



DAILY NEWS BULLETIN

LEADING HEALTH, POPULATION AND FAMILY WELFARE STORIES OF THE Day
Thursday

20260813

WHO says Congo's Ebola outbreak is on track to surpass the deadliest in history

Associated Press
Geneva, August 12



The outbreak in eastern Congo has killed over 2,000 people. AP

THE ONGOING Ebola outbreak in Congo is on track to surpass the deadliest one in history that killed over 11,000 people out of more than 28,000 cases, the head of the World Health Organization said Wednesday.

"At its current pace, it's on track to eclipse the West African Ebola outbreak of 2014 to 2016," Tedros Adhanom Ghebreyesus told reporters. That outbreak horrified the world and jolted efforts to develop a vaccine. The outbreak in eastern Congo, considered the fastest-growing in history, has killed over 2,000 people out of more than 4,300 cases.

The outbreak was declared on May 15, but health authorities now say sequencing showed it began months earlier, in February. It is unlike most previous Ebola outbreaks because the rare Bundibugyo virus responsible for it has no approved vaccines or treatments, though ef-

forts to address that are underway.

Experts say this outbreak is moving faster than efforts to track and manage it in a remote part of eastern Congo facing ongoing conflict, near the borders with South Sudan, Uganda and Rwanda. Most of the new cases and deaths are still being reported in communities outside the reach of health workers in a region of poor infrastructure and ill-equipped health centres.

Some health workers have gone on strike over lack of pay. Misinformation about the virus continues to circulate in communities where some are wary of outsiders.

'FROM YOUNG TO OLD, ALL AFFECTED'

Rise in swine flu cases in Capital, tally reaches 1,449

Tabshir Shams

New Delhi, August 12

DELHI HAS recorded a sharp rise in cases of influenza H1N1 or swine flu this year, with 1,449 cases reported as of August 12, more than six times the 229 infections recorded during the corresponding period last year, according to National Centre for Disease Control (NCDC) data.

"Of the 1,449 cases of H1N1 recorded so far this year, 63 were reported on August 11," Delhi Health Minister Pankaj Singh told *The Indian Express* on Wednesday. In 2019, Delhi had recorded 3,637 H1N1 cases and 31 deaths.

Singh maintained that Delhi government hospitals were equipped to deal with the situation. "There are special and separate wards in various Delhi hospitals like RML and Safdarjung to deal with the rise in cases," he said.

Dr S Chatterjee, internal medicine specialist at Apollo Hospital, said the reason for the current rise would be clear only after a genetic study of the virus. "Maybe the virus has mutated, or it's happening because people are coming into contact with each other more," he added.

The H1N1 virus, commonly known as swine flu, is a type of influenza virus that causes a viral infection of the nose, throat

• EPIDEMIC DISEASES ACT, 1897

WHEN CAN IT BE USED?

The Act allows the Union or state government to take special measures when an epidemic poses a serious threat to public health and existing laws are not enough to control it.

WHAT DOES SECTION 2 ALLOW?

The state can take measures when it is satisfied that the ordinary provisions of law are not sufficient to control the epidemic, including segregating, inspecting and accommodating individuals or groups.

WHY WAS IT ENACTED?

The Act was passed in 1897, during British rule, amid an outbreak of bubonic plague in Bombay in 1896, which killed thousands.

H1N1 PRECEDENT

The Act was invoked in several states in 2009 during the H1N1 outbreak. According to NCDC data, The first case was reported in Hyderabad on May 16, 2009. India recorded 10,193 cases and 1,035 deaths by May 24, 2010.



GLOBAL PANDEMIC

In June 2009, the World Health Organization declared H1N1 a global pandemic, with over 74 countries affected.

and lungs. Influenza viruses are classified into four types - A, B, C and D. Among these, Influenza A is the most common type that spreads from pigs to people. Common symptoms include fever, cough, headache, muscle aches, tiredness, sweating and chills.

Delhi has, meanwhile, also reported 184 cases of influenza B (Yamagata).

Dr Chatterjee said H1N1 can sometimes progress quickly from a mild respiratory illness to a severe condition.

"This year, from young to

old, all age groups have been affected. People with weakened immunity and co-morbidities - like diabetes, hypertension, lung disease, heart disease - as well as pregnant women and elderly people, are more at risk."

There are a few cases, which have gone to respiratory failure as well, he said. "Treatment is symptomatic; antibiotics don't really work. Only one antiviral drug, oseltamivir, works, but it only works when the treatment is started early. So, going to the doctor or getting tested becomes crucial," he added.

challenge conviction in U...

32-YEAR-OLD MAN RECOVERING FROM SURGERY THAT GOT HIM TO LOSE ALMOST 50 KG

At 209 kg, he couldn't breathe: How AIIMS team made patient fit for bariatric surgery

Tahira Shams

New Delhi, August 12

VIVEK SAXENA, 32, has just begun to restart his and emerge out of his shell. He loves songs from the 1990s, especially those from the Bobby-Doo! film *Sol-4-ly*, and now wants a future that once seemed impossible far away: finishing his graduation, getting into an LLB programme and becoming a corporate lawyer. For now, though, even ordinary things require patience. He is recovering from a life-altering bariatric surgery at AIIMS Delhi, the one that got him down from 209 kg to almost 200 kg.

For much of his adult life, his world had grown smaller as

his body grew heavier. He could not move easily, stand for long or breathe without difficulty. His abdomen measured nearly two metres around. Severe sleep apnoea had compromised his breathing so badly that even a CPAP device support was no longer enough to ease his breath at night.

Eventually, he needed a tracheostomy — a tube insertion through a small opening in his neck and into his windpipe — for prolonged respiratory support just to stay alive.

Vivek didn't gain weight in a day. A recluse since childhood, he was diagnosed with depression at 19. "The anti-anxiety medication made me not eat and sleep most of the

time," he says. His weight, around 120 kg in 2015, began to climb steadily. Over the next decade, it reached 209 kg as he tried herbal concoctions and fat diets.

When Vivek arrived at AIIMS on June 16, his BMI was 70 kg/m². He had hypertension, prediabetes, high cholesterol, acid reflux, severe obstructive sleep apnoea and pain in both knees. "He was in an inoperable condition," says Dr Manuwarth Manu Prat, professor of surgery in the Surgical Disciplines Department at AIIMS Delhi and part of the multidisciplinary team that treated him. The team was concerned if they could make him fit enough to survive the operation.

Takeaways from surgery

REDUCING OVERT IS CRUCIAL:

Shrinking the patient's abdominal size before surgery from 188 cm down to 178 cm pre-op helped doctors for initial physical space ability than total calorie weight alone.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH:

Endocrinologists, physicians, surgeons and physio-

therapists must coordinate care for high-risk, "super super obese" BMI over 50 kg/m².

TRANSFORMING IMOPERABLE CASES: Pre-operative caloric preparation can turn an immediately life-threatening, inoperable problem into a safe candidate for bariatric intervention.



tion. His breathing had to be stabilised. His infection had to be managed. His body had to be brought down to a size at which doctors could safely position him on any operating table. And

the team had to wait for a narrow window in which his respiratory condition was stable enough to withstand the operation.

For 32 days, Vivek was kept

as a medically supervised very-low-calorie diet. His weight fell from 209 kg to 172 kg. His abdominal girth shrank from 208 cm to 178 cm. Even the 184-cm-tall patient presented a logistical challenge. "Because of his size, the procedure itself had to be performed in his own bed inside the operating theatre — he couldn't be safely placed on a standard operating table," Dr Manuwarth says.

On July 24, Vivek underwent bariatric surgery. The challenges were airway stabilisation and respiration. "We needed him stable for at least two hours before the operation could even be considered," he adds. The procedure took two hours and ten minutes. By the third day after

surgery, he was walking, walking and passing urine on his own. When he was discharged on August 6, he weighed 160 kg — nearly 50 kg less than when he had first arrived.

The significance was not simply that bariatric surgery had been successfully performed in a patient with extremely morbid obesity. Rather, it was the way preoperative optimisation — particularly airway stabilisation, respiratory optimisation and a very low-calorie diet — had made the surgery possible. It showed that extreme body weight is not a contraindication to bariatric surgery when a patient is managed by an experienced, multidisciplinary team.

"Obesity is not merely a size weight, it is also a disease," says Dr Manuwarth.

