सा अधिकारियों के विरुद्ध न्यायोचित कदम उठाने एवं प्रतिभूति देने का कहा गया।

भारत के संदर्भ में, असफल व असुरक्षित नसबंदी के मामले प्रजनन अधिकारों के मुद्दों को कानूनी संरचना के द्वारा उठाये व छुपाये जाने का एक तरीका रहा है। सुश्री कौर ने रमाकान्त राय एवं हैल्थ वॉच उत्तर प्रदेश एवं बिहार विरुद्ध भारत के मामले का उल्लेख किया, जो कि सुरक्षित नसबंदी के मुद्दे पर था एवं उच्चतम न्यायालय के समक्ष प्रस्तुत किया गया था। यह मामला अन्तर्राष्ट्रीय कानून (आई सी पी डी, सी ई डी ए डब्ल्यू अल्मा आटा घोषणा) एवं संवैधानिक कानून (धाराएं 14, 15, 21, 47) दोनों पर आधारित थी। इसमें यह कहा गया कि केन्द्र सरकार स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मन्त्रालय के महिला नसबंदी मानकों के निर्देशों (नसबंदी निर्देश) को लागू करने की जिम्मेदारी को निभाने में असफल रही थी।

नसबंदी पर दूसरा महत्वपूर्ण मामला हरियाणा सरकार विरुद्ध श्रीमती संतरा (2000) का है, इसमें महिला को 54,000 रुपये प्रतिभूति दी गयी थी। यह राशि उस महिला को उस बच्ची की परवरिश के लिए दी गयी थी, जिसका जन्म सरकारी अस्पताल में नसबंदी ऑपरेशन असफल होने के बाद हुआ था। श्रीमति संतरा के मामले के सकारात्मक परिणाम के साथ सुश्री कौर ने कहा कि निर्णय में यह नहीं माना गया कि यह मामला प्रजनन अधिकारों के हनन का है। न्यायालय द्वारा यह कहा गया कि प्रतिभूति देने का निर्णय जनसंख्या नियंत्रण की आवश्यकता को ध्यान में रखते हुए दिया गया : केन्द्र व राज्य स्तर की सरकार इस बात को जानते हैं कि भारत दूसरा सर्वाधिक जनसंख्या वाला देश है एवं इस संदर्भ में यह सम्पन्नता, प्रगति एवं सम्पूर्ण आत्म निर्भरता के समय में प्रवेश कर रहा है, इसके लिए यह आवश्यक है, कि जनसंख्या नियंत्रित रहे।

भारत में प्रजनन अधिकारों में सबसे बड़ी चुनौती 'दो बच्चों' की नीति है, जो विभिन्न स्तरों पर बच्चों की संख्या दो तक सीमित रखने के लिए जोड़ों को बढ़ावा देने के लिये सरकारी समूहों द्वारा अपनायी गयी है। इस प्रकार के प्रतिबंध स्वयंसेवी व ब्यमतबपअम दोनों ही संसाधनों द्वारा बढ़ाये गये हैं। जावेद विरुद्ध हरियाणा के मामले ने हरियाणा पंचायतीराज कानून (1994) को चुनौती दी है, जो यह कहता है, कि स्थानीय पंचायत के चुनाव वही लड़ सकता है, जिसके दो बच्चे हों। न्यायालय ने अन्त में यह कहते हुए कानून का साथ दिया कि यह कानून "सहायक एवं जनता के लिए लाभदायक है एवं यह तब तक असंवैधानिक नहीं है, जब तक 'भारतीय संविधान में सरकारी नीतियों के स्पष्ट सिद्धान्तों में कहे गये सम्मानजनक उद्देश्य जनसंख्या के नियन्त्रण से ही अर्जित किए जा सकते हैं'।

स्वयं के प्रस्तुतीकरण में, एक अधिक नये मामले, सुचिता श्रीवास्तव विरुद्ध चण्डीगढ़ प्रशासन (2009) का उल्लेख किया जो उस समय किया गया जब एक 19 वर्षीय मानसिक रूप से असमर्थ महिला का उसके संस्थान (जहां वह रह रही थी) के चौकीदार द्वारा बलात्कार किया गया था एवं वह गर्भवती हो गयी थी। सहमति का मुद्दा इस मामले के तल में है, जिसमें महिला चाहती थी कि वह गर्भ को बनाये रखे। फिर भी पंजाब व हरियाणा उच्च न्यायालय ने चिकित्सकों एवं मनोचिकित्सकों की जाँच के बाद महिला की मानसिक अक्षमता को देखते हुए चिकित्सकीय गर्भ

समापन को उसके लिए उपयुक्त माना। इस आदेश को उच्चतम न्यायालय ले जाया गया, जहाँ पंजाब/हरियाणा के आदेशों को पलट दिया गया एवं यह कहते हुए गर्भ को बनाये रखा कि “जब पीड़िता ने बच्चे को रखने की अपनी इच्छा को साफतौर पर प्रकट कर दिया है, अन्य मुद्दों जैसे, लैंगिक क्रिया की समझ का अभाव, गर्भावस्था के पूरे समय तक होने पर उसकी क्षमता के प्रति चिन्ता एवं बाद में माता की जिम्मेदारियों का अनुमान” को ध्यान में रखते हुए उसके प्रजनन चुनाव का सम्मान करना चाहिए। इस मामले के निर्णय में पीड़िता से स्वीकृति नहीं लिए जाने के अभाव के पूर्ण दण्ड को नहीं जाँचा गया।

