

Liberalization and HIV in Kerala

Sandhya Srinivasan and Mini Sukumar

Social Policy and Development
Programme Paper Number 26
April 2006

United Nations
Research Institute
for Social Development



This United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) Programme Paper has been produced with the support of the Royal Ministry of Foreign Affairs of Norway and UNRISD core funds. UNRISD thanks the governments of Finland, Mexico, Norway, Sweden, Switzerland and the United Kingdom for their core funding.

Copyright © UNRISD. Short extracts from this publication may be reproduced unaltered without authorization on condition that the source is indicated. For rights of reproduction or translation, application should be made to UNRISD, Palais des Nations, 1211 Geneva 10, Switzerland. UNRISD welcomes such applications.

The designations employed in UNRISD publications, which are in conformity with United Nations practice, and the presentation of material therein do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNRISD concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

The responsibility for opinions expressed rests solely with the author(s), and publication does not constitute endorsement by UNRISD.

Contents

Acronyms	ii
Acknowledgements	ii
Summary/Résumé/Resumen	iii
Summary	iii
Résumé	iv
Resumen	v
Introduction	1
I. Background before 1991	1
The Kerala model	1
Challenges to the Kerala model	2
Political background	2
Economy	2
Migration	3
At the mercy of the national government	3
II. Structural Adjustment in India	3
Burdens of liberalization	4
Vulnerable groups in Kerala	4
Delayed impact?	5
III. The PDS	6
Changes in the PDS after 1991	6
IV. Health Care in Kerala	7
Changes starting in the 1980s	7
The impact of rising health expenditure	8
V. HIV in Kerala	9
Migration and HIV	9
Questions about the low prevalence	9
Reason for concern	10
VI. Responses to HIV/AIDS	11
Did the Kerala programme prevent a crisis?	11
Other views	12
Problems with the NACO model	12
State government unable to take control	13
Social, political and legal responses of the system	13
Private health services for people with HIV	14
Public health services for people with HIV	15
Ineffective government response	16
Conclusion	16
Appendix: The Interview Process and List of Interviewees	18
Bibliography	19
UNRISD Programme Papers on Social Policy and Development	23

Acronyms

AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
ARV	antiretroviral
AZT	azidothymidine
CSW	commercial sex worker
HIV	human immunodeficiency virus
KSACS	Kerala State AIDS Control Society
MSM	men who have sex with men
PDS	public distribution system
NACP	National AIDS Control Programme
NACO	National AIDS Control Organisation
NGO	non-governmental organization
PPTCTP	Prevention of Parent to Child Transmission Programme
SAP	structural adjustment programme
SMA	State Management Agency
STD	sexually transmitted disease

Acknowledgements

Collaborating organization: Kerala Health Studies Research Centre, Thiruvananthapuram.

The authors would like to thank the following: all the interviewees for their insights, which form the basis of this paper; B. Ekbal, chairperson, Health Committee, Kerala Sastra Sahitya Parishad, and Joy Elamon, Kerala Health Studies Research Centre, for providing critical guidance; the libraries of the Centre for Development Studies, the Achutya Menon Centre and the Kerala Health Studies Research Centre for providing access to printed materials; and M. Kunhaman and Michael Tharakan for providing detailed comments.

Summary/Résumé/Resumen

Summary

The HIV/AIDS epidemic is a good illustration of the well-established link between poverty and ill health; job insecurity can indirectly affect people's susceptibility to diseases and infections such as HIV. Working and living conditions can put people at a higher risk for disease and infection: poverty-driven sex work and migration are acknowledged socioeconomic risk factors for HIV. It is also likely that the availability of food and access to health services influence susceptibility to disease as well as the ability to cope with ill health. Without good nutrition and health care, people with HIV succumb to AIDS more quickly.

In this context, this paper by Sandhya Srinivasan and Mini Sukumar explores the following questions: Has structural adjustment in India, implemented since 1991, increased job insecurity and loss of livelihood in the state of Kerala? Did structural adjustment put some groups at higher risk of HIV? Did policy decisions reduce people's access to care, especially through the public health system? If so, what institutional pressures led to these changes, and how were they received?

