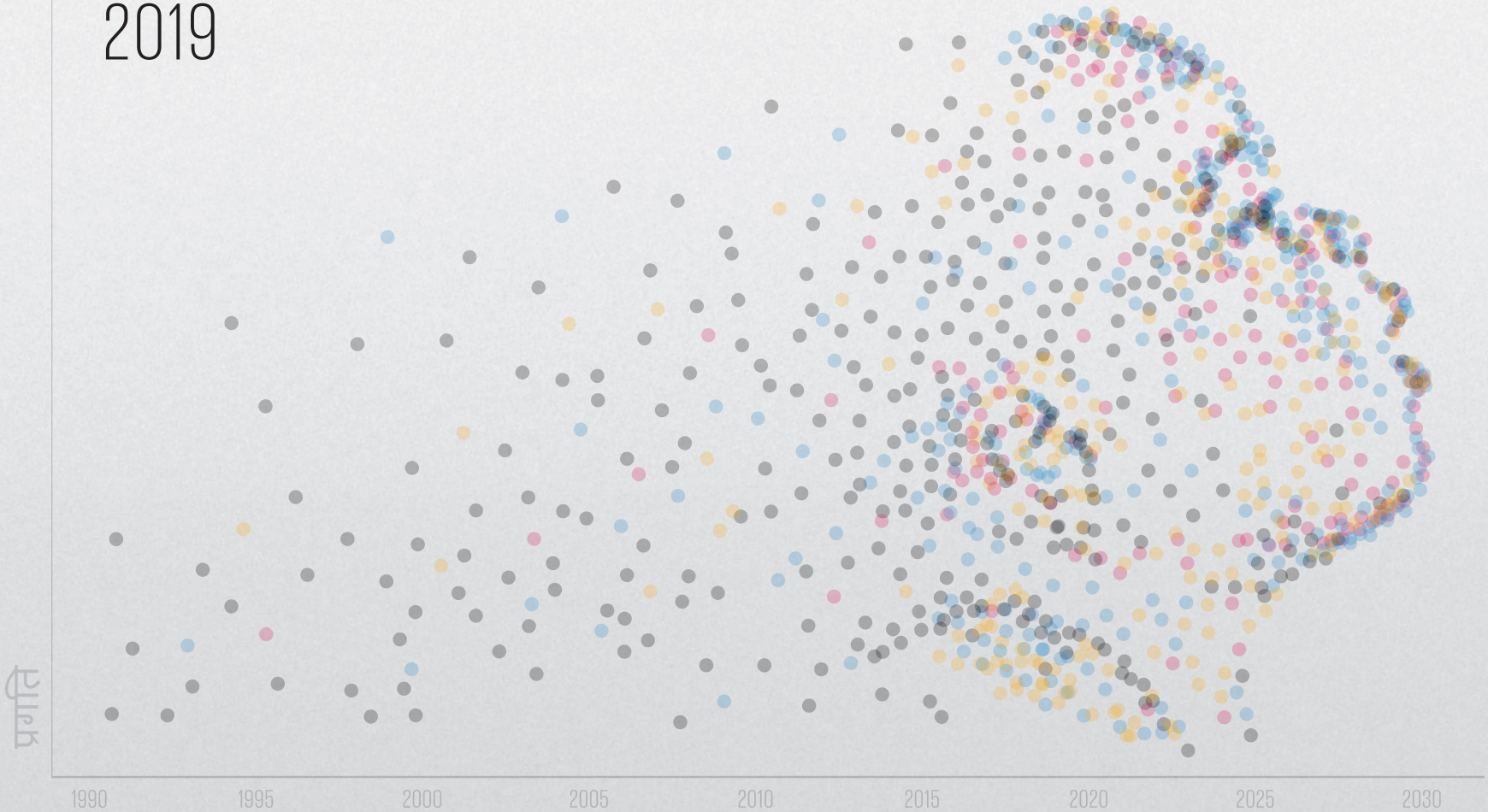
असमानता की पड़ताल
2019



BILL & MELINDA GATES foundation
GOALKEEPERS

विषयवस्तु

02 असमानता की पड़ताल

20 प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल

26 डिजिटल समावेशन

32 जलवायु अनुकूलन

38 डेटा का पता लगाना

असमानता की पड़ताल

भूगोल और जेंडर कैसे आपके हालात को अनुकूल (या प्रतिकूल) बनाते हैं

बिल और मिलिंडा गेट्स

सह—अध्यक्ष, बिल एंड मिलिंडा गेट्स फाउंडेशन

हमारा जन्म एक धनी देश में श्वेत, समृद्ध माता—पिता के घर हुआ, जो फलते—फूलते समुदायों में रहते थे और वे हमें बेहतरीन स्कूलों में भेजने में समर्थ हो सके। बहुत से अन्य कारणों के साथ—साथ इन कारणों ने हमें एक शानदार स्थिति में पहुंचाया, ताकि हम कामयाबी का शिखर चूम सकें।

हालांकि अरबों लोग इन विभाजक रेखाओं के दूसरी तरफ हैं। दुनिया भर के लाखों लोगों का कठिनाइयों से सामना होना बिल्कुल तय है।

हमारा मानना है कि यह गलत है। प्रत् येक व् यक्ति को स् वस् थऔर उपयोगी जीवन बिताने के लिए समान अवसर मिलनेचाहिए।

पिछले 20 वर्षों से, हमने निम्न-आय वाले देशों में स्वास्थ्य और विकास क्षेत्र में निवेश किया है, क्योंकि हमने जो सबसे खराब असमानता देखी वह यह थी कि बच्चों की मौतें आसानी से रोकथाम किए जा सकने वाले कारणों से हो रही हैं। अमेरिका में, हमने मुख्य रूप से शिक्षा में निवेश किया है, क्योंकि अच्छा स्कूल सफलता की कुंजी है, लेकिन यदि आपकी आमदनी कम है, आप अश्वेत छात्र हैं, या दोनों हैं, तो शिक्षा तक आपकी पहुंच की संभावना घट जाती है।

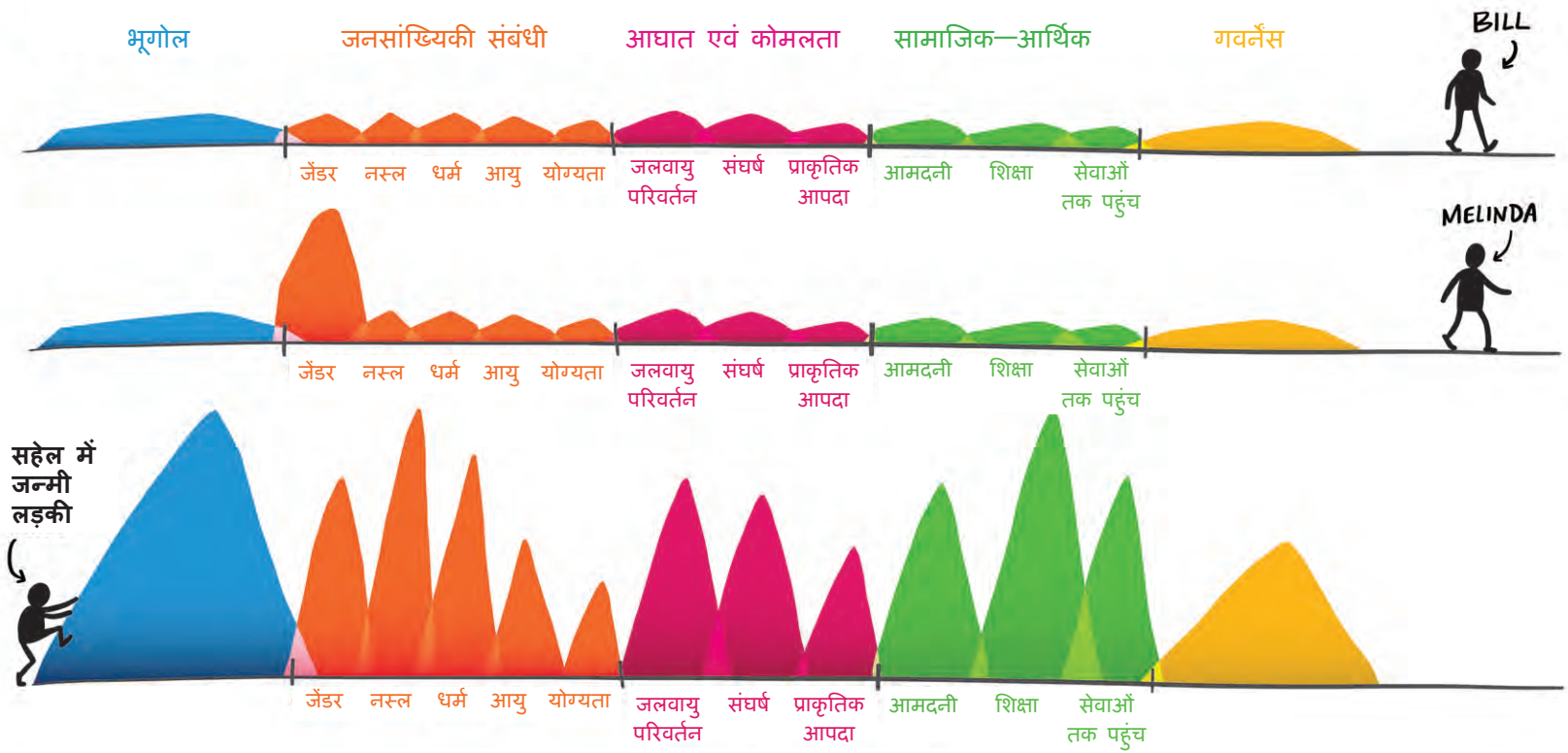
गोलकीपर्स सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) के संबंध में दुनिया की प्रगति पर हमारा वार्षिक रिपोर्ट कार्ड है। एसडीजी वे 17 महत्वाकांक्षी लक्ष्य हैं, जिन्हें संयुक्त राष्ट्र के सदस्य देशों ने 2030 तक हासिल करने की प्रतिबद्धता व्यक्त की है। जैसा कि हम लिखते हैं,अरबों लोगों के उन लक्ष्यों को हासिल करने से चूक जाने का अनुमान है, जिन पर हमने सम्मानजनक जीवन प्रस्तुत करने के लिए सहमति प्रकट की थी। यदि हम प्रगति की रफ्तार बढ़ाना चाहते हैं, तो हमें उस असमानता को मिटाना होगा, जो भाग्यशाली को दुर्भाग्यशाली से अलग करती है।

असमानता की परतें

संयुक्त राष्ट्र ने पिछले साल एक उपयोगी आरेख प्रकाशित किया था जिसमें समान विशेषताओं वाली पांच श्रेणियों के साथ, जिनमें से हरेक उपश्रेणियों में विभाजित हो सकती थी, यह दर्शाया गया था कि असमानत किस हद तक जटिल हो सकती है। हम इस रिपोर्ट में भूगोल और जेंडर, जनसांख्यिकी संबंधी उपश्रेणी पर ध्यान केंद्रित करेंगे।

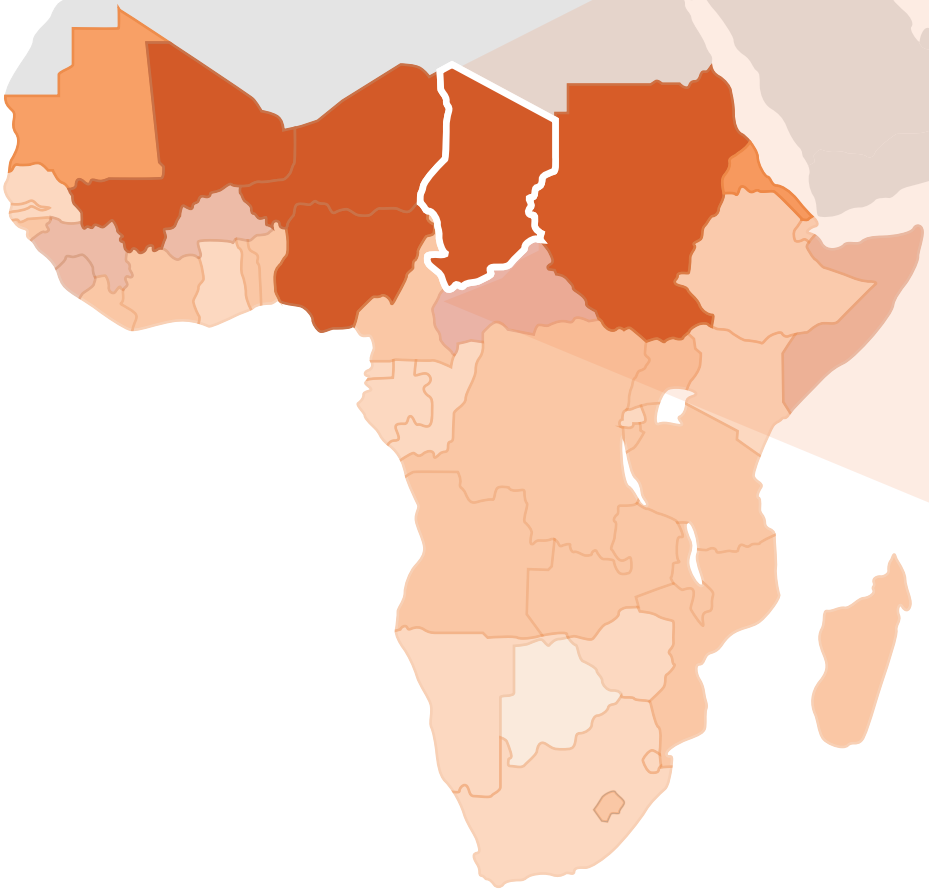
भविष्य की दिशा में शुरूआत करना

यदि आप जीवन को एक यात्रा के रूप में देखते हैं, तो प्रत्येक नुकसान यात्रा को कठिन बनाता है। जैसा कि नीचे दिए चित्र में दिखाया गया है, हमारा भावी मार्ग काफी हद तक बाधाओं से मुक्त हैं। दुनिया के निर्धनतम क्षेत्रों में से एक सहेल में जन्मी लड़की को स्वस्थ, उपयोगी जीवन के लिए एक के बाद एक, अनेक बाधाओं से निपटना पड़ता है।



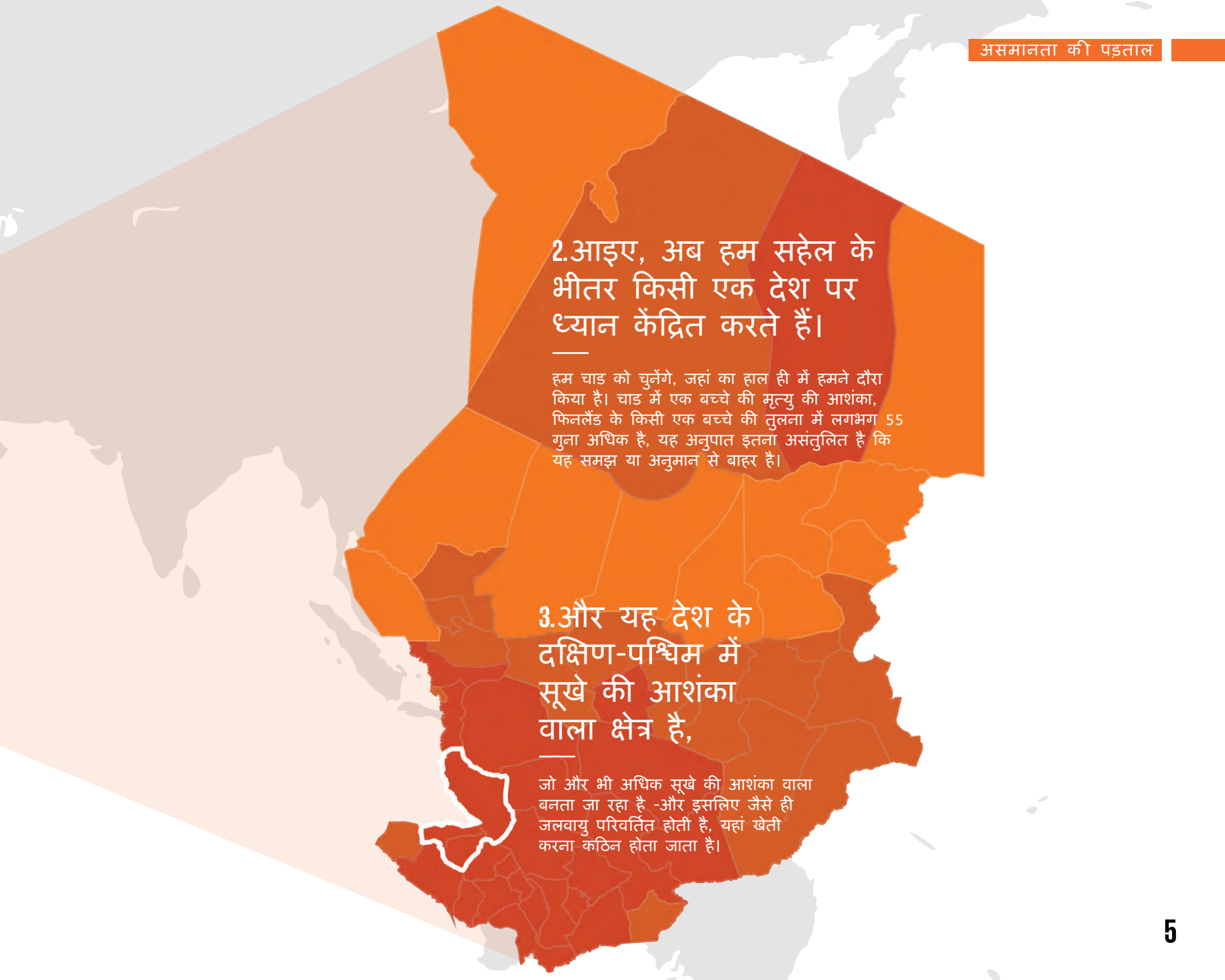
आइए, हम असमानता की परतों पर बारीकी से गौर करते हैं

1.अफ्रीका के शीर्ष के पास यह संकरी पट्टी सहेल है, जहां बाल मृत्यु दर (बहुत सी अन्य तकलीफों के साथ) धरती की किसी भी अन्य जगह से बदतर है। हमने अनेक सहेल देशों का दौरा किया और अपने नागरिकों जीवन को बेहतर बनाने के लिए प्रतिबद्ध सरकारी अधिकारियों से मुलाकात की। उन्होंने अपने देशों के संबंध में अपने लक्ष्यों के बारे में हमें बताया और साथ ही अपनी राह की बाधाओं की भी जानकारी दी।



बाल मृत्यु दर
(पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर)

- 0–3 %
- >3–6 %
- >6–9 %
- >9–12 %
- >12–15 %



2.आइए, अब हम सहेल के भीतर किसी एक देश पर ध्यान केंद्रित करते हैं।

हम चाड को चुनेंगे, जहां का हाल ही में हमने दौरा किया है। चाड में एक बच्चे की मृत्यु की आशंका, फिनलैंड के किसी एक बच्चे की तुलना में लगभग 55 गुना अधिक है, यह अनुपात इतना असंतुलित है कि यह समझ या अनुमान से बाहर है।

3.और यह देश के दक्षिण-पश्चिम में सूखे की आशंका वाला क्षेत्र है,

जो और भी अधिक सूखे की आशंका वाला बनता जा रहा है -और इसलिए जैसे ही जलवायु परिवर्तित होती है, यहां खेती करना कठिन होता जाता है।

4.इस सूखे क्षेत्र के भीतर,

यहां पारंपरिक रूप से हाशिए पर रहने वाला एक जातीय समूह है - अनेक समूहों में से एक।

5.और इस समुदाय के भीतर, एक लड़की है, जो ऐसे सामाजिक नियमों में जकड़ी है,

जो उसे आदेश देते हैं कि जीवन में उसकी भूमिका अपने पति की सेवा करना और उसके बच्चों को जन्म देना है।

गुएलेनग्देंग, चाड

जितनी बार हम तह में जाते हैं, हर बार हमें अभाव की एक और परत दिखाई देती है। जीवन को मुश्किल बनाने के लिए इन अभावों का अम्बार जमा करने की जरूरत नहीं है - लेकिन जब ऐसा होता है, जैसा कि चाड में हाशिए पर मौजूद लड़की के साथ है, तो उसका प्रभाव बहुत कठोर होता है।

उसका जीवन किस तरह का है? डेटा बताते हैं कि कई बार शायद उसके भूखों मरने की नौबत आ चुकी है। ऐसी संभावना है कि उसे कभी ऐसे पौषक तत्व नहीं मिले, जो उसके शरीर और मस्तिष्क के विकास के लिए आवश्यक हैं। इस बात की संभावना है कि वह पढ़ या लिख नहीं सकती और वह 20 साल की होने से पहले गर्भवती हो जाएगी,हालांकि उसका शरीर बच्चे के जन्म के समय की कठोरता के लिए तैयार नहीं होगा।

और जब समय आएगा, तो इस बात के आसार काफी ज्यादा हैं कि वह अकेले ही बच्चे को जन्म देगी।

वह बेहतर जीवन की हकदार है। और हमें विश्वास है कि दुनिया यदि उसके सामने आने वाली अनेक चुनौतियों को समझे और उन्हें दूर करने की दिशा में काम करे तो उसे बेहतर जीवन मिल सकता है।

(काल अमीन केबेले, इथियोपिया)

आपका जन्म स्थान, किसी भी अन्य कारण की तुलना में आपके भविष्य का बेहतर सूचक हो सकता है।

आगे दिए चार्ट्स की श्रृंखला भूगोल और असमानता के बारे में आपको बहुत कुछ बताती है।

हमने स्वास्थ्य और शिक्षा को विषय बनाया है, क्योंकि ये ऐसे प्रमुख घटक हैं,जिन्हें अर्थशास्त्री मानव पूंजी करार देते हैं, जिन्हें हमने पिछले साल की गोलकीपर्स रिपोर्ट में "किसी देश के लिए उत्पादकता और नवाचार करने, गरीबी घटाने, अवसरों का सृजन करने और समृद्धि लाने का सबसे अच्छा तरीका" बताते हुए हाईलाइट किया था। मानव पूंजी में आज किया गया निवेश भविष्य में लोगों की आमदनी बढ़ाने में मदद करता है। लेकिन मानव पूंजी के बिना- वह भी उनके लिए, जो अस्वस्थ और अशिक्षित हैं- गरीबी के चंगुल से बच पाना लगभग असंभव है।

दुनिया में हर जगह स्वास्थ्य और शिक्षा में सुधार हो रहा है

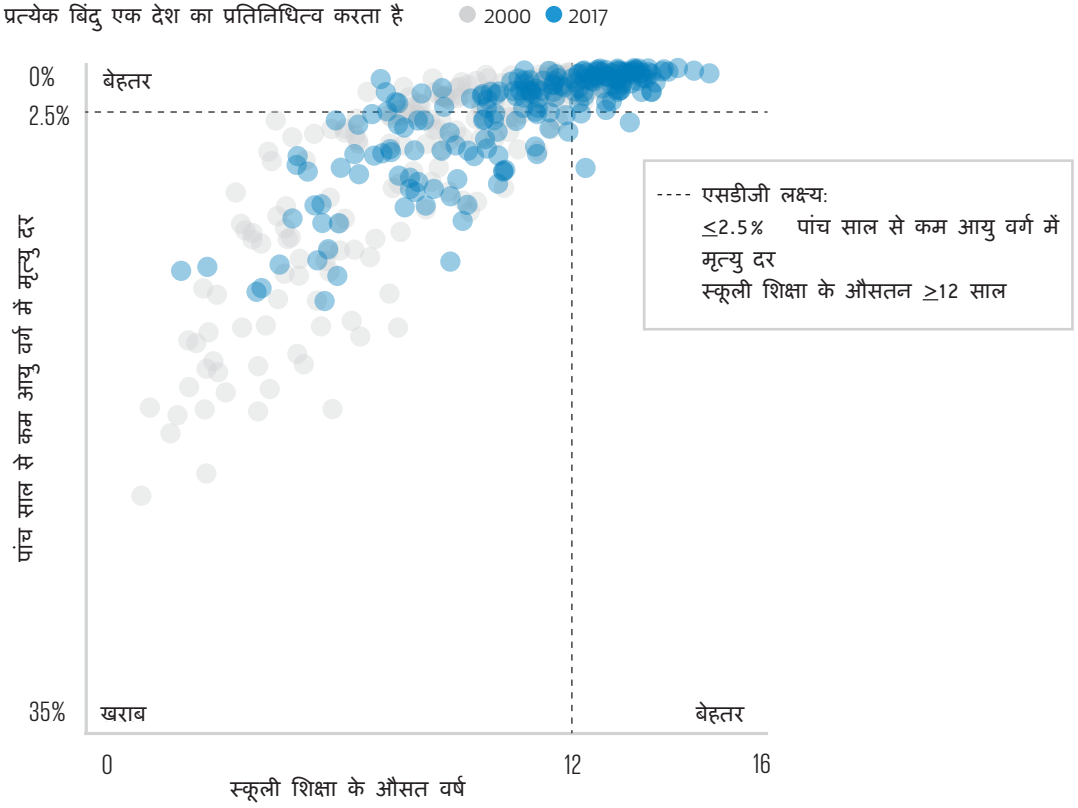
पहली चीज जो आप देख सकते हैं, वह है सार्वभौमिक प्रगति। सबसे चुनौतीपूर्ण देश के बारे में सोचिए, जिसकी आप कल्पना कर सकते हैं। वहां के लोग पहले से ज्यादा स्वस्थ और बेहतर शिक्षित रूप से हैं।

इस चार्ट को कैसे पढ़ें

लम्बवत अक्षरेखा यानी वर्टिकल ऐक्सिस पांच साल से छोटे बच् चों की मृत् यु दर को दर्शाती हैं और क्षैतिज अक्षरेखा यानी हॉरिज़ान्टल ऐक्सिस 20-24 वर्ष वाले आयु वर्ग के लोगों की शिक्षा के औसत वर्षों को दर्शाती हैं। प्रत् येक बिंदु चुनिंदा देश में प्रति शिक्षा वर्ष के दौरान बाल मृत् यु दर को दर्शाता है। प्रत् येक स्लेटी या ग्रे बिंदु 2000 में उस देश को दर्शाता है। प्रत् येक नीला बिंदु उसी देश को 2017 में दर्शाता है, जो हमारे पास सबसे नवीनतम डेटा है।

