# स्वास्थ्य एक राजनीतिक विकल्प है।

डोजियर नं. 29
ट्राईकॉन्टिनेंटल: सामाजिक शोध संस्थान
मई 2020

## कवर फोटो

8 मई 2020: दक्षिण अफ्रीका के सामुदायिक स्क्रीनिंग और परीक्षण कार्यक्रम के तहत, खयेलित्शा पूर्वी समुदाय की टीम ने फॉरे में खेत श्रमिकों का परीक्षण किया, उनमें से कई लोग संक्रमित थे। एक स्वास्थ्य कार्यकर्ता बता रही हैं कि कम से कम सामाजिक दूरी (देह से दूरी) कितनी होनी चाहिए।

फोटोग्राफर: बैरी क्रिश्चियनसन / न्यू फ्रेम

# स्वास्थ्य एक राजनीतिक विकल्प है।

डोजियर नं. 29
ट्राईकॉन्टिनेंटल: सामाजिक शोध संस्थान
मई 2020

संयुक्त राष्ट्र की मानवाधिकार पर सार्वभौमिक घोषणा (1948) का अनुच्छेद 25 मानव होने के मायनों को विस्तृत दृष्टिकोण प्रदान करता है। उसमें लिखा गया है कि प्रत्येक व्यक्ति को 'ऐसे जीवनस्तर को प्राप्त करने का अधिकार है जो उसके स्वास्थ्य एवं कल्याण के लिए पर्याप्त हों।' इसमें 'खाना, कपड़ा, मकान, चिकित्सा–सम्बंधी सुविधाएँ और आवश्यक सामाजिक सेवाएँ सम्मिलित हैं'; और सभी को 'सुरक्षा का अधिकार' भी प्राप्त है, जिसका मतलब है प्रत्येक व्यक्ति को उसके नियंत्रण से बाहर की परिस्थितिओं के कारण आजीविका में किसी भी तरह की कमी के लिए मुआवजे का अधिकार भी प्राप्त है।

लेकिन दुनिया के अधिकांश लोगों के लिए इस परिभाषा का कोई भी आयाम लागू नहीं हुआ है। श्रमिक. –आंदोलनों और उपनिवेशवाद–विरोधी आंदोलनों ने पिछले सौ सालों में जो कुछ भी हासिल किया था, उसे बजट–कटौती की नीतियों ने तहस–नहस कर दिया है। ये नीतियाँ स्वास्थ्य और कल्याण के अधिकार के लिए सार्वजनिक धन में कटौती कर, निजी क्षेत्र को मुनाफा कमाने के लिए ये सेवाएँ प्रदान करने का अधिकार बेच देती हैं। इस तरह इन नीतियों द्वारा मानवाधिकार वस्तुओं में बदल जाती हैं जो वस्तुएँ पर्याप्त आय के बिना लोगों की पहुँच से बाहर हो जाती हैं।

वैश्विक महामारी के दौरान, अनिवार्य श्रमिकों के बारे में और काम के कम घंटे, बेहतर काम करने की स्थिति और ज़्यादा वेतन देने जैसे सुधारों के बारे में बहुत चर्चा हुई है। लेकिन पिछले संकटों के हमारे अनुभव बताते हैं कि संकट समाप्त होने के बाद इस बात की पूरी संभावना है कि ये सब बातें भुला दी जाएँगी। बुर्जुआ सरकारें इन सुधारों को स्थायी बनाए रखने या स्वास्थ्य कर्मियों को परिस्थिति 'सामान्य' हो जाने के बाद भी पुरस्कृत करते रहने में सक्षम नहीं हैं। दुनिया भर का शासक वर्ग उन सरकारों को दंडित करता है जो इस तरह के मामूली से मानवतावादी प्रयास करने की कोशिश करती हैं क्योंकि, उनका मानना है कि इस तरह के कल्याणकारी भुगतान श्नैतिक संकटश पैदा करते हैं, और श्रमिकों को दिया जाने वाला कोई भी स्थायी अधिकार अन्य श्रमिकों के लिए बुरा उदाहरण पेश करता है।

हमारे डोजियर संख्या 29 में, हम सामान्य स्थिति –खासतौर पर बुर्जुआ व्यवस्था की स्वास्थ्य प्रणालियों के संदर्भ में– में वापसी के खिलाफ तर्क दे रहे हैं। डोजियर के भाग 1 में हम बात करेंगे कि महामारी ने हमें मौजूदा स्वास्थ्य प्रणाली के बारे में क्या सिखाया हैय फिर, भाग 2 में, हम स्वास्थ्य–कर्मचारियों के नेताओं

की बात सुनेंगेय और इसके अंतिम भाग में, हमने स्वास्थ्य कर्मचारियों की मांगों के आधार पर एक नयी स्वास्थ्य–संविदा का एजेंडा प्रस्तुत किया है।

9 मई 2020: खयेलित्शा जिला अस्पताल के बाहर पॉप–अप टेस्टिंग सेंटर में बाएं से दाएं, लुएंडा म्टो, डॉ. सेलेस्टे जोन्कर, और बुहल नकोमोंडा। इस अस्थायी केंद्र की स्थापना तीन शॉपिंग सेंटरों के 270 से अधिक कर्मचारियों का परीक्षण करने के लिए की गई थी, जो वहां के अन्य संक्रमित पाए गए श्रमिकों के साथ निकट संपर्क में थे।
फोटोग्राफर: बैरी क्रिश्चियनसन / न्यू फ्रेम

## भाग 1: हमारी स्वास्थ्य प्रणाली पर पूँजावाद का क्या असर हुआ ?

2016 में विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) और संयुक्त राष्ट्र के महासचिव द्वारा बनाए गए स्वास्थ्य सम्बंधी रोजगार और आर्थिक विकास पर उच्चस्तरीय आयोग ने वैश्विक स्वास्थ्य सेवा क्षेत्र का जायजा लिया और निष्कर्ष निकाला कि 'आम तौर पर कार्य अनिश्चित है।' ये बहुत कड़ी आलोचना थी। पश्चिम अफ्रीका में आई 2014–15 की इबोला महामारी, आयोग के सदस्यों के दिमाग में ताजा थी। उस प्रकोप को ध्यान में रखते हुए आयोग की अंतिम रिपोर्ट ने दर्ज किया, 'हमने देखा है कि निष्क्रियता और लम्बे समय से चल रही निवेश में कमी मानव स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकती है, और गंभीर आर्थिक व सामाजिक असफलताओं का कारण बन सकती है। स्वास्थ्य कर्मियों में निवेश करना स्वास्थ्य प्रणालियों और सामाजिक सुरक्षा को मजबूत करने के व्यापक उद्देश्य का एक हिस्सा है और अनिवार्य रूप से अंतर्राष्ट्रीय स्वास्थ्य संकटों से बचने की पहली कड़ी है।' आयुक्तों ने लिखा कि 2030 तक दुनिया को कम–से–कम 40 करोड़ अतिरिक्त स्वास्थ्य देखभाल और सामाजिक सेवा कर्मियों की आवश्यकता होगीय उनका अनुमान था कि अधिकांशतरू गरीब देशों में कम–से–कम 1 करोड़ 80 लाख स्वास्थ्य कर्मियों की कमी होगी। ये बात दुनिया भर में कोरोनावायरस फैलने से कई साल पहले की है।

