SOSYAL BİLİMLER ve SAĞLIK BÜLTENİ (SoSa)

2026 SONBAHAR | 20. SAYI



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HASUDER

E-ISSN:2822-2490 hasuder.org

Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni

Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa)
Sayı 20, Sonbahar 2026
E-ISSN: 2822-2490

HASUDER Adına Sahibi
Bülent Kılıç

Yazı İşleri Müdürü
Ferruh Niyazi Ayoğlu

Baş Editör
Nuray Özgülnar

Dosya Editörü
Işıl Ergin

Editörler
Ahmet Can Bilgin,
Temmuz Gönç Şavran,
Salih Keskin

Yayın Kurulu
Ahmet Can Bilgin,
Nuray Özgülnar,
Ferruh Niyazi Ayoğlu,
Temmuz Gönç Şavran,
Merve Tokatlı Doğan

Bilim Kurulu
Akile Gürsoy,
Betül Durmaz Yurt,
Elif Dönmez,
Erhan Akarçay,
İncilay Cangöz,
Jade Cemre Erciyes,
M. Kirami Ölgen,
Kamuran Elbeyoğlu,
Osman Sirkeci,
Özlem Duva,
Sevgi Canbaz

Danışma Kurulu
Ahmet Furkan Süner,
Elif Dönmez,
Gülcan Demir,
Hacer Nalbant,
Nuray Özgülnar,
Nureddin Özdener,
Onur Şimşek,
Salih Keskin,
Selma Karabey,
Yağmur Köksal Yasin

Tasarım ve Dijital Sanat
Nuray Özgülnar,
Salih Keskin

Ücretsizdir. Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) süreli yayınıdır. SoSa'nın tüm yayın hakları HASUDER'e aittir. Ticari kazanç amacıyla bir bölümü veya tamamı çoğaltılamaz ve satılamaz. Bir bölümü veya tamamının çoğaltılması için HASUDER'den izin alınması gereklidir. Dergimizde yer alan yazılardaki görüş ve öneriler ilgili yazarlara ait olup, HASUDER yönetim kurulunu bağlayıcı değildir.

İçindekiler

Editörden

1-2 Bu sayıda...
Editörler

Dosya Editöründen

3-6 Sunuş
Işıl Ergin

Söyleşi

7-15 Avrupa Halk Sağlığı Derneği (EUPHA) Sağlığı Geliştirme Bölümü Başkanı Profesör Eric Breton ile Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılı Üzerine Söyleşi
Eric Breton, Işıl Ergin

Derleme Makale

16-34 Hegemonya, Politika ve Sağlık: Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılında Tarihsel Bir Yeniden Okuma
Işıl Ergin

35-56 Kamusal Sağlık Paradigmasının Çözülmesi ve Ottawa Bildirgesi: Kamucu Sağlık Vizyonunun Yapısal Sınırları
Servet Yıldırım

57-65 Ottawa Bildirgesi'nden 40 Yıl Sonra Kadın Sağlığı ve Üreme Hakları
Asya Banu Babaoğlu

66-75 Ottawa Bildirgesi'nin Beş İlkesi ve Kronik Hastalık Yönetimi: 40 Yıllık Bir Bilanço
Sibel Sakarya

İnceleme

76-86 Ottawa Bildirgesi'nin Kırkıncı Yılında Sağlıklı Kentler ve Yerel Yönetimler: Destekleyici Çevreler, Katılım ve Kurumsal Sınırlar
Pınar Okyay

87-99 Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi: Hedefler, politikalar ve uygulamadaki açıklar
Bülent Kılıç

Yorum (Görüş)

100-108 Walt Whitman ve Duane Michals: Şiir ile Fotoğraf Arasında Ontolojik Bir Diyalog
Aylin Leblebici Öztürk

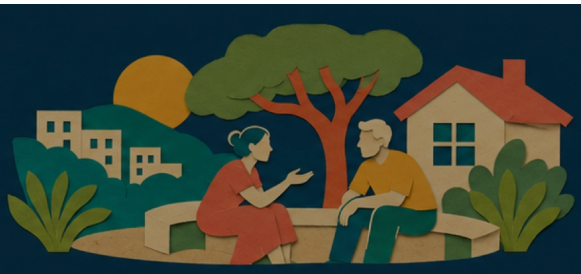
Eser Tanıtımı-İnceleme

109-114 Hem Kitap Hem Film: "Lizbon'a Gece Treni"
Bülent Kılıç

Açık adres:
Korkutreis Mahallesi, İlkiz Sok. No:17 D:2, 06430 Çankaya/Ankara
E-posta:
sosabultenhasuder@gmail.com

Web adresi:
https://sosabulten.com/
Sosyal Medya:

Bu sayıda...



Ottawa Bildirgesi'nin Kırkıncı Yılında

Değerli okuyucularımız,

1986 yılında kabul edilen Ottawa Bildirgesi, sağlığın geliştirilmesine ilişkin yaklaşımda önemli bir dönüm noktasıydı. Sağlığı yalnızca sağlık hizmetleri ve bireysel davranışlarla sınırlamayan; yaşam koşullarını, kamusal politikaları ve toplumsal katılımı öne çıkaran bu çerçeve, kırk yıl sonra da geçerliliğini koruyor. Ancak geçen süre, Bildirge'nin ilkelerinin ne ölçüde uygulamaya geçirilebildiğini ve hangi alanlarda yetersiz kalındığını değerlendirmeyi de gerektiriyor.

Bugün sağlık alanında bilgi ve teknoloji olanakları geçmişe göre çok daha gelişmiş durumda. Buna karşın sağlık eşitsizlikleri sürüyor; gelir dağılımı, çalışma ve barınma koşulları, çevresel sorunlar ve kamusal hizmetlere erişim sağlık üzerinde belirleyici olmaya devam ediyor. İklim krizi ve sağlık alanındaki ticarileşme eğilimleri de bu tabloyu ağırlaştırıyor. Bu koşullarda sağlığın geliştirilmesini yalnızca bireylerin daha sağlıklı seçimler yapmasına indirgemek yeterli değil. Toplumsal koşulları iyileştirmeye yönelik kamusal sorumluluğun yeniden ele alınması gerekiyor.

SoSa'nın bu sayısında Ottawa Bildirgesi'nin kırkıncı yılına özel bir dosya ayırdık. Amacımız, Bildirge'nin tarihsel önemini hatırlatmanın yanı sıra sağlığın geliştirilmesi yaklaşımının bugünkü olanaklarını ve sınırlarını eleştirel biçimde tartışmak. Bu nedenle dosyanın odağında, ilkelerin güncelliği kadar uygulama koşulları ve toplumsal karşılıkları da bulunuyor. Dosyada yer alan yazılar ve söyleşi, özel dosya sunuşunda ayrıntılı biçimde tanıtılıyor.

Bu tartışma SoSa'nın yayın yaklaşımıyla da doğrudan ilişkili. Sağlık sorunlarını anlamak için epidemiyolojik bulguların yanı sıra tarihsel, ekonomik, siyasal ve kültürel bağlamı dikkate almak gerektiğini düşünüyoruz. Sağlığın sosyal belirleyicileri, hak temelli politikalar ve toplumsal eşitsizlikler, farklı disiplinlerin birlikte ele alması gereken konular. Ottawa'nın kırkıncı yılı bu ilişkiyi yeniden tartışmak için uygun bir zemin sunuyor.

Bu özel dosyanın düşünsel çerçevesinin kurulmasında ve hayata geçirilmesinde, dosya editörümüz Prof. Dr. Işıl Ergin'in belirleyici bir emeği var. Işıl Ergin, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık eşitsizlikleri, beslenme politikaları ve sağlığın geliştirilmesi üzerine yıllara yayılan akademik çalışmalarını, yerel yönetimlerle ve toplumla yürüttüğü saha deneyimiyle birleştiren bir halk sağlığı bilim insanı. Onun için Ottawa Bildirgesi, yalnızca geçmişte kalmış bir politika metni değil; bugünün eşitsizliklerini, kamusal sorumluluğu

ve toplumsal katılımın sınırlarını sorgulamak için canlı bir tartışma zemini. Bu yaklaşım, dosyanın bir anma çalışmasının ötesine geçerek eleştirel bir yeniden okumaya dönüşmesine yön verdi. Farklı disiplinlerden yazarları ortak sorular etrafında buluşturması, tartışmanın ufkunu genişletmesi ve metinlerin olgunlaşmasına gösterdiği özen için kendisine içtenlikle teşekkür ediyoruz. Işıl Ergin'in kaleme aldığı sunuş, okuru bu tartışmanın farklı katmanlarıyla buluşturuyor.

Bu sayıda özel dosyanın yanı sıra edebiyat ve fotoğraf alanlarından iki yazıya da yer veriyoruz. Bülent Kılıç, Pascal Mercier'in Lizbon'a Gece Treni romanını ve sinema uyarlamasını hekimlik etiği, siyasal koşullar ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından değerlendiriyor. Aylin Leblebici Öztürk ise Walt Whitman'ın şiiri ile Duane Michals'ın fotoğraf çalışmaları arasındaki ilişkiyi ele alıyor. Bu yazılar, SoSa'nın sağlık ve sosyal bilimler kadar sanat ve kültür alanındaki tartışmalara da yer verme yaklaşımının bir parçası.

Sayımızın kapak fotoğrafı A. Öner Kurt'a ait. SoSa'nın görsel tasarımında önemli ve süreklilik taşıyan bir emek veren Salih Keskin'e ayrıca teşekkür etmek istiyoruz. Salih, her sayıda görsellerin hazırlanması ve düzenlenmesinden sayfa tasarımına, metinlerle görsellerin uyumunun kurulmasından derginin bütünlüklü bir görsel kimlik kazanmasına kadar geniş bir alanda çalışıyor. Derginin okunabilirliğine ve yayın niteliğine yaptığı katkıyı özellikle belirtmek isteriz.

Ottawa Bildirgesi'nin kırkıncı yılı, sağlık politikalarının yalnızca hedefleri üzerinden değil, uygulamadaki sonuçları ve eşitsizlikler üzerindeki etkileri açısından da değerlendirilmesi gerektiğini hatırlatıyor. Bu özel dosyanın, sağlığın geliştirilmesi konusunda eleştirel düşünceye ve yeni tartışmalara katkı sağlamasını umuyoruz.

Başta özel dosya editörümüz Işıl Ergin olmak üzere, yazılarıyla katkı sunan tüm yazarlarımıza, hakemlerimize ve yayın ekibimize teşekkür ediyoruz.

Keyifli okumalar.

Editörler



Dosya Editöründen

Sunuş



Foreword

Işıl Ergin[1]

1. *Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Öz

Ottawa Bildirgesi'nin kırkıncı yılında SoSa'nın bu özel dosyası, sağlığın geliştirilmesinin toplumsal güçlenme ve sosyal adalet vaatlerini yeniden tartışmaya açıyor. Eric Breton'la yapılan söyleşi, Bildirge'nin kazanımlarını, uygulamadaki boşlukları ve insan hakları temelli bir yaklaşımın geleceğini ele alıyor. Dosyadaki yazılar, Bildirge'nin tarihsel kökenlerini ve kamusal sağlık vizyonunun neoliberal dönüşüm karşısındaki sınırlarını inceliyor. Kadın sağlığı ve üreme hakları, kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, İzmir'de sağlıklı kent politikaları ve Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi bu tartışmayı somut örneklerle derinleştiriyor. Dosya, sağlığın metalaştırılması ve sorumluluğun bireye yüklenmesi karşısında hakkaniyeti, kamusal sorumluluğu ve kolektif eylemi merkeze alan bir yaklaşımı savunuyor.

Anahtar sözcükler: Ottawa Bildirgesi, özel sayı, sunuş

Abstract

Marking the Ottawa Charter's fortieth anniversary, this special issue of SoSa revisits health promotion's promises of community empowerment and social justice. An interview with Eric Breton considers the Charter's achievements, gaps in implementation, and the future of rights-based health promotion. The contributions trace the Charter's origins and examine how neoliberal reforms have constrained its public health vision. They address women's health and reproductive rights, chronic disease prevention and management, healthy city policies in İzmir, and health promotion in Türkiye. The issue argues for equity, public responsibility, and collective action amid the commodification of health and growing emphasis on individual responsibility.

Keywords: Ottawa Charter, special issue, foreword

Geliş Tarihi / Received: 22.11.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 22.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Işıl Ergin **E-posta:** isil.ergin@ege.edu.tr

Sorumlu Editör / Handling Editor: Nuray Özgülnar

Atıf için / Suggested Citation: Ergin, I. (2026). Sunuş. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 3-6

Bu dosyada Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında onu sadece anmak için değil; onun iddialı vaatlerinin bugünün sermaye birikim modelleri ve biyopolitik denetim mekanizmaları karşısında nerede tıkandığını göstermek için yola çıktık. Sağlığın geliştirilmesi, son 40 yılda devasa bir alana, sektöre ve literatüre dönüştü; ancak bu gelişim Ottawa'nın o toplumsal güçlenme ve kamusal adalet hayali doğrultusunda mı oldu, yoksa sağlığın kapitalizmin en kârlı metasına dönüştüğü bu son 40 yılın çarklarına mı eklemlendi? Dosya, hem Bildirge'nin 40. yılında bu ruhu yeniden hatırlatmayı hem de küresel, sosyolojik, tematik ve yerel izdüşümlerini tartışmayı hedefledi.



Dosya, **Prof. Eric Breton** ile yapılan bir söyleşi ile başlıyor. Prof. Eric Breton meslek yaşamını sağlığı geliştirme alanına adamış bir akademisyen. Avrupa Halk Sağlığı Derneği'nin (EUPHA) Sağlığı Geliştirme Bölümü'nün halen Başkanlığı'nı yürüten Breton'ın, Ottawa Bildirgesi'nin yapabildikleri kadar yapamadıkları ile de ilgilenen ve yapabilecekleri için yol haritası öneren makaleleri var. Bu yıl 40. Yılda öğrencileri ile Ottawa metnini yeniden yazmak için yola çıkan çalışmalar yürüttü ve bu çabaları kısmen bu dosyaya da ilham kaynağı oldu. Prof. Dr. Işıl Ergin'in, Breton ile yaptığı bu söyleşide; Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında küresel düzeyde bağlayıcı bir eylem planı ve uygulama mekanizması eksikliğini gidermek için ne tür yapısal dönüşümlere ihtiyaç duyulduğundan, bildirgenin dört dekadlık serüveninde kazanımlar ve eksikliklerin muhasebesine uzanıyor. Söyleşide ayrıca Ottawa çerçevesinin dayanıklılığı sorgulanırken; COVID-19 sonrası dönem ve iklim aciliyetiyle birlikte öne çıkan gözetim, kısıtlama ve güvenlikleştirme eğilimlerine karşın güçlendirme ve insan hakları temelli sağlığın geliştirilmesi yaklaşımının nasıl korunabileceği ele alınıyor. Metin; piyasa mantığının ve fonlama yapılarının akademik üretimi bireysel "yaşam tarzı" müdahalelerine yönlendirdiği bir ortamda sağlığın geliştirilmesinin siyasetsizleştirilmesine karşı eleştirel ve sosyal adaletçi köklerin nasıl yeniden sahiplenilebileceğini tartışırken, günümüz dünyasında Ottawa'ya "6. bir eylem alanı" eklense bunun temel odağının ne olması gerektiği sorusuyla geleceğe yönelik güçlü bir ufuk açıyor.



Dosyada yer alan *"Hegemonya, Politika ve Sağlık: Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılında Tarihsel Bir Yeniden Okuma"* başlıklı çalışma **Prof. Dr. Işıl Ergin** tarafından Ottawa Bildirgesi'nin doğuşunu ve kırk yıllık evrimini Soğuk Savaş jeopolitiği, Lalonde Raporu ile Alma-Ata Bildirgesi arasındaki gerilim ve neoliberal dönüşüm ekseninde tarihsel ve eleştirel bir okumaya tabi tutuyor. Metin; Ottawa'nın hazırlık sürecindeki Batı merkezli ve dışlayıcı boyutları deşifre ederken, sonraki kırk yılda devletin kamucu ve düzenleyici rollerinin zayıflatılması, sağlığın metalaştırılması, sorumluluğun bireye yüklenmesi ve DSÖ'nün şartlı fonlama mekanizmalarıyla piyasa aktörlerinin etkisine açık hale gelmesi gibi süreçleri izliyor. İklim krizleri, ticari belirleyiciler ve algoritmik bilgi ekosisteminin dönüşümüyle derinleşen bugünkü "çoklu kriz" çağında çalışma, Ottawa'yı yalnızca anmakla yetinmeyip sağlığı piyasanın ve teknolojinin tahakkümünden kurtaracak yeni bir ekososyal ve kamucu paradigmanın inşasını acil bir ihtiyaç olarak ortaya koyuyor.



Dosyadaki kuramsal katkılardan biri sosyal bilimci **Dr. Servet Yıldırım**'dan geliyor. "*Kamusal Sağlık Paradigmasının Çözülmesi ve Ottawa Bildirgesi: Kamucu Sağlık Vizyonunun Yapısal Sınırları*" başlıklı makale, Ottawa Bildirgesi'nin kırk yıllık serüvenini siyasal iktisat ve eleştirel sosyoloji ekseninde sorguluyor. Çalışma, Fordist birikim rejimi, Keynesçi politikalar ve metadışılaştırıcı sosyal haklar zemininde biçimlenen kamusal sağlık paradigmasının DSÖ Anayasası, Alma-Ata ve Ottawa Bildirgesi ile olgunlaştığını; ancak Bildirge'nin tam da neoliberal dönüşümün kurumsal düzeyde yerleşmeye



başladığı bir eşikte kaleme alındığını ortaya koyuyor. Yazar, sağlığın geliştirilmesinin ön koşullarıyla bunları taşıyacak toplumsal ve kurumsal mekanizmalar arasındaki açılmanın; sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine kayması, küresel finans ve ticaret kurumlarının koşulluluğu ve sağlığı bireysel tüketiciliğe indirgeyen yönetim rasyonalitesi üzerinden nasıl işlediğini çözümleyerek, "Herkes İçin Sağlık" ve kolektif güçlendirme vizyonunun yapısal sınırlarını görünür kılıyor. Makale, Bildirge'nin direnç ve dönüşüm potansiyelini bireysel davranışçı reçetelerde değil, bağlayıcı kamusal kuralların, metadışılaştırıcı güvencelerin ve bunları savunacak toplumsal güç ilişkilerinin yeniden kurulmasında arıyor.

Dosyanın tematik başlıklarından biri olan "üreme sağlığı"nın klinik bir süreçten çıkarılıp, Ottawa Bildirgesi'nin "Sağlığı Destekleyen Kamusal Politikalar" ilkesi uyarınca bir sosyal adalet ve kadın hakkı zeminine oturtulması bağlamını **Doç. Dr. Asya Babaoğlu** değerlendiriyor. "*Ottawa Bildirgesi'nden 40 Yıl Sonra Kadın Sağlığı ve Üreme Hakları*" başlıklı bu makalede yazar, Bildirge'nin evrensel dilinin ataerkil güç ilişkilerini ve kadınların ücretsiz bakım emeğini görünmez kılma sınırını sorgulayarak; bedensel özerkliği, üreme adaletini ve hukuki haklarla fiilî erişim arasındaki uçurumu mercek altına alıyor. Babaoğlu, kadınların kendi sağlık kararlarında söz sahibi olması için toplum eyleminin güçlendirilmesi çabalarına karşın kadın bedenini araçsallaştıran, üreme haklarını sınırlayan veya piyasalaştıran uygulamaları—nüfus politikalarından dijital verilerin mahremiyet ve gözetim risklerine uzanan geniş bir hat üzerinden—Ottawa Bildirgesi'nin ilkelerini arkasına alarak dünya ve Türkiye açısından değerlendiriyor.

Dosyanın bir diğer tematik başlığı olan "kronik hastalıklar" ekseninde bir bilanço sunan *"Ottawa Bildirgesi'nin Beş İlkesi ve Kronik Hastalık Yönetimi: 40 Yıllık Bir Bilanço"* başlıklı çalışma ise kronik hastalıkların küresel yükündeki artış karşısında Bildirge'nin beş eylem alanının kırk yıllık seyri ve güç asimetrilerini mercek altına alıyor. **Prof. Dr. Sibel Sakarya**, kişisel beceri geliştirmenin en düşük siyasi maliyetle en yaygın uygulanan alan olmasına karşın, sağlıklı kamu politikalarının lobicilik ve uygulama/denetim zafiyetleriyle aşındığını; toplum eylemini güçlendirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme ilkelerinin ise kurumsal çıkarlar ve siyasi maliyetler nedeniyle sistemik olarak ihmal edildiğini ortaya koyuyor. Türkiye'den Hastalık Yönetim Platformu (HYP) ve tütün kontrolü deneyimleri ile güncel bir örnek olarak GLP-1 agonistlerinin yükselişi üzerinden ilerleyen makale, obezojenik çevre ve ticari belirleyiciler dönüşmeden bireysel ya da farmakolojik müdahalelerin yapısal bir çözüm üretemeyeceğini vurguluyor.

Bildirge'nin sunduğu "Destekleyici Çevreler Yaratmak" ve "Sağlığı Destekleyen Kamusal Politikalar Oluşturmak" ilkelerinin, kent içi yaşam alanlarında ve yerel yönetim düzeyinde nasıl somutlaştığı dosyada **Prof. Dr. Pınar Okyay** tarafından "*Ottawa Bildirgesi'nin Kırkıncı Yılında* Sağlıklı *Kentler ve Yerel Yönetimler: Destekleyici Çevreler, Katılım ve Kurumsal Sınırlar*" başlıklı makalede irdeleniyor. Akademik birikimi ile İzmir Büyükşehir Belediyesi Genel Sekreter Yardımcılığı görevi vasıtasıyla sahip olduğu üst düzey saha ve politika tecrübesini buluşturan yaklaşımı dosyaya sahadan çok önemli bir değer katıyor. İzmir'in stratejik yönelimleri, kent-bölge gıda uygulamaları, mahalle temelli İZSEM'ler ve katılımcı süreçler üzerinden politikaların fiilî erişim, hakkaniyet ve gerçek karar gücü açısından nasıl sınanması gerektiğini eleştirel bir süzgeçten geçiriyor. Metin, yerel yönetimlerdeki "mış gibi" katılım ve bürokratik sınırların ötesine geçerek, sağlıklı kenti ve dirençli mahalleleri kararların kimin

lehine işlediği ve kaynakların nasıl dağıtıldığı sorularıyla tartışmaya açıyor.

Dosyanın Türkiye odağını oluşturan *"Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılında Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi: Hedefler, Politikalar ve Uygulamadaki Açıklar"* başlıklı çalışma Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Başkanı **Prof. Dr. Bülent Kılıç** tarafından Ottawa ilkelerinin kırk yıllık serüvenini Türkiye'nin sağlık politikaları ve güncel sosyoekonomik göstergeleri üzerinden masaya yatırıyor. Yazar, sağlık hizmetlerine başvuru sayılarındaki artışın tek başına evrensel sağlık kapsayıcılığı ve hakkaniyet anlamına gelmediğini vurgulayarak; Genel Sağlık Sigortası'nın finansman yapısındaki dikey eşitsizlikleri, gelir dağılımı adaletsizliğini, gıda ve barınma yoksunluğunu ve sosyal koruma harcamalarının yetersizliğini güncel istatistiklerle ortaya koyuyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamakta bireysel ve toplumsal koruyucu hizmetlerin ayrışmasının ve sağlıkta özelleştirme politikalarının kamusal sorumluluğu nasıl aşındırdığını irdeleyen makale, Türkiye için "Tüm Politikalarda Sağlık" yaklaşımının kurumsallaştırılmasını, toplum yönelimli birinci basamağın yeniden inşasını ve kırılgan grupları merkeze alan hakkaniyet odaklı bir politika çerçevesini acil bir yol haritası olarak sunuyor.

Kırk yılın sonunda bu dosya; kuramsal tartışmalardan saha deneyimlerine, küresel kırılmalardan yerel yönetimlere ve Türkiye'deki somut politikalara uzanan çok katmanlı okumasıyla sağlığın geliştirilmesini yeniden tartışmaya açıyor. Ottawa Bildirgesi'nin iddialı sözü bugün hâlâ bir pusula değerindeyse, bu pusulanın yön gösterebilmesi için sağlığı piyasanın, bireysel sorumluluk söyleminin ve dar biyomedikal kalıpların dışına taşıyan kamucu bir iradeye ihtiyaç var. Bu özel dosyanın; eleştirel halk sağlığı ve sosyoloji yazınında yeni sorular üretmesini, politikaları ve gündelik pratikleri dönüştürmeye dönük kolektif tartışmalara katkı sunmasını diliyoruz.









Söyleşi



Avrupa Halk Sağlığı Derneği (EUPHA) Sağlığı Geliştirme Bölümü Başkanı Profesör Eric Breton ile Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılı Üzerine Söyleşi

Interview with Professor Eric Breton, President of The Health Promotion Section of The European Public Health Association (EUPHA), About the 40th Anniversary of The Ottawa Charter

Eric Breton[1], Işıl Ergin[2]

1. *EHESP Halk Sağlığı Okulu Profesörü ve Arènes Araştırma Birimi araştırmacısı, Rennes, Fransa.* [*]
2. *Prof. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Öz

Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılı dolayısıyla Avrupa Halk Sağlığı Derneği (EUPHA) Sağlığı Geliştirme Bölümü Başkanı Prof. Dr. Eric Breton ile gerçekleştirilen bu söyleşide, sağlığı geliştirmenin kazanımları, güncel sorunları ve geleceği ele alınmaktadır. Bildirge'nin temel ilkelerinin geçerliliğini korumasına karşın, uygulamada karşılaşılan yapısal ve kurumsal engeller tartışılmaktadır. Biyomedikal paradigmanın egemenliği, bireysel davranış değişikliğine odaklanan yaklaşımların sınırlılıkları ve toplumsal eylemin güçlendirilmesine yönelik yatırımların yetersizliği eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirilmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik politikalarda sivil toplumun, yerel yönetimlerin ve sektörler arası iş birliğinin önemi vurgulanmaktadır. Söyleşide ayrıca, sağlığı geliştirme müdahalelerinin karmaşık yapısına uygun araştırma yöntemlerinin ve sosyal adalet temelinde kurumsal kapasitenin geliştirilmesi gerekliliğine dikkat çekilmektedir.

Anahtar sözcükler: Ottawa Bildirgesi, sağlığı geliştirme, sağlığın sosyal belirleyicileri, sosyal adalet.

Abstract

On the occasion of the 40th anniversary of the Ottawa Charter, this interview with Professor Eric Breton, President of the Health Promotion Section of the European Public Health Association (EUPHA), explores the achievements, challenges, and future of health promotion. While the Charter's fundamental principles remain relevant, structural and institutional barriers to their implementation persist. The dominance of the biomedical paradigm, the limitations of individual behavioural change approaches, and insufficient investment in strengthening community action are critically examined. The importance of civil society, local governments, and intersectoral collaboration in addressing the social determinants of health is emphasised. The interview also highlights the need for research methods that embrace the complexity of health promotion interventions and for institutional capacity building grounded in social justice.

Keywords: Ottawa Charter, health promotion, social determinants of health, social justice.

[*] EUPHA Sağlık Geliştirme Bölümü Başkanı, UNESCO Küresel Sağlık ve Eğitim Kürsüsü Misafir Profesörü.

Geliş Tarihi / Received: 08.11.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 19.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Işıl Ergin **E-posta:** isil.ergin@ege.edu.tr

Sorumlu Editör / Handling Editor: Nuray Özgülnar

Atıf için / Suggested Citation: Breton, E., & Ergin, I. (2026). Avrupa Halk Sağlığı Derneği (EUPHA) Sağlığı Geliştirme Bölümü Başkanı Profesör Eric Breton ile Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılı Üzerine Söyleşi. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 7-15

Söyleşiyi yürüten ve çeviren: Işıl Ergin.



Eric Breton Hakkında:

Aslen Kanadalı olan Eric Breton, Fransa'nın Rennes şehrindeki EHESP (École des hautes études en santé publique) Yüksek Halk Sağlığı Çalışmaları Okulu'nda Sağlığı Geliştirme profesörüdür. Fransa'ya yerleşmeden önce Kanada, Avustralya ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde araştırma alanında zengin bir uluslararası deneyim kazanmıştır. Başlıca araştırma ilgi alanları, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde politika savunuculuğu stratejileri, karmaşık topluluk temelli müdahalelerin değerlendirilmesi ve sağlık ile hakkaniyet için yerel kapasite oluşturma stratejileridir. *Health Education and Behavior* dergisinin eski Yardımcı Editörlerinden olan Breton, hâlen çeşitli Avrupa, ulusal ve bölgesel uzman gruplarında görev yapmaktadır. Avrupa Halk Sağlığı Derneği (EUPHA) Sağlığı Geliştirme Bölümü başkanıdır. 2020 yılında, diğer üç editörle birlikte, Fransızca ilk Sağlığı Geliştirme El Kitabının ikinci baskısını yayımlamış; bu yayın 6 ülkeden 40 yazarın katkısıyla hayata geçirilmiştir. 2021 yılında UNESCO Küresel Sağlık ve Eğitim Kürsüsü ile birlikte, dünyanın dört bir yanından katılımcıların ilgi gösterdiği bir eğitim programı olan üç günlük Küresel Toplum Sağlığı Yıllık Çalıştayı'nın ilkini başlatmıştır.

Sayın Breton, Ottawa Bildirgesi'nin 30. yılını kutladığınız 2016 tarihli yayınınızda, Ottawa Bildirgesi'nin "eylem planı olmaksızın 30 yıl geçirmiş" olduğuna dikkat çekerek kışkırtıcı bir çıkış yapmıştınız. Şimdi, aradan geçen on yılın ardından, 40. yılı kutlarken, elimizde nihayet Sağlığı Geliştirme için geçerli küresel bir eylem planı var mı, yoksa hâlâ yeterli yapısal uygulama mekanizmalarından yoksun güçlü bir çerçeveye mi güveniyoruz? Ottawa'nın ilkelerini, bağlayıcı kamu politikalarına dönüştürmek için ne değişmeli?

Evet, geçmişimden gün ışığına çıkardığınız epey tozlu bir yazı bu. On yıl önceki yorumum, sağlık sistemlerinin sağlığı geliştirmeyi temel bir halk sağlığı işlevi olarak benimsemedeki yavaşlığından duyduğum hayal kırıklığından doğmuştu. Belki de bu hayal kırıklığımı açıklayan şey, olaylara olan Fransız bakış açımdır. Sağlık sistemini ve politikalarını sağlığı geliştirmeye daha fazla odaklanacak şekilde savunurken boşa harcanan o kadar çok fırsata tanık oldum ki. Bu fırsatlar boşa harcandı çünkü politika savunucuları, Ottawa Bildirgesi'nin eylem araçları ve ilkeleri hakkındaki olağan söylemlerin ötesine geçmeyi defalarca ihmal ettiler. Kuşkusuz bunların hepsi önemlidir. Ancak bunlar bize yalnızca sağlık sistemlerimiz için varış noktasının neresi olduğunu söyler; yolculuğun kendisini ve oraya nasıl varılacağını söylemez. Özetle; Bildirge, 1986 yılında devrim niteliğinde olan, yüksek düzeyde bir toplum sağlığı için temel belirleyicileri sıralamıştı. Bunlar nelerdir? Sağlığı geliştirici politikalar ve destekleyici çevreler bunlardan sadece ikisidir. Dolayısıyla sorunuza yanıt olarak, bugün karşılaşılan temel zorluğun şüphe götürmez bir şekilde Bildirge'nin ilkelerinin hayata geçirilmesi olduğu hususunda sizinle aynı fikirdeyim.