Explaining why weight loss isn't simply a matter of will power, Dr Manuwarth says, "Obesity is an accumulation of adipose tissue between life and active metabolic organs — a weaker hormonal and inflammatory system that affects appetite, insulin sensitivity and metabolism. As weight progresses, the body actively defends the higher weight, making sustained loss harder. Telling every patient to eat less and exercise more is often inadequate — that is where our training begins, between endocrine system, not a lecture of discipline."



New Delhi



A new vocabulary of gender jurisprudence

There are moments when clinical legalism can obscure human suffering. In March 2025, a ruling by the Allahabad High Court in a POCSO case served as a chilling reminder. The case involved a 14-year-old girl subjected to a harrowing sexual assault after being lured onto a motorcycle. The accused broke the string of the girl's pyjama to "bring down" the garment and groped her. Yet, the High Court characterized these acts as "mere preparation" rather than an "attempted rape." The Supreme Court swiftly intervened, setting aside the order and describing the reasoning as reflective of a "totally insensitive and inhuman approach."

Recognising that earlier attempts at sensitising the judiciary had not produced the expected results, the Court asked the National Judicial Academy to constitute an expert committee to examine what had worked, what had failed, and on-ground experiences. Its task was to improve courtroom terminology and help move them beyond procedural compliance towards an approach that places human dignity at the heart of judicial reasoning.

The resulting 2026 handbook titled *Judgments and Gender: Sensitivity and Compassion in Writing Judgments* recognises that words are not neutral. Terms such as "helpless female", "lost her chastity" and "outraging modesty" are patriarchal and may reintroduce trauma. The guidelines ask judges to leave that language behind. Its recommendation to move away from the archaic term "prosecutrix" and use terms such as "survivor" or "complainant" finally aligns court vocabulary with constitutional promises.

The need for such a recalibration is long overdue. But it is only the beginning. The Handbook itself identifies a persistent "Language-Justice Gap." A softer vocabulary cannot, by itself, undo stereotypes of the "ideal victim"—distrusting a survivor for delayed reporting, a lack of visible injuries, or behaving calmly after trauma. The deeper shift, therefore, must be in how the law understands sexual violence. It must move away from treating it as an injury to a woman's "chastity" or honour and recognise it as a violation of her bodily autonomy. The law must not allow patriarchal assumptions about women to determine legal reasoning.

The focus on expression and language, though well-intentioned, only addresses part of the problem. Conventional jurisprudence

has historically failed vulnerable litigants through gender-insensitive logic, clinical detachment, and moral judgement of survivors. Perhaps the most tangible contribution of the 2026 handbook is the "witness as guest" mechanism. It recognises that survivors can experience a second form of victimisation within the courtroom itself, particularly when their needs and dignity are treated as secondary to that of the accused.

The committee's recommendations, grounded in an empirical study of trial court judgments and stakeholder responses, seek to strengthen these protections. One startling finding was that four of every five stakeholders were entirely unaware of the Witness Protection Scheme. For many survivors, then, rights exist only on paper. The new guidelines

seek to change this by shifting the responsibility from the survivor to the State. Judges are now legally obligated to inquire about a victim's safety and legal representation at the very first instance. The requirement of written compliance within 48 hours for providing legal assistance could help turn legal aid from a distant entitlement into an immediate procedural guarantee.

This shift is a necessary response to a scarred history of gender jurisprudence.

It is a painful line that connects the 1992 brutalisation of Bhanwari Devi to the Vishakha Guidelines of 1997, from horrifying tragedies in Delhi, Unnao, Kathua, Hathras, and Kolkata to the legislative responses that followed. Each episode has demanded reform. Each reform has promised that the system will do better next time. The difficulty is that there is always a "next time."

For too long, the judiciary has been a site where public morality and judgements about women were allowed to outweigh constitutional rights. We must arrive at a system where women do not have to bleed before the law takes notice. Protecting the rights of survivors is not an act of paternal sympathy for helpless victims; it is a rigorous, evidentiary method that takes trauma seriously while protecting the dignity of the survivor as a non-negotiable constitutional right.

The handbook may change how the courts speak; but we will have to wait to see if it changes how they listen.



Ashish
Bharadwaj



Insiyah
Vahanvaty

Ashish Bharadwaj is the pro vice-chancellor of WPU Goa. Insiyah Vahanvaty is a socio-political commentator and author of *The Fearless Judge*. The views expressed are personal.



SUDHIR K JAIN

Higher education faces three challenges

WHY DO Indian institutions not feature among the world's top universities in major global rankings? Why have universities in China, Singapore and Hong Kong climbed to the top in these lists even though only a few decades ago they were on par with India?

There is considerable discussion about the poor state of our higher education system, as well as the low employability of many college graduates. The usual explanations cite inadequate funding, excessive regulation, poor infrastructure and flawed policies. These factors do not fully explain the problem. Indians in and outside of India have demonstrated world-class capability in science, technology, medicine, entrepreneurship and research. Our challenge is not a lack of talent, nor simply resources. The real barriers, in my view, lie deeper. They can be understood through three challenges: Intention, concept, and execution.

The first is whether we consistently place merit, integrity, fairness, and the long-term interests of institutions above other considerations. In too many cases, appointments, promotions and admissions are swayed by factors that should have no place in decision-making. We cannot appoint favourites, regardless of merit, to responsible positions and expect good results. Students can sense favouritism and dishonesty, and they learn not only from what we teach but also from how we conduct ourselves.

A culture driven by fear of failure discourages initiative; a culture that learns from failure fosters innovation and experimentation

We must ensure that we are solving the right problems in the right way. Universities are neither government departments nor corporate offices. They are unique learning communities and therefore require distinct governance models. Misunderstanding the nature of a university can lead to well-intentioned policies that are ultimately counterproductive. For instance, faculty members at many of our public universities are appointed on a one-year probationary basis. One year is inadequate to assess a candidate's suitability.

Universities cannot develop responsible adults if they treat students as children. Institutions cannot be expected to excel if they are denied autonomy while being held accountable for outcomes. Academic excellence is unlikely to flourish under excessive control; it requires trust, responsibility and a shared commitment to institutional goals.

Similarly, it is difficult to justify applying the same faculty recruitment and promotion policies across diverse institutions and disciplines. Policies should recognise differences among large and small institutions, among teaching-focused and research-focused institutions, and among

universities in favourable environments and those in difficult geographies. A faculty member in the sciences cannot always be assessed by the same criteria as one in the liberal arts, while the performing arts may require an entirely different framework.

If universities are to nurture excellence, their governance systems must recognise the distinctive nature of academic work, institutional contexts, disciplinary cultures, and local realities. Even with the best intentions, we still face the challenge of ensuring effective execution. Building great academic institutions requires capable leaders, robust processes, continuous learning, and the humility to learn from mistakes. A culture driven by fear of failure discourages initiative; a culture that learns from failure fosters innovation and experimentation. We must also invest in developing academic leaders through systematic coaching and mentoring. Good ideas do not implement themselves. Leaders need the knowledge, skills, confidence, and institutional support to translate sound ideas into effective practices.

Higher education cannot improve through isolated islands of excellence. Weak institutions tend to pull down stronger ones, partly because policies are often designed to address the weakest institutions and then imposed uniformly across the system, and partly because faculty, non-teaching staff, and students move across the system.

We need to take a serious look at how we govern and support our higher education institutions. Funding, infrastructure, and regulation matter, but they will not be sufficient unless we also address the deeper challenges of intention, concept, and execution.

The writer was V-C, Banaras Hindu University and founder-director, NT Gandhinagar

It is
 speech
 kar call
 the colo
 coopera
 why the
 essential
 extent t
 Nehru
 imate en
 The ide
 opinion
 and pro
 hegemo
 only by
 tribute t
 commit
 In an
 emerge
 relay rac
 mands n
 generati
 the role
 ment. A
 formati
 has emb
 icy acco
 isation o
 tricians.
 opportu
 The p
 all over
 rations.
 emical
 for the d
 the poli
 Not any
 mentar
 quality
 of its la
 conscio
 and eve
 mitmer
 wat's re
 age is th
 the peo

Faith healing poses challenge to authorities as diseases kill 7 tribal children in Madhya Pradesh

Mehul Malpani

BHOPAL

Seven children have lost their lives and about 100 have fallen ill in some villages of the tribal community in Madhya Pradesh's Balaghat district in about 45 days in an outbreak of monsoon-related diseases including skin infections, officials have said. They, however, flagged lack of accessibility in remote areas and the community's reliance on ritualistic healing.