सुश्री कौर ने एक हालिया आदेश पर चर्चा करते हुए अपना प्रस्तुतीकरण समाप्त किया, जहाँ दिल्ली उच्च न्यायालय ने लक्ष्मी मण्डल विरुद्ध दीन दयाल अस्पताल व अन्य के मामले में मातृ मृत्यु की जांच का आदेश देकर एक उदाहरण पेश किया है। यह भारत में मातृ मृत्यु की उच्च स्तर पर जवाबदेही सुनिश्चित करने के लिए है।

## प्रस्तुतीकरण 2 :

**श्री अजय कुमार जैन (अधिवक्ता, राजस्थान उच्च न्यायालय, जयपुर)**  
**“स्वास्थ्य के सम्बन्ध में अधिकारों पर न्यायपालिका में बदलाव”**

श्री अजय कुमार जैन (राजस्थान उच्च न्यायालय में अधिवक्ता) ने स्वयं का प्रस्तुतीकरण यह कहते हुए आरम्भ किया कि स्वास्थ्य के मुद्दे बहुत हद तक नैतिकता से जुड़े हुए हैं।

श्री जैन ने कहा कि ना तो सरकार और ना ही समाज उसके नागरिकों को चिकित्सा देखभाल देने के लिए जिम्मेदारी को स्वीकार करते हैं। भारत की स्वतंत्रता से पहले, स्वास्थ्य के मुद्दे पर बने कानून सिर्फ दवा नियंत्रण एवं संक्रमण वाली बीमारियों के फैलाव के नियंत्रण पर केन्द्रित थे (चिकित्सा देखभाल की पहुंच के लिए कोई कानून नहीं था)। आज भी, स्वास्थ्य व्यवहार नियंत्रण से जुड़ा है। इस संदर्भ में उन्होंने भारतीय दण्ड संहिता के भाग 14, धारा 269 का उल्लेख किया (जीवन के लिए गंभीर बीमारियों का संक्रमण फैलाने से सम्बन्धित नेग्लिजेंट एक्ट), जो जानबूझ कर बीमारी का संक्रमण किसी और में फैलाने को एक अपराध बनाता है। स्वास्थ्य से सम्बन्धित अधिकांश कानून या तो सरकारी कर्मचारियों या कार्य सम्बन्धित स्वास्थ्य के मुद्दों से सम्बन्धित हैं एवं आज भी शेष जनसंख्या (जैसे— भारतीय नागरिक जो सरकारी कर्मचारी नहीं हैं) को चिकित्सा देखभाल प्रदान करने के लिए कोई कानून नहीं है। उनके अनुसार असम जन स्वास्थ्य कानून, 2010 इसमें एक अपवाद है, जिसमें सभी अस्पतालों को किसी आपातकालीन अवस्था में मरीज को उसकी बीमारी के प्रथम 24 घण्टों में उपचार के लिए उपयुक्त व्यवस्था के लिए कहा गया है।

ऐतिहासिक दृष्टिकोण से, स्वास्थ्य का अधिकार सर्वप्रथम विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा 1946 में स्थापित किया गया था, जो इसे “आधारभूत मानवाधिकार” के रूप में वर्गीकृत करता है। 2 वर्ष पश्चात् 1948 में, संयुक्त राष्ट्रों द्वारा मानवाधिकार की वैश्विक घोषणा में स्वास्थ्य के अधिकार को अन्य अधिकारों के साथ रखा गया।

1966 में, आर्थिक, सामाजिक व सांस्कृतिक अधिकारों पर अन्तर्राष्ट्रीय समिति की मान्यता से स्वास्थ्य के अधिकार को फिर से संयुक्त राष्ट्र द्वारा पहचान मिली और सन् 2000 में संयुक्त राष्ट्र की आर्थिक, सामाजिक एवं सांस्कृतिक अधिकारों की समिति द्वारा 21वें सत्र के दौरान धारा 12.1 में स्वास्थ्य के अधिकार को एक स्पष्ट परिभाषा प्रदान की गयी। हाँ, स्वास्थ्य के अधिकार के पहचान की बढ़ोतरी के बाद भी भारतीय संदर्भ में स्वास्थ्य का मुद्दा छुपा ही रहा है। श्री जैन ने कहा कि आज भी भारत में लगभग 12 लाख झोलाछाप चिकित्सक उपस्थित हैं, जो कि 70

प्रतिशत ग्रामीण जनसंख्या का उपचार कर रहे हैं। अगर स्वास्थ्य ढाँचे के निजीकरण की बात की जाये तो लगभग 73 प्रतिशत अस्पताल निजी हैं। आज भी अधिकांश समय स्वास्थ्य पर होने वाली बातें सिर्फ जन स्वास्थ्य, पर्यावरण प्रदूषण, गम्भीर व संक्रमित बीमारियों पर केन्द्रित होती हैं। कोई भी व्यक्तिगत चिकित्सा देखभाल की स्थिति के प्रति चिन्तित नहीं है।

अंत में श्री जैन ने यह कहते हुए समाप्त किया कि भारतीय संविधान में सिर्फ दो धाराएँ ही स्वास्थ्य पर सीधे या परोक्ष रूप से केन्द्रित हैं (धारा 21 और 47)।

