

SAĞLIKLI KENTLER PROJESİ VE PROJENİN SUNDUĞU ALTERNATİF DÜŞÜNSEL OLANAKLAR

Dr. İlker BELEK*

Türkiye'de ekonomik toplumsal yapı derin bir krizde. Krizden sağlık sektörü de payını alıyor.

Sağlık sektöründeki kriz, özellikle konunun profesyoneli olan çevrelerde tartışılıyor. Tabip odaları, sağlık işkolundaki sendikalar, tıp fakülteleri, Sağlık Bakanlığı tartışmanın gerçekleştiği başlıca ortamlar. Sorunun gerçek muhatapları: İşçiler, köylüler, toplumun emekçi kesimleri ise halen bu tartışmanın uzağındalar. Belki tartışmadan dışarıya yansıyan sesleri bile duymuyorlar. Ya da bu tartışmadan dışarıya ses yansımıyor. Tartışmanın üzerinde sürmekte olduğu somut zemini ise Sağlık Bakanlığı'nın ortaya attığı "reform" önerileri oluşturuyor.

Şüphesiz ki, tartışmanın "muhafif" örgütleri açısından, tartışma sürecini iki düzlemde olgunlaştırmak zorunluluğu var; 1) Sağlık Bakanlığı'nın ortaya attığı "reform" girişimleriyle bağlı ve sınırlı olmayan alternatif bir düşünceyi geliştirmek ve 2) bu düşünceyi siyasallaştırmak hedefine kurgulanmış, bir stratejiyi formüle etmek.

Çünkü, Türkiye sağlık sektöründeki sorun pratik olduğu kadar teoriktir. Özellikle sağlık hizmetlerinin örgütlenişi, toplum katılımı konuları teorik düzeyde yeni açıklamalar getirmenin gerektiği alanlar durumundadır. Bu iki alanda beliren sorunun Sağlıkta Demokrasi sorunu olarak özetlenebileceğini düşünüyorum. Sağlıkta Demokrasi derken genel anlamda anladığım ise, bugün toplumun eşitsizlikçi yapısı nedeniyle sağlıktan, daha iyi yaşam olanaklarından, entellektüel düşünceden ve sağlık hizmetlerinden kopmuş (uzaklaş-tırıl-mış) toplumsal sınıfların bilgi ve maddi olanaklarla aralarında varolan yabancılığa ve yoksunluk makasının yok edilmesini anlıyorum. Ya da benim için Sağlıkta Demokrasi hedefi böylesi bir kültürel, siyasal yönelim ve bu yönelimlerin gereksindiği kanalların yaratılmasına işaret ediyor.

Dolayısıyla, sağlık sektörü üzerindeki teorik yenilenmeye yönelik bir düşünsel faaliyetin önünde, esas olarak sağlıklı yaşamın örgütlenmesi gibi bir sorun bulunuyor. Tam da bu nedenledir ki, sağlık sek-

töründeki sorun, genel bir toplumsal örgütlenme modeli tartışmasını gündeme getiriyor. Kanımca böylesi bir geniş çerçeveyi gözetmeyen ve bu geniş çerçeveyi yakalayabilecek kaynak donanımını sağlamaya yönelmeyen bir teorik yenilenme en başından kısır kalacaktır.

Yukarıdaki zorunluluklardan özellikle son zamanlarda söz edilmeye başlanmış olması sevindirici bir gelişme. Söz edilenin ne derecede gerçekleştirilebileceği ise; kadro, kaynak, enerji, ileri görüşlülük, yetenek ve en önemlisi eşitlikçi, sömürsüz, sınıfsız bir toplum "düş"ü görebilmeyi ve "bugün"ü siyasal anlamda reddedebilmeyi gerektiren apayrı bir konu.

Umut verici olan da; bütün bunları içinde taşıyan enerji yoğunlaşmalarının halen çevremizde bulunuyor oluşu. Dileğim bu çabaların daha sistematik, yaratıcı bir dinamiği yakalayabilmesi.

Bu kısa yazıda amaçlanan ise, sözünü ettiğimiz zorunlulukların çizdiği perspektifin içinde çok sınırlı bir işlevi yerine getirebilmeye yöneliktir: WHO tarafından ortaya atılan, son yıllarda Avrupa bölgesinde giderek daha fazla oranda benimsenen ve kentlerdeki sağlık örgütlenmesi konusunda sömürsüz bir toplumsal formasyon kurgusu içinde sağlıkta teorik bir yeniden yapılanmadan yana olanlara kimi ipuçları sunacağımı umduğum Sağlıkli Kentler projesini toparlayabilmektedir.