According to officials, about five villages of the Baiga tribe have reported 100 cases of malaria, typhoid, viral infections and skin infections among children aged between one and 13 since June. They have reported symptoms like high fever, stomach infection, and rashes and spots on their bodies. The



Some of the children of the Baiga tribe who suffered from various illnesses this monsoon. SPECIAL ARRANGEMENT

villages are Bondari, Adori, Machhurda, Korka and Kundekasa in Baihar tehsil, about 85 kilometres from the district hospital.

Balaghat Additional Collector Abhishek Saraf told *The Hindu* that 24 children are currently undergoing treatment at district and civil hospitals while 76 children have recovered so far.

Officials say the administration came to know about the problem only af-

ter three children died. The first death occurred on June 26 in Bondari village.

The authorities have collected blood samples from patients and sent them to the ICMR-National Institute of Research in Bacterial Infections, Kolkata, and the ICMR-National Institute of Virology, Pune. A team from Netaji Subhash Chandra Bose Medical College, Jabalpur, is also conducting

investigations.

Mr. Saraf said ICMR laboratories reports have confirmed various rain-related illnesses as well as immunity problems in the patients.

Mr. Saraf said special health camps have been set up in the villages and door-to-door screenings are being conducted by deploying ASHA and ANM workers.

The Baiga community, a Particularly Vulnerable Tribal Group (PVTG), is known for its ancient practices and rituals.

"Apart from being in remote areas, convincing the families to admit the children to hospitals was also difficult. But we have now connected with their spiritual leaders and are convincing the people with their help," Mr. Saraf said, adding that the situation was now improving.

The Hindu

A timely reset for the Food Security Act

India's food security debate has entered a new phase. Estimates based on India's latest household consumption survey suggest that the share of households unable to afford the ICMR-National Institute of Nutrition (NIN) recommended diet fell from about 52% in 2011-12 to about 25% in 2023-24, affecting 25% of rural and 20% of urban households. This is substantial progress, but crores of households still cannot afford an adequate healthy diet. Poverty, hunger and inability to afford a healthy diet overlap; a modern food-security policy must recognise that they are not identical.

The draft National Food Security (Amendment) Bill, 2026 links Antyodaya Anna Yojana (AAY) entitlements to household size. The policy challenge is to correct inequity without reducing existing foodgrain access, while creating a pathway towards nutrition security.

Designing a fairer entitlement

Priority Households receive 5 kg of foodgrains per person per month, while AAY households receive a flat 35 kg per household. The latter protects smaller and highly vulnerable families but provides progressively less per person as household size grows: a seven-member household receives 5 kg per person and an eight-member household about 4.4 kg, below the Priority Household entitlement. The draft proposes 7 kg per person, capped at 35 kg. This would reduce support for households with one to four members by 20% to 80%, leave those with five or more unchanged, and provide no AAY household with additional foodgrain.

Tamil Nadu illustrates the potential impact. The State government reports that 15.75 lakh of its 18.64 lakh AAY households (84.5%) have fewer than five members. It estimates that the proposal would reduce the monthly AAY allocation from 65,268 tonnes to 42,040 tonnes, a fall of about 35.6%. Although specific to Tamil Nadu, these projections show why household composition and vulnerability must be considered: a smaller household may include an older person living alone, a widow or a person with disability.

As the proposal is taken forward, the existing 35 kg entitlement should be preserved through an explicit no-loss safeguard. Because retaining 35 kg as both the minimum and maximum would leave the per-person formula with no practical effect, support beyond 35 kg for larger or highly dependent households should be examined as a separate policy question using household-consumption evidence, nutritional requirements and transparent fiscal costing.

Entitlement reform must also address coverage. Although the NFSA allows coverage of up to 75% of the rural and 50% of the urban population, its 81.35-crore beneficiary ceiling remains based on Census 2011; about 80 crore people receive free foodgrains. Against the estimated population of 146.4 crore in 2025, this ceiling covers only 55.6%. It should be recalculated when the Census 2027 figures become available. Meanwhile, updated

Viewanathan Mohan

Chairman,
Madras Diabetes
Research Foundation,
Chennai

Somnath Swaminathan

Chairperson,
M.S. Swaminathan
Research Foundation,
Chennai

Nijima M. Nataraj

Principal Project
Scientist,
Indian Institute of
Technology Madras,
Chennai

population estimates and deprivation criteria could support a transparent review, with accessible inclusion and appeal mechanisms.

Protecting grain while diversifying diets

Protecting the grain entitlement does not mean preserving a cereal-only understanding of food security. NFHS-6 (2023-24) found that stunting among children under five fell from 35.9% to 29.3%, but wasting and underweight barely changed, from 19.3% to 19.0% and 32.8% to 31.8%, respectively. Only about 15% of children (six-23 months) receive a minimally adequate diet. Meanwhile, the ICMR-India Diabetes (INDIAB) study estimated that 101 million Indians had diabetes and 136 million had prediabetes in 2021. These figures reflect India's double burden of malnutrition. Maternal undernutrition and low birth weight are associated with greater risk of non-communicable diseases (NCDs) later in life, while present-day diet and other behavioural factors add further risk.

Foodgrain entitlement should not itself be equated with diabetes risk. The concern is that a predominantly cereal-based food basket, when combined with diets already high in carbohydrates and low in protein-rich foods, may reinforce dietary imbalance. The solution is not to reduce essential cereal entitlements, but to finance dietary diversification alongside.

The dietary evidence favours balance over simply increasing or substituting cereals. A 2025 ICMR-INDIAB study of 18,090 adults found carbohydrates supplied 62.3% of daily energy nationally and protein 12%. Adults with the highest carbohydrate intake had 30% higher odds of newly diagnosed type 2 diabetes than those with the lowest intake. Replacing refined cereals with whole-wheat or millet flour was not linked to lower risk when the carbohydrate share remained high. Modelling suggested greater benefit from replacing some carbohydrate calories with protein-rich foods.

These observational and modelled findings cannot establish that changing the Public Distribution System (PDS) basket will prevent diabetes, but caution against treating more grain or millets alone as a complete nutrition policy. The ICMR-NIN's 2024 guidelines recommend that cereals and millets provide at most 45% of energy, with greater contributions from pulses, beans, milk, nuts, vegetables, fruits and other protein sources.

The PDS cannot supply the entire healthy plate; it can best provide affordable, shelf-stable foods. States should be supported to offer pulses, local rice, wheat and millet choices and, where feasible, healthy edible oils. Local production and consumption should guide supply chains and effective Minimum Support Price (MSP) procurement for pulse, millet and oilseed growers. Sustained public investment should link food, nutrition and health systems through complementary programmes: the PDS, Anganwadi services for young children and pregnant or lactating women, and Pradhan Mantri Poshan Shakti Nirman (PM POSHAN) for

schoolchildren. These programmes could provide eggs, milk or suitable alternatives where locally acceptable and feasible. Dietary diversification must be separately budgeted, not financed by reducing cereal entitlements. The 2026-27 Union Budget allocates ₹2,77,629 crore to food subsidy, underscoring the need for transparent costing. Additions should be tested through phased State pilots assessing actual consumption, dietary diversity, anaemia and glycaemic risk, household spending, wastage, exclusion and supply feasibility. Pilot evidence can guide fiscally sustainable expansion and help assess potential longer-term health and fiscal benefits.

Linking food access with nutrition support

The NFSA's strength lies in guaranteeing reliable, dignified food access. India has built a formidable delivery network. By the end of 2025, 5.50 lakh of 5.51 lakh fair price shops used electronic point-of-sale devices, while One Nation One Ration Card covered nearly all NFSA beneficiaries. These systems support portability and monitoring but must include reliable offline alternatives, assisted or doorstep access for people with limited mobility, and a clear guarantee that authentication failure will not lead to denial of entitled foodgrains.

Fair price shops could support last-mile nutrition information and referral. Simple multilingual receipt, display, voice and mobile messages could promote dietary diversity, appropriate cereal portions, pulses, healthier oils, and less salt and added sugar. Where feasible, trained health workers could undertake periodic outreach through India's primary-health infrastructure, linking willing adults to government diabetes, hypertension and other NCD services. By June 2026, India had over 1.86 lakh Ayushman Arogya Mandirs, while government data recorded 41.3 crore diabetes screenings. Fair price shop dealers should facilitate information and referral, not diagnose or counsel. Participation must be voluntary, confidential and unrelated to ration eligibility or authentication.