Kerala was chosen as a case study because its excellent health indicators are acknowledged to be at least partly due to the state's commitment to public services. However, structural adjustment programmes (SAPs) have been linked to worsening living conditions and health status, thus SAPs at the national level will have effects at the state level. Second, Kerala is a state of migrants, and migration has often been identified as a risk factor for HIV infection. The state's reported low HIV prevalence, despite this risk factor, merited further investigation.

The Kerala model, based on public commitment to social services, survived frequent changes of state government and flourished despite the low priority given by the national government to these issues. However, several overlapping trends have combined to create what appears to be a crisis. Some of these pre-date the introduction of structural adjustment, but have accelerated since its implementation in 1991.

Since the 1980s, the state of Kerala started having difficulties paying for its social support schemes through the revenues it generated. This contributed to the decline of the extensive public health care system, forcing people to turn to the growing and unregulated private health sector. Studies indicate that household expenditure on health care has increased drastically with liberalization, sometimes forcing families into debt.

SAPs at the national level are also believed to have affected the livelihoods of various sections of the population, leaving people impoverished and in debt, and forced to work in highly exploitative conditions. Their situation is exacerbated by the Kerala government's apparent reluctance to take action against violations of labour laws. These conditions and the resulting sharp drop in income could be pushing women into the sex trade, thereby increasing their risk of contracting HIV. Some groups may be forced to migrate to other states in search of work, which also puts them at a higher risk. While earlier official figures show that HIV prevalence has remained at a low level in Kerala, recent figures suggest a significant increase.

The Kerala AIDS programme is independent of the health care infrastructure, with separate funding and the involvement of NGOs for implementation. Yet many components of the programme will have to be implemented through the public health system. However, the public services are inadequate, while the private services – to which people with HIV are often forced to turn – are irrational, discriminatory and expensive. There are no policies implemented to protect the rights of people with HIV.

India is facing a growing AIDS crisis but, so far, Kerala does not seem to have been as affected as other states. However, if the latest official estimates suggesting that HIV prevalence may be a growing problem in Kerala are correct, the deteriorating support system, further weakened by the consequences of the national SAP, may be unable to tackle the crisis as it affects Kerala.

Sandhya Srinivasan is a freelance health writer, executive editor of the *Indian Journal of Medical Ethics*, Mumbai, India, and a consultant on health and population for the website www.infochangeindia.org. Mini Sukumar is a lecturer at the Centre for Women's Studies, University of Calicut, Kerala, India.

Résumé

L'épidémie du VIH/sida est une bonne illustration du lien désormais établi entre la pauvreté et la maladie; l'insécurité de l'emploi peut affecter indirectement la vulnérabilité des individus aux maladies et aux infections telles que le VIH. Les conditions de vie et de travail peuvent augmenter les risques de maladie et d'infection: la pauvreté pousse à la prostitution et aux migrations, qui sont des facteurs socio-économiques reconnus de risque d'infection au VIH. Il est aussi probable que la disponibilité de nourriture et l'accès aux services de santé influent sur la prédisposition et la résistance à la maladie. Sans alimentation saine ni soins de santé appropriés, les personnes infectées par le VIH succombent plus rapidement au sida.

Ce document de Sandhya Srinivasan et Mini Sukumar, qui s'inscrit sur cette toile de fond, s'intéresse aux questions suivantes: l'ajustement structurel auquel l'Inde a procédé à partir de 1991 a-t-il aggravé l'insécurité de l'emploi et la perte des moyens d'existence dans l'Etat du Kerala? A-t-il élevé le risque d'infection à VIH pour certains groupes? Les décisions politiques ont-elles réduit l'accès des populations aux soins, en particulier ceux du système de santé publique? Si oui, quelles pressions institutionnelles ont entraîné ces changements et comment ont-ils été reçus?

Le Kerala a été choisi comme étude de cas parce qu'il est reconnu que ses excellents indices de santé sont dus au moins en partie à l'attachement de l'Etat aux services publics. Cependant, les programmes d'ajustement structurel (PAS) exécutés au niveau national, ayant été corrélés avec une aggravation des conditions de vie et de l'état de santé, devraient avoir des répercussions au niveau des Etats. Par ailleurs, le Kerala est un Etat de migrants, et les migrations—on l'a souvent constaté à propos de l'infection à VIH—sont un facteur de risque. La faible prévalence du VIH signalée par l'Etat, malgré ce facteur de risque, méritait une enquête plus approfondie.