बाल मृत्यु दर और शिक्षा पर देश की प्रगति, 2000-2017

प्रत्येक बिंदु एक देश का प्रतिनिधित्व करता है

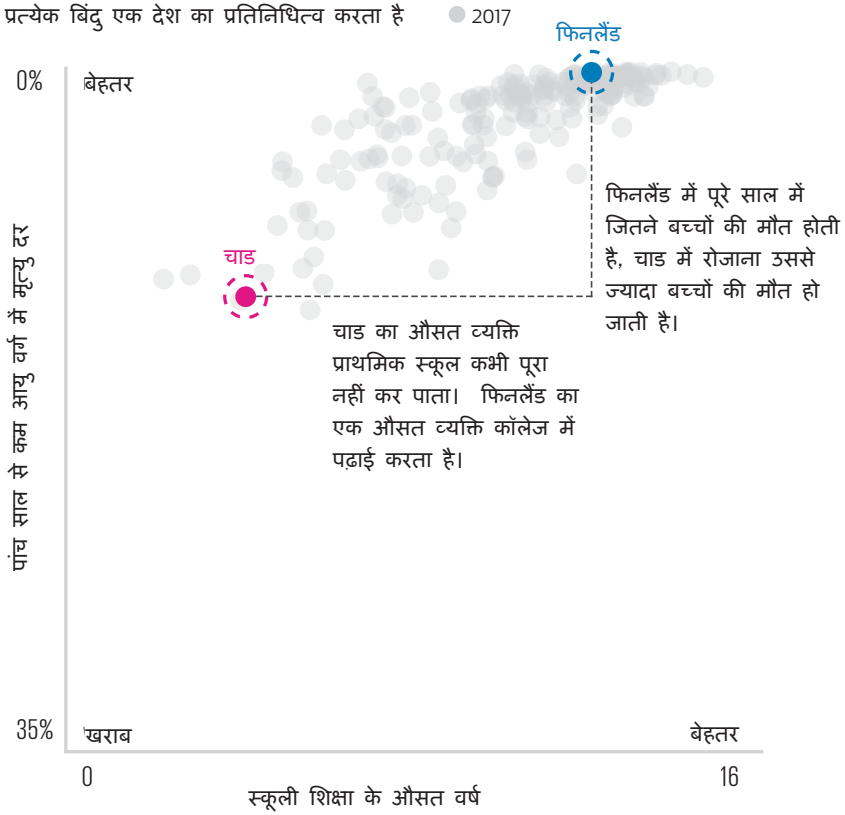


देशों के बीच असमानता कम हुई है, लेकिन काफी हद तक मौजूद है

हालांकि, दूसरी चीज़ जो आप देखते हैं, वह यह है कि कई देशों में, भले ही जीवन बेहतर है, लेकिन हालात अब भी बुरे हैं। चाड और फिनलैंड के बीच अंतर कम हो रहा है, लेकिन यह अब भी बड़े पैमाने पर मौजूद है। फिनलैंड में पूरे साल में जितने बच्चों की मौत होती है, चाड में रोजाना उससे ज्यादा बच्चों की मौत हो जाती है।

चाड और फिनलैंड में बाल मृत्यु दर और शिक्षा, 2017

प्रत्येक बिंदु एक देश का प्रतिनिधित्व करता है



ये अंतर देशों के भीतर भी मौजूद हैं

तीसरी बात जो आप देखते हैं, वह यह है कि यह पैटर्न, बड़ी प्रगति और बड़े अंतर, देशों के अंदर भी मौजूद हैं। पहली बार, हमारे पास जिला स्तर पर मानव पूंजी डेटा मौजूद है। (अलग-अलग देशों में इस राजनीतिक उपखंड के लिए अलग-अलग नाम हैं। अमेरिका में काउंटी हैं; भारत में, जिले; और नाइजीरिया में स्थानीय सरकारी क्षेत्र या एलजीए)।

पिछले 17 वर्षों में विकासशील देशों में 99 प्रतिशत से अधिक जिलों में मानव पूंजी बढ़ी है। चाहे आप कितनी ही विपरीत बातें सुनें, यहां तक कि निर्धनतम लोगों के लिए भी जीवन बेहतर हो रहा है ।

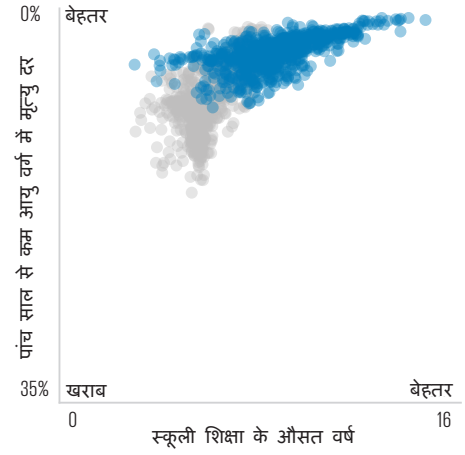
हालांकि, देशों के भीतर जिलों के बीच असमानता बड़े पैमाने पर मौजूद है। भारत पर गौर कीजिए। केरल के कोल्लम जिले में 1 प्रतिशत छोटे बच्चों की मृत्यु होती है, और यहां का व्यक्ति औसतन 14 साल से ज्यादा अर्से तक शिक्षा प्राप्त करता है, जो दुनिया के सबसे विकसित देशों के लगभग बराबर है। इसकी तुलना में, उत्तर प्रदेश के बदायूं जिले में 8 प्रतिशत से अधिक बच्चों की मृत्यु हो जाती है और यहां का व्यक्ति औसतन लगभग छह वर्ष की शिक्षा प्राप्त करता है। वैसे, बदायूं कोई छोटी जगह नहीं है। लगभग 4 मिलियन लोग वहां रहते हैं।

नाइजीरिया में, आंकड़े यही कहानी दोहराते हैं: विश्व-स्तरीय उपलब्धि के निकट गंभीर अभाव मौजूद हैं। उदाहरण के लिए, एकिटी राज्य में, अडो-एकिटी का व्यक्ति औसतन 12 वर्ष से अधिक की शिक्षा प्राप्त करता है, जबकि जिगावा राज्य के गार्की का व्यक्ति औसतन पांच वर्ष तक शिक्षा प्राप्त करता है। जब हम इन चार्ट्स को भविष्य के मॉडल के तौर पर लेते हैं, तो आप देखते हैं कि दुनिया के चाड, बदायूं और गार्की जैसे इलाके तेज रफ्तार नहीं पकड़ रहे हैं।

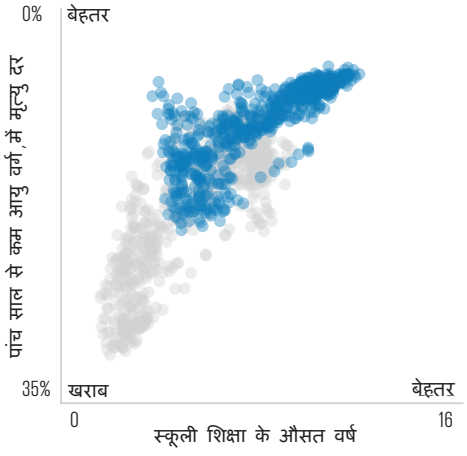
जिले निरंतर प्रगति कर रहे हैं

प्रत्येक बिंदु भारत के एक जिले या नाइजीरिया के एलजीए का प्रतिनिधित्व करता है ● 2000 ● 2017

भारत



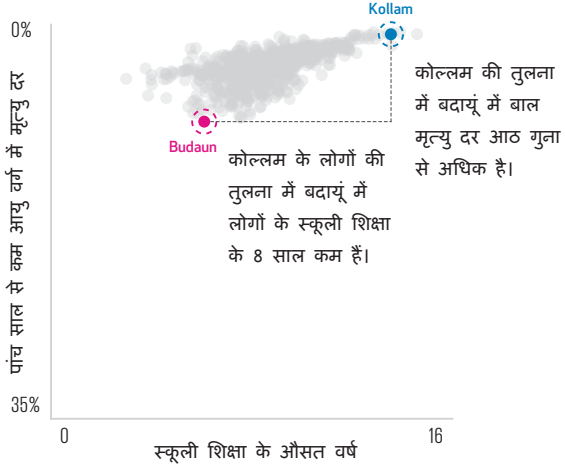
नाइजीरिया



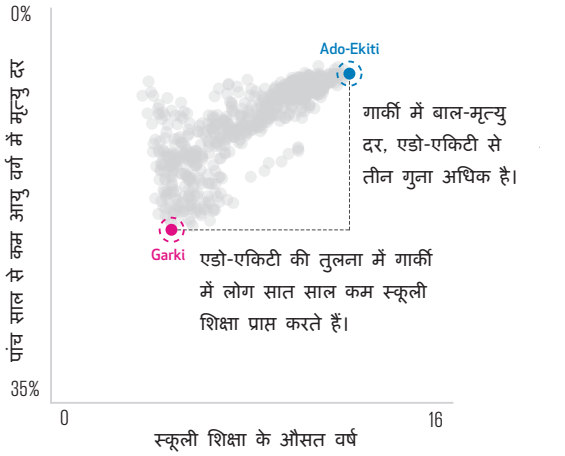
लेकिन जिलों के बीच असमानता विद्यमान है

प्रत्येक बिंदु भारत के एक जिले या नाइजीरिया के एलजीए का प्रतिनिधित्व करता है ● 2017

भारत



नाइजीरिया

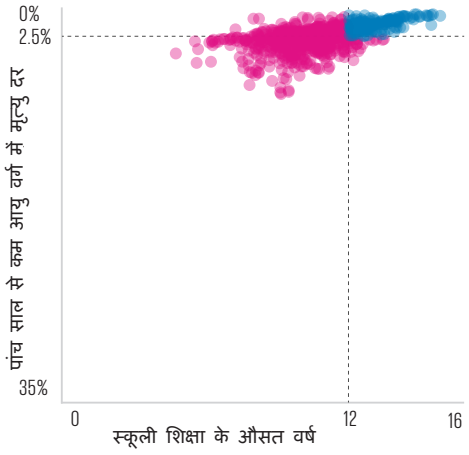


और अनेक जिलों की रफ्तार एसडीजी हासिल करने जैसी नहीं हैं

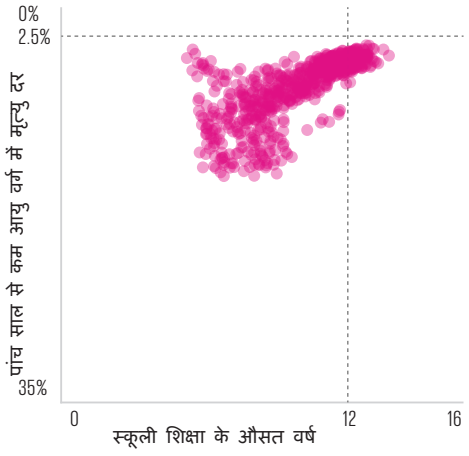
प्रत्येक बिंदु भारत के एक जिले या नाइजीरिया के एलजीए का प्रतिनिधित्व करता है

● स्वास्थ्य और शिक्षा के लक्ष्यों के हासिल होने की अपेक्षा नहीं है
● दोनों लक्ष्यों की प्राप्ति हो जाने की अपेक्षा है

भारत



नाइजीरिया



यह अंतर भविष्य में भी बना रहेगा

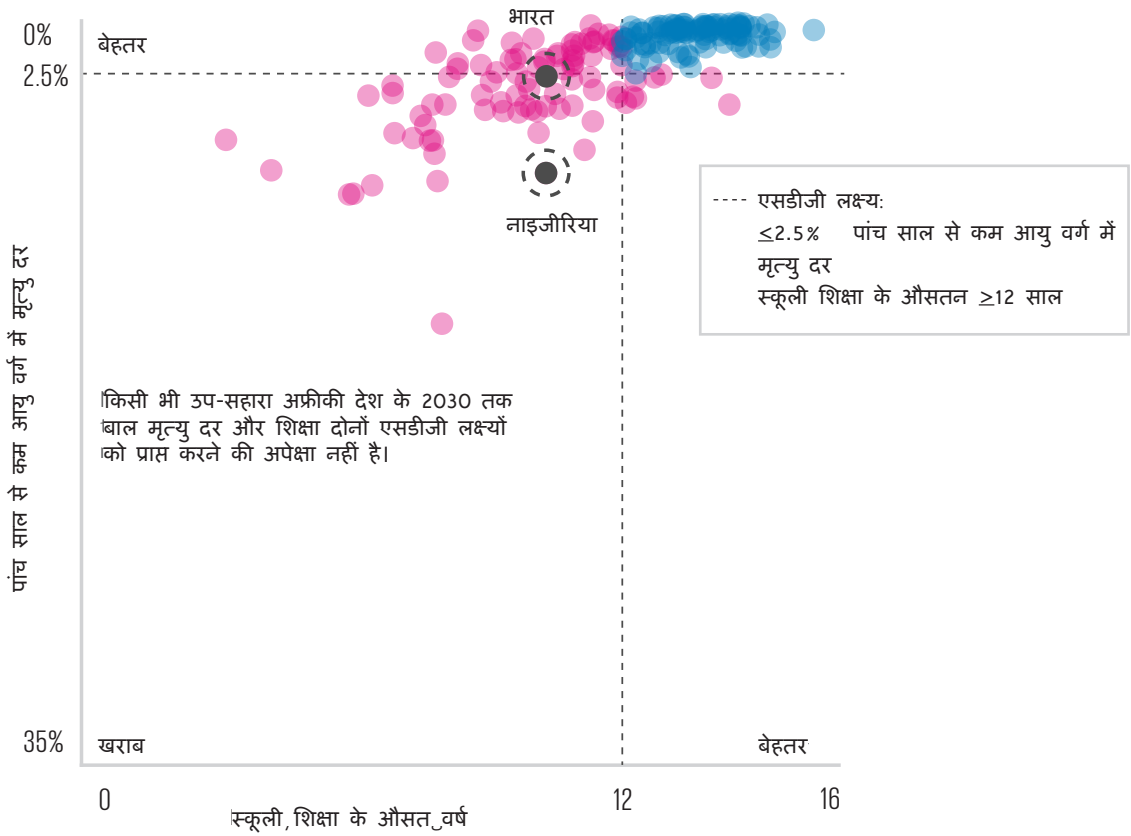
बहुत कम विकासशील देशों के स्वास्थ्य और शिक्षा संबंधी एसडीजी लक्ष्य हासिल कर पाने का अनुमान है। निम्न और निम्न-मध्यम आय वाले देशों में लगभग दो तिहाई बच्चे उन जिलों में रहते हैं, जो अपनी वर्तमान प्रगति दर से 2030 तक बाल मृत्यु दर के लिए निर्धारित एसडीजी लक्ष्य हासिल नहीं कर सकेंगे। एक तिहाई बच्चे ऐसे जिलों में रहते हैं,जो 2050 तक भी इन लक्ष्यों को हासिल नहीं कर सकेंगे।

यदि हम एसडीजी हासिल करने के बारे में गंभीर हैं, तो हमें भौगोलिक असमानता के खिलाफ लड़ाई तेज करनी होगी और यह सुनिश्चित करना होगा कि ज्यादा से ज्यादा जिले कोल्लम और अडो-एकिटी जैसे अच्छा प्रदर्शन करें।

2030 तक अनुमानित प्रगति

प्रत्येक बिंदु एक देश का प्रतिनिधित्व करता है

- स्वास्थ्य और शिक्षा के लक्ष्यों के हासिल होने की अपेक्षा नहीं है
- दोनों लक्ष्यों की प्राप्ति हो जाने की अपेक्षा है



इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि आप कितनी बार विपरीत बात सुनते हैं, यहां तक कि निर्धनतम लोगों के लिए भी जीवन बेहतर हो रहा है।

सुशीला और साक्षी (कामरावन गांव, भारत)

(तमाले, घाना)

लड़के—लड़कियों में असमानता आधी मानव जाति की राह में रोड़े अटकाती है

लड़के—लड़कियों में असमानता धरती के प्रत्येक देश में मौजूद है। इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि आप कहां पैदा हुए हैं, अगर आपने लड़की के रूप में जन्म लिया है, तो आपका जीवन कठिन होगा। यदि आपने किसी गरीब देश या जिले में जन्म लिया है, तो आपको जीवन और भी कठिन होगा।

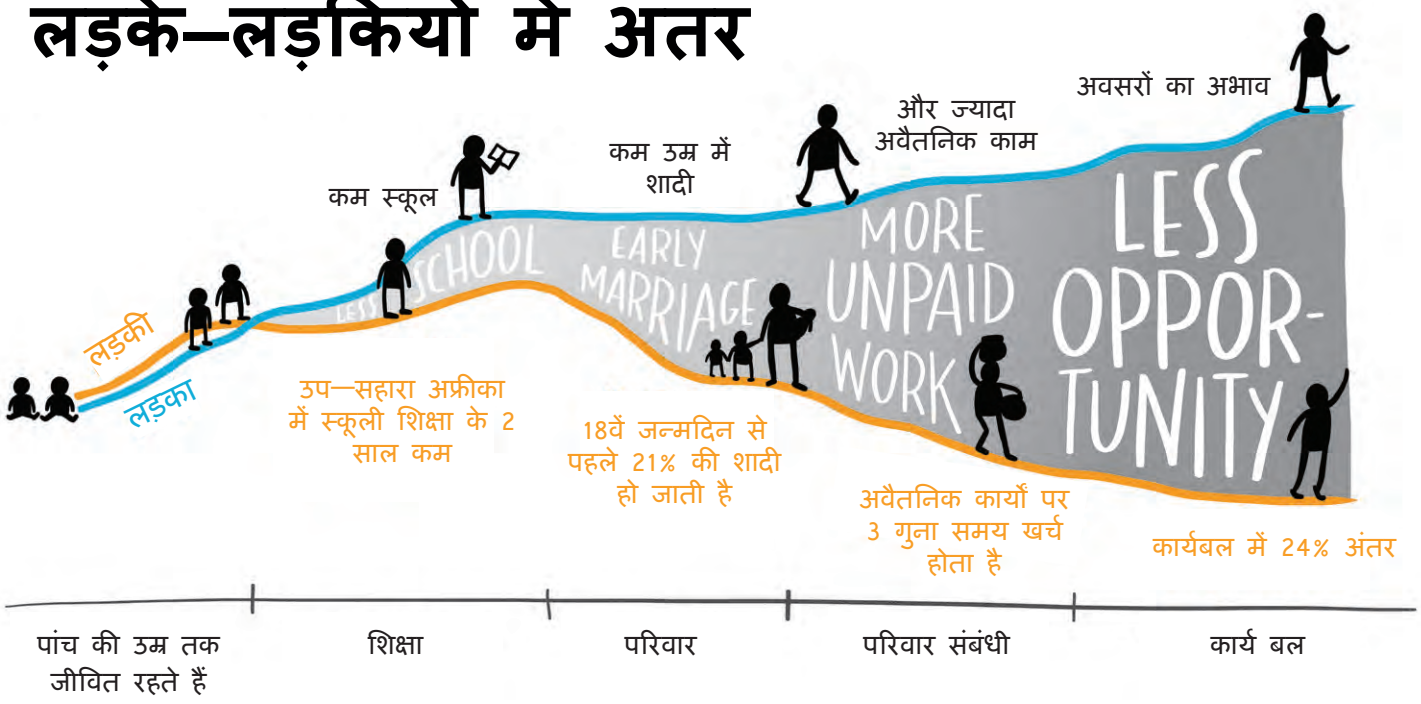
किशोरावस्था के समय ही लड़कियों और लड़कों का भविष्य वास्तव में अलग होना शुरू होता है। लड़कों की दुनिया का दायरा बड़ा होता जाता है। वे अपने माता-पिता पर ज्यादा निर्भर नहीं करते, घर से दूर—दूर तक जाते हैं, तथा हाई स्कूल या कॉलेज में दाखिला लेते हैं या रोजगार हासिल करते हैं, जो उन्हें व्यापक समाज के संपर्क में लाता है।

इसी समय, लड़कियों की दुनिया सिकुड़ने लगती है। उनमें परिवर्तन आता है, अक्सर वे बहुत छोटी उम्र में अपने माता-पिता की सहायक से अपने पति की सहायक बन जाती हैं। हालांकि उन्हें प्राथमिक विद्यालय जाने के दौरान कुछ आजादी मिलती है लेकिन उनसे अपेक्षा की जाती है कि वे घर तक सिमट जाएं, स्वयं को खाना पकाने, साफ—सफाई करने और बच्चों का लालन—पालन करने के लिए समर्पित कर दें।

रोजाना कम से कम दो घंटे अवैतनिक रूप से घरेलू काम करने वाली लड़कियों का अनुपात उनके 15 बरस की होने पर लगभग दोगुना हो जाता है; वयस्क होने पर, एक औसत महिला रोजाना चार घंटे से अधिक समय अवैतनिक काम करने में बिताती है। इनकी तुलना में पुरुष, औसतन प्रति दिन केवल एक घंटा ऐसा काम करता है।

घर की चारदीवारी के भीतर ये दायित्व उन सामाजिक मानदंडों का केवल एक

लड़के—लड़कियों में अंतर

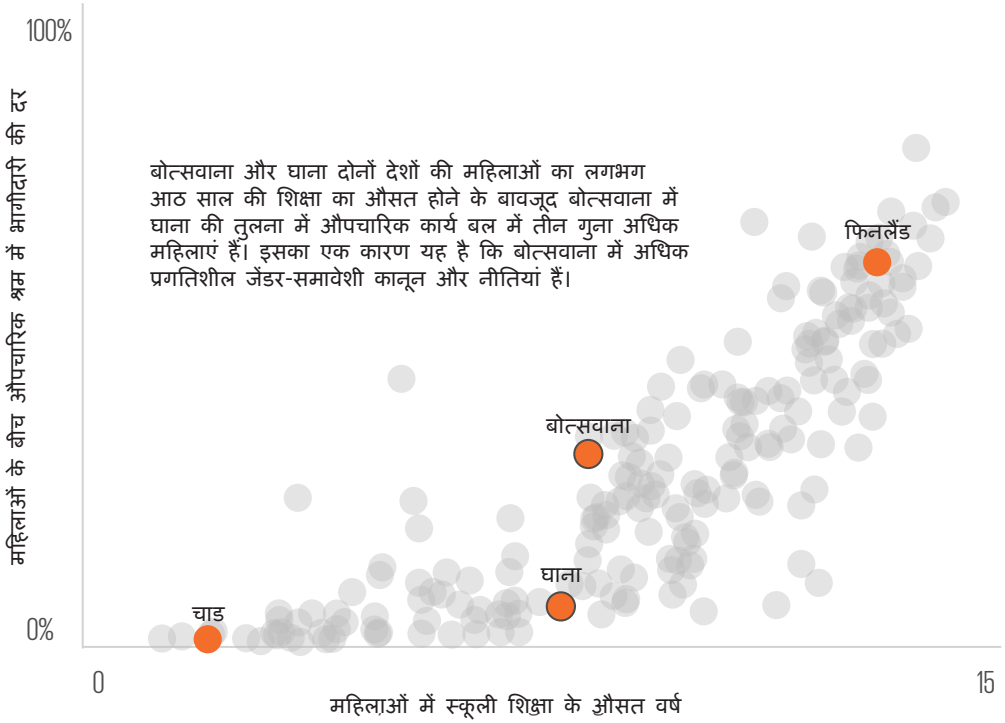


उदाहरण भर हैं, जो लड़कियों के वयस्क होने पर उनके अवसरों को सीमित करने की साजिश रचते हैं। उदाहरण के लिए, उप-सहारा अफ्रीका में, लड़कों की तुलना में लड़कियां औसतन दो साल कम शिक्षा प्राप्त करती हैं। और यहां तक कि जब लड़कियों सुशिक्षित हों, तो भी इस बात के आसार बहुत कम होते हैं कि वे अपनी शिक्षा का लाभ उठाकर औपचारिक कार्य बल में शामिल होकर नौकरी करेंगी। वैश्विक रूप से, पुरुषों और महिलाओं के श्रम बल की भागीदारी के बीच 24 प्रतिशत का अंतर है।

शिक्षा और नौकरियों तक पहुंच का अभाव सभी के लिए विनाशकारी है। यह महिलाओं को शक्ति विहीन रखता है, उनके बच्चों के जीवन के अवसरों को सीमित करता है और आर्थिक वृद्धि को धीमा करता है।

शिक्षा आवश्यक है लेकिन आर्थिक अवसर में लड़के–लड़कियों का अंतर मिटाने के लिए पर्याप्त नहीं है

इस चार्ट से पहली बात यही पता चलती है कि औसतन लड़कियों को बेहतर रोजगार मिलने और लम्बे समय तक स्कूल में रहने की संभावना है। हालांकि, इससे आपको यह भी पता चलता है कि कुछ देशों में, लड़कियों के सुशिक्षित होने के बावजूद कार्यबल में उनका प्रतिनिधित्व कम है। दूसरे शब्दों में, जब तक आप भेदभावपूर्ण मानदंडों और नीतियों का समाधान नहीं करेंगे, तब तक महिलाओं को अच्छी नौकरियों के अवसरों तक समान पहुंच नहीं मिलेगी।



(सोंडारीपकारटोली गांव, भारत)

आदर्शों से सीखना

देशों, जिलों तथा लड़के—लड़कियों के बीच बड़े और विलम्ब करने वाले अंतर यह साबित करते हैं कि यद्यपि विकास में दुनिया के निवेश कारगर हो रहे हैं, लेकिन भाग्यशाली और दुर्भाग्यशाली लोगों का जीवन पर्याप्त तेजी से परिवर्तित नहीं हो रहा है। हमारा मानना है कि विकास समुदाय को अलग तरीके से व्यवसाय शुरू करने की आवश्यकता है।

पिछले साल की गोलकीपर्स रिपोर्ट में, हमने दलील दी थी कि गरीब देशों में आर्थिक विकास के लिए मानव पूंजी महत्वपूर्ण है। इस साल, हमारी दलील है कि मानव पूंजी निवेश लड़कियों तक पहुंच बनाने तथा उन देशों और जिलों को प्राथमिकता देने के लिए डिज़ाइन किए जाने चाहिए जिन्हें आगे बढ़ने के लिए अपनी रफ्तार बढ़ाने की जरूरत है।

यह काम आसान नहीं है। असमानता, जैसा कि हम कह चुके हैं, बेहद जटिल है। ऐसा कोई रामबाण नहीं है जिससे

भूगोल, जेंडर और अन्य अनिर्दिष्ट कारक बेमानी हो जाएं। लेकिन हर एक बच्चे को अच्छी सेहत और शिक्षा उपलब्ध कराने का दायित्व लेना इस दिशा में बहुत अच्छी शुरुआत है। यह सिर्फ एक नैतिक आकांक्षा नहीं है; हमारा यकीन है कि यह हासिल किया जा सकने वाला लक्ष्य है।

