

महाराष्ट्र शासन

बालमृत्यू मूल्यमापन समिती

प्रथम अहवाल

रोगनिदान : कुपोषण व बालमृत्यूची खरी व्याप्ती

(ऑगस्ट 2004)

Life counts.

So, count every birth.

And, account for every death.

बालमृत्यू मूल्यमापन समिती, महाराष्ट्र शासन

- | | |
|--|------------|
| 1. डॉ. अभय बंग, सर्च, गडचिरोली | अध्यक्ष |
| 2. डॉ. डी. बी. शिरोळे, पुणे | सदस्य |
| 3. डॉ. जी. अ. पानसे, के.ई.एम. रुग्णालय, पुणे | सदस्य |
| 4. डॉ. टी.के. रॉय, संचालक आय.आय.पी.एस. मुंबई | सदस्य |
| 5. डॉ. रविंद्र कोल्हे, वैरागड, ता. धारणी, जि अमरावती | सदस्य |
| 6. डॉ. शाम अष्टेकर, नाशिक | सदस्य |
| 7. डॉ. (श्रीमती) अपर्णा श्रोती, पुणे | सदस्य |
| 8. डॉ. प्रमोद जोग, पुणे | सदस्य |
| 9. डॉ. रजनीकांत आरोळे, जामखेड, अहमदनगर | सदस्य |
| 10. डॉ. आनंद, अ.आय.आय.एम.एस. नवी दिल्ली | सदस्य |
| 11. डॉ. विकास आमटे, आनंदवन, वरोरा जि. चंद्रपूर | सदस्य |
| 12. महासंचालक, आरोग्य सेवा, मुंबई | सदस्य |
| 13. अतिरिक्त संचालक, आरोग्य सेवा (कुटुंब कल्याण), पुणे | सदस्य सचिव |

संपर्क : 1) अध्यक्ष,

बालमृत्यू मूल्यमापन समिती

द्वारा - सर्च, गडचिरोली. 442 605

फोन 07138-255407, फॅक्स : 07138-255411

E-mail - search@satyam.net.in

- 2) सचिव, बालमृत्यू मूल्यमापन समिती, महाराष्ट्र शासन
अतिरिक्त संचालक, आरोग्य व कुटुंब कल्याण,
पत्ता - कुटुंब कल्याण भवन, पुणे रेल्वे स्टेशन समोर
पुणे - 411 001
फोन : 20-26121996, फॅक्स : 20-26121766

अनुक्रमणिका

	पान
प्रस्तावना	5
पारिभाषिक शब्द व त्यांच्या व्याख्या	7
सारांश	9
अहवाल	
1. बालमृत्यू प्रश्नाचे महत्व	15
2. पार्श्वभूमी	16
3. समितीची कार्यकक्षा	19
4. मूल्यमापनासाठी प्रश्न व आधार	20
5. कार्यपध्दती	21
6. आढळलेले प्रमुख सत्य	23
अ) महाराष्ट्रात बालमृत्यू किती, कुठे का?	23
आ) बालमृत्यूची समस्या सोडविण्यात प्रगती झाली आहे का?	28
इ) बालमृत्यूची समस्या समजण्यास शासनाला प्रमुख अडथळे कोणते ?	31
ई) बालकांमधील कुपोषण	44
7. शासकीय व्यवस्थेतील गंभीर कर्तव्यच्युती	51
8. अुपाय योजना व शिफारसी	53

प्रस्तावना

महाराष्ट्रात कुपोषण व बालमृत्यूची समस्या आहे का? असल्यास किती मोठी आहे? गेल्या काही वर्षातील शासकीय घोषणांचा व कार्यक्रमांचा परिणाम होऊन कुपोषण व बालमृत्यूचे प्रमाण कमी झाले का? मुख्य अडथळे कुठे आहेत? काय सुधारणा आवश्यक आहेत? विधान भवनात व समाजात वारंवार अुठणाऱ्या या व अशा प्रश्नांचे उत्तर शोधण्यासाठी महाराष्ट्र शासनाने बालमृत्यू मूल्यमापन समितीची स्थापना केली. समितीने दर सहा महिन्यांनी शासनाला अहवाल देणे अपेक्षित आहे. समितीचा हा प्रथम अहवाल आहे.

कोणत्याही रोगाचा योग्य उपचार करण्यापूर्वी अचूक रोगनिदान करणे आवश्यक असते. हा अहवाल रोगनिदानावर लक्ष केंद्रित करतो. सामाजिक, आर्थिक व शैक्षणिक कारणांचे महत्व मान्य करुनही, त्यांच्या विस्तारात न जाता आरोग्य विभागांतर्गत तत्काळ करता येण्या-जोग्या कारणांपुरतीच ही चौकशी मर्यादित ठेवली आहे. कुपोषण व बालमृत्यूच्या रोगांचे मोजमाप करणारे थर्मामीटर (शासकीय आकडेवारी)च रोगी असल्याचे, आणि बालमृत्यू व कुपोषणाची समस्या अपुरी नोंदवून समस्या “सोडविल्याचे” यात आढळून येते. तिचे विस्तृत रोगनिदान करुन गेल्या काही वर्षातील कुपोषण व बालमृत्यूच्या समस्यांमधील प्रगती किंवा अपयश यांचा शोध हा अहवाल घेतो. ही बेसलाईन मानूनच या पुढे समस्या सोडविण्याचे प्रयत्न व मोजमाप व्हावे.

समितीचा अहवाल ही अुपाय योजना नव्हे, अुपाय योजनेची गरज दाखवणारे रोगनिदान आहे. कॅन्सरचे रोगनिदान अप्रिय वाटू शकते. पण अप्रिय रोगनिदान केल्याशिवाय योग्य अुपचारांची सुरवात होअू शकत नाही. महाराष्ट्रातील लक्षावधी मुलांना वाचवण्याच्या आव्हानाच्या महत्तेने प्रेरित होऊन समिती हे अप्रिय रोगनिदान करण्याचे कार्य करते आहे.

प्रत्येक बालमृत्यू हा अेक न जगलेले संपूर्ण आयुष्य आहे. जिवंत राहण्याच्या सर्वात मूलभूत मानवीय अधिकाराचे व अिच्छेचे ते भीषण हनन आहे. बालके असहाय असल्यामुळे त्यांना वाचवणे ही समाजाची जबाबदारी आहे. पुढच्या बालमृत्यूची वाट ही मागच्या बालमृत्यूवरून जाते. म्हणून बालमृत्यू न नोंदवणे म्हणजे पुढील बालमृत्यूची वाट मोकळी करणे आहे. या मान्यतांमधून हा अहवाल लिहिलेला आहे.

अेक गल्लत वारंवार होतांना दिसते.

“बालमृत्यूंची नमूना पध्दतीने (सँपलिंग) केलेली निवडक भागातील नोंद अुपलब्ध असल्याने शासनाला बालमृत्यूंची खरी स्थिती कळतेच. मग सर्व बालमृत्यूंच्या नोंदीचा आग्रह कशाला?” असा प्रश्न काहींच्या मनात येतो. नमूना पध्दतीने मिळालेल्या आकडेवारीवरून प्रांताबाबत ढोबळ अंदाज करता येतात व ते पुढील काळासाठी योजना आखण्यासाठी अुपयोगी असतात. पण त्यांच्या आधारे प्रांतभरात व्यवस्थापन, व कृती करता येत नाही. माझ्या मुलाला ताप असल्यास अुपचारासाठी त्याच्या तापाचे मोजमाप लागते. शहराचे किंवा प्रांताचे सरासरी तापमान कामाचे नाही. खूनांवर कारवाई करण्यासाठी पोलीस विभागाला प्रत्येक खूनाची माहिती लागते. केवळ खूनांबाबत प्रांताचे नमूनाधारित अंदाज पुरेसे नाही. समस्या सोडवण्याच्या

संचालनासाठी शासनाला त्या समस्येच्या सर्व घटना कळायला हव्यात. आरोग्य 'संचालनालय' व अेखादी 'संशोधन संस्था' यात हाच प्रमुख फरक आहे. बालमृत्यूंच्या सर्व घटना नोंदवणे, कळवणे व त्यावर अुपायात्मक कृती करणे याशिवाय आरोग्य व्यवस्थेचे संचालन व पुढे बालमृत्यू टाळणे शक्य नाही. म्हणून बालमृत्यूंच्या सर्व घटना नोंदवण्याचे अेवढे महत्व.

या अहवालाचा योग्य तो अुपयोग शासनाने, लोक प्रतिनिधीनी व महाराष्ट्रातील सुजाण समाजाने करावा. बालमृत्यू प्रश्नाबाबत गेल्या सहा-सात वर्षांतील घडामोडी व शासकीय प्रतिसाद यांचा अभ्यास समितीने केला. या प्रश्नाबाबत शासकीय व्यवस्थेतील बधीरता व निष्क्रीयता थक्क करणारी आहे. या प्रश्नावर जबाबदेही (accountability) प्रस्थापित झाल्याशिवाय व शासन या प्रश्नाबाबत गंभीर आहे असे स्पष्ट सिग्नल्स वरुन खाली गेल्याशिवाय शासनातील हा प्रश्न सुटणार नाही. ते करणे शासनाची जबाबदारी आहे.

ही समिती या पुढील अहवालात बालमृत्यू कमी करण्याच्या विविध अुपायांचा अुहापोह व शिफारसी करेल.

हा अहवाल बनवतांना समितीला अनेक नागरिक, पत्रकार, तज्ञ मंडळी, तसेच कर्तव्यदक्ष शासकीय कर्मचारी व अधिकारी यांचे सहकार्य मिळाले. केंद्र शासनाच्या SRS व NNMB यांच्या प्रमुखांकडून अतिशय अुपयुक्त माहिती मिळाली. समिती तर्फे मी त्या सर्वांचे आभार मानतो.

डॉ. अभय बंग
अध्यक्ष

काही पारिभाषिक शब्द व त्यांचे अर्थ

5. जन्म दर = एका वर्षात दर हजार लोकसंख्येमध्ये झालेले जिवंत जन्म.
6. बाल-मृत्यू = जन्मल्यापासून 5 वर्षांपर्यंत वयाच्या बालकांचे मृत्यू.
7. बालमृत्यू दर = एका वर्षात दर हजार जिवंत जन्मांमागे झालेले बालमृत्यू.

$$\begin{aligned} & \frac{\text{बालमृत्यूंची अकूण संख्या} \times 1000}{\text{त्या लोकसंख्येत त्या वर्षी झालेले अकूण जिवंत जन्म}} \end{aligned}$$

मृत्यूच्या वेळेस असलेल्या वयानुसार बालमृत्यूचे 3 पोटभाग असे :

4. नवजात बालमृत्यू = जन्मल्यापासून ते 28 दिवसांच्या वयोगटातील बाळांचे मृत्यू.
5. अर्भक मृत्यू = जन्मल्यापासून ते 1 वर्ष पूर्ण पर्यंतच्या वयोगटातील बालमृत्यू.
6. अर्भकोत्तर बालमृत्यू = 1 वर्षे ते 5 वर्षे या वयोगटातील बालमृत्यू.

यावरून बालमृत्यू दराच्या अंतर्गत काही महत्वाचे दर निघतात.

7. नवजात बालमृत्यू दर (NMR)

$$\begin{aligned} & \frac{\text{बाळ 28 दिवसांचे होण्याच्या आतील मृत्यू}}{\text{त्या लोकसंख्येत त्या वर्षी झालेले अकूण जिवंत जन्म}} \times 1000 \end{aligned}$$

8. अर्भक मृत्युदर (IMR) $\frac{1 \text{ वर्ष वयाच्या आतील बालमृत्यू} \times 1000}{\text{त्या लोकसंख्येत त्या वर्षी झालेले अकूण जिवंत जन्म}}$

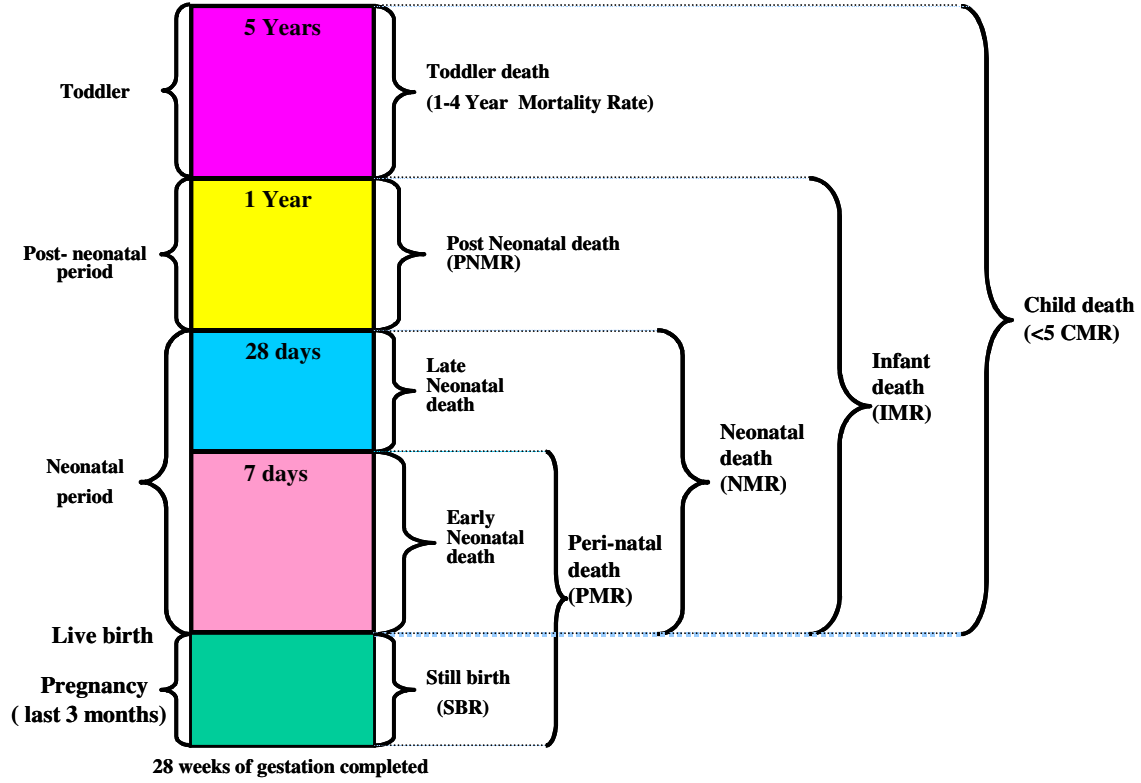
9. 1 ते 5 वर्षे वयातील बालमृत्युदर (Toddler or 1-5 years MR)
 $= \frac{1-5 \text{ वर्षे वयातील अकूण बालमृत्यू} \times 1000}{\text{त्या लोकसंख्येत त्यावर्षी झालेले अकूण जिवंत जन्म}}$

10. जन्माला येण्यापूर्वी होणाऱ्या गर्भाशयातील मृत्यूंना 'मृतजन्म' (Still-birth) असे म्हणतात. कठीण बाळंतपणात गर्भ गुदमरल्यामुळे अथवा गर्भाशयात असतांनाच रोगामुळे गर्भाचा मृत्यू होतो. ते बालमृत्यू मध्ये मोजले जात नाहीत. वेगळे मोजले जातात.

11. मृत-जन्म दर (Still Birth Rate) $\frac{\text{मृत जन्मांची संख्या} \times 1000}{\text{त्या लोकसंख्येत त्या वर्षी झालेले अकूण जन्म}}$

12. पेरीनेटल मृत्यू = मृत जन्म + जन्मल्यावर 7 दिवसात झालेले नवजात मृत्यू.

Different periods in childhood and the corresponding mortality rates



सूचना

बालमृत्यू मूल्यमापन समितीला महाराष्ट्रातील कुपोषण व बालमृत्यूंबाबत स्वतः नवी सर्वेक्षणे किंवा अध्ययने करणे व्यावहारिकरीत्या संभव नव्हते. म्हणून या समितीने अन्य अभ्यासांमधील किंवा अहवालांतील प्रकाशित आकडेवारीचा उपयोग केला आहे. आकडेवारीचे मूळ स्रोत अुद्धृत केले आहेत. समितीने वापरलेल्या या विविध अभ्यासांची स्वतःची बलस्थाने व मर्यादा आहेत. समितीने अुद्धृत करणे म्हणजे पूर्ण समिती किंवा व्यक्तिशः सदस्य त्या अभ्यासांचा पुरस्कार करित आहेत असा नाही. या विविध अभ्यासांवर आधारित अंदाजाना (estimates) काही अंगभूत अनिश्चितता देखील आहे. या मर्यादांचा समिती अुच्चार करु अिच्छिते. पण तरी देखील बालमृत्यू समस्येबाबत निर्णय घेण्याची तातडी बघता आदर्श व संपूर्ण आकडेवारी अुपलब्ध होईपर्यंत (जे वास्तविक जीवनात संभवतः कधीच पूर्णपणे होत नाही) अंदाज व निश्कर्ष थांबवून ठेवणे बेजबाबदार होईल असे वाटल्यामुळे समितीने शासकीय व गैरशासकीय स्रोतांद्वारे सध्या अुपलब्ध आकडेवारीचा अुपयोग केलेला आहे.

महाराष्ट्र शासनाद्वारा स्थापित
बालमृत्यू मूल्यमापन समिती

प्रथम अहवाल (ऑगस्ट 2004)

सारांश

भूमिका : महाराष्ट्र शासनाने 12 डिसेंबर 2003 रोजी विधानभवनात केलेल्या घोषणेनुसार 'बालमृत्यू मूल्यमापन समिती'ची स्थापना केली. (शासन निर्णय क्र. बामुस/2003/प्र.क्र. 281/2003, कु.क.3, दि. 12/12/2003).

डॉ. अभय बंग या समितीचे अध्यक्ष असून समितीत तेरा सदस्य आहेत.

समितीची **कार्यकक्षा** पुढील प्रमाणे आहे -

1. राज्यातील अर्भक मृत्यू, बालमृत्यूंची पडताळणी करणे.
2. आदिवासी भागातील कुपोषित मुलांचा आढावा घेणे.
3. बालमृत्यू, अर्भक मृत्यू, माता मृत्यू, कुपोषण अित्यादी कमी करण्यासाठी कार्यान्वित असलेल्या सर्व योजनांचा आढावा घेणे व त्यातील त्रुटी दूर करण्यासाठी अुपाययोजना प्रस्तावित करणे.

समितीने दर सहा महिन्यांनी शासनाला अहवाल देणे अपेक्षित आहे. पण तत्काळ कृतीसाठी प्रथम अहवाल लवकरात लवकर शासनाला द्यावा असे आवाहन मा. आरोग्यमं=यांनी विधानभवनात केले होते.

प्रथम अहवालाचा विषय :

या पार्श्वभूमीवर समितीने असा निर्णय घेतला की समितीचा प्रथम अहवाल हा मुख्यतः बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्येची महत्ता/व्याप्ती आणि त्यासाठी शासनाने डिसेंबर 2001 मध्ये घेतलेल्या निर्णयाची अंमलबजावणी यावर केंद्रीत राहिल. द्वितीय अहवाल हा विविध योजनांचा आढावा घेऊन बालमृत्यू व कुपोषण कमी करण्यासाठी अुपाय योजना सुचवण्यावर केंद्रीत राहिल. सोबतच पुढील अहवालांमध्ये मागील अहवालातील सूचना तसेच शासकीय निर्णय यांच्या अंमलबजावणी व परिणामांचे मॉनिटरिंग राहिल.

त्यानुसार हा प्रथम अहवाल असून तो महाराष्ट्रात बालमृत्यू व कुपोषणाच्या समस्यांची व्याप्ती, महत्ता व कारणे आणि बालमृत्यूची पूर्ण माहिती मिळावी म्हणून शासनाने यापूर्वी काढलेल्या आदेशांच्या अंमलबजावणी, यावर केंद्रीत आहे.

समितीला आढळलेले सत्य व निश्कर्ष

प्र. 1) महाराष्ट्रात दरवर्षी किती बालमृत्यू व मृतजन्म होतात?

