

Epidemier i indiske aviser: markører af social ulighed

Rama Baru, oversat af Jens Seeberg

I denne artikel anvendes avisartikler om udbrud af epidemier til at udforske deres sociale og geografiske fordeling i Indien. Epidemiernes mønstre viser en sammenhæng med lav socioøkonomisk udvikling og social sårbarhed. Artiklen kontrasterer den måde, to epidemier – lungepestepidemien i Surat, Gujarat, og gastroenteritis-epidemien i Adilabad-distriktet i Andra Pradesh – blev håndteret forskelligt af medier og regeringsapparat.

Indledning

I de senere år har Indien fået status som en af Asiens giganter i kraft af sin vedvarende økonomiske vækst og befolkning, kun overgået af Kina. Men selvom landet har oplevet en høj økonomisk vækst, klarer det sig mindre godt hvad angår gængse udviklingsindikatorer, hvor landet placerer sig sammen med lavindkomstlande. Denne afstand mellem høj vækst og lav udviklingsgrad afspejler manglen på politiske initiativer, som kan mindske indkomstulighed og øge den offentlige sektor. Indien scorer lavt på udviklingsskalaen hvad angår høj spædbørnedødelighed, børnedødelighed og mødredødelighed ved fødsel, som alle er karakteriseret ved geografisk og social ulighed. Den primære dødsårsag er stadig smitsomme sygdomme, og igennem de seneste ti år har der været en række epidemier med smitsomme sygdomme i forskellige indiske delstater, hvilket fører til lidelse og død; nogle registreres officielt, mens andre ikke registreres. Disse epidemier er ikke blot

udbrud af infektioner, men afspejler også socioøkonomiske uligheder og ulige adgang til sundhedsydelse, som har eksisteret og i nogle tilfælde er blevet forværret over de seneste tyve år. Derfor er det nødvendigt at udvikle en analytisk ramme, som går ud over biologiske årsagsforklaringer, diagnostik og behandling, og som også integrerer den sociale produktion af sygdom. Paul Farmers perspektiv på infektioner og ulighed åbner mulighed for at overskride den biomedicinske referenceramme i analysen af epidemier. Det er svært at være uenig i hans argument, at "et kritisk perspektiv på nye infektioner må stille spørgsmål om, hvordan stærke sociale faktorer påvirker individer i ulige positioner i populationer, der i stigende grad er forbundet; en kritisk epistemologi må spørge, hvilke aspekter af sygdomsopståen de dominerende analyserammer skjuler (Farmer, 1999:5). Jeg undersøger i denne artikel relationer mellem ulighed, fattigdom og epidemier, idet "fattigdom og social ulighed ændrer sygdommes udbredelse og de enkelte sygeforløb via uendeligt mange og komplicerede mekanismer" (ibid:13).

Fattigdom og smitsomme sygdomme i Indien

De tres år, der er gået siden Indiens uafhængighed, har været kendetegnet ved planøkonomiske initiativer, som har haft til hensigt at øge den økonomiske vækst, reducere fattigdom og tackle smitsomme sygdomme. Staten har spillet en vigtig rolle, og der har været beskedne forbedringer i tallene for levendefødte, før spædbørne- børne- og mødredødelighed. Men smitsomme sygdomme fortsætter med at være den primære dødsårsag, og omfanget af ikke-smitsomme sygdomme øges også hastigt. Så selvom Indien fremstår som en af verdens store økonomier, ligger udviklingsindikatorerne langt efter Kinas, hvilket giver anledning til bekymring blandt akademikere, regeringseksperter og aktivister. I 1990'erne gennemførte Indien store økonomiske reformer baseret på lån fra den Internationale Valutafond og Verdensbanken. Det markerede begyndelsen på en periode med en høj økonomisk vækst. Dette vækstspor blev ikke modsvaret af social udvikling. En undersøgelse lavet af UNDP påpeger stor variation både mellem og indenfor regioner, hvad angår fattigdom, sundhed og uddannelse (Baru et al.:2005). Undersøgelsen viste at fattigdom i høj grad var forbundet med dårlig sundhed og med øget sygelighed og dødelighed forårsaget af smitsomme sygdomme. Dette mønster ses også i tilgængelige data fra nylige udbrud af smitsomme sygdomme i forskellige dele af landet. Vi antager, at det er øget ulighed og fattigdom, som sammen med en dårligt fungerende offentlig socialsektor, bidrager til disse epidemier. Human Development Report har påpeget, at fattigdom indenfor det enkelte land har globale konsekvenser og argumenterer