स्वास्थ्य के मामले में, प्राथमिक देखभाल को प्राथमिकता देने की जरूरत है। यदि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियां अच्छी तरह से डिज़ाइन की गई हों और पूरी तरह से वित्त पोषित हों, तो वे सभी को उपलब्ध होती हैं और बड़ी तादाद में लोगों की स्वास्थ्य संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करती हैं।

इस रिपोर्ट में, अफ्रीका में स्वास्थ्य से संबंधित सबसे बड़ा गैर सरकारी संगठन चलाने वाले गिथिनजी गिताही का कहना है कि जहां तक अपने सभी नागरिकों को बुनियादी स्वास्थ्य सुविधाएं उपलब्ध कराने की बात है, इथियोपिया, रवांडा और थाईलैंड जैसे देश सही कदम उठा रहे हैं और वे बताते हैं कि अन्य देश उनके अनुभवों से क्या सीख सकते हैं।

शिक्षा के मामले में, हाल ही की बात है, जब पारंपरिक समझ थी कि गरीब बच्चों को वास्तव में शिक्षित करने की आवश्यकता नहीं है। पिछले 50 वर्षों में दुनिया के हर क्षेत्र में उस विचार को नकार दिया गया है और दुनिया के अधिकांश देश सार्वभौमिक प्राथमिक स्कूल नामांकन का रुख कर रहे हैं। अब प्राथमिकता यह सुनिश्चित करना है कि सभी स्कूल अच्छी शिक्षा प्रदान करें। एक ही क्लासरूम में साक्षरता और गणना सिखाने के दृष्टिकोण प्रमाणित हैं, लेकिन अभी तक इस बारे में सर्वसम्मति नहीं बनी है कि हर एक देश में, हर एक स्कूल में हर एक बच्चे के बुनियादी कौशलों को बड़े पैमाने पर बेहतर बनाने के लिए क्या कदम उठाने होंगे। पिछले साल, इस रिपोर्ट में संभावनाओं से भरपूर उन नवाचारों पर प्रकाश डाला गया था, जिन्हें कोटे डी आइवर, भारत और जाम्बिया साथ ही साथ वियतनाम में राष्ट्रव्यापी सफलता के लिए आजमाया जा रहा था।

> यदि सुशिक्षित लड़कियां उन्हें शक्तिहीन करने वाले सामाजिक मानदंडों के अधीन रहेंगी, तो दुनिया की समस्त मानव पूंजी समानता और समृद्धि हासिल नहीं करेगी ।

हानिकारक मानदंड इतने सख्त सकते हैं कि उनमें बहुत कम परिवर्तन हो सके, लेकिन देश उनसे निपटने के लिए महिलाओं की मदद के लिए कदम उठा रहे हैं।

समाधान का एक बड़ा हिस्सा ऐसी नीतियां हैं जो महिलाओं और लड़कियों को अपने लिए नए रास्ते बनाने में मदद करती हैं। उदाहरण के लिए, पेरू जैसी जगहों पर, जहां महिलाओं के पास अपनी ज़मीन और अन्य संपत्ति के स्वामित्व का अधिकार है और गर्भ निरोधकों तक उनकी पहुंच है, ताकि वे अपने परिवार की योजना बना सकें, वहां की श्रम शक्ति में महिलाओं की भागीदारी बढ़ती जाती है। रिपोर्ट में आगे चलकर, डिजिटल वित्तीय समावेशन विशेषज्ञ अर्शी आदील द्वारा भारत में नीतिगत सुधारों के बारे में लिखा गया है कि ये न केवल गरीबों के लिए सरकारी सेवाओं को बेहतर बना रहे हैं बल्कि साथ ही पुरुष वर्चस्व की नींव पर भी वार कर रहे हैं।

रेबिया, कुकावा, और हसन
(उमोजा हेल्थ सेंटर, नैरोबी, केन्या)

संभावनाओं में बदलाव

गोलकीपर्स एक बेहतर, अधिक समान दुनिया बनाने के लिए कुछ तरीके सुझाती है। शुक्र है, असमानता और इसके समाधानों के बारे में इस समय बहुत से समर्थक रचनात्मक रूप से विचार कर रहे हैं। अभी तक इसकी तह तक कोई नहीं पहुंच सका है, लेकिन हम सभी इसके समाधान के करीब पहुंच रहे हैं।

इस बीच, हम एक बात निश्चित रूप से जानते हैं। किसी का जीवन जोखिम में नहीं डालना चाहिए। क्या आपका जन्म हमारी जैसी परिस्थितियों में हुआ, जहां संभावनाएं आपके अनुकूल थीं? या क्या आप उन अरबों लोगों में से हैं जिनके जन्म से ही संभावनाएं उनके विपरीत हैं? हमारा लक्ष्य भी सभी के लिए अंतर है। हमारा लक्ष्य है कि सभी के समान संभावनाएं हों।

जब ऐसा होता है, तो भविष्य का अनुमान ऐसे अनिर्दिष्ट कारकों से नहीं लगाया जाता है, कि आप कहां पैदा हुए हैं या आपके पास कितने एक्स गुणसूत्र हैं। वास्तव में, इसका अनुमान बिल्कुल नहीं लगाया जा सकता। इसका निर्माण लोगों के सपनों और कड़ी मेहनत से होगा।

प्रगति की कहानियां

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल

जब हमने अपने फाउंडेशन की शुरुआत की, तो हमने नए उपकरणों और प्रौद्योगिकियों की खोज और विकास पर ध्यान केंद्रित किया। हमने जल्दी ही यह भी जान लिया कि हमें इन्हें उन लोगों तक पहुंचाने पर ध्यान देने की जरूरत है, जिन्हें उनकी जरूरत है।प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दुनिया की अब तक की सबसे महत्वपूर्ण स्वास्थ्य सेवा प्रणाली है। मजबूत प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली की पहुंच सबसे गरीब और सबसे कमजोर लोगों सहित सभी तक होती है और यह ऐसी बहुसंख्य सेवाएं प्रदान करती है, जो किसी व्यक्ति के स्वस्थ रहने के लिए आवश्यक हैं। हम इस बात से वाकिफ हैं कि जब सरकारें प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों में अधिक निवेश करती हैं, तो समग्र स्वास्थ्य परिणामों में सुधार होता है, लेकिन दुर्भाग्य से, निम्न और मध्यम-आय वाले देश प्राथमिक देखभाल पर अपने स्वास्थ्य बजट का औसतन महज 36 प्रतिशत ही खर्च करते हैं। कुछ सरकारे बहुत कम नागरिकों के लिए अत्याधुनिक स्वास्थ्य सेवा को प्राथमिकता देती हैं, जिससे अधिकांश नागरिकों को अपनी बुनियादी जरूरतों को पूरा करने के लिए अपनी जेब से खर्च करने के लिए मजबूर होना पड़ता है। इस असमानता के कारण गरीबी और बीमारी के दुष्चक्र को बल मिलता है। प्राथमिक देखभाल में अधिक और अधिक कुशल-निवेश इस दुष्चक्र को तोड़ने में मदद कर सकता है।

Bill & Melinda

फोकस क्षेत्र:
अफ्रीका

देश:
केन्या, इथियोपिया और रवांडा

मैं अपना बहुत सा समय बड़ा विचार और छोटी संख्या प्राप्त करने पर खर्च करता

डॉ गिथिनजी गिताही

ग्लोबल सीईओ,
एमरेफ हैल्थ अफ्रीका एवं यूएचसी 2030

हूं।बड़ा विचार यह है कि स्वास्थ्य विलासिता नहीं होना चाहिए - सभी लोगों को वित्तीय कठिनाइयों का सामना किए बिना स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त होनी चाहिए। इसे सम्पूर्ण स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) कहा जाता है। संयुक्त राष्ट्र महासभा ने 2012 में एक प्रस्ताव पारित कर सदस्य देशों से यूएचसी को प्राथमिकता देने का आह्वान किया था और तभी से यह विचार जोर पकड़ रहा है।

छोटी संख्या 51 है। यह मेरी अपनी अनुमानित गणना है कि उप-सहारा अफ्रीकी देश में आदर्श परिस्थितियों में प्रति व्यक्ति स्वास्थ्य देखभाल पर खर्च करने के लिए औसतन कितने डॉलर उपलब्ध होंगे। ("आदर्श परिस्थितियों" की मेरी परिभाषा एक ऐसा देश है, जो अपने सकल घरेलू उत्पाद का 20 प्रतिशत करों से एकत्र करता है और अपने बजट का 15 प्रतिशत स्वास्थ्य पर खर्च करता है; अधिकांश अफ्रीकी देशों में वास्तविकता आदर्श से कोसों दूर है)।

स्पष्ट रूप से कहूं, तो मैं यह नहीं कह रहा हूं कि वर्तमान में अधिकांश देश प्रति व्यक्ति $51 खर्च करते हैं (वे नहीं करते हैं) या अगर उन्होंने ऐसा किया, तो यह पर्याप्त होगा (यह नहीं होगा)। मैं केवल यह प्रदर्शित कर रहा हूं कि स्वास्थ्य पर प्रति व्यक्ति हजारों डॉलर खर्च करने की क्षमता वाले अमीर देशों की तुलना में उप-सहारा अफ्रीकी देशों को यह पता लगाना है कि बहुत कम सामर्थ्य के साथ इसे कैसे प्राप्त करें।

ऐसे में, जब देशों के पास खर्च करने के लिए 51 डॉलर से कम हैं, तो वे यूएचसी तो वे कैसे प्राप्त करेंगे? इसका उत्तर है: प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल-यानी, लोगों के रहने और काम करने के स्थानों के निकट बुनियादी सेवाओं में निवेश करके। एक अच्छी प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली न्यायसंगत और समान होती है, हर किसी के लिए आसानी से सुलभ होती है, इसके लिए गरीबों को अपनी जेब से कुछ भी खर्च नहीं करना पड़ता और जीवन भर बहुसंख्य लोगों की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करती है। इसका लक्ष्य लोगों को स्वस्थ रखना है, क्योंकि बीमारी व्यक्ति, परिवार, समुदाय और राज्य को महंगी पड़ती है!

जब भी मैं प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के बारे में सोचता हूं, तो मुझे याद आता है कि केन्या के एक ग्रामीण इलाके में अपनी मां का हाथ थाम कर स्थानीय दवाखाने में जाया करता था, जो लगभग एक किलोमीटर की दूरी पर थी।

वहीं मुझे टीके लगाए गए थे। जब मेरी सबसे छोटी बहन पैदा होने वाली थी, तो वहीं मेरी मां की प्रसव पूर्व देखभाल हुई थी। यही वह जगह थी जहां हमारे सभी परिचित बीमार पड़ने पर इलाज कराने या सलाह लेने जाया करते थे।

21वीं सदी शुरू होने के बाद से, अनेक अफ्रीकी देशों ने व्यापक, उच्च-गुणवत्ता वाली प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणालियों के निर्माण में निवेश किया है। उदाहरण के लिए, इथियोपिया और रवांडा ने हजारों सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं, महिलाओं की भर्ती की है, जिन्हें उनके पड़ोसियों द्वारा चुना जाता है और सरकार द्वारा लोगों के स्वास्थ्य की देखभाल करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है।

लोग सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता के पास नहीं जाते, बल्कि सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता लोगों के पास आते हैं। वे केवल लोगों के बीमार पड़ने पर ही उनसे बातचीत नहीं करते। वे स्वस्थ व्यवहार (जैसे उचित आहार और स्वच्छता) को भी बढ़ावा देते हैं और लोगों को बीमार होने से बचाने के लिए निवारक देखभाल (जैसे टीकाकरण) प्रदान करते या बढ़ावा देते हैं। इसके अलावा, उन्हें सामान्य बीमारियों (जैसे दस्त और मलेरिया) के इलाज, बुनियादी परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने, और अधिक देखभाल की आवश्यकता वाले रोगियों को अस्पताल रेफर करने के लिए प्रशिक्षित किया जाता है।

इन निवेशों के परिणामस्वरूप, इथियोपिया और रवांडा मातृ और बाल मृत्यु दर को कम करने में क्षेत्र के अग्रणी देशों में शुमार हैं। वैसे, दोनों देशों में प्रति व्यक्ति जीडीपी क्षेत्रीय औसत से काफी कम है।

कई अन्य अफ्रीकी देशों द्वारा अभी तक आवश्यक निवेश करना बाकी है। मेरा अपना देश केन्या, इथियोपिया और रवांडा की तुलना में काफी समृद्ध है, लेकिन वहां प्राथमिक देखभाल प्रणाली कमजोर है (हालांकि इसे मजबूत करने के लिए उच्च-स्तरीय राजनीतिक प्रतिबद्धता व्यक्त की गई है)। सब राजनीतिज्ञों की पसंद पर निर्भर करता है।

सीमित बजट के साथ बेहतर परिणाम प्राप्त करने के लिए के तीन विकल्प मौजूद हैं, जिन्हें वे अपना सकते हैं

1 थोड़ा और खर्च करें

2001 में, अफ्रीकी संघ के सभी 54 सदस्य देशों ने स्वास्थ्य पर अपने देश के बजट का 15 प्रतिशत खर्च करने के लिए प्रतिबद्धता व्यक्त की। उनमें से कुछ ने ही उस प्रतिबद्धता को पूरा किया, और जो इसे साल-दर-साल पूरा करते रहे, उन्हें उंगलियों पर गिना जा सकता है। सरकारों को अनगिनत प्राथमिकताओं को संतुलित होता है, इसलिए स्वास्थ्य के लिए अधिक धन प्राप्त करना आसान नहीं है। लेकिन जब आप इतने छोटे बजट के साथ ऐसा कर रहे होते हैं, तो हर अतिरिक्त डॉलर मायने रखता है। केन्या वर्तमान में प्रति व्यक्ति प्रति वर्ष 36 डॉलर या अपने बजट का 7 प्रतिशत स्वास्थ्य पर खर्च करता है। अगर वह $51 तक खर्च करने लगे, तो संभावनाएं काफी बढ़ जाएंगी।डब्ल्यूएचओ के आंकड़ों पर आधारित एक विश्लेषण के अनुसार, कम आय वाले देशों की सरकारें $86 पर, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए पूरी तरह से वित्त उपलब्ध करा सकती हैं।

2 सही प्राथमिकताओं पर खर्च

कई देश प्राथमिक देखभाल की तुलना में द्वितीयक और तृतीयक देखभाल के रूप में विख्यात सेवाओं पर अधिक खर्च करते हैं। यह एक संदर्भ में मायने रखता है, क्योंकि एमआरआई, एक्स-रे, तथा माध्यमिक और तृतीयक देखभाल की बहुत सी अन्य सेवाएं महंगी हैं। लेकिन अफ्रीकी सरकारें कुछ लोगों की कुछ जरूरतों को पूरा करने के लिए अपना अधिकांश पैसा खर्च नहीं कर सकतीं। थाईलैंड में, जो दुनिया में सबसे अच्छी प्राथमिक देखभाल प्रणालियां उपलब्ध करने वाले देशों में से एक है, सरकार ने बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं पर होने वाले सभी खर्चों का रुख अस्थायी रूप से ग्रामीण क्षेत्रों की ओर मोड़ा है, क्योंकि ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के बीच स्वास्थ्य संबंधी अंतर बहुत बड़ा था। अब हर एक थाई गांव में कम से कम एक स्वास्थ्य केंद्र है। अफ्रीकी सरकारों को यह कहने की आवश्यकता है, "जब तक हम यह सुनिश्चित नहीं कर लेते कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के लिए आवश्यक निवेश पर्याप्त मात्रा में है, तब तक हम द्वितीयक और तृतीयक देखभाल के लिए अपने पास मौजूद निवेश से ऐसा करत रहेंगे।" यह कदम उठाना मुश्किल है, लेकिन यूएचसी की परवाह करने वाले देशों को अपने पास कम पैसा उपलब्ध होने की स्थिति में ऐसा करना ही होगा।

3 अधिक प्रभावी ढंग से खर्च करें

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों में खर्च को सीमित करने के लिए बहुत कुछ कर सकते हैं। उदाहरण के लिए,वे डिजिटल स्वास्थ्य, विशेष रूप से इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड में निवेश कर सकते हैं। या वे प्रबंधकीय नवाचार पर ध्यान केंद्रित कर सकते हैं, जैसे कई देशों और एक बड़े भौगोलिक क्षेत्र वाले महाद्वीप के लिए सामूहिक खरीद तथा आपूर्ति श्रृंखला को बेहतर बनाने जैसे नए तरीकों पर ध्यान केंद्रित कर सकते हैं । यह सुनिश्चित करेगा कि सही उत्पाद सही कीमतों पर उपलब्ध हों और सही स्थानों तक सही मौके पर पहुंचाएं जाएं।

अंत में, यूएचसी के बारे में दो प्रमुख प्रश्नों: क्या और कौन के उत्तर देने के लिए डेटा का उपयोग करना महत्वपूर्ण है?

जब आप जानते हो कि आप हरेक सेवा प्रदान नहीं कर सकते, तो ऐसे में यह बहुत मायने रखता है क्या उपलब्ध कराना है । अफ्रीकी देशों के लिए, मैं साहसपूर्वक यौन और प्रजनन स्वास्थ्य तथा अधिकारों को प्राथमिकता देने की सलाह देता हूं। लेकिन आपको सामान्य वैश्विक गणना के आधार पर नहीं, बल्कि वास्तविक परिस्थितियों के आधार पर अब भी यह तय करना होगा कि अपने संसाधनों को कहां लगाया जाए।उदाहरण के लिए, पुरुष नसबंदी कागज पर किफायती लग सकती है, और वह अच्छी होती है और प्रोत्साहित की जाती है, लेकिन एक ऐसे देश में इसका लाभ बहुत कम होगा, जहां कुछ ही लोग इन्हें करने की सामर्थ्य रखते हैं, पुरुष प्रतिरोध करते हैं, या सबसे बड़ी चुनौती बढ़ती किशोर आबादी है।

अगला प्रश्न है कौन। यह सुनिश्चित करने के लिए कि कोई भी आर्थिक तंगी से पीड़ित न हो, आपको महिलाओं, बच्चों और लड़कियों के साथ-साथ निर्धनों सहित हाशिए पड़े और असहाय लोगों को सब्सिडी देने की जरूरत है। हालांकि, उन देशों में जहां ज्यादातर लोग अनौपचारिक अर्थव्यवस्था में काम करते हैं और डेटा अविश्वसनीय है,वहां यह ठीक से जानना मुश्किल है कि निर्धन कौन हैं। केन्या,

(इलूडेरियाक डिस्पेंसरी, केसरियन, केन्या)

जिसकी आबादी के 80 प्रतिशत लोग अनौपचारिक काम करते हैं, वह सेवाओं को अधिक प्रभावी ढंग से लक्षित करने के लिए कठोर कार्यपद्धतियां विकसित करने पर काम कर रहा है। आदर्श रूप से, जैसे ही प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणालियां कम पैसे में समान परिणाम प्राप्त करने लगती हैं, वे और ज्यादा बेहतर परिणाम प्राप्त करने के लिए शेष स्थानों पर निवेश करते हैं।

जब मैं सात साल का था, तब विश्व स्वास्थ्य सभा ने "सभी के लिए स्वास्थ्य" के लिए अपनी प्रतिबद्धता की घोषणा की। त्रासदी यह है कि जब ऐसा करना कठिन हो गया, तो दुनिया ने नैतिक सिद्धांत के रूप में भी इसके बारे में सोचना बंद कर दिया। आज मैं 49 साल का हूं, और हम आखिरकार फिर से सभी के लिए स्वास्थ्य में विश्वास करते हैं। यूएचसी के बारे में वैश्विक बातचीत के साथ, हम व्यवहारिक रूप से यह भी सोच रहे हैं कि इसे कैसे प्राप्त किया जाए। दूसरे शब्दों में, हमारे पास दूसरा मौका है। अब अफ्रीका और दुनिया भर के नेताओं को इसका लाभ उठाना होगा।

प्रगति की कहानियां

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल

कुछ निराशावादियों ने चेतावनी दी कि प्रौद्योगिकी एक मनहूसी भरे भविष्य में प्रवेश करेगी। कुछ सरल आशावादियों ने अनुमान प्रकट किया कि यह एक आदर्श राष्ट्र का सृजन करेगी। सच्चाई इनके बीच में कहीं है। प्रौद्योगिकी विघटनकारी है, और देशों को रुकावटों को अधिकतम सकारात्मक बनाने और नकारात्मक लोगों को संभालने के लिए निवेश करने की आवश्यकता है।

भारत जैसे कुछ देश लोगों के जीवन को बेहतर बनाने के लिए डिजिटल तकनीक का उपयोग करने के बारे में नवोन्मेषी और विचारशील रहे हैं। सरकार को जल्दी ही समझ में आ गया कि नौकरशाही की कई परतों के जरिए काम करने के बजाय प्रौद्योगिकी ने नागरिकों से सीधे जुड़ना संभव बना दिया है। फिर उसने डिजिटल प्रौद्योगिकी के इर्दगिर्द स्मार्ट नीतियां बनाना शुरू कर दिया, जिससे सरकारी सेवाओं की गुणवत्ता और पहुंच दोनों में सुधार हुआ। रसोई गैस सब्सिडी में सुधार का वर्णन करने वाला यह निबंध, यह दर्शाता है कि कैसे प्रौद्योगिकी और नीति को एक सीध में लाना आश्चर्यजनक दूरगामी प्रभाव पैदा कर सकता है।

Bill & Melinda

फोकस क्षेत्र: एशिया

देश:
भारत

यह कहानी भारत में रसोई गैस सब्सिडी की तीन पीढ़ियों की है

अर्शी अदील

प्रबंधक— सरकार और सामाजिक प्रभाव, माइक्रोसेव कंसल्टिंग

लेकिन यह केवल सबसे संकीर्ण अर्थों में ही रसोई गैस के बारे में है। व्यापक अर्थ में, यह इस बारे में है कि कैसे डिजिटल प्रौद्योगिकी ने भारत सरकार को हाशिए पर पड़ी 75% महिलाओं को सशक्त बनाने वाली अभिनव नीतियों की एक श्रृंखला तैयार करने में मदद की। व्यापक अर्थों में, यह इस बारे में है कि सरकारें नागरिकों को बेहतर सेवाएं कैसे प्रदान कर सकती हैं।

दशकों तक, भारतीय परिवारों ने सरकार द्वारा निर्धारित, निश्चित कम कीमत पर तरल पेट्रोलियम गैस खरीदी। इस सब्सिडी का लक्ष्य बहुत खराब तरीके से निर्धारित किया गया था, क्योंकि अमीर लोगों सहित हर कोई इसे प्राप्त कर सकता था। (आईएमएफ के अनुसार, 10 प्रतिशत धनी भारतीय परिवारों को 10 प्रतिशत निर्धनतम लोगों की तुलना में सात गुना अधिक सब्सिडी प्राप्त हुई।) यह बेअसर थी, क्योंकि सब्सिडी वाली बहुत ज्यादा गैस ब्लैक मार्केट में होटल, रेस्तरां, और अन्य कारोबारियों को बेची गई, जिन्हें बाजार मूल्य का भुगतान करना चाहिए था। अंत में, यह महंगी थी; गैस की वैश्विक कीमत के आधार पर विविध प्रकार की गैस सब्सिडी की लागत सरकार को प्रति वर्ष लगभग $10 बिलियन तक चुकानी पड़ी।

अब इस कहानी में क्रांतिकारी मोड़ आया: भारत ने "जेएएम त्रिमूर्ति" के रूप में मशहूर अग्रणी कदम उठाया। जे का मतलब जन धन योजना है, जो गरीबों के बैंक खाते खोलने में मदद करने से संबंधित भारत सरकार का एक कार्यक्रम है। ए का आशय है आधार, जो प्रत्येक भारतीय निवासी को उंगलियों के निशान जैसी बायोमेट्रिक प्रमाणीकरण से जुड़ी एक अद्वितीय आईडी प्रदान करने का कार्यक्रम है। और एम का अर्थ मोबाइल फोन है, जो भारत में तेजी से सर्वव्यापी हो रहे हैं। खाते, आईडी और फोन सभी मिलकर सरकार के लिए लोगों के बैंक खातों में सीधे पैसा जमा करना और प्राप्तकर्ता की पहचान को सत्यापित करना संभव बनाते हैं। यह बदले में सरकार को नीति निर्धारण के बारे में अधिक सटीक और महत्वाकांक्षी बनाता है।

2012 में शुरू और 2015 में जारी रही, जेएएम त्रिमूर्ति का उपयोग सरकार ने धीरे—धीरे गैस की कीमत को सस्ता करने से लेकर लोगों द्वारा बाजार मूल्य पर गैस खरीदने के बाद उनके बैंक खातों में सीधे नकदी हस्तांतरित करने में किया। पूरी तरह से नए सिरे से निर्मित की गई सब्सिडी 2015 में देश भर में पहल के नाम से लॉन्च की गई, जो दुनिया का सबसे बड़ा नकदी हस्तांतरण कार्यक्रम है।

जे ए एम त्रिमूर्ति

इस एनालॉग दुनिया में, सरकारी लाभ बिचौलियों के अक्षम नेटवर्क के माध्यम से गरीब लोगों तक पहुंचते थे। जेएएम त्रिमूर्ति द्वारा संचालित डिजिटल दुनिया में, सरकार लोगों तक सीधे पहुंच बना सकती है - और लोग उस तक पहुंच बना सकते हैं।

पहल ने पुरानी सब्सिडी से संबंधित तीनों प्रमुख समस्याओं को हल कर दिया है। आधार का उपयोग करके सरकार 36 मिलियन नकली या फर्जी प्राप्तकर्ताओं का नाम सूचियों से हटाने, गैस का काले बाजार में पहुंचना कम करने और समग्र दक्षता बढ़ाने में सक्षम हो सकी। समृद्ध लोगों को सब्सिडी का दावा करने से रोकने के लिए प्रोत्साहित करने के एक सरकारी अभियान के बाद, अन्य 10 मिलियन भारतीयों ने खुद को सूची से हटा दिया, जिससे लक्ष्य में सुधार हुआ। परिणामस्वरूप, पहल ने सरकार के वित्तीय बोझ को कम कर दिया: हालांकि अनुमान अलग-अलग हैं, पहल के आरंभ होने के बाद से सरकार बचत को लगभग 9 बिलियन डॉलर बताती रही है।

लेकिन सरकार ने सिर्फ बचत ही नहीं की है। उसने इसका उपयोग उज्ज्वला नामक नए, तीसरी पीढ़ी के रसोई गैस कार्यक्रम बनाने के लिए किया, जिसे जेएएम त्रिमूर्ति द्वारा संचालित किया गया। इस कार्यक्रम को गरीब महिलाओं के जीवन में गहन बदलाव लाने में मदद करने के लिए डिजाइन किया गया है।