Günümüzde, benimsediğimiz politika her ne olursa olsun bunun toplumun sağlığını geliştirmesi ve tehlikeye atmaması gerektiğine açıkça karşı çıkacak hiç kimse göremiyorum. Aynı şekilde, sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığı girişimlerinin, destekleyici çevreler olmaksızın dönüştürücü potansiyellerini tam anlamıyla gerçekleştiremeyeceğine itiraz edecek kimse de yok. Buna rağmen, sağlık sistemlerimizin sağlığı geliştirmeye yaptığı yatırım düzeyi hâlâ yetersizdir ve

kendi başına küresel bir eylem planı mevcut değildir. DSÖ Avrupa bürosu, sağlığı geliştirmenin kavram ve ilkelerinin geliştirilmesinde kilit ve esaslı bir rol oynamışken, bugün sağlığı geliştirme uygulayıcılarına ve politika yapıcılarına destek olma kapasitesi önemli ölçüde azalmıştır. Bu durum kısmen, ABD'nin Hristiyan aşırı sağcı ve kürtaj karşıtı (*pro-life*) ajandasının bir sonucu olarak, kendi yönetimlerinin fon sağlamak için kabul edilebilir gördüğü programları (örneğin aile planlaması olmaması şartıyla) seçip ayıklamasından kaynaklanmaktadır. ABD, Ocak ayından bu yana DSÖ'ye üye bir devlet değildir. Bu durum, DSÖ bütçesinin önemli bir payının, bağışçılar tarafından seçilen özel programları finanse etmek üzere şartlı (*earmarked*) olarak ayrıldığını ve DSÖ'ye kendi önceliklerini belirlemesi için çok az alan bıraktığını göstermektedir. 90'lı yıllarda DSÖ, ulusal sağlık politikaları üzerindeki etki alanını korumak için Bill ve Melinda Gates Vakfı gibi güçlü hayırsever kuruluşlarla da rekabet etmek zorunda kalmıştır. Azalan kaynaklar ve kendi meşruiyetine yönelik tehditlerle karşı karşıya kalan DSÖ, sağlığı geliştirmedeki çığır açıcı çalışmalarını bir kenara bırakarak yatırımlarını bulaşıcı hastalıklara ve salgınlara müdahaleye önceliklendirmiştir. Dolayısıyla bugün Cenevre ve Kopenhag'da sağlığı geliştirme uygulama ve politikalarını ilerletmeye kararlı bazı çalışanlar hâlâ bulunmaktadır; ancak bunların sayıları ve harekete geçirebilecekleri kaynak düzeyi, toplumun sağlığının sosyal belirleyicilerine ilişkin bir analizin, sağlığı geliştirmede kapasiteleri artırmak için gereken yatırımın niteliği ve düzeyi ile uzaktan yakından örtüşmemektedir.

1986 yılına dönüp baktığımızda, Ottawa Bildirgesi'nin hangi kilit eylem alanları küresel sağlığı geliştirme çalışmaları üzerinde en belirgin etkiyi yarattı ve nerede yetersiz kaldık?

Kuşkusuz, Ottawa Bildirgesi doğrultusunda kaydedilen ilerlemeler açısından kutlanacak çok şey var. En bariz örneğin, "sağlığı geliştirici ortamlar" (*setting approach*) yaklaşımının toplumlarımızın işleyişine entegre edilmesi olduğunu söyleyebilirim. Artık sağlığı geliştiren şehirler, köyler, okullar, üniversiteler, hastaneler, iş yerleri, cezaevleri vb. konusunda 40 yıllık bir deneyimimiz var. Bilgi birikimi ve uzmanlık ortadadır. Sağlık savunucuları, kendi sağlığı geliştirici ortamlarını geliştirmelerine yardımcı olacak zengin bir materyal hazinesine erişebilmektedir. Bunun halkın, özellikle de toplumumuzun en dezavantajlı kesimlerinin yaşamları üzerinde önemli bir etkisi olmuştur. İnsanların yaşamlarını ve refahını iyileştirmenin ve eşitsizlikleri azaltmanın yolunun, çevrelerini değişimi destekleyici kılmaktan geçtiği konusunda geniş bir fikir birliği vardır. Sağlık okuryazarlığını artırmak için gösterilen tüm bu çabaları dikkate almamız gereklidir. Bu harika bir şey. Peki, taze meyve ve sebzelere ekonomik ve coğrafi olarak ulaşamayan ebeveynlere çocuklarını daha fazla taze meyve ve sebzeyle beslemeleri gerektiğini söylesek bu neyi değiştirir ki?

Yetersiz kaldığımız noktalara gelince; bana göre en bariz olanı, toplumsal eylemi güçlendirmeye yatırım yapmak konusunda kaydettiğimiz ilerlemenin eksikliğidir. Bu, çoğunlukla toplum sağlığı (*community health*) şemsiyesi altında topladığım bir eylem aracıdır. Bu, halk sağlığının üvey evladıdır. Toplum sağlığı çalışanları tarafından yerel düzeyde yapılan ya da yapılabilecek çalışmaları hâlâ büyük ölçüde küçümsüyoruz. İnsanların katılımını gerçeğe dönüştüren şey, işte bu tür saha çalışmasıdır. Ve müsaadenizle, bugün bunu okuyan tüm sağlık profesyonellerine ve aktivistlerine, rolümüzün tam özünü barındıran sağlığı geliştirme tanımı üzerinde düşünme

çağrısında bulunmak istiyorum. Bildiğiniz gibi tanım şöyledir: *"Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir."* Öğrencilerime bu tanımı çok sık hatırlatırım. Bu tanım bir şekilde biz sağlık geliştiricilere işimizin ne olduğunu söyler. Kuşkusuz bilgi ve beceriler, bu artırılmış kontrolü elde etmenin araçlarıdır, ancak kesinlikle yegâne araçlar değildir. İnsanların yaşadıkları sorunlar ve zorluklar hakkındaki vizyonlarını paylaşabilecekleri, çözümler bulmak için iş birliği yapabilecekleri alanlar yaratmak, insanların sağlıklarının belirleyicileri üzerindeki kontrolü ele almalarına yardımcı olmanın güçlü bir yoludur. Ve bu sağlık geliştirme ethos'u (*ruhsal özü*) ile motive olan insanlar, farklı kuruluşların temsilcilerini aynı masaya oturtmak ve sektörler arası stratejiler tasarlamak konusunda mükemmeldirler. Karmaşık sorunları ele almak için gereken koşulları yaratabilirler. Karmaşık sorunlarda ilerleme kaydetmek ise heterojen bir kaynak setinin harekete geçirilmesini gerektirir. Başka bir deyişle, araç çantasında sadece bir çekiç bulunan, kaynakları neredeyse aynı olan insanları harekete geçirirseniz, karşılaşacakları çözümler seti çekiçle yapabileceğiniz şeylerle sınırlı kalacaktır. Nokta.

Ottawa Bildirgesi'nin çerçevesi; iklim değişikliği, sağlık eşitsizlikleri ve dijital dönüşüm gibi çağdaş krizleri ele alırken ne ölçüde dirençli ve uyarlanabilirdir?

Bugünün dünyası, elbette bize Ottawa Bildirgesini veren dünyadan çok farklıdır. Ottawa Bildirgesinin yazıldığı bağlamı dikkate almak önemlidir. İlk olarak, Bildirge başlangıçta DSÖ Avrupa bürosunun bir girişimiydi; bu durum daha baştan Avrupalı olmayan ülkeler için geçerliliği konusunda soru işaretleri uyandırmıştı. Bu konudaki tartışmalar büyük ölçüde kapanmıştır. Avrupa dışındaki bir uluslararası halk sağlığı konferansına veya IUHPE (Uluslararası Sağlık Eğitimi Birliği) dünya konferansına katılım, Bildirge'nin çok geniş ve farklı bir ülke yelpazesindeki profesyoneller için hâlâ başvuru kaynağı olduğunu açıkça göstermektedir. Fransızca sağlığı geliştirme el kitabının üçüncü baskısı üzerinde çalışıyoruz ve Kamerun, Fas, Tunus ve Lübnan'dan bölümlerimize katkıda bulunacak yazarlar bulmakta hiç zorlanmadık. Bunlar sağlığı geliştirme dersleri veren ve Ottawa Bildirgesini temel bir belge olarak gören meslektaşlarımızdır.

İkinci olarak, 80'lerde dünya aşağı yukarı üç ana bloğa bölünmüştü: ABD liderliğindeki liberal ekonomiler, SSCB ve büyük ölçüde Avrupalı sömürgecilerinden kurtulmuş ülkelerden oluşan bağlantısızlar grubu. Soğuk Savaş hâlâ devam ediyordu ve Bildirge, nükleer bir kıyamet felaketinin gerçek riskine ve ABD ile SSCB tarafından gelişmekte olan ülkelerde yürütülen sayısız vekil savaşına dair endişeleri yansıtıyordu. Batı ve Doğu blok ülkeleri arasındaki iletişim, büyük ölçüde demir perde nedeniyle oldukça zordu. Ve Küresel Kuzey ile Küresel Güney ülkeleri arasındaki ilişkiler, uzun bir sömürgecilik, neo-sömürgecilik ve emperyalizm tarihiyle lekelenmişti (ve bir ölçüde hâlâ öyledir). Bu, sağlığı geliştirme fikrinin, bunu destekleyen gerçekten küresel bir hareket oluşturmayı zorlaştıran bir bağlamda geliştirildiği anlamına gelir. Bugün, bir Ottawa Bildirgesi taslağı hazırlanırken çok daha farklı ve çeşitli bir uzman grubunun harekete geçirileceğini varsayıyorum. Üçüncü olarak, Bildirge ekolojik çevrenin gördüğü zarara da değiniyor ancak 1990'larda iklim biliminin sınırları dışına yayılmaya başlayacak bir mesele olan küresel ısınmadan bahsetmiyordu. Dördüncü olarak, sağlıktaki eşitsizlikler de kabul



edilmişti ancak o dönemde, DSÖ'nün 1978 tarihli Alma-Ata Bildirgesi doğrultusunda odak noktası çoğunlukla ülkeler arasındaki eşitsizliklerdi. Sahip oldukları dijital gerçekliğe gelince, Bildirge taslaklarını paylaşmak için mevcut en gelişmiş araç faks makinesiydi. Yani çok farklı bir dünyaydı.

Bu benzersiz bağlamın yanı sıra, önceki on yılda büyüyen sosyal ve bilimsel harekete dikkat çekmek de önemlidir. Ottawa Bildirgesi, halkın sağlığı ile ilgilenmenin yeni bir yolunu talep eden geniş bir sağlık profesyonelleri ve aktivistleri hareketinin dışavurumuydu. İşaret ettikleri ana sorun, davranış değişikliği elde etmek için sağlık eğitimine aşırı vurgu yapılmasıydı. İnsanlara karşılaştıkları çoklu engelleri kabul etmeden veya hesaba katmadan yeni bir davranış benimsemelerini söylemek, kurbanı suçlamaktan başka bir şey değil olarak kınanmıştı. Ne yazık ki bu kurbanı suçlama eğilimi hâlâ büyük ölçüde varlığını sürdürmektedir. İnsanları kilolu veya hareketsiz oldukları için suçlamıyor olabiliriz, ancak bir halk sağlığı sorunu için yalnızca insanları zayıflatmaya, daha fazla hareket etmeye veya sigarayı bırakmaya yönlendirecek sağlık eğitimi stratejilerini harekete geçirdiğimizde, verilen gizli mesaj sorumluluğun bireylerde olduğudur. Ve eğer davranış değiştirmekte başarısız olurlarsa, suçlayabilecekleri tek kişi kendileridir.

Bununla birlikte, sorunuza ve Ottawa Bildirgesi'nin mevcut zorluklara uygunluğuna geri dönecek olursak, Bildirge'de savunulan fikirlerin bugün de geçerliliğini koruduğunu söyleyebilirim. Tartışılabilecek tek şey, devlet gücünün toplum sağlığını nasıl iyileştirebileceğine dair naif bir görüş olan "sağlığı geliştirici kamu politikası" terimlerinin kullanımıdır. Artık biliyoruz ki, sağlığın belirleyicilerini ele almada belirgin bir fark yaratabilecek politikalar varsa- ki tütün önleme politikası, gıda, konut veya makroekonomik politikaları düşünün- yasa ve karar alma süreçlerini, ilgili politikanın sağlık üzerindeki etkilerini daha fazla hesaba katacak şekilde ayarlayarak yapabileceğimiz çok şey vardır. Bu yüzden "her politikada sağlık" (*health in all policies*) perspektifine doğru bir kayma yaşadık.

Bugün Ottawa Bildirgesi için "6. bir eylem alanı" tasarlamanız gerekseydi, bunun ana odak noktası ne olurdu?

Bildirge'nin temel olarak eylemlerimize rehberlik eden ilkeleri ve varmamız gereken hedefi belirlediği gerçeğiyle ilgili söylediklerime dönersem, Ottawa Bildirgesi 2.0, bu yolculuğu yapma kapasitemizi inşa etme ve güçlendirme ihtiyacına işaret eden bir eylem alanı içermelidir. DSÖ'nün diğer bildirge ve deklarasyonlarında olduğu gibi, temel katkısı sağlık profesyonellerine ve karar alıcılara meşruiyet sağlamaktır. Ancak Ottawa Bildirgesi bunun nasıl başarılabileceğini söylememektedir. Burada işi yapmak için gereken tüm sistemden bahsediyorum. Geliştirilmiş bir Bildirge, DSÖ üye devletlerine; yerel, bölgesel ve ulusal sağlık sistemleri içinde en azından eğitim, araştırma, değerlendirme, fonlama ve iş gücü için net roller ve pozisyon sağlayan uygun bir sistem inşa etmeleri gerektiğini bildirecektir.

Bu konuda söylenecek çok şey var ancak Rennes, Granada ve Innsbruck'taki Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencilerinin Bildirge'nin eksiklikleri olarak belirledikleri bazı şeyleri sizinle paylaşma fırsatını kaçırırsam kendimi affetmem. Bunu Avrupa Halk Sağlığı Derneği Sağlığı Geliştirme Bölümü'nün bir girişimi olarak yaptılar ve anlıyorum ki sizin öğrencileriniz de aynı şeyi yapabilir. Onlara sorduğumuz soru şuydu: *"Ottawa Bildirgesi 2026 yılında yazılmış olsaydı*

nasıl görünürdü?" Bu öğrenciler dünyanın dört bir yanından geliyorlardı, dolayısıyla doğal olarak ilk yorumlarından biri şuydu: Neden benim ülkem Bildirge'yi hazırlayan uzmanlar arasında temsil edilmedi? Sadece Ottawa Bildirgesi 2.0'ın yazımında daha kapsayıcı bir süreç çağrısında bulunmakla kalmadılar, aynı zamanda Ottawa Bildirgesi'nin aktardığından çok daha derin ve açık bir sosyal adalet vizyonu dile getirdiler. Örneğin; toplumsal cinsiyet ve ırk temelli şiddet ile damgalanmanın, sömürgeciliğin zararlarının (buna İsrail Devleti tarafından Filistin halkına uygulanan soykırım da dahildir) yokluğunu eleştirdiler. Onlara göre sağlığı geliştirme sadece bir dizi uygulama ve ilke değildir; sosyal adalete ulaşmanın gerçek bir yoludur. Bence bu öğrenci jenerasyonu sağlığı geliştirmenin geleceği için umut vadediyor.

COVID-19 sonrasında ve açığa çıkan iklim krizi ortasında, sağlığa yönelik devlet tepkileri sosyal güçlenmeden ziyade ağırlıklı olarak gözetim, kısıtlama ve güvenliğe yönelmiştir. Biyopolitik kriz yönetimi ve yukarıdan aşağıya müdahalelerin egemen olduğu bir çağda, güçlendirme temelli, insan hakları odaklı bir sağlığı geliştirme paradigması için hâlâ yapısal bir alan var mı? Kamu politikaları giderek acil durum kontrolü ve risk yönetimi tarafından yönlendirilirken, sağlığı geliştirme, kökleri özerkliğe ve sosyal adalete dayanan temel kimliğini nasıl savunabilir?

Bu, kolay çözümü olmayan karmaşık bir sorundur ve korkarım size tatmin edici bir yanıt sunamayacağım. Devletlerin mevcut zorluklara nasıl tepki verdiğine dair sorunuza doğrudan yanıt vermek yerine ben size bir soru sorayım. Sağlık sisteminde güç nerede konumlanır? Parayı takip etmek size çok şey anlatacaktır. Para sağlık sistemindedir; personel, hizmetler, tesisler, tedarikçiler, tıp ve hemşirelik okulları vb. unsurları kapsayan bir sistem. Birçok bireye ve şirkete maaş ve zenginlik sağlar. Bunda en ufak bir değişiklik bile, her zaman direniş ve çatışmayı tetikleme potansiyeline sahiptir. Bütçe kesintileri gerekiyorsa, en az direnç gösteren noktadan yapılacaktır ve dolayısıyla sistemin mantığını pek değiştirmeyecektir. Bu, güçlü bir eylemsizlik (*inertia*) kuvvetiyle karakterize edilen bir sistemdir. Olduğu gibi çalışacak şekilde kodlanmıştır ve toplum sağlığına yönelik yeni tehditlere çoğunlukla doğasını ve kimliğini tehlikeye atmayacak bir şekilde yanıt verecektir.

Sanki bu durum istikrarı ve sürdürülebilirliği güvence altına almak için yeterli değilmiş gibi, çoğu sağlık sistemi aynı zamanda bir ideoloji veya dilerseniz bir paradigma tarafından domine edilmektedir: Biyomedikal paradigma. Bu ideolojinin kökeni en az Pasteur devrimine kadar uzanmaktadır. Sağlığın öncelikle hastalığın yokluğuyla ilgili olduğuna inanmamıza yol açar. Hastalığın, çoğunlukla bireysel eylemlerle (örneğin spor yapma, sigarayı bırakma, bu ilacı alma çağrılarıyla...) ele alınabilecek bireysel bir sorun olduğuna inandırır. Ortalama yaşam beklentisi olarak ölçülen toplum sağlığını iyileştirmenin, her şeyden önce patolojilerin biyolojik köklerini bulmakla ilgili olduğunu, böylece hiçbiri kalmayana ve ölümsüzleşene kadar bir ölüm nedenini bir diğerinin ardı arkasından ortadan kaldırabileceğimiz varsayılır. Bu ideoloji, refahımızı etkileyen tüm sorunları tıbbi sorunlar olarak görmemize eğilimlidir. Kaliteli gıdaya yetersiz erişimin, gıda endüstrisi tarafından kullanılan agresif pazarlama stratejilerinin ve insan bedeninin nasıl görünmesi gerektiğine dair (özellikle kadınlar için) sürekli aşındırıcı bir ideale maruz kalmanın bir belirtisi olmaktan ziyade, çok sıklıkla bir patoloji olarak ele alınan obeziteyi



düşünün. Aynı durum, yoksulluk, güvencesizlik, toplumsal cinsiyet temelli şiddet, damgalanma vb. gibi açıkça altta yatan nedenler varken tıbbileştirilen bazı ruh sağlığı sorunları için de geçerlidir. Tüm bu faktörler, sağlık hizmetleri sistemlerini önleme ve sağlığı geliştirme alanından nispeten daha güçlü kılmaktadır.

Fransa'da şunu söyleyebilirim ki, sağlığı geliştirmeye yönelik kaydedilen o küçük ilerleme esasen çok az yatırımla ve baskın paradigmayı sorgulamaksızın gerçekleştirilmiştir. Şimdi soru şudur: Sağlık sistemini kendi yönümüze çekebilir miyiz? Bu konuda ben her zaman iyimser olacağım. Gücümüz var. Ve bu gücün bir kısmı, herhangi bir baskın paradigma gibi, biyomedikal olanın da hastaların, vatandaşların, yerel yöneticilerin ve sağlık profesyonellerinin yaşanmış deneyimleri sayesinde giderek daha fazla yüzleşmesinden kaynaklanmaktadır. Bu paradigmadaki anomalileri görmektedirler. Sağlık hizmetlerinin ne kadar değerli olursa olsun her şeyi çözemeyeceğini fark ediyorlar. Başka stratejilerin uygulanması gerektiğini, barınma ve ayrımcılık gibi sosyal belirleyicileri hedefleyen ve nüfusun geneline yönelik müdahalelerin, toplumun sağlığını ve refahını çok daha etkili ve sürdürülebilir bir biçimde iyileştirebileceğini anlamaktadırlar. Hastaları ve toplulukları için yapabileceklerinin sınırlarını deneyimlemiş, sorunların kök nedenlerine yönelik çalışmayı öğrenmek isteyen hemşirelerin ve tıp doktorlarının her zaman sınıflarımda olduğunu belirtmek isterim.

Özetle, belki aynı fikirde olmayabilirsiniz ancak sağlığı geliştirme işlevine gerçekten yatırım yapan bir sağlık sistemine doğru geçişin en muhtemel itici güçleri sağlık sisteminin kendi içinde değildir. Bunlar daha ziyade sivil toplumdadır. Önemli değişiklikler getirecek gerekli gücü ve kaldıraç etkisini yalnızca orada görebiliyorum. İşte bu yüzden toplumu erken yaşlardan itibaren sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda eğitmek bu kadar önemlidir. Ayrıca toplumla doğrudan temas halinde olan toplum sağlığı ve birinci basamak sağlık çalışanlarına da destek sağlamamız gerekir. Başlamak için iyi bir nokta, seçilmiş yerel yöneticilere sağlıkla ilgili konularda yetki vermektir (eğer henüz durum böyle değilse). Örneğin Fransa ve İspanya'nın artık yerel düzeyde geliştirilen ve kabul edilen sağlık planları vardır. Bu planların başlangıç noktası "kasabamız veya köyümüz, orada yaşayanların sağlığını ve refahını nasıl iyileştirebilir?" diye sormaktır. Bu sorunun yanıtlarının, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde daha geniş eylemleri, sektörler arası çalışmayı ve halkın katılımını kapsaması daha olasıdır. Tüm bunları söylemek şu anlama gelir ki -ki yine size konuşan, Fransa'dan bir adamdır- sağlığı geliştirmenin yerel düzeydeki kadar canlı ve hareketli olduğu başka hiçbir yer olmadığını gerçekten hissediyorum.

Akademik fonlama yapıları, araştırma değerlendirme sistemleri ve kurumsal baskılar giderek güvenli, mikro düzeyde "yaşam tarzı" veya davranışsal müdahale projelerini teşvik ederken; sistemik, politik ve yapısal eleştirileri köreltmektedir. Modern halk sağlığı akademisine baktığımızda: Sağlığı geliştirme disiplini etkili bir şekilde depolitize edilmiş midir? Alanın akademisyen bir lideri olarak, araştırmacılar ve bilim insanları, giderek piyasalaşan bir üniversite ekosisteminde Ottawa Bildirgesi'nin radikal ve sosyal adalet odaklı köklerini nasıl geri kazanabilirler?

Kuşkusuz sağlığı geliştirme, sağlığı geliştirme uygulayıcılarına meşruiyet kazandıran ve sahadaki çalışanlarla politika yapıcıların yenilikçi uygulamalarından öğrenerek kapasitesini artıran bir

araştırma ekosisteminin desteği olmadan gelişemez. Sağlığı geliştirme akademisyenleri olarak bu rolü yerine getirmede bir dizi engelle karşılaşıyoruz. İlk olarak, fon sağlayıcılarımıza yaptığımız işin gerçek bir fark yarattığını kanıtlamakta pek başarılı değiliz. Buradaki ana engel, sağlığı geliştirme eylemlerinin etkinliğini değerlendirmek için çok spesifik bir yöntemler hiyerarşisi dayatan baskın epistemolojik paradokstur (evet, biyomedikal paradoksa yabancı olmayan bir başka paradigma). Bildiğiniz gibi altın standart randomize kontrollü çalışmalardır (RKÇ). Ancak sağlığı geliştirme alanında müdahalelerimizin birçoğu bu tür bir metodolojinin kullanımına elverişli değildir. Kanıt düzeyinin her zaman oldukça zayıf olduğunu görmek için tüm-okul veya tüm-mahalle yaklaşımını kullanan kanıta dayalı programlara bakmak yeterlidir. Her zaman yapmamız gerektiği gibi toplulukla katılımcı bir perspektifle çalışıyorsanız, programın ne zaman gerçekten başlayıp bittiğini söylemek oldukça zordur. Çabaların başlangıcında program bileşenlerinin ve nedensel modelin nasıl evrileceğini öngörmek zordur. Topluluk üyeleriyle herhangi bir görüşme yapılmadan, program önceden tanımlanmışsa, katılım hakkında konuşamayız.

RKÇ'lerde somutlaşan bu paradigmanın bir diğer sorunu da dönüştürücü süreçlerin doğrusal nedenselliğin üretebileceğinden çok daha fazlasını içerdiği gerçeğini göz ardı etmesidir. Sağlığı geliştirme alanında, geri besleme döngüleri, yeni ortaya çıkan (*emergent*) özellikleri vb. olan sistemler üzerinde ve içinde müdahale ettiğimizi her zaman aklımızda tutmalıyız. Ve kapsamımızı bireylerle (ki bunlar bir sistemin unsurlarıdır) sınırladığımızda, ya hüsrana uğrayarak başarısız oluruz ya da bu yatırımlara değip değmeyeceğini ciddi şekilde sorgulatan çok mütevazı sonuçlar üretiriz.

Yine de bilimsel dergilerde bireysel risk faktörlerinin ötesine geçen müdahale araştırmaları için çok az da olsa yer vardır. Hibe başvurusunda ayrıntılı olarak tanımlanamayan programlara fon temin edebilmek son derece çetin bir süreçtir. Deneyimlerimden konuşuyorum. Fonlama için bir değerlendirme araştırma projesi sunduk ve bunu geçirmek dört denememizi aldı. Bu program, bağımlılık önleme uygulayıcıları tarafından geliştirilmişti. Program karmaşıktı çünkü farklı düzeylerde dönüşümler üretmeyi amaçlamaktaydı. Programı tasarlayan insanlar bunu değerlendirmeye elverişli hale getirme ihtiyacını akıllarında bulundurmamışlardı. Ancak programın tasarımcıları ve uygulayıcıları ile tartıştıktan ve onu tanımlayan materyali inceledikten sonra, potansiyel olarak madde kullanımını önlemede son derece yenilikçi bir yaklaşımı temsil ettiği sonucuna vardık. Hakemlerin programın etkililiğini kanıtlamanın yegane yolunun randomize kontrollü çalışma yürütmek olduğu konusunda ısrar eden ilk raporlarına rağmen nihayetinde fon sağladık. Bir fark yaratıp yaratmadığını bilemem ancak son denememiz için değerlendirme komitesine başvuru dosyamızla birlikte kısa bir mektup iliştirdim. Mektupta, değerlendirmek istediğimiz programın bir araştırma ekibi tarafından değil, uygulayıcılar tarafından geliştirildiğini belirttik. Bu durum, çalışmanın nedensellik modeli ve değişim teorileri üzerinde hiçbir kontrolümüz olmadığını gösteriyordu. Program birkaç yıldır yürütülmekteydi, bu da onun sürdürülebilir ve uygulanabilir bir çözüm olduğunu göstermekteydi. Ek olarak program, araştırmacılar tarafından geliştirilen programlarda genellikle mümkün olmayan (çünkü araştırmacılar ayrıldıklarında sona erme eğilimindedir) olgun bir uygulama sistemini araştırmak için nadir bir fırsat sunmaktaydı. Program ayrıca araştırmacılar tarafından ihmal edilen sorunların bazı belirleyicilerini de ele almaktaydı. Mektubu şu sözlerle bitirdim: Müdahale araştırmaları, pratiğin gerçekliğine uyarlanmalıdır, tam tersi değil. Anah-



tarlarını kaybeden ve anahtarlarını orada kaybettiği için değil, sırf orada ışık olduğu için sokak lambasının altında arayan adam gibi olmaktan vazgeçmeliyiz. Değerlendirmeye daha elverişli oldukları için kapsamlarını bireysel risk faktörleriyle sınırlayan müdahaleler tasarladığımızda tam olarak yaptığımız şey budur, yani lamba ışığı altında arama yapmaktır.

Sağlığı geliştirmede gerçek dünyanın karmaşıklığını kucaklamalı ve bir programın veya müdahalenin bir bilgisayara yüklenebilecek bir yazılım parçası olmadığını kabul etmeliyiz. Programın faaliyetlerinin gerçekleştiği çoklu bağlamsal unsurlar da programın başarısı için kilit bileşenlerdir. Bu, "A" bağlamında başarılı olan bir programın neden "B" bağlamında bu kadar zayıf sonuçlar verebileceğini açıklamaya yardımcı olur.

Özetle sağlığı geliştirme alanında eylemlerimizin nasıl bir dönüşüm üretmesinin beklendiğini daha net açıklamalıyız. Sadece programın çalışıp çalışmadığını bulmakla kalmamalı, aynı zamanda nasıl çalıştığını, hangi koşullar altında ve kimin için çalıştığını da açıklamalıyız. Eğer programımız yalnızca durumu zaten iyi olan insanlara yardımcı oluyorsa, o zaman bunun çoğunluk için ve hatta daha da ziyade en yoksun sosyal gruplar için çalışmasını sağlamanın bir yolunu bulmak acildir. Tüm bu unsurlar çok ilginç bilimsel makaleler ortaya çıkarır. Elbette yayınlanmayı başarabildikleri takdirde.

Şimdi, akademik sistemi sağlığı geliştirme araştırmaları için nasıl daha elverişli hale getirebileceğimize ilişkin sorunuza gelirsek; sağlık sistemi için verdiğim cevabın aynısını sunardım. Dışarıdan. Sivil toplum ve seçilmiş yerel yetkililerle daha yakın çalışmalıyız. Girişimlerinin geliştirilmesinde ve değerlendirilmesinde onlarla ortaklık kurmak, değerimizi ve sağlığı geliştirme stratejilerinin faydalarını sergilemenin hâlâ en iyi yoludur. Hangi tür araştırmaların fonlanması gerektiğine karar verme zamanı geldiğinde onları müttefiklerimiz yapmak çok değerli bir koz olabilir.

Eric Breton'ın Yapay Zeka kullanımına ilişkin beyanı: Metnin İngilizce ilk taslağı, cümlelerin ifadesini iyileştirmek için DeepL.com'un "Write" (Yaz) özelliği kullanılarak denetlenmiştir.