### **प्रस्तुतीकरण 3 : डॉ. कैरोलाइन हाइटमेयर (ई एस आर सी शोध परियोजना, ससैक्स)**

ई एस आर सी ससैक्स शोध परियोजना के इस भाग का मुख्य केन्द्र इस बात पर रहा कि मातृ एवं प्रजनन स्वास्थ्य में अधिकार पद्धतियों के उत्थान में किस प्रकार के कानूनी एवं न्यायिक बदलाव हुए हैं। चार और प्रश्नों द्वारा शोध की संरचना बनायी गयी। पहला, मातृ एवं प्रजनन स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में कानून कितना प्रभावी है ?, दूसरा, क्या वर्तमान कानून प्रजनन अधिकारों को बढ़ावा देते हैं ? तीसरा, प्रजनन स्वास्थ्य के उत्थान के महत्व के रूप में नये कानून व कानूनी प्रक्रिया के परिचय को अधिवक्ता किस तरह से देखते हैं ? अगला प्रश्न, प्रजनन, मातृ व लैंगिक स्वास्थ्य के प्रचार में कौन से कानूनी यन्त्र एवं कानून सर्वाधिक असरदार रहे हैं {{जैसे – पी सी पी एन डी टी एक्ट (1994), एम टी पी एक्ट (1971) घरेलू हिंसा कानून (2005)}}।

शोध अभी भी चल रहा है एवं प्राथमिक रूप से दल ने 3 कानूनी संगठनों पर ध्यान केन्द्रित किया है, जो हैं, महिला सलाह एवं सुरक्षा केन्द्र, एकेडमी ऑफ सोशियो लीगल स्टडीज एवं ह्यूमन राइट्स लॉ नेटवर्क (एच आर एल एन) का प्रजनन अधिकार इकाई। अध्ययन में लिए गये राजस्थान के संगठन (एम एस एस के एवं एकेडमी ऑफ सोशियो लीगल स्टडीज), राष्ट्रीय स्तर के एच आर एल एन की तुलना में प्रजनन अधिकार के मुद्दों पर कम कानूनी कार्य करते हैं। इस बात को ध्यान में रखते हुए कि प्रजनन अधिकारों की भाषा साफ तौर पर उपयोग में नहीं ली जा रही थी, नजदीक से देखने पर पता चला कि अधिकतर मामले, जो ये संगठन संभाल रहे थे, वे प्रजनन अधिकार व स्वास्थ्य में जुड़े थे। इनमें वे मामले में सम्मिलित हैं, जिनमें महिला उसके ससुराल वालों द्वारा उत्पीड़न व हिंसा का शिकार होती है। यदि वह गर्भ धारण नहीं कर पा रही है, लड़का पैदा करने की माँग को लेकर, यदि महिला प्रसव पूर्व व प्रसव पश्चात् देखभाल को लेने में अक्षम है, नसबन्दी प्रक्रिया की असफलता आदि। डॉ. हाइटमेयर द्वारा प्रस्तुतीकरण में जो इस प्रश्न के साथ समाप्त किया गया कि जब स्थानीय कानूनी कार्यकर्ता इस तरह के मामलों को देखते हैं, जो प्रजनन अधिकारों की सीमा में आते हैं, तो यह भाषा (आई सी पी डी जैसे कानूनी दास्तावेज) काम में क्यों नहीं ली जा रही है।

### **समापन चर्चा : 'जेण्डर हिंसा से जेण्डर न्याय'**

**अध्यक्ष :** प्रोफेसर लाड कुमारी जैन (अध्यक्ष, राजस्थान यूनिवर्सिटी वुमन्स एसोसिएशन, जयपुर)

प्रोफेसर जैन द्वारा अंतिम सत्र मुद्दे के परिचय से आरम्भ किया गया एवं यह बताया गया कि भारत में जेण्डर हिंसा को तीन मुख्य प्राथमिक रूप से समझा जा सकता है : घरों में घरेलू हिंसा, लैंगिक हिंसा एवं लिंग चयनित गर्भ समापन में कन्या भ्रूण के विरुद्ध हिंसा। फिर उन्होंने पहली वक्ता, श्रीमती निशात हुसैन को अपना प्रस्तुतीकरण आरम्भ करने के लिए आमंत्रित किया।

**निशात हुसैन (अध्यक्ष, मुस्लिम वुमन्स नेटवर्क, जयपुर) :**

निशात जी द्वारा उनका प्रस्तुतीकरण यह बताते हुए आरम्भ किया गया कि किस प्रकार से लड़कियाँ व महिलाएँ अपने जीवनकाल के दौरान हिंसा को अनुभव करती हैं? यह जन्मपूर्व से शुरू होता है, कन्या भ्रुण हत्या से लेकर परिवार, यहाँ तक कि समाज में भेदभाव (पोषण, शिक्षा व परिवार में सम्मान को लेकर)। बेटियों को अक्सर "पराया धन" समझा जाता है कि उसका विवाह दूसरे परिवार में किया जाता है – वैसे भी बहुत सी युवतियों के लिए यह एक कटु अनुभव होता है, जो ऐसे लोगों के बीच रहने के लिए भेज दी जाती है, जिनके साथ उनका कोई पूर्व सम्बन्ध नहीं होता।

निशात जी द्वारा यह भी बताया गया कि किस प्रकार सामाजिक दंगों के दौरान महिलाएँ यौन हिंसा का शिकार बन जाती हैं। पुरुषों द्वारा अपनी मर्दानगी का सबूत दिखाने के लिए महिलाओं का बलात्कार व उत्पीड़न किया जाता है – उदाहरण के तौर पर 2002 में गुजरात दंगों के दौरान मुस्लिम महिलाओं के साथ बड़े स्तर पर यौन हिंसा की गयी थी।