अधिकांश गरीब परिवार, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में, सब्सिडीयुक्त होने के बावजूद रसाई गैस से खाना नहीं बनाते थे; यह लकड़ी या गोबर के उपलों से आग जलाने की तुलना में अधिक पड़ती थी। हालांकि, लकड़ी और उपलों की आग रसोई को खतरनाक धुएं से भर देती थी (घरेलू वायु प्रदूषण भारत में प्रति वर्ष लगभग 500,000 लोगों की

प्रथम पीढ़ी

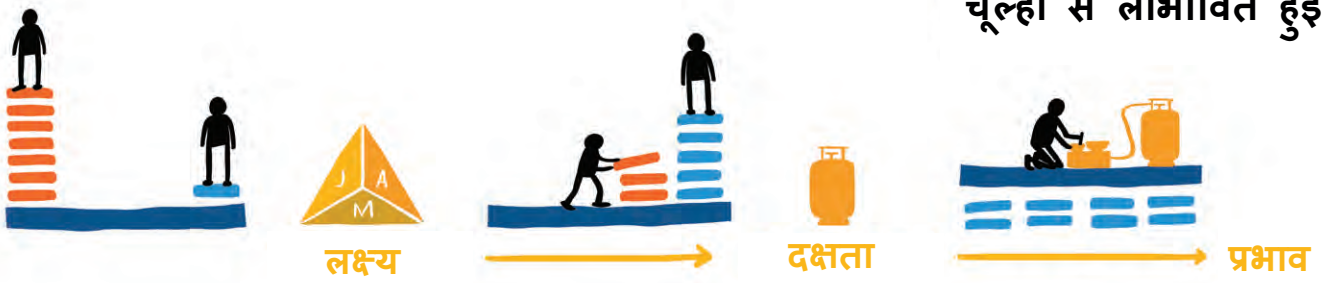
10% धनियों के बीच 7x अधिक लाभ

दूसरी पीढ़ी

अब तक ~$9 बिलियन बचाए गए

तीसरी पीढ़ी

75 मिलियन गरीब, ग्रामीण महिलाएं सब्सिडी वाले गैस चूल्हों से लाभांवित हुईं



मौत के लिए जिम्मेदार है)। इस संकट को हल करने के लिए, उज्ज्वला पात्र ग्रामीण परिवारों को गैस कनेक्शन और चूल्हा खरीदने के लिए 50 प्रतिशत सब्सिडी प्रदान करती है। (अन्य 50 प्रतिशत किस्तों में भुगतान कर सकते हैं) अब तक, उज्ज्वला से लगभग 75 मिलियन महिलाएं लाभान्वित हुई हैं। सरकार अब उज्ज्वला प्राप्तकर्ताओं को अपने गैस सिलेंडरों को फिर से भरने के लिए प्रोत्साहित करने के लिए अतिरिक्त सुधारों पर विचार कर रही है, जो जरूरी नहीं सस्ती या आसानी से प्राप्त होने वाली हो।

लेकिन उज्ज्वला का असर स्वास्थ्य तक ही सीमित नहीं रहा। यह कार्यक्रम महिलाओं को उनके क्षितिज को सीमित करने वाले भेदभावपूर्ण सामाजिक मानदंडों को दूर करने में भी मदद कर रहा है।

उदाहरण के लिए, औसत भारतीय महिला घरेलू कार्यों पर प्रति सप्ताह 40 घंटे से अधिक समय बिताती है, जिससे किसी भी अन्य कार्य के लिए उसके पास बहुत कम समय बचता है। रसोई गैस का उपयोग करने से प्रतिदिन महिलाओं के उन घंटों की बचत होती है, जो उन्हें जलावन की लकड़ी इकट्ठा करने, उन्हें बीमार करने वाली आग को जलाने में और फिर राख और धूल साफ करने पर खर्च करने पड़ते थे।

इसके अलावा, सरकार ने इस लाभ को वितरित करने के संबंध में एक ऐसा महत्वपूर्ण निर्णय लिया, जिसने घर में पारंपरिक सत्ता की गतिशीलता को भंग कर दिया। भारत के परम्परागत लाभ कार्यक्रमों के विपरीत, महिला के पति को नहीं- बल्कि महिला को उज्ज्वला के लिए पात्र बनाया। गैस सब्सिडी प्राप्त करने के लिए, महिलाओं को बैंक खाता खोलना पड़ा।

केवल बैंक खाता खोलने और उसका उपयोग करने भर से, परिवार की वित्तीय स्थिति पर निर्णय लेने का अधिकार देने के जरिए महिलाओं का जीवन बदल गया। भारत के इस विलक्षण सामाजिक लाभ कार्यक्रम का आकस्मिक परीक्षण करने पर पाया गया कि जब महिलाओं को सीधे उनके खातों में (पति के खातों के बजाय)भुगतान प्राप्त हुआ और उन्हें

खातों का उपयोग करने के बारे में प्रशिक्षण दिया गया, तो उन्होंने अधिक काम किया और अधिक कमाया। उनके पतियों ने भी कहा कि उनकी पत्नियों का घर से बाहर निकल कर काम करना उनके लिए सुखद है। दूसरे शब्दों में, वित्तीय संसाधनों पर नियंत्रण पाने में महिलाओं की मदद करने से इस बारे में हर किसी की समझ बदल गई कि वे कौन हैं और क्या करने में सक्षम हैं।

एक अन्य तरीके से जेएएम त्रिमूर्ति के ईद—गिर्द तैयार की गई नीतियां सरकार को अधिक जवाबदेह बनाकर गरीबों को सशक्त बना रही हैं। उदाहरण के लिए, नई रसोई गैस सब्सिडी के साथ, 640 भारतीय जिलों में सरकारी अधिकारियों को नामांकन, नकदी हस्तांतरण और त्रुटिपूर्ण दरों सहित पहल पर दैनिक प्रगति रिपोर्ट प्राप्त होती है, जिससे वे समस्याओं के उत्पन्न होते ही उनकी पहचान और समाधान कर सकते हैं।

विभिन्न राज्य भी सरकार के साथ सम्पर्क करते समय नागरिकों का इनपुट जुटाने के तरीकों के साथ प्रयोग कर रहे हैं। उदाहरण के लिए, एक राज्य में, लाभार्थियों से सेवा की गुणवत्ता के बारे जानने के लिए उन्हें एक स्वचालित कॉल प्राप्त होती है: क्या ग्राहक के साथ विनम्रता से व्यवहार किया गया? क्या उसे वे लाभ प्राप्त हुए, जिनकी उसने अपेक्षा की थी? क्या उसने रिश्वत दिए बिना उन्हें प्राप्त किया? नकारात्मक प्रतिक्रियाएं औपचारिक शिकायते उत्पन्न करने के लिए ह्यूमन सिस्टम में परिवर्तित की जाती हैं।

संगीता (तरगांव गांव, भारत)

अपने दम पर, जेएएम त्रिमूर्ति बहुत कुछ नहीं करती। इसे डिजिटल तकनीक के इर्द-गिर्द निर्मित स्मार्ट, गरीबों के अनुकूल नीतियों और सेवाओं के साथ जोड़े जाने की जरूरत है। इसके बावजूद, डिजिटल रूप से संचालित नीतियां और सेवाएं स्वयं गरीबी और लड़के—लड़कियों में असमानता को समाप्त नहीं करतीं। उन्हें भेदभावपूर्ण कानूनों और नीतियों को बदलने जैसे अनुरूप सुधारों की आवश्यकता है। हालांकि,जब ये सभी कड़ियां एक साथ जुड़ती हैं, तो यथास्थिति तेजी से बदल सकती है।

प्रगति की कहानियां

जलवायु अनुकूलन

जलवायु परिवर्तन पर वैश्विक बहस ज्यादातर कार्बन उत्सर्जन को सीमित करने पर केंद्रित रही है। हमें अभी तक अपने लिए किसी बड़ी प्रौद्योगिकी और नीतिगत महत्वपूर्ण खोज का इंतजार है, जिनकी हमें आवश्यकता है। इस बीच, जलवायु में परिवर्तन पहले ही शुरु हो चुका है। घोर अन्याय की बात यह है कि दुनिया के सबसे गरीब किसान ही इससे सबसे ज्यादा पीड़ित हो रहे हैं। उन्होंने कभी ऐसा कुछ नहीं किया है, जो जलवायु परिवर्तन का कारण बने, लेकिन क्योंकि वे अपनी आजीविका के लिए वर्षा पर निर्भर करते हैं, उन्हें सबसे अगली कतार में खड़े होकर इससे निपटना पड़ रहा है। इन किसानों के पास पहले से ही गलती की कोई गुंजायश नहीं है। उनके पास सूखे और बाढ़, अपने मवेशियों के बीच रोग के प्रकोप या अपनी फसल को नष्ट करने वाले नए कीटों से निपटने के लिए कोई संसाधन नहीं हैं। इथियोपिया में, सरकार और लाखों किसानों ने लचीलापन लाने के लिए प्रभावशाली क्रैश कोर्स शुरू किया है और यह कारगर साबित हो रहा है। जैसा कि मंत्री काबा ने लिखा है, 2015 का सूखा कुख्यात 1984 के सूखे के दौरान हुए मौत या विनाश के तांडव के आसपास भी नहीं था। इथियोपिया की सफलता आशा की किरण दिखाती है। दुनिया भर में, हमें फसलों की ऐसी बेहतर किस्मों को विकसित और वितरित करने के लिए अधिक निवेश की आवश्यकता है, जो अत्यधिक गर्मी या बाढ़ जैसे बोझ को सहन कर सकें। दुनिया की कृषि अनुसंधान प्रणाली को और अधिक सहायता की जरूरत है।

Bill & Melinda

1984 का अकाल एक काला इतिहास है,

डॉ. काबा ऑर्गेसा

इथियोपिया के कृषि मंत्रालय में प्राकृतिक संसाधन एवं खाद्य सुरक्षा राज्य मंत्री

जिसका हमें सामना करना पड़ा था। लेकिन कभी-कभी यह सोचकर हैरत होती है कि अवसर संकट में ही विद्यमान होता है।अकाल के कुछ समय बाद, हमने एक आपदा प्रबंधन नीति की स्थापना की और खाद्य के भंडार तैयार किए, ताकि सूखा पड़ने की स्थिति में हम कम से कम अपने लोगों की जान तो बचा सकें।

जैसे-जैसे साल बीतते गए, हमने अपने कृषि क्षेत्र की उत्पादकता और लचीलेपन पर भारी निवेश किया। हमें ऐसा करना पड़ा, क्योंकि हमारी 80 प्रतिशत से अधिक जनता ग्रामीण क्षेत्रों में रहती है। 2003 में, अफ्रीकी संघ की मोज़ाम्बिक के मापुटो में बैठक हुई और सरकारों ने कृषि पर अपने बजट का 10 प्रतिशत खर्च करने की प्रतिबद्धता व्यक्त की; हमने इससे भी ज्यादा खर्च किया। 2015 में, हमें सूखे का सामना करना पड़ा, जो 1984 में अकाल का रूप लेने वाले सूखे जितना ही गंभीर था, लेकिन दुनिया को इसके बारे में कभी पता नहीं चला, क्योंकि हमने इससे निपटने में किसानों की मदद करने के लिए बेहतर व्यवस्थाएं तैयार की थीं।

हमारा फलता-फूलता कृषि क्षेत्र इथियोपिया के प्रभावशाली समग्र आर्थिक विकास का भाग रहा है और यही 2025 तक हमारे मध्यम आय वाला देश बनने की राह पर अग्रसर होने का कारण भी है। लेकिन एक चीज है, जो हमारे रास्ते की रुकावट बन सकती है वह है: जलवायु परिवर्तन। जलवायु परिवर्तन अमीर देशों की कार्रवाइयों का परिणाम है, लेकिन गरीब देशों में सबसे कमजोर लोगों को ही सबसे पहले इसकी आंच महसूस करनी पड़ रही है।

जब मैं कमउम्र का था, तभी से यहां का तापमान लगभग 1 डिग्री सेल्सियस बढ़ चुका है। लेकिन वर्षा इससे कहीं ज्यादा बड़ी समस्या है। कुल मिलाकर देखा जाए, तो इसमें कमी आई है— कुछ स्थानों पर यह -20 प्रतिशत कम आई है। वर्षा का पूर्वानुमान कम लग पाता है। यह देर से आती है और जल्दी समाप्त हो जाती है। जब यह आती है, यह विनाशकारी मूसलाधार बारिश के रूप में आ सकती है। किसान की हर एक गणना मौसम पर आधारित होती है। छोटी जोत वाले किसान बहुत अच्छे कृषिविद् हैं, लेकिन उन्होंने अपना जीवन ऐसी जलवायु के बारे में सीखने में बिताया है जो धीरे—धीरे समाप्त हो रही है।

सौभाग्य से, पिछले 20 वर्षों से हम जो काम कर रहे हैं, वह अगले 20 साल तक हमारे किसानों को बदलती जलवायु से निपटने में मदद करेगा। 2005 में, हमने एक विशाल कार्यक्रम की शुरुआत की थी, जो कृषि-संबंधित सार्वजनिक निर्माण परियोजनाओं पर काम करने के लिए लोगों को भुगतान करता था। इसका दुगना प्रभाव हुआ: गरीबों के पास आपात स्थिति में भोजन और अन्य आवश्यकताओं की खरीद करने के साधन उपलब्ध हो गए और उन्होंने बेंच टैरेस, बांध, चेक बांध, गहरी खाइयां और माइक्रोबासिन जैसी सामुदायिक परिसंपत्ति का निर्माण किया, जिन्होंने जल संरक्षण करने, मिट्टी के कटाव को रोकने और आखिरकार अधिक पैदावार करने में योगदान दिया। तीन साल बाद, हमने सतत भूमि प्रबंधन के लिए एक जन आंदोलन को बढ़ावा देने के लिए एक और कार्यक्रम की शुरुआत की।

हमने दुनिया में कृषि विस्तार एजेंटों के विशाल कैडर को काम पर लगाया, जो दुनिया के विशालतम कैडरों में से एक था। वे समय पर जानकारी मुहैया कराने का स्रोत हैं; उदाहरण के लिए, वे सूखे के बारे में पूर्व चेतावनी देते हैं और इस बारे में सलाह देते हैं कि किसान इसका सामना कैसे कर सकते हैं। वे दीर्घकालिक शिक्षा पर भी ध्यान केंद्रित करते हैं। अनेक पड़ोसी देशों में किसानों की तुलना में इथियोपिया के किसानों द्वारा उर्वरक, उन्नत बीज या सिंचाई का उपयोग करने की अधिक संभावना का एक कारण हमारे विस्तार एजेंटों का नेटवर्क है।

हमें इस बारे में कोई भ्रम नहीं है कि हमारा सामना किससे है। कई साल पहले, हमने अपनी जलवायु के अनुकूल हरित अर्थव्यवस्था कार्यनीति शुरू की थी, जिसमें यह स्वीकार किया गया है कि भविष्य में हमारी खुशहाली पर्यावरण के उचित प्रबंधन पर निर्भर करती है।

हम सूखे को रोक नहीं सकते, लेकिन हम उनके बावजूद फल-फूल सकते हैं।

(अलाबाकीटो, इथियोपिया)

हमारे इलाके में मौसम भगवान भरोसे होता है।

मित्सेलल टेकेल टेस्फी
किसान, इथियोपिया

20 साल पहले, जब मैंने इस जमीन पर खेती करना शुरु किया, तो मौसम बेहतर हुआ करता था। लेकिन अब यह गर्म होता जा रहा है। जुलाई का महीना ठंडा होना चाहिए; इस वर्ष यह सामान्य से कहीं ज्यादा गर्म है। और वर्षा का अब कोई भरोसा नहीं रह गया है। एक साल अच्छी वर्षा होती है, और अगले साल सूखा पड़ जाता है। आमतौर पर मई के अंत या जून की शुरुआत में वर्षा होने लगती है। इस साल, जुलाई खत्म होने को है और अभी तक बारिश नहीं हुई। हम इंतजार कर रहे हैं। हम बेहतर समय पर बुआई करने की कोशिश करते हैं, लेकिन वर्षा पर हमारा कोई नियंत्रण नहीं है। यदि जुलाई तक वर्षा की शुरुआत नहीं हुई और यह अक्टूबर से पहले रुक गई, तो हमें अपने खेतों से कुछ भी नहीं मिलेगा। यदि हालात बिगड़ते हैं, तो मेरे पास कुछ भेड़ें हैं जिन्हें मैं बेच सकता हूं या कारोबार कर सकता हूं। मैं शहद के लिए मधुमक्खी पालन पर निवेश करने के बारे में सोच रहा हूं।

मौसम खराब होने के बावजूद, हमारी खेती अभी तक बेहतर है। जब मैं छोटा था, तो मेरे माता-पिता के खेत की जमीन बरबाद हो गई थी। उन्हें सरकार से किसी भी तरह की मदद नहीं मिली थी। जब 1984 में अकाल आया, तो परिवार के सामने केवल सूडान चले जाने का ही रास्ता बचा था।

अब, हमें अपने समुदाय में आने वाले कृषि विशेषज्ञों से जानकारी और शिक्षा मिलती है। इससे पहले, हमने आधुनिक बीजों का इस्तेमाल नहीं किया था। अब मैं गेहूं के सबसे अच्छे बीज इस्तेमाल करता हूं। मैं जो गेहूं बोता हूं, वह कटाई के लिए जल्दी तैयार हो जाती है, इसलिए यह सूखे के दौरान बेहतर रहती है। इससे पहले, हमने कभी उर्वरकों, तृणनाशकों या कीटनाशकों का इस्तेमाल नहीं किया था। अब मैं तीनों का इस्तेमाल कर सकता हूं। मुझे निराई के बारे में पता है। मैं जानता हूं कि मुझे अपने खेत को धूप में सूखने से कैसे बचाना है। मेरी पैदावार लगभग दोगुनी हो चुकी है।

इस साल, हमें बताया गया था कि बारिश कम होगी और ऐसे में क्या

हमने यहां परिस्थितियों के अनुकूल ढलने की कोशिश की और कामयाबी हासिल की

मित्सेलल (काल अमीन केबेले, इथियोपिया)

कदम उठाने होंगे, इस बारे में हमें प्रशिक्षण दिया गया था। हम अपवाह या रन ऑफ को इकट्ठा कर उसका भंडारण करके वर्षा जल का संचयन करते हैं, ताकि बाद में उसका इस्तेमाल किया जा सके। हम अपनी पूरी ताकत और क्षमता के साथ जमीन को नम रखने की कोशिश करते हैं।जब थोड़ी सी बारिश होने लगती है,तो प्रत्येक परिवार यह सुनिश्चित करने के लिए कड़ी मेहनत करता है कि वह मिट्टी में रहे। यदि बारिश हो रही हो, तो कोई भी घर में नहीं बैठता।

हम यहां की परिस्थितियों के अनुकूल ढलने और इनसे निपटने की कोशिश करते हैं। मैं चाहता हूं कि मेरे बच्चे शिक्षा प्राप्त करें। जब मैं बच्चा था, मैं पढ़ नहीं सका; मैं जीवन में एक दिन भी स्कूल नहीं गया। लेकिन मेरे तीनों बच्चे स्कूल में पढ़ते हैं। मुझे यह सुनिश्चित करना है कि उनका पेट भरा जाए। अगर मैंने इस साल की शुरुआत में गेहूं बोई, तो अगले मौसम में मैं जौ बोऊंगा, क्योंकि जौ मुझे अपने बच्चों का पेट भरने के लिए चाहिए। मेरे बच्चे भूखे पेट कुछ भी सीख और पढ़ नहीं सकते। मैं हरेक फैसला अपने परिवार की जरूरतों को ध्यान में रखकर करता हूं।

एक साक्षात्कार पर आधारित

ISSUES/PROBLEMS
S/N
ISSUES/PROBLEMS
NUMBER
1. INADEQUATE AWARENESS ON ANC BY COM. MEMBER 5
2. NO 24HRS SHIFTING DUTY 4
3. LACK OF MONITORING DELIVERY USING PARTOGRAPH 4
4. CLIENT WAITING TIME 3
5. LOW DELIVERY RATE 2
6. EARLY DISCHARGE OF MOTHERS BEFORE 24HRS AFTER DELIVERY 2
FISH BONE DEBA PHC GROUP WORK
CHANGE IDEA: NO USE OF PARTOGRAPH TO MONITOR
AVAILABILITY
LACK OF PARTOGRAPH IN THE HIF
KNOWLEDGE

डेटा का पता लगाना

हमने सतत विकास लक्ष्यों (एसडीजी) की दिशा में हुई प्रगति पर नजर रखने के लिए गोलकीपर्स रिपोर्ट लिखना शुरू किया। हमारा मानना है कि दुनिया में जहां सफलता प्राप्त हो रही है, वह नेताओं को और अधिक कार्य करने के लिए प्रेरित करेगी और जहां कुछ अभाव होंगे, वह उनका ध्यान आकृष्ट करेंगे। इसलिए हमने हर साल, उन 18 संकेतकों के बारे में सबसे नवीन वैश्विक डेटा प्रकाशित करने का वादा किया था, जो हमारे फाउंडेशन द्वारा किए जाने वाले कार्यों के बेहद करीब हैं। इस वर्ष अपने विषय के मद्देनजर हमने एसडीजी की उपलब्धियों को अवरुद्ध करने में असमानताओं की भूमिका पर जोर देने की कोशिश की है। हमने मातृ मृत्यु दर, बौनापन और उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों (एनटीडी) का और अधिक विस्तार से अन्वेषण किया है, क्योंकि वे कहानियां असमानता और इससे निपटने के बारे में अंतर्दृष्टि प्रदान करती हैं।

Bill & Melinda

बौनापन

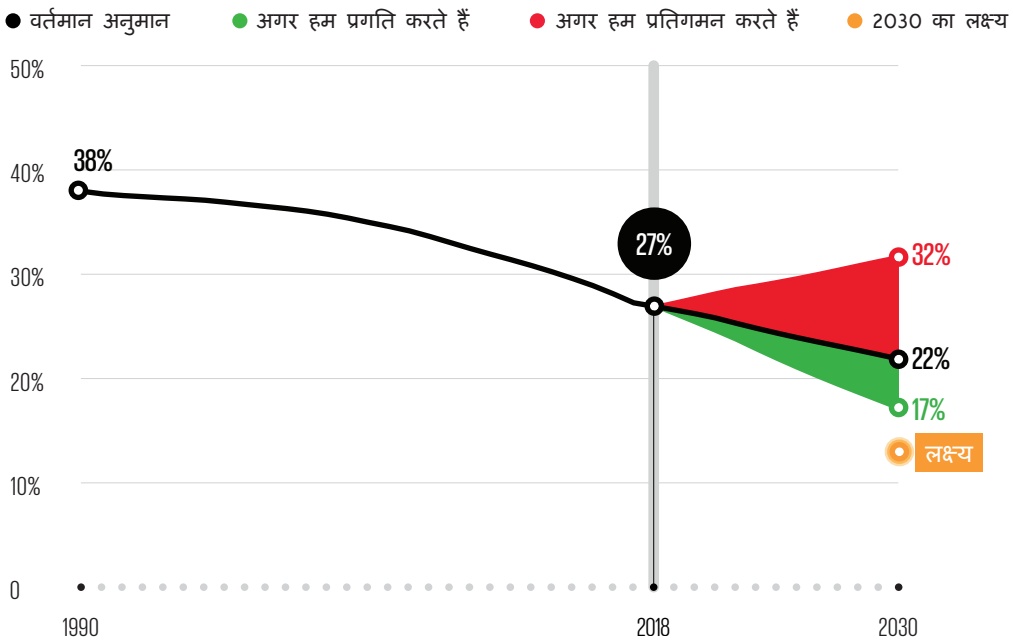
बौनापन जटिल समस्या है। इसका समाधान आसान नहीं है; महत्वपूर्ण प्रगति हासिल करने के लिए आपको कई दिशा में प्रयास करने होंगे। यही कारण है कि वैश्विक स्तर पर बौनेपन की दर में कुछ अन्य संकेतकों की तुलना में कहीं ज्यादा धीमी रफ्तार से कमी आ रही है। लेकिन साथ ही बौनेपन में कमी अच्छे विकास का स्पष्ट संकेत भी है।

प्रगति में तेजी लाने का एक तरीका यह भी है कि नेपाल जैसे देशों का अध्ययन किया जाए, जिन्होंने इस दिशा में प्रभावशाली प्रगति की है।

1996 में, तीन में से दो नेपाली बच्चे बौनेपन से ग्रसित थे, जो दुनिया में सबसे अधिक दर थी। 2016 तक, यह दर तीन में से एक रह गई। इस प्रगति का कारण स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा में निवेश था। उदाहरण के लिए,नई सदी शुरू होने के बाद से एक कुशल सेवा प्रदाता से प्रसव पूर्व देखभाल प्राप्त करने वाली गर्भवती महिलाओं का प्रतिशत तीन गुना (84 प्रतिशत) हो गया है, और प्राथमिक स्कूल में दाखिला लेने वालों की दर अब 97 प्रतिशत है।

आंकड़ों पर बारीकी से गौर करने से पता चलता है कि हालांकि नेपाल ने बौनेपन से संबंधित बोझ को कम किया है, लेकिन यह अभी तक इसे संतुलित नहीं कर सका है। वास्तविकता तो यह है कि आप देखते हैं कि बौनापन 1996 और 2016 के बीच वेल्थ क्विन्टाइल द्वारा निरुपित किया गया। हालांकि हर क्विन्टाइल में बहुत सुधार हुआ है - लेकिन समृद्ध लोगों में निर्धनतम लोगों से ज्यादा सुधार हुआ। और अब गरीब और अमीर के बीच फासला और भी बढ़ गया है।