Kentlerde Sağlık ve Sağlık Hizmeti Konularına Özel İlginin Pratik Nedenleri

Kentlerde sağlık ve sağlık hizmetleri özellikle 1970'li yıllardan başlayarak uluslararası kuruluşların özel ilgi alanı durumuna gelmiştir. Bu özel gündemin ana teması kentsel bölgelerde TSH uygulamalarının ne şekilde ele alınacağı/alınması gerektiği konusudur. Bu ilginin pratik nedenleri şu şekilde sıralanabilir (1, s.1-6):

1—) Dünyanın toplam nüfusu içinde kentsel nüfusun ve kent nüfusu içinde de gecekonduluların giderek artışı: Belirtildiği kadarıyla 2000 yılında dünyanın yarısından fazlası (yaklaşık 3.2 milyar insan) kentlerde yaşıyor olacaktır. Nüfusu 5 milyonun üze-

* TTB Halk Sağlığı Kolu Üyesi.

rinde olan kentlerin (60 tane olacakları tahmin edilmektedir) 45'i az gelişmiş ülkelerde bulunacaktır. Bütün bunların ötesinde dünya nüfusunun 1/4'ü gecekondualarda yaşayacaktır.

2—) Bu gelişmeler, toplumun Kent Yoksulları ya da ekonomik anlamda Marjinal Kesim (*) olarak tanımlanan ve düzenli istihdam koşullarından, dolaşısıyla da düzenli bir gelirden yoksun kesimleri için; tapusuzluk, çevre sağlığı, işsizlik, marjinal işlerde ve düzensiz bir biçimde istihdam olma, sanayi kirliliği, nüfus yoğunluğu gibi sorunları ağır biçimde gündeme getirmektedir. Kent merkezlerini kuşatan gecekondu bölgelerinin sahiplendiği bu sorunlar bir bütün olarak kentin sosyal atmosferini de olumsuz yönde etkilemektedir. Böylece de TSH kavramının daha geniş bir içerikte ve kente özgün bir biçimde ele alınması zorunluluğu doğmaktadır.

3—) Buradan hareketle de, kentsel alanda TSH uygulamalarının bazı özel sorunlarla karşılaştığı belirlenmektedir. Şöyle ki:

a) Kentsel toplum dokusunda, kırsal toplumlarda gözlenen türdeşlik ve dayanışmacı örgütlülük kaybolmuştur. Kolektif davranış ve örgütlülük kalıpları arka plana itilirken, bireycilik öne çıkmıştır. Bu durum birey ve aileleri, yeni geldikleri ve büyük bir karmaşa ortamı olarak görüntülenen kentte yalnız bırakmaktadır. Kent Yoksulu kentin kalabalığında yalnızdır. Kısaca kentte, özellikle kırdan göçmüş gecekondu insan ya da Kent Yoksulu için toplumsal destek sistemleri yok denecek kadar azdır. Destek sistemi olarak, yine korunabildiği kadarıyla kırla olan bağlantılar söz konusu edilebilir. Tanımlanan yalnızlık ve örgütsüzlük TSH uygulamaları önündeki en önemli engellerden birisidir.

b) Toplumun içindeki dayanışma mekanizmalarının yokluğu nedeniyle eşgüdüm zordur.

c) Ekonomik güçlükler nedeniyle, toplumsal aktivitelere gönüllü katılım zordur.

d) Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi bakımından 1. basamak sağlık hizmetleri son derece zayıf, 2. basamak ise daha güçlüdür. Bir başka deyişle kentte hastanecilik hizmetleri ağır basmaktadır. Bu yapılanma, kendi içinde, TSH'ya karşı sağlıkçılardan, politikacılar ve hatta halktan bir muhalefeti de yaratmaktadır.

Bütün bunlar kentler için TSH politikalarının yenden ve toplum katılımı eksenli bir toplumsal destek sistemi oluşturulması çerçevesinde ele alınarak, düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır.