for, at konsekvenserne af fattigdom og underudvikling ikke kan afgrænses indenfor det enkelte land men rejser over grænser i form af sygdom, terrorisme, narkosmugling, miljødelæggelser, m.v. Fattigdom og ulighed vil have de samme konsekvenser internt i de enkelte lande, og hvad angår sygdom vil det "ikke være muligt at sikre beskyttelse mod mikroorganismer, som ikke respekterer hverken lovgivning eller murede vægge" (Economic Times: October 29th 1994). Pestepidemien, som ramte Surat i 1994, er et eksempel herpå og kaster lys over mange af disse sammehænge.

Pesten i Gujarat i 1994 var genstand for stor global mediebevågenhed og blev beskrevet både i politiske- og finansmagasiner. Det var formodentlig første gang i Indiens nyere historie, at medierne fokuserede på en epidemi, som blev anset for at være en plet på landets gode økonomiske præstation. Læser man avisernes finansspalter fokuserede de på det negative image landet fik, og der blev rejst spørgsmål om sameksistensen af øget økonomisk velstand og forbrugersamfund på den ene side og dårlig offentlig infrastruktur på den anden. Der har ikke siden været epidemier, som fik den samme grad af bevågenhed, som pestepidemien fik.

Jeg vil i det følgende fremlægge kontrasten i håndteringen af pestepidemien i Gujarat og en gastroenteritis-epidemi (maveinfektion) i Andhra Pradesh samt årsagerne hertil. Derefter vil jeg fremlægge et forsøg på at spore udbrud af epidemier med infektionssygdomme i perioden 1998 til 2003 baseret på avisrapporter i indiske aviser på henholdsvis engelsk og hindi. Disse sygdomme inkluderer malaria, leishmaniasis¹, gastroenteritis og japansk hjernehindebetændelse, og de fungerer som markører, der afspejler øgede regionale og sociale uligheder samt det offentlige sundhedsvæsens ineffektivitet i forhold til at forudsige, behandle og forebygge dødsfald forårsaget af disse udbrud. Jeg anvender avisrapporter om epidemier som en kilde til viden, der kan kortlægge typen af sygdomsudbrud og disses regionale og sociale fordeling i Indien. Da eksistensen af pålidelige officielle data om epidemier er begrænset, blev denne innovative måde at benytte avisartikler om epidemier taget i anvendelse. I tilgift giver denne 'avis-epidemiologi' adgang til at undersøge, hvordan epidemier gengives, hvordan disse gengivelser er distribueret, og hvad indholdet heraf er. Ofte er disse artikler den eneste informationskilde for den almene befolkning og den eneste advarsel til sundhedspersonale om, at der er en epidemi i udbrud. Artiklerne spiller en vigtig rolle i repræsentation og fortolkning af epidemier i samfundet. Derfor analyserer jeg indholdet af reportager og ser på, hvilken synsvinkel de indtager. Rapporterer artiklerne fra før eller efter staten har reageret, og kalder det staten til handling? Er der tale om enkeltstående rapporter, eller bliver de fulgt op? Tjener artiklerne til at informere offentligheden eller til at skabe panik?