निश्कर्ष : महाराष्ट्रात दरवर्षी जवळपास 25,000 ते 40,000 बालमृत्यू होतात असे राज्यशासनाच्या तीन विभागांच्या माहिती व्यवस्थेकडून कळवले जाते. पण केंद्रशासनाच्या (SRS) अंदाजानुसार राज्यात दरवर्षी होणाऱ्या बालमृत्यूंची संख्या ही 120,000 असावी, तर स्वयंसेवी गटांच्या अहवालानुसार ती 175,000 च्या दरम्यान असावी. या शिवाय दरवर्षी 22,000 ते 66,000 मृत जन्म होतात (जी बहुतांश बाळंतपणाच्या दरम्यान मेलेली बाळे असतात आणि वाचवली जाऊ शकतात). अशा रीतीने महाराष्ट्रात बालमृत्यू व मृतजन्म मिळून दरवर्षी जवळपास 1,40,000 ते 2,40,000 जीव जातात.

प्र. 2) बालमृत्यू कुठे होतात?

निश्कर्ष : बालमृत्यूची समस्या राज्यव्यापी आहे. महाराष्ट्राच्या विविध भागातील अर्भक मृत्युदर व दरवर्षी होणाऱ्या बालमृत्यूंची अंदाजित संख्या :

ग्रामीण भागात अर्भक मृत्युदर 64 व अेकूण बालमृत्यू	-	82,000
आदिवासी भागात अर्भक मृत्युदर 80 व अेकूण बालमृत्यू	-	23,500
शहरी झोडपट्ट्यांमध्ये अर्भक मृत्युदर 68 व अेकूण बालमृत्यू	-	56,000

प्र. 3 : बालमृत्यू का होतात?

निश्कर्ष : बहुतेक बालमृत्यू हे कुपोषण व जंतुदोषांचे रोग अशा संयुक्त कारणांनी होतात. नवजात बालमृत्यू, न्युमोनिया व हगवण ह्या तीन कारणांमुळे राज्यातील जवळपास 80% बालमृत्यू होतात. या तीन कारणांवर साध्या व सोप्या अुपाय पध्दती शक्य असल्याने महाराष्ट्रातील बालमृत्यूंबाबत अुपाययोजना करणे शक्य आहे.

प्र. 4 : गेल्या काही वर्षात बालमृत्यूंच्या समस्येत किती सुधारणा झाली?

निश्कर्ष : 1980 ते 1996 पर्यंत झपाट्याने कमी झालेला महाराष्ट्रातील अर्भक मृत्युदर कमी होण्याची गती आता अतिशय मंदावली असून केंद्रशासनाच्या SRS च्या आकडेवारीनुसार गेल्या सात वर्षात तो 48 वरून 45 वर म्हणजे केवळ 3 ने कमी झाला आहे. याच सात वर्षात राष्ट्रीय दर 13 ने कमी झाला आहे.

प्र. 5 : बालमृत्यूंची समस्या सोडविण्याचे महाराष्ट्राचे घोषित लक्ष्य प्राप्त करण्यास या गतीने किती वर्षे लागतील?

निश्कर्ष : वर्ष 2004 मध्ये अर्भक मृत्युदर 25 पर्यंत कमी करण्याचे व वर्ष 2010 पर्यंत तो 15 पर्यंत कमी करण्याचे महाराष्ट्र शासनाच्या लोकसंख्या नीती (2000) चे घोषित लक्ष्य आहे. 2004 अुजाडले असून अर्भक मृत्युदर 25 अैवजी किमान अंदाजाने 45 व अन्य अंदाजाने 66 आहे. महाराष्ट्रातील अर्भक मृत्युदर कमी होण्याच्या गेल्या दहा वर्षांतल्या गतीवरून भविष्याबाबत असा अंदाज निघतो की या गतीने 15 हा अर्भक मृत्युदर गाठायला वर्ष 2027 ते 2042 अुजाडेल.

प्र. 6 : तोपर्यंत महाराष्ट्रात अजून किती बालमृत्यू होतील?

निश्कर्ष : सध्याच्या गतीने अर्भक मृत्युदर कमी झाल्यास महाराष्ट्राचे वर्ष 2010 मध्ये पोचण्याचे घोषित लक्ष्य प्राप्त करण्यास, म्हणजे अर्भक मृत्युदर 15 पर्यंत कमी करण्यास वर्ष 2027 ते 2042 अुजाडेल, म्हणजे अजून 23 ते 38 वर्षे लागतील. तोपर्यंत राज्यात अजून 16 लक्ष ते 38 लक्ष बालमृत्यू होतील.

बालमृत्यू कमी करण्यासाठी युध्द पातळीवर प्रयत्न न केल्यास पुढील काळातही महाराष्ट्रात प्रचंड मोठ्या संख्येने बालमृत्यू होतील. या प्रश्नाला सर्वोच्च प्राथमिकता देणे आवश्यक आहे.

प्र. 7 : बालमृत्यूंची पूर्ण व खरी माहिती शासनाला कळते का?

निश्कर्ष : महाराष्ट्रात वास्तविकतः सव्वा ते पौणेदोन लक्ष बालमृत्यू दरवर्षी घडत असतांना शासनाचे तिन्ही विभाग बालमृत्यूंची अतिशय अपुरी, म्हणजे 18-28 टक्के माहिती शासनाला कळवत होते. (1999-2000)

बालमृत्यूंबाबत शासनाला अंधारात ठेवले जाते.

प्र. 8 : शासकीय निर्णयाच्या परिणामतः बालमृत्यू कळवण्याच्या प्रमाणात किती सुधारणा झाली?

निश्कर्ष : १00 टक्के बालमृत्यू नोंदवण्याच्या शासनाच्या निर्णयानंतर व विधीमंडळातील आश्वासनानंतर देखील गेल्या चार वर्षांत CRS व ICDS या व्यवस्थांमधील अर्भकमृत्यू नोंदणीत मुळीच सुधारणा नाही व आरोग्य विभागाच्या MIS मध्ये 2003-04 मध्ये अल्प सुधारणा आहे.

अजूनही अर्भक मृत्यू कळविण्याचे प्रमाण 20-40 टक्के अितकेच आहे. शिवाय 1-5 वर्षे वयातील जवळपास 30,000 बालमृत्यूंची माहिती आरोग्य विभाग राज्यपातळीवर संकलितच करत नाही.

प्र. 9: सर्व बालमृत्यू कळावे यासाठी घेतलेल्या शासकीय निर्णयाची अंमलबजावणी किती झाली?

निश्कर्ष : 100% बालमृत्यू नोंदवण्याच्या शासकीय निर्णयाची व आदेशाची अंमलबजावणी अतिशय अपुरी झाली आहे, कारण प्रमुख अधिकाऱ्यांनी हा प्रश्न महत्वाचा म्हणून स्वीकारलाच नाही.

प्र. 10 : जन्म-मृत्यू नोंदणीच्या राज्यपातळीवरील समन्वयासाठी नेमलेल्या सर्वोच्च शासकीय समितीने काय केले ?

निश्कर्ष : 11 सप्टेंबर 2000 रोजी या समितीची शेवटची बैठक झाली. त्यानंतर मार्च 2004 पर्यंत 3½ वर्षात या समितीची बैठकच झाली नाही. राज्य समन्वय समितीने बालमृत्यूंच्या नोंदीचा आढावा घेऊन कृती या काळात केल्याचे आम्हाला आढळले नाही. आणि या साडेतीन वर्षात राज्यात जवळपास पाच लक्ष बालमृत्यू घडले असावेत.

प्र. 11 : बालमृत्यूंच्या घटना शासनाला पूर्णपणे का कळत नाहीत?

निश्कर्ष : जन्माच्या नोंदी जवळपास पूर्ण कळवणे, मृतजन्म अधिक कळवणे पण फक्त बालमृत्यूच अपुरे कळवणे यावरून असा निश्कर्ष काढता येतो की शासकीय यंत्रणेत निवडकपणे बालमृत्यू लपविण्याचा प्रयत्न आहे.

प्र. 12 : बालमृत्यूंच्या प्रश्नांमध्ये आरोग्य विभागाची माहिती व निर्णय व्यवस्था (MIS) यांची काय भूमिका आहे?

निश्कर्ष : निर्णयांचा आधार असलेली बालमृत्यूंची माहिती व्यवस्थाच भ्रामक आकडेवारी निर्माण करत असल्याने, व ती सुधारण्याचा प्रयत्न संबंधित अधिकाऱ्यांनी न केल्यामुळे शासनकर्ते गोड भ्रमात राहतात व योग्य निर्णय घेण्यास आवश्यक आकडेवारी अपुलब्ध नसते. आरोग्य विभागाची MIS सुधारणे व बालमृत्यूंच्या सर्व नोंदी त्यात असणे याबाबत तत्काळ कृतीची गरज आहे.

बालमृत्यू सारखी गंभीर घटना सर्व कर्मचाऱ्यांनी शासनाला अपूर्णपणे कळवणे, ते वर्षानुवर्षे वरिष्ठांनी स्वीकार करणे हे या MIS व निर्णय केंद्राचे प्रचंड मोठे अपयश आहे.

प्र. 13 : महाराष्ट्रातील बालकांमध्ये कुपोषणाचे प्रमाण किती आहे?

निश्कर्ष : महाराष्ट्रातील बालकांमध्ये तीव्र कुपोषणाचे प्रमाण बरेच जास्त (7.2%) असून याबाबत महाराष्ट्र भारतातील मागासलेल्या प्रांतांच्या रांगेत बसतो.

प्र. 14 : महाराष्ट्रात किती बालके कुपोषित आहेत?

निश्कर्ष : महाराष्ट्रातील बालकांमध्ये तीव्र कुपोषणाचे (ग्रेड 3+4) प्रमाण किमान (IAP) व्याख्येनुसार 5.4% आहे, व मध्यम कुपोषण (ग्रेड 2) चे प्रमाण 21.2% आहे. म्हणजे जवळपास आठ लक्ष पंधरा हजार बालके तीव्र कुपोषित व 32 लक्ष बालके मध्यम कुपोषित आहेत. अतितीव्र कुपोषित (ग्रेड 4) 0.6% अर्थात 1 लक्ष बालके आहेत.

प्र. 15 : बालकांमधील कुपोषणाच्या स्थितीत गेल्या काही वर्षात सुधारणा होते आहे काय?

निश्कर्ष : 1975 ते 1988 या काळात राष्ट्रीय तसेच महाराष्ट्रातील तीव्र कुपोषणाचे प्रमाण बरेच कमी झाले. पण 1988 पासून 2002 पर्यंतच्या 14 वर्षांच्या काळात महाराष्ट्रातील तीव्र कुपोषणाच्या प्रमाणात 7.8 टक्के क्यावरून 7.2 टक्के अितकी नगण्य सुधारणा आहे. ही अतिशय चिंताजनक बाब आहे. याची सखोल चौकशी व योग्य निर्णय आवश्यक आहे.

प्र. 16 : कुपोषणाबाबत शासकीय (ICDS) माहिती किती खरी आहे?

निष्कर्ष : ICDS मध्ये तीव्र कुपोषिताचे प्रमाण प्रमाणभूत आकडेवारीपेक्षा 15 पटींनी कमी दाखविलेले आहे. त्यामुळे ICDS च्या आकडेवारीबाबत गंभीर शंका उपस्थित होते.

प्र. 17 - कुपोषणाचे आदिवासी भागातील प्रमाण किती ?

निश्कर्ष : आदिवासी भागातील बालकांत कुपोषणाचे प्रमाण जास्त असून जवळपास 15% आदिवासी मुले तीव्र कुपोषित (ग्रेड 3+4) आहेत. हे प्रमाण ग्रामीण महाराष्ट्रातील मुलांपेक्षा दुप्पट आहे.

शासकीय व्यवस्थेतील गंभीर कर्तव्यच्युती

शासकीय निर्णय ज्या माहितीवर अवलंबून असतात, कुपोषण व बालमृत्यूबाबत ती माहितीच खोटी व भ्रामक असल्याने शासनकर्ते गोड भ्रमात राहिले. ज्यांच्यावर कृती करणाऱ्यांची जबाबदारी होती त्यांनी कृती न करता वारंवार भ्रामक आश्वस्तता निर्माण केली. आजही महाराष्ट्रात दरवर्षी लाखाहून जास्त बालमृत्यू आणि आठ लक्ष तीव्र कुपोषित मुले अशी अनावस्था आहे.

शासकीय व्यवस्थेत 'कमांड अँड कंट्रोल' हे व्यवस्थापनाचे सूत्र असल्याने खालच्या यंत्रणेतील चुकांना ओळखून दुरुस्त करण्याची जबाबदारी आरोग्य व कुटुंब कल्याण विभागातील वरिष्ठांवर येते. त्यांनी भ्रामक माहिती स्वीकारली, वारंवार लक्ष वेधूनही दुरुस्तीची कृती केली नाही, शासनासमोर व विधानभवनात अपुरी माहिती ठेवली व बालमृत्यू कमी करण्याबाबत निर्णयांची पुरेसी अंमलबजावणी केली नाही.

अुपाय : तत्काळ कृतीची गरज स्पष्टच आहे.

1. आरोग्य व कुटुंब कल्याण संचालनालय व मंत्रालयात बालमृत्यूंच्या संपूर्ण माहितीसाठी accountability ची व्यवस्था प्रस्थापित करावी.
 2. खालच्या पातळीवरील यंत्रणा ही वरिष्ठांकडून आदेश व आदर्श स्वीकारत असते. तिला बालमृत्यूंच्या पूर्ण रिपोर्टिंगसाठी सकारात्मक पध्दतींनी प्रोत्साहन द्यावे. त्यासाठी विस्तृत सूचना अहवालात केल्या आहेत.
 3. आरोग्य विभाग, MIS व CRS मधील बालमृत्यूंचे रिपोर्टिंग पूर्ण आहे की नाही याचा आढावा घेण्यासाठी तसेच तुलना करण्यासाठी समांतर माहिती व्यवस्थेबाबत विस्तृत सूचना अहवालात केल्या आहेत.
 4. बालमृत्यूंची पूर्ण नोंद व बालमृत्यू कमी करण्याची कृती करण्याची जबाबदारी असलेली अेक सर्व विभागीय समिती मुख्य सचिवांच्या अध्यक्षतेखाली असावी, व तिने दर तीन महिन्यांनी सन्माननीय हायकोर्टासमोर तसेच विधान भवनात याचा आढावा सादर करावा. तसेच
 5. या दोन कर्तव्याबाबत कुचराई करण्याला गंभीर गुन्हा मानून तशा कर्मचाऱ्यांवर व अधिकाऱ्यांवर यापुढे कारवाई व्हावी.
 6. 'बालमृत्यूमुक्त महाराष्ट्र' असे अभियान महाराष्ट्राने युध्द पातळीवर सुरु करावे. आरोग्य विभाग, ICDS, आदिवासी विकास व महिला-बालकल्याण विभाग यांची ती प्राथमिकता व्हावी.
- बालमृत्यू कमी करण्याच्या शासकीय कार्यक्रमांची चर्चा व अुपाययोजना पुढील अहवालाचा विषय राहिल.

1. बालमृत्यू प्रश्नाचे महत्व

1. बालमृत्यू हा जिवंत राहण्याच्या मूलभूत मानवीय अधिकाराचा, सामाजिक जबाबदारीचा आणि करुणेचा प्रश्न आहे.
2. आई-वडील व कुटुंबियांसाठी अतिशय दुःखाची घटना आहे.
3. बालमृत्यू होणे हा राष्ट्राच्या मानवीय संपत्तीचे व त्यामुळे आर्थिक संपत्तीचे नुकसान आहे.
4. बालमृत्यूमुळे निर्माण होणाऱ्या असुरक्षिततेने जोडपी जास्त मुले जन्माला घालतात. म्हणून कुटुंब नियोजनाचा स्वीकार करून जन्मदर कमी होण्यासाठी बालमृत्यू कमी करणे ही आवश्यक पूर्वअट आहे.
5. बालमृत्यूची भरपाई म्हणून आणखी मुले होतात. त्यामुळे बालमृत्यू हे आईच्या शरीर, मन आणि आरोग्यावर वाढीव ओझे आहे.
6. प्रत्येक बालमृत्यू मागे जवळपास दहा पट बालकाना गंभीर आजार असतात. (कुपोषण, न्युमोनिया, नवजात काळातले रोग) म्हणून बालमृत्यू हा बालकांच्या आजारांच्या दडलेल्या हिमखंडाकडे बोट दाखवत असतो.
7. बालकांचे रोग व बालमृत्यू हे शासकीय आरोग्यसेवा आणि कुटुंबावर आर्थिक ओझे निर्माण करतात.
8. बालमृत्यू हे आरोग्य व महिला बालकल्याण कार्यक्रमांच्या यश किंवा अपयशाचे मोजमाप आहे.
9. अर्भक मृत्युदर हा समाजाच्या/राष्ट्राच्या आरोग्याचा महत्वाचा निकष आहे. सर्वच प्रगत राष्ट्रांनी/प्रांतानी अर्भक मृत्युदर कमी केला आहे. जपानमध्ये तो 3.6 आणि केरळमध्ये 11 आहे. मानवीय विकास मोजण्याचा (ह्यूमन डेव्हलपमेंट इंडेक्स) तो महत्वाचा घटक आहे.

बालमृत्यू हा महाराष्ट्राच्या हृदयाचा ठाव घेणारा प्रश्न आहे. वर्तमानपत्रे आणि दूरदर्शन, राजकीय नेते, स्वयंसेवी संस्था व समाजसेवक, आणि शासनातील काही जागृत अधिकारी यांनी या प्रश्नाबाबत वारंवार उपस्थित केलेली गंभीर चर्चा आणि त्यामुळे प्रेरित होऊन शासनाने वेळोवेळी दिलेली आश्वासने आणि केलेल्या घोषणा या सर्वांतून स्पष्ट होते की महाराष्ट्रातील समाजमन जागृत असून समाज व राजकीय नेतृत्व हा प्रश्न सोडवू अिच्छितात. अुच्चन्यायालय, मुंबईच्या माननीय न्यायमूर्तींनी नुकतीच या समस्येची दखल घेऊन महाराष्ट्राच्या मानवीय न्यायाच्या परंपरेवर जणु शिक्कामोर्तब केले आहे.

2. पार्श्वभूमी

1. महाराष्ट्र हे आर्थिक, सामाजिक व शैक्षणिक दृष्ट्या अेक प्रगत राज्य आहे. राज्यातील प्रशासन कार्यक्षम मानले जाते. येथील आरोग्य विभागाने काही अुत्तम यश आजवर प्राप्त केले आहे. अुदाहरणार्थ, पोलियो आणि अितर लसीकरणाबाबत महाराष्ट्राचे कार्य अुत्तम आहे. केंद्र शासनाच्या नमूना नोंदणी पध्दतीच्या (SRS) अंदाजानुसार महाराष्ट्रातील जन्मदर, जो 1971 साली 32 होता तो 2000 साली 21 पर्यंत खाली आला आहे. महाराष्ट्रातला अर्भक मृत्युदर 1971 साली 101 होता, तो 1994 साली 55 पर्यंत खाली आला होता. हे कौतुकास्पद यश होते. 1994 नंतर मात्र अर्भक मृत्युदर कमी होण्याची गती मंदावली आहे, व तो पुढील आठ वर्षात फक्त 10 ने कमी होअून सध्या 45 आहे.
2. या पार्श्वभूमीवर, महाराष्ट्र शासनाने आपल्या लोकसंख्या व आरोग्य नीतीमध्ये घोषित केलेले, वर्ष 2004 पर्यंत अर्भक मृत्युदर 25 व 2010 पर्यंत 15 अितका कमी करण्याचे लक्ष्य हे योग्यच होते. केरळने 11 हा अर्भक मृत्युदर गाठला आहे. अशा रीतीने बालमृत्यू व कुपोषण यांचे जवळपास अुच्चाटन करण्याचे महाराष्ट्राचे घोषित लक्ष्य आहे.

पण या चित्राला छेद देणाऱ्या काही घटना गेल्या काही वर्षात घडल्या.