पांच साल से कम उम्र के बच्चों में बौनेपन का प्रचलन



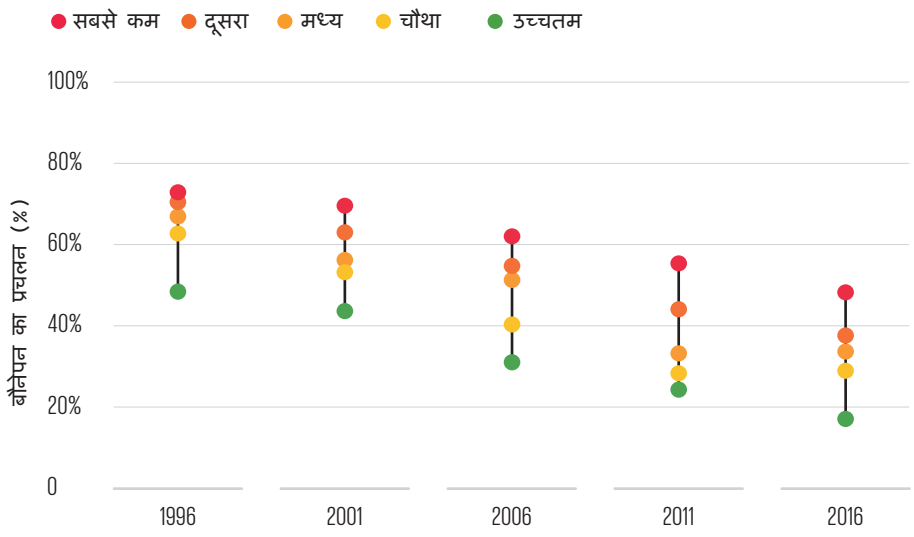
एसडीजी लक्ष्य: 2025 तक पांच साल से कम उम्र के बच्चों में बौनापन और अपक्षय के लिए अंतरराष्ट्रीय स्तर पर सहमत लक्ष्यों को प्राप्त करने सहित कुपोषण के सभी प्रकारों को समाप्त करना। चार्ट पर दिखाए गए लक्ष्य अनंतिम हैं और मौजूदा 2025 लक्ष्य के आधार पर अनुमानित हैं।

नेपाल के लिए, अब इस अंतर को मिटाना प्राथमिकता है। नेपाल इस दिशा में पेरू से मार्गदर्शन ले सकता है।

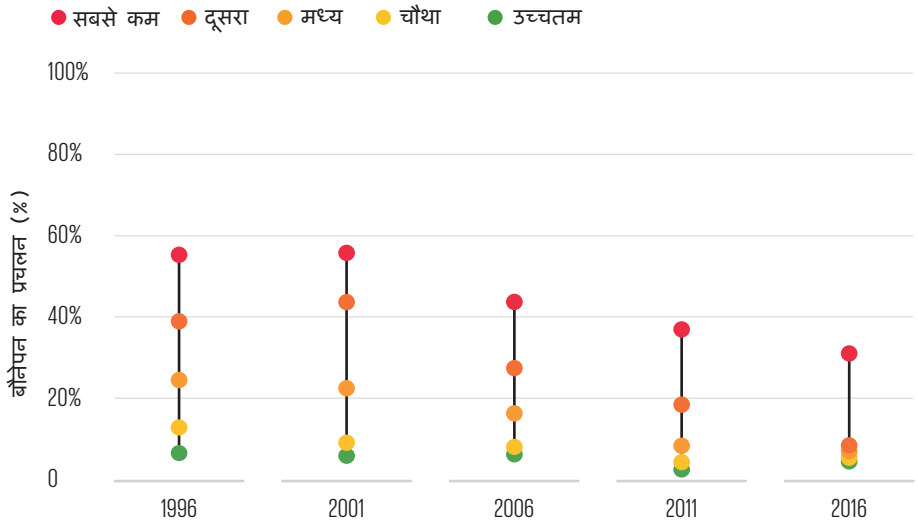
पेरू के लिए समान चार्ट है, इस अनुकरणीय देश का बौनेपन का बोझ 2000 में नेपाल के वर्तमान बोझ के करीब था, यह दर्शाता है कि महज 15 वर्षों में निर्धनतम और सबसे अमीर क्विन्टाइल के बीच की खाई सिकुड़कर आधी हो चुकी है। समानता की दिशा में यह प्रगति इस प्रकार की गई: पेरू की सरकार ने गरीबों के लिए एक स्वास्थ्य बीमा प्रणाली बनाई; महत्वपूर्ण क्षेत्रों की महिलाओं को स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा जैसी सेवाओं का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करने के लिए एक सशर्त नकदी हस्तांतरण कार्यक्रम लागू किया; प्रमुख स्वास्थ्य और पोषण उपायों को लक्षित किया ताकि जिन लोगों को उनकी बहुत ज्यादा आवश्यकता है, उन्हें सबसे अधिक प्राथमिकता मिल सके।

नेपाल और पेरू एक साथ, बौनेपन के खिलाफ लड़ाई के हर चरण में देशों के लिए अंतर्दृष्टि प्रदान करते हैं।

पांच साल से कम उम्र के बच्चों में बौनेपन का प्रचलन



नेपाल में वैल्थ क्विन्टाइल के अनुसार बौनेपन का प्रचलन



मातृ मृत्यु दर

ज्यादातर माताओं की मृत्यु को पहले से मौजूद साधनों से रोका जा सकता है। सबसे महत्वपूर्ण है कि माताओं को गर्भावस्था और प्रसव के दौरान अच्छी देखभाल दी जाए।

दुखद बात यह है, अनेक माताओं की बिल्कुल देखभाल नहीं होती। असमानता की सबसे कठोर छवि किसी युवती द्वारा बच्चे को अकेले जन्म देना है।

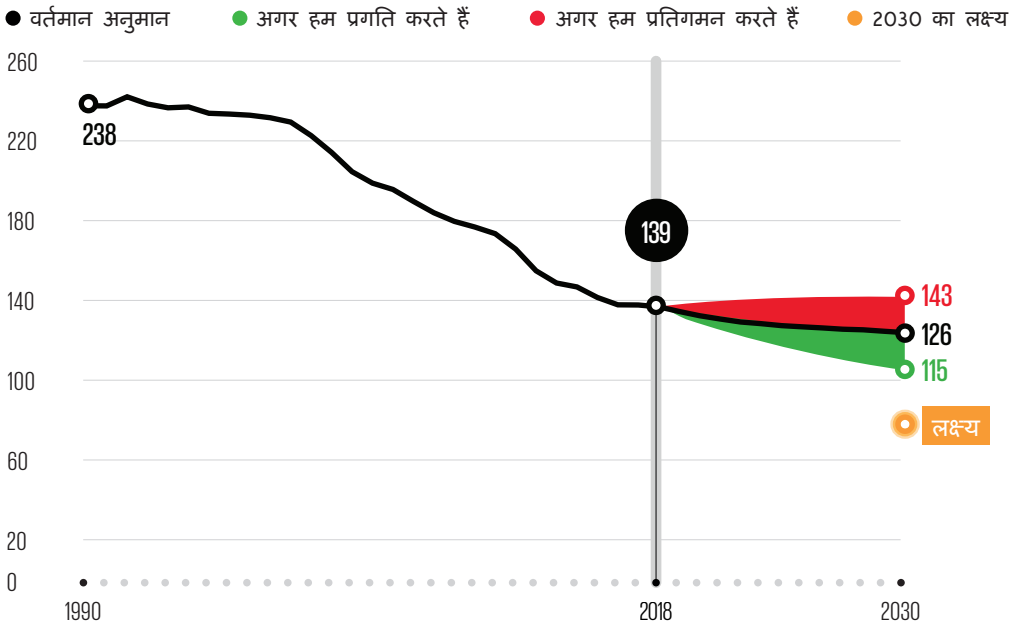
सौभाग्य से, अनेक सरकारें और उनके साझेदार इस छवि को मिटाने के लिए नवीन उपाय कर रहे हैं। उदाहरण के लिए, हमारे साथी झपीगो स्वास्थ्य प्रणाली के साथ गर्भवती महिलाओं के सम्पर्क के तरीके को नए सिरे से परिकल्पित कर रहे हैं।

अधिकांश गर्भवती महिलाएं गर्भावस्था के दौरान अनेक बार नर्स या दाई से देखभाल पर कुछ मिनटों का समय खर्च करती हैं। प्रत्यक्ष रूप से ध्यान दिया जाना अच्छा प्रतीत होता है, लेकिन ये मुलाकाते औपचारिक और जल्दबाज़ी में होती हैं।

इसलिए केन्या और नाइजीरिया के 20 स्वास्थ्य केंद्रों में, झपीगो ने गर्भावस्था की समान अवस्था वाली 15-20 महिलाओं के समूहों को दो घंटे के समूह जन्मपूर्व सत्रों की श्रृंखला में भाग लेने के लिए आमंत्रित किया। उन्हें एक स्वास्थ्य प्रदाता के साथ अधिक समय (30 गुना अधिक!) मिला, जो उन्हें व्यक्तिगत रूप से जानते थे। इतना ही नहीं, वे एक दूसरे को जान सके- और एक सहायता नेटवर्क तैयार किया, जो गर्भावस्था के बाद भी कायम रहा।

इन प्रसव पूर्व देखभाल समूहों (जी-एएनसी) से हैरतंगेज परिणाम हासिल हुए।

प्रति 100,000 जीवित बच्चों के जन्म पर मातृ मृत्यु



एसडीजी लक्ष्य: वैश्विक मातृ मृत्यु अनुपात घटाकर प्रति 100,000 जीवित बच्चों के जन्म पर 70 से कम करना।

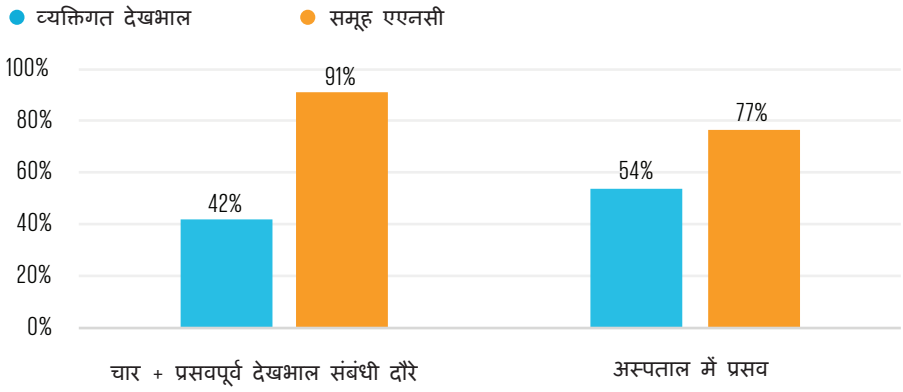
पहला, देखभाल बहुत बेहतर हुई। केन्या और नाइजीरिया दोनों में, जी-एएनसी में महिलाओं को अपनी और अपने नवजात शिशुओं की देखभाल के बारे में महत्वपूर्ण सहायता और जानकारी प्राप्त होने की ज्यादा संभावना थी।

दूसरा, महिलाओं के अनुभव बेहतर रहे, जिससे पता चलता है कि उनके द्वारा स्वास्थ्य प्रणाली का उपयोग करते रहने की संभावना अधिक हैं। जी-एएनसी में भाग लेने वाली नाइजीरियाई महिलाओं द्वारा स्वास्थ्य केंद्र में शिशु को जन्म देने की संभावना अधिक थी, जहां के कर्मचारी प्रसव संबंधी आपात स्थितियों से निपट सकते हैं।

तीसरा, सशक्तीकरण के समग्र उपायों की दृष्टि से महिलाओं की स्थिति बहुत अच्छी रही। जिससे यह पता चलता है कि जी-एएनसी केवल मातृ स्वास्थ्य ही नहीं बल्कि अन्य महत्वपूर्ण विकास प्राथमिकताओं को भी प्रभावित कर सकते हैं।

यद्यपि यह परियोजना 2017 में समाप्त हो गई, लेकिन सभी 20 टेस्ट साइट्स अपने बूते पर कुछ हद तक जी-एएनसी की पेशकश करना जारी रखे हुए हैं, क्योंकि प्रदाताओं और माताओं ने इसकी मांग की थी। अगला कदम यह है कि इनका विस्तार दूसरे जिलों और देशों तक किया जाए, मातृ मृत्यु दर में तेजी से कमी आए।

नाइजीरियाई जी-एएनसी साइट्स पर माताओं के स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग में बदलाव



लाडी और लामी, लूसी और गॉडविन (अगियारागु याकूबु, नाइजीरिया)

उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोग (एनटीडी)

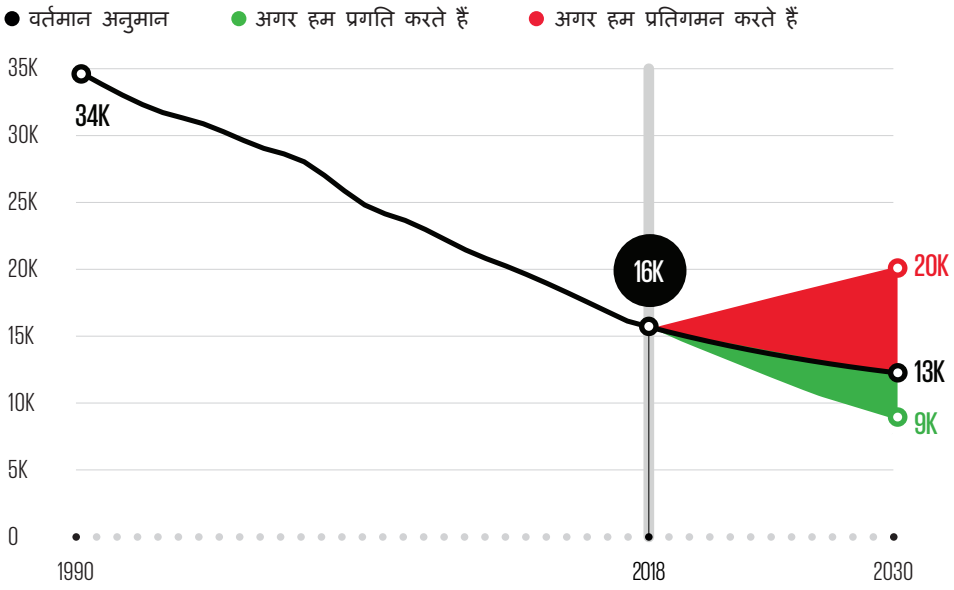
"उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोग" (एनटीडी) वाक्यांश में, "उपेक्षित" विशेषण लगभग 20 बीमारियों के समूह को ओर इशारा करता है, लेकिन यह उतनी ही आसानी से उनसे प्रभावित 1.5 बिलियन लोगों का वर्णन कर सकता है। एनटीडी के खिलाफ लड़ाई जीतने के लिए उन लोगों की जरूरतों को पूरा करना सीखना होगा, जिनकी जरूरतें पहले कभी पूरी नहीं की गईं।

ऑन्कोकेरिएसिस, एक परजीवी बीमारी पर गौर करें, जो भयावह खुजली और गंभीर मामलों में, दृष्टिहीनता का कारण बनती है(इसे रिवर ब्लाइंडनेस भी कहा जाता है)। ऑन्कोकेरिएसिस रोग काली मक्खियों द्वारा फैलता है, जो तेज बहाव वाली नदियों के पास पनपती हैं। इसके परिणामस्वरूप, दुनिया के कुछ सबसे गरीब किसान नदी-नालों में पाई जाने वाली बेहतरीन मिट्टी को छोड़ने के लिए मजबूर हो गए हैं और बंजर भूमि से आजीविका कमाने की कोशिश कर रहे हैं।

अच्छी खबर यह है कि ऑन्कोकेरिएसिस का इलाज इवेरमेक्टिन दवा से संभव है, जिसे मर्क 1987 से मुफ्त में उपलब्ध करा रही है। दुर्भाग्य से, यूं तो इवेरमेक्टिन लक्षण पैदा करने वाले छोटे कृमियों को खत्म करती है, लेकिन यह परिपक्व कृमियों को नहीं मार पाती - जो 15 साल तक प्रजनन कर सकते हैं। इसके अलावा, उप-सहारा अफ्रीका में फैले दूरदराज के गांवों में 200 मिलियन लोगों को इस रोग से संक्रमित होने का खतरा है।

इन चुनौतियों को देखते हुए, ऑन्कोकेरिएसिस उन्मूलन जन औषधि प्रशासन (एमडीए) के नाम से विख्यात व्यवस्था पर आधारित है: हर साल, लाखों दूर-दराज के गांवों में स्वयंसेवी स्वास्थ्य कार्यकर्ता हर स्थानीय निवासी को इवेरमेक्टिन देते हैं। लगभग 15 वर्षों के बाद, यदि एमडीए कवरेज लगातार बढ़ता रहा, तो लोगों के शरीर में मौजूद परिपक्व कृमि बुढ़ापे से मर जाएंगे और संचरण टूट जाएगा।

प्रति 100,000 लोगों पर 15 एनटीडी की प्रचलन दर



एसडीजी लक्ष्य: एड्स, तपेदिक, मलेरिया और उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों की महामारियों को समाप्त करना।

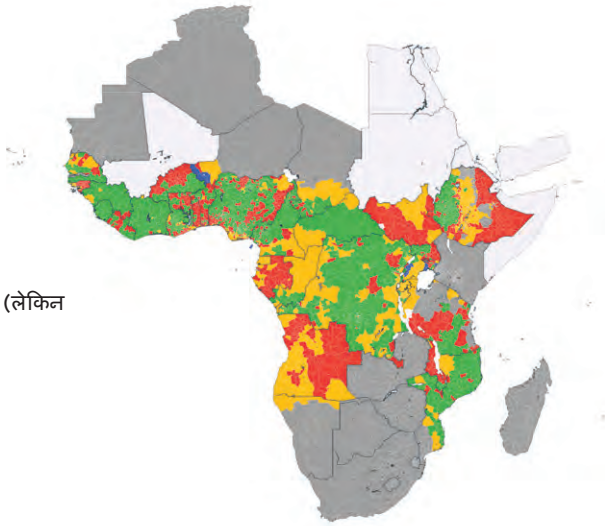
लेकिन हम जितना सफल होते हैं, हमारा काम उतना ही कठिन होता जाता है। पहला, जिन लोगों ने लगातार 10 साल तक दवा ली है और शायद वे बीमार महसूस नहीं करते हैं, वे इसे लेने के लिए उत्सुक नहीं रहते। दूसरा, नैदानिक परीक्षण इतने संवेदनशील नहीं हैं कि उनसे पता चल सके कि यह रोग पूरी तरह खत्म हो चुका है और कहां यह बहुत कम स्तर तक बचा है। नतीजतन, हम यह नहीं जानते कि एमडीए बंद करना कब सुरक्षित रहेगा।

हमें बेहतर नैदानिक परीक्षणों और औषधियों में निवेश करना जारी रखे हैं, फिर भी हमें साल-दर-साल उच्च गुणवत्ता वाले, व्यापक एमडीए अभियानों के व्यापक लॉजिस्टिक्स से निपटने के लिए दुनिया की कुछ सबसे कमजोर स्वास्थ्य प्रणालियों पर निर्भर रहना होगा। इस चुनौती निपटने के लिए अनेक लोग सामने आ रहे हैं। नाइजीरिया के दो राज्यों और माली, सेनेगल, सूडान और युगांडा के कुछ हिस्सों में ऑन्कोकेशियासिस संचरण बाधित हो गया है। इतना ही नहीं, प्रति व्यक्ति 1,000 डॉलर से कम जीडीपी वाले मलावी और सिएरा लियोन जैसे देशों में अनेक एनटीडी के लिए लगातार तीन वर्षों से 75 प्रतिशत से अधिक एमडीए कवरेज है।

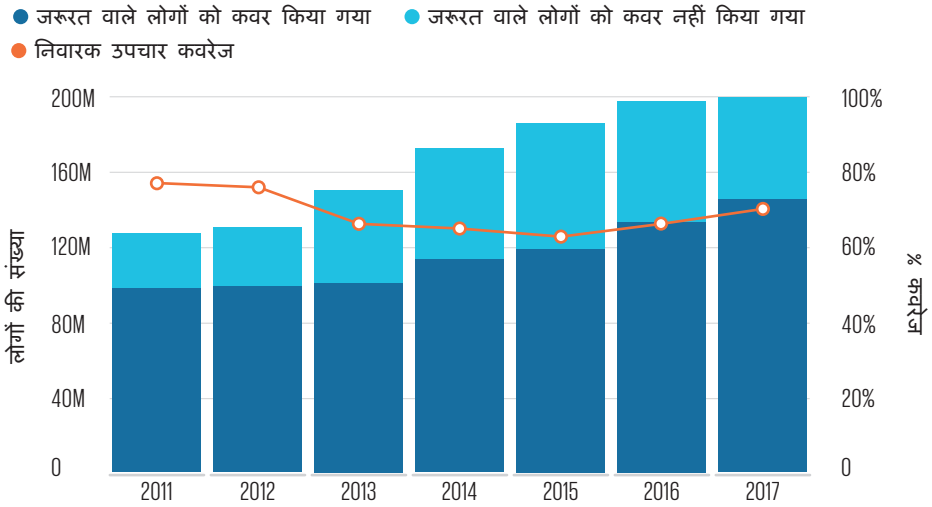
यह अब हर देश का दायित्व है कि जहां भी एनटीडी महामारी की स्थिति में हैं, वहां इस तरह की प्रगति हासिल की जाए और उसे तब तक बरकरार रखा जाए, जब तक वे रोग नियंत्रण में न आ जाएं या पूरी तरह समाप्त न हो जाएं।

अफ्रीका में ऑन्कोकेरिएसिस उन्मूलन कार्यक्रमों की जिले के अनुसार स्थिति

- कोई एमडीए नहीं या <65% कवरेज
- प्रभावी एमडीए प्रदान किया गया
- गैर स्थानिक
- कोई एमडीए नहीं क्योंकि उन्मूलन की सीमा हासिल कर ली गई
- कम प्रचलन के कारण कोई एमडीए नहीं (लेकिन उन्मूलन सीमा से नीचे होना जरूरी नहीं)



रिवर ब्लाइंडनेस के लिए निवारक उपचार प्राप्त करने वाले लोग

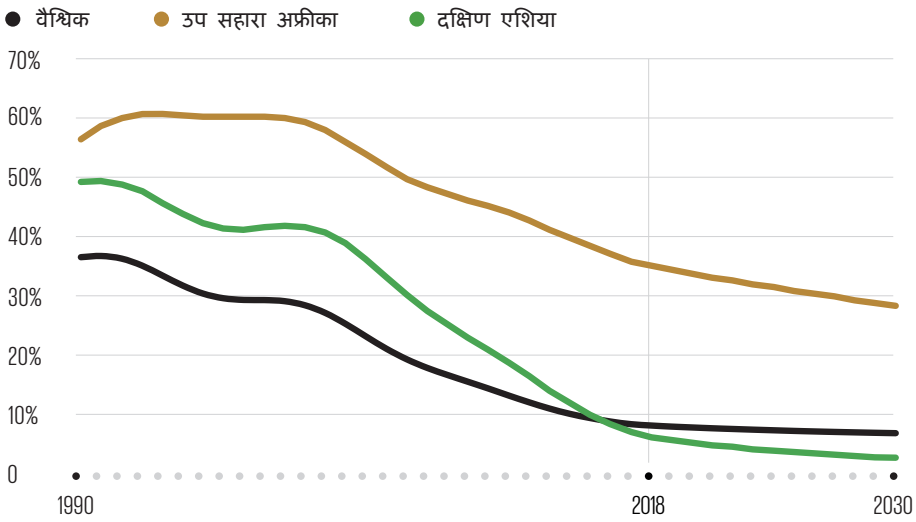


गरीबी

इस चार्ट के बारे में सबसे अधिक चिंता की बात उप-सहारा अफ्रीका वक्र की ढलान है। आदर्श रूप से, उप-सहारा अफ्रीका को गरीबी में तेजी से गिरावट के साथ, दक्षिण एशिया के हाल के पैटर्न का पालन करना चाहिए; इसके बजाय, इस क्षेत्र में प्रगति की गति वर्तमान में और 2030 के बीच अपेक्षाकृत धीमी रहने का अनुमान है। उप-सहारा अफ्रीका में स्वास्थ्य और शिक्षा में निवेश करना दीर्घकाल तक गरीबी को कम करने की कुंजी है, ताकि इनकी पहुंच उन लोगों तक हो सकें, जो आमतौर पर इनसे वंचित रह जाते हैं।

एसडीजी लक्ष्य: सभी स्थानों पर समस्त लोगों की अत्यधिक गरीबी का उन्मूलन करना।

अंतरराष्ट्रीय गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाली जनसंख्या का प्रतिशत (यूएस $1.90 / दिन)

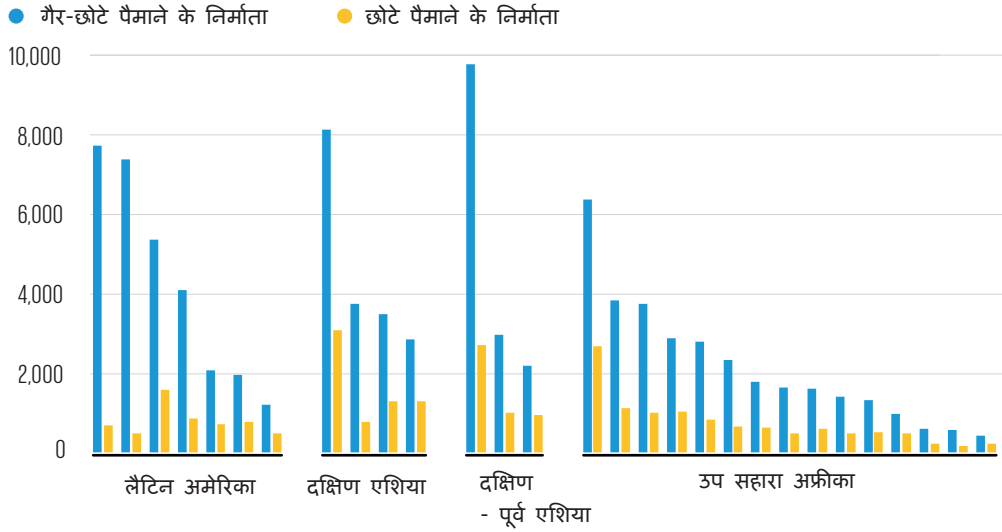


कृषि

पहले, कृषि उत्पादकता के तहत हमें "अपर्याप्त डेटा" रखना पड़ता था। यह चार्ट वास्तव में एसडीजी लक्ष्य का आकलन नहीं करता, लेकिन यह एक महत्वपूर्ण खोज का प्रतिनिधित्व करता है, क्योंकि पहली बार हमारे पास ऐसे उपयुक्त आंकड़े हैं, जिनकी बदौलत देशों के बीच तुलना की जा सकती है। यूं तो छोटे पैमाने के उत्पादकों की संख्या लगभग सभी देशों में बड़े पैमाने पर उत्पादकों से ज्यादा है, लेकिन वित्तीय सेवाओं, बीज और उर्वरक,कृषि संबंधी जानकारी और कुशल बाजारों तक पहुंच का अभाव होने जैसे कारणों से उनकी आमदनी बहुत कम है। इसके अलावा, अन्य क्षेत्रों की तुलना में उप-सहारा अफ्रीका के छोटे और बड़े पैमाने के उत्पादक दोनों ही कम कमाते हैं।

एसडीजी लक्ष्य: विशेष रूप से महिलाओं, मूल निवासियों, फैमिली फार्मर्स, पशुपालकों और मछुआरों की कृषि उत्पादकता और आय दोगुनी करना।