Den sorte død i Surat, Gujarat

Den pestepidemi, der brød ud i august 2004 i den vestlige del af Indien, fik global opmærksomhed, og for første gang var en epidemi forside- og lederstof i både finansblade og almindelige aviser. Det var et af de sjældne tilfælde, hvor dækningen varede mere end en uge². Det gjaldt både for nationale og international aviser, som dækkede udbruddet, menneskeflugten der fulgte, årsagerne til udbruddet og dets håndtering. Kendsgerningerne for udbruddet er som følger:

I august 1994 oplevede man i en landsby i delstaten Maharashtra et udbrud af formodet byldepest, som blev efterfulgt en uge senere af et udbrud af lungepest i Surat, Gujarat, der kostede mindst 41 mennesker livet. Både Maharashtra og Gujarat er velstående delstater, og forretningsbyen Surat er kendt for sin diamantindustri, hvor man skærer og sliber stenene og for sin tekstilfremstilling og handel. Lungepest spredes gennem kontakt og dråbeinfektion, og derfor er det langt sværere at inddæmme smittespredning, end tilfældet er for byldepest. I avisreportagerne lokaliserede man skylden for at have bragt smitten fra Maharashtra til Gujarat hos de arbejdere, der dagligt migrerer mellem de to områder. Da antallet af tilfælde først begyndte at stige, opstod der panik i Surat, og over- og middelklassen begyndte at flygte med fly, tog eller bil til andre områder, fordi sygdommen så ud til at spredes hurtigt og ikke var afgrænset til de fattige. John Burns fra New York Times rapporterede om 200.000 mennesker på flugt fra Surat efter udbruddet, og sagde at "lægelige eksperter beskrev det som et af de alvorligste [epidemier], der er registreret i verden i nyere tid". På det tidspunkt var det officielle dødstal på 24, men uofficielle skøn var langt højere (New York Times, 2004). De fleste af de, der døde af sygdommen, var arbejdere, som ikke kunne flygte fra Surat.

Udbruddet fremkaldte billeder som i Lawrence Altmans beskrivelse af lungepesten som "den mest dødelige og lettest overførbare form for bakterieinfektion, også kendt som den Sorte Død i Middelalderen" (New York Times: September 24th 2004)³. Burns udvikler i artiklen sin idé ved at beskrive det paradoksale i et samfund i rivende økonomisk udvikling, som anvender middelalderlige metoder til at fange de rotter, der spreder pesten: "Bharat Jadhav lænede sig forover som en middelalderlig sværdkæmper, begge knæ bøjet som han spejdede intenst ind i mørket med et blik, der fulgte linien fra hans træstav. Mens han stod fuldstændigt stille, kastede han pludseligt håndleddet nedad og bragte derved den kraftige ståltrådsspiral for enden af staven i kontakt med jorden. "Ja! Jeg fik den!" råbte han. Adræt røg han ned på knæ og trak en bistert udseende rotte, tyve cm. lang,

ud fra betonkloakken under Easy Wash vaskeriet på Colaba Market i Mumbai.” Beskrivelsen indfanger dilemmaet mellem økonomisk vækst og manglen på en organiseret offentlig sektor, som kan håndtere de dårlige miljøforhold.

I denne periode var de indiske aviser fulde af historier om flugten fra byen og af diskussioner om, hvordan epidemien havde påvirket økonomien på flere måder. Man skønnede, at pestepidemien havde kostet Indien 3 milliarder dollars i tabte turist- og eksportindtægter. Den havde stor indflydelse på Indiens image som økonomisk vækstcenter og reformland (Ramalingaswami:2001). I aviserne begyndte man at fokusere på storbyens elendige forfatning, når skylden for udbruddet skulle placeres, men man inddrog også sundhedsvæsenets dårlige tilstand og de privatpraktiserende lægers flugt fra det område, hvor befolkningen havde brug for dem. En skribent i Economic Times sammenfattede forholdene i en spalte med titlen ”Rotter og diamanter”, hvor han beskrev rigdommen på den ene side og den totale foragt for fælles socialt ansvar på den anden. Han skrev: ”Intet symboliserer paradokset i økonomisk udvikling i Indien bedre end billedet af privat velstand og offentlig elendighed i Surat i dag.”