फरवरी 2018 में तीस माइक्रोबायोलॉजिस्ट्स, जीववैज्ञानिक और सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों का एक समूह जेनेवा में WHO मुख्यालय में मिला। उन्होंने खतरनाक वायरसों की एक प्राथमिकता सूची बनाई, विशेष रूप से उन वायरसों की जिनके लिए कोई टीके उपलब्ध नहीं थे। अंतिम सूची में [SARS] [MERS] और X नामक एक रोग का नाम शामिल था। विज्ञान, इंजीनियरिंग और चिकित्सा की राष्ट्रीय अकादमियों के फोरम ऑफ माइक्रोबियल थ्रेट्स के प्रमुख पीटर दस्जक, जो उस बैठक में शामिल थे, उन्होंने हाल ही में कहा था कि वैज्ञानिकों ने रोग X को जैसा समझा था, कोविड–19 उससे मिलता है। कोविद –19 की आशंका के बारे में बात करते हुए, दस्जक ने द न्यूयॉर्क टाइम्स से कहा, 'समस्या यह नहीं है कि रोकथाम नामुमकिन था। वो बहुत मुमकिन था। लेकिन हमने ऐसा किया नहीं। सरकारों ने सोचा कि ये बहुत महँगा है। दवा बनाने वाली कम्पनियाँ मुनाफे के लिए काम करती हैं।'

इसके एक साल बाद, सितंबर 2019 में वैश्विक तैयारी निगरानी बोर्ड कृग्रो ब्रून्डलैंड (WHO की पूर्व महानिदेशक) और अलहद्ज अस सय (रेड क्रॉस और रेड क्रिसेंट के प्रमुख) जिसके सह–अध्यक्ष थे– ने चेतावनी दी थी कि 'दुनिया तेजी से फैलने वाले, विषैले श्वसन रोगजनित महामारी के लिए तैयार नहीं है।' रिपोर्ट में आगे लिखा था कि:

> 1918 के वैश्विक इन्फ्लूएंजा महामारी ने दुनिया की एक तिहाई आबादी को बीमार कर दिया था और 5 करोड़ लोगों कृ कुल आबादी का 2.8%— को मार डाला था। अगर आज उस तरह का संक्रमण फैला, जबकि आबादी चार गुना बढ़ चुकी है और दुनिया में कहीं भी पहुँचने में 36 घंटे से भी कम समय लगता है, तो 5–8 करोड़ लोग खत्म हो सकते हैं। मृत्यु दर के दुखद स्तरों के अलावा, इस तरह की महामारी घबराहट का कारण बन सकती है, राष्ट्रीय सुरक्षा को अस्थिर कर सकती है और वैश्विक अर्थव्यवस्था तथा व्यापार को गंभीर रूप से प्रभावित कर सकती है।

उनकी चेतावनी पर ध्यान नहीं दिया गया।

15 फरवरी 2020 को WHO के महानिदेशक डॉ. टेड्रोस एडनम गेबराइसेस ने म्यूनिख सुरक्षा सम्मेलन में एक जोशीला भाषण दिया। उन्होंने कहा, 'दुनिया घबराहट और उपेक्षा के चक्र में फँसी हुई है। हम एक [प्रकोप] [को रोकने, पर पैसा फेंकते हैं, और जब वह खत्म हो जाता है, तो हम उसके बारे में भूल जाते हैं और अगले [प्रकोप] को रोकने के लिए कुछ भी नहीं करते। दुनिया किसी आतंकवादी हमले की तैयारी में अरबों डॉलर खर्च कर देती है, लेकिन वायरस के हमले के लिए अपेक्षाकृत कम तैयारी करती है, जो कि आर्थिक, राजनीतिक, सामाजिक रूप से [आतंकवादी हमले से, कहीं अधिक घातक और कहीं अधिक हानिकारक हो सकता है।'

सितंबर 2019 में, कई विश्व नेता 2030 तक सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा मुहैय्या करवाने का संकल्प लेने के लिए संयुक्त राष्ट्र में इकट्ठा हुए। तत्कालीन WHO की प्रमुख ग्रो ब्रून्डलैंड ने कहा कि स्वास्थ्य सेवा को मुक्त बाजार के भरोसे नहीं छोड़ा जा सकता, क्योंकि ऐसे मॉडल में स्वास्थ्य सेवाओं तक केवल अमीरों की ही

पहुँच होगी जबकि स्वास्थ्य सेवा की लागत पूरी करने में गरीब और गरीब होते जाएँगे। सार्वजनिक वित्त की अविलंब जरूरत है। उन्होंने कहा, स्वास्थ्य बजट में कटौती करना एक 'भारी गलती' है। WHO के वर्तमान प्रमुख डॉ. टेड्रोस ने जोर दिया कि श्स्वास्थ्य एक राजनीतिक विकल्प है।'

पिछले चालीस सालों में उदारवादी व्यवस्था ने जैसे–जैसे सरकारों को सामाजिक और स्वास्थ्य खर्च में कटौती करने के लिए मजबूर किया है, स्वास्थ्य व्यवस्थाएँ जर्जर होती गई हैं। इसके प्रभाव को संक्षिप्त रूप में इस तरह प्रस्तुत किया जा सकता है:

- स्वास्थ्य सेवा, विशेष रूप से सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए सार्वजनिक खर्च में कटौती।
- स्वास्थ्य सेवा वितरण में निजी क्षेत्र की भागीदारी में वृद्धि।
- चिकित्सा देखभाल सेवा के लिए अनियंत्रित शुल्क में वृद्धि।
- चिकित्सा सेवाओं की लागत चुकाने के लिए निजी बीमों पर निर्भरता में वृद्धि।
- स्वास्थ्यकर्मियों की संख्या में कमी, उनके वेतन और पेंशन में कटौती, और यूनीयन बनाने की कोशिशों में कमी।
- चिकित्सा और दवाओं की कीमतों में वृद्धि।

अंतर्राष्ट्रीय मुद्रा कोष (IMF) की 2018–2019 में आई 161 देशों की रिपोर्ट की समीक्षा से पता चलता है कि गरीब देशों की सरकारों पर जरूरी बजट कटौतियाँ करने का दबाव हैय जिन क्षेत्रों में खास तौर पर कटौती की जानी है, उनमें से एक सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र भी है।

डॉ. बर्नार्ड लोन, जो कि एक कार्डियोलॉजिस्ट हैं, जिन्होंने डिफिब्रिल्लेशन का आविष्कार किया, जो हार्वर्ड स्कूल ऑफ पब्लिक हेल्थ में पढ़ा चुके हैं, और बोस्टन (यूएसए) के ब्रिघम और महिला अस्पताल में एक वरिष्ठ चिकित्सक हैं, वे स्वास्थ्य सेवा के निजीकरण पर अपना विचार व्यक्त करते हैं:

चिकित्सीय देखभाल खुद को औद्योगिकीकरण की दक्षता के अनुकूल नहीं बना सकती। जरा–सी समझदारी से ही पता चल जाएगा कि रोगियों को एक जैसा मानक नहीं बनाया जा सकता है, और उनके [शरीर के] अधिकांश हिस्से बदले नहीं जा सकते। चिकित्सीय देखभाल ख्व्यक्ति विशेष की जरूरतों के हिसाब से दी जाने वाली, अनुकूलित सेवा होने के कारण आधुनिकीकरण की परस्पर विरोधी है और औद्योगिक असेंबली लाइन या अन्य बड़े पैमाने की उत्पादन प्रौद्योगिकियों की क्षमताओं के लिए असंगत है। इस तरह की बुनियादी बातों को दवा बाजार के पंडित अनदेखा करते हैं। दवा बाजार की इसके अलावा एक और समस्या है कि ये समुदाय, चिकित्सा शिक्षा तथा अनुसंधान को आर्थिक संसाधनों से वंचित कर देती है। इनके मुनाफे का निवेश स्थानीय स्तर पर नहीं किया जाता, बल्कि दूर बैठे निवेशकों और वरिष्ठ प्रबंधकों में बड़े लाभांश, भारी बोनस और ऊँचे वेतन के रूप में बाँटे जाते हैं। बाजार को समाधान के रूप में प्रस्तुत किया गया है, लेकिन अब हम जानते हैं कि यही समस्या है।

13 मई 2020: ब्राजील के साओ पाउलो में भर्ती नहीं किए गए रोगियों को भोर के समय देखते सरकारी कार्यक्रम कंसल्टोरियो न रूआ ('मोहल्ला क्लीनिक') के चिकित्सा–कर्मी।
साभार: PMSP / Fotos Públicas