The amendment should therefore be situated within a broader architecture for food and nutrition security, anchored in three safeguards. First, any per-person formula should preserve the existing 35 kg monthly entitlement for every AAY household through an explicit no-loss guarantee. Second, the adequacy of the 35 kg ceiling should be reviewed periodically for larger households and those with high dependency or nutritional needs, using consumption, nutritional and fiscal evidence. Third, dietary diversification must be separately financed and progressively implemented without reducing existing cereal entitlements.

India's next food security reform must protect people from hunger while also addressing the dietary drivers of diabetes and other NCDs. Its success should be judged not only by the tons of grain moved, but by whether vulnerable families can eat enough, eat healthier and obtain their entitlements with dignity.

Panel for private hospital FDI relook as it warns of rising healthcare costs

Bindu Shajan Perappadan
NEW DELHI

A Parliamentary committee has recommended a review and rationalisation of Foreign Direct Investment (FDI) limits governing the operation and acquisition of existing private hospitals, warning aggressive corporatisation and influx of foreign capital could push up healthcare costs and undermine the affordability of medical care.

The growing presence of foreign capital in private hospital chains was facilitating the acquisition of cost-effective, mid-sized hospitals by larger corporate entities, the panel said, and warned such "aggressive corporatisation" was transforming healthcare from a public service into a "purely capitalistic enterprise" with potential to inflate the cost of medical procedures and trigger price increases across the healthcare ecosystem.

The Department-related Parliamentary Standing Committee on Health and Family Welfare, headed by Rajya Sabha MP Ram Gopal Yadav, presented the 176th report on 'Affordability and Accessibility of Healthcare Facilities in Pu-



Unhealthy trend: FDI in private hospital chains was transforming healthcare into purely capitalistic enterprise. GETTY IMAGES/ISTOCK

blic and Private Sector'.

Greater scrutiny

Foreign capital should be encouraged in the manufacture of medical devices, consumables and specialised medicines for rare diseases, the report said, while its application in the direct operation and acquisition of hospitals needed greater scrutiny.

The report recommended the government strictly review and rationalise FDI limits concerning the operational management and acquisition of existing healthcare facilities, while creating incentives to redirect foreign investment towards local manufacturing of medical technologies and pharmaceuticals.

The panel argued strong public healthcare system could act as a market regulator by providing an affordable alternative to private care. Efficiently-managed public hospitals can exert competitive pressure on private providers and help reduce healthcare costs.

It recommended the establishment of autonomous, efficiently managed public multispeciality hospitals in every revenue division to cut patients' dependence on major cities and minimise travel for tertiary care.

The recommendations come in the backdrop of widening public-private cost gap. Citing the 80th round of the National Sample Survey, the panel said

the average cost of hospitalisation was ₹50,508 in private hospitals versus ₹6,631 in government hospitals. It called for mechanisms to standardise and cap the cost of essential treatments, diagnostics and routine procedures in private hospitals.

The committee proposed incentives – including tax holidays – to attract private investment in multispeciality hospitals in tier-2, tier-3 cities and rural areas. It suggested public-private partnerships be used to extend advanced medical technologies and specialised services to underserved regions.

Private hospitals receiving government sops should also consider cross-subsidisation with revenue from higher-paying patients helping poorer patients' treatment.

It recommended raising mandatory reservation of beds for Below Poverty Line (BPL), Economically Weaker Section (EWS), and AB-PMJAY (Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana) beneficiaries from 10% to 20%.

The committee has also called for hospital-level ethics committees to examine professional fees.

Food prices push up retail inflation to 4.45% in July

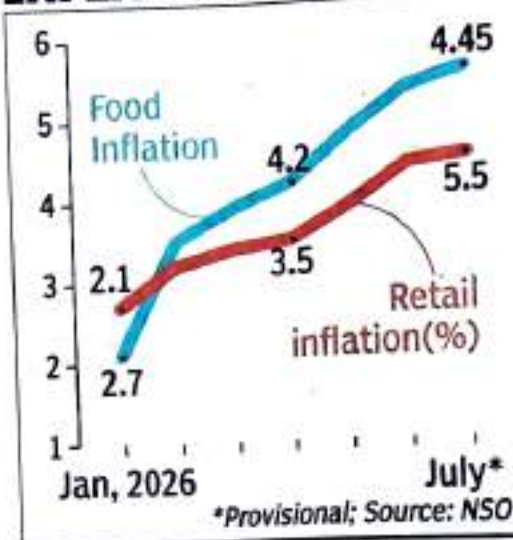
TIMES NEWS NETWORK

New Delhi: Retail inflation based on consumer price index (CPI) inched up slightly to 4.45% (y-o-y) in July from 4.38% in June, remaining above RBI's 4% target for the second month in a row, data by NSO Wednesday showed.

Despite an uneven monsoon, food prices remained largely contained with inflation capped at 5.5% in July compared with 5.3% in the preceding month. Protein-rich items, (such as meat, fish, milk, and eggs), fruits, edible oils, and ready-made food drove up prices, while inflation in important services such as health, education and recreation, which constitutes core inflation decelerated. Inflation in personal care items, though decelerated yet remained in double digits (14.8%)

The largely stable oil prices in the wake of flaring fresh hostilities in West Asia also reflected the largely contained price rise in

INFLATION RISES



transport segment. Data showed transportation costs rose to 4.4% from 4.3%, while inflation in restaurant prices went up 7.7% from 6.9%.

Price pressures remain stronger in rural India (4.8%), up from 4.7% in June. Urban inflation, meanwhile, edged marginally to 3.96% from 3.93%.

Silver jewellery saw the highest price increase of 110% in July, although it moderated from 133% in the previous month. At the other end, potato prices fell 16.6% in July, compared with over 20% decline in June.

STRONGER DOSE, BETTER EFFICACY

Govt Tightens Drug Quality Net, Initiates 950 Actions Since 2022

Over 1,100 cough syrup makers are also facing intensive audits amid quality concerns

Teena Thacker

New Delhi: The government has initiated 950 enforcement actions against pharmaceutical companies since December 2022, as part of efforts to improve the quality of locally made medicines and prevent sales of spurious drugs.

The drug regulatory authority took actions such as issuing show cause notices and stop production orders, as well as suspension or cancellation of licences, where the manufacturing units were found to be failing in meeting quality standards, according to government data.

Significantly, more than 1,100 cough syrup manufacturers are facing intensive audits in coordination with state authorities after instances of exported Indian drugs failing to meet quality

Safety First

950 actions include show-cause notices, stop orders, licence suspensions/cancellations

Cough syrup makers face scrutiny after quality concerns over Indian-made drugs drew international attention

CDSCO and state regulators shift from routine checks to risk-based inspections

Regulators step up market surveillance and sampling of syrup formulations

Enforcement drive seeks tighter compliance with GMP under Schedule M



standards in the export markets.

"The manufacture, sale, and distribution of drugs in India are regulated under the Drugs and Cosmetics Act, 1968, through a system of licensing and inspection by state licensing authorities," Anupriya Patel, minister of state for health and family welfare, told the Parliament Tuesday. "Drug manufacturing premises are inspected periodically to verify compliance with Good Manufacturing Practices prescribed under Schedule M of the Drugs Rules, 1965."

She said beyond the routine inspections, CDSCO and state drug controllers have been conducting risk-based inspections, a more targeted approach that prioritises premises based on their risk profile rather than a fixed inspection calendar.

Cough syrup manufacturers are especially facing heightened scrutiny as more than 1,100 cough syrups were inspected, amid quality concerns that drew international

attention in recent years. Increased market surveillance sampling of syrup formulations has also been carried out by both central and state regulators.

There are about 10,500 manufacturing units in India, producing drugs in various dosage forms and active pharmaceutical ingredients, per data from the Central Drugs Standard Control Organisation.

"The government has been carrying out raids in pharmaceutical companies in various states, and those which were found to be in violation of regulations were issued show cause notices," a senior official said on condition of anonymity.

Several drugmakers are under the scanner as the government continues with the inspections.

In a move to improve the quality of locally made drugs, the health ministry had notified Schedule M rules for good manufacturing practices. The rules call for implementing a prompt recall of products known or suspected to be defective.

India's drug regulator had earlier pointed to an urgent need to review the good manufacturing practice regulations and quality management systems being followed by pharmaceutical companies.