निशात जी द्वारा विशेष तौर पर यह बताया गया कि कई महिला कार्यकर्ताओं द्वारा हिंसा की शिकार अन्य महिलाओं के मुद्दों को उठाया जाता है, पर मुस्लिम महिलाओं के नहीं। कई बार हमारे द्वारा यह कहा जाता है कि ये बुरे लोग हैं, कई बार हम यह कहते हैं कि ये गंदे रहते हैं, कई बार हम यह कहते हैं कि ये बहुत "कटमुल्ला" (कट्टरपंथी) हैं। हाँलाकि, मुस्लिम समुदाय में भी अन्य समूहों की महिलाओं जैसी समस्याएँ देखी जा रही हैं : शिक्षा का अभाव, कम पैसे एवं अधिक मेहनत का काम, पुरुष सदैव सोते रहते हैं, शराब पीते हैं व जुआ खेलते हैं। जबकि महिलाओं द्वारा घर चलाने की जिम्मेदारी उठाई जाती है।

मुस्लिम महिलाएँ अपने समुदाय के धार्मिक नेताओं द्वारा भी हिंसा एवं भेदभाव का शिकार हो रही हैं : निशात जी द्वारा उदाहरण के तौर पर यह बताया गया कि जब राज्य सभा में महिला आरक्षण विधेयक पास हुआ था, तब एक शिया नेता द्वारा यह कहा गया था कि महिलाओं को घरों में रहना चाहिए एवं अच्छे नेता पैदा करने चाहिए। इस बयान के जवाब में निशात जी एवं महिलाओं द्वारा भारतीय मुस्लिम महिला आन्दोलन शुरू किया गया, जिसने इस बात का समर्थन किया कि इस्लाम धर्म में महिलाओं को उतना ही अधिकार व दर्जा प्राप्त है, जितना कि पुरुषों को।

अभी भी मुस्लिम समाज में महिलाओं के साथ होने वाले असमान दर्जे के व्यवहार को देखा जा सकता है : वैसे पुरुष पर शादी से पहले अपनी पत्नी को मेहर देने की धार्मिक बाध्यता है परन्तु वास्तविकता में यह बहुत कम हो रहा है जबकि यह महिला का अधिकार है। इसलिए जागरूकता व संवेदनशीलता को बढ़ाना आवश्यक है, ना सिर्फ पीड़ित महिलाओं में परन्तु उन पुरुषों में भी जो हिंसा करते हैं।

**श्रीमती शगुप्ता खान (सचिव, गरीब नवाज़ महिला एवं बाल कल्याण समिति, अजमेर)**

श्रीमती खान ने श्रीमती हुसैन के विवरण को दोहराया कि कैसे सम्पूर्ण जीवनचक्र में महिला के विरुद्ध हिंसा बनी रहती है। उन्होंने आगे कहा, कि महिला स्वास्थ्य के सम्बन्ध में कार्य को सिर्फ प्रजनन व मातृ स्वास्थ्य तक ही सीमित नहीं करना चाहिए, अपितु हमें महिला स्वास्थ्य को एक अधिक वृहद दृष्टिकोण से देखना चाहिए। हमें महिला के मानसिक व सांवेगिक स्वास्थ्य पर भी

ध्यान देना होगा, जो कि भारतीय समाज में उच्च स्तर की जेण्डर आधारित हिंसा के परिणामस्वरूप अक्सर सहन करती है।

श्रीमती खान का संगठन कई समुदायों की महिलाओं के साथ कार्य करता है परन्तु विशेषकर मुस्लिम महिलाओं के साथ, जो कि अजमेर की मशहूर चिश्ती दरगाह के आसपास के क्षेत्र में रहती हैं। उन्होंने कहा कि हमें महिलाओं के लैंगिक व प्रजनन अधिकारों को बढ़ाने के लिए विशेष कदम उठाने की आवश्यकता है : विशेषतः उन्होंने लैंगिक हिंसा की पीड़िता के लिए सुरक्षित एवं कानूनी गर्भसमापन की पहुँच बनाने, गर्भसमापन सम्बन्धित जानकारी देने, गर्भनिरोधक एवं यौन संचारित बीमारियों के उपचार की आसान उपलब्धता बनाने, एच आई वी-एड्स की जाँच व उपचार को सार्वजनिक धन से तुरन्त प्रदान करने, महिलाओं के लिए परामर्श व कानूनी सहायता के साथ रैन बसेरे बनाने और न्यायाधीशों, अधिवक्ताओं व पुलिस एवं सेना के सदस्यों के लिए जेण्डर संवेदनशीलता के सत्र आयोजित करने के सुझाव दिये।

श्रीमती खान ने यह कहते हुए अपनी बात समाप्त की कि वह स्थानीय पी सी पी एन डी टी समिति की सदस्य हैं, परन्तु यह समिति लिंग चयनित गर्भसमापन के विरुद्ध कार्य करने में कितनी अप्रभावी रही है एवं इसकी अर्द्धवार्षिक बैठकें सिर्फ एक औपचारिकता के रूप में होती हैं। उनके अनुभव में अजमेर में यह समस्या बनी रही है।