Derleme Makale



Hegemonya, Politika ve Sağlık: Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılında Tarihsel Bir Yeniden Okuma

Hegemony, Politics, and Health: A Historical Re-Evaluation on the 40th Anniversary of the Ottawa Charter

Işıl Ergin[1]

1. *Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Öz

Bu çalışma, Ottawa Bildirgesinin ilanının 40. yılında halk sağlığı politikasının geçirdiği tarihsel ve yapısal dönüşümleri sosyolojik, politik-ekonomik ve tematik boyutlarıyla ele almaktadır. Bildirgenin sağlığı toplumsal, politik ve ekolojik bağlamına oturtan radikal vizyonunun, aradan geçen sürede küresel kapitalizmin derinleşmesi ve neoliberal politikalar nedeniyle nasıl aşındırıldığı incelenmiştir. Özellikle devletin sağlık hizmetlerindeki kamucu ve düzenleyici rollerinin zayıflatılması, sağlığa erişimin metalaştırılması ve sorumluluğun bireylere yıkılması gibi süreçler eleştirel bir perspektifle masaya yatırılmıştır. Çalışma; iklim krizleri, küresel eşitsizlikler ve sağlığın ticari belirleyicileri gibi güncel çoklu krizler çağında, Ottawa'nın kurucu ruhunu hatırlamanın ötesinde, sağlığı piyasa tahakkümünden kurtaracak kamucu ve ekososyal yeni bir paradigmanın acilen inşa edilmesi gerekliliğini savunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Ottawa Bildirgesi; sağlığın geliştirilmesi; halk sağlığı

Abstract

This study examines the historical and structural transformations of public health policy through sociological, political-economic and thematic dimensions on the 40th anniversary of the Ottawa Charter. It analyzes how the Charter's radical vision-which situated health within its social, political, and ecological contexts-has been eroded over time due to deepening global capitalism and neoliberal policies. Specifically, processes such as the systematic weakening of the state's public and regulatory roles in healthcare, the commodification of health services and the shifting of responsibility onto individuals are critically evaluated. The study argues that in an era of contemporary polycrises, such as climate crises, global inequalities, and commercial determinants of health, remembering Ottawa's founding spirit is not enough; rather, it necessitates the urgent construction of a new public and eco-social paradigm that liberates health from market dominance.

Keywords: Ottawa Charter, health promotion, public health

Geliş Tarihi / Received: 31.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 20.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Işıl Ergin **E-posta:** isil.ergin@ege.edu.tr

Sorumlu Editör / Handling Editor: Nuray Özgülnar

Atıf için / Suggested Citation: Ergin, I. (2026). Hegemonya, Politika ve Sağlık: Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılında Tarihsel Bir Yeniden Okuma. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 16-34

Giriş

17–21 Kasım 1986'da Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen ilk Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, "*Yeni bir halk sağlığına doğru hareket*" alt başlığı ile toplanarak Ottawa Bildirgesini ortaya koydu (Thomas vd., 2025). Bildirge "*dünya genelinde yeni bir halk sağlığı hareketine yönelik artan beklentilere bir yanıt*" idi ve "Herkes için Sağlık" hedefine ulaşılmasına yönelik ilke ve stratejileri içermekteydi (World Health Organization [WHO], 1986). Sağlığı geliştirmeyi bir halk sağlığı uygulama alanı olarak tanımlamaktaydı (WHO, 2005) ve sonraki yıllarda bu belgeden "sağlığı geliştirme çalışanları için bir mantra" (Baum & Sanders, 1995) ve "yeni halk sağlığı kutsal kitabı" (Baum, 2008) olarak söz edilecekti.

Dönemin halk sağlıkçıları, tıbbi modele dayalı, ağırlıklı olarak bulaşıcı hastalıklara odaklanan, bireye ve davranış değişikliğine yoğunlaşan, sağlığı etkileyen çevresel, sosyal ve ekonomik zorluklar karşısında çekingen ve siyasi açıdan fazla etkisiz bir halk sağlığı modeline tepki gösteriyordu. Söz konusu Bildirge, bu "eski" halk sağlığı anlayışından radikal bir kopuşu amaçlıyordu; ancak aynı zamanda, halkın ve siyasetin içinde daha aktif rol alan ve sağlık sorunlarının kök nedenlerini ele almakta daha fazla kararlılık gösteren, 19. ve 20. yüzyılın başlarındaki çok daha eski bir halk sağlığı geleneğine de pek çok açıdan bir geri dönüş niteliği de taşıyordu. Snow, Chadwick, Richardson ve Howard gibi Viktorya dönemi halk sağlığı ve kent sağlığı öncüleri ya da Virchow gibi sosyal tıp duayenleri hâlâ birer kahramandı. Fikirleri 1970'lerde ve 1980'lerde yeniden keşfedilmeden 50 yılı aşkın bir süre önce sağlık, çevresel sürdürülebilirlik, sosyal belirleyiciler ve kent planlaması birbiriyle bütünleşik bir biçimde ele alınmıştı (Hancock, 2011).

Bildirgenin kısa ama yoğun içeriğe sahip sayfaları yeniden okuduğunda söz konusu metnin günümüzdeki çalışmalar açısından hâlâ canlandırıcı ve heyecan verici bir geçerliliğe sahip olduğu görülüyor; hatta belki de bu geçerlilik bugün daha da artmış durumda. Ancak son yıllarda hem kamuoyunda hem de siyasi alanda, tıbbi modele-yani yaşam tarzlarına, kişisel sorumluluğa ve bulaşıcı hastalıklara odaklanan yaklaşıma- geri dönme eğilimi ve sağlığa zarar veren siyasi ve toplumsal güçlerle yüzleşme konusunda isteksizlik ön planda. Geçen 40 yılda sağlığın geliştirilmesi alanında alınan yol ne yazık ki tatmin edici bir ilerlemeye işaret etmiyor ve bildirge ortaya koyduğu sorunları tam olarak ele almanın çok uzağında kalıyor (Breton, 2016; Hancock, 2011). Bunu anlamak için Ottawa'nın hangi koşullarda doğduğunu, nasıl bir paradigma değişimine işaret ettiğini, bu değişimi başarma çabasında nasıl bir ekonomi-politiğin kurbanı olduğunu veya neden pratikte beklenen radikal dönüşümü tam anlamıyla hayata geçiremediğini sorgulamak gerekiyor. Buradaki dinamikler bugün sağlığın ve sağlık hizmetlerinin sıkıştırıldığı dar çerçevenin mekanizmalarını deşifre etmek yanı sıra dünyadaki hegemonya savaşlarını anlamak açısından da iyi bir laboratuvar sunuyor.

Ottawa Bildirgesinin ortaya çıkış sürecini ve ilerleyişini ele alırken tarihsel perspektif içinde önce Soğuk Savaş yılları ele alınacaktır. Gelişmiş kapitalist ekonomilerin sağlık alanındaki idari ve mali krizlerine yanıt olarak doğan Lalonde Raporu incelenecek ve post-kolonyal ülkelerin, sosyalist bloğun ve küresel Güney'in adalet ve temel sağlık taleplerini deklare eden Alma-Ata Bildirgesi ele alınacaktır. Bu uzlaşmaz gibi görünen iki hattın, neoliberal rüzgarların artan basıncı altında yeni bir küresel senteze ve uzlaşı metnine Ottawa'da Kanada'nın ev sahipliğinde, Ottawa Bildirgesi olarak şekillenmesi



değerlendirilecektir. Geçen 40 yılda Ottawa'nın evrimi ve izlediği yol tartışılacaktır.

Ottawa Konferansı öncesinde dünyanın ekonomi-politik çehresi

Soğuk Savaş yılları (1948 sonrası)

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönem, Nazi Almanya'sına karşı kurulan müttefik ittifakının dağıldığı, nükleer gerilimlerin ve Berlin krizi gibi gelişmelerin ardından Soğuk Savaş'ın resmen başladığı bir konjonktüre sahne olur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), II. Dünya Savaşı sonrasında küresel sağlık standartlarını belirlemek ve uluslararası iş birliğini koordine etmek amacıyla 1948'de Birleşmiş Milletler (BM) 'in uzmanlık ajansı olarak kurulur, ancak kısa sürede Soğuk Savaş'ın ideolojik kamplaşmalarının ve blok çekişmelerinin merkezinde yer alır. Örgüt yönetiminin ve bütçe politikalarının Batı blokunun, özellikle de ABD'nin dış politika öncelikleri doğrultusunda şekillenmesi ve Doğu Avrupa'ya kaynak akışının engellenmesi, Sovyetler tarafından eleştirilir. Sovyetler Birliği'nin 1949'da başını çektiği protesto dalgasında Polonya, Çekoslovakya, Macaristan, Romanya, Bulgaristan ve Arnavutluk da benzer gerekçelerle DSÖ'den çekilip yeni bir sağlık ve iş birliği ağı kurarlar. Ancak 1956'da DSÖ'ne yeniden dönerek Batı'nın tek yönlü ve hastalık odaklı kampanyalarını eleştirmeye devam ederler. 1960'ların ortalarından itibaren dekolonizasyon sürecinin hızlanmasıyla birlikte küresel Güney ülkeleri de Batı neokolonyalizmine karşı ses yükseltmeye başlar. 1961 Dünya Sağlık Asamblesi (DSA)'nde bu dayanışma daha siyasi bir nitelik kazanır, Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB); Polonya ve Küba ile "Sömürge Ülkelere ve Halklara Bağımsızlık Tanınması ve DSÖ'nün Görevleri"ne ilişkin bir Bildiri önerisinde bulunur. DSÖ'nün "sağlık alanında sömürgeciliğin sonuçlarının ortadan kaldırılmasına yardımcı olması" görüşü tartışmalara yol açar; Birleşik Krallık delegesi, SSCB'nin sömürgelerdeki sağlık sorunlarının "sorumlusu olan etkenler" hakkında "yanlış varsayımlarda bulunmakla" ve "gerçekleri çarpıtmakla" suçlar. 1970 DSA'nde DSÖ'nün önemli işlevleri arasına, üye devletlerin kendi sağlık sistemlerini geliştirmelerine yardımcı olmanın en rasyonel ve etkili yollarının belirlenmesi eklenir. Ayrıca ulusal sağlık sistemlerinin kurulması ve geliştirilmesine yönelik en etkili ilkeler belirtilirken ücretsiz sağlık hizmetleri ve devletin hizmet sunumundaki rolü konularında tartışmalar yaşanır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin heyeti, hizmetin "ücretsiz" sunulması yerine "mali veya diğer engeller olmaksızın" sağlanmasını belirten bir ifade kullanılmasını savunur. ABD ayrıca, "tek bir ulusal plana dayalı ulusal sağlık hizmetleri sistemi" yerine "ülke çapında bir sağlık hizmetleri sistemi" önerilmesinde ısrarcı olur (Birn & Krementsov, 2018). Böylece DSÖ, kuruluşundan itibaren yalnızca teknik bir sağlık ajansı olarak kalmaz ve kutuplaşan dünyanın ideolojik çekişmelerinin, dekolonizasyon mücadelelerinin ve devletin sağlık hizmet sunumundaki rolüne dair çetin politik-ekonomik müzakerelerin merkez sahnelerinden biri olur.

1972'de, UNICEF/DSÖ iş birliğinde temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu üzerine bir çalışma başlatılır ve Yeni Zelandalı toplum sağlığı uzmanı Kenneth Newell bu işin başına getirilir. Kariyerinin erken dönemlerinde Rockefeller Vakfı ile çalışmış Brezilyalı hekim ve uzun süreli DSÖ Genel Direktörü Marcolino Candau'nun yerini, 1973'te yardımcısı Halfdan Mahler alır; Mahler, sağlıkta adalete ciddi biçimde bağlılık duyan Danimarkalı bir tüberküloz uzmanıdır. Mahler; DSÖ'nün

teknik temelli, hastalık odaklı kampanyalardan uzaklaşması ve Temel Sağlık Hizmetleri'(TSH)ne odaklanması gerektiğine inanmaktadır. Onun "Herkes için Sağlık" hedefinde, toplum katılımına odaklanan tabandan yukarıya yaklaşımlar, önleme-tedavi-sağlığı geliştirme süreçlerinin bütünleştirilmesi, sektörler arası iş birliği ve ulusal düzeyde kendine yetebilme vardır (Birn & Krementsov, 2018). Bu yeni ekibin adımları, DSÖ'nün toplumsal katılımı, eşitliği ve TSH'ni merkeze alan 'Herkes için Sağlık' vizyonuna geçişin dönüm noktası olur.

Bu tarihsel kavşakta Lalonde Raporu ve Alma Ata Bildirgesi gündeme gelir. Bu iki belge, çatışan ideolojik ve jeopolitik akımların çarpışma alanını tanımlar. Bir tarafta Lalonde'un sunduğu çerçeve gelişmiş Batı dünyasının idari ve mali dertlerini yansıtarak bireyselleştirilmiş bir sağlık rasyoneli inşa ederken; Alma-Ata Bildirgesi (1978), yeni post-kolonyal devletlerin, sosyalist bloğun ve dönemin ilerici halk sağlıkçılarının yoksulluk, eşitsizlik ve TSH hizmetleri merkezli taleplerini seslendirmektedir.

Sağlık ve sağlık hizmetlerine dair gelişmiş ülkelerde değişen gündem: Kanada örneği ve Lalonde raporu (1974)

Dönemin Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde'un adıyla anılan "*Kanadalıların Sağlığına Yeni Bir Bakış*" raporu 1974'te yayınlanır (Lalonde, 1974). Lalonde Raporu; hastalık ve engelliliğin sosyal belirleyicilerine odaklanır, sağlığı geliştirme alanında yeni bir dönemi başlatır ve oldukça etkili olur. Ancak, bireysel sorumluluğa yaptığı vurgusu, sağlık eşitsizliklerine yol açan yapısal ve çevresel etkenleri göz ardı eden neoliberal bir gündeme işaret etmesi ve "önemli bir hükümet politika belgesinin hazırlanması sürecinde izlenen kapsamlı dış ve iç istişare prosedürleri" olmaksızın kaleme alınması nedeniyle epey eleştirilir. (Foth & Holmes, 2018; Wright, 2025)

1970'lerde Kanada, önemli bir epidemiyolojik dönüşüme tanık olur. İki nesil önce bebek ve çocuk ölümleri ile boğuşan Montreal ve Toronto hijyen reformları, okul çocuklarının beslenmesi, sütün pastörize edilmesi, zorunlu aşı uygulamaları, yaşam standartlarındaki genel artış ve ilk nesil antibiyotikler ile ölümlerde ciddi bir azalma sağlamıştır. 1960 ve 1970'lerde birçok sanayileşmiş ülkede çiçek hastalığı, kızamık, difteri ve çocuk felci kaynaklı bebek ve çocuk ölümleri giderek azalmıştır. Artık, "dejeneratif ve insan kaynaklı hastalıklar" dönemi başlamıştır. Tıbbi bakım ve sağlık harcamaları; yetişkinleri etkileyen bu kronik hastalıklara yönelmeye başlar. Bu bağlamda, çoğu sanayileşmiş ülkede devlet tarafından yönetilen ve finanse edilen hastalık sigortası sistemi ve tıbbi hizmetler hedefe oturmaya başlar. Sağlık maliyetlerini artıran bu hastalıklar "yaşam tarzı" veya "refah hastalıkları"dır. Sigara kullanımı, alkol ve yasa dışı madde kullanımı, trafik kazaları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar bu perpektif ile ele alınır. Hareketsiz yaşam tarzı; ofis çalışmaları ve evde televizyon izleme kültürünün yaygınlaşmasıyla ve "fast food" gıdalara olan bağımlılığın artmasıyla ilişkilendirilir (Wright, 2025).

Bu süreçte, Kanada'da ve sanayileşmiş dünyanın geri kalanında devlet destekli hastane ve tıbbi hizmetler yaygınlaşmaktadır. Kanada'daki refah devleti, gayri safi yurt içi hasılanın 1945-1973 arasında iki katına çıkmasını sağlamış, işsizlik ve enflasyon düşük düzeylerde kalmıştır. Aile yardımları, yükseköğretim, işsizlik sigortası ve yaşlılık aylıklarına ciddi yatırımlar yapılmıştır. Kanada'da hastanelerin yönetimi ve belediye düzeyindeki halk sağlığı girişimleri eyaletlerin sorumluluğundadır. Federal hükümet tıbbi hizmetlerle ilgili daha sınırlı bir sorumluluğa sahiptir. Ancak süreçte federal hükümetin gelirleri



artarken eyalet bütçeleri daralmış ve hastanelerdeki tanı ve tedavi hizmetleri eyaletler için ağır gelmeye başlamıştır. Merkezden geçici destekler, federal hibeler veya geri ödeme mekanizmaları başlatılır. Dönemin liberal hükümeti yeni bir bayrak ve yeni bir ulusal marşla birlikte "özel hekimlik uygulaması" ve "kamu tarafından ödeme" şeklindeki iki temel ilkeye dayanan Medicare'i benimser ve uygulama 1968 ile 1973 arasındaki beş yıllık bir süreye yayılır. Ancak eyalet sağlık bakanları, Medicare'in uzun vadede ekonomik açıdan sürdürülebilir olup olmayacağı konusunda endişelidir. Tüm bu endişelerin üzerine 1973'te başlayan Arap-İsrail Savaşı ile OPEC petrol üreticisi ülkelerin petrol ambargosu, Kuzey Amerika ekonomisini yüksek enflasyon, düşük ekonomik büyüme ve ciddi bütçe açıklarıyla on yıl sürecek bir krize sürükler. Uzak Doğu ülkelerinden artan rekabet Kanada'nın geleneksel imalat sektörünü zayıflatır. Kanada'daki savaş sonrası Refah dönemi sona ermiştir (Wright, 2025).

Lalonde Raporu, 1970'lerin bu istikrarsız ekonomik ortamı gerekçe gösterilerek sağlık hizmetlerinde yeni bir finansman aklına ihtiyaç olduğu gerekçesi ile 1974'te yayımlanır. Rapor yalnızca vatandaşları sağlıklarına ilişkin kişisel sorumluluk taşıyan özerk ve rasyonel aktörler olarak gören (neo)liberal görüşü yaymakla kalmaz; aynı zamanda Medicare'in dönüşümünde bir ilk adım oluşturur ve sağlığı geliştirme meselesinin çok ötesine geçer. "Kaderin yerini risk alır". Dahası, bu raporun hazırlanmasındaki temel etkenlerden biri, sağlık sisteminin aşırı maliyetli ve etkisiz olduğu düşüncesidir. Dolayısıyla rapor, bir kemer sıkma programını meşrulaştırmak amacıyla da kullanılır. Kanada'daki Medicare sistemi, vatandaşların sosyo-ekonomik durumlarından bağımsız olarak sağlık hizmetlerine eşit erişimini öngören evrensellik ilkesine dayanır ancak rapor sağlık hizmetlerinin neoliberal dönüşümü için zemin hazırlar. Sağlık sistemini dönüştürmekle kalmaz, sağlıkla ilgili konulardaki davranışlarımıza dair düşünce yapımızı da kökten değiştirir (Foth & Holmes, 2018).

Raporun geliştirilme sürecine bakılacak olursa; Marc Lalonde, 1972'de Sağlık Bakanlığı yönetimini devralmasını takiben "Uzun Vadeli Sağlık Planlama Birimi"ni kurar ve 1973'te "Sağlık Araştırmaları Öncelikleri Üzerine Ulusal Sempozyum"u koordine eder. Rapor burada şekillenir. Çok sayıda politika önerisi içeren bu teknokratik belge, 1970'lerin başında büyük ses getiren İngiliz tıp profesörü ve demograf Thomas McKeown'un şu tezi ile başlar: *Geçtiğimiz yüzyılda kaydedilen büyük sağlık ilerlemelerinin teknolojik ve kurumsal tıpla nispeten az bir ilgisi vardır; bu ilerlemeler daha ziyade, yükselen yaşam standartları ile artan toplumsal refahın mümkün kıldığı halk sağlığı müdahalelerine atfedilebilir"* (Wright, 2025). Rapor

> *"sağlık hizmetlerine ilişkin geleneksel görüşün bir sonucu olarak, tıbbi bakım, hastane bakımı, laboratuvar testleri ve reçeteli ilaçlar dahil olmak üzere sağlığa yönelik doğrudan harcamaların büyük kısmı hekim odaklıdır. [...] ağırlıklı olarak mevcut hastalıkların tedavisine yönelmiş bir kişisel sağlık hizmetleri sistemine yılda yedi milyar dolara yakın harcama yapıldığı görülmektedir"* (Lalonde, 1974)

diye belirtir ve tedavi edici hizmetlerin yüksek maliyetli ve toplumsal sağlık çıktıları açısından maliyet etkin olmadığına dair düşünceyi kanıtlarla destekler.

Rapora göre; çocukluk çağı dışındaki ölümlere ve özellikle genç yetişkinlerdeki "kaybedilen üretken yıllar"a odaklanılmalıdır. *"Kanada'nın ciddi boyutta bir erkek ölüm oranı sorunuyla karşı karşıya olduğu*

şüphesizdir" (Lalonde, 1974). Kadınların veya yerli halkların sağlık sorunlarından hiç bahsedilmez. Raporun sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin kısmı asıl amacını açıkça ortaya koyar: Finansal teşvikler yoluyla serbest piyasa ilkelerinin devreye sokulması, sorumluluğun sağlık ve sosyal sistemden bireysel vatandaşlara kaydırılması, bölgeselleştirme yoluyla "büyük devlet" yapısının küçültülmesi, sağlık hizmeti sunum maliyetlerini düşürmek için ekonomik teşviklerin kullanılması ve Medicare sistemini dönüştürmek. Raporda tespit edilen "sorunlar" ve önerilen çözüm yolları böylece neoliberal senaryoyu izler (Foth & Holmes, 2018).

Lalonde raporunu takibeden yıllara bakıldığında, raporun önerilerinden yola çıkılarak çok az sayıda federal yasa hayata geçirilmiş, hükümet vatandaşlarını sağlığı geliştirici faaliyetlere yönlendirme çabasında da zayıf kalmıştır. Ancak 1970'lerde Kanada, küresel halk sağlığı politikalarına yön veren bir role sahiptir ve bu olağanüstü etkinin arkasında, ülkenin çok taraflı örgütlerdeki "orta güç" rolü, savaş sonrası kurulan güçlü halk sağlığı altyapısı, DSÖ'deki kurucu varlığı ve yurtdışından gelen nitelikli sağlık profesyonelleri göçüyle genişleyen uluslararası ağı vardır. Bu önemli uluslararası rol, raporun pek çok başka rapora, özellikle İngiltere ve ABD'de esin kaynağı olmasının önünü açar. Britanya'nın 1976'daki "*Önleme ve Sağlık: Herkesin İşi (Prevention and Health: Everybody's Business)*" adlı kamu politikası belgesi ve ABD Halk Sağlığı Servisi Başkanı'nın 1979'daki *"Sağlıklı İnsanlar (Healthy People)*" başlıklı belgesi bunlara örnektir (Wright, 2025). Lalonde Raporu, kısa sürede yalnızca Kanada'da kalmayarak ABD ve İngiltere başta olmak üzere pek çok Batı ülkesinin sağlık politikalarına yön veren küresel ölçekte prestijli bir referans haline gelir. ABD'de Reagan yönetimi, önleyici sağlık programları ve diğer toplum hizmetleri için eyaletlere sağlanan federal yardımları sistematik bir şekilde %35 oranında azaltır ve sağlık hizmetlerinde ilave kesintilere gider. Thatcher yönetimi Ulusal Sağlık Hizmetini(NHS) zayıflatır. Daha da önemlisi, bu rapor neoliberal bir toplumda sağlık hizmetleri ve refaha ilişkin bakış açısının köklü bir şekilde değişmesine katkıda bulunur. Bir refah devletinde sağlık, kolektif bir sorumluluk ve bir hak olarak görülür; sağlık hizmetlerinin sunumu ticari bir faaliyet değil, bir hizmet olarak kabul edilir. Lalonde Raporu, bu anlayışı radikal bir biçimde sona erdirir. Tüketici egemenliği fikrine dayanan değerler çerçevesi, sağlık hizmetlerinin üretimi ve kullanımının, bireysel tercih ve seçimler doğrultusunda şekillenmesi gerektiğini savunur. Kaynakların dağılımı bir sosyal politika meselesi değil, bireylerin tüketim tercihleriyle bağlantılı bir konudur. Bununla birlikte rapor, yalnızca kesintiler için bir gerekçe sunmakla kalmamış, aynı zamanda federal hükümetin rolünü de değiştirerek onu hastalıkların ekonomik sonuçlarına karşı koruma veya ülke genelinde sağlık hizmeti standartlarını güvence altına alma sorumluluğundan muaf tutmuştur (Foth & Holmes, 2018).

Lalonde Raporu bireyci ve teknokratiktir. Sağlık sorunlarının kaynağını ve çözümünü toplumsal yapılardan, sınıfsal eşitsizliklerden veya ekonomik sistemden arındırıp büyük ölçüde bireyin kendi tercihlerine ve yaşam tarzına (ne yediği, sigara içip içmediği, egzersiz yapıp yapmadığı vb.) bağlar. Sorun çözülemediğinde sorumluluk devlette veya sistemde değil, "sağlıksız seçimler yapan bireyde" kalır. Sağlığı politik veya yapısal bir adalet meselesi olarak değil, uzmanların, bürokratların ve teknisyenlerin yönetebileceği idari, istatistiksel ve tıbbi bir mühendislik alanı gibi ele alır. Sistemin değiştirilmesini değil, mevcut mekanizmaların daha verimli işletilmesini savunur. Bu yönüyle rapor, sosyalist blokun ve G-77 ülkelerinin işaret ettiği küresel emperyalizm, sömürü ve yapısal eşitsizlik gibi yakıcı politik gerçekleri göz ardı ederek, meseleyi idari ve bireysel bir kontrole indirger (Wright, 2025).



Lalonde Raporu, kamu kaynaklarını üçüncü basamak hastane hizmetlerinden uzaklaştırmayı başaramamıştır. Aradan geçen 50 yılda, Kanada'nın gayri safi yurt içi hasılası içerisinde sağlık harcamalarının 1974'teki %7 payı günümüzde %12,4'e tırmanmıştır. 1990'lardaki hastane yeniden yapılandırma hamleleri ve verimlilik arayışları bu ağırlığı kırmaya yetmemiş; sağlık geliştirme çalışmalarına hâlâ çok az pay ayrılmıştır. Ancak Lalonde Raporu'nun yarattığı asıl dönüşüm, harcamaların hacminden ziyade karakterinde ve ideolojik zemininde gerçekleşmiştir. Masrafların artışını frenleyemeyen bu yaklaşım, sorumluluğu kamusal ve yapısal alandan çekip alarak bireylerin omuzlarına yıkan, sağlığı bireysel tercihlere indirgeyen yeni bir paradigma inşa etmiştir. Rapor, yükselen maliyet krizlerini yönetmek adına bireyleri kendi sağlıklarından sorumlu "girişimci özneler" olarak ilan ederken, devletin ve piyasanın yapısal sorumluluklarını perdeleyen bir maske işlevi görmüştür (Wright, 2025).

Doğu Bloku'nun ve gelişmekte olan ülkelerin sağlığı sosyo-ekonomik bağlamı ve devlet sorumluluğu üzerinden okuyan yaklaşımına karşı, Batı dünyasının sağlığı "bireysel yaşam tarzı seçimlerine" ve "çevresel risklere" indirgeyerek, sistemi revize etme ihtiyacı (Wright, 2025) Alma Ata ile karşılaştırıldığında daha görünür hale gelir.

Alma Ata Bildirgesi (1978)

6-12 Eylül 1978'de SSCB'de Kazakistan'ın başkenti Alma Ata'da DSÖ ve UNICEF iş birliğinde Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı gerçekleştirilir. 134 ülke ve 67 STK'dan 3000 delegenin yoğun katılımıyla gerçekleşen toplantı DSÖ'nün uzun süredir benimsediği, teknik odaklı ve yukarıdan aşağıya işleyen, hastalıkları ortadan kaldırma yaklaşımından bir kopuşa işaret etmektedir. Sağlığa toplum temelli ve sosyal adalet odaklı bir bakış vurgulanmaktadır. Toplantının amacı, "kapsayıcı ulusal sağlık sistemleri ve kalkınma çerçevesinde" TSH uygulamalarına ilişkin "deneyim alışverişinde bulunmak" ve TSH'nin hükümetler ile uluslararası kuruluşlarca benimsenmesini "daha da teşvik etmek"tir. Yaklaşımın temelinde; evrensel erişilebilirlik, hakkaniyet, önleme ve tedavinin bütünleştirilmesi, toplum sağlığı konusunda hükümetin sorumluluğu ve toplum katılımı fikirleri yer alır. Toplantı, 22 tavsiye ve beraberindeki Alma-Ata Bildirgesi'nin kabul edilmesiyle sona erer ve 2000 yılına kadar "Herkes için Sağlık" çağrısında bulunur. Sağlığın temel bir insan hakkı ve önemli bir küresel sosyal hedef olduğu ilkeleri somutlaştırılır ve TSH şu şekilde tanımlanır:

> "*Pratik, bilimsel olarak sağlam ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlere ve teknolojiye dayalı TSH; bireylere ve ailelere, topluluk içinde tam katılımları yoluyla ve topluluğun ve ülkenin karşılayabileceği bir maliyetle evrensel olarak erişilebilir kılınmış; özyeterlilik ve kendi kaderini tayin etme ruhuyla bireyin tüm gelişim aşamalarında yürütülür.*"

Olayın bir diğer önemli yönü ise, bildirgenin, adaletsiz bir küresel düzenden kaynaklanan ülkeler arasındaki ve içindeki sağlık durumundaki "büyük eşitsizliği" "siyasi, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez" olarak kınamasıdır (Birn & Krementsov, 2018). Bir diğer taraftan sömürgecilikten kurtulma sürecindeki bir Afrika'nın varlığı ve küresel anti-emperyalist ve sol hareketin etkisi gibi yeni bir siyasi bağlamda ortaya çıkan, hem zengin hem de yoksul ülkelerden oldukça geniş bir katılımın Alma Ata'da bu gündemi belirlediği söylenebilir (Cueto, 2004; Venediktov, 1998).

SSCB, toplantıdaki görüşmelerin yalnızca bir arka planını oluşturmaz: Sovyet yetkilileri, DSÖ'yü bir konferans düzenlemeye teşvik eder ve konferansa ev sahipliği yapıp başkanlık eder. Konferansın ortasına denk gelen hafta sonunda Sovyet ev sahipleri katılımcıları; daha önce "az gelişmiş" olan bölgelerde kaydedilen ilerlemelere bizzat tanıklık etmeleri amacıyla Alma-Ata bölgesinin yanı sıra komşu Özbekistan ve Kırgızistan'daki sağlık tesislerini ziyarete götürür; böylece SSCB kendi sosyalist sağlık sistemini, Sovyet kriterlerine göre tanımlanan TSH başarı örneği olarak sergiler (Birn & Krementsov, 2018).

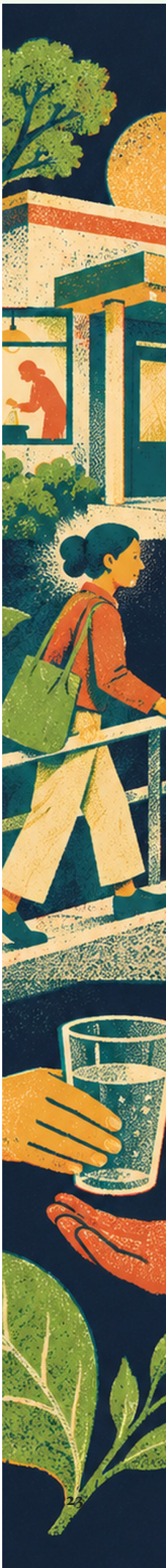
Konferans ve bildiri, TSH yaklaşımına ve bu yaklaşımın herhangi bir sağlık sistemindeki merkezi konumuna büyük bir görünürlük kazandırır Etkinlik, üye ülkelerde sağlık politikasını yeniden şekillendirme ve DSÖ'nün kendi gündemini yeniden yönlendirme çabalarına ivme kazandırır. 1979'da, DSÖ'nün karar organı olan DSA bildiriyi onaylar; iki yıl sonra ise BM Genel Kurulu, tüm üye ülkeleri DSÖ koordinasyonunda "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık Küresel Stratejisi"ni uygulamaya çağıran özel bir karar tasarısını kabul eder (Birn & Krementsov, 2018).