Kentlerde Sağlık Konusundaki Ana Girişimler

Kentler için TSH kavramının özel olarak ele alınışında kronolojik bir dizin yapılabilir: (3, s. 3, 4, s. 1-2, 5, s.2)

1—) 1977'de WHO'nun Herkes İçin Sağlık (HFA) hedefini ortaya atışı.

2—) 1978'de WHO Avrupa Ofisi'nin Avrupa için HFA ölçütlerini belirleyişi.

3—) 1983'de İngiltere İşçi Partisi'nin kentler için özel bir sağlık projesi (Health Action Area Project; Sağlık Aktivasyon Alanı Projesi) geliştirmesi.

6—) 1984'de yine WHO Avrupa Bölge Ofisi'nin HFA ilkeleri doğrultusunda ve Avrupa'nın çok önemli kısmının kentlerde yaşamakta olduğu gerçeğinden hareketle, Sağlıklı Kentler (Healthy Cities) projesini geliştirmesi.

5—) 1986'da Avrupa'nın 17 ülkesinden toplam 27 kentte projenin uygulamaya konulması.

Sağlıklı Kent Tanımı

Sağlıklı Kent: Temiz, güvenli, yüksek nitelikli fizik çevresi; kendisini yenileyebilen ekosistemi; destekleyici ve katılımcı bir toplumsal yapısı olan; temel gereksinimlerini karşılayabilen; kaynaklarını elde edebilen; yüksek nitelikli ve ulaşılabilir bir sağlık bakım sistemi olan kent demektir.

Dolayısıyla, Sağlıklı Kent iyi sağlık bakım sistemlerine ve nüfusu yüksek sağlık göstergelerine sahip olan kentten çok daha fazla birşeydir. Bir kentin sağlığı, o kentin fizik ve sosyal bir çevre olarak işlevlerini ne derecede iyi yürüttüğüne ve topluma, tüm bireylerin kendi yeteneklerini maksimum potansiyelde geliştirebilmeleri için kendi kaynaklarını ne derecede iyi sunduğuna bağlıdır.

WHO'ya göre de Sağlıklı Kent herkesin sağlığını geliştiren ve herkese sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürme olanağı sunan yerdir.

* Marjinal Kesim : "Hiçbir toplumsal güvenceye sahip olmayan köyden gelip büyük şehirler çevresine yerleşen, sürekli bir işten yoksun, büyük sermayeye sahip olmadığı için büyük çapta iş kurması mümkün olmayan, daha çok aile içi yardım ve dayanışma ile belki bir işporta tezgahına sahip kendi emek-gücünü kullanan, geniş emekçi kesim..."

"Sanayinin gereksindiği emek özelliğinin dışında daha çok hizmetler alanında emeğine ihtiyaç hissedilen marjinal kesim, kapitalist gelişmenin ve kapitalist kentleşme olgusunun ortaya çıkardığı bir olgudur. Bu akıcı emekten faydalanma aynı zamanda kapitalizmin manipüle etme özelliğinin de bir parçasıdır." (2, s. 46)

Buna göre sağlıklı kentin özellikleri şunlardır:

- 1—) Temiz, güvenli ve yüksek kaliteli bir fizik çevre,
- 2—) Güçlü, destekleyici, sömürgeci olmayan bir toplumsal yapı,
- 3—) Kendisini yenileyebilen bir ekosistem,
- 4—) Yaşamı ilgilendiren tüm konularda yüksek toplum katılımı,
- 5—) Yiyecek, su, iş, güvenlik, gelir gibi temel gereksinimlerin herkes için karşılanması,
- 6—) Kaynaklara mimimum çabayla ulaşım,
- 7—) Yaşamsal bir ekonomik yapının kurulabilmiş olması,
- 8—) Geçmişle yaşayan kültürel bağların kurulmuş olması,
- 9—) Yukarıda sıralananları geliştiren bir yapı,
- 10—) Uygun toplum sağlığı ve hasta bakım hizmetlerinin optimum düzeyi,
- 11—) Yüksek sağlık düzeyi.