#### **सिस्टर अलवीना बरकत (सास्विका) :**

सिस्टर अलवीना (सास्विका, अजमेर) द्वारा भी भारत में जेण्डर आधारित भेदभाव के बारे में कहा गया। वह 25 वर्षों से जमीनी स्तर पर महिलाओं के साथ कार्य कर रही है एवं पिछले वर्षों में एक बदलाव देख रही हैं, जहाँ अब महिलाएं पुरुषों के समान अधिकार माँग रही हैं, विशेषकर आर्थिक मुद्दों पर। फिर भी, जब बच्चों को बड़ा करने की बात आती है, घर को चलाने की बात आती है, परिवार को सहयोग देने के लिए दैनिक मजदूरी करनी हो तो महिला को ही अधिकांश बोझ झेलना पड़ता है। यह सब उसके स्वास्थ्य पर खराब असर डालता है। प्रजनन व मातृ स्वास्थ्य के विशेष सम्बन्ध में, जिन महिलाओं के साथ सिस्टर अलवीना कार्य कर रही हैं, उनमें से अनेक महिलाओं को प्रसव के बाद काम पर लौटने से पूर्व सिर्फ 15 दिन का आराम मिलता है। आगे, बाल विवाह, व्रत (नवरात्र) जैसे सामाजिक व धार्मिक रिवाज भी महिलाओं के स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव होता है।

#### **सुशीला जी व मुकेश जी (एच आइ वी-पॉज़िटिव वुमन्स नेटवर्क) :**

सुशीला जी व मुकेश जी दोनों पॉज़िटिव वुमन्स नेटवर्क (पी डब्ल्यू एन) का हिस्सा हैं। यह 3000 सदस्यों का एक समूह है, जो एच आइ वी – एड्स से संक्रमित महिलाओं के अधिकारों को बढ़ावा देने के लिए काम कर रहा है। सुशीला जी द्वारा प्रस्तुतीकरण यह बताते हुए आरम्भ किया गया कि किस प्रकार से एच आइ वी – एड्स संक्रमित महिलाएँ अपने परिवारों, चिकित्सा देने वालों यहाँ तक कि समाज द्वारा हिंसा की शिकार हो रहीं हैं। आगे मुकेश जी द्वारा स्वयं के साथ घटित घटना बताई गयी कि किस प्रकार से उन्हें उनके पति (जो सेना में कार्यरत थे) द्वारा एच आइ वी – एड्स संक्रमण हुआ। उन्हें स्वयं को भी एड्स जाँचा गया एवं उन्होंने एक बेटी को जन्म दिया जिसे एच आइ वी नहीं था। कुछ वर्ष पश्चात् उनके पति की मृत्यु के बाद उनके ससुराल वालों द्वारा उन पर अपने देवर से शादी करने का दबाव बनाया गया। उन्हें यह भी कहा गया कि वे अपने जेठ के बेटे को गोद ले लें क्योंकि उनके पति के नाम कुछ सम्पत्ति थी, जो अब उनके नाम पर हो गयी थी। मुकेश जी ने यह करने से मना कर दिया एवं घर से बाहर निकाल दी गयी। उनकी बेटी उनके ससुराल वालों के पास रह रही है एवं जब उन्होंने कानूनी

प्रक्रिया द्वारा उसे पाने की लड़ाई लड़ी तो उन्हें असफलता हाथ लगी। केस हारने के बाद मुकेश जी पी डब्ल्यू एन आर से जुड़ गयीं, जो अब उनके लिए परिवार की तरह है।

**प्रश्न व उत्तर सत्र :**

**श्री सतीश कुमार (निदेशक, दलित अधिकार केन्द्र, जयपुर)** ने सुझाव दिया कि जब हम जेण्डर हिंसा की बात करते हैं, तो इस मुद्दे को जाति के दृष्टिकोण से देखना महत्वपूर्ण है, क्योंकि दलित महिलाएं अक्सर गंभीर हिंसा का शिकार होती हैं।

**प्रोफेसर लाड कुमारी जैन** ने अपने संगठन (रूवा) द्वारा जेण्डर आधारित हिंसा के विरुद्ध लड़ाई पर किये जा रहे कार्य के बारे में बताया। रूवा इस मुद्दे पर 1982 से कार्य कर रहा है एवं अभी तक 132 दहेज सम्बन्धित मामले व 35 बलात्कार के मामलों को सँभाल चुका है। 2008 से, वे 300 से अधिक मामले न्यायालय तक लेकर गये हैं। महिलाओं के साथ कई प्रकार से भेदभाव होता है – पारम्परिक वर्णनों द्वारा, जैसे लड़कियाँ घर का काम करेंगी एवं लड़के विद्यालय जायेंगे (पाठ्यपुस्तकों में वर्णित)। संवैधानिक अधिकार, 1993 की विएना घोषणा, 1995 की बीजिंग घोषणा एवं मिलेनियम डेवलपमेन्ट गोल होने के बावजूद महिलाओं के विरुद्ध होने वाली हिंसा हमारे समाज में बड़ी समस्या रही है।

**समापन चर्चा :**

**कविता श्रीवास्तव (सामान्य सचिव, पीपुल्स यूनियन फॉर सिविल लिबर्टीज़, जयपुर) :**

सुश्री कविता श्रीवास्तव महिलाओं के अभियानों में एक सक्रिय कार्यकर्ता हैं एवं वर्तमान में पी यू सी एल की राजस्थान शाखा में सचिव के रूप में सेवाएँ दे रही हैं। उन्होंने समापन सत्र का आरम्भ महात्मा गाँधी के वक्तव्य से किया :