Bu hedeflere tam olarak ulaşılamamış olsa da Alma-Ata toplantısı ve TSH bildirisi, uluslararası sağlık camiasında her daim geçerliliğini koruyan bir ortak çağrı ve ilham kaynağı olur. Nitekim, 40 yıl sonra Alma-Ata'nın sembolik önemi varlığını sürdürmektedir. Dünya genelinde tekrar eden ekonomik ve siyasi krizlerin yanı sıra DSÖ'nün liderliğine yönelik eleştirilerin yaşandığı bir ortamda; Alma-Ata bildirisi sağlık ve sağlık hizmetlerine yönelik sosyal adaletçi bir yaklaşıma doğru hem ilham hem de yol gösterici normlar bütünü sunmaya devam etmektedir (Birn & Krementsov, 2018).

1980'lerin başlarında "Sağlığı geliştirme" terimi, "sağlık eğitimi" ve "hastalıkların önlenmesi" alanlarındaki oldukça geleneksel yaklaşımlardan memnun olmayan yeni bir halk sağlığı aktivist grubu tarafından giderek daha sık kullanılmaya başlanır. Bu terim; olumlu, yaratıcı ve sonuç odaklı bir yaklaşımı ifade eder. Ancak bazı bağlamlarda ve dillerde "geliştirme" (promotion) terimi, "iyileştirme" ve "güçlendirme"den ziyade "pazarlama" ve "satış" ile eşanlamlı olarak algılanır. Bu durum, DSÖ'yü konuya açıklık getirmek ve bir yön belirlemek amacıyla 1984'ün sonlarında Kopenhag'da özel bir toplantı düzenlemeye sevk eder; söz konusu toplantı, sağlığı geliştirme konusundaki ilk kapsamlı belgenin hazırlanmasını sağlar. Health Promotion International dergisi, yayın hayatına başladığı 1986'daki ilk sayısında "Sağlığı Geliştirmenin Kavram ve İlkeleri" başlıklı yazıyı yayınlar ve bu yazı Ottawa Konferansı ve Ottawa Bildirgesi için bir sıçrama tahtası görevi görür (Catford, 2007). Süreç; Alma-Ata TSH Bildirgesi, DSÖ'nün "Herkes İçin Sağlık" Hedefleri belgesi ve DSA'da sağlık alanında sektörler arası eylem konusunda yürütülen tartışmalarla sağlanan ilerlemeler temel alınarak şekillenir (WHO, 1986).

Gelişmiş kapitalist ekonomilerin sağlık alanındaki idari ve mali krizlerine yanıt olarak doğan Lalonde Raporu ile post-kolonyal ülkelerin, sosyalist bloğun ve küresel Güney'in adalet ve temel sağlık taleplerini deklare eden Alma-Ata Bildirgesi, 1980'lerin eşiğinde iki ayrı küresel gerçekliği karşı karşıya getirdi. Bir tarafta artan maliyetleri bireysel sorumluluk ve piyasa rasyoneliyle zapt etmeye çalışan Batı merkezli teknokratik akıl; diğer tarafta ise sağlığı küresel bir sosyal adalet ve insan hakkı olarak tanımlayan yeni halk sağlığı vizyonu yer aldı.

Ottawa, Alma-Ata'nın o kitlesel, radikal ve kamucu coşkusuna kıyasla çok daha sınırlı, dar ve tek-



nokratik bir zeminde gerçekleşti. Alma-Ata 134 ülke ve binlerce delegenin katıldığı devasa bir küresel iddiayken, Ottawa çok daha dar bir katılımla, gelişmiş dünyanın kontrollü masasında şekillendi.

Ottawa Bildirgesi süreci

Bildirgenin arkasındaki halk sağlığı savunucuları ve DSÖ'nün o dönemki vizyoner kanadı aslında sağlığın sosyal belirleyicilerinin ne kadar hayati olduğunu çok iyi biliyorlardı. Ancak sorun, bu teorik sağlamlığın karşısına dikilen devasa siyasi ve ekonomik hegemonyaydı. 1980'lerin ortalarından itibaren küresel ölçekte tırmanışa geçen neoliberal dalga, devleti sosyal sorumluluklarından arındırırken, sağlığı bir insan hakkı olmaktan çıkarıp piyasanın ve bireysel tüketimin nesnesi haline getiriyordu. Ottawa, tam da küresel sermaye ve sağlık politikaları ekseninin bu piyasacı hatta kaydığı 1986 yılında kaleme alındı.

Ottawa Bildirgesi; temel kavramlara açıklık getirerek, sağlık için gerekli koşul ve kaynakları vurgulayarak ve DSÖ'nün "Herkes İçin Sağlık" politikasını hayata geçirmeye yönelik temel eylem ve stratejileri belirleyerek, sağlığı geliştirme vizyonunu meşrulaştırmayı amaçlıyordu. Bildirge; barış, istikrarlı bir ekosistem, sosyal adalet ve hakkaniyet gibi unsurların yanı sıra eğitim, gıda ve gelir gibi kaynakları da sağlığın ön koşulları arasında tanımladı. Daha iyi bir sağlık düzeyi için seçenekler ve fırsatlar yaratılmasında; bireysel davranış ve kapasitelerin yanı sıra kurumların, sistemlerin ve toplulukların oynadığı role de dikkat çekti (Catford, 2007). Bildirge, sağlık okuryazarlığını bireyi suçlayan teknik bir beceriye indirgemeden bilginin ancak destekleyici çevreler, adil kamu politikaları ve toplumsal eylemlerle bütünleştiğinde gerçek anlamını bulacağını vurgulamaktaydı.

Bildirgenin geliştirilme sürecinin yukarıdan aşağıya işlemesi ve DSÖ'nün süreçteki baskın rolü ve neredeyse tamamen sanayileşmiş ülkelere odaklanması oldukça eleştirilmiştir. Bildirgede "*tartışmalar sanayileşmiş ülkelerin ihtiyaçlarına odaklansa da, diğer tüm bölgelerdeki benzer kaygıları da dikkate aldı*" ifadesi yer alır (WHO, 1986). Batı'daki karşılanmamış ihtiyaçlara odaklı bu gündem, Alma Atadaki küresel vizyonu ileri taşıma ve küresel diyaloğu başlatma iddiasını baştan olumsuz etkilemiştir. Bildirgenin yerleşik küresel eşitsizlik düzenini yansıttığı düşünülmüş, bu tür bir ayrıcalık tanıma durumu, kısmen Konferans'ın hiyerarşik işleyişiyle de kolaylaşmıştır. Örneğin, Bildirge metni son güne kadar Konferans katılımcılarına sunulmamıştır. Delegelere, taslak hakkında görüş bildirmeleri için son gün öğle yemeği sırasında zaman tanınmış; bazı katılımcılar ise bu son derece kısıtlı iş birliği sürecine yönelik "yoğun hoşnutsuzluklarını" dile getirmişlerdir. Dahası, Ottawa Konferansı'na katılım yalnızca davet usulüyle gerçekleşmiştir. DSÖ öncülüğündeki uluslararası bir hareketin geliştirilme aşamasında ve Alma Ata Bildirgesi'nin hemen ardından, sağlık eşitsizliğini gidermeye yönelik bir hareket oluşturulurken, büyük ölçüde varlıklı uluslardan oluşan 38 üyeli ve ayrıcalıklı bir 'kulüp' yapısının şekillendirilmiş olması rahatsızlık yaratmıştır. Yerli temsili açısından bakıldığında yalnızca iki kişinin bulunduğu, sömürgeci bir zihniyetin iş başında olduğu izlenimi edinilmiştir (McPhail-Bell vd., 2013; Raeburn, 2007**).**

Ottawa Bildirgesinin temellerine yönelik postkolonyal eleştiri içeren McPhail-Bell ve ark.nın çalışmasında bildirgenin hazırlık sürecindeki dokümanlar ve bildirgenin kendisi incelenmiştir. Bildirgeye

esas oluşturan dokümanlar şu şekilde sıralanmıştır: 1.Margaret Stacey, Toplulukları Güçlendirmek (Strengthening Communities-İngiltere), 2. Trevor Hancock, Sağlık İçin Ortamlar Yaratmak (Creating Environments for Health-Kanada), 3. Jean-Martin Cohen-Solal, Öğrenme ve Başa Çıkma (Learning and Coping-Fransa), 4. Franca Ongaro Basaglia, Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yönlendirmek (Reorienting Health Services-İtalya), 5. Helmut Milz, Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yönlendirmek (Reorienting Health Services-Danimarka) 6. Nancy Milio, Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturmak: Yeni Bir Halk Sağlığı İçin Odak Noktası (Building Healthy Public Policies: Focus for a New Public Health-ABD) (McPhail-Bell vd., 2013). Yazarlar; dokümanların diğer sağlık modellerini ve dünya görüşlerini dışlayan, Batılı bireyci neoliberal varsayımları normalleştirme yönünde işlev gören ve özü itibarıyla örtük bir biçimde Batılı ve neoliberal olan bir sağlığı geliştirme kavramsallaştırması ortaya koyduğunu ve bunun Batılı sağlık anlayışının normalleştirilmesi olduğunu belirtirler. Sağlığı geliştirmenin bir tür dış müdahale ve soylu bir girişim olarak konumlandırılmasının bildirgenin arka plan belgelerinin tamamına işlendiğini, gelişmekte olan ülkelerin ve Yerli halkların seslerinin susturulduğunu ve bu dışlanmanın, marjinalize edilmiş ve hizmet alan konumundaki toplulukları; iradeden veya entelektüel katkıdan yoksun, muhtaç kimseler olarak yansıtan bir halk sağlığı pratiğinin süreceğinin de habercisi olduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar, Ottawa Bildirgesinin geliştirilmesine yön veren söylemin, altta yatan güç dengesizliklerini ve Batı merkezli dünya görüşlerini maskelerken Batılı olmayan sesleri de susturduğunu savunmaktadır. Dünya genelinde toplum temelli sağlık geliştirme uygulamalarının pek çok özgürleştirici örneği olduğu da belirtilmekte, sağlığı geliştirme alanının kendi tarihini daha eleştirel bir gözle kabul etmeye hazır olması ve bunu yapmadığı takdirde bir başka yeni-sömürgeci uygulama biçimine dönüşme potansiyeli taşıdığına dikkat çekilmektedir (McPhail-Bell vd., 2013).

Bildirge bir taraftan yeni-sömürgeci varsayımları ve Batı merkezli kör noktaları nedeniyle eleştirilirken diğer taraftan küresel sağlık gündemini canlandırır ve ülkeleri harekete geçirmekte önemli bir başarı yakalar. Dünya genelinde sağlık birimlerini harekete geçirerek sağlığı geliştirme konusunu pek çok ülkenin gündemine güçlü bir şekilde taşır (Catford, 2011). Bildirge'de ortaya konulan ilkeler; Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Meksika, Bangkok, Nairobi, Helsinki ve Şanghay'da düzenlenen uluslararası konferanslar sonucunda ortaya çıkan bir dizi belgeyle daha da geliştirilir (WHO, 1988, 1991, 1997, 2000, 2006, 2016a). Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, sağlık için destekleyici ortamlar yaratmak, toplum eylemlerini güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek olarak özetlenebilecek 5 temel ilkesi her dönemde farklı ağırlıklar ve önem düzeyleriyle günümüze dek tartışılagelmiştir. Bu beş temel ilkenin gerçekleştirilmesi için üç ana strateji sunulmuştur: savunmak (advocate), etkin kılmak/olanak tanımak (enable) ve aracılık etmek/uzlaştırmak (mediate). Bildirge'de yer alan temel ön koşullar, eylemler ve taahhütler; sağlığın baskın tıbbileştirilmiş ve tedavi odaklı yaklaşımına meydan okuyarak, sağlığı gündelik yaşam için olumlu bir kaynak olarak konumlandırmıştır (Thomas vd., 2025). Bildirge, "insanlar ile çevreleri arasındaki kopmaz bağların, sağlığa yönelik sosyo-ekolojik bir yaklaşımın temelini oluşturduğunu" belirterek, "istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynakları" sağlığın temel belirleyicileri olarak kabul eden ilk DSÖ belgesidir (Hancock, 2011).



Ottawa sonrası süreç

1980'ler sonrasında, dünyadaki hakim neoliberal rüzgarın toplum sağlığı, sağlığın sosyal belirleyicileri ve küresel eşitsizliklerin giderilmesi başlıklarını nasıl gündemde tutarken yapısal ve dönüştürücü bir eyleme alan bırakmayacak biçimde etkisizleştirdiği de görülmektedir. Bir diğer taraftan Ottawa bildirgesinin vizyonu doğrultusunda gelişmiş refah devletlerinde sağlığın geliştirilmesinin akademide ve kamusal politikalarda kurumsal bir derinlik kazandığı da görülmektedir. Ancak bu ilerleme küresel bir eşgüdümden uzaktır; aksine, dünyanın pek çok coğrafyası bu kazanımlardan yararlanamamıştır. Bunda, özellikle ekonomik olarak dışa bağımlı ülkelerin sağlık sistemlerinin kendi ulusal politikalarından ziyade, uluslararası finans çevrelerinin-özellikle Dünya Bankasının- dayattığı yapısal uyum programları ve piyasalaştırma reçeteleriyle ipotek altına alınmasının önemli bir rolü vardır. Dünya Bankası'nın yapısal uyum programları sağlığın piyasalaşmasını esas almakta, pek çok ülkenin sağlık sistemini yeniden yazarak piyasa merkezli bir dönüşümü dayatmaktadır. "İstikrar programları" sosyal ve kamu harcamalarının kesilmesi ve özelleştirme yolu ile sağlık alanı başta olmak üzere eşitsizlikleri derinleştirmektedir (Şemin & Aksakoğlu, 1998). Karmaşık ve çok kutuplu bir dünyada ekonomik krizlerin ve ekonomik eşitsizliklerin hız kazanması, Bildirgenin asli vizyonuna bağlı olanlar için son derece zor bir sınav ortaya koymaktadır (Labonté, 2016).

Bu süreçte sistem, bir yandan temel sorunları teşhis ederken diğer yandan müdahale imkanlarını budamaktadır. Uluslararası kuruluşlar ve küresel aktörler, yapısal eşitsizlikleri kabul etmekte ancak neoliberal politikaların sürdürülebilirliğini güvence altına alan araçsal bir rol üstlenmeye de devam etmektedir. Nitekim DSÖ tütün kontrolü gibi belirli teknik alanlarda görece başarı sergilerken geniş sosyoekonomik eşitsizlikleri bertaraf edecek radikal müdahalelerden kaçınmakta ve hükümetlere bütüncül müdahaleler yerine asgari maliyetli "best buys" (maliyet-etkili en iyi yatırımlar) önermektedir (WHO, 2024). Süreç, toplumsal katılımı biçimsel bir ritüele indirgemekte, destekleyici çevre arayışlarını makro politikadan kopuk yerel veya kurumsal imkanlara devretmektedir. Akademik alan ise teoriye ve mikro ölçekli saha deneyimlerine gömülürken, makro düzeyde uygulanabilir sağlığı geliştirme stratejilerini önermekte/yaratmakta pek bir rol oynayamamaktadır. Bu durum teori-pratik-politika eksenini sürekli işlevsiz bırakmıştır. Ulusal politika yapıcılar da akademinin bu dönüştürücü rolüne alan tanımaktan genellikle kaçınmış, akademinin sahayla ve politik yapıyla sahici bir bağ kurması pek de istenmemiştir. Dönemsel siyasi çıkarları önceleyen bir pragmatizmle sağlığın geliştirilmesi araçsallaştırılmıştır. Tüm bunlar gelişmekte olan pek çok ülke için sağlığın geliştirilmesini hakiki bir politikadan ziyade sembolik bir performans alanına hapsetmiştir.

Ottawa'nın beş temel stratejisinin birlikte uygulanması amaçlanmış olsa da, son 40 yıl içinde bunlardan birine diğerlerine kıyasla daha fazla ağırlık verildiği görülmüştür. Bu tercih; bildirgenin yayımlanmasından bu yana farklı ülkelerde ve farklı dönemlerde iktidara gelen siyasi partilerin ideolojilerinden ve politikalarından etkilenmiştir. Örneğin, sağ eğilimli hükümetlerin iş başında olduğu dönemlerde genellikle kişisel becerilerin geliştirilmesine; bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmeye ve kendi sağlık durumlarının sorumluluğunu üstlenmeye teşvik edilmesine odaklanılmaktadır. Bu durum, sol eğilimli hükümetlerde daha yaygın görülen sağlıklı kamu politikaları ve toplumsal eylem vurgusuyla bir tezat oluşturmaktadır. Örneğin Birleşik Krallık'ta, 1997 yılında İşçi Partisi hükümetinin, kendisinden önceki 17 yıllık Muhafazakar Parti iktidarının yerini almasıyla birlikte sağlık geliştirme politikasında belirgin

bir değişiklik yaşanmıştır. Toplumsal düzeyde sağlık eşitsizlikleriyle mücadeleye ve "Toplumsal Sağlık Eylem Bölgeleri"nin (Community Health Action Zones) oluşturulmasına verilen önem karşısında, bireysel yaşam tarzı değişiklikleri daha düşük bir önceliğe sahip olmuştur. 2010 yılında Muhafazakar Parti hükümetinin yeniden iktidara gelmesiyle birlikte, sağlık geliştirme konusunda hükümetin ve toplumun genelinin nasıl rol oynayabileceğinden ziyade, bireysel sorumluluğa odaklanılmasına yönelik bir yaklaşım tekrar benimsenmiştir (Thompson vd., 2018).

Ottawa sonrası süreçte AB üye ülkelerinde de sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemeye yönelik finansmanın yetersiz kaldığı ve toplam sağlık bütçeleri içinde çok küçük bir paya sahip olduğu belirtilebilir. Oysa Ottawa Bildirgesinin ilkelerini başarıyla hayata geçirmek, önemli bir siyasi irade ve yeterli finansman sağlanmasını gerektirmektedir. Birleşik Krallık'ta ivme kazanan iki temel strateji "ortam temelli yaklaşım" ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi olmuştur (Thompson vd., 2018). Destekleyici çevreler oluşturmak yaklaşımı, sağlığı geliştirme çalışmalarının ev, iş yeri, boş zaman aktiviteleri ve sağlık hizmetleri dahil olmak üzere yaşamın her alanına entegre edilmesi gerektiği gerçeğini kabul etmiştir. Bu bütüncül sistem yaklaşımı; uluslararası düzeyde çeşitli sağlık geliştirme ortamlarının belirlenmesine ve bu alanlarda sağlığı geliştirmeye yönelik politika ve girişimlerin oluşturulmasına yol açmıştır; bunlar arasında sağlığı geliştiren hastaneler, sağlığı geliştiren okullar, sağlığı geliştiren iş yerleri, sağlıklı hapishaneler, sağlıklı şehirler, sağlıklı adalar yer almıştır (WHO, 2017). Ancak bu ortam yaklaşımları bütüncül sistem değişimleri yerine, belirli kurumsal alanlarda dar ve tekil müdahalelere yol açma, "projecilik" ve sağlığı geliştirme çalışmalarını sürdürülebilir olmayan, sistemin sınırlarında kalan ve yapısal sorunlara dokunamayan ve uzun erimde bir değişim yaratamayan geçici ritüellere indirgeme sorunu ile karşı karşıya kalmıştır. Pek çok ülke söylemde güçlü, eylemde zayıf kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi stratejisi ise klinik ve tedavi edici hizmetlere yapılan vurgudan uzaklaşılması ve sağlık geliştirme çalışmalarına daha fazla yatırım yapması gerektiğini belirtir. Ancak dünyanın herhangi bir yerinde sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesinin sistematik bir şekilde gerçekleştiğine dair çok az kanıt bulunmaktadır (Thompson vd., 2018).

Ottawa'yı takip eden yıllarda Ottawa'da atılan ilk adımın ardından küresel ölçekte değişen siyasi ve ekonomik koşullara (özellikle Sovyet bloğunun dağılması ve küresel kapitalizmin zafer ilan ettiği 1990'lara) uyum sağlama ve bu teorik çerçeveyi somut politika araçlarına dönüştürme çabası vardır. Adelaide Tavsiyeleri (Avustralya) (WHO, 1988) *"Sağlıklı Kamu Politikası Oluşturmak"* ilkesini somutlaştırmak için tasarlanmış ilk büyük adımdır. Sektörler arası iş birliğini kurumsallaştırmak ve sağlığın yalnızca Sağlık Bakanlığının işi olmadığı, ekonomi, çevre ve eğitim gibi diğer tüm kamu politikaları ile iç içe olması gerektiği vurgusunu ve Sağlık Etki Değerlendirmesini (SED) öne çıkarır. 2006 yılında Finlandiya'nın Avrupa Birliği Başkanlığı döneminde *Health in All Policies* (Tüm Politikalarda Sağlık) olarak öne çıkarılacak yaklaşımın özü, felsefesi ve pratik temellerinin 1988'deki Adelaide Konferansı'nda atıldığı söylenebilir. Yine Adelaid'de 2010'da düzenlenecek Health in All Policies başlıklı Uluslararası Toplantı ile *Adelaide Statement on Health in All Policies* dokümanı bunu ete kemiğe büründürecektir (WHO & Government of South Australia, 2010). Sundsvall Bildirgesi (İsveç-1991) (WHO, 1991) ile sağlıkta hakkaniyet boyutu ve sağlığı destekleyen ortamların oluşumunda sağlığın daha geniş kapsamlı belirleyicilerine yönelik yaklaşım ön plana çıkar. İsveç'teki sosyal belirleyicilere dayalı Ulusal Halk Sağlığı Stratejisi (2003) ve yeni bir Halk Sağlığı Enstitüsü modeli çalışmalarına bu bildirge ilham kaynağı olur. Jakarta'daki (Endonezya-1997) 4. konferans



(WHO, 1997), Berlin Duvarı'nın yıkıldığı, Sovyetler Birliği'nin dağıldığı ve kapitalizmin egemen sistem haline geldiği değişmiş bir dünyada yayımlanır. Küresel olarak yeni aktörlerin oyuna dahil edilmesi gerekliliğine odaklanır. Gelişmekte olan bir ülkede yapılan ilk toplantıdır ama özel sektörün de aktif olarak katıldığı bir ilktir. Sağlığı geliştirme alanında kanıtların sunulması süreci devreye girer (Catford, 2007).

Mexico City (Meksika-2000) toplantısının gündeminde ülke içi ve ülkelerarası eşitsizlikler vardır. Bakanlar düzeyindeki toplantıda ülkeler eylem planı oluşturma ve bunları çeşitli ölçütlerle izleme taahhüdünü verir (Catford, 2007; WHO, 2000). Bangkok'taki (Tayland-2005) konferansta artık "*sağlık dostu bir küreselleşme*"nin formülü aranmakta, paydaşlar ve sürdürülebilirlik konuşulmaktadır. 1986 sonrası konferanslarda *öneriler*, *deklarasyon* ya da *açıklama* olarak adlandırılan sonuç dokümanları bu toplantıda ilk kez Bildirge/Şart (*Bangkok Bildirgesi*) olarak adlandırılır ve bu tanım onu diğerlerinden daha güçlü bir dönüm noktasına konumlandırır (Porter, 2007; WHO, 2006). Küresel ve yerel politikalar, iş birlikleri, finansman ve ticari gereklilikler ele alınır. *Küreselleşen Dünyada Sağlığın Geliştirilmesi* adı ile yayınlanan Bangkok bildirgesi özel sektörü bir "paydaş ve sorumlu aktör" olarak konumlandırması ile halk sağlığı çevrelerinde büyük eleştiri alır. Özel sektörün halk sağlığı politikalarını belirleyen masada "eşit bir paydaş" olarak oturması, devletlerin düzenleyici ve kamusal yükümlülüklerinden uzaklaşıp piyasa temelli kamu-özel ortaklıklarına yönelmesine, şirketlerin halk sağlığı politikalarını kendi ticari çıkarlarına göre lobilemesine ve yönlendirmesine kapı aralamaktadır. Bildirgenin tütün veya zararlı gıda endüstrisi gibi halk sağlığı tehditlerine "çekingen ve zayıf" bir metin sunması da bunun örneğidir. Ottawa Bildirgesinin toplumsal adalet, bireysel ihtiyaçlar ve ekolojik bütünlük vurgusunun Bangkok Bildirgesi'nde yerini küresel piyasa odaklı bir dile bıraktığı görülür. Bildirgenin dilinde "kimin sorumlu olduğunun" azaltılıp edilgen yapıların kullanılmasının, küresel kapitalizmin ve eşitsizlikleri üreten mekanizmaların üzerini örttüğü düşünülür. Ottawa'nın ekososyal adalet eksenli "yeni toplumsal hareketler" söyleminden, Bangkok'un hukuk ve ekonomi temelli "yeni kapitalizm" diline geçiş yapılmıştır (Porter, 2007). Nairobi'de (Kenya-2009) düzenlenen 7. Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Nairobi Eylem Çağrısı, Afrika kıtasında gerçekleşen ilk toplantı olarak "sağlığı geliştirme alanındaki uygulama açığını" kapatmaya odaklanır. Konferans, verilen taahhütler ile saha uygulamaları arasındaki uçuruma dikkat çekse de, finansman yetersizliği ve zayıf kurumsal altyapılar nedeniyle küresel ölçekte somut bir politika dönüşümü yaratmakta sınırlı kalır. Konferans çıktılarını eleştiren yazarlar, kıtadaki sağlığı geliştirme çabalarının Kuzey'in iyi niyetli ancak tepeden inme "yardımları" veya Batılı bireyci modelleri dayatan yaklaşımlarıyla çözülemeyeceğini belirtir. Sağlığı geliştirme söyleminin Avrupa merkezli kökenlerinin ve sömürgeci mirasının sorgulanması gerektiği ve kıtadaki kronik sorunların ancak yerel toplulukçu dinamikleri merkeze alan özyeterliliğe dayalı politikalarla aşılabileceği vurgulanır (Dixey, 2014). Helsinki'de (Finlandiya-2013) gerçekleştirilen 8. Konferans ve Helsinki Deklarasyonu ise, temelleri Adelaide'de atılan "Tüm Politikalarda Sağlık" (Health in All Policies-HiAP) yaklaşımını küresel gündemin odağına yerleştirir. Ancak Helsinki Bildirgesi ile küresel düzeyde ortak bir çerçeve kazanan HiAP yaklaşımı, Ottawa'nın sosyal adalet temelli köklerinden uzaklaştırılır. Süreçte neoliberal ekonomik rasyonaliteye karşı direnemeyen HiAP yaklaşımı, teknik ve bürokratik bir araca indirgenir; piyasa dostu ve bireysel davranış odaklı politikalarla sulandırılır (Godziewski, 2022).

Avrupa ve Avusturya Halk Sağlığı Derneklerinin ortak düzenlediği Avrupa Halk Sağlığı Konfe-

ransı'nda (2016) kabul edilen Viyana Bildirgesi, 1986'dan bu yana meydana gelen değişimleri dikkate alarak sağlık için gerekli ön koşulları genişletir: yüksek nitelikli bilgi sistemleri; sağlık savunuculuğu; politikaların sağlık üzerindeki etkilerinin görünür kılınması; ve motive olmuş, yüksek nitelikli bir iş gücünün oluşturulması (Thompson vd., 2018). Odak noktası daha çok Avrupa ve halk sağlığı profesyonellerinin rolü üzerinedir. Sistemin yarattığı yapısal eşitsizlikleri kökten sorgulamaktan ziyade, sistemi daha "verimli" ve "akılcı" yönetmeye odaklanan teknokratik bir dil üretir. Sağlığın finansallaşması karşısında doğrudan bir politik cephe açmaz; daha çok kurumsal kapasiteyi ve mesleki organizasyonu güçlendirmeyi önceler (Włodarczyk & Zabdyr-Jamróz, 2018). Aynı yıl DSÖ de 9. Dünya Sağlık Geliştirme Konferansı'nı Şanghay'da (Çin-2016) gerçekleştirir ve BM'nin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile entegrasyon, iyi yönetişim ve sağlık okuryazarlığı gündemin ana maddeleri olur. Sağlıklı kentler vizyonu da bu toplantının önemli bir diğer çıktısıdır (*Shanghai Consensus on Healthy Cities*) (WHO, 2016b, 2017). Çin'deki bu toplantının sonucundaki Şanghay Deklarasyonunda klasik komünist ya da anti-kapitalist bir perspektifin esintisinin bile bulunmaması, tam aksine metnin küresel neoliberal kalkınma söylemiyle tam bir uyum içinde olması Çin'in küresel sermaye piyasalarıyla entegre olma vizyonunu da tescillemiştir. En son Sağlığı Geliştirme Konferansı Cenevre'de (İsviçre-2021) gerçekleşmiş ve Cenevre Refah Bildirgesi/Şartı'nı (WHO, 2021) ortaya koymuştur. Bildirgede artan küresel krizler karşısında insan ve gezegen sağlığını merkeze alan, kalkınma hedeflerini somut eyleme dönüştüren bütünleştirici bir vizyon ile "refah toplumu"nun ancak "insanların, toplulukların, sektörlerin ve her düzeydeki hükümetin" anlamlı katılımıyla elde edilebileceği bildirilmektedir. (Ben Abdelaziz vd., 2023)

Bu zirvelerde varılan mutabakatların ve metinlerin piyasa yanlısı aktörler tarafından etkisizleştirildiği, bürokratikleştirildiği ve radikal özünden koparıldığı görülmektedir. Bu aktörler, dokümanların inşası aşamasında da söylemi biçimlendirmişlerdir. Bu metinler pasif birer uzlaşı belgesi olmanın ötesinde, bireyleri kendi sağlığından sorumlu "yeni müşteri-öznelere" dönüştürerek neoliberal politikaların nüfuz etmesini ve piyasa için yeni müdahale alanları açılmasını aktif biçimde kolaylaştıran kurucu araçlar haline gelmiştir. Böylelikle bu bildirgeler yapısal eşitsizlikleri sorgulayan radikal birer dönüşüm çağrısı olmaktan çıkarılmıştır (Godziewski, 2022).