Le modèle du Kerala, marqué par l'attachement du public aux services sociaux, a résisté à de fréquents changements de gouvernement et dont le succès ne s'est jamais démenti malgré l'importance très secondaire accordée à ces questions par le gouvernement national. Cependant, plusieurs tendances se sont conjuguées pour créer ce qui semble bien être une crise. Certaines sont antérieures à l'introduction de l'ajustement structurel mais se sont accélérées depuis sa mise en œuvre en 1991.

Dans les années 80, l'Etat du Kerala a commencé à avoir de la peine à financer ses régimes d'aide sociale, les ressources encaissées n'y suffisant plus. Cela a contribué au déclin du vaste système de santé publique, qui a contraint les gens à s'adresser au secteur privé de la santé, en pleine expansion et non réglementé. Des études indiquent que les dépenses des ménages consacrées aux soins de santé ont augmenté de manière dramatique avec la libéralisation, parfois au point de forcer les familles à s'endetter.

On estime aussi qu'au niveau national, les PAS ont affecté les moyens d'existence de divers secteurs de la population, laissant les gens appauvris, endettés et forcés de travailler dans des conditions de forte exploitation. La situation du peuple est aggravée par l'apparente réticence du gouvernement du Kerala à lutter contre les infractions au droit du travail. Ces conditions et la forte baisse des revenus qui en a résulté pourraient pousser certaines femmes à se livrer au commerce du sexe, ce qui augmenterait pour elles le risque de contracter le VIH. Certains groupes, contraints d'émigrer vers d'autres Etats à la recherche d'un travail, s'exposeraient ainsi à un plus grand risque. Si, selon des chiffres officiels antérieurs, la prévalence du VIH est restée faible au Kerala, des chiffres récents laissent à penser qu'elle a sensiblement augmenté.

Le programme de lutte du Kerala contre le sida est indépendant de l'infrastructure sanitaire, dispose d'un financement séparé, et des ONG participent à son exécution. Pourtant, de nombreux éléments du programme devront passer par le système de santé publique. Or, les services publics sont insuffisants, et les services privés—auxquels les personnes infectées par le VIH sont souvent contraintes de faire appel—sont chaotiques, discriminatoires et chers. Aucune politique n'est mise en œuvre pour la protection des droits des personnes infectées par le VIH.

La crise du sida s'aggrave en Inde mais, jusqu'à présent, le Kerala semblait plus épargné que d'autres Etats. Cependant, si les dernières estimations officielles sont justes—et elles indiquent une prévalence du VIH en hausse au Kerala—la détérioration du système de soutien, encore affaibli par les retombées des PAS mis en oeuvre à l'échelle nationale, pourrait être dépassé par la crise lorsqu'elle frappera le Kerala.

Sandhya Srinivasan est écrivaine indépendante spécialisée dans les questions de santé, éditrice exécutive de *l'Indian Journal of Medical Ethics* à Mumbai, Inde, et consultante pour les questions de santé et de population pour le site Internet www.infochangeindia.org. Mini Sukumar est chargée de cours au Centre for Women's Studies, Université de Calicut, Kerala, Inde.

Resumen

La epidemia del VIH/SIDA es un buen ejemplo del vínculo bien establecido entre la pobreza y la mala salud; la inseguridad laboral puede afectar indirectamente la susceptibilidad de las personas ante ciertas enfermedades e infecciones como la del VIH. Las condiciones de trabajo y de vida pueden colocar a las personas en una situación de mayor riesgo de contraer una enfermedad o una infección: el trabajo sexual impulsado por la pobreza y la migración son reconocidos como factores socioeconómicos de riesgo de contraer el VIH. Es igualmente probable que la disponibilidad de alimentos y el acceso a los servicios de salud afecten la susceptibilidad ante las enfermedades así como la capacidad para enfrentar los problemas de salud. Sin una buena nutrición y un adecuado cuidado de la salud, las personas infectadas con el VIH sucumben ante el SIDA con mayor rapidez.