Skæbnens ironi ville, at den berømte managementguru, professor Michael Porter fra Harvard Business School, på selvsamme dag som pesten fyldte overskrifterne, lovpriste Surats diamantindustri som én af tre centrale succesfulde indiske aktører på den globale markedsplads. De to andre var tekstilindustrien og IT-branchen. Forfatteren noterede også, at ”tragedien i Surat er et produkt af bevidst forsømmelse af folkesundheden og den sociale infrastruktur i hele landet. Hvad værre er, er at selv i de mest velstående regioner og byer, er der kun få eksempler på, at privat overflod er blevet omsat til offentlig velfærd. [...] Det er ikke svært at opregne masser af sådanne eksempler på forsømmelse af det offentlige rum og af hygiejne og sanitet i Indiens hurtigt voksende byer. Men det er for let alene at bebrejde regeringen. Regeringens prioriteter afspejler i vid udstrækning interesserne hos de mest velformulerede og bedst organiserede grupper i samfundet. Vi må se i øjnene, at den indiske elite aldrig har haft folkesundhed som en hjertesag. Kriser som tragedien i Surat venter bare på at ske, og når det sker, fremvises det totale misforhold mellem privat velstand og offentlig elendighed, der kendetegner Indiens vilde ridt mod konsumsamfundet” (citeret i Baru: 1994).

Disse følelser fandt også genklang i andre aviser og indlæg, som krævede forbedringer i byernes miljø og sanitære forhold og sundhedstjeneste, som man kunne undgå fremtidige gentagelser. Som John Burns bemærkede, efter at pestestyret havde fortaget sig, ”mens Indien forsikrer sig om, at det værste er overstået hvad angår pestepidemien, fejer en bølge af vrede og bebrejdelse hen over landet.

Den panik, der brød ud, mens pesten i de seneste to uger gik hen over landet, er blevet erstattet i de seneste par dage af et krav om noget varigt, der kan reducere graden af elendighed i byen, som mange indere kalder den værste nogetsteds" (New York Times:October 8th 1994).

Der var også krav om øjeblikkelig handling for at forbedre sundhedsydelse. Beskrivelserne af pesten havde bredt sig i Europa, Rusland og Latinamerika. Interessen indikerede, at den indiske økonomi faktisk var ved at blive integreret på verdensplan, og pesten medførte tab af tillid blandt investorer både nationalt og globalt. I London faldt indiske aktiebeviser⁴ dramatisk i værdi, efter at BBC og CNN havde udsendt nyheden om pestsituationen i Indien.

Gastroenteritis-epidemien i Adilabad distriktet, Andra Pradesh

Der var en stærk kontrast til den opmærksomhed, der blev pestepidemien til del, da en gastroenteritis-epidemi brød ud i 1998 i Adilabad distriktet i Andra Pradesh; den blev ikke bemærket i de landsdækkende medier og blev stort set kun beskrevet i den lokale presse. Antallet af døde i gastroenteritis-epidemien var næsten ti gange højere end i pestepidemien, men i modsætning til i Surat syntes der ikke at være grundlag for bekymring, endsige panik.

Epidemien brød ud i Andra Pradesh' nordvestlige region, som overvejende beboes af stammefolk, som er afhængige af skovbrug og landbrug. Men da adgangen til skoven og til landsbrugsjord løbende er blevet indskrænket, er de blevet afhængige af sæsonbetonet arbejde som daglejere i landbruget. De har ikke mulighed for at finde beskæftigelse hele året rundt. Sommeren er en periode med begrænsede indtjeningsmuligheder, og rapporter fra menneskerettighedsorganisationer fortæller om klare tegn på en krise i fødevarer sikkerhed på det tidspunkt. I starten af udbruddet gik folk først til den lokale sundhedsklinik, som var dårligt bemanded og ikke havde tilstrækkelig medicin. Derfor gik de til de lokale private behandlere. De fik unødvendige medikamenter og saltvandsdrop.

Som følge af fejlbehandling i den private sektor og en ikke-fungerende offentlig sundhedssektor begyndte dødstallet at stige. De alarmerende dødstal blev fremført af de lokale medier, og delstatsregeringen blev tvunget til at se det som en nødsituation og gribe til handling for at undgå flere dødsfald. Forsinkelsen, fra de første avisartikler kom frem, til regeringen begyndte at handle, var næsten en uge; på det tidspunkt var mindst 400 mennesker døde ifølge de officielle tal. Uafhængige rettighedsorganisationer anslog, at 1.600-1.800 mennesker var døde, og at 16-18.000 mennesker var ramt af sygdommen (Rao 1998).