3. राज्यातील जागृत पत्रकारितेमुळे गेल्या पंधरा वर्षात वर्तमानपत्रांमध्ये वारंवार आदिवासी भागातील बालकांचे कुपोषण व बालमृत्यू याविषयी ठळक बातम्या झळकल्या. 1989 मध्ये तत्कालीन धुळे जिल्ह्यातील बामणी मध्ये, नंतर 1993 मध्ये मेळघाटमध्ये, नंतर गडचिरोली, नंदुरबार, ठाणे येथे मोठ्या प्रमाणात बालमृत्यू झाल्याच्या बातम्या आल्यावर महाराष्ट्राच्या तत्कालीन मुख्यमं=यांनी (श्री. शरद पवार, श्री. मनोहरराव जोशी, श्री. विलासराव देशमुख) यांनी त्या आदिवासी भागांना भेटी देअून या दुःखद बातम्या खऱ्या असल्याचे व विशेष योजनांद्वारे आदिवासी भागातील कुपोषण व बालमृत्यू सोडवण्याच्या संकल्पाच्या घोषणा केल्या. महाराष्ट्राच्या जनतेने त्यांचे स्वागत केले. त्या घोषणांच्या आधारे शासनाद्वारे मेळघाट पटर्न, नवसंजीवनी योजना सुरु करण्यात आल्या.
4. पण गडचिरोलीच्या 'सर्च' या संस्थेने तीन प्रश्न तत्कालीन मुख्यमं=यांसमोर (1997) अुपस्थित केले.
 - बालमृत्यूंचे हे तांडव तुम्हाला नेहमी वर्तमानपत्रातूनच का कळते? आरोग्य विभागाकडून का कळत नाही?
 - घोषित कार्यक्रमांचा परिणाम होअून आदिवासी भागातील बालमृत्यू खरंच कमी झालेत का?

- हे ठरवण्यासाठी आरोग्य विभाग किंवा ICDS द्वारा बालमृत्यूंची पूर्ण माहिती शासनाला कळवली जाते का?

मुख्यमंत्री श्री. मनोहरराव जोशींनी या प्रश्नांची चौकशी करण्याचे मान्य केले.

5. शासनाच्या आदेशावरून गडचिरोलीचे जिल्हाधिकारी यांनी 1998 साली अहेरी या आदिवासी तालुक्यातील अर्भक मृत्यु, बालमृत्यू आणि मृतजन्म यांची पूर्ण माहिती गोळा केली, व आरोग्य विभागाने त्या तालुक्यातून गेली पाच वर्षे (1992-97) कळवलेल्या आकडेवारीशी तुलना करता त्यांना असे आढळले की अहेरी तालुक्यातील अर्भक मृत्युदर 118 होता, पण आरोग्य विभागाने सतत पाच वर्षे तो 13 असा कळवला होता.

जिल्हाधिकारी गडचिरोली यांच्या अहवालाच्या काही मर्यादा होत्या. पण तरी तो अहवाल अेका महत्वाच्या गफलतीकडे लक्ष वेधत होता.

6. तत्कालीन विरोधी पक्षनेते श्री. मधुकरराव पिचड व श्री. दिग्विजय खानविलकर यांनी गडचिरोली जिल्हाधिकाऱ्यांच्या अहवालावरून विधानभवनात प्रश्न उपस्थित केल्यावर मुख्यमंत्री श्री. मनोहरराव जोशींनी सदनाला आश्वासन दिले की बालमृत्यू पूर्णपणे नोंदण्यासाठी व ते कमी करण्यासाठी शासन तत्काळ प्रभावी उपाय योजना करील. (डिसेंबर 1998)

7. या प्रश्नाचा पूर्ण अभ्यास करण्याचे ठरवून महाराष्ट्रातील 14 स्वयंसेवी संस्थांनी मिळून 'बालमृत्यू अभ्यास व कृतीगट' (Child Death Study and Action Group - CDSAG) स्थापन केला. महाराष्ट्राच्या 14 निरनिराळ्या जागी, अेकूण 231 गाव व 6 शहरी झोपडपट्ट्यांतील 2,27,000 लोकसंख्येचा सतत दोन वर्षे अभ्यास केल्यावर या अभ्यासाचा 'कोवळी पानगळ' हा अहवाल नोव्हेंबर 2001 मधे प्रकाशित झाला.

कोवळी पानगळ या अहवालाने असा अंदाज व्यक्त केला की

- महाराष्ट्रातील आदिवासी, ग्रामीण व झोपडपट्ट्या या तिन्ही प्रकारच्या अभ्यास केलेल्या लोकसंख्यांमधे अर्भक मृत्युदर 60 पेक्षा जास्तच होता.
- महाराष्ट्रात दरवर्षी जवळपास 2 लक्ष बालमृत्यू होत असावेत.
- महाराष्ट्राचे आरोग्य खाते आपल्या माहितीमधे (MIS) 13 हा अर्भक मृत्युदर नोंदवते. केंद्रशासनाच्या नमूना नोंदणी पध्दतीच्या (SRS) च्या तुलनेत हे प्रमाण केवळ 30% आहे.
- बालमृत्यू लपविण्याचा हा प्रकार गंभीर भ्रष्टाचार आहे.

8. या अभ्यासातील सँपलिंगच्या काही मर्यादा अभ्यासकांनी स्वतःच अहवालात नमूद केलेल्या होत्या. त्या मर्यादांचा प्रभाव टाळण्यासाठी नव्या पध्दतीनी विश्लेषण करून या

अभ्यासकांनी सुधारित विश्लेषण Economic and Political Weekly या प्रतिष्ठित नियतकालिकात 2002 साली Child Mortality in Maharashtra नावाने निबंधात प्रकाशित केली. या सुधारित अंदाजानुसार महाराष्ट्राचा सरासरी अर्भक मृत्युदर 66 असून महाराष्ट्रात दरवर्षी सुमारे पौणेदोन लक्ष बालमृत्यू होतात.

9. 'कोवळी पानगळ' अभ्यासाने महाराष्ट्रात खळबळ माजवली. वर्तमानपत्रे व विधानभवनात यावर वारंवार चर्चा घडल्या. आरोग्य विभागाने अहवालातील निष्कर्षांशी मतभेद दर्शवला. पण तत्कालीन मुख्यमंत्री श्री. विलासराव देशमुख, उपमुख्यमंत्री श्री. छगनराव भुजबळ, आरोग्यमंत्री श्री. दिग्विजय खानविलकर, तत्कालीन मुख्यसचिव, आरोग्यसचिव, कुटुंब कल्याण सचिव आणि आरोग्य महासंचालक या सर्वासोबत ५ डिसेंबर 200१ ला अभ्यासकांची संयुक्त व प्रदीर्घ चर्चा होऊन मुख्यमंत्र्यांनी 'कोवळी पानगळ' अहवालाचे मुख्य मुद्दे मान्य केलेत व खालील प्रमुख निर्णय घेतले.

- महाराष्ट्रातील बालमृत्यूंची 100 टक्के नोंदणी करण्याचा निर्धार,
- त्यासाठी आरोग्य व कु.क. विभागाला व्यवस्था करण्याचा आदेश,
- बालमृत्यू कमी करण्याचा 'सर्च', गडचिरोलीचा यशस्वी पॅटर्न प्रांतातील 14 जिल्ह्यांमध्ये तत्काळ सुरु करणे.

या निर्णयांची जबाबदारी आरोग्य व कु.क. विभागाकडे देण्यात आली.

10. परिणाम स्वरूप शासनाने 12 डिसेंबर 2001 ला अेक शासकीय आदेश घोषित करुन (क्र. संकीर्ण 2001/प्र.क्र.1192/21, मंत्रालय, मुंबई 400 032) जन्म व बालमृत्यूंच्या 100% नोंदणीसाठी व्यवस्था घोषित केली. हा आदेश ग्रामविकास विभागाद्वारे जारी करण्यात आला व त्यात आरोग्य व कु.क. विभाग, महिला व बालकल्याण विभाग आणि आदिवासी विकास विभाग सहभागी होते.

11. राज्यातील जन्म व मृत्यूंची अपुरी नोंद सुधारुन 100 टक्के पूर्ण व्हावी म्हणून राज्यशासनाने 1997 साली वरीष्ठ अधिका-यांची राज्यस्तरीय जन्म-मृत्यू समन्वय समिती स्थापन केली होती. सप्टेंबर 2000 मध्ये हिचे पुनर्गठन करण्यात आले. राज्याचे आरोग्य सचिव या समितीचे पदसिध्द अध्यक्ष व कुटुंब कल्याण सचिव या समितीचे पदसिध्द सचिव आहेत. दर सहा महिन्यांनी या समितीने राज्यातील जन्म व मृत्यूंच्या नोंदीच्या स्थितीचा आढावा घ्यावा व अुपाय योजना कराव्यात ही या समितीची जबाबदारी आहे.

12. भारताचे जनगणना आयुक्त तथा महासंचालक, नमूना नोंदणी व्यवस्था (SRS) यांनी देखील बालमृत्यूंच्या अपुऱ्या नोंदीकडे राज्य शासनाने गंभीर लक्ष द्यावे असे महाराष्ट्र

शासनाला कळवून त्यासाठी आवश्यक ती मदत/सूचना करण्याची तयारी दर्शविली.
(2002)

13. जुलै 2003 मध्ये राज्यात वारंवार बालमृत्यू होण्याच्या प्रश्नावर विधान भवनात चर्चा करतांना महिला व बालकल्याण मंत्री डॉ. विमल मूंदडा यांनी सांगितले की डॉ. अभय बंगांनी सुचवल्या प्रमाणे बालमृत्यू कळण्यासाठी तसेच ते कमी करण्यासाठी सर्व उपाय योजना शासनाने केल्या आहेत.
14. तरीही पुन्हा बालमृत्यूच्या घटना प्रकाशित झाल्याने डिसेंबर 2003 मध्ये विधान परिषदेत विरोधी पक्षनेते श्री. नितीन गडकरी आणि श्री. जोगेंद्र कवाडे, श्री. हुसेन दलवाई, श्री. दिवाकर रावते, डॉ. नीलम गोऴ्हे, डॉ. दीपक सावंत, श्री. विजय वडट्टीवार अि. आमदारांनी प्रश्न विचारून पुन्हा चर्चा घडवली. त्या चर्चेला उत्तर देतांना आरोग्यमंत्री श्री. दिग्विजय खानविलकर यांनी महाराष्ट्रातील बालमृत्यू व कुपोषणाच्या प्रश्नाबाबत स्थिती व शासकीय योजना यांचे मूल्यमापन करून उपाय सुचविण्यासाठी समिती स्थापन करू असे घोषित केले. (12 डिसेंबर 2003)

या समितीच्या स्थापनेमागे ही पार्श्वभूमी आहे.

3. बालमृत्यू मूल्यमापन समितीची कार्यकक्षा

महाराष्ट्र शासनाने 12 डिसेंबर 2003 रोजी विधानभवनात केलेल्या घोषणेनुसार 'बालमृत्यू मूल्यमापन समिती'ची स्थापना केली. (शासन निर्णय क्र. बामुस/2003/प्र.क्र. 281/2003, कु.क.3, दि. 12/12/2003).

डॉ. अभय बंग या समितीचे अध्यक्ष असून समितीत तेरा सदस्य आहेत.

समितीची कार्यकक्षा पुढील प्रमाणे आहे -

4. राज्यातील अर्भक मृत्यू, बालमृत्यूंची पडताळणी करणे.
5. आदिवासी भागातील कुपोषित मुलांचा आढावा घेणे.
6. बालमृत्यू, अर्भक मृत्यू, माता मृत्यू, कुपोषण अित्यादी कमी करण्यासाठी कार्यान्वित असलेल्या सर्व योजनांचा आढावा घेणे व त्यातील त्रुटी दूर करण्यासाठी उपाययोजना प्रस्तावित करणे.

कालमर्यादा

समितीने दर सहा महिन्यांनी शासनाला अहवाल देणे अपेक्षित आहे. पण तत्काळ कृतीसाठी प्रथम अहवाल लवकरात लवकर शासनाला द्यावा असे आवाहन मा. आरोग्यमं=यांनी विधानभवनात केले होते.

4. मूल्यमापनासाठी प्रश्न आणि आधार

बालमृत्यू व कुपोषण या समस्यांच्या मूल्यमापनासाठी प्रथम दोन बाबी ठरविणे आवश्यक आहे.

1. मूल्यमापनासाठी प्रश्न कोणते?
2. मूल्यमापनासाठी आधारभूत आकडेवारी व माहिती कोणती?

मूल्यमापनाचे अद्दिष्ट्य पूर्ण होण्यासाठी खालील प्रश्नांची उत्तरे शोधणे आवश्यक आहे.

मूल्यमापनासाठी मुख्य प्रश्न

अ) महाराष्ट्रात बालमृत्यू किती? कुठे? का?

1. दरवर्षी महाराष्ट्रात किती बालमृत्यू व मृतजन्म होतात?
(त्यांचे दर व अेकूण अंदाजित संख्या)
2. बालमृत्यू कुठे होतात?
3. बालमृत्यूंची कारणे काय? बालमृत्यू कुपोषणामुळे होतात की रोगांनी?

आ) बालमृत्यूंची समस्या सोडवण्यात प्रगती झाली आहे का?

4. गेल्या काही वर्षात बालमृत्यूंच्या समस्येत किती सुधारणा झाली आहे?
(त्यांचे प्रमाण किती कमी झाले आहे?)
5. बालमृत्यूंची समस्या सोडवण्याचे महाराष्ट्राचे घोषित लक्ष्य प्राप्त करण्यास या गतीने किती वर्षे लागतील?
6. तोपर्यंत महाराष्ट्रात अजून किती बालमृत्यू होतील?

इ) बालमृत्यूंची समस्या समजण्यास शासनाला प्रमुख अडथळे कोणते?

7. बालमृत्यूंची समस्या सोडवण्यासाठी शासनाला बालमृत्यूंच्या घटना पूर्णपणे कळतात का?
8. बालमृत्यूंच्या घटना शासनाला पूर्णपणे का कळत नाहीत?
9. बालमृत्यूंच्या प्रश्नांमधे आरोग्य विभागाच्या MIS व निर्णय व्यवस्थेची काय जबाबदारी आहे?
10. बालमृत्यूंची समस्या पूर्णपणे शासनाला कळावी यासाठी 2001 मधे घेतलेल्या शासकीय निर्णयांचा परिणाम होऊन बालमृत्यू कळवण्याच्या प्रमाणात किती सुधारणा झाली?
11. शासकीय निर्णयाची किती अंमलबजावणी झाली?
12. राज्य पातळीवरील सर्वोच्च समन्वय समितीने यासाठी काय अुपाय केले?

ई) कुपोषण

13. महाराष्ट्रातील बालकांमध्ये कुपोषणाचे प्रमाण किती आहे?
14. राज्यात किती बालके तीव्र कुपोषित आहेत?
15. या समस्येत गेल्या काही वर्षात किती सुधारणा झाली?
16. कुपोषणाबाबत मूल्यमापन करण्यासाठी शासकीय माहिती (ICDS) किती खरी आहे?
17. आदिवासी भागातील बालकांमध्ये कुपोषणाचे प्रमाण किती?
18. कुपोषणाची कारणे काय?

अ) शासकीय व्यवस्थेचे रोगनिदान

अ) अुपाय व शिफारसी

5. कार्यपध्दती

समितीच्या कार्यकक्षा व्यापक आहेत, पण शासनाने प्रथम अहवाल तातडीने मागवला आहे. ही मर्यादा बघता समितीला स्वतः वेगळी सर्वेक्षणे करून बालमृत्यू व कुपोषणाची आवश्यक ती माहिती निर्माण करणे शक्य नव्हते. यासाठी समितीने अुपलब्ध असलेल्या चांगल्या प्रतीच्या माहितीचा अुपयोग करण्याचे ठरवले. शिवाय विविध विभागांना भेटी, शासकीय अहवाल, आकडेवारी, अधिकारी व कर्मचाऱ्यांशी चर्चा आणि शासनाबाहेरील व्यक्तीशी चर्चा ही पध्दत वापरली. या अंतर्गत

- i) 8 जानेवारी (मुंबई), 10-11 फेब्रुवारी (नागपूर) व 2 मार्च (पुणे) व 11-12 ऑगस्ट (मुंबई) रोजी पूर्ण समितीच्या चार बैठकी झाल्या.
- ii) 5 विभागीय बैठकी झाल्या.

20 - 21 जानेवारी, नाशिक

23 - 24 जानेवारी, अमरावती

27 - 28 जानेवारी, औरंगाबाद

30 - 31 जानेवारी, ठाणे

9 फेब्रुवारी, गडचिरोली (नागपूर विभाग)

विभागीय बैठकीत

- शासकीय अधिकारी (आरोग्य व कु.क. विभाग, अेकात्मिक बालविकास योजना, मु.का.पा. अधिकारी जि.प., आणि जिल्हाधिकारी)
- लोकप्रतिनिधी
- पत्रकार
- स्वयंसेवी संस्थांचे प्रतिनिधी

यांच्या सोबत चर्चा करण्यात आली. (काही जागी सर्वासोबत भेटी घडू शकल्या नाहीत.)

- iii) जनसुनवाई : 23 जानेवारीला धारणीला व 24 ला अमरावतीला, 20 जानेवारीला नाशिकला, 30 जानेवारीला ठाणे व 28 जानेवारीला औरंगाबादला बालमृत्यूबाबत जाहीर जनसुनवाई झाल्या. यात नागरिक, पत्रकार व सामाजिक कार्यकर्त्यांनी त्या त्या विभागातील बालमृत्यूंच्या शासकीय नोंदीमधील व कार्यक्रमांमधील अपूर्णता व अन्य अडचणी मांडल्या.
- iv) प्राथमिक आरोग्य केंद्र, उपकेंद्र, अंगणवाडी, रुग्णालय यांना भेटी, पाहणी व कर्मचाऱ्यांशी चर्चा
- v) खालील वरीष्ठ अधिकाऱ्यांना माहिती मिळवण्यासाठी प्रश्नावली पाठविण्यात आल्या
 - अतिरिक्त संचालक, कुटुंब कल्याण, महाराष्ट्र शासन, पुणे
 - महासंचालक, आरोग्य व कुटुंब कल्याण, महाराष्ट्र शासन, मुंबई
 - सचिव, कुटुंब कल्याण विभाग, महाराष्ट्र शासन, मुंबई
 - सचिव, आरोग्य विभाग, महाराष्ट्र शासन, मुंबई
 - सचिव, ग्राम विकास विभाग, मंत्रालय, मुंबई
 - आयुक्त, अेकात्मिक बालविकास योजना
- vi) पुणे येथील व्हायटल स्टटिस्टिक्स डिव्हिजन आणि कुटुंब कल्याण ब्युरोला भेटी.
- vii) आरोग्य व कुटुंब कल्याण विभाग, महाराष्ट्र आणि ICDS महाराष्ट्र कडून मिळालेली आकडेवारी, अहवाल व माहिती.
- viii) प्रतिष्ठित संशोधन / सर्वेक्षण संस्थांकडून प्रकाशित अथवा मिळालेली माहिती
 - सँपल रजिस्ट्रेशन सिस्टिम, भारत शासन
 - नॅशनल न्युट्रीशन मॉनिटरिंग ब्युरो, नॅशनल इन्स्टीट्यूट ऑफ न्युट्रीशन, भारत शासन.
 - आंतरराष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्था, (International Institute of Population Sciences) मुंबई
 - बालमृत्यू अभ्यास व कृती गट, महाराष्ट्र
 - सर्च, गडचिरोली

6. समितीला आढळलेले प्रमुख सत्य

अ) महाराष्ट्रात बालमृत्यू किती, कुठे, का?

प्र. 1) महाराष्ट्रात दरवर्षी किती बालमृत्यू व मृतजन्म होतात?

i) राज्यातील सर्व बालमृत्यू नोंदण्यासाठी तीन शासकीय व्यवस्था कार्यरत आहेत.

- जन्मृत्यूंची नागरी नोंदणी (CRS)
- आरोग्य विभागाची माहिती व्यवस्था (MIS)
- ICDS विभागातील माहिती.

परंतु यांच्या पूर्णतेविषयी साशंकता आहे.

ii) राज्य सरकारचे आरोग्य विभाग काही निवडक गावांमधून Survey of Cause of Death (SCD) अंतर्गत नमूना माहिती गोळा करते. पण त्यासाठी गावांची निवड, आणि माहितीची पूर्णता व गुणवत्ता समाधानकारक नाहीत.