कृषि से औसत वार्षिक आय, पीपीपी (निरंतर 2011 अंतर्राष्ट्रीय $)

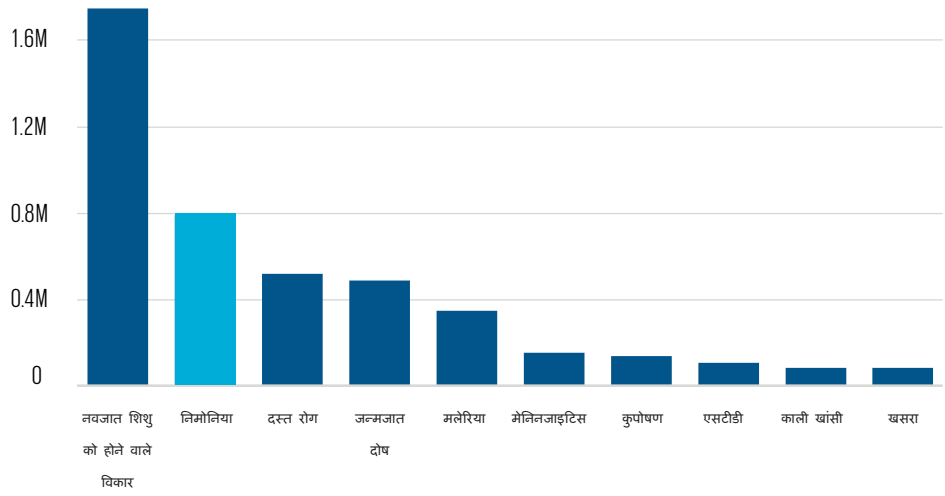


पांच वर्ष से कम उम्र में मृत्यु दर

निमोनिया बाल मृत्यु दर का प्रमुख संक्रामक कारण है और नवजात शिशुओं से संबंधित दूसरे विकार के रूप में समग्र बाल मृत्यु दर का कारण है। हालांकि, वैश्विक अनुसंधान और विकास खर्च का सिर्फ 3 प्रतिशत और संक्रामक रोगों पर वैश्विक विदेशी सहायता खर्च का 6 प्रतिशत निमोनिया पर खर्च होता है। वैश्विक स्तर पर, वर्तमान में आधे से भी कम बच्चे निमोनिया के टीके द्वारा सुरक्षित हैं। एक सस्ता टीका जल्द ही उपलब्ध हो सकता है, जिससे और अधिक देश और अधिक बच्चों की सुरक्षा करने और वैश्विक बाल मृत्यु दर के बोझ को कम करने में सक्षम हो सकेंगे।

एसडीजी लक्ष्य: समस्त देशों द्वारा पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मौतों को प्रति 1,000 बच्चों के जीवित जन्म पर कम से कम 25 करने के लक्ष्य सहित पांच वर्ष से कम आयु के नवजात शिशुओं और बच्चों की रोकी जा सकने वाली मृत्यु पर विराम लगाना।

पांच साल से कम उम्र में मृत्यु दर

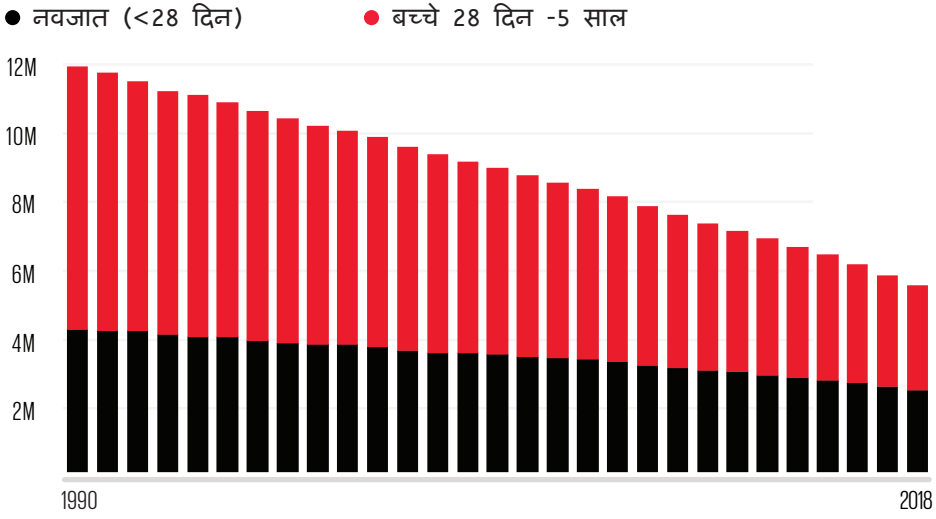


नवजात शिशु मृत्यु दर

पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मौतों संख्या में लगातार कमी आई है। मरने वाले नवजात शिशुओं (0-28 दिन के)की संख्या में भी कमी आई है, लेकिन इसकी रफ्तार धीमी रही है। इसलिए समग्र बाल मृत्यु दर के प्रतिशत के रूप में नवजात शिशुओं की मृत्यु दर बढ़ रही है। लगभग आधी मौतें अब शिशुओं के जन्म के शुरूआती 28 दिनों में हो जाती हैं। बच्चों का अस्तित्व बचाने की दिशा में भावी प्रगति के लिए नवजात शिशुओं के स्वास्थ्य पर नए सिरे से ध्यान देने की आवश्यकता है। बुनियादी उपायों का प्रमाणित पैकेज उपलब्ध कराने के अलावा, निम्न और मध्यम-आय वाले देशों के लिए यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण है कि जिन स्वास्थ्य केंद्रों में माताएं जन्म देती हैं, वहां छोटे और बीमार बच्चों की विशेष देखभाल उपलब्ध हों।

एसडीजी लक्ष्य: सभी देशों द्वारा नवजात शिशु मृत्यु दर प्रति 1000 जीवित जन्म पर कम से कम 12 किए जाने के लक्ष्य सहित नवजात शिशुओं और पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की रोकी जा सकने वाली मौतों पर विराम लगाना।

पांच से कम उम्र में मौतों के समय का वैश्विक रुझान

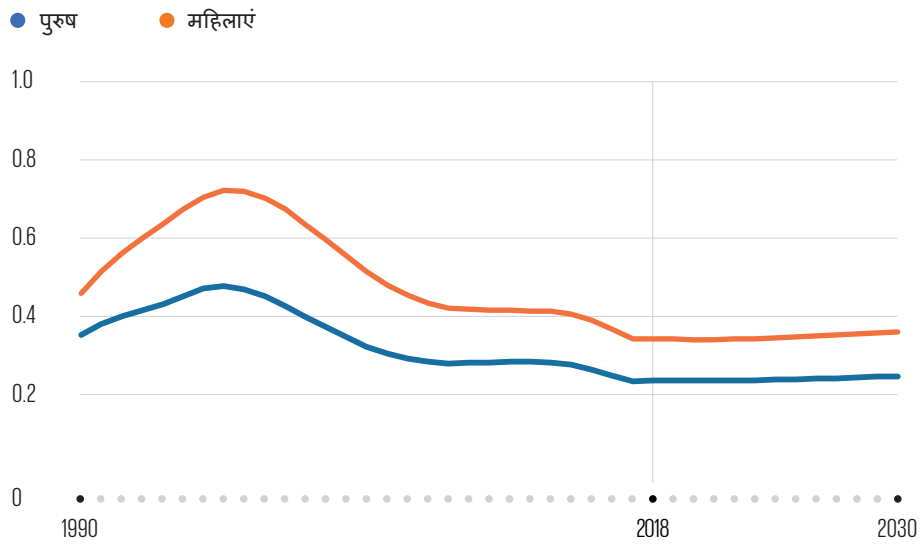


एचआईवी

10 से 24 वर्ष की आयु के बीच, पुरुषों की तुलना में महिलाओं के एचआईवी से संक्रमित होने की आशंका काफी अधिक है। (वैसे, 24 वर्ष की आयु के बाद,अक्सर यह स्थिति बिल्कुल उलट होती है।) युवतियां कई कारणों से असुरक्षित होती हैं। उदाहरण के लिए, रिश्तों में अधिकारों के अभाव के कारण किशोरियां जोखिमपूर्ण सेक्स करती हैं और सामाजिक कलंक उन्हें पर्याप्त प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल की मांग (या प्राप्ति नहीं) नहीं करने देता। युवाओं की संख्या में वृद्धि के कारण यह अंतर विशेष रूप से चिंताजनक है:लड़कियों की आबादी ऐसी उम्र तक पहुंच रही है, जहां उनकी असुरक्षा बढ़ती रहती है।

एसडीजी लक्ष्य: एड्स, तपेदिक, मलेरिया और उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों जैसी महामारियों का उन्मूलन करना।

प्रति 1,000 लोगों में 10 से 24 आयुवर्ग के एचआईवी के नए मामले

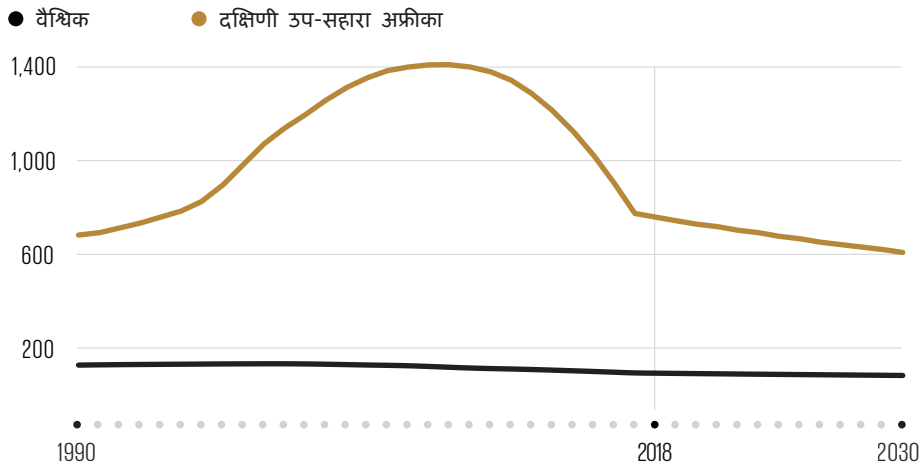


तपेदिक

1990 और 2000 के दशक में उप-सहारा अफ्रीका में तपेदिक के मामलों में वृद्धि इस बात का एक और प्रमाण है कि एचआईवी / एड्स महामारी कितनी विनाशकारी थी। एचआईवी लोगों को तपेदिक के प्रति अधिक संवेदनशील बनाता है, जो बताता है कि इस क्षेत्र में तपेदिक के मामले क्यों बढ़ गए। हालांकि यह भी वास्तविकता है कि 2008 के बाद इसमें तेजी से गिरावट आई, जो अफ्रीका अफ्रीका की एचआईवी से निपटने की प्रणाली सफलता का प्रमाण है। उप-सहारा अफ्रीका और दक्षिण एशिया के लिए अगली प्राथमिकता तपेदिक से संबंधित सभी सक्रिय मामलों का निदान और उपचार करना और अन्य क्षेत्रों के साथ अंतर को कम करना है।

एसडीजी लक्ष्य: एड्स, तपेदिक, मलेरिया और उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों जैसी महामारियों का उन्मूलन करना।

प्रति 100,000 लोगों में तपेदिक के नए मामले

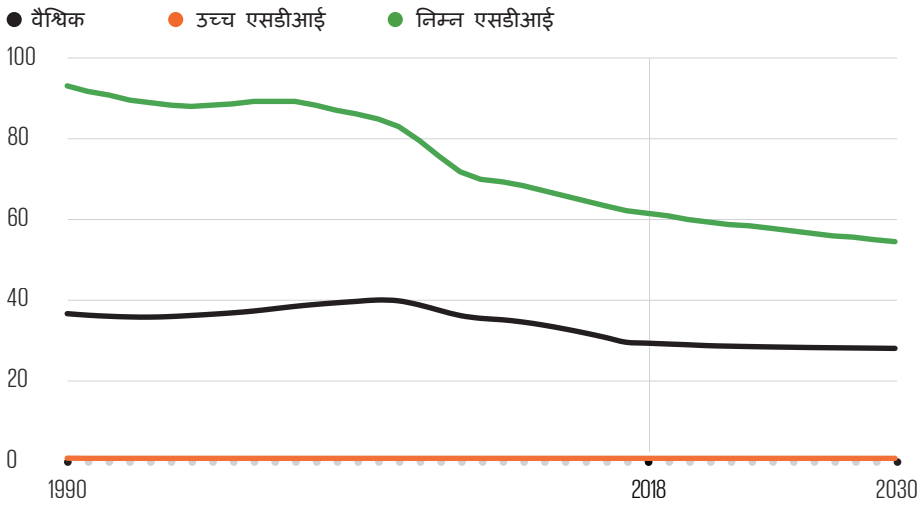


मलेरिया

इन पंक्तियों से पता चलता है कि मलेरिया वैश्विक स्वास्थ्य असमानता का प्रतीक क्यों है। निम्न-आय वाले देश वैश्विक बोझ उठाते हैं; उच्च आय वाले देशों में ऐसे मामलों की संख्या लगभग शून्य है। देशों के भीतर भी बोझ में महत्वपूर्ण अंतर हैं, सबसे दुर्गम, निर्धनतम समुदायों को सबसे ज्यादा तकलीफ उठानी पड़ती है। वैश्विक स्तर पर, बोझ में लगातार गिरावट आई है, लेकिन सफलता तभी मिलेगी जब मलेरिया से संबंधित असमानताओं को सीमाओं के भीतर और बाहर हल किया जाएगा। उच्चतम बोझ वाले स्थानों के भी बीमारी का उन्मूलन करने वाले अंतिम स्थान होने की संभावना है, इसलिए जितनी जल्दी हम असमानताओं को दूर करेंगे, उतना ही हम धरती से मलेरिया का नामो निशान मिटाने के लक्ष्य के करीब पहुंचेंगे।

एसडीजी लक्ष्य: एड्स, तपेदिक, मलेरिया और उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों जैसी महामारियों का उन्मूलन करना।

प्रति 1,000 लोगों पर मलेरिया के नए मामले

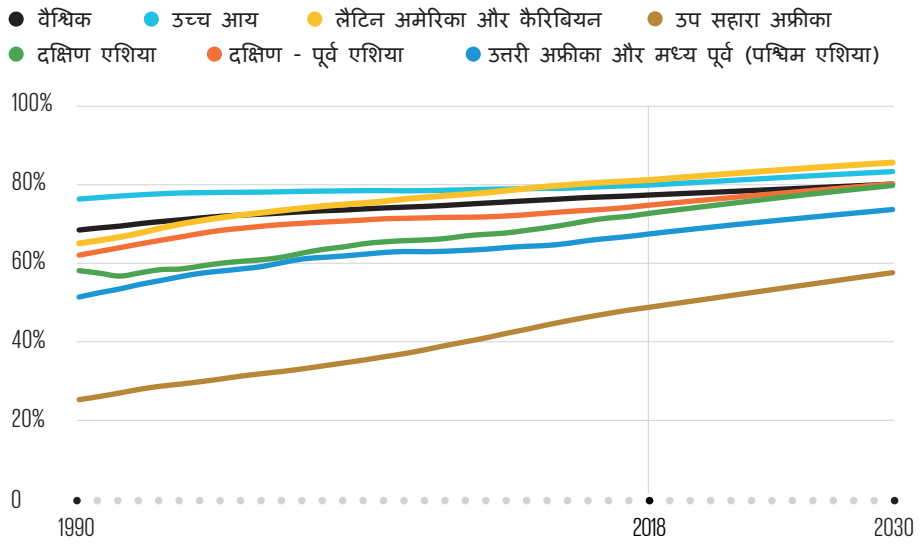


परिवार नियोजन

जब परिवार नियोजन की बात आती है, तो उप-सहारा अफ्रीका अलग क्षेत्र है। अब तक, दुनिया का हर एक क्षेत्र चार्ट के शीर्ष के निकट इकट्ठा हो गया है; इसके बाद अंतर है, और फिर उप-सहारा अफ्रीका की लाइन आती है। अंतर के समाप्त होने का अनुमान है, लेकिन केवल धीरे-धीरे। यदि उप-सहारा अफ्रीका के चंद देश परिवार नियोजन कवरेज की दृष्टि से अपने सुधार में तेजी लाएं, तो यह क्षेत्र गर्भ निरोधकों और प्रजनन स्वास्थ्य के लिए महिलाओं की जरूरतों को पूरा करने के अपने वैश्विक लक्ष्यों को प्राप्त करेगा।

एसडीजी लक्ष्य: परिवार नियोजन सहित यौन और प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक सार्वभौमिक पहुंच सुनिश्चित करना।

प्रजनन आयु वाली प्रजनन आयु (15-49) वाली महिलाओं का प्रतिशत, जिनकी परिवार नियोजन की आवश्यकता आधुनिक तरीकों से पूरी हो जाती है।

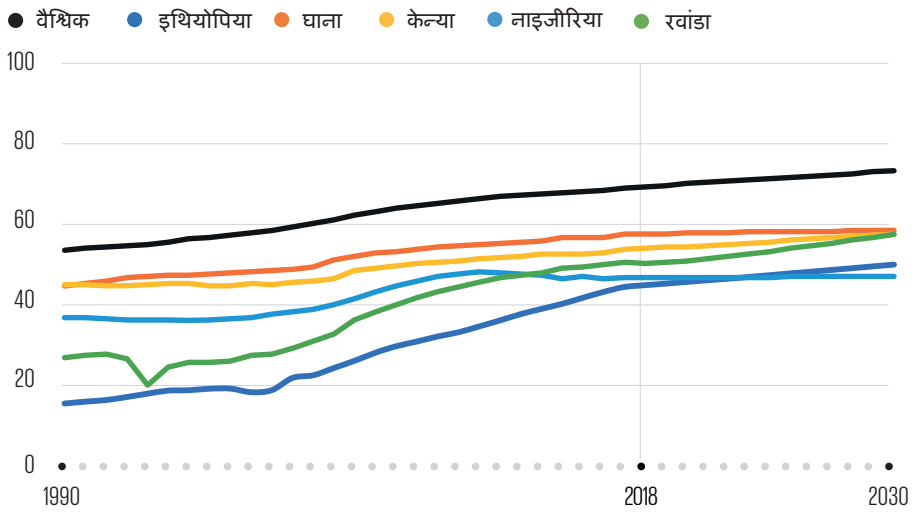


सम्पूर्ण स्वास्थ्य कवरेज

सम्पूर्ण स्वास्थ्य कवरेज (यूएचसी) के साथ, देश में सभी लोगों को वित्तीय कठिनाई बिना आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच उपलब्ध होती है। निम्न-आय वाले देशों की तुलना में उच्च-आय वाले देशों के यूएचसी प्राप्त करने की संभावना अधिक है, लेकिन यह ग्राफ दर्शाता है कि कुछ निम्न-आय वाले देशों को दूसरों के मुकाबले बहुत बेहतर परिणाम प्राप्त हुए हैं। बेशक रवांडा और इथियोपिया अन्य देशों की तुलना में गरीब हैं, लेकिन दोनों ने समुदाय-आधारित प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर भारी निवेश किया है। जिसके परिणामस्वरूप, उनके यूएचसी प्रदर्शन में जबरदस्त सुधार हुआ है।

एसडीजी लक्ष्य: सभी के लिए सम्पूर्ण स्वास्थ्य कवरेज प्राप्त करना।

आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं के कवरेज के लिए प्रदर्शन के आंकड़े



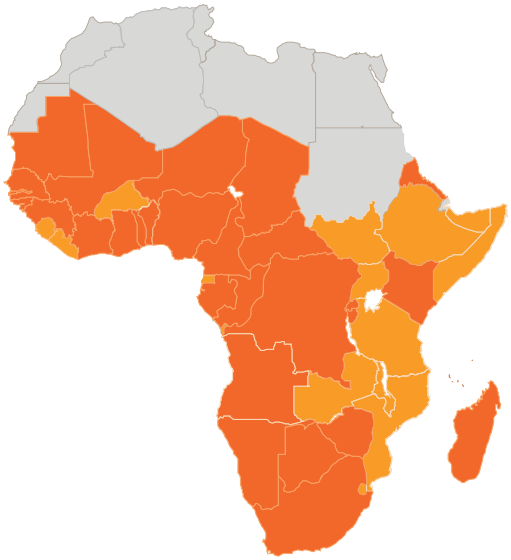
धूम्रपान

उप-सहारा अफ्रीकी देशों के दो तिहाई हिस्से में, वयस्क महिलाओं की तुलना में लड़कियों के धूम्रपान करने की संभावना अधिक है। परंपरागत रूप से, अफ्रीका में पुरुष धूम्रपान करते हैं, लेकिन यह शायद बदल रहा है। प्रमाणित तंबाकू नियंत्रण रणनीतियों को अपनाकर ये देश इस निराशाजनक प्रवृत्ति को पलट सकते हैं। तंबाकू करों में वृद्धि के जरिए सिगरेट की कीमत बढ़ाना विशेष रूप से युवाओं के लिए सबसे प्रभावी रणनीतियों में से एक है। ये कर जहां एक ओर धूम्रपान को सीमित करते हुए समग्र स्वास्थ्य लागत में कमी लाते हैं, वहीं राजस्व का भी सृजन करते हैं, जिसका इस्तेमाल सरकार अन्य प्राथमिकताओं पर खर्च करने के लिए कर सकती है।

एसडीजी लक्ष्य: तंबाकू नियंत्रण से संबंधित विश्व स्वास्थ्य संगठन फ्रेमवर्क कन्वेंशन के सभी देशों में कार्यान्वयन को मजबूती प्रदान करना।

उप-सहारा अफ्रीका के 30 देशों में लड़कियों बनाम महिलाओं में धूम्रपान की दर

- धूम्रपान का प्रचलन युवतियों (10-19 वर्ष) के बीच अधिक
- धूम्रपान का प्रचलन वयस्क महिलाओं (20 वर्ष और उससे अधिक) के बीच अधिक

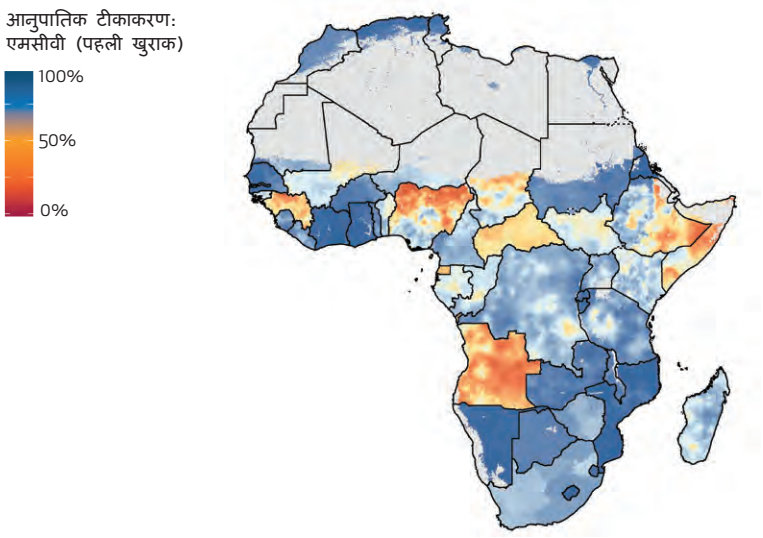


टीके

इस वर्ष अमेरिका में खसरे का इस पीढ़ी का सबसे खराब प्रकोप फैला। वैश्विक स्तर पर, चाड, कांगो और मेडागास्कर में खसरे के कहीं बड़े प्रकोप फैले हैं। खसरा महामारी विज्ञान के तहत बच्चों के बहुत अधिक प्रतिशत का टीकाकरण किया जाना आवश्यक है, लेकिन यह नक्शा दिखाता है, अफ्रीका में एक वर्ष के बच्चों में से आधे से अधिक ऐसे जिलों में रहते हैं, जहां खसरा टीकाकरण कवरेज 80 प्रतिशत से कम है। हालांकि, महत्वपूर्ण भौगोलिक क्षेत्रों में स्थिति में संभवत: सुधार हो रहा है। नाइजीरिया के उत्तर पश्चिम क्षेत्र के प्रारंभिक आंकड़ों के अनुसार, खसरा और अन्य नियमित टीकाकरण के लिए सरकार द्वारा नए सिरे से प्रतिबद्धता व्यक्त किए जाने की बदौलत पिछले दो वर्षों में तेजी से बढ़ते कवरेज के संकेत मिल रहे हैं।

एसडीजी लक्ष्य: संचार और गैर-संचारी रोगों के लिए टीकों और दवाओं के अनुसंधान और विकास में सहायता करना, जो मुख्य रूप से विकासशील देशों को प्रभावित करते हैं, टीआरआईपीएस समझौते और सार्वजनिक स्वास्थ्य से संबंधित दोहा घोषणा के अनुसार, सस्ती आवश्यक दवाओं और टीकों की पहुंच प्रदान करना, जो सार्वजनिक स्वास्थ्य की रक्षा के लिए लचीलेपन के संबंध में बौद्धिक संपदा अधिकारों के व्यापार-संबंधित पहलुओं पर समझौते के पूर्ण प्रावधानों का उपयोग करने के लिए विकासशील देशों के अधिकार की पुष्टि करता है और विशेष रूप से सभी के लिए दवाओं तक पहुंच प्रदान करता है।

उप-राष्ट्रीय खसरा टीका (पहली खुराक) कवरेज 2017

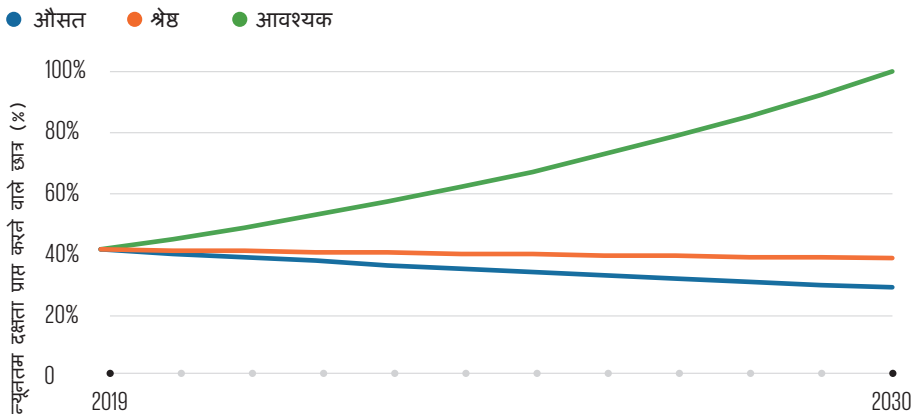


शिक्षा

पिछली पीढ़ी ने स्कूल में दाखिला लेने वालों की संख्या में भारी वृद्धि होते देखी है। हालांकि, जितने अधिक छात्र दाखिला लेते हैं, उतना ही अच्छी शिक्षा प्रदान करना चुनौतीपूर्ण होता जा रहा है। आज, फ्रेंच भाषी 10 अफ्रीकी देशों में छठी कक्षा के आधे से छात्र अधिक गणित और अध्ययन में न्यूनतम रूप से भी कुशल नहीं हैं। इससे भी बदतर, नकारात्मक प्रवृत्ति है: जब तक कुछ परिवर्तन नहीं होता, 2030 में स्कूल में दो तिहाई छात्रों को मूल बातों में भी महारत हासिल नहीं होगी। इसे बदलने के लिए, शिक्षा नेताओं को प्रारंभिक शिक्षा में साक्षरता और गणना को प्राथमिकता देने की आवश्यकता है।