Der er direkte og underliggende årsager involveret i dette udbrud. De direkte faktorer, som typisk nævnes, inkluderer dårlig kvalitet af vand og sanitet, manglende adgang til og dårlig kvalitet af de offentlige sundhedsydelse og dårlig kvalitet af private sundhedsydelse. Underliggende årsager indbefatter langvarig eksponering for underernæring, utilstrækkelig fødevarer sikkerhed og usikker adgang til arbejde for stammebefolkningerne samt det forhold, at Adilabad hører til de fattige egne af Andra Pradesh (Baru & Sadhana, 2000; Rao, 1998). Men udbruddet fik ikke dækning på lederplads, og regeringens håndtering var tøvende, ligesom man ikke hørte noget til middel- og overklassen i forbindelse med epidemien.

Forskellen i reaktionerne på disse to store epidemier kan forklares med henvisning til sygdommens karakteristika; voldsomheden af epidemien i form af dødelighed og sygelighed; og epidemiernes geografiske og sociale spredning. Et flerfagligt perspektiv, som inkluderer biologiske, socioøkonomiske og politiske faktorer, er nødvendigt for at forklare disse forskelle.

Transmissionen af de to sygdomme er forskellig. Pesten spredtes gennem dråbeinfektion og kunne ikke afgrænses hverken fysisk eller socialt. Derfor var den en trussel for alle klasser, og fordi den brød ud i et bymiljø, blev denne trussel endnu mere reel. Det forklarer, hvorfor der var stort pres på regeringen for at handle i forhold til pestepidemien i modsætning til gastroenteritis-epidemien. Slack har ret, når han påpeger at "Regeringens respons til epidemier synes at være mest produktiv, når epidemien har en definerbar lokal insidens men alligevel – fordi den er smitsom – opfattes som en trussel for denne lokale afgrænsning og for at ramme eliten (Slack:1992; p.6).

Gastroenteritis-udbruddet opstod i en fjern egn af en delstat med lav grad af urbanisering, som overvejende var beboet af stammebefolkninger. Sygdommens smitemåde indebar, at denne kunne afgrænses til et lille område, og den truede ikke bybefolkningen og slet ikke middelklassen. Derfor var der ingen panik i offentligheden over epidemien. Dertil kommer, at den dårlige vandforsyning, som blev givet skylden for udbruddet, kun fandtes i de landsbyer, som var ramt af sygdommen, og det truede ikke andre regioner eller grupper. Under pesten var der en folkeflugt til andre byer i Indien på tværs af klasser og ved hjælp af alle tilgængelige transportmidler. Det resulterede i en situation, hvor sygdommen ikke med sikkerhed kunne afgrænses til den by, hvor den oprindeligt brød ud. Det skabte frygt i hele landet, og da december er højsæson for turisme, skabte pesten også frygt blandt udlændinge, der planlagde at besøge Indien. Det var et slag mod turistindustrien, og omverdenens øjeblikkelige stop for handel med fødevarer og

andre varer fra Indien øgede kun de økonomiske tab. Alle disse årsager udløste markant forskellige reaktioner på de to epidemier fra regeringen, den offentlige sektor og medierne.

Epidemiske mønstre i de senere år

Foruden disse to epidemier har der været adskillige sygdomsudbrud, der har resulteret i dødsfald, der stort set er blevet ignoreret. I dette afsnit fremlægger jeg data vedrørende epidemier af vektor- og vandbårne sygdomme mellem cirka 1995 og 2005 baseret på en gennemgang af de største indiske aviser på hhv. engelsk og hindi. Vektor-bårne sygdomme indbefatter malaria, leishmaniasis og japansk hjernehindebetændelse, og vandbårne inkluderer gastroenteritis. En analyse af artikler om alle disse sygdomme viser en klar geografisk fordeling. Leishmaniasis er primært endemisk i Bihar; malaria findes i det nordøstlige Indien, i det nordlige hjørne af Andra Pradesh, i Orissa og Rajasthan; japansk hjernehindebetændelse forekommer i bestemte distrikter i Andra Pradesh og i det østlige Uttar Pradesh; gastroenteritis forekommer over hele landet, men de fattige delstater rapporterer flere tilfælde. Dette mønster illustrerer tydeligt forbindelsen mellem en lav grad af socioøkonomisk udvikling og epidemiske mønstre.