त्यातल्या त्यात चांगल्या गुणवत्तेची असे खालील नमूना सर्वेक्षणे उपलब्ध आहेत:

iii) National Family Health Survey - (NFHS-II)

iv) Sample Registration System (SRS), भारत सरकार

v) बालमृत्यू अभ्यास व कृती गटाने 'कोवळी पानगळ' मध्ये सुधारणा करून 2002 मध्ये Economic and Political Weekly मध्ये प्रकाशित केलेला Child Mortality in Maharashtra' हा अहवाल.

कोणताच अेक अभ्यास परिपूर्ण नाही. प्रत्येकाच्या काही विशेषता व काही मर्यादा आहेत. बराच विचार करून समितीने SRS आणि बालमृत्यू अभ्यास व कृती गटाची सुधारित आकडेवारी ह्या दोन अंदाजांना संदर्भ आकडे म्हणून मान्यता देऊन वापरण्याचे ठरवले.

या दोन सर्वेक्षणांनी काढलेले बालमृत्यू व मृतजन्माचे अंदाज खालीलप्रमाणे आहेत.

तक्ता - 1

महाराष्ट्रातील अेकूण बालमृत्यू व मृतजन्म : नमूना नोंदणी व्यवस्था (SRS) चा अंदाज

मृत्यू दर	1999	2000	2001
मृत जन्म (Still Births)	21,806	22,045	22,165
मृत जन्मदर (दर हजार जन्मामागे) (Still Birth Rate)	11.0	11.0	11.0
अर्भक मृत्यू (1 वर्षाखालील) (Infant deaths)	94,120	95,149	89,689
अर्भक मृत्यूदर (दर हजार जिवंत जन्मामागे) (Infant Mortality Rate)	48.0	48.0	45.0
1-5 वर्षातील मृत्यू	26,864	27,158	27,306
अेकूण (0-5वर्ष) बालमृत्यू	1,20,984	1,22,307	1,16,995
अेकूण बालमृत्यू व मृतजन्म	1,42,790	1,44,352	1,39,160

स्रोत : Estimates based on the rates in the Reports of the SRS, Registrar General, Govt. of India.

तक्ता - 2

महाराष्ट्रातील वार्षिक बालमृत्यू व मृतजन्म : बालमृत्यू अभ्यास व कृतीगटाचा अंदाज
(1998-2000 दोन वर्षांची सरासरी)

मृत्युदर	वार्षिक संख्या
मृत जन्म (Still Births)	69,484
मृत जन्मदर (Still Birth Rate)	30.8
अर्भक मृत्यू (1 वर्षाखालील) (Infant deaths)	1,44,113
अर्भक मृत्यूदर (Infant Mortality Rate)	66.2
1-5 वर्षातील मृत्यू	30,912
अेकूण (0-5 वर्ष)	1,75,025
अेकूण बालमृत्यू व मृतजन्म	2,44,509

स्रोत : Child Mortality in Maharashtra, EPW, 2002

प्र. 2) बालमृत्यू कुठे होतात?

- i) वर्तमानपत्रांमधून मधेमधे प्रकाशित होणाऱ्या बातम्यांमुळे बालमृत्यूंची समस्या काही आदिवासी भागांपुरती मर्यादित आहे असा समज निर्माण होतो. पण केंद्र शासनाच्या SRS नुसार ग्रामीण महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्युदर 57 आहे (SRS 2000). त्याच काळात बालमृत्यू अभ्यास कृतीगटाने 14 जागी केलेल्या अभ्यासात विविध प्रकारच्या लोकसंख्येत आढळलेले अर्भक मृत्युदर व बालमृत्युदर खालील प्रमाणे आहेत.

तक्ता -3

महाराष्ट्राच्या विविध प्रकारच्या लोकसंख्येतील बालमृत्यू (बालमृत्यू अभ्यास व कृती गट)

दर	ग्रामीण भाग (गैर आदिवासी)	आदिवासी भाग	शहरी झोपडपट्ट्या	संपूर्ण महाराष्ट्र
मृतजन्म दर (SBR)	32.7	28.8	37.9	30.8
अेकूण मृतजन्म	37,279	6,804	22,724	69,484
अर्भक मृत्युदर (IMR)	64.2	79.9	68.2	66.2
अेकूण अर्भक मृत्यू	70,853	18,274	39,585	144,113
बालमृत्युदर (0-5 वर्षे)	74.3	102.7	96.6	80.4
अेकूण बालमृत्यू	81,999	23,488	56,069	1,75,025

स्रोत : Child Mortality in Maharashtra, EPW, 2002 - सुधारित आकडेवारी

निश्कर्ष : बालमृत्यूची समस्या राज्यव्यापी आहे. महाराष्ट्राच्या विविध भागातील अर्भक मृत्युदर व दरवर्षी होणाऱ्या बालमृत्यूंची अंदाजित संख्या :

ग्रामीण भागात अर्भक मृत्युदर 64 व अेकूण बालमृत्यू	-	82,000
आदिवासी भागात अर्भक मृत्युदर 80 व अेकूण बालमृत्यू	-	23,500
शहरी झोपडपट्ट्यांमधे अर्भक मृत्युदर 68 व अेकूण बालमृत्यू	-	56,000

ii) आदिवासी भागातील अर्भक मृत्युदर व बालमृत्युदर किती?

याबाबत राज्य शासनाची विश्वासार्ह आकडेवारी उपलब्ध नाही. SRS किंवा NFHS हे आदिवासी भागांची वेगळी आकडेवारी काढत नाहीत.

1. पण बालमृत्यू अभ्यास व कृतीगट, अंकुर प्रकल्प व सर्च संस्था यांनी गेल्या 5 वर्षात काही आदिवासी भागात केलेल्या पध्दतशीर अभ्यासांमधील आकडेवारी अशी -

तक्ता 4

क्र.	संस्था	तालुका	जिल्हा	अभ्यासाची लोकसंख्या x वर्ष	वर्ष	अर्भक मृत्युदर	1-4 वर्ष मृत्युदर	<5 वर्ष बालमृत्युदर
1.	आम्ही आमच्या आरोग्यासाठी	कोरची	गडचिरोली	10,263 x 5 = 51,315	1998-2003	84.0	25.3	109.3
2.	सर्च	धानोरा	गडचिरोली	9,067 x 1 = 9,067	2002-2003	104.5	22.4	126.9
3.	खोज	धारणी	अमरावती	3,290 x 2 = 6,580	1998-2000	77.3	17.2	94.4
4.	मेळघाट मित्र	धारणी	अमरावती	4,533 x 2 = 9,066	1998-2000	90.7	36.3	126.9
5.	सृजन	पांढरकवडा	यवतमाळ	9,801 x 2 = 19,602	1998-2000	67.3	24.0	91.3
6.	जिव्हाळा	पाली	रायगड	4,857 x 2 = 9,714	1998-2000	79.7	29.0	108.7
	अेकूण			41,811 x 2.3 वर्ष = 1,05,344	---	82.4	26.2	108.6

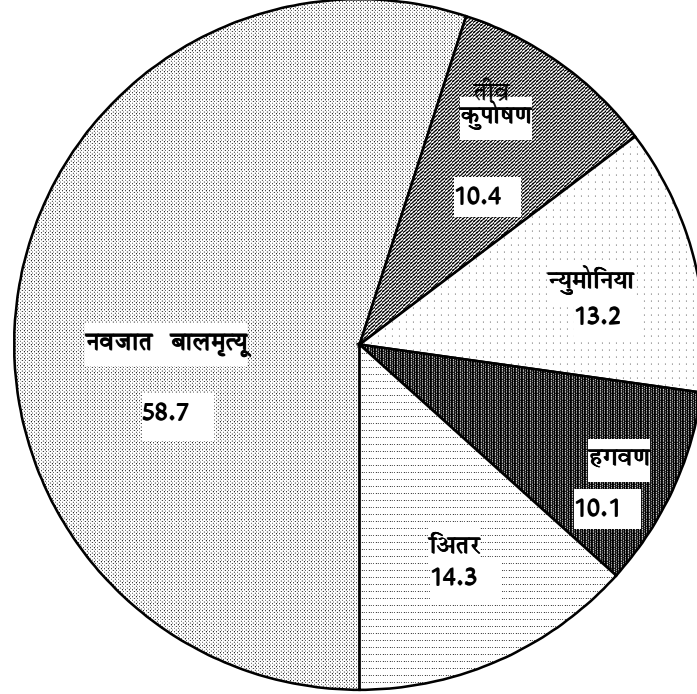
स्रोत : Child Mortality in Maharashtra, EPW, (2002), अंकुर प्रकल्प आणि 'सर्च' गडचिरोली.

प्र. 3 : बालमृत्यू का होतात?

कोणताही बालमृत्यू घडण्यामागे, सामाजिक, आर्थिक, सांस्कृतिक व प्रशासकीय कारणांपासून तर वैद्यकीय कारणांपर्यंत अनेक कारणे असतात. योग्य वेळेस आरोग्यसेवा न प्राप्त होणे हे देखील महत्वाचे कारण असते. पण सामाजिक-आर्थिक कारणे तत्काळ बदलता येत नाहीत. शिवाय ती आरोग्य विभागाच्या कक्षेबाहेरची असतात. म्हणून ज्यांच्याबाबत तत्काळ उपाय योजना करता येऊ शकते अशा वैद्यकीय कारणांपुरतेच हे विश्लेषण मर्यादित ठेवले आहे.

बालमृत्यूंच्या वैद्यकीय कारणांबाबत राज्यभरातून व्यापक पण विश्वासाहर् माहिती उपलब्ध नाही. बालमृत्यू अभ्यास व कृतीगट सर्वेक्षणात आढळलेली प्रमुख कारणे खालील प्रमाणे

आकृती - 1
बालमृत्यूंची कारणे



टीप - काही मृत्यूंसाठी अेकाहून अधिक महत्वाची कारणे असल्याने अेकूण बेरीज 100 टक्क यांपेक्षा थोडी जास्त आहे.

यातील प्रमुख निरीक्षणे -

1. लसीकरणामुळे थांबवता येअू शकणाऱ्या बालमृत्यूंबाबत राज्यात ठळक यश मिळाले आहे. गोवर, धनुर्वात ही मृत्यूची कारणे आता जवळपास आढळत नाहीत.
2. नवजात बालकांचे मृत्यू हे बालमृत्यूंचे सर्वात महत्वाचे कारण आहे. बालमृत्यूंपैकी 58% व अर्भक मृत्यूंपैकी 75% मृत्यू नवजात बाळांमधे होतात.
3. न्युमोनिया व हगवण ही सहज अुपचार करता येण्यासारखी कारणे आहेत.
4. तीव्र कुपोषण हे प्रमुख कारण म्हणून या सर्वेक्षणात 10.4% बालमृत्यूंमधे आढळले.

बालमृत्यू कुपोषणाने होतात की रोगांनी? वस्तुतः WHOच्या आकडेवारीनुसार 55 टक्के बालमृत्यूंमधे कुपोषण हे अेक पूरक कारण म्हणून अुपस्थित असते. कुपोषणामुळे बालकांची प्रतिकारशक्ती कमी होते, जंतुदोष (न्युमोनिया, हगवण) पटकन होतात. या अुलट जंतुदोष हे बालकांचा आहार कमी करतात, शक्तीचा हास करतात व कुपोषण निर्माण करतात किंवा वाढवतात. अशा रीतीने कुपोषण व जंतुदोषांचे रोग यांचे परस्पर पूरक असे विषचक्र आहे.

“बालमृत्यू कुपोषणाने झाले” असे म्हणणे राजकीय नेते टाळू अिच्छितात कारण त्यात ‘अुपासमारीने मृत्यू’ असा अर्थ निघण्याची त्यांना काळजी वाटते.

वस्तुतः कुपोषण केवल अन्न अभावानेच निर्माण होत नाही. अितरही अनेक कारणे त्याला हातभार लावतात. तसेच बालमृत्यू केवल कुपोषण किंवा केवल जंतुदोषांच्या रोगांनी होत नाही. बहुतेक बालमृत्यू हे कुपोषण व जंतुदोष यांच्या संयुक्त परिणामामुळे होतात.

निश्कर्ष :

बहुतेक बालमृत्यू हे कुपोषण व जंतुदोषांचे रोग अशा संयुक्त कारणांनी होतात.. नवजात बालमृत्यू, न्युमोनिया व हगवण ह्या तीन कारणांमुळे राज्यातील जवळपास 80% बालमृत्यू होतात. या तीन कारणांवर साध्या व सोप्या अुपाय पध्दती शक्य असल्याने महाराष्ट्रातील बालमृत्यूबाबत अुपाययोजना करणे शक्य आहे.

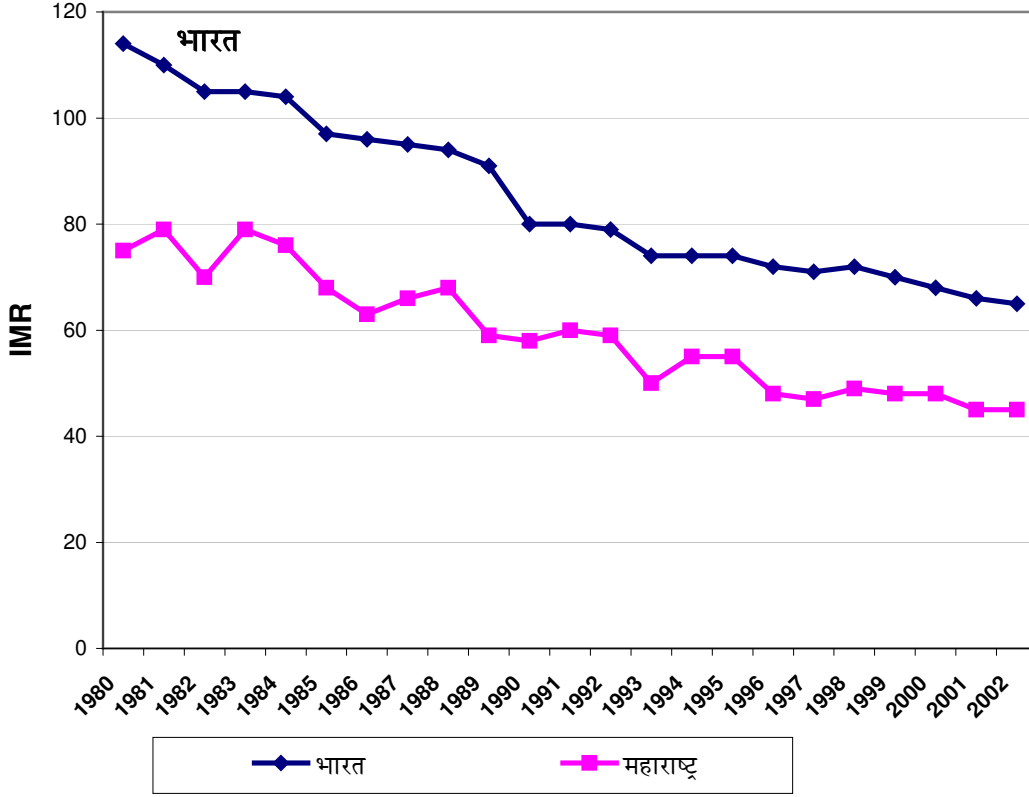
आ. बालमृत्यूंची समस्या सोडविण्यात प्रगती

प्र. 4 : गेल्या काही वर्षात बालमृत्यूंच्या समस्येत किती सुधारणा झाली?

केंद्रशासनाच्या (SRS) ची वर्ष 2002 पर्यंतची आकडेवारी प्रकाशित झाली आहे. त्यावरून असे दिसते की -

- i) भारताचा अर्भक मृत्युदर 1980 साली 114 होता तो 2002 साली 65 झाला आहे. म्हणजे गेल्या 22 वर्षात तो 49 ने कमी झाला आहे.
- ii) त्या तुलनेत याच काळात महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्युदर 75 वरून 45 वर आला आहे. म्हणजे 22 वर्षात तो 30 ने कमी झाला आहे.
- iii) पण गेल्या सात वर्षाकडे पाहिले असता, 1996 साली महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्युदर 48 होता, तो 2002 पर्यंत केवल 3 ने कमी होअून 45 वर आला आहे. याच काळात राष्ट्रीय अर्भक मृत्युदर 77 वरून 64 वर म्हणजे 13 ने कमी झाला आहे. (आकृती 2)

भारतात आणि महाराष्ट्रात अर्भक मृत्यू दर कमी करण्यामध्ये प्रगती (SRS)



स्रोत: Reports of the SRS, Registrar General of India.

अर्भक मृत्युदर कमी होण्याची गती गेल्या सात वर्षात खूपच मंदावली आहे. याची दोन कारणे आहेत. अेकतर, मृत्युदर कमी करणे अुत्तरोत्तर कठीण होत जाते. दुसरे, आता अुर्वरित अर्भक मृत्युंपैकी जवळपास 75% हे नवजात काळात होत आहेत. या वयोगटातील मृत्यू कमी करण्यासाठी विशेष अुपाय योजना सध्याच्या शासकीय आरोग्य कार्यक्रमांत नाही. त्यामुळे अुरलेल्या अर्भकमृत्युंपैकी बहुतांश मृत्युंवर पूर्वीच्या कार्यक्रमांच्या (लसीकरण, बालकांना पोषक आहार) परिणाम होत नाही. अर्भक मृत्युदर कमी होण्याच्या राष्ट्रीय गतीहून महाराष्ट्राची गती मंदावणे ही काळजीची बाब आहे.

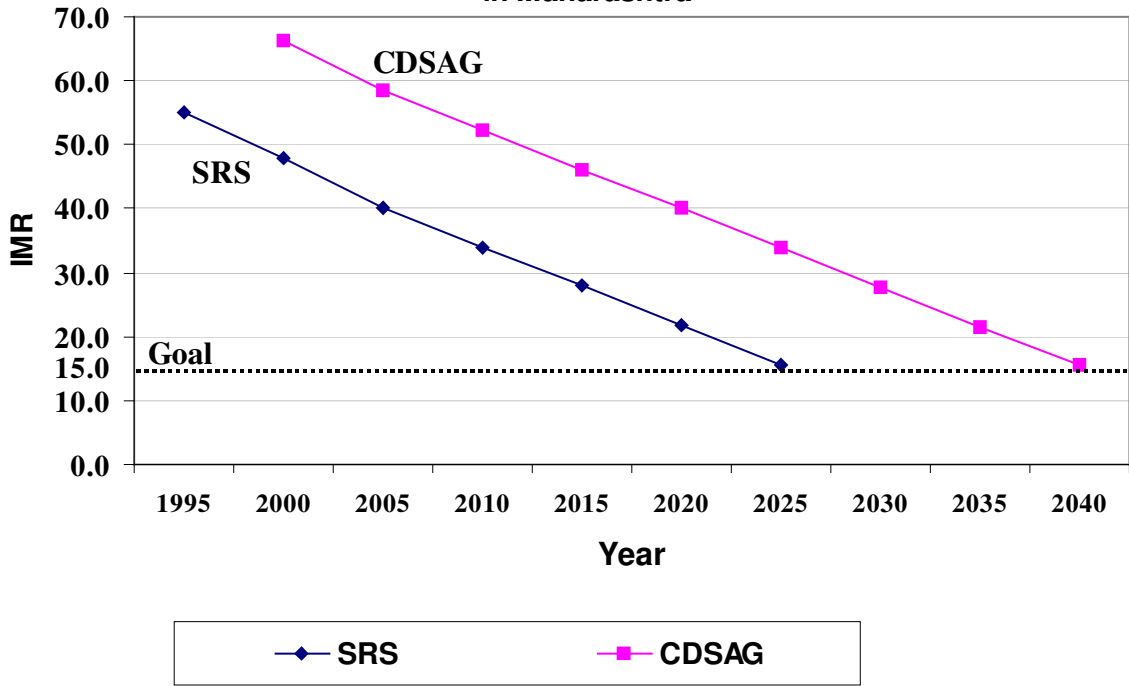
निष्कर्ष : 1980 ते 1996 पर्यंत झपाट्याने कमी झालेला महाराष्ट्रातील अर्भक मृत्युदर कमी होण्याची गती आता अतिशय मंदावली असून केंद्रशासनाच्या SRS च्या आकडेवारीनुसार गेल्या सात वर्षात तो 48 वरून 45 वर म्हणजे केवळ 3 ने कमी झाला आहे. याच सात वर्षात राष्ट्रीय दर 13 ने कमी झाला आहे.