## भाग 2: स्वास्थ्यकर्मी क्या कहते हैं।

ट्राईकॉन्टिनेंटलरू सामाजिक शोध संस्थान ने स्वास्थ्यकर्मियों के आंदोलनों के चार नेताओं से बात की। ये नेता उन चार देशों से हैं जहाँ हमारे संस्थान के कार्यालय हैं। इन सभी नेताओं ने अलग–अलग स्तर के संघर्ष के बारे में चर्चा की है। इससे हमें स्वास्थ्य सेवा में श्रमिकों को पेश आने वाली विभिन्न स्तरों की चुनौतियों को समझने में मदद मिलती है।

### अर्जेंटीना

दक्षिण अमेरिका में विश्व बैंक के हस्तक्षेप को ध्यान में रखे बिना अर्जेंटीना की स्थिति को पूरी तरह से समझा नहीं जा सकता। 1993 में विश्व बैंक की विश्व विकास रिपोर्ट सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दे पर केंद्रित थी। हालाँकि बैंक स्वास्थ्य सेवा में सरकारी खर्च में वृद्धि पर बात कर रहा था, उसका मुख्य उद्देश्य 'विविधता और प्रतिस्पर्धा को बढ़ावा' देना था। 'विविधता' और 'प्रतिस्पर्धा' से बैंक का मतलब था कि स्वास्थ्य क्षेत्र को मुनाफे के लिए काम करने वाले निजी क्षेत्र की वृद्धि से विविध बनाया जाए, जो सार्वजनिक क्षेत्र के खिलाफ प्रतिस्पर्धा भी प्रदान करेगा। सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा के बजाये, बैंक ने निजी बीमा योजनाओं के निर्माण, लाभ–आधारित स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ावा देने और देशी दवा कम्पनियों की सहायता समाप्त करने को तरजीह दी।

अर्जेंटीना के स्वास्थ्यकर्मियों की यूनियन (अर्जेंटीना गणराज्य के ट्रेड यूनियन फेडरेशन ऑफ हेल्थ प्रोफेशनल्सकृ FESPROSA) की एक नेता, विवियाना गार्सिया ने हमें बताया कि दक्षिण अमेरिका के अधिकांश देशों में विश्व बैंक की नीति का असर पड़ा। वो चिली, कोलंबिया, पेरू और इक्वाडोर का उदाहरण देती हैं, जहाँ स्वास्थ्य क्षेत्र में सार्वजनिक–निजी भागीदारी (PPP) बढ़ाई गई, मुनाफा कमाने वाली बीमा योजनाएँ शुरू हुईं और पूरे स्वास्थ्य क्षेत्र को उपयोगी वस्तु में बदल दिया गया। कोविद–19 महामारी में इन देशों में बर्बाद की गई सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के कारण मची तबाही उजागर हो रही है। इक्वाडोर की स्वास्थ्य प्रणाली पूरी तरह से ध्वस्त हो चुकी है, जहाँ कोविद –19 से मरे लोगों के शरीर अब सड़कों पर ढेर बनकर पड़े हैं।

अर्जेंटीना में 1994 के राष्ट्रीय संविधान ने स्थापित किया था कि स्वास्थ्य एक जरूरी सार्वजनिक अधिकार है। 1946 में देश ने यूनाइटेड किंगडम की नेशनल हेल्थ सर्विस से प्रेरित होकर एक स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली विकसित की थी। इसके बाद से, और विशेष रूप से 1970 और 1980 के दशकों में, इस सिस्टम में सुधार करने के कई बड़े प्रयास हुए। स्वास्थ्य प्रणाली मिश्रित क्षेत्र है, जिसमें सरकारी क्षेत्र (सभी के लिए उपलब्ध), यूनीयन सदस्यों के लिए उपलब्ध (ओब्रास सोसीयलेस), और एक निजी क्षेत्र (मुख्य रूप से धनी लोगों द्वारा उपयोग की जाने वाली सेवाएँ) शामिल हैं। इस प्रकार बँटे हुए होने के बावजूद, ये मिश्रित प्रणाली लगभग पूरी आबादी को स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध कराती हैं।

विश्व बैंक की 1993 की रिपोर्ट के दबाव में सरकार स्वास्थ्य सेवाओं में राज्य संस्थानों के सार्वजनिक चरित्र को खत्म करने को मजबूर हो गई। विशेष रूप से स्वयं–संचालित अस्पतालों का निर्माण हुआ, जो निजी वित्तपोषण और सेवाओं के निजीकरण के सहारे और श्रमिकों को अनिश्चित बनाकर ही चल सकते थे। नयी योजना के तहत स्वास्थ्य सेवा का प्रांतों, शहरों और कस्बों तक विकेंद्रीकरण हुआ, लेकिन किसी प्रकार की उचित धन व्यवस्था के बिना। इसका मतलब ये हुआ कि इन स्तरों का स्वास्थ्य क्षेत्र निजी राशि पर निर्भर हो गया, और इसके कारण स्वास्थ्य सिस्टम में असमानता फैल गई।

संगठित श्रमिकों की निर्णायक कार्रवाई के कारण चिली या कोलम्बिया जैसा अत्यधिक निजी और असमान मॉडल अर्जेंटीना में लागू नहीं हुआ। यूनीयनों और 2003 से 2015 तक चुनी गई प्रगतिशील सरकारों की वजह से लोगों के स्वास्थ्य सेवा के अधिकार और चिकित्साकर्मियों के अधिकारों का बचाव करने में अहम उपलब्धियाँ मिलीं। उदाहरण के लिए; सबके लिए बच्चों के देखभाल के लिए भत्ते का प्रावधान किया गया, प्रजनन और यौन स्वास्थ्य के लिए स्वास्थ्य योजनाएँ लागू की गईं, एक राष्ट्रीय टीकाकरण योजना की शुरुआत की गई, देश के 26,000 स्वास्थ्य कर्मचारियों को नौकरी की सुरक्षा की गारंटी दी गई, और उनके काम की परिस्थितियों में सुधार लाने का रास्ता खोला गया। ये सब सुधार महत्वपूर्ण थे, लेकिन 1990 के दशक की नवउदारवादी नीतियों के चलते असमान और विभाजित हो चुके समाज की सामूहिक जरूरतों को पूरा करने में सक्षम नहीं थे।

मौरिसियो मैक्री की सरकार (2015–2019) ने राजनीतिक पेंडुलम दाईं ओर घुमाने के साथ–साथ स्वास्थ्य–देखभाल क्षेत्र को अस्थिरता में धकेल दिया। स्वास्थ्य मंत्रालय के 2016 के बजट में घातक डेंगू महामारी के

14 मई 2020: अर्जेंटीना में एसोसिएशन ऑफ स्टेट वर्कर्स (Asociación Trabajadores del Estado) के साथ आयोजित कार्यक्रम में FESPROS। की अध्यक्षा फर्नांडा बोरियोटी (दाएं)। उनकी मांगों में बेहतर काम करने की स्थिति और वेतन, अच्छी किस्म के सुरक्षा उपकरणों की पर्याप्त आपूर्ति और परिवार के लिए सहायता भत्ते व आपातकालीन फंड के लिए पर्याप्त सब्सिडी मिलना शामिल हैं।
साभार: सोफिया अल्बर्टी

दौरान भी स्वास्थ्य–सेवा के खर्च में भारी कटौती की गई। मैक्री सरकार ने 2017 और 2018 के बजट में भी कटौती की। वित्त मंत्रालय के अनुसार, मैक्री के कार्यकाल में सरकार ने स्वास्थ्य सेवा के बजट में 22% की कटौती की। 1990 में, स्वास्थ्य बजट जीडीपी का लगभग 10% था, जो 2015 में मैक्री के सरकार में आने के बाद गिरकर 9.6% हो गया था। WHO के अनुसार मैक्री के पद छोड़ने के समय तक स्वास्थ्य बजट जीडीपी का 8% ही रह गया था।