Selvom medierne ikke konsekvent spiller en rolle i rapportering og opfølgning af epidemier, har de haft betydning, idet de har henledt myndighedernes opmærksomhed på udbruddene og foranlediget en vis handling. En analyse af artiklerne viser, at de fokuserer på antallet af døde og på den langsommelige reaktion fra sundhedsmyndighederne. I en artikel om en epidemi af falciparum malaria i Assam i det nordøstlige Indien skriver korrespondenten: "Mindst 60 mennesker er døde, og over 5.000 er ramt af malarieepidemien, der har fejtet gennem flere egne af delstaten i over en måned. Officielle kilder sætter antallet af døde til 50 og antallet af syge til 4.500. Sundhedsministeren sagde, at de ramte områder overvejende ligger langs Assams vestlige og nordlige grænser (National Herald Tribune, New Delhi; 30th May 2001). Avisen 'The Statesman' i Calcutta skriver ligeledes om et malariaudbrud i den nordlige del af Vestbengalen⁵, at "næsten 2.000 mennesker er under behandling for ondartet malaria i forskellige distriktshospitaler. Der har været ti dødsfald, hvoraf de fem fandt sted i teplantagerne i Dooare. Plantagerne har anklaget de lokale sundhedsmyndigheder for at have forsinket sprøjtning med DDT. Distriktsmyndighederne anklagede teplantagerne for ikke at have kvalificerede læger og for at sundhedsfaciliteterne langt fra var tilfredsstillende." (Statesman, Calcutta, 29th June 2001). I Assam blev der rapporteret om adskillige

dødsfald på grund af falciparum malaria. Der skønnedes, at 111 personer døde i 1999, 122 i 2000 og ifølge en avisartikel i maj 2002 var 51 personer døde i løbet af en måned. Sundhedsministeren sagde til journalisten, at "myggene synes at være blevet immune overfor den almindeligt anvendte malariamedicin, klorokin, hvorimod et andet stof, primaquine, havde en bedre virkning" (The Sentinel, Gauhati, 24th May 2002).

Hvad angår leishmaniasis er der beskrevet flest tilfælde fra Bihar, specielt i fattige distrikter med meget dårlig sundhedsinfrastruktur. Avisen 'The Telegraph' meldte om et udbrud af leishmaniasis i Bihar i juli 2001 og erklærede, at "mindst 25 mennesker er døde under det pludselige udbrud af leishmaniasis. De værst ramte distrikter er Sitamarhi, Motihari og Madhubhani i nord og Patna distrikt i det centrale Bihar" (Telegraph:Calcutta; 11th July 2001). En anden artikel om dødsfald forårsaget af leishmaniasis beskriver, at "mindst otte personer er døde af leishmaniasis, og 400 mennesker rapporteres at være under behandling for sygdommen i det nordlige Bihar. Sygdommen rapporteres at have spredt sig til 800 landsbyer i distriktet". Artiklen analyserer årsagerne til udbruddet og fremhæver myndighedernes indifferente holdning som årsag til, at der ikke er blevet sprøjtet med DDT i løbet af det foregående år. Ressourcemangel citeres som årsag til, at der kun blev sprøjtet i udvalgte landsbyer med mange registrerede dødsfald (Hindustan Times, Patna; 12th July 2001). I 2002 var der adskillige epidemier med leishmaniasis. En artikel hævder, at der var tyve dødsfald i det østlige Champaran og tilstødende distrikter i Bihar (The Tribune: New Delhi; 9th April 2002). Igen fremhæves sundhedssystemets manglende evne til at reagere, og patienter fortalte om lokal medicinmangel, fordi behandlere ikke anvendte medicin og sprøjter i de offentlige hospitaler men i stedet brugte dem i deres egne private klinikker.