“जब भी संदेह की स्थिति में हों, अथवा आपका अहं आपके ऊपर हावी हो रहा हो, तो इस परीक्षण को करें। सबसे गरीब व कमजोर व्यक्ति का चेहरा याद कीजिए, जिसे आपने देखा हो और स्वयं से पूछिए, जो कदम आप लेने जा रहे हैं, वह उसके किसी काम का होगा। इसके द्वारा उसे कुछ मिलेगा ? क्या यह उसके जीवन या भाग्य को नवीनता देगा ? दूसरे शब्दों में, क्या इससे लाखों भूखे एवं धार्मिक भुखमरि से त्रस्त लोगों के लिए स्वराज आयेगा ? तब आप पायेंगे कि आपका संदेह एवं अहं गायब हो गया है।

गाँधी जी के शब्दों में स्वास्थ्य के साथ सभी विकास कार्यों के लिए अधिकार आधारित दृष्टिकोण का सार है – एक विवेक, कि 20वीं सदी में मानवाधिकारों के इस महान चिन्तक व कार्यकर्ता ने अपना जीवन इस माँग दोनों ही से सम्बन्धित है, जो प्रत्येक व्यक्ति दूसरे व्यक्ति या सामाजिक व्यवस्था पर रखता है। एक बार जब दूसरे व्यक्ति पर एक की माँग को पहचान मिल जाती है, तब अगला प्रश्न जिम्मेदारी, दोष एवं जवाबदेही का होता है। यह आयाम हमारी सामाजिक क्रिया की सीमा को निर्धारित करते हैं, एवं यदि आवश्यकता हो तो कानूनी क्रिया भी। गाँधी जी ने व्यक्तियों के लिए वृहत विकास योजनाओं के महत्व पर भी जोर दिया। यह व्यक्ति के व्यक्तिगत विकास लक्ष्यों की पहचान के संदर्भ में किसी के प्रजातांत्रिक, सामाजिक एवं राजनैतिक अधिकारों द्वारा लिए जाते हैं।

अपनी टिप्पणी में, सुश्री श्रीवास्तव ने दो दिवसीय कार्यशाला में चर्चा किये गये कई मुद्दों पर ध्यान दिया। उन्होंने तर्क दिया कि शब्द ‘अधिकार’, जो आज एन जी ओ द्वारा काम में लिया जा रहा है (शोध व कार्यशाला, दोनों का केन्द्र) वह वास्तविकता में दानदाताओं द्वारा दिया गया शब्द है।

यह तब स्पष्ट हो जाता है जब हम छत्तीसगढ़ में कर्मचारियों के संघर्ष के विचार को देखते हैं। यह मौलिक रूप से छत्तीसगढ़ मुक्ति मोर्चा में शंकर गुहा नियोगी द्वारा सत्तर के दशक में किया गया था।

मुख्य विचारधारा संघर्ष व निर्माण (जिसे आज के समय में सेवा प्रदान करना कह सकते हैं) के सिद्धांतों पर आधारित थी। हाँलांकि, महत्वपूर्ण क्या था, क्या यह शब्द राजनैतिक समझ में भी निहित था ?

सुश्री श्रीवास्तव ने उस तरीके के बारे में कहा, जिसमें अधिकार शब्द के मायने राजनैतिक एवं ऐतिहासिक संदर्भ में परिवर्तित हुए हैं। यह अपने आप में ही भविष्य के शोध का महत्वपूर्ण क्षेत्र है। क्यों 'सामाजिक क्रिया समूह' एवं 'स्वयं सेवी समूह' जैसे शब्द 'गैर-सरकारी संगठन' में बदल दिये गये। समस्त सामाजिक क्षेत्र को सरकारी व गैर सरकारी संगठनों की श्रेणियों में बाँटकर कौन लाभ ले रहा है।

सुश्री श्रीवास्तव द्वारा यह प्रश्न भी किया गया कि क्या सेवा देने एवं अधिकार आधारित कार्य में वास्तव में कोई अन्तर है। उदाहरण के लिए किसी महिला समूह द्वारा महिला पुलिस थाने में राजस्थान पुलिस के सामन्जस्य से चलाये जा रहे महिला सलाह एवं सुरक्षा केन्द्र के कार्य को किस प्रकार से वर्णित किया जा सकता है ? केन्द्र में चिन्ताग्रस्त अवस्था में आने वाली महिलाओं के लिए परामर्श, कानूनी सलाह, एवं अल्पावास जैसी सेवाएं महत्वपूर्ण हैं। उदाहरण के लिए महिला सलाह व सुरक्षा केन्द्र में महिलाओं पर सेवाएँ थोपी नहीं जाती अपितु प्रत्येक को जानकारी के साथ चुनने की स्वतंत्रता होती है। सहयोग सेवाएँ महिलाओं की समझ के साथ ही विकसित होती हैं। जब असशक्तिकरण व प्रथक्करण का प्रश्न आता है, तो हम उन पद्धतियों के साथ कार्यो की योजना नहीं बना सकते, जो मध्यस्थता के तरीकों के बीच एक गहरी दरार बनाने का प्रयत्न करते हैं। सामाजिक परिवर्तन एक बहु मध्यस्थ प्रक्रिया है एवं इसलिए हमें नई पद्धतियों की आवश्यकता है, जो लोगों की बदलती आवश्यकताओं के लिए ठीक की जा सकें।