प्र. 5 : बालमृत्यूंची समस्या सोडविण्याचे महाराष्ट्राचे घोषित लक्ष्य प्राप्त करण्यास या गतीने किती वर्षे लागतील?

- महाराष्ट्राच्या लोकसंख्या नीती (2000) चे घोषित लक्ष्य राज्यातील अर्भक मृत्युदर वर्ष 2004 पर्यंत 25, व वर्ष 2010 पर्यंत तो 15 अितका कमी करण्याचे आहे. महाराष्ट्राने किमान 15 दर गाठणे हे वास्तववादी ध्येय आहे.
- गेली काही वर्षे बघितल्यास असे आढळते की SRS च्या आकडेवारीनुसार महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्युदर 1994 व 1995 साली 55 वरून 2001 साली 45 वर आला आहे. याच गतीने हा दर 15 पर्यंत कमी होण्यास वर्ष 2027 अुजाडेल.

आकृती - 3

Projected decline in the IMR based on SRS and CDSAG estimates in Maharashtra



पण वास्तविकतः अर्भक मृत्युदर अेका पातळीनंतर कमी करणे अुत्तरोत्तर कठीण होत जाते. म्हणून ही गती अुत्तरोत्तर कमी होत जाणार. त्या हिशोबाने, आणि गेल्या सात वर्षात अर्भक मृत्युदर कमी होण्याची गती फार मंद झाली आहे हे बघता, प्रत्यक्षात 15 हा अर्भक मृत्युदर गाठायला 23 पेक्षाही जास्त वर्षे लागू शकतात.

- बालमृत्यु अभ्यास व कृतीगटच्या अभ्यासानुसार 2000 मधील अर्भक मृत्युदर 66 होता. तो खरा मानून आणि SRS मध्ये गेल्या 10 वर्षात आढळलेली

अर्भकमृत्युदर कमी होण्याची गती कायम राहिल असे मानून गणीत केल्यास हा दर वर्ष 2042 मध्ये म्हणजे आजपासून 38 वर्षांनी 15 पर्यंत पोचेल. (आकृती 3)

या प्रकारे सध्याच्याच गतीने बालमृत्यूंबाबत प्रगती झाल्यास महाराष्ट्राचे घोषित ध्येय गाठायला अजून 23 ते 38 वर्षे लागतील.

प्र. 6 : तोपर्यंत महाराष्ट्रात अजून किती बालमृत्यू होतील?

या गतीने कमी होत अर्भक मृत्युदर 15 पर्यंत पोचेस्तव महाराष्ट्रात अजून होणारे बालमृत्यू

1. SRS नुसार, वर्ष 2027 पर्यंत 16,68,396.
2. बालमृत्यू अभ्यास व कृतीगट नुसार, वर्ष 2042 पर्यंत 38,45,464.

निष्कर्ष : सध्याच्या गतीने अर्भक मृत्युदर कमी झाल्यास महाराष्ट्राचे वर्ष 2010 मध्ये पोचण्याचे घोषित लक्ष्य प्राप्त करण्यास, म्हणजे अर्भक मृत्युदर 15 पर्यंत कमी करण्यास वर्ष 2027 ते 2042 अजाडेल, म्हणजे अजून 23 ते 38 वर्षे लागतील. तोपर्यंत राज्यात अजून 16 लक्ष ते 38 लक्ष बालमृत्यू होतील.

बालमृत्यू कमी करण्यासाठी युध्द पातळीवर प्रयत्न न केल्यास पुढील काळातही महाराष्ट्रात प्रचंड मोठ्या संख्येने बालमृत्यू होतील. या प्रश्नाला सर्वोच्च प्राथमिकता देणे आवश्यक आहे.

इ) बालमृत्यूंची समस्या समजण्यास शासनाला प्रमुख अडथळे?

कोणतीही समस्या (अुदा. गरीबी, बेरोजगारी, अेड्स) सोडविण्यासाठी प्रथम ती समस्या किती मोठी आहे, कुठे आहे याबाबत पूर्ण व बिनचुक माहिती शासनाला मिळणे आवश्यक आहे. ती न मिळाल्यास शासनातील निर्णयकर्त्यांना समस्येचे गांभीर्य कळत नाही, समस्येला आवश्यक प्राथमिकता मिळत नाही व अुपाय योजिले जात नाहीत. शिवाय पुढे अुपाय योजना कार्यान्वित झाल्यावर त्यांचा परिणाम तपासणे व व्यवस्थापन करणे शक्य होत नाही.

बालमृत्यूंबाबत अशा माहितीसाठी राज्य सरकार SRS किंवा तत्सम नमूना अभ्यासांवर अवलंबून राहू शकत नाही कारण -

- SRS केवळ नमूना पातळीवर, राज्यातून जवळपास 3 लक्ष लोकसंख्येची आकडेवारी गोळा करते. त्यावरून राज्याचे अंदाज करता येतात, व्यवस्थापन करता येत नाही. राज्य

शासनाला राज्यातील आरोग्य कार्यक्रमांचे नियंत्रण करण्यासाठी आणि बालमृत्यूबाबत अुपाय योजना करण्यासाठी प्रत्येक गाव, प्रत्येक प्राथमिक आरोग्य केंद्र, प्रत्येक जिल्हा यातून सर्व घडणाऱ्या बालमृत्यूंची माहिती आवश्यक असते. SRS अशी माहिती देत नाही.

- SRS ची पूर्ण माहिती साधारणता: तीन ते पाच वर्षांनी अुपलब्ध होते. पण राज्यशासनाला कार्यक्षम प्रशासनासाठी तत्काळ, साधारणतः महिन्याभराच्या आत, माहिती मिळणे आवश्यक असते.

यामुळेच राज्यशासनाचे आरोग्य विभाग तसेच ICDS आपली स्वतःची प्रशासकीय माहिती व्यवस्था (MIS) वापरतात. त्यात राज्यातील जन्म, बालमृत्यू, आणि आरोग्य व्यवस्थापनासाठी आवश्यक माहिती त्या त्या विभागाचे सर्व घटक व कर्मचारी दर महिन्याला मासिक अहवालाद्वारे पाठवत असतात.

MIS ही आरोग्य विभागाचे डोळे, कान व स्पर्शज्ञान देणारी ज्ञानेंद्रिये आहेत. ती सुरळीत नसल्यास शासन या अत्यावश्यक माहितीपासून वंचित होईल.

प्र. 7 : बालमृत्यूंची पूर्ण व खरी माहिती शासनाला कळते का?

शासनाला सर्व बालमृत्यू कळवण्यासाठी तीन राज्यव्यापी शासकीय यंत्रणा सध्या कार्यरत आहेत. या यंत्रणांनी नमूना पध्दतीने नव्हे तर राज्यव्यापी पध्दतीने राज्यातील प्रत्येक जन्म-मृत्यू नोंदावा व कळवावा अशी अपेक्षा आहे.

1. आरोग्य विभागाची माहिती व्यवस्था (MIS)
2. ICDS मधील माहिती व्यवस्था
3. जन्म-मृत्यू नोंदणी कायद्यांतर्गत चालणारी नागरी नोंदणी पध्दत (CRS)

वर्ष 1999-2000 मध्ये राज्य शासनाच्या या माहिती व्यवस्थांनी कळवलेली जन्म, अर्भकमृत्यू व पाच वर्षापर्यंतच्या बालमृत्यूंची संख्या अशी होती.

तक्ता - 5

वर्ष 1999-2000 मध्ये महाराष्ट्र शासनाला कळवलेले जन्म व बालमृत्यू

माहितीचा प्रकार	आरोग्य विभाग MIS	ICDS	CRS
▪ अर्भक-मृत्यू संख्या	25,646	20,673	27,322
▪ 1-5 वर्षे मृत्यू संख्या	-	10,318	7,121
▪ अेकूण कळवलेले बालमृत्यू	25,646(?)	30,991	34,443

आरोग्य विभागाच्या MIS मध्ये राज्यपातळीवर फक्त अर्भकमृत्यूंची माहिती संकलित केली जाते, 1-5 वर्षातील बालमृत्यूंची माहिती राज्यपातळीवर संकलित केली जात नाही असे या समितीला कळविण्यात आले. त्यामुळे या वयोगटातील बालमृत्यूंबाबत आरोग्य विभाग अनभिज्ञ राहते. माहिती गोळा करूनही संकलित न करण्याचे कोणतेही समुचित कारण दिसत नाही.

- i) SRS आणि बालमृत्यू अभ्यास व कृतीगट (CDSAG) महाराष्ट्र यांच्या अंदाजाशी तुलना करता शासकीय माहितीची पूर्णता (वर्ष 1999-2000)*

तक्ता - 6

शासकीय माहितीची पूर्णता (1999-2000)*

माहितीचा प्रकार	SRS च्या तुलनेत पूर्णता (%)			बालमृत्यू अभ्यास गटाच्या तुलनेत पूर्णता (%)		
	आरोग्य विभाग MIS	ICDS	CRS	आरोग्य विभाग MIS	ICDS	CRS
अर्भक मृत्यू	27.2	22.0	29.0	19.8	15.9	21.0
1-4 वर्ष मृत्यू †	-	31.0	26.5	-	26.0	25.6
अेकूण पाच वर्षाखालील बालमृत्यू †	-	24.3	28.5	-	18.3	21.8

* CRS बाबत ही माहिती जानेवारी-डिसेंबर 1999 ची आहे. आरोग्य विभाग व ICDS बाबत एप्रिल 1999 ते मार्च 2000 या 12 महिन्यांची आहे.

† ICDS मध्ये ही माहिती 0 ते 6 वर्षे वयापर्यंतची दिली जाते. तिला योग्य प्रमाणात कमी करून पाच वर्षापर्यंतची केली आहे.

प्र. 8 : शासकीय निर्णयाच्या परिणामतः बालमृत्यू कळवण्याच्या प्रमाणात 2001 नंतर किती सुधारणा झाली?

या सर्व पार्श्वभूमीवर, 100% बालमृत्यू नोंदणे व शासनाला तत्काळ कळवणे या डिसेंबर 2001 मधील शासकीय निर्णयाबाबत झालेली कृती व प्रगती यांचा आढावा या समितीने घेतला असता, संबंधित विभागांकडून मिळालेल्या आकडेवारीच्या आधारे खालील बाबी आढळल्या.

प्र. 8 : अ) आरोग्य विभाग

8. अ) i) गेल्या 4 वर्षात आरोग्य विभागाच्या अहवालात (MIS) कळवलेल्या अर्भक मृत्यूंच्या घटना नोंदण्यात सुधारणा झाली का ?

तक्ता - 7

वर्ष	अर्भक मृत्यू	SRS च्या तुलनेत (%)
2000 - 2001	31,987	33.6
2001 - 2002	32,271	36.0
2002 - 2003	28,976	31.6
2003 - 2004	39,527	42.3

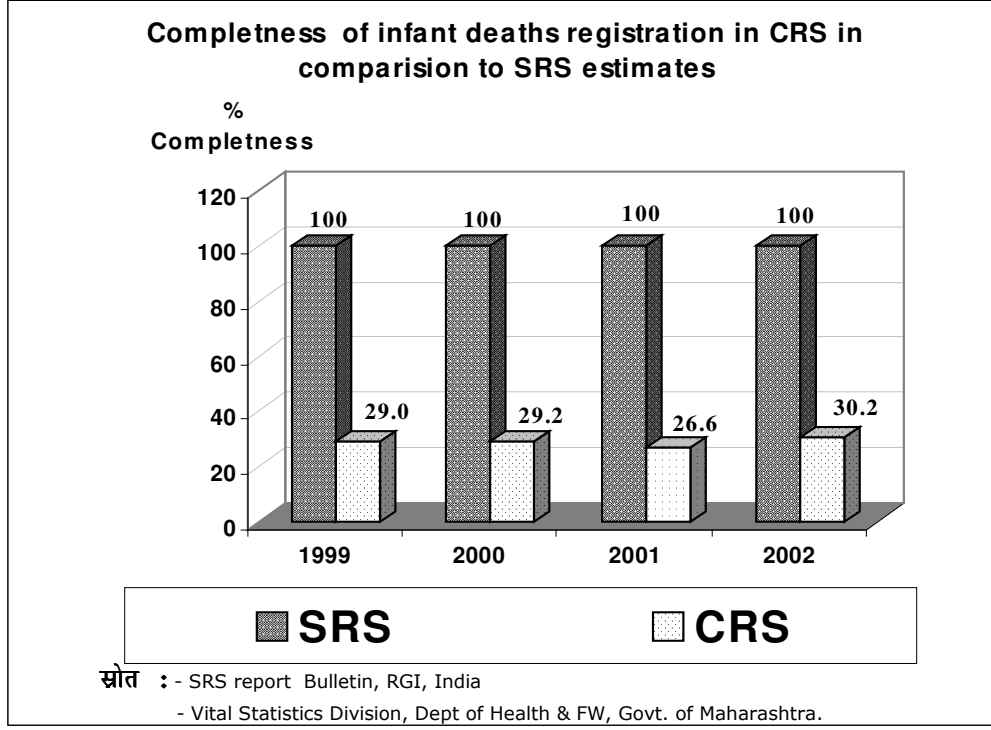
तक्त्यातील आकडेवारीवरून असे दिसते की 2002-2003 पर्यंत अर्भकमृत्यू नोंदणीत सुधारणा नाही, पण 2003-04 मध्ये थोडी वाढ झाली आहे. ही स्वागतार्ह बाब आहे. पण सखोल निरीक्षण केले असता असे आढळते की ही वाढ राज्यव्यापी नसून मुख्यतः मुंबई व पुणे महानगर पालिकांमधील आकडेवारीत सुधारणा झाल्याने झाली आहे.

ii) 1-5 वर्षे वयातील बालमृत्यू कळविण्यात सुधारणा झाली का?

याबाबत कुटुंब कल्याण विभागातर्फे अशी माहिती सांगण्यात आली की आरोग्य विभागाच्या राज्यपातळीवरील MIS मध्ये 1-5 वर्षे वयातील बालमृत्यूंची माहितीच संकलित करण्यात येत नाही. ती केवळ नवसंजीवनी योजना सुरु असलेल्या ब्लॉकसबाबत संकलित करण्यात आली. 2002-03 मध्ये 2६0४ मृत्यू व 2003-04 मध्ये 2८९६ बालमृत्यू या ब्लॉकसमधे नोंदवण्यात आले. म्हणजे सर्वात गंभीर समस्या असलेल्या या ब्लॉकसमधे देखील 1-5 वर्षातील बालमृत्यूंची नोंदणी केवळ 10% सुधारली.

7. आ. जन्म-मृत्यू नोंद व्यवस्था (CRS) मध्ये बालमृत्यूंच्या नोंदणीत सुधारणा झाली का?

8.आ. i) गेल्या 4 वर्षात जन्म-मृत्यू नोंदणी (CRS) मधील अर्भक मृत्यूंची नोंद व त्यांची SRS सोबत तुलना खालीलप्रमाणे (आकृती-4): (CRS ची माहिती केवळ वर्ष 2002 पर्यंतच उपलब्ध आहे.)



8. इ) गेल्या 4 वर्षातील ICDS मधील अर्भक-मृत्यू व बालमृत्यू नोंदविण्याची च्या तुलनेत सुधारणा झाली का?

8. इ) i) ICDS विभागातील अर्भक मृत्यूंची व बालमृत्यूंची माहिती

या विभागाद्वारे राज्यासाठी नोंदवलेला अर्भक मृत्युदर 2002 मध्ये 32 व 2003 मध्ये 31 असला व तो CRS आणि MIS च्या तुलनेत अधिक पूर्ण दिसत असला तरी वस्तुतः

i) ICDS मध्ये रिपोर्ट केलेले राज्यातील अेकूण अर्भक मृत्यू

वर्ष 1999	20,673
वर्ष 2000	19,798
वर्ष 2001	21,963
वर्ष 2002	19,679
वर्ष 2003	20,612

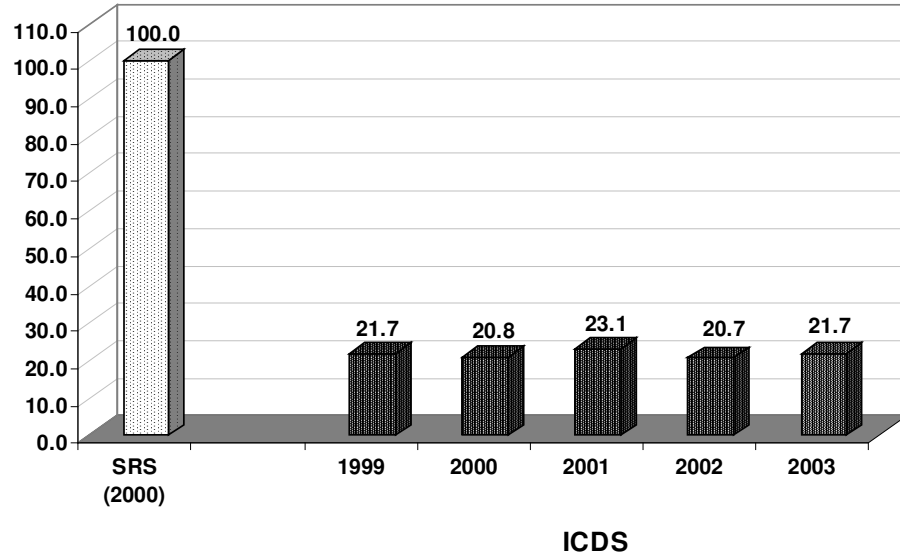
हे वस्तुतः आरोग्य विभागापेक्षाही कमी आहेत. याचे अेक कारण ICDS च्या अंतर्गत राज्यातील सर्व लोकसंख्या नसणे हे आहे. पण सोबतच दुसरे कारण ICDS मध्ये जन्मांच्या नोंदी अधिकच अपुःया, म्हणजे फक्त 6,74,223 आहेत. (SRS नुसार महाराष्ट्रात दरवर्षी

19 ते 20 लक्ष जन्म होतात.) अर्भक मृत्युदर हा $\frac{\text{अर्भकमृत्यूच्या घटना}}{\text{जिवंत जन्म}} \times 1000$ असा मोजला जात असल्याने जिवंत जन्म कमी नोंदवल्याने ICDS मधील अर्भक मृत्युदर भ्रामकरीत्या जास्त दिसतो. वस्तुतः ICDS मध्ये नोंदवलेले अेकूण अर्भक मृत्यू (20 ते 21 हजार) हे SRS च्या 90,000 अर्भक मृत्यूंच्या अंदाजाच्या जवळपास 22% आहेत. ICDS मधील कमी लोकसंख्येने ही अपूर्णता स्पष्ट होत नाही.

ii) ICDS मधील माहितीची SRS सोबत तुलना केली असता आढळणारी सुधारणा (आकृती 5)

आकृती - 5

ICDS मध्ये अर्भकमृत्यू नोंदविण्यात प्रगती : SRS शी तुलना



निष्कर्ष : १०० टक्के बालमृत्यू नोंदविण्याच्या शासनाच्या निर्णयानंतर व विधीमंडळातील आश्वासनानंतर देखील गेल्या चार वर्षांत CRS व ICDS या व्यवस्थांमधील अर्भकमृत्यू नोंदणीत मुळीच सुधारणा नाही व आरोग्य विभागाच्या MIS मध्ये 2003-04 मध्ये अल्प सुधारणा आहे.

प्र. 9: सर्व बालमृत्यू कळावे यासाठी घेतलेल्या शासकीय निर्णयाची अंमलबजावणी किती झाली?