Drug Formulations & Biologicals Keep India's Pharma Exports Healthy in Q1

Exports rise 6.8% in Q1; stronger presence needed in complex generics & biosimilars: Industry exec

Teena Thacker

New Delhi: India's pharmaceutical exports grew 6.8% to \$8.10 billion in the first quarter of fiscal 2027 from \$7.58 billion a year earlier, show data from the Pharmaceuticals Export Promotion Council of India (Pharmexcil).

Drug formulations and biologicals remained the backbone of India's pharmaceutical exports, contributing \$5.98 billion, or nearly three-fourths, to the total shipments.

The growth indicates the continued strength of India's pharmaceutical exports in the global market, Pharmexcil chairman Namit Joshi said. "The performance reflected India's ability to combine scale in established markets with growing momentum across newer geographies," he said, adding that the country must now build a stronger presence in complex generics, biosimilars and peptides to drive the next phase of growth.

The momentum strengthened in June with shipments of \$2.81 billion, 7.1% higher than a year earlier and about 6.9% more than May.

According to the data, exports of drug formulations and biologicals grew more than 4.1% from the same quarter last fiscal year. Bulk drugs and drug intermediates, the second-largest category, rose over 13.8% to \$1.36 billion.



The standout performer was vaccines, growing about 35.7% to \$390 million. Surgical products also

posted healthy growth of nearly 12% to \$210 million.

"The strong growth in vaccines and bulk drugs is evidence of India's deepening capabilities across the pharmaceutical value chain," Pharmexcil vice chairman Bhavin Mehta said.

According to the data, North America, Europe, Africa and Latin America together accounted for nearly 75% of India's total pharmaceutical exports during the quarter. The US remained the single largest destination, contributing 34.3% to the total with shipments worth \$2.50 billion.

Brazil, the UK, the Netherlands and France followed the US in country-wise rankings. The top 25 export destinations together accounted for nearly 70% of the total exports, of \$5.65 billion, growing 5.5% from a year earlier.

खाने-पीने की चीजों की कीमतें बढ़ने से जुलाई में महंगाई दर 4.45% पर पहुंची

नई दिल्ली, प्रेटर: जुलाई में प्याज और अदरक जैसी रसोई की जरूरी चीजें महंगी होने से खुदरा महंगाई दर बढ़कर 4.45 प्रतिशत हो गई। यह लगातार दूसरा महीना है जब महंगाई दर आरबीआई के औसत लक्ष्य से ऊपर रही है। उपभोक्ता मूल्य सूचकांक (सीपीआई) आधारित खुदरा मुद्रास्फीति जून में 4.38 प्रतिशत के स्तर पर थी। जुलाई का यह आंकड़ा जनवरी से लागू हुई नई सीरीज (जिसका आधार वर्ष 2024 है) के बाद से सबसे ज्यादा है।



- यह लगातार दूसरा महीना है जब महंगाई दर आरबीआई के लक्ष्य से ऊपर रही
- जुलाई की महंगाई का यह आंकड़ा नई सीरीज के बाद से सबसे ज्यादा

जुलाई में महंगाई के मोर्चे पर कुछ राहत मिली, क्योंकि खाने-पीने की चीजों की मुद्रास्फीति में वृद्धि धीमी रही और बाकी चीजों की महंगाई स्थिर रही। हालांकि, यह राहत थोड़े समय के लिए है। -दीप्ति देशपांडे, मुख्य अर्थशास्त्री, किसित

तक पहुंच गई। लहसुन की महंगाई दर में भी काफी बढ़ोतरी हुई। दूसरी ओर, आलू, भिंडी, मटर और टमाटर की महंगाई दर नकारात्मक रही। आरबीआई ने 2026-27 के लिए सीपीआई आधारित महंगाई दर का अनुमान पांच प्रतिशत लगाया है, जो जून के अनुमान से थोड़ा कम

है। जुलाई में राष्ट्रीय औसत महंगाई दर 4.45 प्रतिशत थी, जबकि ग्रामीण और शहरी क्षेत्रों के लिए महंगाई दर क्रमशः 4.84 प्रतिशत और 3.96 प्रतिशत थीं। जुलाई में तेलंगाना में महंगाई दर सबसे ज्यादा 6.32 प्रतिशत थी और मिजोरम में सबसे कम 1.84% दर्ज की गई।

राष्ट्रीय सांख्यिकी कार्यालय द्वारा बुधवार को जारी आंकड़ों के अनुसार, जुलाई में खाद्य महंगाई बढ़कर 5.52 प्रतिशत हो गई जो इससे पिछले महीने 5.32 प्रतिशत थी। जुलाई में प्याज की महंगाई दर जून के 4.73 प्रतिशत से बढ़कर 22.54 प्रतिशत हो गई। अदरक की कीमतों में वृद्धि दर 83.62 प्रतिशत

मुद्दा



क्या अब मानने हैं कि दिल्ली में गमुना के दूध क्षेत्र में अवैध निर्माण को कार्रवाई से छूट दिया जाना उचित है?

21% हाँ
79% नहीं

क्या राजधानी में गमुना के दूध क्षेत्र में अवैध निर्माण पर कार्रवाई न होने से दिल्ली में वाद का खतरा बढ़ जाएगा?

98% हाँ
2% नहीं

पर्यावरण बनाम अतिक्रमण

डीडीए द्वारा दिल्ली में गमुना के दूध क्षेत्र चानी ओ-जोन में किए गए निर्माण पर बीते दिनों हुई कार्रवाई के बाद अब दिल्ली सरकार ने घोषणा की है कि ओ-जोन में पुराने निर्माण नहीं छोड़े जाएंगे और नए निर्माण नहीं होने दिए जाएंगे। निवृत्त गमुना का दूध क्षेत्र रहने के लिए नहीं है, वहाँ अस्थायी निर्माण कर छोटी इलाक़ों की जा सकती है, लेकिन स्थायी रूप से निर्माण कर रहा नहीं जा सकता, लेकिन यहां राजनीतिक हितों की आड़ में रखायी निर्माण होता गया और अब यही संख्या में लोग रह रहे हैं। दिल्ली ही नहीं, एनसीआर के अन्य शहरों में भी, गाजियाबाद, कनीदाबाद का भी वही हाल है। दो वर्ष पूर्व दिल्ली में गमुना में आई वाद के समय भी विशेषज्ञों ने कहा था कि वाद की एक प्रमुख वजह गमुना के दूध क्षेत्र में अवैध निर्माण



ओ-जोन के नियम बताते हुए दूध क्षेत्र में कोई लगे हैं पर वही उसी के पास अतिक्रमण भी हुआ है। दिल्ली के गमुना किनारे के दूध क्षेत्र का हाल कुछ दिन में नहीं, दसकों से होता आ रहा है। जिसे हर राजनीतिक दल के समय में बढ़ावा ही दिया गया है • **जयराज**

खजुरी बास (उत्तर-पूर्वी दिल्ली), गीत कालनी, लक्ष्मी नगर (गमुना पुराना क्षेत्र) और मंगू विहार (पूर्वी दिल्ली), जेतपुर, मदनपुर खादर और ओखला (दक्षिण-पूर्वी दिल्ली), संगम विहार (पश्चिम क्षेत्र) और इलाही/शहीदा (उत्तर/उत्तर-पश्चिम दिल्ली)



ओ-जोन में निर्माण संबंधी नियम व संवैधानिक संस्था

खादर जलन के तहत ओ-जोन (रिवर बट/डीन डेवेलपमेंट जेन) एक नए-कन्ट्रोलर जेन है। वह किसी प्रकार का पक्का अवैध, अवैध, अवैध या औद्योगिक निर्माण पूरी तरह से प्रतिबंधित है। केवल नदी किनारे, जेन विक्रय पार्क, केलेटन और अस्थायी इतिवृत्तों की अनुमति है।

अदालत में लखित प्रमुख वाद का संक्षिप्त व्योरा

मायका: नेशनल डीन ट्रिब्यूनल (एनडीटी) व दिल्ली उच्च न्यायालय में मनीष मिश्र बनाम पुलिस आरक्षक इंडिया (गमुना लिटिगेशन) तथा अन्य संबंधित अधिकार।
व्योरा: इसमें गमुना के ओ-जोन में हुए सभी प्रकार के अवैध निर्माणों को पूरी तरह हटाने, पुनर्वास करने और 'डेवेलपमेंट अउट कंट्रोल' (दूध क्षेत्र के नियंत्रण) की निगरानी का मुकदमा/संविदा निगमनी में है।