En este contexto, Sandhya Srinivasan y Mini Sukumar buscan responder en este documento a las siguientes preguntas: ¿El ajuste estructural en la India, en marcha desde 1991, aumentó la inseguridad laboral y la pérdida de los niveles de subsistencia en el estado de Kerala? ¿El ajuste estructural aumentó el riesgo de algunos grupos de contraer la infección por el VIH? ¿Las decisiones de política redujeron el acceso de la población a la atención sanitaria, en particular a nivel del sistema de salud pública? De ser así, ¿qué presiones institucionales motivaron estos cambios, y qué acogida tuvieron?

Se seleccionó Kerala como estudio de caso porque se reconoce que sus excelentes indicadores de salud obedecen, al menos en parte, al compromiso del Estado con los servicios públicos. Sin embargo, se ha argumentado que el empeoramiento de las condiciones de vida y el nivel de la salud guarda relación con la ejecución de los programas de ajuste estructural (SAP por sus siglas en inglés), por lo que los SAP aplicados a nivel nacional harán sentir sus efectos a nivel estatal. En segundo lugar, Kerala es un estado de migrantes, y se ha señalado con frecuencia que la migración es un factor de riesgo de infección por el VIH. A pesar de este factor de riesgo, los bajos niveles de prevalencia del VIH notificados por el Estado ameritaban una investigación más acuciosa.

El modelo de Kerala, basado en el compromiso público con los servicios sociales, ha logrado sobrevivir a numerosos cambios de gobierno a nivel del Estado y ha florecido, a pesar de que el gobierno nacional considera estos problemas de baja prioridad. Sin embargo, se han combinado varias tendencias yuxtapuestas para crear algo que tiene visos de crisis. Parte de esta situación existía ya antes de la introducción de los ajustes estructurales, pero se han acelerado desde la implementación de estos últimos en 1991.

Desde los años 80, el Estado de Kerala comenzó a tener dificultades para pagar por sus sistemas de previsión social con los ingresos que generaba. Esto contribuyó al declive del amplio sistema

de atención a la salud pública, lo cual obligó a la población a recurrir al creciente sector sanitario privado, el cual no está regulado. Los estudios indican que los gastos de las familias por concepto de atención a la salud han aumentado enormemente con la liberalización y, en algunos casos, llevado a algunas familias al endeudamiento.

Igualmente, se estima que los SAP a nivel nacional han afectado las condiciones de vida de diversos sectores de la población, empobreciendo y endeudando a algunos y obligándolos a trabajar en condiciones de severa explotación. La aparente renuencia del gobierno de Kerala a tomar medidas en contra de las violaciones de las leyes laborales empeora la situación de estas personas. Estas condiciones, y la pronunciada caída en los ingresos que de ello resulta, podría estar obligando a las mujeres a ingresar al comercio sexual, con lo cual aumenta su riesgo de contraer la infección por el VIH. Algunos grupos pudieran verse forzados a migrar hacia otros estados en busca de trabajo, lo que los coloca en una situación de riesgo mayor. Si bien las cifras previas revelan que la prevalencia de la infección por el VIH se ha mantenido en un nivel bajo en Kerala, datos más recientes parecen indicar un aumento considerable.

El programa de Kerala contra el SIDA es independiente de la infraestructura de atención a la salud, con financiamiento aparte y la participación de ONG en su ejecución. No obstante, muchos componentes del programa deberán ejecutarse a través del sistema de salud pública. Pero los servicios públicos son inadecuados, mientras que los servicios privados— a los cuales las personas infectadas con el VIH se ven obligadas a recurrir—son irracionales, discriminatorios y onerosos. No se han puesto en práctica políticas para proteger los derechos de las personas infectadas con el VIH.

La India está enfrentando una creciente crisis de SIDA, pero hasta la fecha, Kerala no parece haber sido tan afectada como otros estados. No obstante, si son correctos los cálculos oficiales más recientes que indican que la prevalencia de la infección por el VIH pudiera ser un problema creciente en Kerala, el sistema de previsión, en situación de deterioro y en vías de agravarse debido a las consecuencias de los SAP nacionales, podría verse incapacitado para enfrentar la crisis que pudiera afectar a Kerala.

Sandhya Srinivasan escribe como analista independiente especializada en temas de salud y es directora ejecutiva del *Indian Journal of Medical Ethics*, Mumbai, India, y consultora sobre temas de salud y población para el sitio web www.infochangeindia.org. Mini Sukumar es profesora del Centre for Women's Studies, Universidad de Calicut, Kerala, India.

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_21251