## **ANNEXURE I: Abbreviations**

ANM	Auxiliary Nurse Midwife
ASHA	Accredited Social Health Activist
AWW	Anganwadi Worker
CHC	Community Health Centre
CRC	(United Nations) Child Rights Convention
D&C	Dilatation and curettage
EAG	Empowered Action Group (set of 8 states which include Bihar, Jharkhand, Uttar Pradesh, Uttaranchal, Rajasthan, Orissa, Madhya Pradesh and Chhatisgarh)
ICESCR	International Convention of Economic, Social and Cultural Rights
ICCPR	International Convention on Civil and Political Rights
ICPD	International Conference on Population and Development
IMR	Infant Mortality Rate
INGO	International non-governmental organisation
JSY	Janani Suraksha Yojana
MDG	Millennium Development Goals
MMR	Maternal Mortality Rate
MTP	Medical Termination of Abortion Act, 1971
MVA	Manual Vacuum Aspiration
NHSRC	National Health Systems Resource Centre
NRHM	National Rural Health Mission
OPD	Outpatient Department
PCPNDT	Pre conception and Pre Natal Diagnostic Techniques (Prohibition of Sex selection) Act, 1994
PDS	Public Distribution System
PHC	Primary Health Centre
RCH	Reproductive and Child Health
SBA	Skilled Birth Attendant
TFR	Total Fertility Rate
UNFPA	United Nations Family Planning Association
UNICEF	United Nations International Children's Fund

## ANNEXURE II: List of workshop participants

	Name	Affiliation	E-mail
1	Dr. Abhijeet Das	Centre for Health and Social Justice (CHSJ), Delhi	abhijitdas@chsj.org
2	Mr. Ajay Kumar Jain	Advocate, Rajasthan High Court, Jaipur	ajayjain_1956@yahoo.co.in
3	Sr. Alveena Barkat	Sasvika, Ajmer	barkat@ajmer@gmail.com
4	Mr. Amjad Hussain	Muslim Women's Network, Jaipur	
5	Dr. Anil Agarwal	UNICEF, Jaipur	aagarwal@unicef.org
6	Mr. Anil Sharma	Bharat Gyan Vidhyan Samiti (BGVS), Jaipur	bgvsraj@yahoo.com
7	Ms. Anita Gupta	Ibtada, Alwar	neetu803@gmail.com
8	Dr. Aruna Kanwar	Khejri Sarvodaya Health Centre, Jaipur	
9	Ms. Aruna Roy	Mazdoor Kisan Shakti Sangathan (MKSS), Devdoongri	mkssrajasthan@gmail.com
10	Mr. Arvind Ojha	Urmul Trust, Bikaner	ojhaarvind@gmail.com
11	Professor Beena Agarwal	Rajastan University, Rajasthan University Women's Association (RUWA), Jaipur	drsalil@satyami.net.in
12	Mr. Bhanwarlal Kumawad	People's Union for Civil Liberties (PUCL), Jaipur	pappu190@gmail.com
13	Dr. Carolyn Heitmeyer	University of Sussex, UK	c.heimeyer@sussex.ac.uk
14	Ms. Chhaya Pachauli	Prayas, Jaipur	chhayapachauli@gmail.com
15	Ms. Geeta	Gharib Nawaz Mahila evam Bal Kalyan Samiti, Ajmer	
16	Mrs. Gerda Unnithan	Khejri Sarvodaya Health Centre, Jaipur	gjunnithan@hotmail.com
17	Dr. Helen Lambert	Bristol University, UK	h.lambert@bristol.ac.uk
18	Ms. Indu Gupta	Ibtada, Alwar	indu303@gmail.com
19	Dr. Kabir Sheikh	Public Health Foundation of India, Delhi	kabir.sheikh@phfi.org

	<b>Name</b>	<b>Affiliation</b>	<b>E-mail</b>
20	Professor Kanchan Mathur	Institute of Development Studies, Jaipur	kanchan@idsj.org
21	Ms. Kavita Srivastava	People's Union for Civil Liberties (PUCL), Jaipur	kavisri@gmail.com
22	Ms. Jameen Kaur	Reproductive Rights Unit, Human Rights Law Network, Delhi	jameen.kaur@hrln.org
23	Dr. Janki Moorjani	Rajasthan University Women's Association (RUWA), Jaipur	
24	Ms. Jashodhara Dasgupta	Sahayog, Lucknow	jashodhara@sahayogindia.org
25	Professor Lad Kumari Jain	Rajasthan University Women's Association (RUWA), Jaipur	lajkumari.jain@gmail.com
26	Dr. M. L. Jain	Director RCH, NRHM Rajasthan, Jaipur	
27	Ms. Manju Sharma	Rajasthan University	mansudhaa@hotmail.com
28	Dr. Maya Unnithan	University of Sussex, UK	unnithanmaya@gmail.com
29	Dr. Meeta Singh	Independent health consultant, Jaipur	dr_meeta_singh@rediffmail.com
30	Mr. Mike Levien	University of California, Berkeley	mlevien@berkeley.edu
31	Dr. Mohan Rao	Centre for Social Medicine and Community Health, JNU	mohanrao2008@gmail.com
32	Dr. Monika Choudhary	Indian Institute for Health Management Research (IIHMR), Jaipur	monika@iihmr.org
33	Mr. Mukesh Kumar Sain	Ibtada, Alwar	mukeshsain7@gmail.com
34	Ms. Mukesh Kumari	Positive Women's Network, Jaipur	
35	Dr. Narendra Gupta	Prayas, Chittor	narendra531@gmail.com
36	Mr. Navin Narayan	Action Aid, Jaipur	navin.narayan@actionaid.org
37	Dr. Neetu Purohit	Indian Institute for Health Management Research (IIHMR), Jaipur	neetu@iihmr.org