मैक्री सरकार ने यौन संक्रमित रोगों, वेक्टर जनित रोगों (जैसे डेंगू, चिकनगुनिया और जीका), और वैक्सीन–निवारक रोगों का फैलाव कम करने और उनके इलाज के लिए चलाए जाने वाले कार्यक्रमों के बजट में कटौती की, जिसके चलते जन्मजात सिफलिस और एचआईवी–एड्स के मामले बहुत ज़्यादा बढ़ने लगे और राष्ट्रीय टीकाकरण योजनाएँ बंद हो गईं। इसके अलावा मैक्री सरकार ने कैंसर–इलाज के कार्यक्रमों में भी कटौती की। मैक्री ने अंतर्राष्ट्रीय मुद्रा कोष (IMF) से इतना बड़ा कर्ज लिया है, केवल जिनकी ब्याज की रकम से 3,200 आधुनिक अस्पताल चलाए जा सकते हैं। इसके कारण ब्यूनस आयर्स के चार अस्पतालों के काम रोकने पड़े। मैक्री शासन के दौरान, अर्जेंटीना की चिकित्सा प्रणाली में अनौपचारिक काम बढ़े, अस्पताल सेवाएँ खराब हुईं, उपकरणों पर खर्च में बड़ी कमी आई, वेतन में कटौती की गई, और देश के प्रतिष्ठित एल हॉस्पिटल नैशनल पोसादस के 1,600 श्रमिकों की छँटनी हुई।

राष्ट्रपति अलबर्टो फर्नांडीज के नेतृत्व वाली मौजूदा प्रगतिशील सरकार ने दिसंबर 2019 में कार्यभार संभाला था, दक्षिण अमेरिका तक महामारी आने से ठीक पहले ही। नयी सरकार ने आते ही स्वास्थ्य मंत्रालय को पुनर्जीवित करने का काम किया, हालाँकि सरकार और यूनियनों को मैक्री द्वारा की गई बर्बादी को ठीक करने में समय लगेगा।

## भारत

यदि 9 लाख आशा कार्यकर्ता (अधिकृत सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता–ASHA) जिम्मेदारी न उठातीं, तो कोरोनावायरस से लड़ाई में भारत और भी कमजोर होता। इन आशा कार्यकर्ताओं को किसी प्रकार के व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण (PPE) नहीं मिले और ये बहुत मामूली से वेतन पर काम करती हैं। इनका वेतन कुछ समय

पहले तक भी 1,000 से 1,500 रुपये (लगभग 13 से 20 अमेरिकी डॉलर) प्रति माह था और इन्हें एक साल में एक बार या कभी दो साल में एक बार इस मामूली वेतन का भुगतान किया जाता है। वे देश भर में घर–घर जाकर लोगों की जाँच कर रही हैं, दवाएँ दे रही हैं, बीमारी के लक्षणों की जाँच कर रही हैं और बुनियादी चिकित्सा देखभाल का काम कर रही हैं। कोविद –19 के खिलाफ भारत के संघर्ष में आशा कार्यकर्ता सबसे महत्वपूर्ण भूमिका निभा रही हैं। लेकिन उन्हें पुलिस पीटती रही है और वे आम तौर पर अपने समुदायों और पतियों की धमकियों का सामना भी करती हैं। अब जबकि सरकारी अधिकारी उन्हें उचित सुरक्षात्मक उपकरण उपलब्ध करवाने के प्रयास करने के बजाये उन्हें खुद अपने लिए च्म बनाने की हिदायत दे रहे हैं, तो वे अपनी सुरक्षा के लिए कामचलाऊ उपकरण बना रही हैं।

महामारियों के अध्ययनों से पता चलता है कि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता, जैसे कि आशा कार्यकर्ता, संक्रमण के पैटर्न का पता लगाने और संक्रमण रोकने के बारे में जरूरी जानकारी लोगों तक पहुँचाने में आवश्यक भूमिका निभाते हैं। हर आशा कार्यकर्ता हफ्ते में अपने क्षेत्र के तीस घरों का दौरा करती है, और बीमारी के प्रसार पर नियमित निगरानी रखने के लिए लोगों के साथ संपर्क में रहती है। फिर भी, भारत में आशा कार्यकर्ता को श्रमिक नहीं बल्कि 'स्वयंसेवी' की तरह माना जाता है और उनका लगातार अनादर होता है। 18 अप्रैल को आशा कार्यकर्ताओं ने सरकार से समर्थन न मिलने पर अपना असंतोष जाहिर करने के लिए काले रिबन बाँधकर या काले दुपट्टे ओढ़कर प्रतीकात्मक विरोध प्रदर्शन किया।

भारत के 2 करोड़ 60 लाख की आबादी वाले हरियाणा राज्य की आशा वर्कर्स यूनियन (जो भारतीय ट्रेड यूनीयन केंद्र (CITU) से संबद्ध है) की महासचिव सुरेखा रानी ने इन श्रमिकों के संघर्षों के बारे में हमसे बात की। आशा कार्यकर्ता योजना 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन द्वारा बनाई गई थी। हरियाणा में आशा वर्कर्स यूनियन का गठन 2009 में हुआ। आज हरियाणा में 20,000 आशा कार्यकर्ता हैं, उनमें से 15,000 यूनियन में हैं और कम–से–कम 18,000 सरकार के खिलाफ श्रमिकों के आंदोलन में सक्रिय हैं। यूनीयन का गठन पहली बार तब हुआ था जब आशा कार्यकर्ता स्वयंसेवी के बजाये खुद को बतौर श्रमिक मान्यता दिलवाने का संघर्ष कर रही थीं और न्यूनतम वेतन, सामाजिक सुरक्षा और अन्य सुविधाओं की माँग कर रही थीं। आशा कार्यकर्ता स्वास्थ्य विभाग की ओर से प्रसव पूर्व देखभाल करने और बच्चों का टीकाकरण करने जैसे कम–से–कम चालीस अलग–अलग तरह के काम करती हैं।

13 मई 2020: आशा कार्यकर्ता लथिका और उषा मच्छरों के प्रजनन की संभावित जगहों की पड़ताल करने के लिए घरोंऔर उनके आसपास के परिसर का निरीक्षण करती हुईंय निवासियों को निर्देश दे रही हैं, और उन लोगों का पता लगा रही हैं जिनमें COVID–19 के लक्षण मिलने की संभावना है। लथिका भारतीय ट्रेड यूनीयन केंद्र (CITU) से संबद्ध केरल राज्य की आशा वर्कर्स फेडरेशन (KSAWF) की तिरुवनंतपुरम जिला समिति की सदस्य हैं। की आशा वर्कर्स फेडरेशन (KSAWF) की तिरुवनंतपुरम जिला समिति की सदस्य हैं।
साभार: सुबिन डेनिस / ट्राईकॉन्टिनेंटल: सामाजिक शोध संस्थान

2013 में यूनीयन ने आशा कार्यकर्ताओं को नियमित रूप से भुगतान मिलना सुनिश्चित करने के लिए एक आंदोलन शुरू किया। चौदह हजार आशा कार्यकर्ता सड़कों पर उतरींय इसके जवाब में हरियाणा के मुख्यमंत्री भूपेंद्र सिंह हुड्डा ने कहा कि सीटू के किसी एक कॉमरेड को जलाकर मार दिया जाना चाहिए। जब हुड्डा ने कहा कि वो यूनीयन की मांगों पर सहमत नहीं हो सकते क्योंकि  खुद भूखे रहते हैं, तो यूनीयन ने हर एक आशा वर्कर के घर से गेहूँ का आटा इकट्ठा किया। सुरेखा रानी ने बताया कि, 'हमने उस आटे का पार्सल बनाया और उसे मुख्यमंत्री को भेजा। इससे शर्मिंदा होकर मुख्यमंत्री ने हमें अपने घर बुलाया, माफी माँगी और हमारी इंसेंटिव और वेतन बढ़ाने की माँग मानी।' सुरेखा रानी ने हमें बताया, ये एक शुरुआत थी, लेकिन, 'वो पर्याप्त नहीं था।'