डीडीए द्वारा हाल में की गई कार्रवाई

- मदनपुर खादर एवं जेतपुर: गमुना खादर की जमीन पर अवैध रूप से बनी अवैध/अवैध इमारतों, दुकानों और अवैध वाहनियों के चक्के हटाने की कार्यवाही किया गया।
- खजुरी बास एवं खजुरी बास: गमुना किनारे अवैध/अवैध रूप से बनी इमारतों, नदी किनारे के नाम पर चक्के निर्माण और अवैध/अवैध कर्मों को हटाया गया।
- मंगू विहार एवं मंगू विहार के समीप का खादर क्षेत्र: खादर में अवैध/अवैध इमारतों, अवैध बाड़ों (हेरी) और चक्के हटाने पर कुलदेवर फलफल जमीन मुक्त कराई गई।
- ओखला एवं लखौली कुल क्षेत्र: नदी के दूध क्षेत्र में बने अवैध/अवैध इमारतों और चक्के अवैध/अवैध पर कार्रवाई की गई।

एनडीटी द्वारा समय-समय पर दिए गए प्रमुख निर्देश

- गमुना फलफल क्षेत्र का पूर्ण संचयन: 1-जन-25 इवेंस फलफल (25 साल में एक बार अने वाली वाद का जल) को निष्काट कर उसी में-कन्ट्रोलर जेन वॉकित करने का आदेश।
- गमुना खजुरी बास: ओ-जोन में किसी भी नए चक्के निर्माण पर रोक और पहले से बने अवैध/अवैध को तुरंत हटाने का निर्देश।
- गमुना खजुरी बास: नदी क्षेत्र को प्रदूषित या अवैध/अवैध करने वाली वन भरी-जुर्मान लगाने का निर्देश।
- निगरानी समिति: एनडीटी द्वारा गठित उच्चस्तरीय समिति को समय-समय पर डीडीए, एनसीआर और दिल्ली पुलिस को खादर जमीन खाली करने और पुनर्वास की रिपोर्ट सौंपने के निर्देश दिए गए हैं।

था। ऐसे में सबसे उचित है कि दिल्ली में गमुना के ओ-जोन में बने अवैध निर्माण को कार्रवाई से छूट दिया जाना उचित है? क्या दिल्ली में गमुना के ओ-जोन में बने ये अवैध निर्माण भविष्य में दिल्ली में वाद की स्थिति को और विकसित नहीं बनाएंगे, इसी की पहचान आज वास्तविक है:

प्रोस्टेट कैंसर में अब पूरी ग्रंथि निकालने की जरूरत नहीं

अमर उजाला ब्यूरो

नई दिल्ली। प्रोस्टेट कैंसर के कुछ चुनिंदा मरीजों के लिए इलाज का ऐसा विकल्प सामने आया है, जिसमें पूरी प्रोस्टेट ग्रंथि निकालने के बजाय कैंसर से प्रभावित हिस्से को ही निशाना बनाया जाता है। राजीव गांधी कैंसर इंस्टीट्यूट एंड रिसर्च सेंटर ने लोकलाइज्ड प्रोस्टेट कैंसर के उपयुक्त मरीजों के लिए फोकल हाई-इंटेंसिटी फोकसड अल्ट्रासाउंड (एचआईएफयू) को अपने उपचार कार्यक्रम में शामिल किया है।

इस तकनीक में विशेष प्रकार की अल्ट्रासाउंड ऊर्जा को प्रोस्टेट के कैंसर प्रभावित हिस्से पर केंद्रित किया जाता है। इससे उस हिस्से की कैंसर कोशिकाओं को नष्ट करने की कोशिश की जाती है, जबकि आसपास के स्वस्थ ऊतकों को बचाने पर जोर रहता है। डॉक्टरों के मुताबिक, सही मरीजों में यह तरीका पारंपरिक उपचार

फोकल एचआईएफयू से इलाज की पहल, प्रभावित हिस्से का होगा इलाज

की तुलना में पेशाब पर नियंत्रण और यौन क्षमता से जुड़ी समस्याओं के जोखिम को कम करने में मदद कर सकता है।

संस्थान ने यूरोपियन यूरोलॉजी में प्रकाशित 10 साल के अंतरराष्ट्रीय अध्ययन का हवाला दिया है। इसमें एचआईएफयू और क्रायोथेरेपी से इलाज कराने वाले 3,477 पुरुषों के आंकड़ों का विश्लेषण किया गया। लंबे समय के फॉलोअप में प्रोस्टेट कैंसर से मौत की दर 0.13 प्रतिशत और कैंसर के शरीर के दूसरे हिस्सों में फैलने की दर 3.3 प्रतिशत रही। शोधकर्ताओं के अनुसार, उचित रूप से चुने गए लोकलाइज्ड प्रोस्टेट कैंसर मरीजों में फोकल एचआईएफयू को सर्जरी और रेडियोथेरेपी के साथ संभावित उपचार विकल्प के तौर पर देखा जा सकता है।

मां की डांट में प्यार, पापा के दुलार में होसला

आरव ने समझा कि हर डांट के पीछे उसकी भलाई छिपी है, माता-पिता का प्यार बेहतर इंसान बनने की राह दिखाता है।

एक छोटे-से शहर में आरव नाम का एक बच्चा रहता था। उसके पापा उसे बहुत प्यार करते थे। उसकी हर छोटी-बड़ी इच्छा पूरी करने की कोशिश करते। नए खिलौने हों, पसंद की चीजें हों या घूमने जाना-पापा हमेशा कहते, मेरा बेटा खुश रहे, बस यही मेरी खुशी है। आरव की मां भी उसे बहुत प्यार करती थीं, लेकिन वह उसकी गलतियों पर उसे डांट देती थीं। एक दिन आरव स्कूल से आया और अपने बैग कपड़ों के बीचो-बीच परतकर खेलने चला गया। मां ने देखा तो बोली, आरव! अपना सामान सही जगह रखना सीखो। आज बैग है, कल दुबारा फिटाने और परसों दुबारा निम्पेदरियां होखे। आरव को मां की बात बुरी लगी। वह मन ही मन सोचने लगा-पापा मुझे कभी नहीं डांटते, लेकिन मां हर बात पर डांटती हैं। शायद

को पापा भर आए। आरव ने उनसे शिकायत की, पापा, मां मुझे हमेशा डांटती रहती हैं। आप उन्हें समझाइए ना। पापा मुस्कुराए और बोले-बेटा, कभी-कभी प्यार हमें खुशी देता है और कभी डांट हमें सही रास्ता दिखाती है। तुम्हारी मां तुम्हें डांटती नहीं, तुम्हें बेहतर इंसान बनाना चाहती हैं। आरव चुप हो गया। अगले दिन स्कूल में शिक्षक ने सभी बच्चों से गृहकार्य दिखाने को कहा। आरव ने देखा कि उसकी कौपी घर पर ही रह गई थी। उसे अपनी मां की बात याद आई-“अपनी चीजों की जिम्मेदारी खुद लेना सीखो। उस दिन आरव को अपनी गलती समझ आ गई। घर लौटकर वह सोचे मां के पास गया और बोला, मां, अब मैं आपकी डांट से काहज नहीं होऊंगा। मुझे समझ आ गया है कि आपकी डांट में भी मेरा भला छिपा है।



मां ने उसे गले लगा लिया। पापा भी मुस्कुराते हुए बोले, यही तो असली समझदारी है-प्यार को महसूस करना और सीख को अपनाना। उस दिन से

आरव अपने काम खुद करने लगा। वह समय पर पढ़ाई करता, अपना खाना व्यवस्थित रखता और बड़ों की बात ध्यान से सुनता।

शिक्षा : पापा का प्यार हमें होसला देता है, मां की डांट हमें अनुशासन सिखाती है। माता-पिता का प्यार अलग-अलग रूपों में मिलता है, लेकिन उद्देश्य एक ही होता है- बच्चे को अच्छा और जिम्मेदार इंसान बनाना।



यशिका

■ कक्षा : 8 ■ स्कूल : रमण पब्लिक स्कूल मेक्टर-3, रोहिली

मैं स्त्री हूँ...