1. बालमृत्यूच्या घटना पूर्णपणे नोंदव्या हा केंद्रशासनाचा (1969) व राज्यशासनाचा कायदा आहे. याच्या योग्य अंमलबजावणीसाठी केंद्रशासनाचे SRS चे महासंचालक व जनगणना आयुक्त महाराष्ट्र शासनाला वारंवार लिहित असतात. 'कोवळी पानगळ' अहवालानंतर बालमृत्यूच्या घटना पूर्णपणे कळाव्या म्हणून 12 डिसेंबर 2001 ला शासनाने (ग्रामविकास विभाग, आरोग्य व कुटुंब कल्याण विभाग, आदिवासी विकास विभाग) काढलेल्या आदेशानुसार किती कृती झाली?
 - असा आदेश निघाला आहे हेच काही जिल्ह्यातील अधिकाऱ्यांना माहित नव्हते.
 - बहुतेक जागी जिल्हा व तालुका पातळीवरील समित्यांच्या बैठका झाल्या नाहीत किंवा अनियमित झाल्यात.
 - शासनाकडे आलेल्या अहवालांवरून असे दिसते की दर तीन महिन्याने जिल्हा पातळीवर जिल्हाधिकारी व मु.का.पा. अधिकारी (जि.प.) यांनी घ्यावयाच्या अेकूण आढावा बैठकीपैकी अहवाल आलेल्या बैठकी 2002 मध्ये 42% व 2003 मध्ये 40% होत्या.
2. जिल्हा आणि विभागीय पातळीवर होणाऱ्या शासकीय कार्यक्रमांच्या आढावा बैठकीत सनदी अधिकारी किंवा आरोग्य विभागाचे अधिकारी बालमृत्यूच्या घटना नोंदवणे व कळवणे याला प्राधान्य व महत्व देत नाहीत.
3. कुटुंब नियोजन किंवा लसीकरण या दोनच आरोग्यविषयक कार्यक्रमांचा आढावा गांभीर्याने घेतला जातो. वरीष्ठ अधिकारी ज्या विषयांना प्राधान्य देतात खालची यंत्रणा त्याच विषयांना महत्व देते.

निष्कर्ष : 100% बालमृत्यू नोंदवण्याच्या शासकीय निर्णयाची व आदेशाची अंमलबजावणी अतिशय अपुरी झाली आहे, कारण प्रमुख अधिकाऱ्यांनी हा प्रश्न महत्वाचा म्हणून स्वीकारलाच नाही.

प्र. 10 : जन्म-मृत्यू नोंदणीच्या राज्यपातळीवरील जन्म-मृत्यू नोंदीच्या समन्वयासाठी नेमलेल्या सर्वोच्च शासकीय समितीने काय केले ?

- अ) महाराष्ट्र शासनाने आपल्या सार्वजनिक आरोग्य विभागातर्फे (शासन-निर्णय क्रमांक जमृवि-2000/355/सी.आर.109/कु.क.3) दिनांक 2 सप्टेंबर 2000 रोजी जन्म-मृत्यू नोंदणी व जीवनविषयक आकडेवारीसंबंधी आंतरविभागीय समन्वय समिती पुर्नगठित केली आहे.

जन्म-मृत्यू नोंदणीमध्ये संख्यात्मक व गुणात्मक सुधारणा घडवून आणणे तसेच जन्म-मृत्यू नोंदणीचे कार्य प्रभावीपणे होण्यासाठी ह्या समितीची स्थापना झाली आहे.

शासनाच्या ह्याच आदेशात समितीच्या कार्यक्षेत्रविषयी पुढीलप्रमाणे आदेश देण्यांत आले आहेत,

“अुपरोक्त समितीचे मुख्य कार्य राज्यामध्ये जन्म-मृत्यू नोंदणीचे 100% कार्य पार पाडण्याकरिता अुपाययोजना करणे, त्याकरिता इतर राज्याप्रमाणे या कामी स्थानिक आरोग्य कर्मचाऱ्यांचा सहभाग वाढविण्यासाठी तसेच ग्रामीण भागातील नोंदणी कार्यालये संघटित करण्याकरिता प्रयत्न करणे, या व्यतिरिक्त जन्म-मृत्यू नोंदणीच्या कार्यामध्ये अंमलबजावणी करताना अुद्भवणाऱ्या त्रुटी व अुणिवा याबाबतची चर्चा करावी व शिफारशी शासनास सादर करतील. सदर समितीची बैठक वर्षातून दोनदा घेण्यात येईल. अुक्त समिती कायमस्वरूपी अस्तित्वात राहिल.”

राज्याचे आरोग्य सचिव या समितीचे पदसिध्द अध्यक्ष व कुटुंब कल्याण सचिव, हे पदसिध्द सचिव आहेत. आरोग्य विभागातील व अितर विभागातील वरीष्ठ अधिकाऱ्यांची मिळून ही बालमृत्यूंच्या नोंदी नीट होतात हे बघण्यासाठी जबाबदार राज्यपातळीची सर्वोच्च समिती आहे. दर सहा महिन्यांनी तिची बैठक व्हायला हवी.

11 सप्टेंबर 2000 रोजी या समितीची शेवटची बैठक झाली. त्यानंतर मार्च 2004 पर्यंत 3½ वर्षात या समितीची बैठकच झाली नाही. राज्य समन्वय समितीने बालमृत्यूंच्या नोंदीचा आढावा घेअून कृती या काळात केल्याचे आम्हाला आढळले नाही.

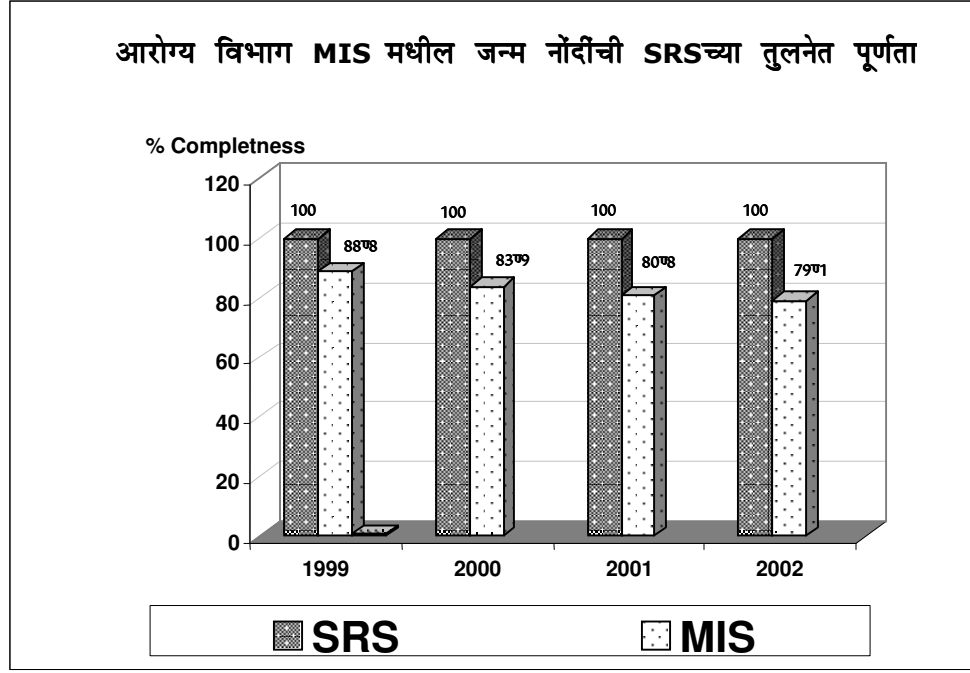
प्र. 11 : बालमृत्यूंच्या घटना शासनाला पूर्णपणे का कळत नाहीत?

(याची अधिक विस्तृत चर्चा डॉ. पानसे यांनी समितीला दिलेल्या अहवालात केली आहे.) समितीला आढळलेली मुख्य कारणे अशी -

1. बालमृत्यूंच्या घटना मुद्दाम लपवल्या जाणे :

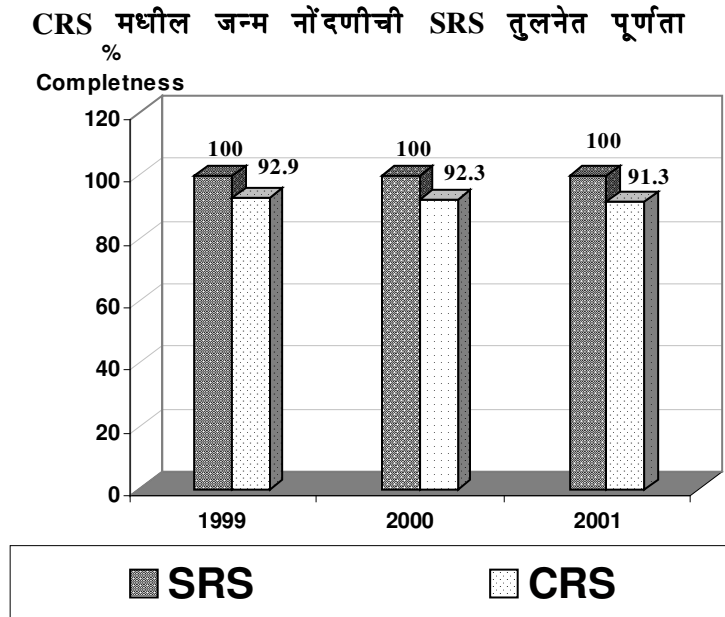
- i) गेल्या चार वर्षात जेव्हा बालमृत्यू केवळ 22-35 टक्केच नोंदले जात होते याच काळात आरोग्य खात्याची MIS व CRS मध्ये जन्माच्या नोंदी मात्र जवळपास पूर्ण झाल्यात. (आकृती 6-7)

आकृती 6



स्रोत : SRS रिपोर्ट्स + अपसंचालक, आरोग्य व कुटुंब कल्याण (MIS) महाराष्ट्र

आकृती - 7



स्रोत : SRS रिपोर्ट्स + अपसंचालक, आरोग्य व कुटुंब कल्याण (MIS) महाराष्ट्र

ii) नैसर्गिक घटनांचा क्रम

गरोदरपण → जन्म → बालपण → बालमृत्यू → अुर्वरित मुले मोठी होणे असा घडतो. माता-बाल संगोपनाच्या कार्यक्रमासाठी आवश्यक गरोदरपणाच्या नोंदी, त्यानंतर होणाऱ्या जन्मांच्या नोंदी व बालकांच्या लसीकरणासाठी गावातील बालकांच्या नोंदी या तिन्ही नोंदी व याद्या आरोग्य कर्मचारी (सहपरिचारिका-ANM) आणि अंगणवाडी कार्यकर्तींकडे जवळपास पूर्ण आढळतात. तरी त्यामधूनच होणाऱ्या बालमृत्यूंच्या घटनांच्या नोंदी मात्र होत नाहीत ही बाब स्पष्टपणे निर्देश करते की अर्भक व बालमृत्यूंच्या घटना नोंदणे व कळवणे हे कर्मचाऱ्यांद्वारे जाणूनबुजून टाळले जाते.

iii) या निश्कर्षाला बळ पोचवणारी आढळलेली आकडेवारी ही मृत जन्म (still births) ची आहे. SRS च्या आकडेवारीनुसार महाराष्ट्राचा अर्भक मृत्युदर 45 तर मृत जन्मदर 10 आहे. पण आरोग्य विभागाच्या आकडेवारीत कळवलेल्या मृतजन्मांची संख्या

तक्ता - 8

वर्ष	आरोग्य विभाग		
	SRS नुसार मृतजन्म	MIS मधील मृतजन्म	SRS च्या तुलनेत MIS
1999 - 2000	21,806	25,494	121%
2000 - 2001	22,045	40,243	182%
2001 - 2002	22,165	31,253	141%
2002 - 2003	22,633	25,329	120%

SRS अनुसार अर्भकमृत्यू हे मृतजन्मांपेक्षा जवळपास 4.5 पटींनी जास्त घडतात, पण MIS मध्ये या चार वर्षात नोंदवलेले सरासरी अर्भकमृत्यू 29,720 तर मृतजन्म 30,829 आहेत. बालमृत्यू अभ्यास गटाच्या अंदाजित मृतजन्म 69,484 होते.

यावरून सूचित होते की आरोग्य कर्मचारी बऱ्याचदा वास्तविक अर्भकमृत्यूला 'मृतजन्म' (बाळ मेलेलेच जन्माला आले) दाखवून बालमृत्यूच्या घटना कमी दाखवण्याचा प्रयत्न करतात, किंवा मृतजन्म नोंदवतात पण अर्भकमृत्यू मात्र पूर्ण नोंदवत नाहीत.

निश्कर्ष :

जन्माच्या नोंदी जवळपास पूर्ण कळवणे, मृतजन्म अधिक कळवणे पण फक्त बालमृत्यूच अपुरे कळवणे यावरून असा निश्कर्ष काढता येतो की शासकीय यंत्रणेत निवडकपणे केवळ बालमृत्यू लपविण्याचा प्रयत्न आहे.

2. कनिष्ठ कर्मचाऱ्यांमधे भिती व वरिष्ठांनी जाब न विचारणे

- ii) कनिष्ठ पातळीवरील आरोग्य व ICDS मधील कर्मचाऱ्यांना “आपण बालमृत्यू कळवल्यास मासिक बैठकीत आपल्याला रागवले जाईल, आपल्यावर ठपका येईल, चौकशी होईल” अशी भिती वाटते. न कळवल्यास आपले अधिकारी काहीही प्रश्न न विचारता खोटा अहवाल स्वीकारतात याची अनुभवाने खात्री वाटते. अशा स्थितीत बालमृत्यू न कळवण्यातच त्यांना व्यावहारिक शहाणपण वाटणे स्वाभाविक आहे. म्हणून कर्मचाऱ्यांना दोष न देता या खात्यांतील व्यवस्थेला व वातावरणाला दोष दिला पाहिजे.
- iii) मध्यपातळी वरील अधिकाऱ्यांना (वैद्यकीय अधिकारी, जिल्हा आरोग्य अधिकारी) आपल्या कार्यक्षेत्रातून कमी बालमृत्यू रिपोर्ट करणे सुरक्षित वाटते. पूर्वी रिपोर्ट केलेल्या बालमृत्यूंच्या अपूर्ण संख्येनंतर आपल्या कार्यकाळात वास्तविक असलेली जास्त संख्या रिपोर्ट करणे त्यांना धोक्याचे वाटते.

- iv) प्रांत पातळीवरील वरीष्ठ अधिकाऱ्यांना SRS व बालमृत्यू अभ्यास गटाच्या तुलनेत आपल्या विभागाचे आकडे अतिशय अपूर्ण आहे याचे भान आहे. त्यांनी तोंडी व लेखी सूचना देऊनही खालची यंत्रणा खरे आकडे रिपोर्ट करत नाही याचेही त्यांना भान आहे. पण तरी त्यांनी
 1. काही नवीन पध्दतीचा विचार केला नाही.
 2. अपूर्ण अहवाल नाकारून कारवाई केली नाही.
 3. वस्तुतः गांभीर्याने या प्रश्नाचा आढावाच घेतला नाही.

हे त्यांचे वर्तन अनाकलनीय आहे. या समितीने याबाबत त्यांना तीन वेळा प्रश्नावली पाठवली पण वरीष्ठ अधिकाऱ्यांनी समितीला तीन महिने उत्तरेच दिली नाहीत. किंवा नंतर काहीनी दिलेल्या उत्तरात नेमक्या बालमृत्यूंच्या प्रश्नांना पुरेसे उत्तर दिले नाही. त्यामुळे

त्यांच्या कृतीहीनतेचे स्पष्टीकरण त्यांना देता आलेले नाही. बालमृत्यू प्रश्न गांभीर्याने न घेणे हे सर्वात संभवनीय स्पष्टीकरण दिसते.

3. बालमृत्यूच्या प्रश्नाला प्राधान्य नसणे

- आरोग्य विभागाच्या MIS मध्ये, तसेच सर्वच पातळीवरील आढावा बैठकीत व मूल्यांकनात कुटुंब कल्याण व लसीकरण या दोनच कार्यक्रमांना प्राधान्य दिले जाते. बालमृत्यू मोजणे किंवा तो प्रश्न सोडवण्याच्या कार्यक्रमांना महत्त्व नसल्याने त्या बाबतीत अपूर्णतेची कोणी दखल घेत नाही.
4. बालमृत्यू नोंदवण्यासाठी नागरी भाग, प्रायव्हेट रुग्णालये व डॉक्टर यांच्या कडून माहिती घेणे याची नीट व्यवस्था नाही. त्यामुळे बरेच बालमृत्यू सुटून जातात.
5. ग्रामीण भागातून बालमृत्यू कळवणाऱ्या कर्मचाऱ्यांच्या (सहपरिचारिका, ग्रामसेवक) जागा रिकाम्या असणे किंवा त्यांनी कामाच्या जागी न राहणे.
6. ICDS विभागाद्वारे दर तीन महिन्यांनी घरोघरी भेटी देऊन करण्यात येणारे सर्वेक्षण हे सर्व बालमृत्यू शोधण्याची उत्तम संधी असते. पण त्या सर्वेक्षणात बालमृत्यू शोधून काढण्यावर भर नाही, त्यासाठी आवश्यक प्रश्नावली नाही.
7. “बालमृत्यू कशाला नोंदवायचा? त्याने काय फायदा?” या मानवीय प्रवृत्तीचे कोणतेच उत्तर विभागांच्या कार्यपध्दतीत नाही. बालमृत्यू कळवणाऱ्याला प्रोत्साहन व न कळवणाऱ्याला शिक्षा असे असायला हवे. सध्या त्याच्या अुलट स्थिती आहे.
8. बालमृत्यू कळवणाऱ्याची तीन यंत्रणांमधेच ताळमेळ नसणे.
9. बालमृत्यू ज्यांना सहजपणे माहित असतात अशा गावातील व्यक्तींचे (दाई, महिला मंडळांच्या सक्रीय स्त्रिया, सरपंच, ग्रामपंचायत सदस्य, पोलीस पाटील अि.) यात सहकार्य न घेणे.
10. कोणते बालमृत्यू नोंदवायचे? बाळंतपणासाठी माहेरी आलेल्या आईचे बाळ दगावल्यास त्या सकट गावात घडलेल्या सर्व घटनांचे (de facto) की केवळ गावात कायम राहणाऱ्या आईच्या मुलांचे (de jure)? CRS मध्ये de facto पध्दत वापरतात. आरोग्य विभाग व ICDS मध्ये de jure वापरण्याचा कल आहे, पण कर्मचाऱ्यांच्या मनात याबाबत गोंधळ आहे. या दोन पध्दतीत फरक पडतो. त्यामुळे अनेक बालमृत्यू सुटतात किंवा सोयीस्कर रीत्या सोडून देता येतात.

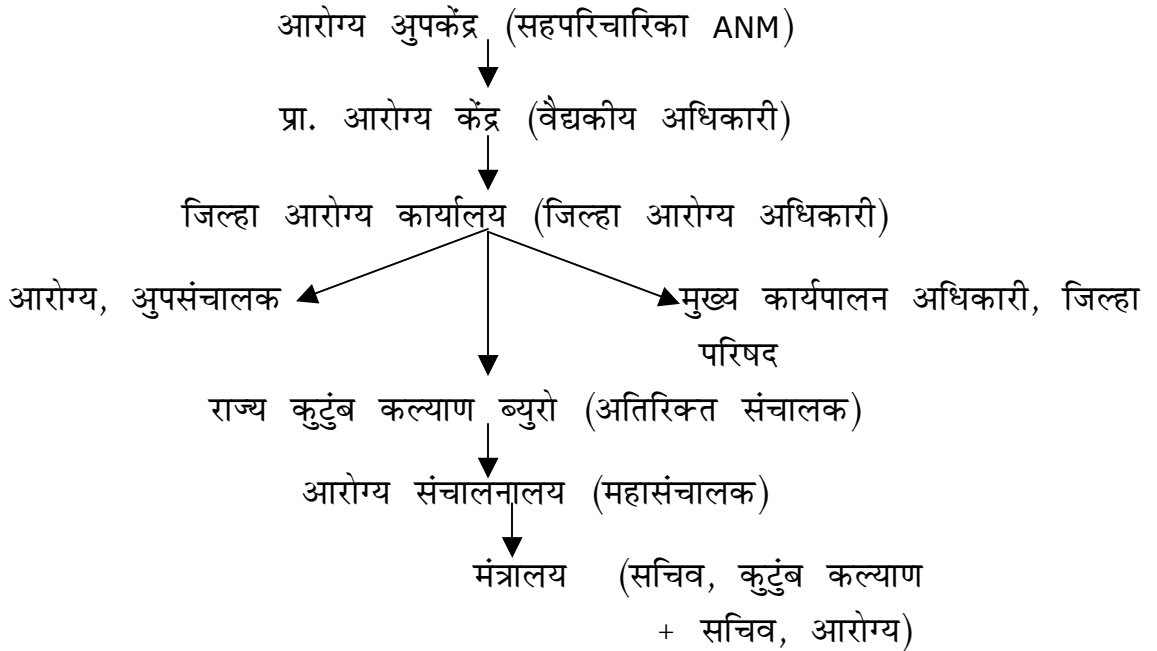
प्र. 12 : बालमृत्यूच्या प्रश्नामधे आरोग्य विभागाची माहिती व निर्णय व्यवस्था (MIS) यांची काय भूमिका आहे?