2015–16 में सरकार ने कहा कि आशा कार्यकर्ताओं को अपना काम डिजिटल फॉरमैट में करना होगा, लेकिन, जैसा कि सुरेखा रानी ने बताया– 'सरकार ने कोई गैजेट नहीं दिए, और न ही इन्फौर्मेशन डालने के सॉफ्टवेयर को इस्तेमाल करने का कोई प्रशिक्षण दिया।'

2017 में अनिश्चितकालीन हड़ताल का एक अखिल भारतीय आंदोलन शुरू हुआ, जिसमें हरियाणा की यूनीयन भी शामिल हुई। इस दौरान यूनीयन ने राज्य सरकार के साथ पाँच बार बात की। 2 फरवरी को राज्य सरकार आशा कार्यकर्ताओं को 4000 रुपये —उन्हें अब तक मिलने वाली आय का दोगुना— मासिक वेतन देने और केंद्र सरकार का इंसेंटिव देने के लिए सहमत हुई। सरकार महिला श्रमिकों को बीमा देने पर भी सहमत हुई ताकि उनकी मृत्यु के बाद उनके परिवारों को 300000 रुपये का मुआवजा मिले। सरकार की अपनी डिजिटल सूचना नीति की सुविधा के लिए, सरकार ने हर कार्यकर्ता को एक एंड्रॉइड फोन देने का भी ऐलान किया। सुरेखा रानी बताती हैं, लेकिन 'अपनी प्रकृति के अनुरूप सरकार अपने वादों से पीछे हट गई।' कार्यकर्ताओं ने मार्च से जून 2018 तक विरोध प्रदर्शन किय और जब सरकार ने अपने वादों को लागू नहीं किया, तो कार्यकर्ताओं ने 7 जून से अनिश्चितकालीन हड़ताल शुरू कर दी। आठ दिनों तक हड़ताल चली। जब यूनियन ने सामूहिक गिरफ्तारियाँ देने की धमकी दी, तो सरकार ने कहा कि वह सारे समझौते लागू करेगी, और लिखित आश्वासन दिया। 15 जून को हड़ताल खत्म हुई।

एक बार फिर से सरकार अपने वादे से मुकर गई। जब यूनीयन को पता चला कि वर्तमान मुख्यमंत्री मनोहर लाल खट्टर करनाल (हरियाणा) में एक बैठक में शामिल होने वाले हैं, तो यूनीयन के सदस्यों ने तम्बू गाड़कर वहाँ अनिश्चितकालीन विरोध प्रदर्शन शुरू किया। खट्टर ने यूनीयन से मुलाकात की और कहा कि उनकी मांगें स्वीकार ली गई हैं, और वित्त विभाग जल्द ही इसपर एक अधिसूचना जारी करेगा। सुरेखा रानी ने कहा, 'हमने मुख्यमंत्री को कहा कि अधिसूचना आने तक हम जिला मुख्यालय के बाहर प्रदर्शन करेंगे।' उन्होंने ऐसा ही किया। सरकार के आदमी उन्हें दुतकारते, उनके वेतन लेने के दृढ़ संकल्प पर अश्लील टिप्पणियाँ करते। लेकिन आशा कार्यकर्ता डरीं नहीं और डटी रहीं। सुरेखा रानी ने हमें बताया, 'हम हर दो महीने पर अपनी सैलेरी लेने के लिए विरोध प्रदर्शन करते हैं। हमें लड़ाकू दल कहा जाता है।'

आशा कार्यकर्ताओं के संघर्ष ने हरियाणा में अन्य श्रमिकों को प्रेरित किया है। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं ने अपनी माँगों के लिए हड़तालें करनी शुरू कीं। इसी तरह से नगरपालिका के श्रमिकों ने, और सार्वजनिक परिवहन श्रमिकों ने भी अपने विरोध प्रदर्शन शुरू किए। मुख्यमंत्री खट्टर ने हड़ताल करने वालों पर कम्युनिस्ट और बदमाश होने का आरोप लगाया। सुरेखा रानी ने बताया कि, 'हमने इसके जावाब में एक नारा लिखा–यदि अपने अधिकारों के लिए लड़ना, रोजगार माँगना, रोटी माँगना, ये माँगें उठाना बदमाशों का काम है, तो हमारा लाल झंडा बदमाश ही उठाते रहे हैं और हम बदमाश बने रहेंगे।' मुख्यमंत्री को माफी माँगने के लिए मजबूर होना पड़ा।

सुरेखा रानी ने हमें बताया, आज तेजी से फैल रही महामारी के सामने 'आशा कार्यकर्ता दुखी और निराश हैं। वो जानती हैं कि हम ही जमीनी स्तर पर संक्रमण रोकने का काम कर रहे हैं, लेकिन तब भी अधिकारी हमारी समस्याएँ नहीं सुन रहे।'

## दक्षिण अफ्रीका

22 अप्रैल को दक्षिण अफ्रीका के राष्ट्रपति सिरिल रामाफोसा ने 500 बिलियन रेंड के प्रोत्साहन पैकेज की घोषणा की। लेकिन हैरानी की बात है कि कोविद–19 को रोकने के संघर्ष में सबसे आगे काम कर रहे स्वास्थ्यकर्मियों को इस पैकेज से सीधे पैसा नहीं मिल रहा। साउथ अफ्रीकन ट्रेड यूनियन फेडरेशन (SAFTU)

से संबद्ध यंग नर्सेस इंडाबा ट्रेड यूनियन (YNITU) की अध्यक्ष लेराटो मदुमो ने हमें बताया कि इस भाषण के बाद उनकी यूनीयन ने #कोविद_नर्सेज_स्टे_होम के नाम से अभियान शुरू किया। यंग नर्सेस इंडाबा ट्रेड यूनियन (YNITU) ने मई दिवस की हड़ताल की योजना बनाई थी, लेकिन एक दिन पहले इसे स्थगित कर दिया और इसके बजाय एक प्रेस कॉन्फ्रेंस आयोजित की। उन्होंने स्वास्थ्यकर्मियों पर तुरंत ध्यान देने के लिए राष्ट्रपति को लिखा: यदि मुआवजे और काम की सुरक्षित परिस्थितियों की उनकी मांगों को ठीक तरीके से संबोधित नहीं किया गया, तो 'अपने उपकरण बंद करके घर पर रहने के अलावा हमारे पास कोई विकल्प नहीं बचेगा।'

पर्याप्त परीक्षण किट और पीपीई उपलब्ध नहीं है। स्वास्थ्यकर्मियों का परीक्षण अनिवार्य है, लेकिन अभी तक ऐसा हो नहीं रहा है। मदुमो कहती हैं कि, 'अगर एक भी नर्स वायरस से संक्रमित होती है, तो नर्सों की पूरी शिफ्ट कोविद–19 की चपेट में आ जाएगी।' साउथ अफ्रीकन मेडिकल एसोसिएशन के मेडिकल प्रैक्टिशनर्स यूनियन ने बताया कि जो PPE उन्हें दिए जाते हैं, वह इतनी खराब क्वालिटी के होते हैं कि जब कोई डॉक्टर चलता है, तो PPE फट जाता है। जोहान्सबर्ग के क्रिस हानी बरग्वनथ अस्पताल में नर्सों को सही PPE न मिलने के कारण अपने खरीदे गए रेनकोट पहनकर काम पर आना पड़ता है, और जिन्हें उनको डिसइन्फेक्ट भी करना पड़ता है। इन कामचलाऊ PPE के लिए नर्सों को अपना ही पैसा खर्च करना होता है, जिनको बहुत मामूली–सा वेतन मिलता है। सरकार द्वारा दिए गए PPE अब तक नर्सों के पास नहीं पहुँचे हैं।