प्रतिभा

सम्मान की तस्वीर

बताओ तो जानें

के अनुसार इनमें युवाओं की संख्या प्रभावित होने जैसी दिक्कत सामने अधिक है, जो देर रात तक स्क्रीन आती हैं।

कैंसर मरीजों को दांतों की जांच
के लिए नहीं जाना होगा जीटीबी

संवाद न्यूज एजेंसी

नई दिल्ली। दिल्ली स्टेट कैंसर इंस्टीट्यूट (डीएससीआई) में कैंसर मरीजों के लिए डेंटल ओपीडी शुरू की गई है। ओपीडी को शुरू हुए करीब दो महीने हो चुके हैं। यहां सिर्फ कैंसर मरीजों के दांतों की जांच और जरूरी उपचार किया जाता है। रेडियोथेरेपी और कीमोथेरेपी से पहले जिन मरीजों को डेंटल फिटनेस की जरूरत होती है, उनकी जांच अब संस्थान में ही हो रही है। इससे पहले पहले डीएससीआई के कैंसर मरीजों को दांतों की जांच और डेंटल फिटनेस के लिए गुरु तेग बहादुर अस्पताल (जीटीबी) रेफर किया जाता था।

डेंटल ओपीडी मंगलवार,
बृहस्पतिवार और शनिवार को

संचालित होती है। मरीजों के दांतों और मुंह की जांच कर उपचार से पहले जरूरी डेंटल फिटनेस दी जाती है। सामान्य मरीज इस ओपीडी में इलाज नहीं करा सकते।

दिल्ली स्टेट कैंसर इंस्टीट्यूट की मीडिया प्रभारी डॉ. रंजना ने बताया कि कैंसर मरीजों के उपचार से पहले दांतों की जांच जरूरी होती है। पहले डेंटल चेकअप के लिए मरीजों को जीटीबी अस्पताल जाना पड़ता था। अब डीएससीआई में ही यह सुविधा मिलने से मरीजों को दूसरे अस्पताल जाने की जरूरत नहीं पड़ रही है।

रेडियोथेरेपी से पहले दांतों में संक्रमण, कैविटी या अन्य समस्या की जांच की जाती है। जरूरी होने पर पहले दांतों का उपचार किया जाता है, जिससे कैंसर का उपचार शुरू करने में आसानी होती है।



इस वर्ष

₹1.25+

7 दिनों के लिए के आरक्षण के



खादी- स्वदेशी से समृद्धि तक का सफर

लाख करोड़ के खादी आभूषण का उत्पादन

2021 की तुलना में लगभग 4 गुना बढ़ा

CBC 25103/13/0003/2021



अंगदान में दिल्ली-एनसीआर राष्ट्रीय औसत से पीछे

वीत के बाद अंगदान की हिस्सेदारी महज तीन फीसदी, राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी, देश में हर 20 मिनट में एक मरीज शुद्ध रहा प्रतीक्षा सूची में

अमर उजाला न्यूज़

नई दिल्ली: अंगदान का महत्व बढ़ा जा रहा है, लेकिन दिल्ली-एनसीआर में वीत के बाद अंगदान की विलंब प्रतीक्षा औसत के तुलना में पीछे चल रहा है। यहां की वीत का दर 10 से 15 फीसदी है।

इस वर्ष अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान में वीत का दर 10 से 15 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है। वहीं राष्ट्रीय औसत 18 फीसदी है।

अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन : दधीचि देहदान समिति

नई दिल्ली: निरुद्ध अंगदान दिवस के अवसर पर राष्ट्रीय अंगदान समिति ने दिल्ली-एनसीआर में एक आंदोलन आरंभ किया। इस मौके पर दिल्ली-एनसीआर अंगदान समिति के अध्यक्ष डॉ. राजेश कुमार ने कहा कि अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन।

अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन।

एम्स में लॉन्गोविटी कॉन्क्लेव का समापन, स्वस्थ बुढ़ापे पर मंथन

अमर उजाला न्यूज़

नई दिल्ली: अंगदान दिवस के अवसर पर राष्ट्रीय अंगदान समिति ने दिल्ली-एनसीआर में एक आंदोलन आरंभ किया। इस मौके पर दिल्ली-एनसीआर अंगदान समिति के अध्यक्ष डॉ. राजेश कुमार ने कहा कि अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन।

अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन।

अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन।

अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन।

अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन। अंगदान को बनाया जाए सामाजिक आंदोलन।

ये रात एक मरीज पर निगरानी रखी गई, 40 वर्षीय मरीज का अंगदान

सख्ती: दस मिनट में नहीं पहुंची एंबुलेंस तो जुर्माना

नई दिल्ली, विशेष संवादाता।
राष्ट्रीय राजमार्गों पर सड़क दुर्घटना की
सूरत में एंबुलेंस को अनिवार्य तौर पर
10 से 15 मिनट में पहुंचना होगा। ऐसा
नहीं होने पर ठेकेदारों और एजेंसियों
भारी जुर्माना लगाया जाएगा।

भारतीय राष्ट्रीय राजमार्ग
प्राधिकरण (एनएचएआई) के नए
दिशा-निर्देशों के तहत 1033
हेल्पलाइन पर कॉल दर्ज होने के तुरंत
बाद अलर्ट जारी होगा। सूचना मिलने
के दो मिनट के भीतर एंबुलेंस को
रवाना होना पड़ेगा और निकटतम

Prakash
प्रति मिनट पांच हजार

निर्देशों के अनुसार, रवानगी में देरी
पर 2 मिनट के बाद 5,000 रुपये
प्रति मिनट का जुर्माना लगेगा। कॉल
न उठाने या एंबुलेंस अनुपलब्ध रहने
पर 10,000 प्रति घटना और कारण
बताओ नोटिस। वहीं जीपीएस
डिवाइस बंद मिलने पर 2,500 प्रति
दिन जुर्माना लगेगा।

स्थान से अधिकतम 10 से 15 मिनट
के भीतर घायलों तक पहुंच उन्हें
नजदीकी अस्पताल पहुंचाना होगा।

पर्यावरणीय क्षमता के बीच संतुलन बनाना भी जरूरी

नई दिल्ली, प्र.सं। पर्यावरणीय दृष्टिकोण से देखें तो नए प्लान में सतत शहरी परिवहन, भूमि के बेहतर उपयोग और संसाधन दक्षता की दिशा में कई सकारात्मक संभावनाएं दिखाई देती हैं।

आईपीयू के पर्यावरण प्रबंधन विभाग में एसोसिएट प्रोफेसर डॉ. सुमित डूकिया ने कहा कि सबसे महत्वपूर्ण सकारात्मक पहलू रिठाला-कुंडली मेट्रो कॉरिडोर का विस्तार है। सार्वजनिक परिवहन की क्षमता बढ़ने से निजी वाहनों पर निर्भरता, यातायात जाम, ईंधन खपत और परिवहन-जनित



वायु प्रदूषण को कम करने में मदद मिल सकती है। वहीं, गाजीपुर में वेस्ट-टू-एनर्जी संयंत्र के लिए

भूमि उपयोग परिवर्तन ठोस अपशिष्ट प्रबंधन में सुधार की दिशा में उपयोगी हो सकता है। हालांकि, मेट्रो और अन्य अवसंरचना परियोजनाओं में निर्माण के दौरान पेड़ों की कटाई, मिट्टी का क्षरण, धूल, शोर तथा स्थानीय जल निकासी पर प्रभाव का स्वतंत्र आकलन आवश्यक होगा।

कश्मीरी गेट इलाके से बेचने के लिए लाया गया शिशु बरामद, छह महिलाओं को पकड़ा गरीब परिवारों से नवजात खरीद कर बेचने वाले गैंग का पर्दाफाश

कार्रवाई 1

■ हेमंत कुमार पांडेय

नई दिल्ली। उत्तर जिला पुलिस ने नवजात शिशुओं की खरीद-बिक्री करने वाले गिरोह का भंडाफोड़ कर छह महिलाओं को गिरफ्तार किया है। पुलिस ने सात अगस्त को कश्मीरी गेट इलाके से बेचने के लिए लाए गए शिशु को बरामद कर इन महिलाओं को पकड़ा है।

यह गिरोह गरीब परिवारों से नवजात शिशु खरीदकर बेचने का काम करता था। फिलहाल पुलिस इस गिरोह के बारे में जांच कर रही है। डीसीपी राजा बांठिया ने एसटीएफ प्रभारी इंस्पेक्टर आशीष दुबे को शिशु खरीद-बिक्री में लिप्त गिरोहों के बारे में जांच करने के निर्देश दिए थे। टीम की एसआई रेनु को ऐसे गिरोह के बारे में जानकारी मिली। फिर उन्होंने इसके बारे में एसटीएफ प्रभारी को सूचित किया।