आरोग्य विभागाची माहिती आणि निर्णय व्यवस्था हा एक स्वतंत्र विषय असला तरी बालमृत्यूंची माहिती व आवश्यक निर्णय घेण्याच्या या विभागाच्या अक्षमतेमुळे या समितीला त्याबाबत काही सूचना करणे आवश्यक वाटते.

राज्यभरात पसरलेल्या शासकीय आरोग्य व्यवस्थेच्या सुयोग्य नियंत्रण व व्यवस्थापनासाठी माहिती व्यवस्था ही शरीरातील Nervous system प्रमाणे अत्यावश्यक आहे. शरीरातील संवेदना कळवणा-या मज्जातंतूंना कुष्ठरोगासारखा रोग झाला की संवेदनाहीनता निर्माण होऊन शरीराला जखम झाली तरी कळत नाही व मग हाता-पायांची बोटे गळायला लागतात. हाता-पायांना हालचाल करण्याचे आदेश देणा-या मज्जातंतूंच्या रोगामुळे कुष्ठरोगात स्नायूंना लकवा व्हायला लागतो.

1. MIS ची सुरवात आरोग्य उपकेंद्राच्या सहपरिचारिकेने तिच्या कार्याबाबत दर महिन्याला पाठवायच्या मासिक अहवालापासून होते. **माहितीचा प्रवाह** खालील प्रमाणे आहे. (आकृती 8)

आकृती - 8



2. या महाप्रचंड माहितीच्या चार बाबी दिसतात.

- आरोग्य कर्मचाऱ्यांचा अवास्तव वेळ जाणे. सहपरिचारिकेला (ANM) 17 रजिस्टर्स भरावे लागतात व मासिक अहवालाच्या वेळेस माहितीचे दोन हजारच्या वर रकाने भरावे लागतात. तिच्या अेकूण कामाच्या वेळेपैकी अंदाजे 20% वेळ केवळ ही माहिती गोळा करणे व अहवाल बनवणे यात जातो.

- माहितीची गुणवत्ता अतिशय कमी असणे. बालमृत्यूंबाबत ह्याचा पुरावा मांडलेला आहे.
- स्थानिक पातळीवर (PHC, MO, DHO) या माहितीचे योग्य विश्लेषण व निर्णय न घेणे.
- राज्यपातळीवर संचालनालय व मंत्रालय हे या माहितीच्या खरेपणाचा आग्रह धरून तिचा अुपयोग योग्य व त्वरित प्रशासकीय निर्णय घेणे यासाठी न करणे.

हा विराट प्रयत्न खोटी आकडेवारी भरण्याचा निरर्थक पण नियमित कार्यक्रम होऊन बसला आहे. याचा दुसरा अर्थ आरोग्य व कु.क. विभागाचे प्रशासकीय निर्णय त्या विभागातील माहितीवर घेतले जाऊ शकत नाहीत.

राज्याच्या आरोग्यमं=यांनी विधानभवनात असे आश्वासन दिले होते की बालमृत्यूंची संपूर्ण नोंद करू, स्वतः व सचिव पातळीचे अधिकारी नियमित आढावा घेऊ. तसे केल्याचा कोणताच पुरावा आजपर्यंत समितीसमोर आलेला नाही.

निश्कर्ष : निर्णयांचा आधार असलेली बालमृत्यूंची माहिती व्यवस्थाच भ्रामक आकडेवारी निर्माण करत असल्याने, व ती सुधारण्याचा प्रयत्न संबंधित अधिकाऱ्यांनी न केल्यामुळे शासनकर्ते गोड भ्रमात राहतात व योग्य निर्णय घेण्यास आवश्यक आकडेवारी अुपलब्ध नसते. आरोग्य विभागाची MIS सुधारणे व बालमृत्यूंच्या सर्व नोंदी त्यात असणे याबाबत तत्काळ कृतीची गरज आहे.

इ) बालकांमधील कुपोषण

प्र. 13 : महाराष्ट्रातील बालकांमधे कुपोषणाचे प्रमाण किती आहे?

- i) बालकांच्या वजनाच्या आधारे कुपोषणाचे मोजमाप करणाऱ्याच्या तीन प्रचलित व मान्य पध्दती आहेत
 1. गोमेझ वर्गीकरण : हल्के (mild) मध्यम (moderate) तीव्र (severe) कुपोषण
 2. इंडियन अॅकॅडेमी ऑफ पिडियाट्रिक्स (IAP) वर्गीकरण - ग्रेड 1, 2 आणि तीव्र कुपोषणाचे विभाजन करून त्या अंतर्गत ग्रेड 3 व 4. ICDS मधे ही पध्दत वापरली जाते.
 3. स्टॅंडर्ड डेव्हिएशन (SD) पध्दत.
- ii) महाराष्ट्रातील कुपोषणाबाबत खालील स्रोतांमधून आकडेवारी अुपलब्ध होते.
 1. National Nutrition Monitoring Bureau (NNMB)
 2. National Family Health Survey (NFHS-II)
 3. ICDS

- iii) NNMB ची सर्वेक्षणे ही भारत सरकारच्या राष्ट्रीय पोषण संस्थान द्वारा आयोजित केलेली असून अुत्तम प्रतीची मानली जातात. NNMB ने ग्रामीण महाराष्ट्रात केलेल्या अद्यतन नमूना सर्वेक्षणात गोमेझ वर्गीकरणानुसार 1-5 वर्षांच्या बालकात कुपोषणाचे प्रमाण खालील प्रमाणे आढळले आहे.

तक्ता - 9

ग्रामीण महाराष्ट्रातील कुपोषणाचे प्रमाण (NNMB, 2002)

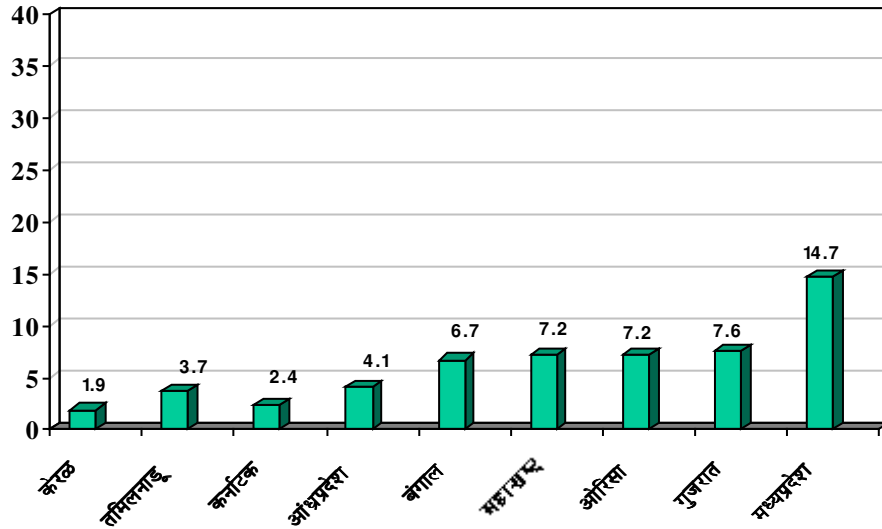
प्रकार (गोमेझ)	टक्केवारी
नॉर्मल	8.2%
हल्के कुपोषित	39.6%
मध्यम कुपोषित	45.0%
तीव्र कुपोषित	7.2%

स्रोत : NNMB Report (2002),

- iv) याच सर्वेक्षणात अितर राज्यात तीव्र कुपोषण (अपेक्षित वजनापेक्षा 60% हून कमी वजन असणे)चे प्रमाण खालील प्रमाणे आढळून आले आहे.

आकृती - 9

% तीव्र कुपोषणाचे विविध राज्यांमधे प्रमाण (NNMB-2002)



(NNMB-2002, table 54.1)

दक्षिण भारतातील अितर प्रांताच्या तुलनेत महाराष्ट्राची स्थिती खराब आहे. ती ओरिसाच्या समकक्ष आढळणे खेदजनक आहे.

- v) कुपोषणाच्या वर्गीकरणाची वेगळी (Median - SD) पध्दत वापरून बालकांमधील कुपोषण मोजणाऱ्या NFHS-II या दुसऱ्या राष्ट्रीय सर्वेक्षणात (1998) महाराष्ट्रातील 0-3 वर्षांमधील बालकांमधे कुपोषणाचे प्रमाण खालील प्रमाणे आढळले

	महाराष्ट्र	भारत
तीव्र कुपोषित (-3 SD)	17.6%	18.0%
मध्यम कुपोषित (-2 SD)	49.6%	47.0%

महाराष्ट्रासारख्या आर्थिक दृष्ट्या प्रगत प्रांतात भारताच्या सरासरी अेवढे तीव्र व मध्यम कुपोषण आहे. बिहार, मध्यप्रदेश, राजस्थान, ओरिसा व अुत्तरप्रदेश या 'बिमारु' म्हणून ओळखल्या जाणाऱ्या प्रांतांच्या नंतर महाराष्ट्राचा क्रमांक लागतो. (NFHS-II table 7.17)

निश्कर्ष :

महाराष्ट्रातील बालकांमधे तीव्र कुपोषणाचे प्रमाण बरेच जास्त (7.2%) असून याबाबत महाराष्ट्र भारतातील मागासलेल्या प्रांतांच्या रांगेत बसतो.

प्र. 14 : महाराष्ट्रात किती बालके कुपोषित आहेत?

NNMB च्या आकडेवारीनुसार महाराष्ट्रातील तीव्र कुपोषित बालकांचे प्रमाण वापरलेल्या वर्गीकरणाच्या पध्दतीनुसार बदलते, कारण तीव्र कुपोषणाची व्याख्या वर्गीकरणानुसार बदलते.

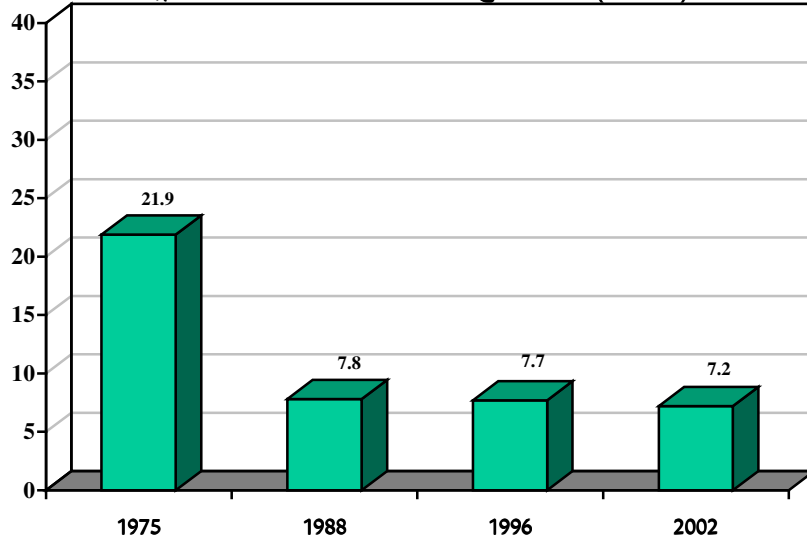
- 3 SD पध्दत	23.2%
गोमेझ वर्गीकरण	7.2%
IAP वर्गीकरण	5.4%

यातील 5.4% हे सर्वात कमी प्रमाण दाखवणारी ICDS मधे वापरली जाणारी व्याख्या (IAP), वापरून देखील महाराष्ट्रातील 0-6 वर्षे वयाच्या अेकूण जवळपास दीड कोटी बालकांमधे तीव्र कुपोषित (ग्रेड 3+4) बालकांची संख्या 8,15,041 अितकी असावी. मध्यम (grade II) कुपोषित बालकांची संख्या 32 लक्ष असावी. अतितीव्र कुपोषण (ग्रेड-4)चे प्रमाण 0.6% असून त्या हिशोबाने जवळपास 1 लक्ष मुले अतितीव्र कुपोषित असावीत.

प्र. 15 : बालकांमधील कुपोषणाच्या स्थितीत गेल्या काही वर्षात सुधारणा होते आहे काय?

गेल्या 27 वर्षात NNMB ने केलेल्या चार सर्वेक्षणांवरून असे दिसते की महाराष्ट्रातील बालकांत तीव्र कुपोषणाचे प्रमाण विविध वर्षात खालील प्रमाणे होते.

% महाराष्ट्रातील बालकात तीव्र कुपोषण (गोमेझ) चे प्रमाण (NNMB)



स्रोत : NNMB Reports

निश्कर्ष : 1975 ते 1988 या काळात राष्ट्रीय तसेच महाराष्ट्रातील तीव्र कुपोषणाचे प्रमाण बरेच कमी झाले. पण 1988 पासून 2002 पर्यंतच्या 14 वर्षांच्या काळात महाराष्ट्रातील तीव्र कुपोषणाच्या प्रमाणात 7.8 टक्के क्यावरून 7.2 टक्के अितकी नगण्य सुधारणा आहे. ही अतिशय चिंताजनक बाब आहे.

प्र. 16 : कुपोषणाबाबत शासकीय (ICDS) माहिती किती खरी आहे?

- ICDS तर्फे समितीसमोर सादर केलेल्या माहितीनुसार राज्यातील अेकूण 62,752 आंगणवाड्या मधे अेकूण जवळपास 48 लक्ष मुले नोदवलेली आहेत, त्यातील जवळपास 36 लक्ष बालकांना योजनेचा लाभ मिळतो.
- ICDS मधे बालकांचे कुपोषण हे वजनाच्या आधारे IAP वर्गीकरणाने मोजले जाते. नोव्हेंबर 2003 मधे राज्यातील 60 लक्ष बालकांचे वजन मोजले असता कुपोषणाचे प्रमाण खालीलप्रमाणे होते.

तक्ता - 10

ICDS विभागाची आकडेवारी

कुपोषणाची ग्रेड (IAP)	टक्के	बालकांची संख्या
नॉर्मल	44.84%	27,15,690
ग्रेड 1 कुपोषण	39.00%	23,62,659
ग्रेड 2 कुपोषण	15.82%	9,58,507
ग्रेड 3+4 (तीव्र) कुपोषण	0.35%	21,564

- iii) ICDS मधील तीव्र व मध्यम कुपोषणाचे आकडे फार कमी आहेत असे आढळते. तिची विश्वासाहता तपासण्यासाठी NNMB ने आपल्या वर्ष 2002 च्या 6 महिने ते 6 वर्षे वयाच्या बालकांच्या सर्वेक्षणाची आकडेवारी ICDS सारखी वर्गीकरणाची पध्दत (IAP) वापरून खालील प्रमाणे दिली आहे.

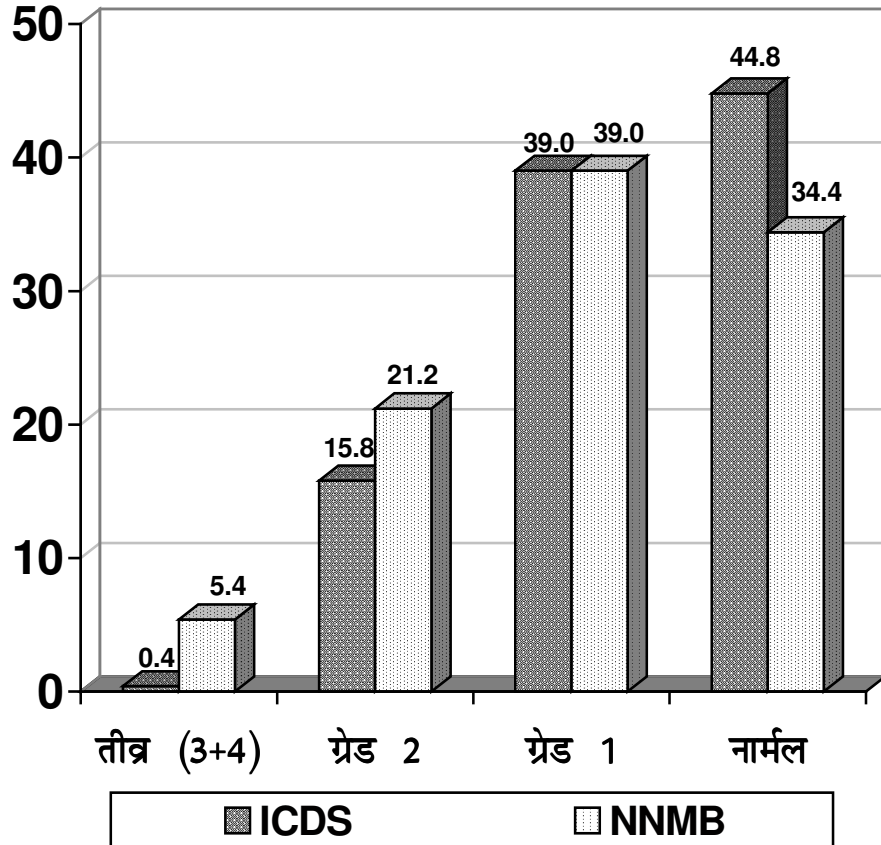
तक्ता - 11

कुपोषणाबाबत ICDS च्या आकडेवारीची NNMB च्या महाराष्ट्राबाबत आकडेवारीशी तुलना

कुपोषण ग्रेड (IAP)	ICDS (महाराष्ट्र)	NNMB (महाराष्ट्र)
नॉर्मल	44.83%	34.4%
ग्रेड 1 कुपोषण	39.00%	39.0%
ग्रेड 2 कुपोषण	15.82%	21.2%
ग्रेड 3+4 (तीव्र) कुपोषण	0.35%	5.4%

आकृती - 11

कुपोषणाबाबत ICDS च्या आकडेवारीची NNMB सोबत तुलना (2002)



(IAP) ग्रेडींग

NNMB च्या आकडेवारीशी तुलना करता ICDS च्या आकडेवारीत तीव्र कुपोषण 5.4% अंशेवजी फक्त 0.35% म्हणजे पंधरा पटींनी कमी रिपोर्ट करण्यात आले आहे. ग्रेड 2 हे मध्यम कुपोषण देखील बऱ्याच प्रमाणात कमी दाखवण्यात आले आहे. यापैकी काही फरक NNMB सॅपलचा आकार व म्हणून अंदाजाला येणारी रेंज यामुळे असला तरी तीव्र कुपोषणाच्या प्रमाणातला 15 पटींचा फरक ICDS च्या आकडेवारीच्या विश्वासाहतेवर प्रश्नचिन्ह निर्माण करते.

निष्कर्ष : ICDS मध्ये तीव्र कुपोषिताचे प्रमाण प्रमाणभूत आकडेवारीपेक्षा 15 पटींनी कमी दाखविलेले आहे. त्यामुळे ICDS च्या आकडेवारीबाबत गंभीर शंका अुपस्थित होते.

प्र. 17 -कुपोषणाचे आदिवासी भागातील प्रमाण किती ?