राष्ट्रपति ने यूनीयन की मांगों पर कहा है कि हड़ताल करना आपदा प्रबंधन अधिनियम (2002) के तहत एक 'दंडनीय अपराध' माना जाएगा। मदुमो ने हमें बताया कि व्यावसायिक स्वास्थ्य और सुरक्षा अधिनियम (1993) स्पष्ट करता है कि 'यदि आप मानते हैं कि आप जिस वातावरण में काम करते हैं वह असुरक्षित है, तो आपको अपना श्रम वापस लेने का अधिकार है।' इसलिए, यह सवाल ही नहीं है कि ये एक आपराधिक कृत्य होगा या नहींय बल्कि मुद्दा ये है कि हम बोल रहे हैं कि हमारी सरकार मानवता के खिलाफ अपराध कर रही है। नर्सें मानव हैं। आप बुलेटप्रूफ जैकेट के रूप में सुरक्षा दिए बगैर किसी सैनिक को युद्ध में लड़ने के लिए नहीं कह सकते; ये बिलकुल सही नहीं है। मदुमो ने कहा, 'यदि फ्रंटलाइन स्वास्थ्यकर्मी बीमार होते रहेंगे, तो इसका मतलब है कि इस कोविद–19 के खत्म होने के बाद, हमारे पास एक ऐसी स्वास्थ्य सेवा प्रणाली बचेगी जिसमें स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ही नहीं होंगे।'

9 मई 2020: दक्षिण अफ्रीका के खयेलित्शा जिला अस्पताल में परीक्षण सुविधा के अंदर का दृश्य। फोटोग्राफर: बैरी क्रिश्चियनसन / न्यू फ्रेम

मदुमो ने हमें बताया कि, 'कोविद–19 की चपेट में आने से पहले से ही हमारी स्वास्थ्य प्रणाली खराब हालत में थी।' खदिक्कतों की, सूची में सबसे ऊपर थी, नर्सों की कमी। महामारी आई, तब हमारे पास न्यूनतम नर्सिंग स्टाफ था।' दक्षिण अफ्रीका में 84% जनता को सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य सेवाएँ मिलती हैं, लेकिन फिर भी निजी क्षेत्र, जो केवल 16% लोगों को सेवा प्रदान करता है, 60% स्वास्थ्य पेशेवरों को काम पर रखता है। सार्वजनिक क्षेत्र की स्वास्थ्य प्रणाली में स्टाफ की कमी के संरचनात्मक कारण हैं। यूनीयन ने एक सर्वेक्षण किया जो दर्शाता है कि कई योग्य नर्सें बेरोजगार हैं। क्योंकि सरकार उन्हें काम पर रखती नहीं, इसलिए स्टाफ की नर्सें स्वास्थ्य के लिहाज से कहीं ज़्यादा काम करती हैं। मदुमो ने कहा, 'कोरोनावायरस के संक्रमण के अलावा नर्सें भावनात्मक और मनोवैज्ञानिक रूप से कुचली जा रही हैंय बयान करने के लिए कोई और शब्द नहीं है।'

नर्सें और अन्य चिकित्सा कर्मचारी बहुत ज़्यादा थक चुके हैं, और इसकी वजह है बहुत ज़्यादा बढ़ा हुआ काम, तनाव, असंतोष और इन सब के चलते होने वाला शारीरिक व मानसिक तनाव। अस्पतालों के प्रबंध क डॉक्टरों और नर्सों की कीमत पर अपना रौब जमाते हैं; वे अस्पतालों को बिजनस की तरह चलाते हैं। अस्पतालों ने नर्सों को कैजुअल वर्कर की तरह काम पर भेजने वाली नर्सिंग एजेंसियों पर भरोसा करना शुरू कर दिया है। मदुमो कहती हैं कि ये एजेंसियाँ खतरनाक हैं क्योंकि वे नर्सों को एक अस्पताल से दूसरे अस्पताल भेजती हैं, और अगर कोई नर्स कोविद–19 से संक्रमित हो जाए–और उसका टेस्ट न किया गया हो– तो वो अनेक अस्पतालों में बीमारी को ले जा सकती हैं। मदुमो कहती हैं, 'ऐसे में संक्रमण का नियंत्रण करना मुश्किल हो जाता है।'

नर्सों की मांग है कि सभी अस्पतालों में कोविद–19 वार्ड होने की बजाये, कुछ अस्पताल कोविद–19 रोगियों के इलाज के लिए नामित कर दिए जाने चाहिए। मदुमो ने प्रस्ताव दिया कि 'एक अस्पताल हो जिसमें सभी संदिग्ध और संक्रमित लोग भर्ती किए जाएँ; और वहाँ का स्टाफ बारी–बारी से अस्पताल में अपने काम पर जाए, एक रोस्टर के जरिये नर्सों और डॉक्टरों के रहने के लिए क्वार्टर की व्यवस्था की जाए।' वहाँ नर्सों और डॉक्टरों को उचित उपकरण दिए जाएँ और नियमित रूप से उनका परीक्षण हो। नर्सों और डॉक्टरों के पास किसी बीमारी से निपटने का प्राथमिक ज्ञान होता है, लेकिन राजनीतिक वर्ग उनके प्रस्तावों को गंभीरता से नहीं लेता।

YNITU वर्तमान में सभी स्वास्थ्य कर्मचारियों के लिए उचित व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरण, और COVID–19 के मरीजों के संपर्क में आने वाली नर्सों के लिए परीक्षण और 14 दिनों के लिए क्वारंटाइन की सुविधा के लिए अभियान चला रहा है। हालांकि सरकार वर्तमान में उन नर्सों का परीक्षण कर रही है जो COVID–19 के मरीजों के संपर्क में रही हैं, पर यह नर्सों से उम्मीद भी की जाती है कि वे तब तक काम करती रहेंगी जब तक कि वे अपने परिणाम प्राप्त न कर लें – संभवतः दूसरों को संक्रमण के खतरे में डाल दें।

अंत में, मदुमो ने हमें बताया कि उनकी यूनीयन, YNITU का मानना है कि ये महामारी दर्शाती है कि स्वास्थ्य सेवाओं का राष्ट्रीयकरण क्यों किया जाना चाहिए। उन्होंने कहा कि अभी प्रत्येक जिला, प्रत्येक प्रांत वो कर रहा है जो वो चाहता है। मदुमो ने कहा, 'राष्ट्रीयकरण यह सुनिश्चित करेगा कि हर सुविधा हमारे राष्ट्रीय स्वास्थ्य विभाग की तीक्ष्ण दृष्टि के नीचे हो।' उन्होंने कहा कि 'हमें लगता है कि हम निजी क्षेत्र को वैसा करने की अनुमति नहीं दे सकते, जैसा वो सालों से करता रहा है। उनका उद्देश्य मुनाफा कमाना है: वो चाहते हैं कि उनकी नर्सें पाँच दिनों तक एक ही मास्क का उपयोग करती रहें, भले ही वो कम समय के लिए उपयोगी हो। जहां प्रत्येक मरीज का इलाज करने के बाद मास्क का बदलना जरूरी होता है, वहीं नर्सों को रीसायकल करने के लिए कहा जाता है– जिससे वायरस से खुद को तथा अपने रोगियों को संक्रमण के खतरे में डालती हैं |

## ब्राजील

ब्राजील में दुनिया की सबसे मजबूत सार्वभौमिक स्वास्थ्य प्रणाली है। ये जनता के नेतृत्व में हुए सामाजिक संघर्षों का परिणाम है। बीस से अधिक वर्षों की तानाशाही के बाद,1988 के ब्राजील के संविधान ने यूनिफाइड हेल्थ सिस्टम को (सिस्तेमा यूनिको दे सौद–US), देश की निःशुल्क और व्यापक सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा प्रणाली का आधार बनाया। SUS के अंतर्गत स्वास्थ्य निगरानी, टीकाकरण, एचआईवी–एड्स नियंत्रण, परिवार स्वास्थ्य कार्यक्रम के माध्यम से देखभाल और अन्य महत्वपूर्ण चिकित्सा हस्तक्षेपों के लिए कार्यक्रम चलाए जाते हैं। लेकिन, दक्षिणपंथी व नव–फासीवादियों की सरकारों ने ब्राजील के कानूनों और इसकी सार्वभौमिक स्वास्थ्य प्रणाली को कमजोर किया है। 2016 में तख्तापलट के बाद, जिसमें वर्कर्स पार्टी के दिल्मा रूसेफ को हटाकर दक्षिणपंथी मिशेल टेमर ने सत्ता पर कब्जा कर लिया था, हुए 95वें संविधान संशोधन ने कटौती की कड़ी नीति लागू की, जिसके तहत सार्वजनिक खर्च बीस साल के लिए फ्रीज कर दिए गए थे। इस नीति से स्वास्थ्य सेवा प्रणाली के खर्च में भारी गिरावट कर उसे महामारी के सामने और भी कमजोर और निराश्रय बना दिया है।