	<b>Name</b>	<b>Affiliation</b>	<b>E-mail</b>
38	Ms. Nikita Srivastav	CUTS International	nikita.srivastav@gmail.com
39	Ms. Nisha Siddhu	National Federation of Indian Women (NFIW), Jaipur	nishasiddhu@gmail.com
40	Ms. Nishat Hussain	Muslim Women's Network, Jaipur	b_nishathussain@hotmail.com
41	Ms. Pallavi Gupta	ARTH, Udaipur	arth.advocacy@gmail.com
42	Mr. Prabhu Lal	Family Planning Association (FPA), Jaipur	
43	Dr. Pradeep Kachhawa	Rajasthan University, Jaipur	p_kachhawa@yahoo.com
44	Mr. Prem Krishna Sharma	Academy for Socio-Legal Studies, Jaipur	pkshri20022002@yahoo.co.in
45	Ms. Priyanka Singh	Seva Mandir, Udaipur	priyanka.singh@sevamandir.org
46	Dr. Priyamvada Singh	India Health Action Trust, Jaipur	singhpriyamvada@yahoo.com
47	Mr. Puneet Bhasin	Institute of Development Studies, Jaipur	bhasinpuneet@gmail.com
48	Dr. Purnendu Kavoori	Institute of Development Studies, Jaipur	pskavoori@idsj.org
49	Mr. R.K. Sharma	Family Planning Association (FPA), Jaipur	jaipur@fpaindia.org
50	Dr. Ritu Tiwari	CECOEDECON, Jaipur	cecoedecon@gmail.com
51	Ms. Sadaf Khan	Gharib Nawaz Mahila evam Bal Kalyan Samiti, Ajmer	Sadafkhan8@rediffmail.com
52	Mr. Satish Kumar	Centre for Dalit Rights, Jaipur	cdrjaipur@gmail.com
53	Mrs. Shagufta Khan	Gharib Nawaz Mahila evam Bal Kalyan Samiti, Ajmer	gnmabks@yahoo.com
54	Ms. Sharmishtha Nanda	Tata Institute for Social Sciences (TISS)	nanda.sharmishtha@gmail.com
55	Ms. Shibumi Prem	ARTH, Udaipur	arth.advocacy@gmail.com
56	Professor Shiv Chandra Mathur	Public health specialist, Jaipur	shiv_mathur@hotmail.com
57	Dr. Shobhita Rajagopal	Institute of Development Studies, Jaipur	shobhita@idsj.org

	<b>Name</b>	<b>Affiliation</b>	<b>E-mail</b>
58	Ms. Sonvi Kapoor	International Centre for Research on Women	skapoor@icrw.org
59	Ms. Suchi Pande	Institute of Development of Studies, University of Sussex, UK	suchipande@yahoo.com
60	Mr. Sunil Jacob	UNFPA, Jaipur	jacob@unfpa.org
61	Dr. Sunny Jose	Institute of Development Studies, Jaipur	sunnyj@idsj.org
62	Professor Surinder Jaswal	Dean of School of Social Work, Tata Institute of Social Sciences (TISS)	suriyas@tiss.edu
63	Professor Surjit Singh	Institute of Development Studies, Jaipur	surjit@idsj.org
64	Mr. Susheel Kumar	Rajasthan Voluntary Health Association (RVHA), Jaipur	
65	Ms. Sushila	Positive Women's Network, Jaipur	pwn.raj@hotmail.com
66	Mr. Tejaram	Manthan, Ajmer	barefootkotri@gmail.com
67	Professor Tulsi Patel	Department of Sociology, Delhi University	sociology_dse@yahoo.com
68	Dr. Varsha Joshi	Institute of Development Studies, Jaipur	varsha@idsj.org

### **ANNEXURE III: Note on ESRC, UK Research Project**

The title of this project is 'Realising Rights to Healthcare: An ethnographic analysis of rights-based organisations in promoting reproductive health in India' and is based at the University of Sussex, UK and funded by the Economic and Social Science Research Council (ESRC), UK. For this project we are conducting research about how different groups use the human rights framework in speaking about health issues, with a specific focus on reproductive, maternal and sexual health in Rajasthan. We are particularly interested in how groups such as voluntary organisations, representatives of the state, doctors and other medical practitioners, legal associations and members of local communities in Rajasthan understand and use human rights when talking about health issues. The project draws primarily on qualitative methods of research. These include tailored questionnaires for workers in different sectors, semi-structured interviews, focus group discussions, visits to field offices of organisations, analysis of documentation, and attendance at public events on health and rights.

The purpose of the research is to examine the processes through which global rights to reproductive health are understood and operationalised by state and non-state institutions in India. By tracing the transmission of rights ideas and practices trans-nationally and through to local recipients, the research team will produce an analysis of how rights operate within different discursive spaces. Secondly, it seeks to provide explanations as to how global ideas of women's rights, rights to sexual and reproductive health are translated into local contexts, and as to why certain rights, concepts and practices take root and others do not.

The project has been designed in collaboration with Prayas (Chittorgarh), Centre for Health & Social Justice (Delhi), Peoples' Union for Civil Liberties (Jaipur), and Academy for Socio Legal Studies (Jaipur). The period of field research in Rajasthan is from July 2009 through June 2010. Following the research period, the project team will return to the University of Sussex, UK and focus on analysing the fieldwork data and producing the written outputs in the form of scholarly papers, books and conference proceedings (July 2010 to December 2011).

We will be sharing the results of our research with relevant regional and national state-level institutions, voluntary organisations operating locally, nationally and internationally, policy and research institutes and members of the university and academic community in India and abroad.