एसडीजी लक्ष्य: 2030 तक सभी लड़कियों और लड़कों को मुक्त, समान और गुणवत्तापूर्ण प्राथमिक और माध्यमिक शिक्षा प्रदान करना सुनिश्चित करन, ताकि उपयुक्त और प्रभावी शिक्षण निष्कर्षों प्राप्त होने का मार्ग प्रशस्त हो सके।

फ्रेंच बोलने वाले 10 उप-सहारा अफ्रीकी देशों में न्यूनतम प्रवीणता प्राप्त करने वाले कक्षा छह के छात्रों का प्रतिशत



लड़के—लड़कियों में समानता

वैश्विक स्तर पर, महिलाएं पुरुषों की तुलना में तीन गुना अधिक अवैतनिक कार्य करती हैं। उत्तरी अफ्रीका और पश्चिमी एशिया में यह अंतर सबसे अधिक है, लेकिन यह हर क्षेत्र में मौजूद है। इस कार्य का मूल्य वर्तमान में प्रति वर्ष $10 ट्रिलियन आंका जाता है, लेकिन इतनी बड़ी संख्या होने के बावजूद, यह महिलाओं की खोई हुई आर्थिक क्षमता के पूरे दायरे को व्यक्त नहीं करती है। 2013 में, अवैतनिक कार्य को मान्यता देने के लिए "कार्य" की अंतरराष्ट्रीय परिभाषा को परिष्कृत किया गया था, और तब से, हमारे साझेदार बेहतर मार्गदर्शन विकसित कर रहे हैं ताकि महिलाओं के काम को दुनिया भर के सर्वेक्षणों में बेहतर ढंग से शामिल किया जा सके। यह तनख्वाह और बिना तनख्वाह के कार्य में लड़के—लड़कियों के अंतर को दूर करने की दिशा में महत्वपूर्ण कदम है।

एसडीजी लक्ष्य: सार्वजनिक सेवाओं, बुनियादी ढांचे और सामाजिक सुरक्षा नीतियों के प्रावधान के तहत बिना तनख्वाह की देखभाल और घरेलू काम को मान्यता और अहमियत देना तथा घर और परिवार के भीतर साझा जिम्मेदारी को राष्ट्रीय स्तर पर उपयुक्त करार देते हुए बढ़ावा देना।

अवैतनिक देखरेख और घरेलू कार्य पर महिलाओं और पुरुषों द्वारा बिताए गए समय का क्षेत्र के अनुसार अनुपात

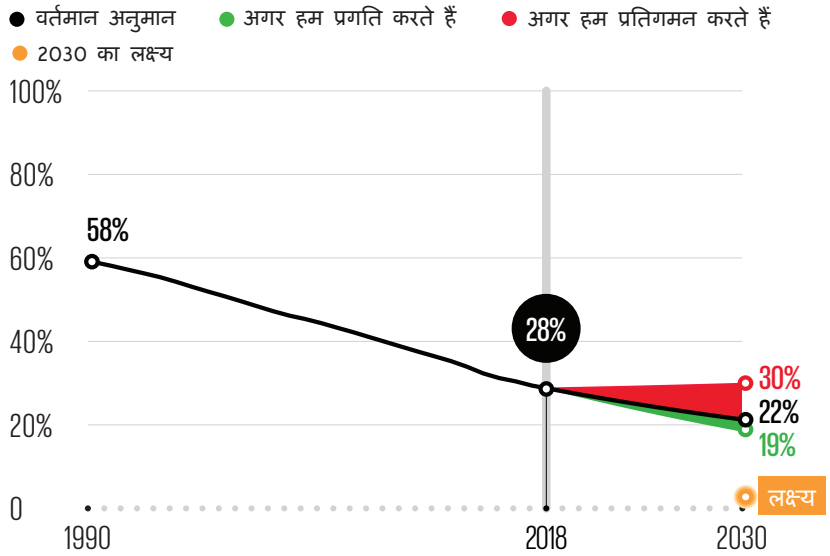
प्रत्येक बिंदु एक देश का प्रतिनिधित्व करता है

स्वच्छता

यह चार्ट एक गलत बात दर्शाता है: यह बताता है कि प्रगति केवल सीवर कनेक्शन, अपशिष्ट जल उपचार संयंत्रों और अन्य महंगी बुनियादी सुविधाओं से होगी, जो अनेक स्थानों के लिए अव्यावहारिक है। एसडीजी ने कम आय वाले देशों में अरबों लोगों द्वारा उपयोग की जाने वाली स्वच्छता प्रणालियों पर नजर रखने और उन्हें बेहतर बनाने में मदद करने के लिए एक नया, "सुरक्षित रूप से प्रबंधित" स्वच्छता लक्ष्य स्थापित किया। चुनौतीपूर्ण बात यह है कि नेताओं के पास अभी तक सुरक्षित रूप से प्रबंधित स्वच्छता का आकलन करने या सुधार के लिए प्रमुख क्षेत्रों को लक्षित करने के लिए पर्याप्त आंकड़े नहीं हैं। यदि देश एसडीजी 6 के बारे में गंभीर हैं, तो यह महत्वपूर्ण है कि उनमें से अधिकांश यूनिसेफ और डब्ल्यूएचओ की संयुक्त निगरानी परियोजना को रिपोर्ट करना शुरू कर दें।

एसडीजी लक्ष्य: सभी के लिए पर्याप्त और समान स्वच्छता और साफ—सफाई तक पहुंच प्राप्त करना, और खुले में शौच को समाप्त करना, महिलाओं और लड़कियों तथा असुरक्षित स्थितियों में रहने वालों की जरूरतों पर विशेष ध्यान देना।

असुरक्षित या अपरिष्कृत स्वच्छता का उपयोग करने आबादियों का प्रसार

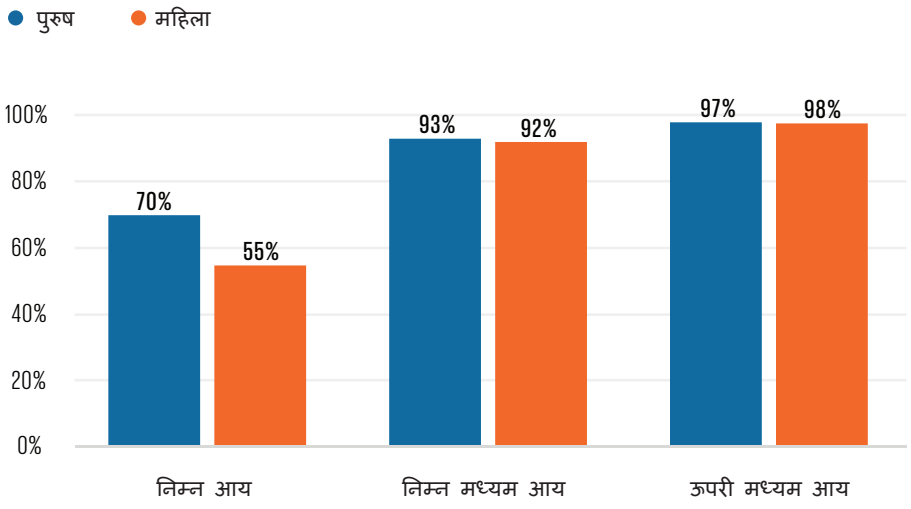


गरीबों के लिए वित्तीय सेवाएं

वित्तीय और सामाजिक सेवाओं तक पहुंच बनाने के साथ-साथ अधिकारों (जैसे मतदान)को सुरक्षित करने तथा आर्थिक अवसरों (जैसे अपने व्यवसाय का पंजीकरण कराने) का लाभ उठाने के लिए यह साबित करने में सक्षम होना महत्वपूर्ण है कि आप कौन हैं। फिर भी 1 बिलियन लोगों के पास आईडी के मूल प्रमाणों का अभाव है और दुनिया की लगभग आधी आबादी के पास ऐसी आईडी का अभाव है, जिस पर अधिकारी नियमित रूप से भरोसा करते हैं और उसे स्वीकार करते हैं। इतना ही नहीं, कम आय वाले देशों में आईडी के संबंध में भी महिलाओं और पुरुषों में अंतर है, 70 प्रतिशत पुरुषों की तुलना में केवल 55 प्रतिशत महिलाएं ही अपनी पहचान साबित करने में सक्षम हैं।

एसडीजी लक्ष्य: सभी की बैंकिंग, बीमा, और वित्तीय सेवाओं तक पहुंच को प्रोत्साहित करने और विस्तार करने के लिए घरेलू वित्तीय संस्थानों की क्षमता को मजबूत करना।

आय समूह और जेंडर के अनुसार वयस्क आईडी कवरेज



स्रोत एवं नोट्स पृष्ठ

रिपोर्ट में चित्रित तथ्यों और आंकड़ों के स्रोत यहां खंड के अनुसार सूचीबद्ध हैं। अप्रकाशित विश्लेषणों के लिए प्रणाली संबंधी संक्षिप्त नोट शामिल किए गए हैं। पूर्ण उद्धरण, स्रोत सामग्री के लिंक और अतिरिक्त संदर्भ गोलकीपर्स वेबसाइट पर देखे जा सकते हैं। (www.gatesfoundation.org/goalkeepers).

असमानता की पड़ताल

असमानता की परतें
पृष्ठ 4 पर दिया गया आरेख संयुक्त राष्ट्र विकास कार्यक्रम के मूल संस्करण, व्हॉट डज़ इट मीन टू लीव नम्बर वन बीहाइंड? से रूपांतरित किया गया है, जो एक यूएनडीपी चर्चा पत्र और कार्यान्वयन के लिए फ्रेमवर्क, जुलाई 2018 है।

भूगोल
इंस्टीट्यूट फॉर हेल्थ मेट्रिक्स एंड इवैल्यूएशन (आईएचएमई) ने 2000 से 2017 की अवधि के रुझानों सहित निम्न और मध्यम आय वाले देशों के लिए 5x5 किमी के स्तर पर पांच वर्ष से कम उम्र में मृत्यु दर और शैक्षिक प्राप्ति का अनुमान लगाया था। ये अनुमान अंडर-फाइव मॉर्टेलिटी (गोल्डिंग और बर्सटीन एट एल., 2017) और शिक्षा के लिए (ग्राएट्ज एट एल., 2018) में पहले से विस्तार से वर्णित तरीकों पर आधारित हैं। इसके अलावा, आईएचएमई ने देशों और उपराष्ट्रीय इकाइयों अर्थात जिलों द्वारा एसडीजी के लक्ष्यों को पूरा किए जाने की संभावनाओं का पता लगाने के लिए इन संकेतकों के भावी परिदृश्यों का निर्माण किया है। आईएचएमई ने भविष्य के तीन परिदृश्य तैयार किए हैं: अतीत के रुझानों और प्रमुख संचालकों के साथ संबंधों पर आधारित संदर्भ, तथा त्वरित प्रगति की क्षमता को उजागर करने और स्वास्थ्य और शिक्षा में असमानताओं में कमी की संभावनाओं की पड़ताल करने के लिए वैकल्पिक "प्रगति" और "प्रतिगमन" संबंधी परिदृश्य।

5x5 किमी के स्तर पर पांच साल से कम उम्र में मृत्यु दर और शैक्षिक प्राप्ति के लिए संदर्भ परिदृश्य उत्पन्न करने के लिए, आईएचएमई ने प्रत्येक 5x5 किमी ग्रिड सेल के लिए 2000 से 2017 की अवधि में परिवर्तन की वार्षिक दर की गणना (एआरओसी) की। शैक्षिक प्राप्ति के लिए, आईएचएमई ने हॉफ—लॉजिट ट्रांसफॉर्मेशन का इस्तेमाल करते हुए एआरओसी की गणना की, जो शिक्षा के औसत वर्षों को शून्य से 18 वर्ष के बीच निर्धारित करते हैं और शिक्षा के निचले स्तर पर देखे गए बड़े एआरओसी को भी दर्ज करते हैं। प्रत्येक 5x5 किमी ग्रिड सेल के एआरओसी का उपयोग 2018 से 2100 तक सभी ग्रिड सेल्स के लिए पांच साल से कम उम्र में मृत्यु दर और शैक्षिक प्राप्ति की प्रारंभिक पूर्वानुमान लगाने के लिए किया गया था। उसके बाद प्रारंभिक 5x5 किमी स्तर के अनुमानों का विस्तार पांच वर्ष से कम आयु में मृत्यु दर और शिक्षा प्राप्ति के राष्ट्रीय-स्तर के संदर्भ परिदृश्यों तक किया गया। राष्ट्रीय स्तर के उन संदर्भ परिदृश्यों में अधिक विस्तृत आंकड़ों और विधियों को शामिल करते हुए भविष्य के अनुमान लगाए गए ; उदाहरण के लिए, पांच वर्ष से कम आयु में मृत्यु दर के लिए उन्होंने संचालकों में प्रति व्यक्ति आय, बचपन में कुपोषण जैसे जोखिम कारकों और टीकाकरण कवरेज (फोरमैन एट एल., 2018) जैसी भविष्य की अनुमानित प्रवृत्तियों शामिल किया।

प्रगति और प्रतिगमन संबंधी परिदृश्यों को प्राप्त करने के लिए, आईएचएमई ने 2000 से 2017 की अवधि के लिए जिला स्तरीय एआरओसी के 85वें और 15वें प्रतिशतक का निर्धारण किया। एआरओसी को भविष्य में सभी जिलों में लागू किया गया, जब तक कि जिला-विशेष का संदर्भ परिदृश्य प्रगति परिदृश्य से बेहतर हो या जिला-विशेष का संदर्भ परिदृश्य, प्रतिगमन के परिदृश्य से भी बदतर हो। उन मामलों में, संदर्भ परिदृश्य, वैकल्पिक प्रगति और प्रतिगमन के परिदृश्यों का स्थान लेता है।

जेंडर
चित्रण "द जेंडर गैप" में दिए गए डेटा प्वाइंट्स के लिए निम्नलिखित स्रोतों का संदर्भ लें: आईएचएमई, 2019 की ओर से शिक्षा और श्रम बल की भागीदारी में महिला पुरुषों में अंतर; जनसांख्यिकी स्वास्थ्य सर्वेक्षण पर आधारित यूनिसेफ ग्लोबल डेटाबेस (2018) से छोटी उम्र में विवाह का संदर्भ लें, मल्टीपल इंडीकेटर क्लस्टर सर्वे और राष्ट्रीय सर्वेक्षण, 2000-2017; अवैतनिक देखभाल कार्य संदर्भ यूएन वूमन, 2019 से लें।

अवैतनिक देखभाल कार्य— यूएन वूमन, 2019 और अंतर्राष्ट्रीय श्रम संगठन (आईएलओ), 2018 देखें।

कार्यबल भागीदारी —आईएचएमई 15 से 69 वर्ष की आयु के लिए पांच साल पुराने समूहों और लिंग के अनुसार, स्पैशियो-टेम्पोरल गॉसियन प्रॉसेस रिग्रेशन

(एसटी-जीपीआर) का इस्तेमाल करते हुए जनसंख्या अनुपात के कुल नियोजन (नियोजित लोगों का अनुपात) का अनुमान प्रकट करता है। इनपुट डेटा परिवारों की जनगणना, सर्वेक्षण और आईएलओ सारिणियों से लिया जाता है। नियोजित माने जाने के लिए आवश्यक है कि उत्तरदाताओं ने पिछले सात दिनों में वेतन के लिए कम से कम एक घंटे काम किया हो, स्वरोजगार में, एक प्रशिक्षु के रूप में, या एक पारिवारिक व्यवसाय के लिए, या फिर उन्हें पिछले हफ्ते ऐसी स्थिति से अस्थायी रूप से अनुपस्थित होने की रिपोर्ट करनी चाहिए। उसके बाद आईएचएमई एसटी—जीपीआर का इस्तेमाल नियोजित आबादी के अनुपात को तैयार करने के लिए करता है जिन्हें आईएलओ सारिणियों से प्राप्त आंकड़ों का उपयोग करते हुए आईएलओ द्वारा अनौपचारिक श्रमिकों के रूप में परिभाषित किया गया है। परिणामों का उपयोग औपचारिक कार्य में नियोजित कुल जनसंख्या के अनुपात को निर्धारित करने के लिए किया जाता है।

शिक्षा —महिलाओं के बीच स्कूली शिक्षा के औसत 15 से 69 वर्ष की आयु के बीच होने का अनुमान है। पृष्ठ 16 पर दिया गया चित्र लॉग-स्केल में दिखाया गया है।

प्रगति की कहानियां

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल
पृष्ठ 23 का ग्राफिक जीडीपी एंड पापुलेशन एस्टीमेट्स, वर्ल्ड बैंक, वर्ल्ड इंडीगेटर्स,2018 से लिया है। अनुमान वर्तमान अमेरिकी डॉलर में हैं।

सरकारी स्वास्थ्य व्यय में प्रति व्यक्ति $86 का अनुमानित लक्ष्य गिताही द्वारा चैथम हाउस 2014 से उद्धृत किया गया है। यह अनुमान स्वास्थ्य प्रणालियों के लिए नवोन्मेषी अंतर्राष्ट्रीय वित्त पोषण (एचएलटीएफ, 2009)पर उच्च स्तरीय कार्यबल द्वारा प्रारंभिक विश्लेषण से लिया गया है और 2012 में अमेरिकी डॉलर में व्यक्त किया गया है।

डिजिटल समावेशन
अधिक जानकारी के लिए, निम्न स्रोतों का संदर्भ लें: आनंद एट एल.,2013 । फील्ड एट एल., 2016 गेल्ब एंड डियोफासी, 2015. पेट्रोलियम और प्राकृतिक गैस मंत्रालय, भारत सरकार, जुलाई 2019., मित्तल, मुखर्जी, एंड गेल्ब, 2017. मुरलीधरन एट एल., 2016.

जलवायु अनुकूलन
इथियोपिया में 2015 के सूखे के बारे में अधिक जानकारी के लिए, एफईडब्ल्यूएस नेट, 2015 देखें। इथियोपिया के कृषि क्षेत्र के विकास और लचीलेपन के बारे में अधिक जानकारी के लिए, डोरोश एंड राशिद, 2015 और बाचेवे एट एल., 2015 देखें।

डेटा का पता लगाना

स्वास्थ्य संकेतकों के लिए,आईएचएमई भविष्य के तीन परिदृश्य बनाता है। पिछले रुझानों पर आधारित "वर्तमान अनुमान" हैं। "प्रगति" और "प्रतिगमन" परिदृश्यों का सृजन करने के लिए,आईएचएमई ने संकेतक या इसके संचालकों द्वारा देश भर में 1990 से 2017 की अवधि के दौरान अवलोकन किए गए एआरओसी के 85वें और 15वें प्रतिशतक का निर्धारण किया।

बौनापन
आईएचएमई ने बौनेपन के प्रचलन का आकलन 0-59 महीने के बच्चों के लिए डब्ल्यूएचओ के 2006 के ऊंचाई-आयु वृद्धि वक्र (हाइट-ऐज ग्रोथ कर्व) पर आधारित विकास मानकों पर औसत संदर्भ से नीचे दो से अधिक मानक विचलनों आयु के लिए- ऊंचाई (हाइट-फॉर ऐज) के रूप में किया है। अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमान के सहित, जीडीबी 2017 पर आधारित हैं। तरीकों के विस्तृत विवरण के लिए, जीडीबी 2017 रिस्क फैक्टर कोलैबोरेटर्स 2018 देखें।

पेरू और नेपाल अनुसंधान और चार्ट सिककिड्स स्टंटिंग रिडक्शन एक्ज़म्प्लर्स रिसर्च टीम, 2019 द्वारा प्रदान किए गए।

मातृ मृत्यु दर
आईएचएमई किसी भी ऐसी महिला की मृत्यु को मातृ मृत्यु के रूप में परिभाषित करता है,जो गर्भवती होने के दौरान या गर्भावस्था की समाप्ति के एक वर्ष के भीतर हुई हो, चाहे अवधि या स्थान कोई भी हो, चाहे वह गर्भावस्था अथवा उसके प्रबंधन से जुड़े किसी भी कारण से या उसके कारण गंभीरता बढ़ाने से हुई हो, लेकिन वह दुर्घटनावश या आकस्मिक रूप से न हुई हो। इसमें 10 से 54 वर्ष की आयु की महिलाएं शामिल हैं। अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमानों सहित ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज स्टडी (जीबीडी) 2017 पर आधारित हैं। तरीकों के विस्तृत विवरण के लिए,जीबीडी 2017 कॉजेज ऑफ़ डेथ कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोग
आईएचएमई प्रति 100,000 15 एनटीडी के प्रचलन के योग का आकलन करता है ,जो वर्तमान में ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज स्टडी में आंके जाते हैं: मानव अफ्रीकी ट्रिपैनोसोमाइसिस, चागास रोग, सिस्टिक इचिनोकोकोसिस, फीताकृमि का संक्रमण, डेंगू, खाद्य जनित ट्रिमाटोडायसेस, गिनी कृमि, मिट्टी से संक्रमित पेट के कीड़े, कालाजार, कुष्ठ, फील पांव, ऑन्कोसर्सियासिस, रेबीज, सिस्टोसोमियासिस, हुकवर्म, ट्राइक्यूरिसिस, एस्कारियासिस और ट्रेकोमा। अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमान सहित, जीबीडी 2017 पर आधारित हैं। विधियों के विस्तृत विवरण के लिए, जीबीडी 2017 कॉजेज ऑफ़ डेथ कोलैबोरेटर्स, 2018, और जीबीडी 2017 एसडीजी कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

अफ्रीका में ऑन्कोसर्सियासिस उन्मूलन कार्यक्रमों का मानचित्र उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोगों के उन्मूलन के लिए विस्तारित विशेष परियोजना, 2016 से लिया गया है।

बार चार्ट डब्ल्यूएचओ के आंकड़ों पर आधारित यूनाइटिंग टू कॉम्बेट नेगलेक्टेड ट्रॉपिकल डिसीजिज वेबसाइट के अनुरूप है।

गरीबी
अत्यधिक गरीबी दर किसी देश की आबादी के उस हिस्से का आकलन करती है जो अनुमानित रूप से प्रति दिन $1.90 से कम पर जीवन यापन करता है, जिसे क्रय शक्ति समता (पीपीपी) 2011 में समायोजित डॉलर में मापा गया है।अत्यधिक गरीबी दर के बारे में राष्ट्रीय प्रतिनिधि आंकड़ों को 1980 से 2018 की समय अवधि के लिए विश्व बैंक से उद्धृत किया गया है। हालांकि, यह आंकड़े प्रत्येक देश के लिए गरीबी दर की पूरी समय श्रृंखला प्रदान नहीं करता। सभी देशों के लिए पूर्ण समय श्रृंखला का अनुमान लगाने के लिए, हमने ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज स्टडी द्वारा विकसित और व्यापक रूप से उपयोग की जाने वाली एक विधि: स्पैशियो-टेम्पोरल गॉसियन प्रॉसेस रिग्रेशन (एसटी-जीपीआर)का उपयोग किया। एसटी-जीपीआर को इसलिए चुना गया क्योंकि यह उपलब्ध आंकड़ों के आधार पर और समय, भूगोल से सामर्थ्य ग्रहण कर पूर्वानुमान व्यक्त करती है तथा आंकड़ों के उपलब्ध नहीं होने पर (प्रति व्यक्ति जीडीपी, महिला शिक्षा और कैलोरी की खपत) के अनुसार पूर्वानुमान व्यक्त करती

है। गरीबी के पूर्वानुमानित अनुमानों की गणना समष्टि मॉडल का उपयोग करके गरीबी दर में साल-दर-साल बदलाव का अनुमान लगाकर 2018 से 2030 के लिए की गई है।अधिक जानकारी के लिए आईएचएमई, 2019 देखें।

कृषि
देखिए एफएओ, ग्रामीण आजीविका सूचना प्रणाली (रूरल लाइवलिहुड इंफॉर्मेशन सिस्टम—आरयूएलटीएस), जैसा कि जुलाई 2019 में पहुंच स्थापित की गई थी। यह चुनिंदा देशों के 2005-2016 तक के उपलब्ध सबसे नवीन आंकड़े हैं ; अतिरिक्त जानकारी के लिए आरयूएलटीएस देखें। कार्यप्रणाली के लिए, एफएओ, 2018 देखें।

पांच साल से कम आयु वर्ग में मृत्यु दर
आईएचएमई पांच साल से कम आयु वर्ग में मृत्यु दर को जन्म और पांच साल की आयु के बीच मृत्यु की संभावना के रूप में परिभाषित करता है। इसे प्रति 1,000 जीवित जन्म पर होने वाली मौतों के रूप में व्यक्त किया गया है। अनुमान 2019-2030 के लिए पूर्वानुमानों सहित जीबीडी 2019 के प्रारंभिक निष्कर्षों पर आधारित हैं। तरीकों के विस्तृत विवरण के लिए, जीबीडी 2017 मॉर्टैलटी कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

नवजात शिशु मृत्यु दर
आईएचएमई जीवन के शुरुआती 28 पूर्ण दिनों में मृत्यु की संभाव्यता को नवजात शिशु मृत्यु दर के रूप में परिभाषित करता है। यह प्रति 1,000 जीवित जन्मों पर होने वाली मौतों की संख्या के रूप में व्यक्त किया गया है। आईएचएमई पर ऐसे तरीकों का विस्तृत विवरण उपलब्ध है, जो किसी दिए गए वर्ष या अवधि में प्रति 1,000 जीवित जन्मों के शुरुआती 28 पूर्ण दिनों के दौरान होने वाली मौतों को नवजात शिशु मृत्यु दर के रूप में परिभाषित करता है। अनुमान 2019-2030 के लिए पूर्वानुमानों सहित जीबीडी 2019 के प्रारंभिक निष्कर्षों पर आधारित हैं। तरीकों के विस्तृत विवरण के लिए, जीबीडी 2017 मॉर्टैलटी कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