Tüm uluslararası ve küresel sağlık geliştirme konferanslarının ortak düzenleyicisi olan DSÖ'nün, sağlık geliştirme kavramını ve uygulamasını geliştirip ilerletme konusunda da öncü rolü üstlenmesi gerektiği düşünülebilir; ancak bugüne kadar durum böyle olamamıştır. Nitekim 2021 bütçesinin %88'lik kısmının yüksek gelir grubu ülkeler ile bu ülkelerde konuşlanan sermaye aktörlerinin sağladığı şartlı gönüllü katkılara dayanması, örgütün bünyesindeki yapısal finansman kusurunu ve sermayeye olan bağımlılığını somut bir biçimde ortaya koymaktadır Burada sermayenin hangi programların ve spesifik projelerin fonlanacağını doğrudan belirlediği bu şartlı mekanizma (earmarking) sistemi, sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen yapısal ve politik reformların önünü kesmekte; örgütün eylemliliğini sermayenin çıkarlarıyla çatışmayan dar, teknik ve dikey müdahalelerle sınırlandırmaktadır. Bu durum, sorunun yalnızca mali bir yetersizlik olmadığını, aksine bağışçıların fonları hangi siyasi ve kurumsal önceliklerle ipotek altına aldığının kökten deşifre edilmesi gereken politik bir kriz olduğunu göstermektedir Nitekim Iwunna ve ark., sorunun çözümünün periyodik olarak daha fazla zorunlu aidat talebinde bulunmaktan ya da yalnızca idari şeffaflık arayışlarından ziyade, bu eşitsiz güç ilişkilerini ve donör motivasyonlarını besleyen yapısal dinamiklerin sorgulanmasından geçtiğini savunmaktadır



(Iwunna vd., 2023). Bununla birlikte; Sağlıklı Şehirler, Bölgeler, Adalar, Okullar, Hapishaneler, Üniversiteler ve Sağlığı Geliştiren Hastaneler gibi ağlara ait başarılı kavramlar ve oluşumlar, başlangıçta ve zaman zaman DSÖ'den güçlü ve kritik düzeyde destek görmüştür. DSÖ'nün "Sağlıklı Şehirler" projesi, ülkeler içinde ve ülkeler arasında sürdürülebilir eylem ağlarının oluşturulmasını sağlamış; bu ağlar bilgi paylaşımına katkıda bulunurken, vatandaşları ve toplulukları sağlık odaklı ortaklıklara dahil etmiştir. Önemli yapısal ve siyasi zorluklara rağmen, güçlü gençlik iklim hareketi, Bildirgenin toplumsal eylemi ve katılımı güçlendirme vizyonunu somutlaştırmaktadır; zira dünyanın dört bir yanındaki gençler, iklim adaleti talebiyle kendi topluluklarında, küresel sahnede ve sosyal medya platformlarında harekete geçmektedir. Ayrıca Bildirge'nin benimsediği sosyo-ekolojik bakış açısı, insan, hayvan ve çevre sağlığını birbirine bağlayan "Tek Sağlık" (One Health) yaklaşımının da temelini oluşturmaktadır (Thomas vd., 2025). Ne var ki bu ağlar, daha geniş kapsamlı sağlığı geliştirme yaklaşımını küresel ve ulusal düzeylerde ileriye taşımak için yeterli olmamıştır. Uluslararası ve küresel konferansların hazırlık sürecinde büyük bir seferberliğe ve bir ivme kazanılmasına tanık olunsa da ne yazık ki bunu bir sönümlenme ve üzerinde mutabık kalınan konferans kararlarının DSÖ'ye düşen kısmını hayata geçirmeye yönelik somut bir eylemin gerçekleşmemesi izlemiştir.

Değişen dünyada Ottawa Bildirgesi

Ottawa bildirgesi, sağlığı biyolojik bir durumdan öte, barınma, eğitim, sosyal adalet ve çevre gibi yapısal unsurlarla ilişkilendiren bütüncül bakışı ile bugün yeniden tırmanışa geçen ya da belki tahtından hiç inmemiş olan biyomedikal indirgemeciliğe karşıt bir hamle olarak ortaya konmuştur. Küresel düzeyde derinleşen gelir adaletsizlikleri, iklim krizleri, savaşlar ve göç dalgaları, sağlığın sosyal belirleyicilerini bugün her zamankinden daha da önemli hale getirmiştir. Ottawa'nın barış, sosyal adalet ve sağlıkta hakkaniyet vurgusu ve dezavantajlı gruplar arasındaki uçurumu kapatma hedefi, günümüzün krizler çağında halk sağlığı politikalarına rehberlik edecek temel pusulalardır. Neoliberal politikalar uzun zamandır sağlığı koruma sorumluluğunu büyük ölçüde bireylerin "yaşam tarzı seçimlerine" indirgeyerek yapısal ve politik eşitsizlikleri maskelemektedir. Ottawa Bildirgesi ise sağlıklı yaşamı bireysel bir irade meselesi değil, destekleyici çevreler yaratma, toplumsal katılımı sağlama ve kamu politikalarını sağlığı gözetecek şekilde yeniden düzenleme sorumluluğu olarak tanımlamıştır; bu yönüyle bugünün bireyselleştirici yaklaşımlarına karşı yapısal bir eleştiri ve eylem çağrısı niteliğindedir. Ancak neoliberal rasyonalite yalnızca ekonomik ve kurumsal yapıları dönüştürmekle kalmamış; toplumsal algıyı, rızayı ve bireysel davranışları biçimlendiren araçları da kökten değişime uğratmıştır. Sağlık sistemlerinin temel araçları ve hedefleri de bu neoliberal dönüşümden muaf kalmamıştır. Toplumun sağlığını ve sosyal belirleyicileri iyileştirmeyi hedefleyen kamucu bir anlayıştan, maliyet kontrolünü, bireysel risk yönetimini ve pazar odaklı verimliliği merkeze alan bir yapıya kaymıştır. Birey kamusal bir hak sahibi olmaktan çıkarılarak kendi sağlığından sorumlu bir "yöneticiye" dönüşmüştür. Bu yeni rolde en kritik araçlardan biri de değişen bilgi ortamı olmuştur.

Geçen kırk yılda değişen unsurların başında bilgi ortamı gelmektedir. Bilgi ortamı halk sağlığının merkezinde yer alan bir unsurdur. Bu ortam; bireyleri, kurumları, teknolojileri ve bunların etkileşimlerini kapsayan; insanların anlam oluşturma, paylaşma ve anlamla etkileşime girme biçimlerini

şekillendiren tüm bilgi, aktör ve süreçlerin oluşturduğu dinamik bir sistemdir. Eskiden gazete, radyo ve televizyon aracılığıyla yürütülen tek yönlü iletişimin ve sağlık mesajlarının temel taşıyıcıları olan sağlık profesyonellerinin hakimiyetinde olan bu yapı; günümüzde arama motorları, sosyal medya, giyilebilir teknolojiler ve yapay zeka asistanları aracılığıyla anlık, etkileşimli ve algoritmik olarak derlenen bir nitelik kazanmıştır. Bilgi ortamı artık yalnızca mesaj iletmekle kalmayıp; görüşlerin, kararların, değerlerin ve sağlık davranışlarının şekillenmesinde rol oynamakta, hangi mesajların görüleceğini, hangilerine güvenileceğini ve hangileri doğrultusunda harekete geçileceğini de belirlemektedir (Purnat vd., 2025)

1986 yılında Ottawa Bildirgesi, hükümetleri sağlığı tüm politika alanlarına entegre etmeye çağırmıştı. 2026 yılına gelindiğinde ise bu gereklilik; algoritmaları, veri yönetişimini ve platformların hesap verebilirliğini de kapsayacak şekilde genişlemek zorundadır. Hükümetler; ticari aktörlerden şeffaflık talep ederken, sağlık odaklı giyilebilir cihazlardan ve uygulamalardan elde edilen verilerin kullanımını, algoritmik sağlık reklamcılığını ve bağımlılık yapıcı tasarım özelliklerini düzenlemeyi değerlendirmelidir. Destekleyici ortamlar geçmişte güvenli okullar, sağlıklı iş yerleri ve temiz mahalleler anlamına geliyordu; bugün ise bu kavram, güvenli bilgi ekosistemlerini de kapsamalıdır. Sağlığın sosyal ve ticari belirleyicilerini gözeten destekleyici bir bilgi ortamı; güvenilir sağlık kaynaklarının sesini yükseltir, manipülatif tasarımları azaltır ve istismarcı pazarlama uygulamalarını dizginleyerek bilgi alışverişinde hakkaniyeti artırır. Bunu başarmak; algoritmaların sağlık çıktıları gözetilerek yeniden tasarlanmasını, gelir elde etme odaklı olmayan altyapıların oluşturulmasını ve hassas grupların korunmasını gerektirir. Tütün kullanımını kısıtlayan yasaların kamusal alanları yeniden şekillendirmesi gibi, dijital alanlar da artık sağlık odaklı bir yaklaşımla yeniden tasarlanmalıdır. Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında sağlığı geliştirme çalışmaları, bilgi ortamını bir sağlık belirleyicisi olarak kabul etmeli ve çerçevelerini 2025 yılının gerçeklerine göre uyarlamalıdır (Purnat vd., 2025).

Öte yandan, ABD'nin 2026'da DSÖ'den çekilmesiyle kurumun derinleşen bütçe sorunu, zaten son 30 yıldır özel vakıfların ve bağışçıların güdümünde olan gündemini, daha da bu yapılara mahkum etme potansiyeli taşımaktadır. O nedenle, DSÖ'nün "sağlığı geliştirme" alanındaki önderliği Big Tech ve HealthTech'in daha fazla güdümüne girme tehdidiyle karşı karşıyadır.

Bugün DSÖ, küresel sağlık söyleminde piyasa merkezli tehditleri ve sistemik krizleri işaret eden eleştirel bir retoriği sürdürmektedir; ancak bu durum, kurumun yapısal dönüşümleri tıkayan işlevini ortadan kaldırmamaktadır. Bildirge'nin evrensel ve hak temelli vizyonu günümüzde insan hakları, sosyal adalet, Her Politikada Sağlık yaklaşımları ve DSÖ'nün 2025–2028 On Dördüncü Genel Çalışma Programı ile canlı tutulmaya çalışılsa da, karşılaşılan güncel krizler kırk yıl önceki kör noktaları daha da derinleştirmektedir. Ticari aktörlerin kar odaklı taktiklerini, bilgi kirliliğini ve gezegensel yıkımı çağın en büyük tehditleri olarak adlandırsa da; DSÖ'nün yapısal eşitsizlikleri besleyen neoliberal statükoya köklü bir alternatif sunmaktan kaçınması, kurumun söylemi ile eylemi arasındaki temel çelişkiyi gözler önüne sermektedir (Thomas vd., 2025).



Sonuç

Ottawa Bildirgesi, ilanından bu yana geçen kırk yıl boyunca halk sağlığı düşüncesine yön veren önemli dönüm noktalarından biri olmuş; sağlığı biyolojik bir indirgemecilikten kurtararak onu toplumsal, politik ve ekolojik bağlamına oturtmuştur. Ancak aradan geçen sürede küresel kapitalizmin derinleşmesi, devletin sağlık hizmetlerindeki kamucu ve düzenleyici görevlerinin neoliberal politikalarla sistematik olarak zayıflatılması ve sorumluluğun bireylere yıkılması ve DSÖ'nün yapısal kısıtlarıyla özel aktörlerin güdümüne girmesi, bu radikal vizyonun pratik hayatta budanmasına yol açmıştır. Bugün iklim krizlerinden eşitsizliklere, dijital gözetim ağlarından ticari belirleyicilere kadar çok daha karmaşık bir "çoklu kriz" çağında yaşarken, Ottawa'nın 40. yılı yalnızca tarihsel bir anmayı değil; sağlığı piyasanın ve teknolojinin tahakkümünden kurtaracak yeni bir ekososyal ve kamucu paradigmanın acilen inşa edilmesini zorunlu kılmaktadır.

Kaynaklar

Baum, F. (2008). *The new public health* (3rd ed.). Oxford University Press.

Baum, F., & Sanders, D. (1995). Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? *Health Promotion International, 10*(2), 149–160. https://doi.org/10.1093/heapro/10.2.149

Ben Abdelaziz, F., Williams, C., Anwar, Y. J., Lin, V., & Krech, R. (2023). Creating 'wellbeing societies': Moving from rhetoric to action. *Public Health Research & Practice, 33*(2), Article e3322310. https://doi.org/10.17061/phrp3322310

Birn, A.-E., & Krementsov, N. (2018). 'Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference. *BMJ Global Health, 3*(Suppl. 3), Article e000992. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000992

Breton, É. (2016). La Charte d'Ottawa: 30 ans sans plan d'action? [The Ottawa Charter: 30 years without an action plan?]. *Santé Publique, 28*(6), 721–727.

Catford, J. (2007). Ottawa 1986: The fulcrum of global health development. *Promotion & Education, 14*(Suppl. 2), 6–7. https://doi.org/10.1177/10253823070140020201x

Catford, J. (2011). Ottawa 1986: Back to the future. *Health Promotion International, 26*(Suppl. 2), ii163–ii167. https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl_2/ii163/585303

Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health, 94*(11), 1864–1874.

Dixey, R. (2014). After Nairobi: Can the international community help to develop health promotion in Africa? *Health Promotion International, 29*(1), 185–194.

Foth, T., & Holmes, D. (2018). Governing through lifestyle—Lalonde and the biopolitical management of public health in Canada. *Nursing Philosophy, 19*(4), Article e12222.

Godziewski, C. (2022). *The politics of health promotion in the European Union*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97870-9

Hancock, T. (2011). The Ottawa Charter at 25. *Canadian Journal of Public Health, 102*(6), 404–406.

Iwunna, O., Kennedy, J., & Harmer, A. (2023). Flexibly funding WHO? An analysis of its donors'

voluntary contributions. *BMJ Global Health, 8*(4), Article e011232. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011232

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Department of National Health and Welfare. https://www.publications.gc.ca/site/eng/9.692294/publication.html

Labonté, R. (2016). Health promotion in an age of normative equity and rampant inequality. *International Journal of Health Policy and Management, 5*(12), 675–682. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.95

McPhail-Bell, K., Fredericks, B., & Brough, M. (2013). Beyond the accolades: A postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter. *Global Health Promotion, 20*(2), 22–29.

Porter, C. (2007). Ottawa to Bangkok: Changing health promotion discourse. *Health Promotion International, 22*(1), 72–79. https://academic.oup.com/heapro/article/22/1/72/627546

Purnat, T. D., Wilhelm, E., White, B. K., Okan, O., Rosario, R., & Scales, D. (2025). Health promotion in the algorithmic age: Recognizing the information environment as a determinant of health. *Health Promotion International, 40*(5), Article daaf166.

Raeburn, J. (2007). Ottawa Charter: Reflections from down under. *Promotion & Education, 14*(Suppl. 2), 10. https://doi.org/10.1177/10253823070140020401x

Şemin, S., & Aksakoğlu, G. (1998). Dünya Bankası ve sağlık: Gerçekleri görmek bu kadar zor mu? *Toplum ve Hekim, 13*(6), 416–418.

Thomas, S. L., Kickbusch, I., Kökény, M., & Okan, O. (2025). 40 years of the Ottawa Charter for health promotion—Reaffirming health for all. *Health Promotion International, 40*(4), Article daaf143.

Thompson, S. R., Watson, M. C., & Tilford, S. (2018). The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education, 56*(2), 73–84. https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415765

Venediktov, D. (1998). Primary health care: Alma Ata and after. *World Health Forum, 19*(1), 79–86.

Włodarczyk, W. C., & Zabdyr-Jamróz, M. (2018). From Ottawa to Vienna. Health promotion–post-truth contexts and times. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 16*(2), 69–78.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

World Health Organization. (1988). *Adelaide recommendations on healthy public policy*.

World Health Organization. (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health*.

World Health Organization. (1997). *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*.

World Health Organization. (2000). *Mexico ministerial statement for the promotion of health: From ideas to action*. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fifth-global-conference/mexico-ministerial-statement

World Health Organization. (2005, July 14). *Global health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015* [Working paper for the 6th Global Conference on Health Promotion]. https://archives.sochara.org/s/communityhealth/item/2876

World Health Organization. (2006). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized



World. *Health Promotion International, 21*(Suppl. 1), 10–14. https://doi.org/10.1093/heapro/dal046

World Health Organization & Government of South Australia. (2010). *Adelaide statement on health in all policies: Moving towards a shared governance for health and well-being*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44365/9789241599726_eng.pdf

World Health Organization. (2016a). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/tci/shanghai-declaration.pdf

World Health Organization. (2016b). *Shanghai Consensus on Healthy Cities*. https://www.who.int/docs/default-source/health-promotion/9gchp-mayors-consensus-healthy-cities.pdf

World Health Organization. (2017). *Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: All for health, health for all* (WHO/NMH/PND/17.5). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf

World Health Organization. (2021). *The Geneva Charter for Well-being*. https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being/

World Health Organization. (2024). *Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases* (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078

Wright, D. (2025). The Lalonde Report in historical perspective. *Canadian Journal of Public Health, 116*(Suppl. 1), 1–7. https://doi.org/10.17269/s41997-025-01032-6

Derleme Makale

Kamusal Sağlık Paradigmasının Çözülmesi ve Ottawa Bildirgesi: Kamucu Sağlık Vizyonunun Yapısal Sınırları



The Dissolution of the Public Health Paradigm and the Ottawa Charter: The Structural Limits of the Public Health Vision

Servet Yıldırım[1]

1. *Dr., Anadolu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye*

Öz

Bu çalışma, kamusal sağlık paradigmasının neoliberal çözülmesi ile Ottawa Bildirgesi (1986) arasındaki ilişkiyi incelemekte ve Bildirge'nin kamucu vizyonunun hangi mekanizmalarla sınırlandığını sormaktadır. Kamusal sağlık paradigması, Fordist birikim rejimi, Keynesçi talep yönetimi ve metadışılaştırıcı sosyal haklar üzerinde yükselmiş, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası, Alma-Ata Deklarasyonu ve Ottawa Bildirgesi'nde kamucu bir vizyona dönüşmüştür. Çalışma, Bildirge'nin sağlığın ön koşulları olarak andığı unsurlarla bunları sağlayacak kamusal paradigma arasındaki aralığın nasıl açıldığını göstermektedir. Bildirge, kamusal paradigmanın kapsamlı normatif ifadelerinden biri olarak okunmakta; çözülmenin onu esas olarak dışarıdan, yani uygulanma koşullarını — sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine kayması, küresel finans ve ticaret kurumlarının koşulluluğu ve bireysel sorumluluk rasyonalitesi yoluyla — aşındırarak sınırladığı savunulmaktadır. Neoliberal dönüşüm sağlığı sistematik biçimde metalaştırmış, hak sahibi yurttaşı girişimci/aktif yurttaşa dönüştürmüş ve sağlığın sorumluluğunu bireye yüklemiştir. Bu nedenle Bildirge'nin sınırları, kendi ilkelerinden çok onu taşıyan paradigmanın çözülmesinden kaynaklanmaktadır. Kuramsal-kavramsal bir çözümleme olan çalışma, DSÖ belgelerini ve ikincil literatürü sınıf projesi ile yönetim rasyonalitesi okumalarını tamamlayıcı katmanlar olarak kullanan bir siyasal ekonomi çerçevesinde okur; Bildirge'nin direnç potansiyelinin bağlayıcı kamusal kurallara, metadışılaştırıcı güvencelere ve bunları taşıyacak güç ilişkilerine bağlı olduğu sonucuna varır.

Anahtar sözcükler: kamusal sağlık paradigması, Ottawa Bildirgesi, neoliberalizm, sağlığın geliştirilmesi, metadışılaştırma, sorumlulaştırma

Abstract

This study examines the relationship between the neoliberal dissolution of the public health paradigm and the Ottawa Charter (1986), asking by what mechanisms the Charter's public vision has been constrained. The public health paradigm rose on the Fordist accumulation regime, Keynesian demand management and decommodifying social rights, and acquired its public vision through the World Health Organization (WHO) Constitution, the Declaration of Alma-Ata and the Ottawa Charter. The study shows how the gap opened between the prerequisites of health that the Charter names and the public paradigm that would secure them. The study reads the Charter as one of the most comprehensive normative expressions of the public health paradigm and argues that dissolution constrained it mainly from outside — through the shift in class forces toward capital, the conditionality of global financial and trade institutions, and a governmental rationality of individual responsibility. Neoliberal transformation has systematically commodified health, recast the rights-bearing citizen as an entrepreneurial, active citizen and shifted responsibility for health onto individuals. The Charter's limits therefore stem less from its own principles than from the dissolution of the paradigm that carried it. This theoretical-conceptual analysis reads WHO documents and secondary literature through a political economy framework that treats class-project and governmentality readings as complementary layers, concluding that the Charter's potential for resistance depends on binding public rules, decommodifying guarantees, and the social power relations that can sustain them.

Keywords: public health paradigm, Ottawa Charter, neoliberalism, health promotion, decommodification, responsibilization

Geliş Tarihi / Received: 26.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Servet Yıldırım **E-posta:** servetyildirim@gmail.com

Sorumlu Editör / Handling Editor: Işıl Ergin

Atıf için / Suggested Citation: Yıldırım, S. (2026). Kamusal Sağlık Paradigmasının Çözülmesi ve Ottawa Bildirgesi: Kamucu Sağlık Vizyonunun Yapısal Sınırları. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 35-56

Giriş

Bu çalışma, kamusal sağlık paradigmasının çözülmesi ile Ottawa Bildirgesi arasındaki ilişkiyi ele alır ve şu soruyu sorar: Paradigmanın neoliberal çözülmesi, Bildirge'nin kamucu vizyonunu hangi mekanizmalarla sınırlamıştır? Çalışmanın savı, Bildirge'nin kamusal paradigmanın kapsamlı normatif ifadelerinden biri olduğu ve çözülmenin onu esas olarak dışarıdan, yani Bildirge'nin hedeflerini hayata geçirecek kurumsal ve siyasal koşulları aşındırarak sınırladığıdır. Bu sınırlama üç düzeyde — kamusal kuralların ve metadışılaştırıcı güvencelerin aşınması, bunları savunacak toplumsal güçlerin zayıflaması ve sorumluluğu bireye yükleyen söylemin yerleşmesi — işlemiştir. Analiz, sınıf projesi ve yönetim rasyonalitesi okumalarını birbirini tamamlayan katmanlar olarak kullanan bir siyasal ekonomi çerçevesine dayanır.

Ottawa Bildirgesi'nin sınırlarına ilişkin literatür birbirini tamamlayan iki eksende ilerler. Birinci eksen, sınırların uygulamada nasıl göründüğünü betimler. Baum ve Fisher (2014) sağlığın bireysel yaşam tarzı seçimlerine indirgenemeyeceğini vurgular; Labonté (2016) ise sağlığı geliştirmenin toplumsal koşullar yerine bireysel davranışa kaydığını, yani "yaşam tarzı kayması"nı saptar. İkinci eksen, bu sapmaların ardındaki siyasal ekonomik koşullara yönelir. Raphael (2013), sağlığın ön koşullarının sağlanıp sağlanmadığını belirleyenin açık taahhütler değil, bir ülkenin siyasal ekonomisi ve refah devleti türü olduğunu savunur; Raphael (2015) ise sağlıklı kamu politikasına karşı çıkışın ardındaki güç ve çıkar çatışmalarının politika analizinde sıklıkla ihmal edildiğini söyler. Ayo (2012) da Bildirge'nin stratejilerinin ve hedeflerinin hayata geçirilememesini neoliberal akılcılığa, özellikle asgari devlet müdahalesi ilkesine bağlar.

Bu çalışma, soruyu bir adım geriye taşıyarak Bildirge'nin dayandığı kamusal sağlık paradigmasının nasıl çözüldüğünü sorar. Bu adım, neoliberalizm ile sağlık sistemleri ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiyi işleyen sağlığın siyasal ekonomisi yazınına yaslanır (Navarro, 2008; Coburn, 2014; Mooney, 2014); ancak bu yazın, Bildirge'nin sınırlarını paradigmanın çözülmesiyle doğrudan ilişkilendirmez. Çalışma bu iki yazını buluşturur ve refah devleti ile neoliberalizm tartışmalarından üç kavrama başvurur. Birincisi, sosyal hakların emek gücünü piyasa bağımlılığından kurtarması anlamında metadışılaştırmadır (Esping-Andersen, 1990). İkincisi, neoliberalizmin yeni piyasalar yaratan ve mevcut alanları metaya dönüştüren bir proje olarak okunmasıdır (Harvey, 2015). Üçüncüsü, neoliberalizmin bireyleri girişimci özne olarak yöneten bir rasyonalite olarak okunmasıdır (Dardot & Laval, 2013); bu rasyonalitenin sağlık alanındaki karşılığı, sağlığın sorumluluğunun toplumsal olandan bireye aktarıldığı sorumlulaştırmadır. Çalışma ampirik değil, kuramsal ve tarihsel yorumlayıcı bir okumadır: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) temel belgeleri (1948 Anayasası, Alma-Ata Deklarasyonu, Ottawa, Jakarta ve Bangkok Bildirgeleri) ve Dünya Bankası raporları birincil kaynak, refah devleti, neoliberalizm ve sağlığın siyasal ekonomisi literatürü ise yorum çerçevesi olarak kullanılır.

Çalışmanın çıkış noktası, Bildirge'nin vizyonu ile doğduğu tarihsel koşullar arasındaki ikilemdir. Ottawa Bildirgesi 1986'da, sağlığın ön koşullarını barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet olarak sayan kamucu bir vizyonla kabul edilmiştir. Ancak aynı dönemde neoliberal dönüşüm, bu ön koşulları sağlayan kamusal düzenlemeleri aşındırmaya başlamıştı. Bildirge bu dönüşümün kurumsal düzeyde henüz tamamlanmadığı bir eşikte



formüle edilmiştir; hedefleriyle bu hedefleri taşıyacak koşullar arasındaki aralık da bu nedenle zamanla açılmıştır.

Çalışma üç bölümden oluşur. İlk bölüm kamusal sağlık paradigmasını tanımlayarak onun Fordist–Keynesçi temellerini ve metadışılaştırıcı sosyal haklarla ilişkisini ele alır; ikinci bölüm DSÖ'nün kamucu sağlık vizyonunun biyomedikal modelden Ottawa Bildirgesi'ne uzanan gelişimini izler; üçüncü bölüm ise neoliberal dönüşümle paradigmanın çözülmesini, Bildirge'nin sınırlanmasını ve bu sınırların gevşemesinin koşullarını tartışır.

Kamusal Sağlık Paradigmasının Temelleri: Fordizm, Keynesçilik ve Metadışılaştırma

Bu çalışmada kamusal sağlık paradigması, refah devletinin en önemli bileşenlerinden biri olarak ele alınmaktadır. Paradigma, sağlığın piyasa dışında kamusal bir sorumluluk ve yurttaşlık hakkı olarak tanımlandığı, kamusal finansman, kamusal sunum ve kolektif müdahale yoluyla kurumsallaşma eğilimi gösterdiği ve içeriğinin klasik sağlık hizmeti alanından sağlığın toplumsal koşullarına doğru giderek genişlediği tarihsel düzeni ifade eder. Paradigma, farklı analitik düzeylere ait üç unsurun eklemlenmesinden oluşur: Fordist–Keynesçi düzenin oluşturduğu siyasal-ekonomik zemin, metadışılaştırıcı sosyal haklar ve DSÖ belgelerinde kodlanan normatif sağlık anlayışı. Refah devleti ilk iki unsuru ulusal düzeyde bir araya getiren ana kolondur; normatif ilkeler ise bu ulusal deneyimi evrensel bir sağlık vizyonu olarak ifade eder.

Bu nedenle kamusal paradigma, refah devletinin tanımıyla birlikte düşünülmelidir. Briggs'in klasik tanımına göre refah devleti, örgütlü gücün piyasa güçlerinin işleyişini değiştirmek için bilinçli olarak kullanıldığı devlettir. Bu değişim üç yönde işler: bireylere ve ailelere piyasa gelirlerinden bağımsız asgari gelir güvencesi sağlanması; hastalık, yaşlılık ve işsizlik gibi "toplumsal olasılıklar" karşısında güvencesizliğin azaltılması; tüm yurttaşlara statü ya da sınıf ayrımı gözetilmeksizin belirli bir hizmet yelpazesinde mevcut en iyi standartların sunulması (Briggs, 1961, s. 228'den akt. Kuhlmann, 2019, ss. 16–17). Bu bölüm, paradigmanın ilk iki unsurunu ele alarak sağlık hizmetlerinin neden piyasaya bırakılmayıp kamusal bir hak olarak kurumsallaştığını emek gücünün yeniden üretimi ve yurttaşlık ilişkisi bağlamında açıklar; normatif sağlık anlayışı ise bir sonraki bölümde ele alınmaktadır.

Fordist Birikim Rejimi ve Keynesçi Politikalar

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönem, kapitalizm tarihinin en uzun soluklu ekonomik canlanma ve büyüme dönemidir. 1948–1973 arasında dünya GSMH'si üç buçuk katına çıkmış ve bu büyüme toplumsal reformların finansmanını mümkün kılmıştır (Callinicos, 2013, s. 341). Bu gelişmelerin arkasında Fordist birikim rejimi ile Keynesçi politikaların eşleşmesi yatar. Dönemin ekonomi politikalarına egemen olan Keynesçi yaklaşım, istihdam düzeyinin piyasaya bırakıldığında arzu edilen düzeye ulaşamayacağı, bu nedenle devletin ekonomi politikalarıyla aktif biçimde müdahale etmesi gerektiği ilkesine dayanır (Altvater, 1981, s. 6).

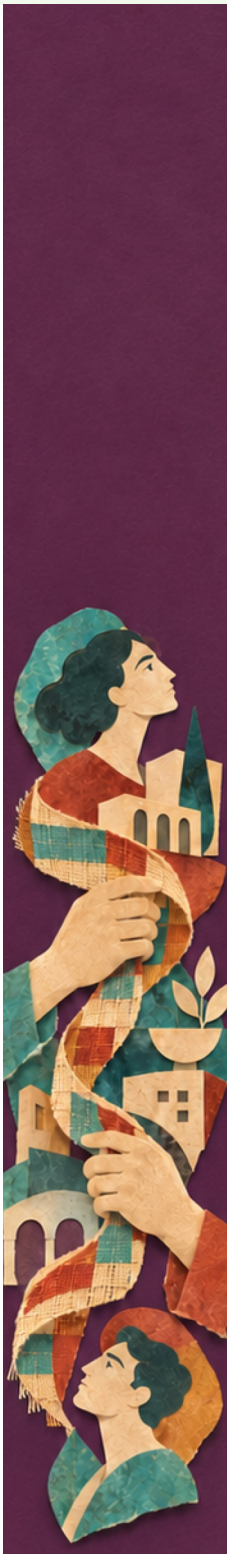
Desai'ye (2003, s. 68) göre devletin ekonomideki payı önceki dönemlere göre en belirgin biçimde

Keynesçiliğin "altın çağı"nda, 1945–1975 arasında artmıştır; yükselen gelirlere ve kamu gelirlerine, kamusal sunuma ilişkin beklentileri artan bir nüfus eşlik etmiştir. Bu dönemde kamu kesimi kayda değer ölçüde büyümüş, sunumun içeriği ve biçimi de değişmiştir: bayındırlık ve eğitim gibi geleneksel kamusal mal ve hizmetlerin ekonomideki ağırlığı artmış, sağlık, konut, yükseköğretim ve sosyal hizmetler genişleyen hizmet alanına dâhil edilmiş, emeklilik, sosyal güvenlik ve yoksulluğa yönelik yardımlar gibi transfer ödemeleri yeni hak sahiplerine genişletilmiş ve mevcut hak sahiplerine yapılan ödemeler artırılmıştır.

Keynesçi iktisat doktrini doğrultusunda bu sosyal harcamalar ve kamu hizmetleri, ekonomiye getirilen ek bir yük olarak değil, ekonomik büyümeyi canlandıran ve resesyonları önleyen otomatik bir istikrar mekanizması olarak kabul edilmiştir (Offe, 1984b, s. 148). Dolayısıyla kapitalist ekonomiler bu dönemde ekonomik istikrarı ve toplumsal uyumu sağlayacak politikaları sistemin merkezine yerleştirmiştir.