Dette blev også påpeget i forbindelse med et udbrud af japansk hjernehindebetændelse, som overvejende er endemisk i det østlige Uttar Pradesh igen i den mindre velstående del af delstaten, hvor der er stor fattigdom og et dårligt fungerende sundhedsvæsen. I en artikel om dødsfald forårsaget af japansk hjernehindebetændelse hedder det, at "over 100 mennesker er døde af hjernehindebetændelse i Terai og de østlige distrikter af Uttar Pradesh." Her påpeger artiklen også regeringens afslappede holdning, og sundhedspersonalet siger, at de ikke har sprøjter og ikke er forberedt på situationen, selvom den opstår hvert år (Statesman, New Delhi; 2nd September 2001). Sygdommen brød også ud i Assam i 2002, og en artikel citerede forstanderen for Assam Medical College for, at over 80 mennesker var døde af sygdommen i løbet af en måned, hvoraf de fleste var børn. Da der ikke findes en specifik behandling af sygdommen, opstår der let en meget farlig situa-

tion. De fleste interventioner har præventiv karakter, og det er derfor vigtigt med hurtig handling, hvilket ikke synes at have været tilfældet her (Pioneer, Lucknow: 2nd August 2002).

Dødsfald under disse epidemier afspejler tydeligt den primære sundhedstjernes dårlige kvalitet i form af personalemangel, mangel på medicin og basal infrastruktur, som alt sammen fører til at ydelsernes effektivitet reduceres. Ifølge en beskrivelse af årsagerne til det store dødstal for falciparum malaria-epidemien i Assam "er mangelen på læger og sundhedsarbejdere i de fjerntliggende egne en hovedårsag til de høje dødstal. Speciallæger og sundhedsarbejdere foretrækker som regel ikke at blive udstationeret i malariaområder" (National Herald, New Delhi, May 2001).

Manglen på infrastruktur, uddannet personale og medicinforsyning samt dårlig administration er vigtige årsager til, at epidemierne ikke håndteres ordentligt. For alle vektor- og vandbårne sygdomme er det nødvendigt at iværksætte en koordineret indsats på tværs af forskellige sektorer som landbrug, skovbrug, vandforsyning, uddannelse og folkesundhed for at kunne forudsige, behandle og forebygge epidemier.

Der er i aviserne kun sparsomme oplysninger om den sociale baggrund for de mennesker, der dør i epidemierne. På basis af det tilgængelige materiale samt på baggrund af undersøgelsesrapporter fra National Institute of Communicable Diseases ses, at hovedparten af de, der dør i epidemierne, er kvinder, børn og gamle (Verghese & Sharma: 1995). Der er også beskrivelser af, hvordan arbejdere i stenbrud er særligt sårbare overfor malaria på grund af arbejdets miljømæssige kontekst. Brydningen skaber søer med stillestående vand, hvor myggene kan formere sig. Da arbejderne hyres på kontraktbasis, har de ingen dækning af sundhedsudgifter, hvorfor de har en høj dødelighed under epidemier. Hvad angår leishmaniasis i Bihar tilhører hovedparten af ofrene de laveste kaster – de er overvejende rottefængere og jordløse daglejere. Deres kastebaserede erhverv udsætter dem for særlig risiko for at pådrage sig sygdommen⁶. Dette adskiller sig fra epidemier af viral feber, som ikke rammer arbejdere specielt, men hvor patientsammensætningen er blandet på grund af den måde, sygdom overføres.