एचआईवी
आईएचएमई नए एचआईवी संक्रमणों की आयु-मानकीकृत दर प्रति 1000 लोगों पर अनुमानित करता है । अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमानों सहित प्रारंभिक जीबीडी 2017 पर आधारित हैं। तरीकों के विस्तृत विवरण के लिए, जीबीडी 2017 डिजीज एंड इन्जरी इंसिडेंस एंड प्रेवलन्स कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

तपेदिक
आईएचएमई निर्धारित कैलेंडर वर्ष (घटना) के भीतर निदान किए गए नए और रिलेप्स तपेदिक मामलों का अनुमान व्यक्त करता है। वह इस कार्य को प्रचलित सर्वेक्षणों, मामले की सूचनाओं, और खास कारणों से होने वाली मौतों के अनुमानों का उपयोग अनुमानों के बीच आंतरिक अनुरूपता लागू करने वाले सांख्यिकीय मॉडल के इनपुट के रूप में करके अंजाम देता है। अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमानों सहित प्रारंभिक जीबीडी 2017 के निष्कर्षों पर आधारित हैं। तरीकों के विस्तृत विवरण के लिए, जीबीडी 2017 डिजीज एंड इन्जरी इंसिडेंस एंड प्रेवलन्स कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

मलेरिया
आईएचएमई मलेरिया के मामलों की आयु-मानकीकृत दर प्रति 1000 लोगों पर अनुमानित करता है। अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमानों सहित प्रारंभिक जीबीडी 2017 के निष्कर्षों पर आधारित हैं। तरीकों के विस्तृत विवरण के लिए, जीबीडी 2017 डिजीज एंड इन्जरी इंसिडेंस एंड प्रेवलन्स कोलैबोरेटर्स, 2018 और वाइस एट एल.,2019 देखें।

सामाजिक - जनसांख्यिकीय सूचकांक (एसडीआई)
आईएचएमई द्वारा निर्मित एक संक्षिप्त उपाय है जो इस बात की पहचान करता है कि देश या अन्य भौगोलिक क्षेत्र विकास के स्पेक्ट्रम में कहां शामिल हैं। 0 से 1 के पैमाने पर व्यक्त एसडीआई, जीबीडी अध्ययन में दर्ज सभी क्षेत्रों की प्रति व्यक्ति आय की रैंकिंग, औसत शैक्षिक प्राप्ति और प्रजनन दर का संयोजित औसत है।

परिवार नियोजन
आईएचएमई प्रजनन आयु (15-49) वाली महिलाओं के अनुपात का अनुमान लगाता हैं, जिनकी परिवार नियोजन की आवश्यकता आधुनिक तरीकों से पूरी हो जाती है। आधुनिक गर्भनिरोधक विधियों में पुरुष या महिला नसबंदी, पुरुष या महिला कंडोम, डायाफ्राम, शुक्राणुनाशक फोम या जेली, ओरल हार्मोनल पिल्स, प्रत्यारोपण, इंजेक्शन, अंतर्गर्भाशयी उपकरण (आईयूडी), या आपातकालीन गर्भ निरोधकों का वर्तमान उपयोग शामिल है। अनुमान 2019-2030 के लिए पूर्वानुमान सहित जीडीबी के 2019 प्रारंभिक निष्कर्षों पर आधारित हैं। विधियों के विस्तृत विवरण के लिए, जीडीबी 2017 एसडीजी कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

सम्पूर्ण स्वास्थ्य कवरेज
आईएचएमई ने यूएचसी सूचकांक को नौ अन्वेषक हस्तक्षेपों और व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल के लिए उत्तरदायी 32 कारणों से जोखिम-मानकीकृत मृत्यु दर की कवरेज करने वाले के रूप में परिभाषित किया है। अन्वेषक हस्तक्षेपों में टीकाकरण कवरेज (डीपीटी की तीन खुराक, खसरे का टीका, और ओरल पोलियो वैक्सीन या निष्क्रिय पोलियो वैक्सीन की तीन खुराक); आधुनिक गर्भनिरोधक की जरूरत पूरी करता है; प्रसवपूर्व देखभाल कवरेज (एक और चार दौरे); कुशल जन्म सहायक कवरेज; स्वास्थ्य केंद्र में प्रसव की दरें; और एचआईवी से संक्रमित लोगों को एंटीरेट्रो वायरल थेरेपी का कवरेज शामिल हैं। व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल के लिए उत्तरदायी 32 कारणों में तपेदिक, डायरिया रोग, निम्न श्वसन तंत्र संक्रमण, ऊपरी तंत्र श्वसन संक्रमण, डिप्थीरिया, काली खांसी, टेटनस, खसरा, मातृ विकार, नवजात शिशु विकार, कोलन और मलाशय कैंसर, टेस्टिक्युलर कैंसर, लिम्फोमा कैंसर, स्तन कैंसर, सर्वाइकल कैंसर, गर्भाशय कैंसर, वृषण कैंसर, हॉजकिन्स लिंफोमा, ल्यूकीमिया, रूमैटिक हृदय रोग, इस्केमिक हृदय रोग, सेरेब्रोवास्कुलर रोग, उच्च रक्तचाप हृदय रोग, पेप्टिक अल्सर रोग, एपेंडिसाइटिस, हर्निया, पित्ताशय की थैली और पित्त रोग, मिर्गी, मधुमेह, पुराना गुर्दा रोग, हृदय की जन्मजात विसंगतियां और चिकित्सा उपचार के प्रतिकूल प्रभाव शामिल हैं।

आईएचएमई ने 41 इनपुट को 0 से 100 के पैमाने पर संजोया,जिसमें 1990 से 2016 के बीच पाए गए सबसे खराब स्तरों को 0 के साथ तथा सर्वश्रेष्ठ पाए गए स्तरों को 100 के साथ दर्शाया गया। उन्होंने प्रजनन, मातृ, नवजात शिशु और बाल स्वास्थ्य; संक्रामक रोग; गैर - संचारी रोग; और सेवा क्षमता और पहुंच से संबंधित आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं की व्यापक रेंज को दर्शाने के लिए पैमाने पर दर्ज इन 41 संकेतकों के अंकगणितीय माध्यम को लिया। अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमान सहित जीडीबी के 2017 के अनुमानों पर आधारित हैं। विधियों के विस्तृत विवरण के लिए, जीडीबी 2017 एसडीजी कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

धूम्रपान
आईएचएमई धूम्रपान में तंबाकू के वर्तमान उपयोग का आकलन करता है। आईएचएमई उन सभी उपलब्ध सर्वेक्षणों से जानकारी का मिलान करता है, जिनमें तंबाकू के उपयोग की आवृत्ति (जैसे, दैनिक, कभी-कभी), या तो वर्तमान में या पिछले 30 दिनों के भीतर, और धूम्रपान किए गए तंबाकू उत्पाद के प्रकार (सिगरेट,सिगार,पाइप,हुक्का साथ ही साथ स्थानीय

उत्पाद) से जुड़ी जानकारी के बारे में प्रश्न शामिल किए गए हों। आईएचएमई सभी आंकड़ों को अपनी मानक परिभाषा में परिवर्तित करता है ताकि स्थानों और समय के बारे में सार्थक तुलना की जा सके। अनुमान 2019-2030 के लिए पूर्वानुमान सहित जीडीबी 2019 के प्रारंभिक निष्कर्षों पर आधारित हैं। विधियों के विस्तृत विवरण के लिए, जीडीबी 2017 रिस्क फैक्टर कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

टीके

टीकाकरण कवरेज का आईएचएमई आकलन निम्नलिखित टीकों के कवरेज पर अलग से रिपोर्ट करता है: तीन-खुराक डिप्थीरिया-टेटनस-काली खांसी (डीटीपी3), खसरे की दूसरी खुराक (एमसीवी2), और तीन-खुराक न्यूमोकोकल कॉन्जगेट वैक्सीन (पीसीवी3)। अनुमान 2019-2030 के लिए पूर्वानुमान सहित जीडीबी 2019 के प्रारंभिक निष्कर्षों पर आधारित हैं। विधियों के विस्तृत विवरण के लिए, जीडीबी 2017 एसडीजी कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

आईएचएमई से वैक्सीन कवरेज के स्थानीय प्रतिमानों का अनुमान मॉसर एट एल., 2019 में वर्णित भू-स्थानिक मॉडलिंग विधियों का उपयोग करके तैयार किया जाता है। जिस समय 2019 गोलकीपर्स रिपोर्ट का प्रकाशन किया गया, तब तक खसरे के अनुमान प्रकाशित नहीं किए गए थे।

शिक्षा

यूनेस्को के अनुमान कॉन्फेमेन एजुकेशन सिस्टम्स (पीएएसईसी) के 2006 के आंकड़ों बनाम 2014 के आंकड़ों के औसत विश्लेषण कार्यक्रम के बीच के वार्षिक अंतर पर आधारित हैं। ध्यान दें कि प्रत्येक वर्ष में किए गए परीक्षण मनोवैज्ञानिक रूप से तुलनीय नहीं थे, हालांकि उन्होंने मोटे तौर पर समान सामग्री को कवर किया था। यूनेस्को इंस्टीट्यूट फॉर स्टेटिस्टिक्स (यूआईएस) ने एक सामंजस्यपूर्ण प्रदर्शन पैमाना तैयार करने के लिए प्रत्येक वर्ष के आकलन में न्यूनतम प्रवीणता की एक समान परिभाषा लागू की जिसे आकलनों के डिज़ाइन को देखते हुए अनुभवजन्य कारणों से मान्य नहीं किया गया है। अधिक जानकारी के लिए, यूनेस्को, 2019 यूआईएस, 2019 देखें।

लड़के–लड़कियों में समानता

यह चार्ट यू एन वूमन, 2019 से रूपांतरित किया गया है। नवीनतम उपलब्ध आंकड़े (2001-2017) के 88 देशों और क्षेत्रों से संबंधित हैं। जहां 15+आयु समूह उपलब्ध है, (घाना में 18+)। अनेक मामलों में, आंकड़े 10+ या 12+ आयु वालों के लिए हैं। थाईलैंड (2015) के मामले में वे 6+ आयु वालों के लिए हैं, और तंजानिया (2014) में 5+ आयु वालों के लिए है। बुल्गारिया, डेनमार्क, लातविया, नीदरलैंड्स, स्लोवेनिया और स्पेन के लिए आंकड़े केवल 20 से 74 वर्ष की आयु के बीच अवैतनिक देखभाल पर खर्च किए गए समय से संबंधित है। कतर के मामले में,विश्लेषण में केवल शहरी क्षेत्र शामिल हैं। सर्वेक्षणों की विविधता और देशों में परिभाषाओं, कार्यप्रणाली और नमूना कवरेज में विषमता को देखते हुए देशों के अंतर की व्याख्या सावधानी के साथ की जानी चाहिए।देश स्तर के आंकड़ों के बारे में अधिक जानकारी के लिए संयुक्त राष्ट्र के सांख्यिकी प्रभाग के ग्लोबल एसडीजी संकेतक डेटाबेस देखें।

स्वच्छता

आईएचएमई ने पाइप्ड सैनिटेशन युक्त घरों (सीवर कनेक्शन सहित); बिना सीवर कनेक्शन वाले घरों (पिट लेट्रीन, हवादार बेहतर शौचालय, पिट लेट्रीन विद् स्लैब, कम्पोस्ट टॉयलटय) बिना बेहतर स्वच्छता वाले घरों; और बिना सुधार वाले घरों (सीवर या सेप्टिक टैंक से नहीं जोड़ी गई फ्लश टॉयलेट, बिना स्लैब या ओपन पिट वाली पिट लेट्रीन, बाल्टी, हैंगिंग टॉयलेट या हैंगिंग लैट्रीन, साझा सुविधाओं, सुविधाओं के बिना) का आकलन किया है, जैसा कि संयुक्त निगरानी कार्यक्रम द्वारा पानी की आपूर्ति और स्वच्छता के लिए परिभाषित किया गया है। अनुमान 2018-2030 के लिए पूर्वानुमान सहित जीडीबी के 2017 के अनुमानों पर आधारित हैं। विधियों के विस्तृत विवरण के लिए, जीडीबी 2017 रिस्क फैक्टर कोलैबोरेटर्स, 2018 देखें।

गरीबों के लिए वित्तीय सेवाएं

वर्ल्ड बैंक ग्रुप, विकास के लिए पहचान देखें, जैसा कि जुलाई 2019 में पहुंच स्थापित की गई। नवीनतम आंकड़ों में 2017 में ग्लोबल फाइंडेक्स सर्वेक्षणों के माध्यम से एकत्र किए गए 99 देशों के हाल के आंकड़े उपलब्ध हैं। कार्यप्रणाली के लिए, आईडी4डी, 2018 देखें।

फोटोग्राफी

गेट्स आर्काइव द्वारा निम्नलिखित संकलन सहित प्रदान की गई छवियां :

पृष्ठ 6 और 7 (कार्टर सेंटर/एमिली स्टाब के सौजन्य से फोटो)

पृष्ठ 14 (गेटी इमेजिस/एसओपीए इमेजिस/मार्कस वेलेस के जरिए लाइट रॉकेट के सौजन्य से फोटो)

पृष्ठ 35 (गेटी इमेजिस/आर्ट इन ऑल ऑफ अस/ एरिक लाफॉर्गी के जरिए कॉर्बिस के सौजन्य से फोटो)

पृष्ठ 43 (झपीगो/ पॉल जोसेफ ब्राउन के सौजन्य से फोटो)

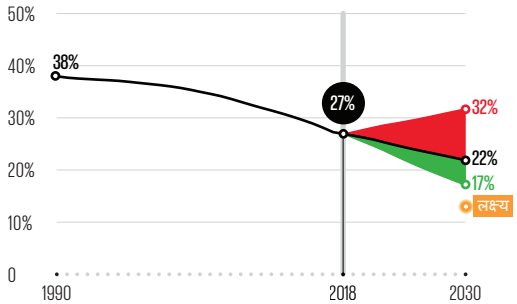
रिपोर्ट में ट्रैक किए गए 18 संकेतकों पर एक नजर

हमने सतत विकास लक्ष्यों की दिशा में हो रही प्रगति पर नजर रखने के लिए गोलकीपर्स रिपोर्ट लिखना शुरू किया था । इसलिए हमने वादा किया था कि हम हर साल, उन 18 संकेतकों के बारे में सबसे नए वैश्विक आंकड़ों को प्रकाशित करेंगे, जो हमारे फाउंडेशन द्वारा किए गए काम से बेहद बारीकी से जुड़े हुए हैं।

● वर्तमान अनुमान ● अगर हम प्रगति करते हैं
● अगर हम प्रतिगमन करते हैं ● 2030 का लक्ष्य

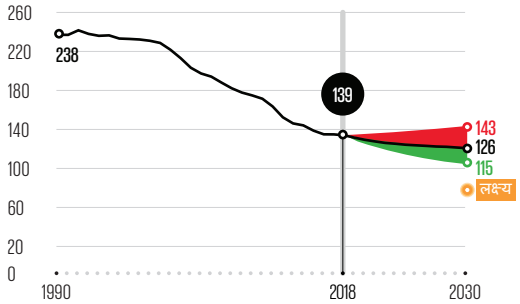
बौनापन

पांच साल से कम उम्र के बच्चों में बौनेपन का प्रचलन



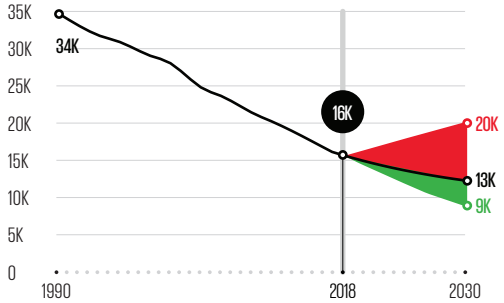
मातृ मृत्यु दर

प्रति 100,000 जीवित बच्चों के जन्म पर मातृमृत्यु दर



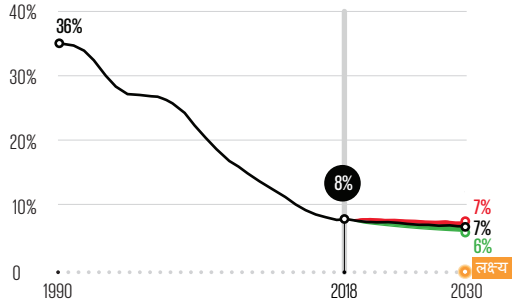
उपेक्षित उष्णकटिबंधीय रोग (एनटीडी)

प्रति 100,000 लोगों पर 15 एनटीडी के प्रचलन की दर



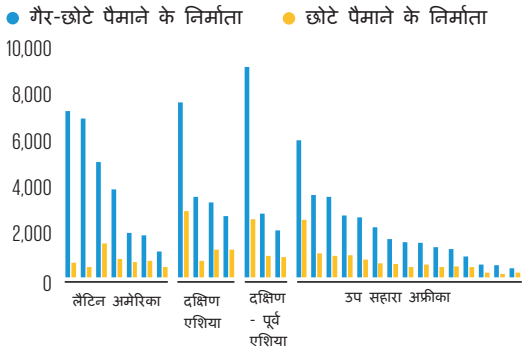
गरीबी

अंतरराष्ट्रीय गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाली जनसंख्या का प्रतिशत (यूएस $1.90 / दिन)



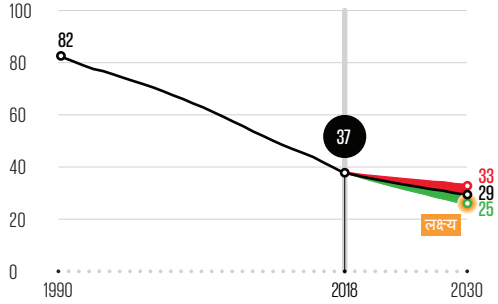
कृषि

कृषि से औसत वार्षिक आय, पीपीपी (निरंतर 2011 अंतर्राष्ट्रीय $)



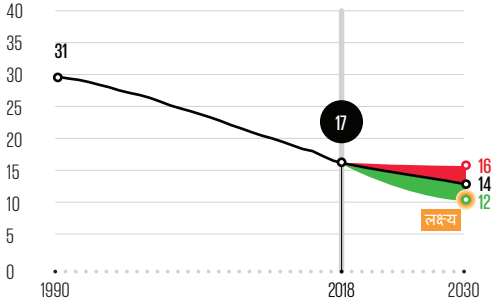
पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर

प्रति 1,000 जीवित बच्चों के जन्म पर पांच वर्ष से कम आयु में मौतें



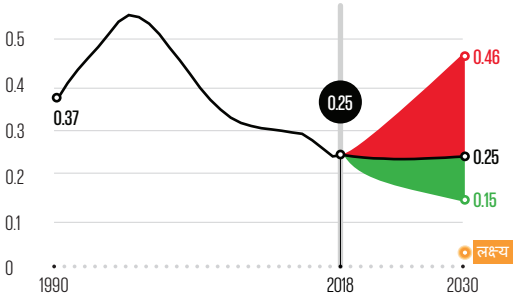
नवजात शिशु मृत्यु दर

प्रति 1000 बच्चों के जीवित जन्म लेने पर नवजात शिशुओं की मौत



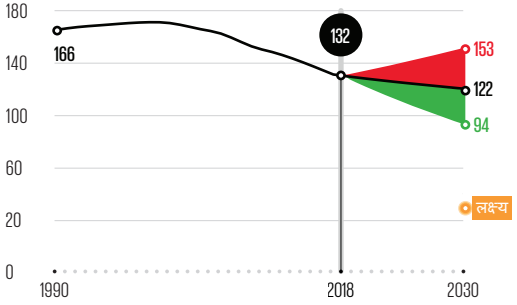
एचआईवी

प्रति 1,000 लोगों पर एचआईवी के नए मामले



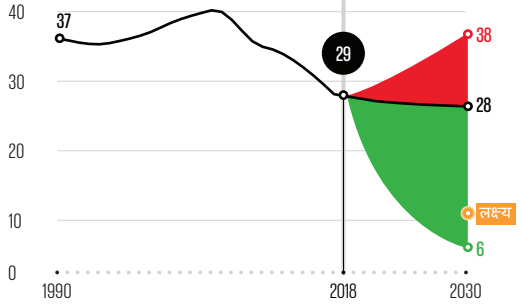
तपेदिक

प्रति 100,000 लोगों में तपेदिक के नए मामले



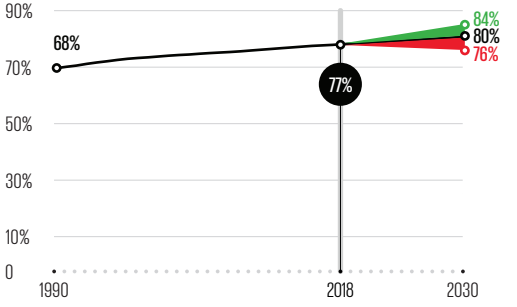
मलेरिया

प्रति 1,000 लोगों पर मलेरिया के नए मामले



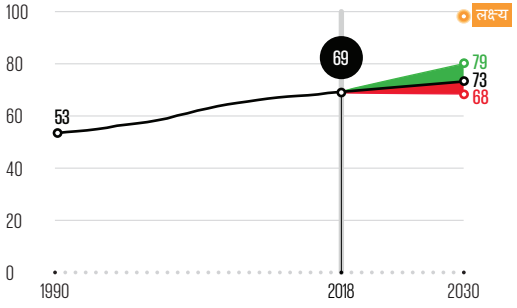
परिवार नियोजन

प्रजनन आयु (15-49) वाली महिलाओं का प्रतिशत, जिनकी परिवार नियोजन की आवश्यकता आधुनिक तरीकों से पूरी हो जाती है।



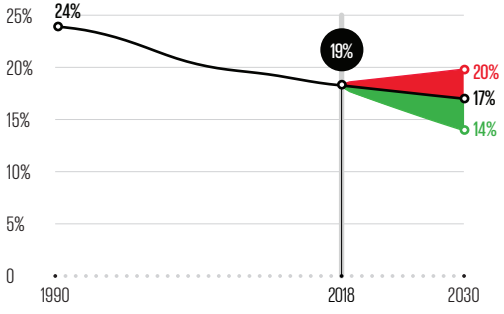
सम्पूर्ण स्वास्थ्य कवरेज

आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं के कवरेज के लिए प्रदर्शन के आंकड़े



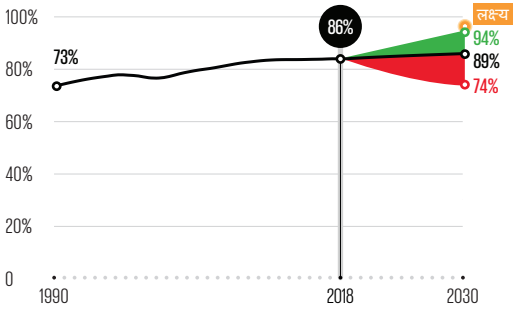
धूम्रपान

आबादियों में वर्तमान धूम्रपान का प्रचलन 10 साल और उससे अधिक उम्र है



टीके

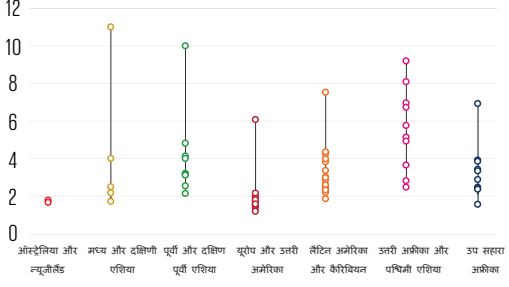
डीटीपी की कवरेज (तीसरी खुराक)



लड़के–लड़कियों में समानता

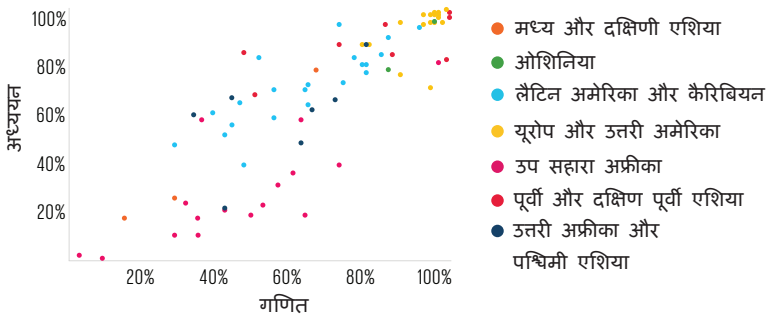
अवैतनिक रूप से किए गए घरेलू कार्य पर महिलाओं और पुरुषों द्वारा बिताए गए समय का क्षेत्र के अनुसार अनुपात

प्रत्येक बिंदु एक देश का प्रतिनिधित्व करता है



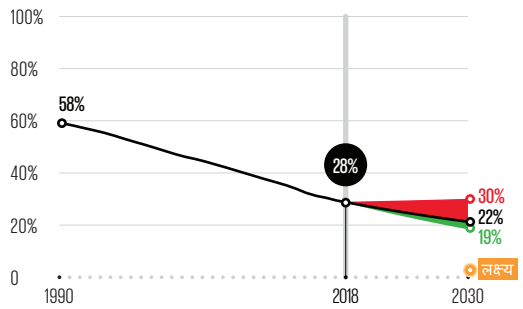
शिक्षा

कक्षा 2 या 3 में अध्ययन और गणित में कम से कम न्यूनतम दक्षता स्तर प्राप्त करने वाले छात्रों का प्रतिशत, लड़के—लड़कियों दोनों में



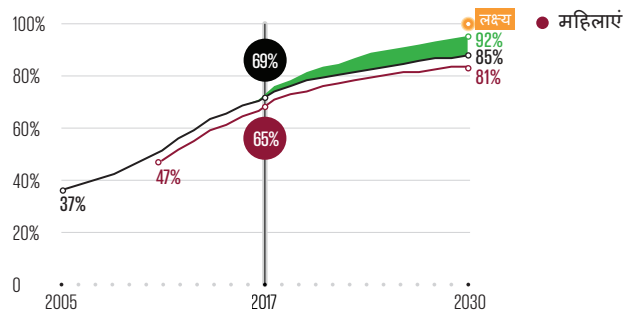
स्वच्छता

असुरक्षित या अपरिष्कृत स्वच्छता का उपयोग करने आबादियों का प्रसार



गरीबों के लिए वित्तीय सेवाएं

बैंक या अन्य वित्तीय संस्थान में या मोबाइल-मनी सेवा प्रदाता के साथ खाता रखने वाले वयस्कों की आयु (15 वर्ष और अधिक)का प्रतिशत



वैश्विक लक्ष्य

निरंतर विकास के लिए

BILL & MELINDA GATES foundation

IHME | UNIVERSITY of WASHINGTON

© Bill & Melinda Gates Foundation