Yukarıdaki bağlamı içinde bir bireyin içinde yaşadığı kentten beklentileri de şu şekilde sıralanabilir:

- 1—) Hareket özgürlüğü,
- 2—) Güvenlik,
- 3—) Beklentileri karşılayan bir yaşam kalitesi,
- 4—) Güvenilir insan ilişkileri,
- 5—) Yaratıcılık ve gelişme olanağı. (6, s.5-25)

Sağlıklı Kent İçin Belirlenen Stratejiler

Sağlıklı Kent kavramı içinde tanımlanan genel amaçlara ulaşılabilmesi için belirlenen temel stratejiler şunlardır:

- 1—) Sosyal iletişimin artırılması,
- 2—) Toplumsal yaşantının her alanında ve her düzeyde toplum katılımının cesaretlendirilmesi,
- 3—) Karar alma süreçlerinin desantralizasyonu: Desantralizasyon güçlü bir toplum örgütlenmesi, karar alma süreçlerine aktif toplumsal katılım, yerel sağlık komitelerinin örgütlenmesi ve bu süreçlerin tümüne lojistik destek ile olanaklı olabilecektir.
- 4—) Toplumda tek tek bireylerin ve toplumun beceri ve özgüveninin geliştirilmesi.
- 5—) Sektörlerarası işbirliği: Bu işbirliği yerel düzeyde sağlık komitelerince belirlenen gereksinimlere yanıt vermelidir. Somut sorunların çözümüne yönelik olmalıdır. Eşgüdümü sağlayan organlar arasında dikey ilişkiler kurulmalıdır. Ek olarak, eşgü-

düm organlarının, toplumca sahiplenildiklerinde, elle tutulur sonuçlar alındığında ve insanlara zaman kazandırdığında en verimli çalışacakları unutulmamalıdır. (6, s. 40, 1, s. 23-25, 7, s.11)

Sağlıklı Kent İçin Belirlenen Hedefler

Aşağıdaki hedefler WHO'nun Sağlıklı Kentler projesi içinde yer alan ve nüfusu yaklaşık 15000 olan Liverpool-Croxteth Sağlık Aktivite Alanı'nda belirlenenlerdir. Yalnızca konunun içeriğini biraz daha somutlayabilmek açısından özetlenmişlerdir (8, s. 22)

- Sağlıktaki farklılıkları azaltmak,
- Sağlık potansiyelinin geliştirilmesi,
- Sakatlar için daha uygun koşulların yaratılması,
- Hastalık ve sakatlıkların azaltılması,
- Özel bazı hastalıkların eliminasyonu,
- Doğuşta beklenen yaşam süresinin 75 yaşa çıkarılması,
- Bebek ölüm hızının binde 20'nin altına düşürülmesi,
- Ana ölüm hızının yüzbinde 15'in altına düşürülmesi,
- 65 yaş üzerindeki kanser görülme sıklığının % 15 azaltılması,
- Kazaların azaltılması,
- İntiharların azaltılması,
- Sağlık enformasyon sisteminin geliştirilmesi,
- Sağlık insangücü eğitimi,
- Uygun teknoloji kullanımının geliştirilmesi,
- Sağlık açısından olumlu davranışların geliştirilmesi,
- İlaç kullanımı gibi sağlığa zararlı davranışların azaltılması,
- Su kirliliğinin kontrolü,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- Yiyecek güvenliğinin sağlanması,
- Zehirli gazların kontrolü,
- Konutların sağlıklı duruma getirilmesi,
- Çalışma çevresinin sağlıklı koşullara kavuşturulması,
- Temel sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesi,
- Sektörlerarası koordinasyon,
- Temel sağlık hizmetlerini verenlerin, ekip anlayışı içinde eğitimi,
- Araştırma stratejilerinin belirlenmesi.

Sağlıklı Kent Projesinin Uygulanmasında Kullanılan Araçlar

- 1—) Sektörlerarası bir kent komitesinin kurulması,
- 2—) Sektörlerarası bir proje grubunun oluşturulması,

3—) Halkın katılımı için gerekli mekanizmaların oluşturulması,

4—) Bir kent sağlık planının formüle edilmesi ve uygulanması,

5—) Akademik kurumlar ve halk sağlığı kurum ve çevreleri ile ilişki,

6—) Yıllık Sağlıklı Kentler sempozyumunun toplanması. (9, s. 3)

Yine somutlayabilmek amacıyla Zagreb'te makro ölçekte oluşturulan yapılanmayı özetleyebiliriz. Sağlıklı kentler projesine 1987'de katılan Zagreb'in 14 komününde Sağlığı Geliştirme Kurulları oluşturulmuştur. Bu kurullara resmi kurumlardan, politik partilerden, fabrika, okul, kültür merkezlerinden, sağlık merkezlerinden, resmi olmayan grup ve kurumlardan temsilciler katılmaktadır.