या महत्वाच्या प्रश्नाबाबत समितीने माहिती शोधली. ICDS ची माहिती अविश्वासाह आहे. NFHS या राष्ट्रीय सर्वेक्षणांमधील महाराष्ट्राची माहिती आदिवासी भागांसाठी वेगळी दिलेली नाही. महाराष्ट्र शासनाच्या आदिवासी शोध संस्थानचे संचालक श्री. अरुण भाटिया यांनी केलेला अभ्यास किंवा आदिवासी भागातून वारंवार प्रकाशित होणा-या कुपोषणाच्या व बालमृत्यूंच्या घटना हे सर्व बघता आदिवासी बालकांमधील कुपोषणाचे प्रमाण राज्याच्या सरासरीपेक्षा बरेच जास्त असावे. त्याबाबत NNMB ने नमूना पध्दतीने सर्वेक्षण केले असता (NNMB, Technical Report No. 19, 2000) आदिवासी बालकांमधील कुपोषणाचे खालील प्रमाण आढळले (तक्ता - 12 व 13)

तक्ता 12

महाराष्ट्रातील आदिवासी मुलांमधील कुपोषणाचे प्रमाण (1-5) वर्षे)
(गोमेझ वर्गीकरण, NNMB, 2000)

ग्रेड (गोमेझ)	आदिवासी मुले (%)	ग्रामीण महाराष्ट्र (तुलनेसाठी) (%)
नॉर्मल	2.9	8.2
हल्के कुपोषण (1)	23.5	39.6
मध्यम कुपोषण (2)	58.8	45.0
तीव्र कुपोषण (3)	14.8	7.2

महाराष्ट्रातील आदिवासी मुलांमधील कुपोषण (1-5 वर्षे)
(SD पध्दत, NNMB, 2000)

ग्रेड	आदिवासी मुले (%)
- 2 SD च्या वर वजन	17.0
- 2 SD ते -3 SD पर्यंत वजन	40.0
- 3 SD पेक्षा कमी वजन	43.0

कुपोषणाबाबत निश्कर्ष :

1. महाराष्ट्रातील बालकांमधे तीव्र कुपोषणाचे (ग्रेड 3+4) प्रमाण किमान (IAP) व्याख्येनुसार 5.4% आहे, व मध्यम कुपोषण (ग्रेड 2) चे प्रमाण 21.2% आहे. म्हणजे जवळपास आठ लक्ष पंधरा हजार बालके तीव्र कुपोषित व 32 लक्ष बालके मध्यम कुपोषित आहेत. अतितीव्र कुपोषित (ग्रेड 4) 0.6% अर्थात जवळपास 1 लक्ष बालके आहेत.
2. तीव्र कुपोषणाच्या बाबतीत महाराष्ट्र हे भारतातील मागासलेल्या राज्यांच्या रांगेत बसते.
3. गेल्या 14 वर्षात तीव्र कुपोषणाबाबत सुधारणा नगण्य आहे.
4. तीव्र कुपोषणाबाबत ICDS ची आकडेवारी जवळपास 15 पटींनी कमी व त्यामुळे अविश्वासाई आहे.
5. आदिवासी भागातील बालकांत कुपोषणाचे प्रमाण फार जास्त असून जवळपास 15% आदिवासी मुले तीव्र कुपोषित (ग्रेड 3+4) आहेत. हे प्रमाण ग्रामीण महाराष्ट्रातील मुलांपेक्षा दुप्पट आहे.
6. महाराष्ट्रातील बालकांमधे कुपोषणाचे प्रमाण 1988 पासून 2002 या 14 वर्षात जवळपास कमी झालेले नाही. या अपयशाचा सखोल अभ्यास व कारणमीमांसा आवश्यक आहे.

प्र. 18 : कुपोषण का होते ?

कुपोषणाची कारणे खूप व्यापक आहेत, ज्यात गरीबी, अन्नाचा व रोजगाराचा अभाव पासून अज्ञान, वारंवार होणारे जंतुदोष, आईला अपुरा आहार व रोग, आरोग्यसेवांचा अभाव अशा अनेक गोष्टींचा समावेश आहे. म्हणून कुपोषणाचा प्रश्न सोडवण्यास व्यापक कृती आवश्यक असते. ICDS व आरोग्य विभागाकडून यातील काही कळीच्या मुद्यांवर (गरोदर व बाळंतीण आईला आहार, लोहाच्या गोळ्या, आरोग्य शिक्षण, बालकांना पूरक आहार, बालकांना लसीकरण, बालकांच्या रोगांचा तत्काळ उपचार) प्रभावी अुपाय योजना अपेक्षित असते. पूरक आहार + आरोग्य सेवा दोन्ही दिल्यास कुपोषण व बालमृत्यू बरेच कमी होतात असे यापूर्वीच्या प्रयोगांनी (नारंगवाल प्रयोग, INCAP प्रयोग) दाखवले आहे. 1988 नंतर महाराष्ट्रात तसा परिणाम घडत असल्याचे आढळत नाही याची कारणमीमांसा अधिक सखोल अभ्यासांनी तपासण्याची गरज आहे.

7 शासकीय व्यवस्थेतील गंभीर कर्तव्यच्युती

बालमृत्यूंच्या या अभ्यासात आढळलेली अेक गंभीर बाब ही आहे की लोकशाही शासनातील वरीष्ठ अधिकाऱ्यांनी महाराष्ट्रात दरवर्षी होणाऱ्या अेक लाखाहून अधिक बालमृत्यूंबाबत जबाबदारी व जबाबदेही (accountability) यांचा अभाव दर्शवला.

- i) बालमृत्यू नोंदीच्या तीन स्वतंत्र शासकीय प्रणालींचे, (MIS, CRS व SRS यांचे) संचालन व convergence हे आरोग्य व कु.क. संचालनालय यात होत असते. यापैकी MIS व CRS मधील बालमृत्यूंची माहिती ही त्यांच्याच अखत्यारीतील अन्य अेक माहिती व्यवस्था, (केंद्र शासनाच्या SRS) च्या तुलनेत 70% अपूर्ण आहे हे वर्षानुवर्षे होत असतांना व माहित असूनही आरोग्य व कु.क. संचालनालयाने याची दखल घेऊन दुरुस्तीसाठी आवश्यक प्रभावी कृती केली नाही.
- ii) “बालमृत्यू कुपोषणाने नव्हे तर अितर रोगांनी होतात” असे भ्रामक स्पष्टीकरण देऊन कृतीची जबाबदारी टाळली. वस्तुतः बहुतांश (WHO अनुसार 55%) बालमृत्यूंमध्ये कुपोषण हे अेक महत्वाचे कारण असते. शिवाय मृत्यूचे कारण असलेले “अितर रोग” (न्युमोनिया, हगवण, मलेरिया नवजात बालकांचे रोग) कमी करणे ही आरोग्य विभागाची जबाबदारी आहे.
- iii) हायकोर्टाच्या नागपूर बेंचने आदिवासी भागातील कुपोषण व बालमृत्यू कमी करण्यासाठी दिलेले आदेश पूर्णपणे लागू केले नाही.

- iv) संपूर्ण महाराष्ट्रात बालमृत्यू कमी करण्याचा 'सर्च' पॅटर्न लागू करू ही मुख्यमंत्री श्री. विलासराव देशमुख यांनी केलेली घोषणा (डिसेंबर 2000), १४ जिल्ह्यात ती ताबडतोब सुरू करावी असा मुख्यमंत्री व आरोग्यमं=यांनी घेतलेला निर्णय (५ डिसेंबर 2001, मुंबई) असे असूनही गेल्या तीन वर्षात त्याबाबत व्यापक व प्रभावी अंमलबजावणी केलेली नाही. शेवटच्या माहितीनुसार अशी व्यवस्था केवळ पाच तालुक्यात सुरू करण्यात आली आहे. तिचेही मूल्यांकन व्हावयाचे आहे.
- बालमृत्यू कमी करण्यासाठी मुख्यमं=यांनी दिलेल्या आदेशांवर (डिसेंबर 2001) अंमलबजावणी केली नाही.
 - घेतलेल्या शासकीय निर्णयांच्या (डिसेंबर 2001) अंमलबजावणीचा आढावा घेण्याविषयी सूचनांकडे (मुख्यमं=यांचे पत्र जून 2002) दुर्लक्ष केले
- v) जन्म-मृत्यूंची नोंद पूर्णपणे व्हावी याचा आढावा व कृतीची अंतिम जबाबदारी असलेल्या वरिष्ठ अधिकाऱ्यांच्या आंतर्विभागीय समन्वय समितीने महाराष्ट्रात बालमृत्यू होतात असा पुरावा व प्रचंड चर्चा विधानभवन व समाजात होत असतांनाच्या काळात (सप्टेंबर 2000 नंतर ते मार्च 2004 पर्यंत) साडेतीन वर्षे आढाव्याची साधी बैठक देखील घेतली नाही.
- vi) वर्तमानपत्रे, स्वयंसेवी संघटना व विरोधी पक्ष यांनी वारंवार पुरावे मांडूनही तत्कालीन आरोग्यमं=यांनी विधान भवनात किंवा वर्तमानपत्रात आपल्या विभागातील अधिकाऱ्यांच्या चूक माहितीची चौकशी करण्याऐवजी तिचेच सतत समर्थन केले. बालमृत्यूच्या प्रश्नावर कृती करण्याचे भरीव आश्वासन विधान भवनात वारंवार देऊनही कृती केली नाही.

आरोग्य विभागाने कुटुंब नियोजन व लसीकरण हे दोन कार्यक्रम आपल्या यंत्रणेमार्फत प्रभावीरीत्या अंमलात आणून अिच्छाशक्ती असल्यास आपण प्रभावी कृती करू शकतो हे दाखवले आहे. आंतरराष्ट्रीय संघटनांनी पाठपुरावा केलेल्या प्राथमिकतांबाबत (कुटुंब नियोजन, पोलिओ लसीकरण, अेड्स) जागृत व सक्रीय असणारे वरिष्ठ अधिकारी महाराष्ट्रातील बालमृत्यूबाबत तीन वर्षे सक्रीय होत नाहीत, वरुन, "ही समस्याच अस्तित्वात नाही," किंवा असल्यास, "ती जबाबदारी आपली नाही, अितरांची आहे" अशी भूमिका घेऊन संपूर्ण महाराष्ट्राला व शासनाला आपण सहज भुलवू असा आत्मविश्वास बाळगतांना दिसतात.

ही सर्व अतिशय गंभीर रोगाची चिन्हे आहेत. परिणामतः टाळता आले असते असे 1 लक्षहून अधिक बालमृत्यू गेली चार वर्षे होत राहिले आहेत, यंदाही होत आहेत.

अुपाय योजना व शिफारसी

1. कोणतीही समस्या सोडवण्याची सुरवात ती समस्या पूर्णपणे मोजून तिची व्याप्ती व तीव्रता ठरवणे याने होते. त्यामुळेच त्या समस्येचे महत्व कळते, अुपाय आखण्यासाठी पुराव्याचा आधार मिळतो आणि अुपायांची परिणामकारकता सतत तपासून मूल्यमापन करता येते. गरीबी, बलात्कार, अेड्स, सार्स - सर्वच समस्यांना हाच नियम लागू पडतो. तापाचे नीट निदान व अुपचार करण्यासाठी थर्मामीटर नीट हवे.

बालमृत्यू कमी करण्याच्या प्रयत्नांचा पाया आणि पहिली पायरी ही बालमृत्यूच्या घटनांची 100 टक्के नोंद करणे आहे.

2. जन्म व मृत्यूंची नोंद शासकीय यंत्रणेकडे येअून करण्याची जबाबदारी Civil Registration System 1969 कायद्याने कुटुंबियांवर टाकली आहे. मोठ्या माणसांच्या मृत्यूत संपत्तीची वाटणी अथवा अनेक आर्थिक हित व कायदेशीर बाबी गुंतल्या असल्याने त्यांची नोंद होते. पण आपले तान्हे मूल मेले असल्याची बातमी शासनाला कळवण्यात अगोदरच दुःखग्रस्त असलेल्या आई-वडिलांना काहीही रस न वाटणे स्वाभाविक आहे. म्हणूनच प्रयत्न करुनही CRS मधे बालमृत्यूंची नोंदणी 30 टक्केच्या वर गेलेली नाही. लोकांची ही नैसर्गिक प्रवृत्ती बघता सर्व जनतेने बदलण्याची अपेक्षा करण्याअैवजी शासकीय नियम बदलणे अधिक व्यवहारिक होईल.

बालमृत्यूंची 100 टक्के कायदेशीर (CRS) नोंद करण्याची जबाबदारी ज्यांना शासनाकडून वेतन मिळते त्यांना - म्हणजेच ग्रामसेवकांना द्यावी. व त्या माहितीचे विकेंद्रित पातळीवर संगणीकरण करावे ज्यामुळे तत्काळ अहवाल संकलित होतील.

3. महाराष्ट्र शासनाने आरोग्य विभागाची माहिती व निर्णय व्यवस्था आणि ICDS या मधील बालमृत्यूंचे व कुपोषणाचे रिपोर्टिंग पूर्ण व बिनचूक व्हावे यासाठी तत्काळ अुपाय करावेत. अहवालात सध्याच्या अडचणींची व संभाव्य अुपायांची विस्तृत चर्चा केली आहे. पण काही महत्वाच्या बाबी अशा

i) बालमृत्यू कळवल्यास ठपका व चौकशी होते, न कळवल्यास अहवाल सुरळीतपणे स्वीकृत होतो - ही आजची स्थिती अुलटून बालमृत्यू कळवल्यास प्रोत्साहन आणि न कळवल्यास दंडात्मक शिक्षा अशी व्यवस्था असावी.

ii) 'बालमृत्यू झाल्यास निर्भयपणे कळवा' असे आश्वासक वातावरण शासकीय यंत्रणेत निर्माण होणे आवश्यक आहे. यासाठी अेक वर्ष Voluntary disclosure scheme सारखी कल्पना वापरुन आरोग्य कर्मचाऱ्यांना आपल्या

कार्यक्षेत्रातील बालमृत्यूंची वास्तविकता पूर्णपणे कळवण्यास प्रोत्साहित करावे. त्यानंतर ही बेसलाईन होऊन प्रगती मोजली जाईल हे स्पष्ट करावे.

- iii) बालमृत्यूंच्या घटना ज्यांना स्वाभाविकपणे माहीत असतात अशा व्यक्ती - दाई, महिला मंडळांचे पदाधिकारी, सरपंच, पोलीस पाटील, ग्रामपंचायतीचे सदस्य आणि महिला ग्रामसभा, महिला बचत गट यांचे सहकार्य घ्यावे.
 - iv) शहरी भागात संपूर्ण नोंदणीसाठी खाजगी डॉक्टर व रुग्णालयाकडून नियमित माहिती घेण्याची व्यवस्था करावी.
 - v) ICDS व आरोग्य विभागाच्या MIS मध्ये कार्यक्षेत्रात प्रत्यक्ष घडलेल्या घटना (de-facto) पध्दत स्वीकारावी. त्यामुळे CRS सोबत त्यांची माहिती जुळेल, व शिवाय अधिक पूर्ण माहिती संकलित होईल.
 - vi) ICDS मधील अंगणवाडी सेविका व आरोग्य परिचारिकेद्वारे घरोघरी जाऊन करण्यात येणाऱ्या जोडप्यांच्या सर्वेक्षणात बालमृत्यूसंबंधी प्रश्न टाकून प्रश्नावली द्यावी. अंगणवाडी सेविकेने शोधलेल्या प्रत्येक बालमृत्यूसाठी तिला प्रोत्साहन द्यावे.
 - vii) आरोग्य विभागाची MIS सुटसुटीत, छोटी, व स्थानिक पातळीवर निर्णय घेण्यास मदत करणारी अशी आखावी. तिच्या आकडेवारीची गुणवत्ता, पूर्णता व निर्णय घेण्यासाठी अुपयोग करणे यावर काळजीपूर्वक भर द्यावा.
 - viii) MIS चा फॉर्म आणि सर्व पातळीवरील मासिक आढावा बैठकीत बालमृत्यूंच्या रिपोर्टिंगपासून सुरवात करावी.
 - ix) बालमृत्यूंच्या घटना तत्काळ कळवणारी intelligence व्यवस्था आरोग्य विभागात असावी. स्थानिक व वरिष्ठ अधिकाऱ्यांनी त्या माहितीच्या आधारे तत्काळ कृती करावी. बालमृत्यूंबाबत शासनाला सावध करण्याचे काम या माहिती व्यवस्थेमार्फत व्हावे. वर्तमानपत्रातील बातम्यानंतर आरोग्य अधिकारी जागे होतात असे घडू नये.
4. शासनाने वरिष्ठ अधिकाऱ्यांच्या मूल्यांकनात व विभागांच्या आढाव्यात बालमृत्यूंच्या प्रश्नाला कुटुंब कल्याण व लसीकरणाच्या वर प्राधान्य द्यावे.
 5. बालमृत्यूंची नोंद व रिपोर्ट करण्याच्या कर्तव्याची नीट अंमलबजावणी होते आहे ह्याची काटेकोर देखरेख असावी.
 6. बालमृत्यू न कळवणे हा मानवी जीवाबाबत केलेला भ्रष्टाचार आहे व मानवीय गुन्हा आहे. झालेले बालमृत्यू न कळवणारे कर्मचारी तसेच बालमृत्यू व कुपोषण याबाबत बिनचूक माहितीचा आग्रह न धरणारे अधिकारी यांच्यावर यापुढे गंभीर स्वरूपाची दंडात्मक कारवाई व्हावी.

7. ICDS मधील बालकांच्या तीव्र कुपोषणाची आकडेवारी NNMB पेक्षा 15 पटीने कमी असल्याने संदेहास्पद आहे. या कमी रिपोर्टिंगचे कारण शोधून दुरुस्त करण्यासाठी तत्काळ अुपाय योजावेत.
8. आरोग्य विभागाची माहिती व्यवस्था व निर्णय व्यवस्था यातील गंभीर त्रुटी व अकार्यक्षमता बघता त्यात अकांअुंटेबिलिटी आणणे व निर्णय घेणाऱ्या केंद्रांची पुनर्रचना करुन त्यांना सक्षम व जबाबदार करणे तत्काळ आवश्यक आहे.
9. आरोग्य विभाग व ICDS यातील बालमृत्यूच्या रिपोर्टिंगचा मासिक आढावा जिल्हापातळीवर जिल्हाधिकारी व मुख्यमार्यपालन अधिकारी, विभागीय पातळीवर विभागीय आयुक्त आणि प्रांत पातळीवर मुख्य सचिवांनी घ्यावा. रिपोर्टिंगचे अपुरेपण कळण्यासाठी तुलना म्हणून SRS ची आकडेवारी वापरावी. मुख्य सचिवांना या मूल्यांकनात मदत करण्यासाठी तज्ञ सल्लागार नेमावे.
10. ग्रामसभा, स्वयंसेवी संस्था, पत्रकार, लोकप्रतिनिधी यांना कळलेल्या बालमृत्यूच्या घटना त्यांनी कळवण्यास आवाहन व छापील पोस्टकार्ड द्यावे. त्या घटना MIS, ICDS व CRS ने नोंद केल्या की नाही याची तपासणी करुन जिल्हाधिकाऱ्यांनी अुचित कारवाई करावी.
11. महाराष्ट्रातील बालमृत्यूंची प्रमुख कारणे 1) नवजात बालकांचे मृत्यू 2) न्युमोनिया 3) हगवणीचे रोग व 4) कुपोषण ही आहेत. सध्याच्या अर्भक मृत्यूंपैकी 75% हे नवजात बालकांचे मृत्यू आहेत. योग्य काळजी व अुपचारांनी ह्यातील बहुतांश मृत्यू टाळता येतात अशी यशस्वी प्रायोगिक अुदाहरणे बघता शासनाने तत्काळ प्रत्येक गाव, पाडा, वस्तीमधे गावातीलच स्त्री प्रशिक्षित करुन आरोग्य कार्यकर्ती निर्माण करणे व नवजात बाळांसह सर्व बालकांच्या वरील रोगांचा तत्काळ अुपचार गावातच आणि आवश्यक तेव्हा रुग्णालयात मिळणे यासाठी कार्यक्रम आखावे.
12. महाराष्ट्र शासनाने बालमृत्यू व कुपोषण हे दोन प्रश्न प्राधान्याचे म्हणून स्वीकारावे व त्यांच्या अुच्चाटनाला प्राथमिकता द्यावी. महाराष्ट्राचे घोषित लक्ष्य - वर्ष 2010 पर्यंत अर्भक मृत्यूदर 15 पर्यंत कमी करणे - प्राप्त करण्यासाठी राजकीय अिच्छाशक्ती, प्रशासकीय कुशलता व जागृत लोकशक्ती या तिन्ही शक्तींचा मेळ होणे आवश्यक आहे. त्यासाठी 'बालमृत्यु मुक्त महाराष्ट्र' हे राज्यव्यापी अभियान सुरु करावे.