पुलिस अधिकारी ने बताया कि हेडकांस्टेबल मुकुल और महिला कांस्टेबल अंकुल निसंतान दंपति बनकर गिरोह से सौदेबाजी करने लगे। फिर छह लाख रुपये में सौदा तय हुआ और सात जुलाई को कश्मीरी गेट इलाके में बच्चा देने के लिए बुलाया गया। जब समय तय हो गया तो एसआई रेनु के नेतृत्व में टीम निगमबोध घाट के पास फ्लाईओवर के नीचे रुक गई। इसके बाद दंपति वने पुलिसकर्मियों नकली ग्राहक बनकर तय जगह पर पहुंचे। उन्हें ईशा नाम की महिला मिली जिसे अग्रिम



आईवीएफ सेंटर और फेसबुक पर खरीदार खोजते थे

अब तक की जांच में मालूम हुआ है कि गिरोह फेसबुक आदि सोशल मीडिया से नवजात के खरीदार ढूँढ़ता था। इसके अलावा आईवीएफ सेंटर पर निसंतान दंपतियों से संपर्क करता था। इस गिरोह से जुड़ी महिलाएं अस्पताल और आईवीएफ सेंटर में काम कर चुकी हैं। इसलिए उन्हें कार्रवाणी मालूम थी। फिलहाल एसटीएफ गिरोह के अन्य सदस्यों और बच्चे गए बच्चों की जानकारी खंगाल रहा है। पकड़ी गई महिलाओं से पूछताछ चल रही है।

06 लाख रुपये में तय हुआ सौदा

20 हजार रुपये एडवॉस दिए गए थे

■ आरोपियों पर एफआईआर दर्ज

सरकारी अस्पतालों में बच्चा बेचने वालों को तलाशते थे

जांच में सामने आया है कि यह गिरोह सरकारी अस्पतालों में घुमता है। यहां पर गरीब और कमजोर परिवारों की तलाश करता है। गिरोह खासतौर पर उन परिवारों से संपर्क करता है जिनकी संतानें लड़कियां रहती हैं और फिर से कन्या शिशु का जन्म हो जाता है।

भुगतान के तौर पर 20 हजार रुपये दिए। ईशा ने उन्हें बताया कि यमुना बाजार लाल बत्ती पर गिरोह की महिला सदस्य नवजात को लेकर इंतजार कर रही हैं। पुलिस ने तुरंत ईशा को हिरासत में लिया और यमुना बाजार लाल बत्ती पर मौजूद चार अन्य महिलाओं को नवजात समेत दबोच लिया। इनकी पहचान हरजीत, शबनम, प्रिया व सिमरन के तौर पर हुई।

जानकार गरीब परिवार से बच्चा खरीदा था : जब पुलिस ने बच्चे को बरामद किया तो उसकी हालत बेहद खराब थी। पुलिस ने शिशु को अस्पताल में भर्ती कराया। पुलिस के अनुसार, नवजात चार से पांच दिन पहले जन्मा है। जांच में सामने आया कि सिमरन के जानकार का यह बच्चा था। यह गिरोह की महिलाओं के माध्यम से ईशा के पास पहुंचा था।

फरार डॉक्टर समेत तीन की तलाश तेज

नई दिल्ली, प्र. सं.। मध्य जिला पुलिस बच्चा बेचने वाले गिरोह के तीन सदस्यों की तलाश में जुटी है। कोर्ट ने तीनों आरोपियों के खिलाफ गैर जमानती वारंट जारी कर दिया है।

इस मामले में अब तक पुलिस 25 आरोपियों को गिरफ्तार कर नौ शिशुओं को बरामद कर चुकी है। एसआईटी फिलहाल आरोपपत्र तैयार करने में जुटी है। जांच से जुड़े पुलिस अधिकारी ने बताया कि गिरोह की सरगना डॉक्टर विवेकी का पति डॉ. हीरा अभी फरार है। इसके अलावा नगमा और सोनी भी फरार हैं। पुलिस अब इन तीनों को भगोड़ा घोषित करने की तैयारी में है।

दूधमुंहे बच्चे चुराने वाला गिरोह पकड़ा

गाजियाबाद, व. सं.। गरीब परिवारों के दूधमुंहे बच्चों को चोरी कर निसंतान दंपतियों को मोटी रकम में बेचने वाले गिरोह का टीलामोड़ पुलिस ने पर्दाफाश किया है।

पुलिस ने दो महिलाओं समेत सात आरोपियों को गिरफ्तार कर अगवा किए गए तीन माह के बच्चे को सकुशल बरामद कर लिया। गिरोह की दो फरार महिलाओं की तलाश जारी है। गिरोह का पर्दाफाश करने वाली पुलिस टीम को डीसीपी ने 25 हजार रुपये का इनाम देने की घोषणा की है। पुलिस ने बताया कि टीलामोड़ क्षेत्र से तीन माह के बच्चे की चोरी के बाद यह कार्रवाई की गई।

अब अंगदान के लिए आगे आ रहे लोग

दुनिया में वैज्ञानिक-चिकित्सकीय शोधों के लिए मानव शरीर की जरूरत पड़ती है। इसके अलावा ऐसे बीमार लोगों के लिए भी मृत शरीर की जरूरत बड़ी संख्या में है, जिन्हें किडनी, लिवर, आंख आदि रोगों से जूझना पड़ रहा है और उनका जीवन खतरे में है। ऐसे में, देहदान के प्रति जागरूकता फैलाने का काम विश्व संस्थाओं के साथ ही विभिन्न देशों में तेजी से हो रहा है। जहां तक भारत की बात है, तो यहां की संस्कृति में तो परोपकार को सर्वोच्च पुण्य माना गया है। देहदान या अंगदान इसी परोपकारी भावना का विस्तार है। हालांकि, भावुकता के कारण भारतीयों में अंगदान या देहदान करने की प्रवृत्ति काफी कम है, फिर भी आंकड़ों को देखें, तो पिछले वर्षों की तस्वीर भारतीयों की इसके बारे में बदलती सोच दिखाती है। दुनिया में स्पेन में सबसे अधिक देहदान हो रहा है, जबकि भारत में अंगदान की दर वैश्विक औसत प्रति दस

लाख पर 15 के मुकाबले काफी कम मात्र 0.8 है। हालांकि, यह आंकड़ा भी एक सकारात्मक संकेत दे रहा है, क्योंकि यहां तो देहदान के प्रति समाज में दकियानूसी सोच ही प्रबल रही है। जागरूकता बढ़ने के बाद देहदान का यह आंकड़ा है और इसमें लगातार वृद्धि हो रही है।

अंग प्रत्यारोपण के मामले में भारत वैश्विक स्तर पर आज तीसरे स्थान पर और जीवित अंग दाताओं से अंग प्रत्यारोपण के मामले में पहले स्थान पर है। राष्ट्रीय अंग एवं ऊतक प्रत्यारोपण संगठन (नोट्टो) के आंकड़ों के अनुसार, भारत में अकेले साल 2024 में अंग प्रत्यारोपण का उच्चतम आंकड़ा दर्ज किया गया, जिसमें 1,128 से अधिक मृत दाताओं और 15,400 से अधिक जीवित दाताओं का योगदान रहा। प्रतिशत में देखें, तो कुल अंग प्रत्यारोपण में मृत (कैडेवर) दाताओं की हिस्सेदारी केवल 15 प्रतिशत है, जबकि

जीवित दाताओं में महिलाओं की संख्या लगभग 63 प्रतिशत है।

हमारे यहां देहदान को लेकर अनेक प्रकार की भ्रांतियां रही हैं। इसका कारण धार्मिक और सांस्कृतिक धारणाएं तथा शरीर का स्वरूप बिगड़ने का डर है। इससे भी देहदान-अंगदान की प्रवृत्ति कम रही। ऐसे में, जब इतना सुधार हुआ है और इसकी रफ्तार बढ़ ही रही है, तो आशा की जानी चाहिए कि जागरूकता अभियान का असर पड़ेगा और भविष्य में बड़ी संख्या में अंगदान के लिए लोग आगे आएंगे।

यह कोई साधारण बात नहीं है कि आज की तारीख में विभिन्न डिजिटल पोर्टल्स के माध्यम से पांच लाख से अधिक आधार-सत्यापित प्रतिज्ञाएं ली जा चुकी हैं। इस प्रवृत्ति में सरकारी और सामाजिक संस्थाओं के प्रयासों से वृद्धि हो रही है, यह आगे और बढ़ेगी।

दीपा चौधरी, शोधार्थी