Sağlığı Geliştirme Kurulları ilk aşamada şu sorulara yanıt aramışlardır:

1—) Komünlerde varolan sağlığı geliştirme güçleri nelerdir ve bunlar nasıl mobilize edilebilirler?

2—) Varolan sağlığı geliştirme programları nelerdir?

3—) Temel halk sağlığı sorunları nelerdir?

Zagreb'te bu kurullar dışında, çeşitli alt sorun alanlarına yönelik olarak çalışma grupları da oluşturulmuştur. Bu grupların asıl amaçlarından birisi, bu gibi konularla ilgilenen vatandaşların aktif katılımını sağlayabilmektir. Çalışma grupları sektörlerarasıdır. Ana amaçları şunlardır:

1—) Çalışmanın alan ve hedeflerini tanımlamak,

2—) O grubun alan ve hedeflerini tanımlamak,

3—) Kentin sorunla ilgili durumunu belirlemek,

4—) Varolan deneyimleri toplamak,

5—) Çalışma planını çıkarmak,

6—) Çalışmaları değerlendirmek için model geliştirmek,

7—) Sektörlerarası aktiviteleri belirlemek.

Kentte TSH'nin Yürütülebilmesi İçin Sağlık Personelinin Sahip Olması Gereken Nitelikler

Yukarıda çizilen çerçeve Türkiye'de bugün varolana ve özellikle de Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği Aile Hekimliği modeline göre çok daha değişik niteliklerde bir sağlık personeline gereksinim duymaktadır. Bu gereksinim tedavi etmeyi değil, sağlığın korunarak geliştirilmesi anlayışını öne çıkaran içeriğindedir.

Kentlerde TSH açısından sağlık personeli;

1—) Topluluğa kendi örgütlenmesinde yardımcı olabilmelidir,

2—) Topluluğa kendisiyle ilgili karar süreçlerinde katılımı öğretebilmeli, planlayabilmelidir,

3—) Sağlıkta verili durumu ve eğilimleri kavrayabilmelidir,

4—) Elde ettiği verileri analiz edebilmelidir,

5—) Yaptığı işle ilgili olarak, toplum içinde ve içinde çalıştığı kurumlarda sevk, idare ve önderlik gücü olmalıdır.,

Açıktır ki, bütün bu özellikler tıp eğitiminin, şu andaki pedagojik mantığının tamamen değiştirilmesini gerektirmektedir.

Sonuçlar

Yukarıda aktarılanları teknik açıdan özetlemek gerekirse şu sonuçların altını çizmek mümkündür:

Sağlıklı kent kavramı, kent düzeyinde makro ve mikro ölçekte örgütleyici, planlayıcı, değerlendirici kurumların oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır.

Bu anlayış içinde kentin ve kentli insanın sağlığı yalnızca sağlık hizmeti sektörünün başarabileceği bir gelişme değildir/olamaz. Diğer tüm sektörlerle işbirliğini gerektirir.

Toplumun tüm kurumlarının olabildiğince doğrudan katılımı esastır.

Mikro ölçekte katılım ve sektörlerarası işbirliği mahalle ölçekli yerleşim birimlerindeki sağlık komiteleri ile kurumsallaştırılmaktadır. Sağlık merkezinin personeli bu komitelerin asli üyesidir. Kendilerinden çalışmalarını koordine etmeleri, planlama ve değerlendirme aşamalarında da özel roller üstlenmeleri beklenir.

O bölgedeki sağlık merkezi bağlantılı sağlık komitesi TSH'ni planlayan, yürütülmesini denetleyen ve değerlendiren bir işlev görmelidir. Dolayısıyla, bu yapı; toplumun bizzat kendisinin kendi sorunlarına sahip çıktığı, kendisini yönettiği bir inisiyatif üstlenme potansiyeline sahiptir.

Böylece sağlık birimi ya da TSH'nin yönlendirildiği yapı toplumun mikro düzeydeki toplumsal taleplerinin somutlaştığı, bu talepleri ifade eden, güç ve meşruiyeti ölçüsünde de sevk ve idareyi üstlenen bir konum kazanır/kazanabilir. Aslen böylesi bir gelişme de hedeflenmelidir.

Sektörlerarası işbirliğini sağlamak amacıyla oluşturulan katılımcı yapılar arasında dikey bir ilişki biçimi olmalıdır.