Bu kamu genişlemesi ve sosyal hakların kurumsallaşması, dönemin egemen birikim rejimi olan Fordizm çerçevesinde mümkün olmuştur (Arın, 1985, ss. 123, 130). Fordizm, üretim sürecindeki teknolojik dönüşümleri işçi sınıfının kitlesel tüketim normuyla birleştiren yoğun bir sermaye birikim rejimidir (Aglietta, 2000, ss. 117, 158): montaj hattına, seri ve standartlaşmış kitlesel üretime ve işçilerin ürettikleri malları satın alabilecekleri bir gelir düzeyine dayanır, böylece kitlesel üretimin talep edileceği bir tüketici kitlesi yaratılır (Harvey, 1997, ss. 147–148).

Kitlesel üretim ile kitlesel tüketimin uyumu, ücret ilişkisinin kurumsal biçimde düzenlenmesine dayanır. Bir yandan ücretler ve çalışma koşulları bireysel sözleşmeler yerine toplu pazarlık ve toplu sözleşmeyle belirlenir, ücret artışları verimlilik artışına az çok paralel olarak düzenli biçimde yükselir; böylece gelir bölüşümü üretimle uyumlu hale gelir (Arın, 1985, ss. 125–126). Çalışanların örgütlü mücadelesi bastırılmak yerine kabul edilmiş ve iktisadi alanda kurumsallaştırılmıştır (s. 126). Öte yandan sosyal güvenlik kurumları ve "sosyal refah devleti" uygulamaları aracılığıyla emek gücünün yeniden üretim maliyetleri kısmen toplumsallaşır (ss. 126–127). Devlet ayrıca üretimin genel koşullarının maliyetini vergiler aracılığıyla topluma yayar (s. 130). Sonuç olarak savaş sonrası dönemde oluşan Fordist–Keynesçi politika eşleşmesi, kamusal mal ve hizmet sunumunun genişlemesinin maddi zeminini oluşturmuş, kapitalist ekonomilerin ihtiyaçları çerçevesinde emek gücünün yeniden üretimi toplumsallaşmıştır.



Emek Gücünün Yeniden Üretimi ve Sosyal Ücret

Bu toplumsallaşmanın somut bir örneği, sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılmayıp kamusal otoritelerce hak ve sorumluluklar çerçevesinde sunulmasıdır. Emek gücünün meta olduğu kapitalist toplumsal ilişkilerde sağlık hizmetleri, emek gücünün yeniden üretimini sağlayan temel hizmetlerdendir; Hamzaoğlu'na (2009, s. 28) göre kapitalist üretim sürecinde sağlık hizmetinin asıl amacı, "bir işçinin sadece ertesi gün işine gelebileceği kadar 'sağlıklı' olmasını sağlamaktır". İkinci Dünya Savaşı sonrasında sağlık hizmeti sunumundaki genişleme bu bağlamda değerlendirilebilir: Fordist–Keynesçi politikalar ekseninde biçimlenen ekonomik modelin gereksinimleri çerçevesinde emek gücünün yeniden üretimine duyulan ihtiyaç artmıştır (Arın, 1985, s. 130). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin

standart biçimde sunulması, üretim ile tüketim arasındaki dağılımın uzun bir vade boyunca istikrarlı olduğu Fordist dönemde mümkün hale gelmiştir (Harvey, 1997, s. 143).

Bununla birlikte bu toplumsallaşma yalnızca birikim rejiminin işlevsel bir gereği değil, aynı zamanda işçi hareketinin ve sendikal mücadelelerin kazanımıdır (Navarro, 1989, ss. 892–893). Leys'e (2014, ss. 16–17) göre dönemin emek hareketleri, tedavi hizmetlerinin başlıca hak sahiplerinin işçiler ve aileleri olmasını sağlayabilecek güçteydi. 1950'lerin sonunda, güçlü bir emek hareketinin bulunduğu hemen her ülkede devletler herkese açık sağlık hizmeti talebinin önünde duramaz hale gelmiş, sosyal sigorta ya da genel vergiyle finanse edilen sistemler egemenlik kazanmıştır (s. 27).

Emek gücünün yeniden üretiminin bu biçimde toplumsallaşmasının ürünü sosyal ücret olarak adlandırılır. Gough'a (1975, s. 75) göre kamusal olarak (devlet ve sosyal sigorta eliyle) ve kolektif biçimde sağlanan hizmet ve yardımlar bir sosyal ücrettir; savaş sonrası dönemde işçi hareketleri bu hizmet ve yardımları giderek ücretin ayrılmaz bir parçası olarak görmüş, parasal ücret gibi savunup artırmaya çalışmıştır. Bu ücret, sağlık, eğitim ve konut gibi alanlardaki ayni hizmetler ile devletin nakit transferlerinden oluşur; Bowles ve Gintis (1982, s. 72) aynı bileşeni "yurttaş ücreti" (citizen wage) olarak adlandırır. Hükümetler bu alanlardaki harcamalarla sosyal ücreti güçlü biçimde desteklemiştir (Harvey, 1997, s. 158). Sosyal ücretin işlevi iki kanaldan işler. Birincisi, çalışanlar açısından: doğrudan piyasadan satın alınmayan bu hizmetler kitlesel tüketimi piyasa ücretlerinin ötesinde güvence altına alır ve hanehalkı gelirinin bir kısmını başka tüketim kalemlerine yönelterek kapitalist ekonomi açısından vazgeçilmez olan canlı talebi besler (O'Connor, 1973/2001, s. 8; Offe, 1984a, ss. 194–195). İkincisi, sermaye açısından: O'Connor (1973/2001, s. 7), "sosyal tüketim"i emeğin yeniden üretim maliyetlerini düşüren ve diğer koşullar eşitken kâr oranını artıran proje ve hizmetler olarak tanımlar. Kamusal sağlık harcamalarının da dâhil olduğu sosyal ücret, hem sermayenin kârlılığına katkıda bulunan hem de emek gücünün toplumsal yeniden üretiminin kamusal harcamalar yoluyla sağlandığı bir mekanizmadır; bu mekanizma Esping-Andersen'in metadışılaştırma kavramıyla kuramsal olarak açıklanabilir.

Metadışılaştırma ve Yurttaşlık

Sosyal haklar, 20. yüzyılın ortasında medeni ve siyasal haklara eklemlenerek yurttaşlığın sosyal öğesini oluşturan haklardır. Marshall bu öğeyi, asgari ekonomik refah ve güvenceden toplumsal mirasa tam katılıma uzanan haklar olarak tanımlar (Marshall & Bottomore, 1992, s. 8). Bu haklar devlete eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlarda yükümlülük yükler; yurttaşlık, bu yükümlülükler yerine getirildikçe sosyal bir nitelik kazanır (Koray, 2008, s. 101). Marshall'ın bu yurttaşlık çerçevesi, Esping-Andersen'in metadışılaştırma çözümlemesinin kuramsal temellerinden biridir (Rostila, 2015, s. 645).[1]

Esping-Andersen (1990, s. 3), sosyal hakları metadışılaştırma (decommodification) kapasiteleri üzerinden değerlendirir: sosyal hakların temel ölçütü, insanların yaşam standartlarını saf piyasa güçlerinden ne ölçüde bağımsız kılabildikleridir. Kavram, Polanyi'nin (2010, ss. 119–120) emeği, toprağı ve parayı

[1] Esping-Andersen, refah devletlerini metadışılaştırma ve tabakalaşma ölçütlerine göre üç rejimde kümeler: yardımların yoksullara sınırlandığı ve metadışılaştırmayı en aza indiren liberal rejim, korporatist-muhafazakâr rejim ve evrenselci, metadışılaştırıcı sosyal demokrat rejim. Bu çalışma tipolojiyi değil, metadışılaştırma kavramını kullanır.

piyasaya içkin olmayan "hayali metalar" olarak tanımladığı analize dayanır. Kapitalist üretim ilişkilerinin egemen olduğu toplumsal formasyonlarda emek gücü metalaşmıştır (Marx, 1976); bireyler emek güçlerini piyasada satarak ücret elde eder ve refahları öncelikle bu gelir akımına bağlıdır. Esping-Andersen'e (1990, ss. 21–22) göre modern sosyal haklar bu saf meta statüsünü gevşetir: hak olarak sunulan hizmetler, birey geçimini piyasaya bağlı kalmadan sürdürebildiğinde metadışılaşma gerçekleşir. Bu, yeniden üretimin emek sözleşmesinin dışında güvence altına alınması anlamına gelir; dolayısıyla emek gücünün yeniden üretimi açısından da piyasa dışı bir güvence sağlar.[2]

Bu çerçevede kamusal ve evrensel sağlık hizmetleri, refah devletinin piyasa toplumuna özgü ihtiyaç ve risklere karşı yasal talep hakkı olarak sunduğu yardım ve desteğin başlıca örneklerindendir (Offe, 1984b, ss. 147–148). Klasik metadışılaştırma analizini sağlık alanında genişleten Bambra'ya (2005, s. 201) göre, kavram sağlık hizmeti sunumunu da kapsayacak biçimde ele alındığında, bireyin sağlık hizmetlerine erişiminin piyasadaki konumuna ne ölçüde bağlı olduğuna ve bir ülkedeki sağlık hizmeti sunumunun piyasadan ne ölçüde bağımsız olduğuna işaret eder.

Metadışılaştırmayı mümkün kılan sosyal haklar, yurttaşlık ilişkisini de dönüştürmüştür. Buğra'ya (2024, s. 102) göre Marshall'da sınıf eşitsizlikleri sivil ve siyasal hakların kullanımını sınırlar; sosyal haklar ise bu eşitsizliklerin etkisini azaltarak yurttaşlığı fiilen kullanılabilir kılar. Bu, eğitim, sağlık ve konut gibi temel mal ve hizmetlerin asgari düzeyde güvence altına alınmasını ve bunlara erişimde eşit standartlar getirilmesini gerektirir. Dolayısıyla yurttaşlık eşitliği, piyasanın işleyişine sınır çizilmeden sağlanamaz. Marshall'a göre sosyal haklar, statünün sözleşmeye müdahalesi anlamına gelir: piyasanın temsil ettiği değerler toplumsal adalete tabi kılınır ve serbest pazarlığın yerini hak beyanı alır (Marshall & Bottomore, 1992, s. 40).[3]

Bölümün bütünü göz önüne alındığında, kamusal sağlık paradigması, emek gücünün yeniden üretimini toplumsallaştırarak hem kapitalist birikimin sürekliliğini hem de yurttaşlık temelinde eşitlikçi bir sosyal koruma rejimini mümkün kılmıştır. Sağlık hakkı, bu çerçevede salt bir hizmet sunumu olmaktan çıkıp yurttaşlığın ayrılmaz bir bileşeni haline gelmiştir.



Biyomedikal Modelden Ottawa Bildirgesi'ne: DSÖ'nün Kamucu Sağlık Vizyonunun Gelişimi (1948–1986)

Kamusal sağlık paradigması yalnızca refah devleti ve metadışılaştırma temelinde değil, sağlığın nasıl tanımlandığına ilişkin kavramsal bir dönüşümle de şekillenmiştir. Bu bölüm, DSÖ'nün biyomedikal modelden kamucu bir sağlık vizyonuna uzanan gelişimini Ottawa Bildirgesi'ne kadar izler. Amaç, sonraki bölümde çözülecek paradigmanın normatif içeriğini ve Bildirge'nin bu içerikle ilişkisini belirlemektir.

[2] Esping-Andersen'in metadışılaştırma endeksi emeklilik, hastalık ve işsizlik gibi nakit yardımlara dayanır; sağlık hizmetleri bu endekste ayrı bir boyut olarak yer almaz.

[3] Bu müdahale, yurttaşlık statüsünün piyasa sözleşmelerini sınırlayarak emeği metalaştıran dinamiklere karşı toplumsal bir koruma oluşturması olarak okunabilir.

Biyomedikal Model ve DSÖ'nün Bütüncül Sağlık Tanımı

20. yüzyılın ilk yarısında tıp bilimi, hastalıkların nedenlerini anlama ve hastalıktan korunma aşamasını geride bırakarak hastalıkları tedavi etmeye başlamıştır. "Tedavi devrimi" olarak adlandırılan ve İkinci Dünya Savaşı sonrasında da devam eden bu süreçte ölümcül hastalıklar tedavi edilebilir hale gelmiş, sağlık hizmetleri de maddi anlamda değer kazanmıştır (Leys, 2014, s. 16). Tedavi hizmetlerinin bu denli önem kazanması, sağlığı biyolojik temellerle açıklayan biyomedikal yaklaşımın egemenliğinin güçlenmesi anlamına gelmiştir. Biyomedikal yaklaşım sağlığı olumsuz biçimde, yani hastalığın olmaması olarak tanımlamıştır; hastalık ise vücudun herhangi bir yerinde bazı patolojik bulguların ya da anormalliklerin bulunmasıdır (Tatar & Tatar, 1997, s. 54). Bu modelde temel vurgu tıp profesyonellerine, sağlık hizmetlerine, özetle sağlık sistemine yapılmaktadır (Akalın, 2013, s. 233). Sağlık, toplumsal ve ekonomik koşullardan koparılmış, esas olarak bireysel bedende ve kurumsal tıbbi müdahalede aranan bir olgu halinde kavranmıştır.

Biyomedikal modelin bu dar sağlık tanımına yönelik en büyük itiraz ve sorgulama, 1946'da kabul edilen ve 1948'de yürürlüğe giren DSÖ Anayasası ile gelmiştir. Anayasa sağlığı "sadece hastalığın yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik hali" şeklinde tanımlamıştır (DSÖ, 1948). DSÖ'nün tanımı sağlığı pozitif ve bütüncül (holistik) bir biçimde ele alır; bu tanımlamada sağlık yalnızca biyolojik ve tıbbi parametrelere indirgenmez. Özellikle "sosyal iyilik hali" vurgusu, sağlık kavramının toplumsal ve politik düzeyi de içerecek biçimde ele alınmasına imkân vermiştir (Belek, 1998, s. 26). Sağlığı yalnızca biyolojik temellerle değil, toplumsal koşullar ve sosyal ilişkilerle birlikte düşünen bu yaklaşım, geleneksel tıp ve sağlık sistemi anlayışından bir kopuşu temsil etmiştir.

Bununla birlikte, DSÖ'nün kapsamlı ve bütüncül yaklaşımına rağmen 1970'li yıllara kadar sağlık, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastane merkezli biyomedikal modelin ekseninden ayrışamamıştır (Navarro, 2008, s. 152). Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında sömürge sonrası ülkelerde sağlıksızlığın kaynağı temelde sosyal faktörler olmasına rağmen, kent merkezli hastane hizmetleri öncelenmiştir. Tıbbi teknolojiye dayalı ve seçici programlar (sıtma ve aile planlaması gibi) tercih edilmiş, nüfusun tamamını kapsam altına alan sağlık hizmetleri örgütlenmemiştir. Sağlığı doğrudan etkileyen kalkınmışlık düzeyi ise göz ardı edilmiştir (Rao, 2014, s. 286). Başka bir deyişle, DSÖ'nün normatif düzeydeki bütüncül tanımı ile uygulamadaki biyomedikal ve seçici pratikler arasında belirgin bir mesafe dönem içerisinde aşılamamıştır.

Alma-Ata Deklarasyonu ve Temel Sağlık Hizmetleri

Normatif tanımın vadettiği gerçeklik ile uygulama arasındaki mesafe, 1970'lerde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkan ve dönemin ruhunu belirleyen toplumsal hareketlerce de sorgulanmaya başlamıştır. Bu hareketler, hastane merkezli biyomedikal modelin de içinde bulunduğu mevcut sosyal, ekonomik ve siyasal düzenlemeleri sorgulayarak dönüşümünü hedeflemiştir (Rao, 2014, s. 287; Navarro, 2008, s. 152). Navarro'ya (2008, s. 152) göre 1970'lerin sonunda dünyada Birinci, İkinci ve Üçüncü Dünya blokları DSÖ içinde nüfuz için rekabet halindeydi; bu güç dengesi, 1960'ların ortasından 1970'lere uzanan toplumsal hareketlilikle birleşerek hastane merkezli biyomedikal modelin sorgulanmasına ve yeni bir alternatif modelin geliştirilmesine imkân vermiştir. Aynı dönemde Ka-

nada'da Lalonde Raporu da sağlığın belirleyicilerini insan biyolojisi ve yaşam tarzının yanı sıra çevre ve sağlık hizmetleri olarak sıralayarak, sağlığı yalnızca sağlık hizmetleriyle açıklayan bakışın ötesine geçen daha geniş bir çerçeve sunmuştur (Raphael, 2013, s. 103).

Bu yönelimi örgüt dışındaki kalkınma deneyimleri de güçlendirmiştir. Çin, az gelişmiş ülke statüsünde olmasına rağmen kalkınma programlarıyla işe ve gıdaya erişimi sağlayarak sağlık göstergelerinde iyileşme elde etmiş ve 1973'te DSÖ'ye katılarak bir model oluşturmuştur; Sovyetler Birliği ise sıtma programı başta olmak üzere nokta programlarını eleştirerek Alma-Ata konferansının düzenlenmesinde etkili olmuştur (Rao, 2014, ss. 287–288).

Bu zeminde DSÖ'nün bütüncül sağlık bakış açısını sürdüren ve onu küresel çapta Temel Sağlık Hizmetleri'ne taşıyan yaklaşım, 1978 tarihli Alma-Ata Deklarasyonu olmuştur. Toplantı DSÖ ve UNICEF girişimiyle gerçekleştirilmiş; Deklarasyon, 2000 yılına kadar dünya halklarının tamamının sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürmesine olanak tanıyan bir sağlık düzeyine ulaşmasını, yani "Herkes İçin Sağlık" hedefini, hükümetlerin ve uluslararası toplumun temel toplumsal amacı olarak ilan etmiş ve temel sağlık hizmetlerini bu hedefin anahtarı saymıştır (DSÖ, 1978, Madde V). Deklarasyon, temel sağlık hizmetlerinin kapsamını ayrıntılı biçimde ele almış ve sağlık alanında çok boyutlu bir reform önerisinde bulunmuştur (Lister & Labonté, 2009, s. 181). Deklarasyon, DSÖ'nün sağlık tanımını bir adım ileri taşıyarak sağlığı evrensel ve kapsayıcı bir temel sağlık hizmetleri anlayışıyla ilişkilendirmiştir (DSÖ, 1978, Madde I ve VI).

Deklarasyon'un ilkeleri altı başlıkta özetlenebilir. Birincisi, evrensellik: nüfusun tamamını kapsayan, ihtiyacı önceleyen ve herkes için erişilebilir bir sistem (DSÖ, 1978, Madde VI ve VII.6). İkincisi, sağlığın eğitim, barınma, beslenme ve çevre gibi sosyal ve ekonomik değişkenlerle ilişkilendirilmesi ve sektörler arası iş birliği (DSÖ, 1978, Madde I ve VII.4). Üçüncüsü, tedavi edici hizmetlerle birlikte sağlığı geliştirici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler (DSÖ, 1978, Madde VII.2). Dördüncüsü, sağlığın korunmasında hükümetlerin sorumluluğu ve sağlığın salt bireylerin sorumluluğuna indirgenememesi (DSÖ, 1978, Madde V). Beşincisi, pasif yurttaşlık yerine planlama ve uygulamada hak ve ödevler (DSÖ, 1978, Madde IV ve VII.5). Altıncısı, toplum katılımına ve ilk temas noktası olan temel sağlık hizmetlerine dayanan, birinci ve ikinci basamağı bütünleştiren bir sistem (DSÖ, 1978, Madde VI ve VII.6). Bu ilkeler birlikte sağlık sistemini kapsayıcı, adil, erişilebilir ve demokratik biçimde örgütlemeyi amaçlamış; hedeflerin ve kararların kim tarafından belirleneceği sorusunu merkeze almıştır (Newell, 1988, s. 904).

Ancak bu vizyonun uygulanabilirliği, özellikle kaynak kısıtı altındaki ülkeler açısından kısa sürede tartışmaya açılmıştır. Kapsamlı temel sağlık hizmetleri, düşük gelirli ülkeler için fazla geniş ve maliyetli bulunmuştur (Walsh & Warren, 1979, ss. 967, 970). Alma-Ata'nın ardından, maliyet-etkinlik kaygılarıyla hazırlanan, toplumsal katılımı zayıflatan, dikey ve teknokratik yönetimi öne çıkaran Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (STSH) yaklaşımı gündeme gelmiş ve kapsayıcı, evrensel sağlık hizmetleri anlayışının yerini almaya başlamıştır (Newell, 1988, s. 904). Rifkin ve Walt (1986, s. 560) ayrımı yalnızca teknik bir tercih olarak ele almaz: kapsamlı yaklaşım sağlığı insanların yaşamını iyileştiren bir gelişme süreci olarak görürken seçici yaklaşım tıbbi müdahalelere odaklanır.[4]



[4]Yazarlar iki görüşü bağdaşmaz bulur. Ayrım en çok toplumsal katılımda görünür: seçici yaklaşımda katılım, halkın uzmanların seçtiği müdahaleleri kabul etmesidir. Planlayıcılar ve donör kuruluşlar ise temel sağlık hizmetleri çatısı altında

Alma-Ata, evrensel ve kapsayıcı sağlık hizmetlerini, özellikle kalkınmakta olan ülkeler için hedef alarak temel sağlık hizmetlerini önceleyen bir yaklaşımı temsil eder (Baum, 2016, s. 37). Kickbusch'a (2003, s. 383) göre Herkes İçin Sağlık stratejisi sağlığı kalkınma politikasının merkezine yerleştirmiş, hükümetleri yalnızca sundukları sağlık hizmetlerinden değil, nüfusun sağlığından da sorumlu tutmuştur. Dew (2015, s. 84) de 20. yüzyılın sonunda sağlığın toplumsal belirleyicilerine yönelen ilginin en belirgin biçimde bu konferansta dile geldiğini belirtir. Ancak Deklarasyon'dan hemen sonra ortaya çıkan seçici yaklaşım ve DSÖ ile çevresindeki kuruluşların tutumundaki değişim, sonraki dönüşümün erken bir işareti olarak okunabilir. Alma-Ata, ekonomi politikalarında neoliberalizmin henüz egemen olmadığı, farklı kalkınma pratiklerinin sağlık alanında gelişme sağladığı bir dönemde ortaya çıkmış; ancak Alma-Ata sonrası dönemde devlet merkezli kalkınma paradigması terk edilmiştir.

Ottawa Bildirgesi (1986)

Alma-Ata'nın kapsamlı vizyonunu sürdürme girişimi olarak okunabilecek metin, 1986 tarihli Ottawa Bildirgesi'dir. Bildirge, DSÖ'nün sağlık tanımından ve Alma-Ata Deklarasyonu'nun herkes için sağlık hedefinden beslenmiş; özellikle Alma-Ata'nın sağlık vizyonunu pratiğe dönüştürmek amacıyla ortaya konmuştur (DSÖ, 1986). Baum'a (2016, s. 38) göre Bildirge'nin arkasında iki itici güç vardı: Herkes İçin Sağlık 2000 stratejisinin sanayileşmiş ülkelerde benimsenmemesi ve yaşam tarzı ile davranışçı yaklaşımların sınırları. Bildirge, DSÖ'nün geleneksel sağlık tanımını genişletir: sağlığı "günlük yaşamın bir kaynağı, yaşamın amacı değil" olarak tanımlar (DSÖ, 1986). Bu ifade, sağlığı toplumsal ve kişisel kaynaklarla ilişkilendirir. Alma-Ata ile Ottawa arasındaki temel fark, sağlığın hangi düzeyde ele alındığındadır. Alma-Ata, temel sağlık hizmetlerini ülkenin sağlık sisteminin "merkezi işlevi ve ana odağı" olarak kurar (DSÖ, 1978, Madde VI) ve hükümetlerin halkın sağlığına ilişkin sorumluluğunu "yeterli sağlık ve sosyal önlemler" sağlamaya bağlar (Madde V). Ottawa ise vurguyu sağlık hizmetinden sağlığın ön koşullarına kaydırır: sağlıktaki iyileşmenin bu temel koşullara dayanmasını ister ve sağlığın geliştirilmesinin sağlık hizmetinin ötesine geçtiğini belirtir (DSÖ, 1986).

Bildirge'nin "sağlığın ön koşulları" olarak andığı unsurlar, sonradan "sağlığın sosyal belirleyicileri" adıyla anılacak olan yapısal etmenlerdir (Labonté, 2016, s. 675). Bunlar barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyettir (DSÖ, 1986). Bildirge, sağlığın ön koşullarının ve olanaklarının yalnızca sağlık sektörü tarafından sağlanamayacağını belirtir; sağlığın geliştirilmesinin yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğu olmadığını, "sağlıklı yaşam tarzlarının ötesine geçerek esenliğe" uzandığını vurgular (DSÖ, 1986). Böylece sağlık, dar biyomedikal modelin ötesinde, sosyal ve kişisel kaynakları ile fiziksel kapasiteleri birlikte vurgulayan pozitif bir kavram olarak ele alınır; Bildirge bu yönüyle DSÖ'nün bütüncül sağlık anlayışını sağlık sektörünün ötesine taşır.

Bildirge, sağlığın geliştirilmesini üç strateji (savunuculuk, imkân sağlama ve aracılık etme) ve beş eylem alanı üzerinden tanımlar: sağlıklı kamu politikası oluşturmak, destekleyici ortamlar yaratmak, toplumsal eylemi güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek (DSÖ, 1986). Sağlıklı kamu politikası, mevzuat, mali önlemler, vergilendirme ve kurumsal

giderek seçici yaklaşımlara yönelmiştir. Vizyonun adı korunmuş, içeriği daralmıştır.

değişikliği birlikte kullanarak sağlığı tüm sektörlerde ve düzeylerde politika yapıcıların gündemine taşır.[5] Bu yaklaşımda sağlığın geliştirilmesi bireylerin davranışlarını değiştirmeye indirgenmez; birey ve toplulukların sağlıklarının ekonomik ve sosyal ön koşulları üzerindeki kontrolünün artırılması, kamu politikalarının tasarımıyla birlikte düşünülür. Bildirge, bu eşgüdümlü eylemin sağlık politikalarının yanı sıra gelir ve sosyal politikalara da uzanmasını ve taahhüt bölümünde toplumların kurallarının ve uygulamalarının ürettiği sağlık eşitsizliklerinin ele alınmasını öngörür (DSÖ, 1986). Raphael'e (2015, s. 382) göre Bildirge, ön koşulların kamu politikasıyla şekillendiğini ortaya koyar. Bu nedenle Bildirge'nin mantığı, ön koşullara müdahale eden bütüncül kamu politikalarını gerektirir (DSÖ, 1986).

Bu ön koşulların nasıl sağlandığı sorusu, Bildirge'nin kamusal paradigmaya bağımlılığını gösterir. Raphael'e (2013, s. 97) göre bu ön koşulları sağlayan, kamu politikasıdır. Raphael bu bağı, zengin kapitalist ülkelerden örneklerle üç ön koşul üzerinden gösterir (s. 98): erken yaşamda aileler için yeterli gelir ve nitelikli çocuk bakımı sağlayan politikalar, istihdamda toplu pazarlığı ve güvencesiz çalışanların korunmasını mümkün kılan düzenlemeler ve gelir dağılımında artan oranlı vergilendirme ile metadışılaştırılmış desteklerdir. Ön koşulların sağlanması bu nedenle bireysel davranıştan çok, devletin piyasanın kaynakları nasıl dağıttığına müdahale edebilme kapasitesine bağlıdır. Sağlığın ön koşullarına egemen olan bu dil, kamusal bir paradigmayı varsayar.

Bildirge'yi kamusal sağlık paradigmasının kapsamlı normatif ifadelerinden biri olarak okumanın ölçütü, sağlığa ilişkin kamusal sorumluluğun kapsamıdır. Bu ölçüt açısından üç metin bir genişleme sırası izler: DSÖ Anayasası sağlığı bütüncül biçimde tanımlar; Alma-Ata Deklarasyonu sektörler arası eylemi öngörmekle birlikte (DSÖ, 1978, Madde VII.4) kamusal sorumluluğu esas olarak temel sağlık hizmetleri üzerinden kurar (Madde VI); Ottawa Bildirgesi ise sağlıklı kamu politikasını ilk eylem alanı yaparak bu sorumluluğu sağlık sisteminden kamu politikasının bütününe taşır (DSÖ, 1986). Bu ölçüt normatif bir üstünlüğü değil, kapsamın genişliğini ifade eder; Bildirge'nin kamusal paradigmanın maddi dayanaklarına önceki metinlerden daha bağımlı olmasının nedeni de bu genişliktir.

Bu genişleme sağlık hizmetlerinin kendisine de yansır: Bildirge, sağlık sistemlerinin tedavi edici ve klinik hizmet odaklı olmasını eleştirmiş; bütçe ve kaynakların koruyucu hekimlik ve sağlığın geliştirilmesine yönelmesini önermiştir (Thompson, Watson, & Tilford, 2017, s. 6).

Bildirge'nin ortaya çıkış koşulları da bu kamusal söylemi destekler niteliktedir. Ottawa Bildirgesi, 19. yüzyıl halk sağlığı, feminizm, çevre ve tüketici hareketleri ile 1950'lerden itibaren toplumsal kalkınma deneyimlerinden beslenmiştir (Baum, 2016, s. 38); Labonté (2016, s. 675) ise Bildirge'nin yaygınlaşmasını kısmen, 1970'lerin ilerici toplumsal hareket aktivistlerinin 1980'lerde kamu sağlığı otoritesi konumlarına geçmesiyle ilişkilendirir.

Bildirge'nin sözcük dağarcığı kolektiftir: güçlendirmeyi toplulukların "kendi çabaları ve kaderleri üzerindeki sahiplik ve denetimi" olarak tanımlar, sağlığın geliştirilmesi sorumluluğunu ise "bireyler, topluluk grupları, sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti kurumları ve hükümetler arasında" paylaştırır. Buna karşılık "kişisel becerilerin geliştirilmesi" eylem alanı, insanların "sağlığa elverişli seçimler yapma"

[5] Bildirge'de sağlık, yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın veya sağlık hizmeti bütçelerinin bir sorumluluğu olmaktan çıkarılarak, tüm devlet organlarının ve sektörlerin ortak yönetim hedefine dönüştürülmesi amaçlanır.



seçeneklerini genişletmeyi öngörür; bu ifade, kolektif dilin içinde bireysel kapasite okumasına açık bir kapı bırakır (DSÖ, 1986). Baum (2016, s. 38) da Bildirge'nin davranışsal ve yaşam tarzı yaklaşımlarını reddetmediğini, onları kişisel becerilerin kazanılması kapsamında içerdiğini belirtir.