ह्यूगो बेथसैदा लेमे ने हमसे ब्राजील पर कोविद–19 के प्रभाव के बारे में बात की। लेमे एक परिवारिक व सामुदायिक चिकित्सक हैं और लोंद्रिना (पराना) में सार्वजनिक बेसिक हेल्थ यूनिट में काम करते हैं तथा नेशनल नेटवर्क ऑफ पॉपुलर डॉक्टर्स के सदस्य हैं। उन्होंने हमें बताया कि SUS को कम फंडिंग (जीडीपी का लगभग 4%) के जरिये पहले से ही कमजोर किया जा रहा था, लेकिन 2016 के तख्तापलट के बाद ये प्रक्रिया और गहराती गई।' सिस्टम में संसाधनों की भारी कमी हो गई। सिस्टम की फंडिंग में कमी और ब्राजील के दक्षिणपंथी राष्ट्रपति जेर बोलसेनारो द्वारा क्यूबा के डॉक्टरों को बाहर निकालने से ये हुआ है कि 'कई समुदाय अब ब्राजील के लिए ज़्यादा डॉक्टरों के कार्यक्रम (PMMB) की सेवाओं से वंचित हो गए हैं, इसलिए जो मामले बेसिक हेल्थ यूनिट्स (UBS) में ठीक हो सकते थे उनका भी भार अब इंटेंसिव केयर और एमरजेंसी यूनिट्स पर पड़ रहा है।'

SUS को बहुत सावधानी से बनाया गया था, और यदि ठीक से फंड मिले और उसका प्रबंधन ठीक से किया जाए, तो ये वैश्विक महामारी से निपटने में बहुत कारगर होगा। लेकिन, सिस्टम में संसाधन ही अपर्याप्त हैं, और जो उपलब्ध करवाए जाते हैं, वो असमान रूप से वितरित होते हैं। अधिकांश इंटेंसिव केयर यूनिट्स और इंटेंसिव केयर डॉक्टर ब्राजील के दक्षिण और दक्षिण–पूर्व में स्थित हैं।

न केवल SUS को कम फंड मिलता है, बल्कि मुनाफा कमाने वाले निजी क्षेत्र को मिलने वाली सहायता ने भी सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र को कमजोर किया है। आधे ICU बेड निजी क्षेत्र में है, जो केवल एक चौथाई आबादी को सेवाएँ देता है। डॉ. लेमे कहते हैं, ये मुनाफा कमाने वाला क्षेत्र SUS को मिलने वाले संसाधन हड़पता है लेकिन सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र को भुलाकर इसे ही लगातार तरजीह दी जा रही है।' डॉ. लेमे ने बताया, निजी या मुनाफे के लिए काम करने वाला क्षेत्र, 'हमेशा से SUS पर परजीवी की तरह पलता रहा हैय यह केवल अपने शेयरधारकों की ओर प्रतिबद्ध है, जबकि अधिकांश आबादी सार्वजनिक प्रणाली पर ही निर्भर है।' इन असमानताओं और निजी–क्षेत्र की बढ़ती भूमिका के खिलाफ और कोविद–19 की तैयारी के लिए सब के लिए बेड (कैंपनहा लितोस पैरा टोडोस) अभियान चलाया गया। इस अभियान का उद्देश्य है इस आपातकाल के दौरान सार्वजनिक और निजी दोनों क्षेत्रों के सभी अस्पतालों के बिस्तरों को एक रिकॉर्ड में शामिल किया जाए, ताकि सार्वजनिक क्षेत्र के अस्पतालों पर बढ़ता भार रोककर रोगियों को निजी क्षेत्र के चिकित्सा केंद्रों में भी भेजा जा सके।

ब्राजील के राष्ट्रपति जेयर बोल्सोनारो के नेतृत्व में नव–फासीवादियों के घमंडी और अवैज्ञानिक रवैये से ज़्यादा स्वास्थ्यकर्मियों के लिए कुछ भी मुश्किल नहीं है। डॉ. लेमे ने कहा, 'नव–फासीवादी संघीय सरकार ने स्थिति की गंभीरता को नजरअंदाज कर बहुत बड़ा गुनाह किया है। श्रमिकों को मरने के लिए छोड़ दिया और चंद लोगों के आर्थिक हितों को लाभ पहुँचाने के लिए जिन लोगों को [कोविद–19, से खतरा है उन्हें भी काम पर वापस लौटने के लिए मजबूर किया।'

पर्याप्त रूप से परीक्षण नहीं हो रहे, इसका मतलब ये हुआ है कि कोविद–19 के पुष्ट मामले कम हैं, और इसके कारण 'हमारे लोगों में इस बीमारी और उसकी शृंखला को तोड़ने के उपायों के बारे में भ्रम पैदा हो गया है।' डॉ. लेमे ने कहा, परीक्षण कम होने का मतलब ये भी है कि चिकित्सा कर्मचारी 'अक्सर अंधेरे में काम कर रहे हैं, स्थिति की वास्तविकता, और अपने संक्रमित होने या न होने के बारे में जाने बिना।' पर्याप्त पीपीई नहीं है, न ही पर्याप्त चिकित्सा उपकरण, और न ही सरकार की तरफ से ठोस विज्ञान–आधारित कार्रवाई।

डॉ. लेमे इस बात पर जोर देते हैं कि चिकित्सा का सवाल बीमारी तक सीमित नहीं होना चाहिए। वो कहते हैं, स्वास्थ्य एक व्यापक मसला है, जिसे सामाजिक अर्थ में देखा जाना चाहिए। वो कहते हैं कि बड़ी संख्या में बेरोजगार लोग और अनौपचारिक श्रमिक होने के कारण, और श्रम अधिकारों और सामाजिक नीतियों की अनुपस्थिति के कारण भूख में वृद्धि हुई है। भूख शरीर को कमजोर करती है और बीमारी का खतरा बढ़ाती है। [हमारी व्यवस्था में, बसी हुई पितृसत्ता के परिणामस्वरूप, लॉकडाउन के दौरान महिलाओं के खिलाफ हिंसा में भी वृद्धि हुई है। पुरानी बीमारियों वाले, जैसे उच्च रक्तचाप और मधुमेह जैसी चिरकालिक बीमारीयों से ग्रस्त लोग क्वारंटीन के दौरान डॉक्टरों के पास नहीं जा पा रहे, इसलिए उनके स्वास्थ्य बिगड़ने का खतरा है।

डॉ. टेड्रोस की तरह ही डॉ. लेमे के लिए भी, स्वास्थ्य एक राजनीतिक मुद्दा है। उन्होंने कहा कि, मुख्यधारा की मीडिया 'जो लोक स्वास्थ्य की व्यवस्था को बेकार कहता है और निजी क्षेत्र की प्रशंसा करता है' के संदेश से ऊपर उठकर 'जरूरी है एक संप्रभु, लोकतांत्रिक और जनता की सरकार बनाने के लिए लड़ना, जो पर्याप्त धन के साथ SUS का पुनर्निर्माण करे ताकि लोगों को आवश्यक और पर्याप्त सेवाएँ प्रदान की जा सकें।' ऐसी सरकार जो अपने लोगों की सामाजिक स्थितियों में सुधार करने और श्रमिकों के अधिकारों को बेहतर बनाने का काम करेगी। तभी समाज 'एक गरिमापूर्ण, मानवीय और स्वस्थ तरीके से विकसित हो सकेगा, ताकि