Kısaca, dar alanda ancak derinlenmesine bir hizmet anlayışı öne çıkmalıdır.

Alternatif Bir Düşüncenin Savunulabileceği Kimi İpuçları

Kent ve sağlık uluslararası alanda boyutlanan bir tartışma konusudur. Tartışma "kent ve sağlık hizmeti" veya "kentlerde sağlık hizmeti" şeklinde değil; "kent ve sağlık" şeklindedir. Bir başka deyişle tartışma tıbbi değil, sosyal bir zemindedir.

Sorunun "kent ve sağlık" şeklinde ele alınması, "kent ve sağlık hizmeti" anlayışına göre çok daha geniş ve bilimsel bir kapsama işaret eder. Sağlığa sağlık hizmetinin sağlayacağı kazanımların çok ötesinde bir içerik yükler. Sağlık hizmeti ise bu içeriğin yalnızca bir bileşenidir.

Kanımla bu fark son derece önemlidir. Türkiye'deki resmi yaklaşım ise en başından beri kentlerde sağlık düzeyinin geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili sorunların çözümü yolunda sağlık hizmetini ve daha da kötüsü tedavi edici sağlık hizmetini öne çıkaran bir tavır içindedir. Oysa sağlığın geliştirilebilmesi toplumsal bir süreçtir.

Dolayısıyla, tartışmayı sağlık hizmetinin belirlediği dar düzlemden çıkarıp;

1—) Sağlığı ekonomik, toplumsal, siyasal (sınıfsal) bir kategori olarak tanımlayan ve bugünkü kapitalist nesnellüğün sağlığın geliştirilmesi önündeki yapısal engellerini gören ve belirleyen,

2—) Ana felsefesinde sağlık hizmeti yerine sağlığın korunması ve geliştirilmesini hareket eksenli yapan.

3—) Bu perspektif içinde, sağlık hizmetini diğer bileşenler gibi olmazsa olmaz, ancak yalnızca bir bileşen olarak ele alan,

4—) Buradan hareketle de toplumsal yaşantının bütün diğer sektörlerine vazgeçilmez işlevler yükleyen,

5—) Sağlığın geliştirilmesi ve daha sağlıklı bir toplumsal yaşantı için toplumdaki sınıfsal farklılıkları ortadan kaldırmayı hedefleyen siyasal, demokratik bir hareketlenmeyi şart koşan,

6—) Toplumsal yaşantının tüm değerlerinin üreticisi olan emeğin koşulsuz katılımını her alanda örgütlemeyi amaçlayan geniş bir perspektifle taşımakta ve sağlık hizmetlerini de böylesi bir perspektifle kurgulamakta zorunluluk var.

Görüldüğü gibi yukarıda tanımladığımız anlayışın siyasal bir yönü bulunuyor. Sağlıklı bir yaşantı için toplumsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını hedefleyen ve toplumun eşitlikçi yapısıyla bütün toplumsal yaşantının denetimini kendi eline almasını önceleyen tarz; söz konusu siyasal açılımların

temel içeriğini oluşturuyor.

Sağlıklı Kentler anlayışının böylesi bir perspektif yolunda önemli olanaklar sunduğunu belirtmek gerekir.

Öte yandan, kanımca bu projenin kimi önemli eksiklikleri de bulunmaktadır. En önemlisi; Sağlıklı Kentler projesi kent için olmakla birlikte, kentteki toplum katılımı ve sektörlerarası işbirliği gibi alanları makro düzeyde tanımlamaktadır. Tanımlanan bütün kurumlaşmalar ve ilişki biçimleri kent ölçeğindedir. Mikro ölçekte ise yalnızca mahalle komitelerinden söz edilmekte, bir başka deyişle yerleşim birimleri dikkate alınmaktadır. Böylece sanayi sektörü, çevreye verdiği zararlar ölçüsünde ve çevreyi kirleten bir olgu olarak görülmekte, çeşitli sanayi ve hizmet kurumlarının (fabrikalar vb.) kendi iç sağlık örgütlenmelerine ilişkin düzenlemeler hiç düşünülmemektedir. Sonuç olarak da, işçi sınıfı ile diğer emekçi sınıfların sağlığın geliştirilmesi yönünde potansiyel taşıyan ve üretim süreci içindeki örgütlü katılım kanalları yok sayılmaktadır. Bu anlamda projenin daha kapsamlı bir değerlendirmeye de ihtiyacı vardır.