Spørgsmålet om, hvorfor regeringen ikke er bedre til at forudsige og håndtere mulige epidemier, er vigtigt. Det skyldes svaghederne i det offentlige sundhedssystem og fraværet af et velfungerende overvågningssystem. Som en erfaren embedsmand bemærkede: "Fraværet af et ordentligt overvågningssystem er skyld i både opståen og tilbagevenden af smitsomme sygdomme. Når et udbrud opdages,

er det allerede for sent. Der er også et problem med forsinkelse i rapportering af tilfælde fra det primære sundhedsniveau til statsmaskineriet, hvorefter problemet kommer ud af kontrol" (The Assam Tribune: 26th June 2002). Det er særligt synligt i tilfælde, hvor epidemier er sæsonbestemte, men hvor myndighederne ikke synes at være forberedt på at forebygge og håndtere sådanne situationer. Det fører til 'brandslukning' med det formål at forebygge dødsfald for at undgå medieopmærksomhed. Mens epidemiernes direkte årsager, der som ovenfor beskrevet indbefatter svag offentlig sundhedsinfrastruktur og beslægtede problemer, er alment anerkendt, så er det ofte overset, at de underliggende årsager forbundet med stigende regional og social ulighed er knyttet til den førte vækst- og udviklingspolitik. I den kontekst er der behov for at fremme en inkluderende vækst, hvor retfærdig fordeling er kernen, og hvor der sker en genoplivning af den slumrende offentlige sundhedssektor. Dette er en afgørende forudsætning for en proaktiv håndtering af vektor- og vandbårne epidemier. Endvidere er der behov for at strukturelle og materielle konsekvenser af fattigdom anerkendes med henblik på at skabe en mere integreret tilgang til forebyggelse og håndtering af epidemier i fremtiden.

Noter

1. Leishmaniasis (kala azar) skyldes en infektion med en encellet parasit (protozo): leishmania. I løbet af en periode på fire til 25 dage udvikler parasitten sig inde i sandfluen, hvor den gennemgår en stor forandring. Når den inficerede sandflue stikker for at suge blod næste gang, overfører den parasitten, som formerer sig i ofrets krop og angriber immunforsvaret. Sygdommen kan udslette hele landsbyers befolkning. [http://www.msf.dk/Nyheder/Medicinsleksikon/Leishmaniasis\(kalaazar/](http://www.msf.dk/Nyheder/Medicinsleksikon/Leishmaniasis(kalaazar/)
2. Baseret på et survey af alle større almindelige samt finansaviser i Indien i perioden 24. august 2004 til september 2004.
3. Burns tegner billedet af en middelalderlig ridder som slås med rotter med en træstav. Artiklen hed "With Old Skill and New, India Battles the Plague" (September 29th 1994). Jadhav-kasten er urørlige, hvis traditionelle beskæftigelse var at fange rotter.
4. De såkaldte Global Depository Receipts, som er internationale beviser for værdipapirhandel, der henviser til underliggende aktier men ikke direkte repræsenterer dem; de bruges især på såkaldte "nye markeder", eks. Indien.
5. Den nordlige del af Vestbengalen er den fattigste region i delstaten. Her findes de fleste teplantager med ekstremt dårlige forhold for arbejderne og høj sygelighed og dødelighed. Plantagerne ligger i afsides egne med langt mellem sundhedsklinikkerne.
6. Dette udsagn baseres på en analyse af en række avisartikler, som omhandler ofrenes sociale baggrund.

Litteratur

- Baru, S. 1994 'Rats and Diamonds' *Economic Times*: 29th October.
- Baru, R.V. & G. Sadhana 2000 'Resurgence of Communicable diseases : GastroEnteritis Epidemics in Andhra Pradesh' *Economic and Political Weekly*, September 30th.
- Baru, R et al 2005 '*Lessons Emerging from the State Human Development Reports-Health*' Monograph submitted to the United Nations Development Programme, New Delhi.
- Centre for Environment Concerns, Anveshi and Administrative Staff College of India (1999) '*Mediating Medical Care: Health Sector Reforms and Andhra Pradesh Economic Restructuring Programme*' Workshop Report, Hyderabad.
- Farmer, P. 1999 *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkley, University of California Press.
- Rao,Janardhan et al 1998 'Cholera in Adilabad' Letters to the Editor, *Economic and Political Weekly*, November 14th.
- Ranger,T & P.Salk 1992 *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Vergheze,T. &R.S. Sharma 1995 *Epidemiological Investigation of Outbreaks:1991-1993*, New Delhi, Indian Association of Epidemiologist, Epidemiology Division, National Institute of Communicable Diseases.