यदि इस तरह की एक नयी स्थिति उत्पन्न होती है, तो हम और बेहतर तैयार हों और हमेशा अपने लोगों के जीवन, अधिकारों और कल्याण को प्राथमिकता दें।' डॉ. लेमे कहते हैं, ' SUS हमारे लोगों के संघर्ष का एक स्थायी हिस्सा होना चाहिए।'

7 मई 2020: ब्राजील के पारा राज्य के सबसे बड़े सार्वजनिक अस्पताल डॉ. एबेलार्डो सैंटोस क्षेत्रीय अस्पताल से ठीक हो चुके COVID–19 रोगियों को छुट्टी मिलने का जश्न मनाती हुई एक मेडिकल टीम।
फोटोस: मार्सेलो सीब्रा / Ag-Pará/Fotos Públicas

## भाग 3: स्वास्थ्यकर्मी क्या चाहते हैं

ट्राईकॉन्टिनेंटल: सामाजिक शोध संस्थान ने दुनिया भर के स्वास्थ्यकर्मियों की यूनियनों की मांगों का अध्ययन किया और इन मांगों के आधार पर, हमने एक सूची बनाई है। अधिकांश यूनीयनों की बहुत व्यापक मांगें हैं जो उनके पेशे से बहुत आगे जाती हैं। इनमें व्यापक सामाजिक और आर्थिक परिवर्तन शामिल है, जो सामाजिक जीवन को नया आधार देकर पूँजीवादी सामाजिक सम्बंधों द्वारा उत्पन्न स्वास्थ्य ख तरों को कम कर सकेंगे। उदाहरण के लिए, बेघर होने की स्थिति के उन्मूलन से (न कि बेघर लोगों के, नवउदारवादी सरकारों ने जिसके प्रयास किए हैं) लोगों की शारीरिक दूरी तो सुनिश्चित की ही जा सकेगी, साथ इससे उन लोगों के स्वास्थ्य की स्थिति में भी सुधार हो पाएगा, जो पैसे की कमी के चलते सड़कों पर रहने को मजबूर हैं।

- सार्वजनिक और निजी दोनों क्षेत्रों की सभी स्वास्थ्य सेवाओं की क्षमताओं का ध्यान कोविद–19 के गंभीर मामलों के उपचार की दिशा में केंद्रित करें।

- उन क्षेत्रों और समुदायों को विशेष सहायता प्रदान करें जो महामारी से बुरी तरह प्रभावित हुए हैं।

- वायरस के प्रसार को रोकने के लिए अलगाव जैसी नीतियां लागू करें; श्रमिकों की भूख और सेहत को ध्यान में रख के क्वारंटाइन के लिए आवश्यक सब्सिडी और नीतियां – अनौपचारिक श्रमिकों सहित – जैसे न्यूनतम आय कार्यक्रम, सामाजिक किराया, बेरोजगारी बीमा (यहां तक कि गैर–योगदानकर्ताओं के लिए), और आवास प्रदान करने के लिए आपातकालीन नीतियों बना कर तुरंत मुहाया करवाएँ, जिन्हें इसकी जरूरत है।

- वायरस के प्रसार को रोकने के लिए आइसोलेशन जैसी नीतियाँ लागू करेंय न्यूनतम आय कार्यक्रम, सामाजिक किराया, बेरोजगारी बीमा (गैर–योगदानकर्ताओं के लिए भी), जैसी जरूरी सब्सिडी और नीतियाँ लागू करें ताकि असंगठित श्रमिकों सहित मजदूर भूखे रहे बिना क्वारंटीन का पालन कर सकें, और जिन बेघरों को आइसोलेशन की जरूरत है उनके रहने के लिए खाली पड़ी इमारतों में आपातकालीन सुविधा सुनिश्चित करें।

- श्रमिकों की सुरक्षा हेतु उन्हें अच्छी क्वालिटी वाले PPE और मास्क व अन्य आवश्यक उपकरण प्रदान करें। फ्रंटलाइन श्रमिकों को रोग का सामना करने के लिए पर्याप्त रूप से प्रशिक्षित किया जाना चाहिए।

- फ्रंटलाइन स्वास्थ्यकर्मियों को उचित स्वास्थ्य कार्यकर्ता पहचान पत्र की गारंटी दें ताकि वे आइसोलेशन और क्वारंटीन के आदेशों के तहत जुर्मानों, हिंसा या राज्य द्वारा दिए गए अन्य दंडों का सामना किए बिना आवश्यक स्वास्थ्य कार्य कर सकें। स्वास्थ्यकर्मियों की कोविद–19 टेस्टिंग बढ़ाएँ।

- अस्पतालों और अन्य चिकित्सा केंद्रों में वेंटिलेटर और इंटेंसिव केयर यूनिट बेड व अन्य उपकरणों की उपलब्धता बढ़ाएँ।

- श्रमिकों के अपना श्रम वापस लेने के अधिकार को मान्यता दें, यदि वे मानते हैं कि किसी काम से उनके स्वास्थ्य या जीवन को खतरा है (यह माँग अंतर्राष्ट्रीय श्रम संगठन कन्वेंशन 155 और 187 पर आधारित है)।

- डॉक्टरों, नर्सों और सार्वजनिक स्वास्थ्यकर्मियों सहित सभी स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के लिए प्रशिक्षण स्कूल स्थापित करने के लिए फंड दें।

- स्वास्थ्य कर्मचारियों का वेतन बढ़ाएँ व जल्दी और नियमित रूप से उसका भुगतान करें। स्वास्थ्य कर्मचारियों को (यदि वे बीमार पड़ते हैं या बीमारी से मर जाते हैं) बेहतर स्वास्थ्य और जीवन बीमा योजनाएँ दें।

- सभी लोगों को मुफ्त और सार्वभौमिक स्वास्थ्य सेवा की गारंटी दी जानी चाहिए।

- सामान्य स्वास्थ्य क्षेत्र की या विशेष रूप से कोविद–19 संकट के लिए नीतियाँ बनाने वाली समितियों में स्वास्थ्यकर्मियों के यूनियनों को शामिल करने की गारंटी दें और सुनिश्चित करें कि ऐसी नीतियाँ निर्धारित करने में उनकी बात सुनी जाए।

- प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं सहित सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के विस्तार की दिशा में तुरंत बड़े फंड दें और बजट–कटौती की नीतियाँ वापिस लें। अस्पतालों से ग्रामीण क्लीनिकों तक, चिकित्सा उपकरण निर्माताओं से लेकर दवा निर्माताओं तक संपूर्ण स्वास्थ्य क्षेत्र को सार्वजनिक क्षेत्र में स्थानांतरित करें।

- इस वायरस और इस तरह के अन्य वायरसों से सम्बंधित अनुसंधान के लिए तुरंत पर्याप्त फंड दें। ये सुनिश्चित करें कि महामारी के दौरान किए गए सुधार इसके ठीक हो जाने के बाद भी कायम रहें।

12 मई 2020: दक्षिण अफ्रीका में अंतर्राष्ट्रीय नर्स दिवस मनाने के लिए सेबोकेंग के एक क्लिनिक की नर्सें इक्कठ्ठी हुईं।
फोटोग्राफर: इहसान हफ्फेजी / न्यू फ्रेम

tricontinental

Tricontinental: Institute for Social Research is an international, movement-driven institution focused on stimulating intellectual debate that serves people's aspirations.
www.thetricontinental.org

Instituto Tricontinental de Investigación Social es una institución promovida por los movimientos, dedicada a estimular el debate intelectual al servicio de las aspiraciones del pueblo.
www.eltricontinental.org

Instituto Tricontinental de Pesquisa Social é uma instituição internacional, organizado por movimentos, com foco em estimular o debate intelectual para o serviço das aspirações do povo.
www.otricontinental.org