Tüm bunlardan sonra, sağlık örgütlenmesi alanında alternatif bir teorik yenilenmeye yönelen çalışmanın dikkate alarak, kendisini geliştirmesi gereken teknik noktaların şu şekilde belirlenebileceğini düşünüyorum:

1—) a) Sağlıkta ve sağlık hizmetlerinde mevcut durum, göstergeler, mevcut durumu belirleyen koşullar ve en son olarak da olanaklar ve göstergelerin bundan sonrası için ortaya koyabilecekleri olası değişim eğilimleri konusu, b) sağlıkta hedef belirlemenin teknik ve metodolojisi konusu, c) sağlık insangücü planlaması konusu, d) sağlık finansmanı konusu, e) sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi konusu.

2—) Sağlığın geliştirilmesine toplumun sınırsız katılımının ne şekilde şematize edilebileceği konusu.

3—) Üniversitelerin halk sağlığı bölümlerince denenmiş ve şu anda önemli bir bölümü son bulmuş olan "bölge" modellerinin, başarı/başarısızlık noktalarının, sonlanma nedenlerinin değerlendirilmesi.

4—) Sağlam bir literatür bilgisine dayanması gereken bu teknik-teorik yenilenme sonrasında, bu birikimin ekonomik, sosyal sınıfsal yapısı bilinen bir bölgeye düşünsel düzeyde uygulanması, bir başka deyişle eldeki genel birikim ile söz konusu bölge için bir fizibilite çalışmasının yapılması.

Hiç şüphesiz ki, düşünsel düzeyde ve kağıt üzerinde geliştirilerek, önerilenlerin uygulamaya konulması siyasal bir sorundur. Ancak, sınıfsız bir top-

lumsal dünya ile sağlık sisteminin peşinde olduğunu söyleyenlerin, bu anlamda da resmi ideolojiyi değil, eşitlikçi bir toplumsal yapılanmaya asıl gereksinimi olan ezilen toplumsal sınıfları kendi muhatapı olarak kavrayanların, artık ve mutlaka, kafalarındaki düşüncelerini daha net ifade etmeleri ve güç elde olduğunda uygulanabilir somut projeler biçimine dönüştürmeleri gerekiyor. Korkarım ki, aksi takdirde (şimdi bile tam anlamıyla haklı olmasa da) "yalnızca itiraz ederler" suçlamasının muhatapı olunmaktan ve (muhatap sınıflarla olması gerekli yaşamsal ve dinamik ilişkiler dikkate alındığında) sürekli aynı genel geçer ilkeleri yineleyen bir marjinallikten kurtulunamayacak.

KAYNAKLAR

- 1) WHO-UNİCEF, Kentsel Alanda Temel Sağlık Hizmetleri Kentsel Yoksulluğun Yarattığı Bunalıma Karşı Bir Yanıt, 7-11 Temmuz 1986 Manila Filipinler, (Urban Primary Health Care A Response to The Crises of Urban Poverty, Çev: Çulhaoğlu, M.)
- 2) Özdemir, U. İşçi Sınıfının Tarihsel Misyonu-Tanımlar, Teknolojik Süreçler, Gelenek Dergisi, Aralık 1992, s.40-50).
- 3) J.E. Asvall, Healty Cities Action Strategies for Health Promotion (Opening Speech), First European Congress on Health Cities, Düsseldorf, 14-18 June 1987.
- 4) Summary Report Forth Annual Healty Cities Symposium, Hungary, 28 September-1 October, 1989.
- 5) Zagreb Healty Cities Project Towards Health Promotion through Community Action.
- 6) Hancock, T., Duhl, L.J. Healty Cities: Promoting Health in the Urban Context A Background Working Paper for the "Healty Cities Project", Lisbon, Portugal, April 7-11, 1986.
- 7) Ashton, J. Healty Cities Concepts and Visions A Resource for the WHO Health Cities Project, Liverpool, 1988.
- 8) Sainsbury, P. Croxteth Health Action Area: Developing a Small Area Database, Department of Public Health University of Liverpool, Publication No: 2/89, November 1989.
- 9) Hussey, R. Croxteth Health Action Area Health Information, Department of Public Health The University of Liverpool, Publication No: 3/90, March 1990.