Ne var ki bu kapı, Bildirge'nin bireysel davranışa indirgenmesini zorunlu kılmaz. Metinde kişisel beceriler bağımsız bir strateji olarak değil, diğer eylem alanlarına bağlı olarak tanımlanır: Bildirge, insanların "destekleyici bir çevrede güvenli bir temel, bilgiye erişim, yaşam becerileri ve sağlıklı seçimler yapma olanakları" olmadan ve sağlıklarını belirleyen etmenler üzerinde kontrol kuramadıkça en yüksek sağlık potansiyellerine ulaşamayacaklarını belirtir (DSÖ, 1986). Baum (2016, s. 39) da bu alanın topluluk örgütlenmesi, savunuculuk ve bireysel sorunları yapısal bir çerçevede çözümleme becerilerini kapsadığını vurgular. Dolayısıyla Bildirge'nin bu noktadaki içsel yorumlanabilirliği, bireyselleştirici bir okumayı zorunlu kılmaz; yalnızca mümkün kılar. Bu olanağın neoliberal dönemde nasıl kullanıldığı, sağlığın bireyselleştirilmesine ilişkin bölümde ele alınmaktadır.

Bildirge'nin tarihlendirilmesi, onun kamusal sağlık paradigmasının çözülmeye başladığı bir eşikte kaleme alındığını gösterir. Birleşik Krallık'ta 1979'da, ABD'de ise 1980 seçimleriyle neoliberal hükümetler iktidara gelmiş (Harvey, 2015, ss. 30, 32), seçici temel sağlık hizmetleri tartışması Alma-Ata'nın hemen ertesinde ortaya çıkmış (Walsh & Warren, 1979, s. 967; Newell, 1988, s. 904), Dünya Bankası'nın sağlık finansmanı belgesi ise Bildirge'den bir yıl sonra yayımlanmıştır (Akin, Birdsall, & de Ferranti, 1987). Ottawa Bildirgesi, kamusal paradigmanın en kapsamlı normatif ifadelerinden biri olarak, aynı paradigmanın çözülmesinin başladığı bir anda kabul edilmiştir; bu nedenle Bildirge, kamucu bir vizyonu ifade ederken bu vizyonu hayata geçirecek koşulların aşınmaya başladığı bir ortamda doğmuştur.

Böylece Bildirge'nin kamucu vizyonu üç dayanağa yaslanır: ön koşulları sağlayan bağlayıcı kamu politikaları, toplumsal eylemi ve güçlendirmeyi kolektif biçimde kuran çerçeve ve paylaşılmış sorumluluk. Bu dayanaklar, sonraki bölümde izlenen çözülmenin üç düzeyine karşılık gelir: kuralların ve güvencelerin aşınması, bunları savunacak toplumsal güçlerin zayıflaması ve sorumluluğun bireye yüklenmesi.

Neoliberal Dönüşüm ve Küresel Sağlık Politikaları: Kamusal Paradigmanın Çözülmesi

1980'lerden itibaren sağlık politikalarında yaşanan dönüşüm ve bunun Ottawa Bildirgesi'ne etkisi, yalnızca teknik bir yeniden yapılanma olarak okunamaz. Bu bölüm, söz konusu dönüşümü önce Fordist rejimin krizi ve neoliberalizmin yükselişi bağlamında, ardından neoliberalizmin ekonomi politikası, ideoloji-devlet ve yönetim rasyonalitesi boyutları üzerinden ele alır. Sonrasında dönüşümü sınıfsal temeller ve metalaşma, küresel kurumlar ve normatif dönüşüm ile sağlığın bireyselleştirilmesi başlıkları altında inceler; Ottawa Bildirgesi'nin bu süreçte nasıl sınırlandığını ve bu sınırların hangi koşullarda gevşeyebileceğini tartışır.

Fordist Rejimin Krizi ve Neoliberalizmin Yükselişi

1960'ların sonuna doğru gelişmiş kapitalist ülkelerde Fordist birikim rejimi ciddi bir krize girmiştir. Harvey (2015, s. 20), aynı dönemde savaş sonrası "gömülü liberalizm" düzeninin çözülmeye başladığını ve ciddi bir sermaye birikimi krizinin belirdiğini vurgular.[6] Jessop (1993, ss. 26–27), bu krizin eğilimleri arasında kitlesel üretimin yeni sanayi dallarına yayılmasından gelen büyüme potansiyelinin göreli tükenişini, dayanıklı tüketim mallarında piyasaların göreli doygunluğunu ve toplumsal tüketim harcamalarının sürekli genişlemesinden doğan mali krizi sayar. Arın (1985, s. 132) ise Fordizmde krizin pazar sıkıntısından ve yetersiz tüketimden değil, sermayenin değerlenmesindeki sorundan, yani aşırı birikimden doğduğunu vurgular.

Krizin devlet bütçesindeki karşılığını O'Connor (1973/2001, s. 9) şöyle kavramsallaştırır: devletin sermaye için maliyet oluşturan unsurları giderek daha fazla toplumsallaştırması, buna karşılık toplumsal artığın özel olarak ele geçirilmeye devam etmesi, devlet harcamaları ile gelirleri arasında "yapısal bir açık", yani mali kriz yaratır. Krizin bir diğer boyutu, metadışılaştırıcı güvencelerin emek-sermaye ilişkisi üzerindeki etkisidir. Offe'ye (1984b, s. 151) göre metadışılaştırıcı güvenceler, işçilerin istenmeyen işlerden kaçınmasını ve sömürüye direnmesini kolaylaştırarak "yedek ordu" mekanizmasını kısmen işlemez kılmış, böylece piyasa disiplinini bozmuştur. Ayrıca metadışılaştırıcı transferler ve sübvansiyonlu koruma kendi kendini finanse etmeyen harcamalar gerektirir; bunlar devletin gelecekteki gelir tabanını artırmak yerine daraltır ve mali krizi keskinleştirir (Offe, 1984c, s. 124).

Bu içsel gerilimler 1970'lerde dış şoklarla birleşmiştir. Bretton Woods sabit kur sisteminin 1971'de terk edilmesi, 1973 petrol ambargosu ve işsizlik ile enflasyonun birlikte görüldüğü stagflasyon evresi yaşanmış; bazı devletler mali krize girmiş ve Keynesçi politikalar artık işe yaramaz hale gelmiştir (Harvey, 2015, s. 20). Duménil ve Lévy (2004, ss. 14, 23) bu krizi 1960'lardan itibaren kâr oranındaki düşüşten doğan yapısal bir kriz olarak ele alır ve neoliberal dönüşümün nedenlerini krizin egemen sınıfların gelirleri üzerindeki sonuçlarında arar. Böylece kriz, yalnızca bir kârlılık sorunu olarak değil, sınıflar arasındaki güç dengesinin yeniden kurulmasını gündeme getiren bir birikim krizi olarak ortaya çıkmıştır.

Bu birikim krizine verilen temel yanıt neoliberal politikalar olmuştur. Harvey'e (2015, s. 10) göre neoliberalizm bir politik-ekonomik pratikler teorisidir; bu teori "insan refahını artırmanın en iyi yolunun güçlü özel mülkiyet hakları, serbest piyasalar ve serbest ticaretin temel alındığı bir kurumsal çerçeve içinde bireysel girişim beceri ve hürriyetlerini serbest bırakmak olduğunu iddia eder". Bu çerçeve, Keynesçi politikaların işlemez hale geldiği bir anda, krizden çıkış için sunulan alternatiflerden biri olarak öne çıkmıştır (Harvey, 2015, ss. 20–21, 28–30). Bu bağlamda neoliberalizm, sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine yeniden kurulması girişimi olarak okunabilir; Duménil ve Lévy'ye (2004, ss. 1–2) göre bu, kaçınılmaz bir süreç değil, sermaye sahibi sınıfın gelirlerini ve iktidarını yeniden kurma isteğinin ifadesi olan siyasal bir eylemdir. 1979–1980 dolaylarında Birleşik Krallık ve ABD'de iktidara gelen hükümetler bu dönüşümün siyasal taşıyıcıları olmuştur (Harvey, 2015, ss. 30, 32). Sonuçta Fordist–Keynesçi politikaların krizi, birikim krizinin üzerine eklenen devlet bütçelerinin

[6] Gömülü liberalizm, savaş sonrası dönemde devletin tam istihdama ve refaha odaklandığı, piyasayı sosyal ve politik sınırlamalar ağıyla çevreleyen düzeni ifade eder. Neoliberal proje, sermayeyi bu sınırlamalardan kurtarmayı amaçlamıştır.



krizi biçiminde somutlaşmış ve başka bir sermaye birikim modelinin ve ekonomi politikalarının egemen olmasına yol açacak bir yeniden yapılanmayı gündeme getirmiştir.

Neoliberalizmin Boyutları

Neoliberal politikalar, devletin, toplumun, bireyin, yurttaşlığın ve ekonomik düzenin içeriğini radikal biçimde değiştirmiştir. Bu dönüşüm üç düzeyde incelenebilir: ekonomi politikası; ideoloji ve devlet; yönetim rasyonalitesi ve öznellik. İlk iki düzey, neoliberalizmi sınıf güçleri dengesini sermaye lehine yeniden kuran bir proje olarak ele alan yapısalcı-materyalist okumaya; üçüncüsü ise onu bireyleri rekabetçi girişimciler olarak üreten bir rasyonalite olarak gören yönetimsellik okumasına dayanır. İki okuma birbirini tamamlar: birincisi dönüşümün nedenini ve kimin lehine işlediğini, ikincisi bunu bireysel sorumluluk söylemiyle meşrulaştıran mekanizmayı açıklar.

Ekonomi Politikası Düzeyi

Ekonomi politikası düzeyinde neoliberal politika paketinin uygulanmasında kamu sektöründe özelleştirme, serbestleştirme ve ticari ölçütlerin getirilmesi, özel sektörde ise kuralsızlaştırma belirleyicidir; ekonomik ve sosyal politikalar özel sektörün algılanan gereksinimlerine yönelir (Jessop, 1993, s. 29). Bu dönüşüm, finansal güdülerin, piyasaların ve kurumların ekonominin işleyişindeki rolünün arttığı finansallaşmayla birlikte ilerler (Epstein, 2005, s. 3). Lapavitsas'a (2013, ss. 794, 800) göre bu modelin egemen birikim biçimi olan finansallaşma, konut, emeklilik, eğitim ve sağlık gibi alanlarda kamusal sunumun geri çekilmesini gerektirir: böylelikle hanehalklarının tüketimi giderek borçlanmaya ve finansal varlıklara dayanır, finansal işlemlerden elde edilen kâr da artar.

İdeoloji ve Devlet Düzeyi

İdeoloji ve devlet düzeyinde neoliberal düşünce, piyasa ile devleti birbirini dışlayan rakip kurumlar olarak kurgular: piyasaların doğası gereği verimli olduğu, devlet müdahalesinin ise fiyatları bozarak kaynakların yanlış tahsisine yol açtığı varsayılır (Saad-Filho, 2019, ss. 210–211). Oysa neoliberalizm, devletin geri çekilmesine değil, aksine eski sosyal düzenleme tarzını yerinden edecek ve yerine yenisini koyacak kadar güçlü bir devlete dayanır (Jessop, 1993, ss. 29–30); eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlarda piyasa bulunmuyorsa, bu piyasaların gerekirse devlet eliyle yaratılması öngörülür (Harvey, 2015, s. 10). Peck ve Tickell (2002, ss. 384, 388–389) bunu iki evreyle anlatır: 1980'lerdeki "roll-back" (geriletme) evresinde devlet gücü Keynesçi refah kurumlarına karşı piyasalaştırma ve kuralsızlaştırma projeleri arkasında seferber edilmiş, sonraki "roll-out" (kurma) evresinde neoliberalleşmiş, güçlü müdahaleci devlet biçimleri bilinçli olarak inşa edilmiştir. Devlet–piyasa ikiliği bu nedenle ideolojik bir kurgudur: devlet küçülmez, müdahalenin yönü ve sınıfsal içeriği değişmiştir.

Yönetim Rasyonalitesi ve Öznellik Düzeyi

Yönetim rasyonalitesi ve öznellik düzeyinde neoliberalizm yalnızca bir ekonomi politikasına indirgenemez; bireyleri rekabetin egemen olduğu ortamda yaşamaya ve kendilerini yönetilmesi gereken

bir "girişim" olarak tasavvur etmeye zorlayan bütünsel bir yönetim rasyonalitesidir (Dardot & Laval, 2013, ss. 3–4). Bu rasyonalitede piyasa değerleri hayatın tüm alanlarına yayılır; bireyler kendi değerini sürekli artırmak veya korumak zorunda olan birer "insan sermayesi" olarak kurgulanır (Brown, 2018, ss. 204–205).

Bu dönüşümün en görünür sonuçlarından biri, yurttaşlık anlayışındaki değişimdir. Rose'a (1999, ss. 164–166) göre 1980'lerde hak ve ödevlerle tanımlanan "pasif" sosyal devlet yurttaşının karşısına, yaşamını ve ailesinin yaşamını bir girişim gibi yöneten "aktif yurttaş" konur (s. 165). Henderson'a (2015, ss. 329–330) göre bu yönetimde iyi sağlığı korumak yurttaşlığın yükümlülüklerinden biri haline gelir; sağlık hakkı, sağlığın korunmasına ilişkin buyrukları kabul etme sorumluluğu olarak yeniden kurulur. Böylece yoksulluk, işsizlik ve güvencesizlik gibi yapısal meseleler, politik olmaktan çok bireysel yetersizlik ya da yanlış girişimci tercihi olarak ele alınmaya elverişli hale gelir.



Ottawa'dan Geriye Düşüş: Sınıfsal Temeller ve Sağlık Hizmetinin Yeniden Metalaşması

Sağlık sistemlerinin evrensellik düzeyi, sınıf güçleri dengesi ve siyasal örgütlenme biçimleriyle yakından ilişkilidir. Navarro'ya (1989, ss. 892–893) göre ulusal sağlık programının kurulması esas olarak işçi hareketinin örgütlenmesine ve etkisine bağlıdır; işçi örgütlerinin zayıf ve bölünmüş olduğu ülkelerde ise sağlık politikaları piyasaya dayanır. Coburn'a (2014, ss. 57–58) göre sağlıktaki eşitsizliklerin arkasında sınıflar arası güç dengesindeki kayma yatar: güç yitiren emek örgütlülüğü neoliberal politikaların uygulanmasını kolaylaştırmış, bu politikalar da güç dengesini sermaye lehine daha da kaydırmıştır.

Güç dengesindeki bu kayma sağlıkta en açık biçimde piyasalaştırma olarak görünür. Leys'e (2014, ss. 33, 38–40) göre 1990 sonrasında neoliberal siyaset kamu sağlık hizmetlerini özel sermaye için bir birikim alanı olarak açmıştır. Bu proje, küresel "güney"de ve eski Sovyet bloğunda Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) dayattığı yapısal düzenlemelere; Batı Avrupa ve diğer sanayileşmiş ülkelerde ise özellikle İngiltere'de özel sektörün devlet bünyesine nüfuzuna ve sendikal hareketin zayıflamasına dayanarak yürütülmüştür. Bu uygulamaların toplumsal kabulünü ise piyasanın ve özel sektörün kamudan daha "verimli" olduğu yönündeki ideolojik varsayımlar sağlar.

Leys (2001, ss. 84, 189), kamusal sağlık hizmetinin metalaştırılması için en az dört koşul sayar: (1) hizmetin standartlaştırılıp fiyatlandırılabilir birimlere ayrılması, (2) kamunun bu hizmeti meta olarak istemeye ikna edilmesi, (3) hizmeti sunanların kâr üreten ücretli emekçilere dönüştürülmesi ve (4) kâr amaçlı sunuma geçişin yatırım ve risklerinin devletçe üstlenilmesi. Neoliberalizmin "devletin küçültülmesi" iddiası (Navarro, 2008, ss. 152–153) sağlık alanında, devletin payının azalması kadar, hizmet sunucu rolünün dönüştürülmesi anlamına gelir. Metadışılaştırılmış bir hizmet olan sağlığın kamusal sunumu ve finansmanı, içerik ve biçim değiştirerek yeniden metalaştırılma eğilimi gösterir.

Küresel Kurumlar ve Normatif Dönüşüm

Bu dönüşümün küresel taşıyıcıları IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi finans ve ticaret kurumlarıdır. Mooney'ye (2014, ss. 89, 92) göre IMF ve Dünya Bankası, zengin Batı ülkelerinin ağırlıklı oy hakkı ve sıkı kontrolü altındadır. 1980'lerin sonu ve 1990'ların başında küresel sağlıkta

liderlik, kısmen Banka'nın çok daha büyük finansal kaynaklara sahip olması nedeniyle DSÖ'den Dünya Bankası'na kaymıştır (ss. 52–53).

Kurumların etkisi iki yoldan işlemiştir: zorlayıcı ve normatif. Zorlayıcı yolun temel mekanizması, borç krizindeki ülkelere uygulanan kredi koşulluluğuyla mali istikrar (kemer sıkma), piyasa serbestleşmesi, deregülasyon ve özelleştirmeden oluşan dörtlü modeli dayatan yapısal uyum programlarıdır; bu programlar kalkınma paradigmasını devlet öncülüğündeki büyümeden piyasa öncülüğündeki büyümeye kaydırmıştır (Forster, Stubbs, & Kentikelenis, 2024, s. 155; Nervi & Birn, 2024, s. 312). Programların etkileri doğrudan ve dolaylı yollardan işler: kamu bütçesi kesintileri ve maaş tavanları (wage bill ceilings) kamu sağlık sisteminin hareket alanını daraltırken, büyümenin yavaşlaması, işsizlik, yoksulluk ve eşitsizlik sağlığın sosyal belirleyicilerini zayıflatır (Forster vd., 2024, ss. 158–160).

Normatif yolun belirgin örneği Dünya Bankası'dır. Banka, 1984 ve 1987 raporlarında (Paying for Health Services in Developing Countries; Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform) maliyet geri kazanımının çok düşük olduğunu vurgulayarak hastalardan katkı payı (user fees) alınmasını savunmuştur (de Ferranti, 1984, ss. 10, 41; Akin vd., 1987, ss. 3–4). 1993 tarihli Investing in Health raporunda ise kamu kaynaklarının "asgari bir paket"e yöneltilmesi, paket dışındaki klinik hizmetlerin özel olarak ya da sosyal sigorta yoluyla finanse edilmesi önerilmiştir; paketin maliyeti düşük gelirli ülkelerde kişi başına yıllık yaklaşık 12 dolar olarak hesaplanmıştır (Dünya Bankası, 1993, ss. 6, 11).

Normatif yol Dünya Bankası ile sınırlı değildir. IMF, Dünya Bankası ve DSÖ gibi kuruluşlar, tarafsız ve uzman olarak kabul gören teknokratik otoritelerini kullanarak sağlık alanında hangi politikaların "uygun" olduğunu tanımlama gücü elde etmiştir. Eğitim ve teknik yardım yoluyla yayılan bu normlar, sağlıkta özel sektörün sunumdaki rolünün genişletilmesini savunan politikaların yayılmasına katkıda bulunmuştur (Forster vd., 2024, ss. 154–155, 157). Sonuçta dayanışma odaklı "yurttaşlık konvansiyonu", yerini verimlilik ve rekabete dayanan "piyasa-endüstriyel konvansiyonuna" bırakmış (Batifoulier & Da Silva, 2024, ss. 40–42), "kamusal ve evrensel sağlık hakkı" söylemi de kamu fonlarıyla özel sigortacılığı ve piyasa sunumunu destekleyen "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı" (UHC) modeline evrilmiştir (Nervi & Birn, 2024, s. 314).

Bu normatif dönüşümün sağlık sistemlerindeki somut karşılığı, 1990'lardan itibaren yayılan "reform salgını"dır. Ağartan'a (2007, ss. 47, 49) göre küresel reform paketi, hizmet sunumu ile finansmanı ayırır, piyasa mekanizmalarını ve kamu dışı aktörleri devreye sokar; devletin finansman ve düzenleme sorumlulukları korunurken hizmet sunumundaki rolü daralır. Böylece kamusal sağlık hizmetinin sunum biçimi değişir, sağlık sisteminde özel sektörün ağırlığı artar (Ağartan, 2007, s. 49). Bu çerçevede sağlığın sağlık sektörü dışındaki belirleyicileri gündemden düşerken, bir zamanlar metadışılaştırılmış olan sağlık hizmeti de yeniden metalaştırılır.

Sağlığın Bireyselleştirilmesi ve Ottawa Bildirgesi'nin Sınırlanması

Neoliberal dönüşüm, sağlığın bireyler tarafından nasıl anlaşıldığını da değiştirmiştir. Girişimci özne rasyonalitesi sağlık alanında "sorumlulaştırma" olarak tezahür eder: sağlık, baskın biçimde bireysel bir

seçim meselesine indirgenmiş; toplumsal, politik ve tarihsel bağlamlardan soyutlanmıştır (Redikopp, 2024, s. 131). Ayo (2012, s. 99), Ericson, Barry ve Doyle'un kuramlaştırdığı neoliberal akılcılığın beş ilkesinden ikisini Bildirge açısından belirleyici bulur. Asgari devlet müdahalesi ilkesi uyarınca devlet sosyal belirleyicilere yatırımdan çekilir ve yoksulluk "kötü kişisel tercih" olarak yeniden tanımlanır; Ayo bu ilkeyi Bildirge'nin stratejilerinin ve hedeflerinin hayata geçirilememesinin temel açıklaması olarak görür (s. 102). Bireysel sorumluluk ilkesi uyarınca ise sağlıklı olmak, Crawford'ın sağlıkçılık (healthism) kavramı ve Foucault'nun "kendilik teknolojileri" çerçevesinde ahlaki bir ödeve dönüşür (ss. 100–101, 103).

Bireysel sorumluluk ilkesi, Bildirge'nin kişisel beceriler alanındaki açıklık üzerinden işlemiştir: neoliberal sorumlulaştırma, kişisel becerileri onları anlamlı kılan sağlıklı kamu politikası, destekleyici çevreler ve toplumsal eylemden koparak tek başına işleyen bir davranış değişikliği programına dönüştürmüştür. Bu seçici okuma, Alma-Ata'nın kapsamlı vizyonunun seçici temel sağlık hizmetlerine daraltılmasına (Walsh & Warren, 1979, s. 967; Rifkin & Walt, 1986, s. 560) benzer: her iki durumda da bütüncül çerçeve korunmuş görünürken uygulamada yalnızca bireysel ya da teknik düzeyde işleyebilen bileşen öne çıkarılmıştır. Labonté'nin (2016, s. 679) "yaşam tarzı kayması" olarak adlandırdığı eğilim bu kopuşun pratikteki karşılığıdır; Baum ve Fisher (2014, s. 217) da davranışsal yaklaşımların kalıcılığını neoliberal bireycilikle ilişkilendirir. Bu nedenle Bildirge esas olarak dışarıdan sınırlanmıştır; metnin açıklığı ise sınırlamanın nedeni değil, dışsal koşulların metin içinden işlemesine imkân veren bir eklem noktasıdır.

Önceki alt bölümlerde izlenen dönüşümler birlikte Ottawa Bildirgesi'nin uygulanabilirliğini daraltmıştır. Sınırlama üç düzeyde işlemiştir: küresel kurumların koşulluluğu ve norm üretimi bağlayıcı kuralları ve güvenceleri (Labonté, 2016, s. 678), sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine kayması bunları savunacak toplumsal güçleri (Labonté, 2016, ss. 675, 677–678), sorumluluğu bireye yükleyen yönetim rasyonalitesi ise kolektif sorumluluk anlayışını (Labonté, 2016, s. 679; Ayo, 2012, ss. 100–101, 103) zayıflatmıştır.



Neoliberal Kısıtların Gevşemesinin Koşulları

Ottawa sonrası DSÖ metinlerinde Bildirge'nin mirası tek yönlü okunmaz. Jakarta Bildirgesi (DSÖ, 1997) ve Bangkok Bildirgesi (DSÖ, 2005) özel sektörü ve iş dünyasını sağlığın geliştirilmesinin paydaşı olarak tanımlayarak özel sektör–kamu sektörü yönetişim dilini içselleştirmiş, Sosyal Belirleyiciler Komisyonu raporu (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008) gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımıyla mücadeleyi öne çıkarmıştır. Buna karşın Baum ve Fisher (2014, ss. 213–214), hükümetlerin davranışsal sağlığı geliştirme stratejilerine aşırı ve dar biçimde yöneldiğini vurgular.

Bu çelişkili miras, Bildirge'nin direnç potansiyelinin kendiliğinden gerçekleşmeyeceğini gösterir. Potansiyel en azından üç koşula bağlıdır. Bu koşullar çözülmenin üç düzeyine karşılık gelir: neoliberal piyasa mantığını sınırlayan metadışılaştırıcı güvencelerin yeniden tesisi, bunları taşıyacak toplumsal güç ilişkilerinin kurulması ve Bildirge'nin "güçlendirme" ve "sorumluluk" kavramlarının kolektif haklar yönünde yeniden tanımlanması.

İlk koşul, piyasa mantığını sınırlayan bağlayıcı kuralların ve metadışılaştırıcı güvencelerin yeniden kurulmasıdır. Çözülme metadışılaştırmanın tersine çevrilmesi, sosyal ücretin daralması ve sorumluluğun bireye yüklenmesi üzerinden ilerlediyse, çıkış yolu da bu eksenlerde tersine bir hareketi gerekli kılar. Labonté (2016, s. 678) emeğin pazarlık gücünü artıracak çalışma ve sosyal koruma mevzuatını, gönüllü öz-düzenleme yerine herkes için eşit ve bağlayıcı kamusal kuralları öne çıkarır; Labonté ve Stuckler (2016, ss. 312, 315–316) ise küresel finansın yeniden düzenlenmesini, kemer sıkma politikalarının reddini ve artan oranlı vergilendirmenin yeniden tesisini önerir. Raphael (2013, s. 95) ülke düzeyinde benzer bir sonuca varır: sağlığın ön koşullarının sağlanmasını retorik taahhütlerden çok refah devletinin biçimi belirler. Sağlık hizmetleri düzeyinde bu, sağlığın satın alınan bir meta olmaktan çıkarılmasını, yani hizmete erişimin ödeme gücüne değil yurttaşlık statüsüne bağlanmasını gerektirir.

İkinci koşul, bu kuralları ve güvenceleri taşıyacak toplumsal güç ilişkileridir. Artan oranlı vergilendirme, toplu sözleşme ve kapsamlı sosyal koruma gibi araçlar yalnızca teknik tercih meselesi değildir; bunlar ancak sınıf güçleri dengesinin değişmesiyle mümkün olur. Raphael (2015, ss. 380–381) sağlıklı kamu politikasına karşı çıkışın ardındaki "çıplak siyaseti", yani güç ve çıkar çatışmalarını politika analizinde sıklıkla ihmal edilen bir boyut olarak vurgular. Bu nedenle çıkış yolları, sendikalar, sağlık emekçilerinin örgütleri ve toplumsal hareketler gibi taşıyıcı aktörlerin varlığını ve onlara imkân tanıyan kurumsal koşulları da kapsar.

Üçüncü koşul, Bildirge'nin "güçlendirme" ve "sorumluluk" kavramlarının kolektif haklar yönünde yeniden anlamlandırılmasıdır. Bu kavramlar bireysel kapasite yerine kolektif hak ve kamusal yükümlülük olarak ele alınmalıdır. Labonté (1994, ss. 253, 255–256) sağlığın geliştirilmesini toplumsal hareketlerin bilgi meydan okumalarına verilen profesyonel-bürokratik bir cevap olarak görür; bu nedenle güçlendirme hem güçlendirici hem güçsüzleştirici yönler taşır. Popay, Whitehead, Ponsford, Egan ve Mead (2021, ss. 1253–1254) ise topluluk güçlendirme yaklaşımlarının çoğu zaman yakın mahalle koşullarına yönelen içe dönük bir bakışla sınırlandığını, siyasal ve toplumsal dönüşümü hedefleyen dışa dönük bakışın ihmal edildiğini savunur ve Ottawa Bildirgesi'ndeki kolektif kontrol anlayışına dönülmesini önerir (s. 1256).

Üç koşulun ortak nesnesi, Bildirge'nin sağlığın temel ön koşulları olarak andığı gelir, barınma, gıda ve eğitim gibi unsurlardır. Ayo (2012, s. 102), Bildirge'nin bu ön koşullara yatırım çağrısına rağmen sağlığı geliştirmenin hızla bireyselleştirilmiş yaşam tarzı yaklaşımına döndüğünü, bunun temel açıklamasının da asgari devlet müdahalesi anlayışı olduğunu savunur. Raphael (2015, ss. 380, 382) ön koşulların kamu politikasıyla şekillendiğini, bu dağılımı eşitleyen politikalara karşı çıkan iş ve şirketler kesiminin ise politikayı engellemede başarılı olduğunu vurgular. Labonté (2016, s. 677), çok sayıda hedefin savunuculuğu dağıtma riski taşıdığını, bu nedenle ön koşullar üzerine mesajın sade tutulması gerektiğini söyler.

Bu üç koşul birbirini gerektirir, ancak eşit ağırlıkta değildir. Bağlayıcı kurallar ve metadışılaştırıcı güvenceler, onları talep edebilecek toplumsal güçler olmadan sürdürülemez; kolektif anlamıyla yeniden kurulmayan güçlendirme ve sorumluluk kavramları ise aynı politikaları yeniden bireyselleştirmeye açık hale getirir. Güç ilişkileri bu nedenle diğer koşulların önkoşuludur. Bildirge'nin mirası tek başına bir direnç ya da teslimiyet metni değil, hangi toplumsal güçler ve hangi kurallar tarafından doldurulacağına göre biçimlenen bir mücadele alanıdır.

Sonuç

Fordist birikim rejimi, Keynesçi talep yönetimi ve metadışılaştırıcı sosyal haklar üçgeninde kurumsallaşan kamusal sağlık paradigması, DSÖ Anayasası, Alma-Ata Deklarasyonu ve Ottawa Bildirgesi'nde kamucu söylemsel ifadesini bulmuştur. Fordist rejimin krizi bu paradigmanın maddi temellerini sarsmış; 1980'lerden itibaren yaşanan neoliberal dönüşüm ise Alma-Ata ve Ottawa'nın savunduğu ilkelerin hayata geçirilmesi için gereken kurumsal ve siyasal koşulları aşındırmıştır. Dönüşüm, sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine kayması ile küresel kurumların koşulluluğu ve norm üretimi üzerinden ilerlemiş ve sağlığın sistematik biçimde metalaştırılmasıyla sonuçlanmıştır. Kamusal hizmetlerin piyasalaştırılması, hak sahibi yurttaşın girişimci/aktif yurttaşa dönüştürülmesi ve sağlığın bireysel sorumluluğa yüklenmesiyle sağlık hakkı, yurttaşlığın ayrılmaz bir bileşeni olmaktan çıkmış, Ottawa'nın ileri sürdüğü sağlığın ön koşullarının da gerisine düşerek giderek piyasadan satın alınan bir metaya dönüşmüştür. Bildirge'nin kişisel becerilere ilişkin eylem alanının taşıdığı yorumlanabilirlik, sınırlamanın içsel bir boyutu olduğunu gösterir; ancak bu boyut bireyselleştirici okumayı yalnızca mümkün kılmış, onu egemen hale getiren dışsal yapısal koşullar olmuştur. Bu çerçevede Ottawa Bildirgesi'nin sınırları, esas olarak Bildirge'nin kendi ilkelerinde değil, onu taşıyan paradigmanın çözülmesinde aranmalıdır. Çalışma kuramsal bir tartışma olduğundan, bu savların ülke ve sistem düzeyinde karşılaştırmalı ampirik çalışmalarla sınanması gelecek araştırmalar için açık bir gündem oluşturmaktadır.



Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Bu çalışmanın tüm aşamaları (kavramsallaştırma, literatür taraması, analiz ve yazım) tek yazar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Destek ve Teşekkür Beyanı

Bu çalışma herhangi bir kurum veya kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazar, bu çalışmayla ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

Kaynaklar

Aglietta, M. (2000). *A theory of capitalist regulation: The US experience* (D. Fernbach, Trans.; New ed.). Verso. (Original work published 1979)

Ağartan, T. (2007). Sağlıkta reform salgını. İçinde: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, & Ç. Yoltar (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık politikaları: Reformlar, sorunlar, tartışmalar* (ss. 37–54).

İletişim Yayınları.

Akalın, M. A. (2013). *Toplumcu tıbba giriş*. Yazılama Yayınevi.

Akin, J. S., Birdsall, N., & de Ferranti, D. (1987). *Financing health services in developing countries: An agenda for reform* (A World Bank Policy Study). World Bank.

Altvater, E. (1981). Der gar nicht diskrete Charme der neoliberalen Konterrevolution. *PROKLA, 44*, 5–23.

Arın, T. (1985). Kapitalist düzenleme, birikim rejimi ve kriz (I): Gelişmiş kapitalizm. İçinde: *Bunalım, azgelişmişlik, devlet* (Onbirinci Tez Kitap Dizisi: 1, ss. 104–138). Uluslararası Yayıncılık.

Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health, 22*(1), 99–105. https://doi.org/10.1080/09581596.2010.520692

Bambra, C. (2005). Cash versus services: "Worlds of welfare" and the decommodification of cash benefits and health care services? *Journal of Social Policy, 34*(2), 195–213.

Batifoulier, P., & Da Silva, N. (2024). The economics of conventions and healthcare. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 34–46). Routledge.

Baum, F. (2016). *The new public health* (4th ed.). Oxford University Press.

Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness, 36*(2), 213–225. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112

Belek, İ. (1998). *Sınıf, sağlık, eşitsizlik*. Sorun Yayınları.

Bowles, S., & Gintis, H. (1982). The crisis of liberal democratic capitalism: The case of the United States. *Politics & Society, 11*(1), 51–93.

Brown, W. (2018). *Halkın çözülüşü: Neoliberalizmin sinsi devrimi* (B. E. Aksoy, Çev.). Metis Yayınları.

Buğra, A. (2024). *Social policy in capitalist history: Perspectives on poverty, work and society*. Edward Elgar Publishing.

Callinicos, A. (2013). *Toplum kuramı: Tarihsel bir bakış* (Y. Tezgiden, Çev.; Genişletilmiş ve gözden geçirilmiş baskı). İletişim Yayınları.

Coburn, D. (2014). Eşitsizlik ve sağlık (U. Haskan, Çev.). İçinde: L. Panitch & C. Leys (Haz.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık: Sağlıksızlık semptomları* (2. bs., ss. 54–73). Yordam Kitap.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/43943

Dardot, P., & Laval, C. (2013). *The new way of the world: On neo-liberal society* (G. Elliott, Trans.). Verso. (Original work published 2009)

de Ferranti, D. (1984). *Paying for health services in developing countries* (PHN Technical Notes No. GEN 27). World Bank, Population, Health and Nutrition Department. https://documents1.worldbank.org/curated/en/672811468913750275/pdf/GEN27000Payingontriesoooanooverview.pdf

Desai, M. (2003). Public goods: A historical perspective. İçinde: I. Kaul, P. Conceição, K. Le Goulven,

& R. U. Mendoza (Ed.), *Providing global public goods: Managing globalization* (ss. 63–77). Oxford University Press.

Dew, K. (2015). Émile Durkheim: Social order and public health. İçinde: F. Collyer (Ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (ss. 75–88). Palgrave Macmillan.

Duménil, G., & Lévy, D. (2004). *Capital resurgent: Roots of the neoliberal revolution* (D. Jeffers, Trans.). Harvard University Press.

Dünya Bankası. (1993). *World development report 1993: Investing in health*. Oxford University Press. https://documents1.worldbank.org/curated/en/468831468340807129/pdf/121830REPLACEMENT0WDR01993.pdf

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1948). *Constitution of the World Health Organization*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1978). *Alma-Ata Deklarasyonu* [Declaration of Alma-Ata]. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. https://iris.who.int/handle/10665/349652

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century* (WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/63698

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. World Health Organization. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter

Epstein, G. (2005). Introduction: Financialization and the world economy. İçinde: G. A. Epstein (Ed.), *Financialization and the world economy* (ss. 3–16). Edward Elgar. https://www.peri.umass.edu/fileadmin/pdf/programs/globalization/financialization/chapter1.pdf

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.

Forster, T., Stubbs, T. H., & Kentikelenis, A. E. (2024). Neoliberalism and health in global context: The role of international organizations. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 154–165). Routledge.

Gough, I. (1975). State expenditure in advanced capitalism. *New Left Review, 92*, 53–92.

Hamzaoğlu, O. (2009). Kapitalizmin krizi ve sağlık: Türkiye örneği. *Toplum ve Hekim, 24*(1), 26–35.

Harvey, D. (1997). *Postmodernliğin durumu: Kültürel değişimin kökenleri* (S. Savran, Çev.). Metis Yayınları.

Harvey, D. (2015). *Neoliberalizmin kısa tarihi* (A. Onacak, Çev.). Sel Yayıncılık.

Henderson, J. (2015). Michel Foucault: Governmentality, health policy and the governance of childhood obesity. İçinde: F. Collyer (Ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (ss. 324–339). Palgrave Macmillan.

Jessop, B. (1993). Towards a Schumpeterian workfare state? Preliminary remarks on post-Fordist political economy. *Studies in Political Economy, 40*(1), 7–39.

Kickbusch, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health



and health promotion. *American Journal of Public Health, 93*(3), 383–388.

Koray, M. (2008). *Sosyal politika* (3. baskı). İmge Kitabevi.

Kuhlmann, J. (2019). What is a welfare state? İçinde: B. Greve (Ed.), *Routledge handbook of the welfare state* (2nd ed., ss. 13–22). Routledge.

Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly, 21*(2), 253–268.

Labonté, R. (2016). Health promotion in an age of normative equity and rampant inequality. *International Journal of Health Policy and Management, 5*(12), 675–682.

Labonté, R., & Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health, 70*(3), 312–318.

Lapavitsas, C. (2013). The financialization of capitalism: "Profiting without producing". *City, 17*(6), 792–805. https://doi.org/10.1080/13604813.2013.853865

Leys, C. (2001). *Market-driven politics: Neoliberal democracy and the public interest*. Verso.

Leys, C. (2014). Sağlık ve kapitalizm (U. Haskan, Çev.). İçinde: L. Panitch & C. Leys (Haz.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık: Sağlıksızlık semptomları* (2. bs., ss. 15–42). Yordam Kitap.

Lister, J., & Labonté, R. (2009). Globalization and health systems change. İçinde: R. Labonté, T. Schrecker, C. Packer, & V. Runnels (Ed.), *Globalization and health: Pathways, evidence and policy* (ss. 181–212). Routledge.

Marshall, T. H., & Bottomore, T. (1992). *Citizenship and social class*. Pluto Press.

Marx, K. (1976). *Capital: A critique of political economy* (Vol. 1, B. Fowkes, Trans.). Penguin Books. (Original work published 1867)

Mooney, G. (2014). *Ulusların sağlığı: Yeni bir ekonomi politiğe doğru* (C. Terzi, Çev.). Yordam Kitap.

Navarro, V. (1989). Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the U.S. has neither. *Social Science & Medicine, 28*(9), 887–898.

Navarro, V. (2008). Neoliberalism and its consequences: The world health situation since Alma Ata. *Global Social Policy, 8*(2), 152–155. https://doi.org/10.1177/1468018108080020203

Nervi, L., & Birn, A.-E. (2024). Critical political economy of Latin America's healthcare systems: A century of struggles. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 309–321). Routledge.

Newell, K. W. (1988). Selective primary health care: The counter revolution. *Social Science & Medicine, 26*(9), 903–906.

O'Connor, J. (2001). *The fiscal crisis of the state*. Transaction Publishers. (Original work published 1973)

Offe, C. (1984a). Competitive party democracy and the Keynesian welfare state. İçinde: J. Keane (Ed.), *Contradictions of the welfare state* (ss. 179–206). Hutchinson.

Offe, C. (1984b). Some contradictions of the modern welfare state. İçinde: J. Keane (Ed.), *Contradictions of the welfare state* (ss. 147–161). Hutchinson.

Offe, C. (1984c). Theses on the theory of the state. İçinde: J. Keane (Ed.), *Contradictions of the welfare state* (ss. 119–129). Hutchinson.

Peck, J., & Tickell, A. (2002). Neoliberalizing space. *Antipode, 34*(3), 380–404. https://doi.org/10.

iiii/1467-8330.00247

Polanyi, K. (2010). *Büyük dönüşüm: Çağımızın siyasal ve ekonomik kökenleri* (A. Buğra, Çev.). İletişim Yayınları.

Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., & Mead, R. (2021). Power, control, communities and health inequalities I: Theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promotion International, 36*(5), 1253–1263. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa133

Rao, M. (2014). "Herkes için sağlık" ve neoliberal küreselleşme: Bir Hint illüzyonu (U. Haskan, Çev.). İçinde: L. Panitch & C. Leys (Haz.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık: Sağlıksızlık semptomları* (2. bs., ss. 285–301). Yordam Kitap.

Raphael, D. (2013). The political economy of health promotion: Part 1, national commitments to provision of the prerequisites of health. *Health Promotion International, 28*(1), 95–111. https://doi.org/10.1093/heapro/dar084

Raphael, D. (2015). Beyond policy analysis: The raw politics behind opposition to healthy public policy. *Health Promotion International, 30*(2), 380–396. https://doi.org/10.1093/heapro/dau044

Redikopp, S. (2024). Issues of social reproduction and the political economy of health. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 131–142). Routledge.

Rifkin, S. B., & Walt, G. (1986). Why health improves: Defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science & Medicine, 23*(6), 559–566.

Rose, N. (1999). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge University Press.

Rostila, M. (2015). Gøsta Esping-Andersen: Welfare regimes and social inequalities in health. İçinde: F. Collyer (Ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (ss. 644–659). Palgrave Macmillan.

Saad-Filho, A. (2019). *Value and crisis: Essays on labour, money and contemporary capitalism* (Studies in Critical Social Sciences, Vol. 134). Brill.

Tatar, M., & Tatar, F. (1997). Sağlığın ölçülmesi: Kavramsal bir çerçeve. *Toplum ve Hekim, 12*(78), 54–61.

Thompson, S. R., Watson, M. C., & Tilford, S. (2017). The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415765

Walsh, J. A., & Warren, K. S. (1979). Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *The New England Journal of Medicine, 301*(18), 967–974.



Derleme Makale

Ottawa Bildirgesi'nden 40 Yıl Sonra Kadın Sağlığı ve Üreme Hakları



Forty Years After the Ottawa Charter: Women's Health and Reproductive Rights

Asya Banu Babaoğlu[1]

1. *Doç. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Öz

Bu makale, Ottawa Bildirgesi'nin kabulünden kırk yıl sonra kadın sağlığı ve üreme haklarının sağlığı geliştirme yaklaşımı içindeki konumunu eleştirel biçimde değerlendirmektedir. Ottawa Bildirgesi'nin hakkaniyet, katılım, güçlendirme ve sağlıklı kamu politikaları ilkeleri, kadın sağlığını klinik hizmetlerin ötesinde toplumsal koşullarla ilişkilendirmek için önemli olanaklar sunmuştur. Bununla birlikte Bildirge'nin evrensel dili, ataerkil güç ilişkilerini ve kadınların ücretsiz bakım emeğini açıkça adlandırmadığından, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin nasıl dönüştürüleceği sorusunu açık bırakmaktadır. Feminist halk sağlığı ve toplumsal cinsiyeti dönüştürücü yaklaşımlar çerçevesinde biyomedikal modelin sınırları, bilgilendirilmiş onam, bedensel özerklik ve üreme adaleti tartışılmaktadır. Kahire ve Pekin konferanslarıyla güçlenen hak temelli yaklaşım ile Türkiye'de aile planlaması, gebelik sonlandırma hizmetlerine erişim ve güncel nüfus politikaları arasındaki ilişkiler ele alınmaktadır. Bu değerlendirme, sağlığı geliştirmenin yalnızca bireysel davranış değişikliğiyle sınırlandırılamayacağını ortaya koymaktadır. Kadınların kendi sağlıkları üzerindeki söz ve karar hakkı, yalnızca hukuki seçim hakkına ya da hizmet kullanımına indirgenemez. Kararların baskı olmaksızın verilebilmesi, nitelikli hizmete erişim ve bu kararları gerçekleştirmeye elverişli maddi ve toplumsal koşulların sağlanması birlikte değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Ottawa Bildirgesi, kadın sağlığı, üreme hakları, bedensel özerklik, toplumsal cinsiyet, üreme adaleti

Abstract

This article critically examines the position of women's health and reproductive rights within the framework of health promotion forty years after the adoption of the Ottawa Charter. The Charter's principles of equity, participation, empowerment, and healthy public policy have provided important opportunities to address women's health in relation to broader social conditions beyond clinical healthcare services. However, the Charter's universal language does not explicitly address patriarchal power relations or women's unpaid care work, leaving open the question of how gender inequalities can be transformed. Drawing on feminist public health and gender-transformative approaches, this review discusses the limitations of the biomedical model, informed consent, bodily autonomy, and reproductive justice. It examines the relationships between the rights-based approach strengthened by the Cairo and Beijing conferences and family planning, access to abortion services, and contemporary population policies in Türkiye. This analysis highlights that health promotion cannot be limited to individual behavior change. Women's agency and decision-making power regarding their own health cannot be reduced to legally recognized choices or healthcare utilization alone. The ability to make decisions free from coercion, access quality healthcare services, and benefit from the material and social conditions necessary to act on those decisions must be considered together.

Keywords: Ottawa Charter, women's health, reproductive rights, bodily autonomy, gender, reproductive justice

Geliş Tarihi / Received: 25.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Asya Banu Babaoğlu **E-posta:** asyabanu@yahoo.com

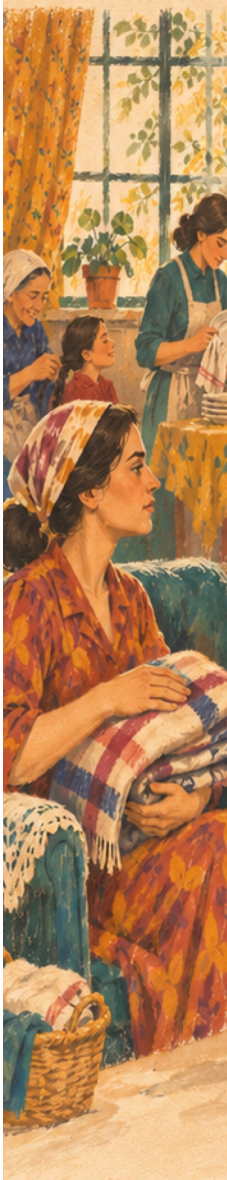
Sorumlu Editör / Handling Editor: Işıl Ergin

Atıf için / Suggested Citation: Babaoğlu, A. B. (2026). Ottawa Bildirgesi'nden 40 Yıl Sonra Kadın Sağlığı ve Üreme Hakları. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 57-65

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1986 tarihli Ottawa Bildirgesi, sağlığı geliştirmeyi insanların sağlıkları üzerindeki denetimlerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlayan bir süreç olarak tanımlamıştır. Sağlığın ön koşulları arasında barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet sayılmıştır . Bu yaklaşım, sağlığı yalnızca hastalığın yokluğu ya da bireyin davranışlarıyla açıklayan çerçevenin ötesine geçer. Bununla birlikte, Ottawa Bildirgesi'nin ortaya koyduğu güçlendirme yaklaşımının, kadınların kendi bedenleri ve üreme yaşamları üzerindeki karar verme gücüne ne ölçüde yansıdığı ayrıca değerlendirilmelidir. Kadınların kendi bedenleri ve üreme yaşamları üzerinde söz sahibi olmaları, yalnızca sağlık bilgisine veya bir hizmetin teknik olarak mevcut olmasına bağlı değildir.(Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2026)

Kadın sağlığında tıbbi bilgi ve hizmetlerin genişlemesi ile kadınların karar verme gücünün artması aynı süreç değildir. Doğum öncesi izlemlerin sayısı artarken bakımın niteliği yetersiz kalabilir. Gebeliği önleyici yöntemler yaygınlaşırken, yöntem seçiminde ve erişiminde engeller olabilir. Özetle, bir hak mevzuatta tanınırken, fiilen erişilemeyebilir. Bu makale, Ottawa'nın güçlendirme ve hakkaniyet vaadini kadınların cinsel ve üreme sağlığı hakları bakımından okumayı amaçlamaktadır.



Ottawa'nın Evrensel Dili ve Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri

Ottawa Bildirgesi savunuculuk, olanak sağlama ve arabuluculuğu üç temel strateji olarak belirler. Sağlıklı kamu politikaları oluşturma, destekleyici çevreler yaratma, toplum eylemini güçlendirme, kişisel becerileri geliştirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmeyi beş eylem alanı olarak tanımlar. Bildirge'nin hakkaniyet vurgusu kadın sağlığı açısından değerlidir. Bununla birlikte metin kadınların sağlığını geliştirmede eşit fırsatlara sahip olması gerektiğini vurgulasa da ataerkil güç ilişkilerini, kadına yönelik şiddeti ve kadınların ücretsiz bakım emeğini sağlık eşitsizliklerinin belirleyicileri olarak açıkça ele almamaktadır. Bu açıdan Ottawa Bildirgesi'nin toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ele alış biçimi sınırlı kalmaktadır. Belgenin bu özelliği kadınların sorunlarının bütünüyle dışlandığı anlamına gelmez. Ancak "herkes" için tasarlanan politikalar, kadınların farklı başlangıç koşullarını hesaba katmadığında mevcut eşitsizlikleri derinleştirebilir.(Dünya Sağlık Örgütü, 2026)

Örneğin, sağlık davranışlarını değiştirmeye odaklanan bir müdahale, çocukların beslenmesi, yaşlıların bakımı ve aile üyelerinin sağlık hizmetlerine erişimi gibi görevleri yalnızca kadınların sorumluluğu olarak kurabilir. Böylece görünürde güçlendirmeyi amaçlayan bir program, kadınların karşılıksız emek yükünü artırabilir. Ottawa Bildirgesi'nin kabul edildiği yıl Ruzek ve Hill (1986), kadın sağlığını geliştirme çalışmalarında kadınların kendi deneyimlerinin, öz belirleme hakkının ve toplumsal cinsiyet temelli güç ilişkilerinin dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır. 1988 Adelaide Konferansı'nda kadın sağlığının öncelikli alanlardan biri olarak ele alınması bu eksikliğin kısmen fark edildiğini gösterir. Pederson, Greaves ve Poole (2015) bu yaklaşımı sistematik bir ayrıma dönüştürür: Müdahaleler toplumsal cinsiyet açısından *eşitsiz, kör, duyarlı, özgül* ya da *dönüştürücü* olabilir. Toplumsal cinsiyete *duyarlı* hizmet kadınların farklı gereksinimlerini tanır. *Dönüştürücü* politika ise bu gereksinimleri üreten gücü ve kaynak dağılımını değiştirmeyi hedefler. Kadınların bakım yükünü azaltan kamusal

hizmetler, şiddetten korunma, eğitim ve istihdam olanakları ile karar mekanizmalarında temsil, üreme sağlığı hizmetlerinin dışında kalıyor gibi görünse de, kadın sağlığının merkezi politika alanlarıdır. Hay vd. (2019, s. 2535) ise kısıtlayıcı toplumsal cinsiyet normlarının sağlık sistemlerinin kendi işleyişine de yerleştiğini, sistemin eşitsizliği yalnızca dışarıdan devralmayıp içeriden de ürettiğini göstermektedir.

Bununla birlikte, "kadınlar" homojen bir grup değildir. Yaş, engellilik, yoksulluk, göçmenlik, yaşanılan yer ve ayrımcılığın farklı biçimleri, aynı hukuki hakkın kullanılmasını farklılaştırır. Feminist epidemiyoloji tartışmaları, verilerin yalnızca kadın ve erkek olarak ayrıştırılmasının yeterli olmadığını, araştırma sorularını kimin belirlediğinin, hangi deneyimlerin ölçüldüğünün ve sonuçların kimler için geçerli olduğunun da sorgulanması gerektiğini göstermektedir (Batram-Zantvoort, 2026). Ottawa'nın hakkaniyet ilkesi, bu bakışla, herkese aynı hizmeti sunmaktan çok farklı engelleri gidermeyi gerektirir.

Biyomedikal Yaklaşım, Bakım İlişkisi ve Bedensel Özerklik

Biyomedikal bilgi, gebelik ve doğum komplikasyonlarının önlenmesi, kanser taramaları, infertilite ve menopoz gibi yaşam boyu sağlık hizmetleri için vazgeçilmezdir. Sorun biyomedikal bilginin kendisinden değil, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında kadınların deneyimlerinin, gereksinimlerinin ve tercihlerinin yeterince dikkate alınmamasından kaynaklanmaktadır. Shai, Koffler ve Hashiloni-Dolev (2021), kadınlar ve erkekler arasındaki biyolojik farklılıkların sağlık hizmetlerinde dikkate alınmasının önemli olduğunu, ancak kadın sağlığının yalnızca bu farklılıklar üzerinden ele alınmasının yetersiz kaldığını vurgulamaktadır. Bu nedenle biyolojik farklılıklar, toplumsal roller ve yaşam koşullarıyla birlikte değerlendirilmelidir.

Bedensel özerklik, kişinin üreme yaşamı ve sağlık hizmetleri hakkında yeterli, anlaşılır bilgiye dayanarak, baskı veya ayrımcılık olmaksızın karar verebilmesidir. Bu ilke, yalnızca tıbbi işlemlere onam verilmesini değil, bir işlemi reddedebilme ve alternatifleri değerlendirebilme hakkını da kapsar. Sağlık kararlarında kadınların özerkliğini inceleyen sistematik derleme, eğitim, ekonomik kaynaklar, yaşanılan bölge ve eş ilişkileri gibi etmenlerin karar süreçleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Idris vd., 2023, ss. 5–6).

Doğum hizmetlerinde tıbben gerekli olmayan müdahaleler, kadınların yeterince bilgilendirilmeden işleme alınması, sağlık çalışanlarının küçümseyici tutumları ve mahremiyetin korunmaması, kadınların kendi bedenleri üzerindeki karar verme hakkını zedeleyebilir. **"**Doğum şiddeti" kavramı, bu tür uygulamaların yalnızca bireysel davranışlarla değil, sağlık kurumlarındaki hiyerarşik ilişkiler ve kadınların karar süreçlerine yeterince katılamamasıyla da ilişkili olabileceğine dikkat çekmektedir (O'Brien & Newport, 2023). Türkiye Sağlık Raporu 2025, doğum hizmetlerindeki müdahale sıklığı açısından dikkat çekici veriler sunmaktadır. Türkiye'de 2024 yılında sezaryen doğum oranı %61,2'ye ulaşmış, OECD ve Avrupa Birliği ülkelerinin yaklaşık %28 olan ortalamasının iki katını aşmıştır . Özel hastanelerde 2023 yılında bildirilen %79,2'lik sezaryen oranı ise klinik gerekliliklerin, kurumlar arasındaki farklılıkların ve doğum kararlarının nasıl alındığının ayrıca incelenmesini gerektirmektedir . Elbette her tıbbi müdahale bir hak ihlali olarak değerlendirilmemelidir. Önemli olan müdahalenin tıbben gerekli ve bilimsel kanıtlara dayalı olması, kadının yeterince bilgilendirilmesi, özgür onamının alınması ve kendisine saygılı bir bakım sunulmasıdır. Ottawa Bildirgesi'nin sağlık hizmetlerini yeniden

yönlendirme ilkesi de bu açıdan yalnızca sunulan hizmetlerin sayısına değil, hizmetlerin niteliğine ve kadınların kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara katılımına önem verilmesini gerektirir.(HASUDER, 2025; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2025a)(HASUDER, 2025; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2025b)

Üreme Sağlığından Üreme Haklarına ve Üreme Adaletine

1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın Kahire Eylem Programı, nüfus hedeflerinin yerine bireylerin gereksinimlerini ve üreme kararlarını koyan uluslararası politika yaklaşımını güçlendirmiştir (Birleşmiş Milletler, 1995) . Alan, uzun süre doğurganlığın denetimi ve anne-çocuk sağlığı odağında ele alınmış, zamanla üreme sağlığı hizmetleri, cinsel sağlık ve üreme haklarıyla genişlemiş, 1990'lardan itibaren gelişen bedensel özerklik ve üreme adaleti yaklaşımlarıyla yeni boyutlar kazanmıştır. Pekin Bildirgesi, kadınların sağlık, eğitim, ekonomik yaşam, karar alma ve şiddetten korunma alanlarındaki eşitliğini birbirine bağlı başlıklar olarak ele almıştır (Birleşmiş Milletler, 2014). Bu hak temelli yaklaşım, Kahire Konferansı'nın 25. yılında düzenlenen 2019 Nairobi Zirvesi'nde (ICPD+25) yeniden vurgulanmıştır. Zirvede, 2030 yılına kadar karşılanmamış aile planlaması gereksiniminin, önlenebilir anne ölümlerinin ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ile zararlı uygulamaların sıfırlanması hedefleri öne çıkarılmıştır (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), 2020) .

Bu hedefler, üreme haklarının yalnızca uluslararası belgelerde tanınmasının değil, somut sağlık hizmetleri ve toplumsal politikalar aracılığıyla hayata geçirilmesinin önemini göstermektedir.

Bu belgeler, Ottawa'nın güçlendirme yaklaşımını cinsel ve üreme sağlığında daha açık hak talepleriyle buluşturmuştur. Ancak uluslararası taahhütler, ulusal mevzuat ve hizmet sunumu arasında önemli boşluklar bulunabilir.

Üreme hakları, çocuk sahibi olup olmama, gebeliklerin zamanlaması ve sayısı hakkında özgür karar verme, doğru bilgiye ve nitelikli hizmetlere erişme ve ayrımcılıktan korunma ilkelerini içerir. Ne var ki hukuken tanınmış bir seçim, her zaman kullanılabilir bir seçenek değildir. Ücretsiz hizmetin bulunmaması, ulaşım giderleri, partner baskısı, mahremiyet kaygısı veya hizmet sağlayıcının yönlendirici tutumu seçim alanını daraltabilir. Dolayısıyla "seçme hakkı" ile "seçimi hayata geçirme kapasitesi" birbirinden ayrılmalıdır.

Üreme adaleti kavramı, 1994 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde siyah kadın aktivistler tarafından geliştirilmiş, sonraki yıllarda daha geniş bir toplumsal hareket ve hak savunuculuğu çerçevesine dönüşmüştür. SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective, üreme adaletini bedensel özerkliğin korunması, çocuk sahibi olma, çocuk sahibi olmama ve çocukları güvenli ve sürdürülebilir topluluklarda yetiştirebilme haklarının bir bütünü olarak tanımlar ("Sister Song: Women of Color Reproductive Justice Collective", t.y.) . Kavram, yalnızca kürtaj ya da kontrasepsiyonun yasal durumuna değil, ırkçılık, yoksulluk, barınma güvencesizliği ve devlet politikaları gibi eşitsizlik üreten koşullara da odaklanır. Ross ve Solinger (2017) de karar verme hakkının, bu kararı hayata geçirmeyi mümkün kılan toplumsal koşullardan ayrı düşünülemeyeceğini vurgular.



Üreme adaleti yaklaşımı, aile planlaması programlarının değerlendirilmesinde de dönüşüm gerektirir. Modern yöntem kullanım oranı, karşılanmamış gereksinim ve danışmanlık sayısı önemli göstergelerdir. Ancak tek başlarına hizmetin hak temelli olduğunu kanıtlamaz. Kadının istediği yönteme ulaşması, yan etkiler hakkında doğru bilgi alması, yöntemi değiştirebilmesi veya yöntem kullanmamayı seçebilmesi de değerlendirilmelidir. Dehlendorf, Hardee, Opondo ve Raj (2025), üreme sağlığı ölçümünde özerklik, tercih ve kişi merkezli bakımın görünür kılınmasını önermektedir. Böylece başarı, belirli bir yönteme yönlendirme ya da nüfus hedefini gerçekleştirme yerine, gerçek karar gücünün desteklenmesiyle tanımlanır.

Bu çerçeve kadın sağlığını doğurganlık çağına indirgememeyi de gerektirir. Ergenlerin güvenilir cinsel sağlık bilgisine ulaşması, infertilite bakımında ayrımcılığın önlenmesi, cinsel şiddetten korunma ve menopoz döneminde uygun bakım, yaşam boyu sağlık hakkının parçalarıdır. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesine kadınların ve diğer hizmet kullanıcılarının katılımının sağlanması, güçlendirmenin yalnızca bireysel bilgi düzeyine indirgenmesini önleyebilir.

Üreme Haklarının Siyasallaşması: Uluslararası Gelişmeler

Son kırk yılda üreme hakları alanında elde edilen kazanımların kalıcılığı güvence altında değildir. Üreme kararları, nüfus politikalarının yanı sıra hukuki ve siyasi düzenlemeler aracılığıyla da şekillenmektedir. Doğumları artırmayı ya da azaltmayı amaçlayan nüfus politikaları, bireylerin üreme kararlarını özgürce verme hakkını ikinci plana attığında, onları demografik hedeflere ulaşmanın bir aracı haline getirme riski taşır. Çin'de doğumların sınırlandırılmasından doğumların teşvik edilmesine geçiş, nüfus politikalarının yönü değişse de kadınların bedensel özerkliğine ilişkin sorunların devam edebildiğini göstermektedir (Cai & Liu, 2024) . İran'da ise 2021 yılında kabul edilen aile ve nüfus yasası, gebelikten korunma ve gebelik sonlandırma hizmetlerine erişimi kısıtlayarak doğurganlığı artırma hedefi ile üreme hakları arasındaki gerilimi görünür kılmıştır (Rahbari, 2025).

Üreme haklarının hukuki güvenceleri de ülkeler arasında farklı yönlerde değişmektedir. ABD Yüksek Mahkemesi, 2022 yılında *Roe v. Wade* içtihadını geçersiz kılarak gebelik sonlandırma hakkına ilişkin federal anayasal güvenceyi kaldırmıştır (*Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 2022). Buna karşılık İrlanda'da 2018 referandumunu izleyen yasal düzenleme (Health [Regulation of Termination of Pregnancy] Act, 2018) ve Fransa'da 2024 yılında gebelik sonlandırma özgürlüğünün anayasal güvenceye alınması (Loi constitutionnelle n° 2024-200, 2024), hukuki güvencelerin güçlendirilebildiğini de göstermektedir. Bu farklı örnekler, üreme haklarının hukuki güvencelerinin hem zayıflatılabildiğini hem de güçlendirilebildiğini göstermektedir.

Türkiye'de Yasal Haklar, Hizmete Erişim ve Nüfus Politikaları

Türkiye'de 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983'ten itibaren isteğe bağlı gebelik sonlandırılmasını belirli koşullarla düzenlemiştir. Kanuna göre gebeliğin ilk on haftasında, diğer yasal koşullar saklı kalmak üzere, isteğe bağlı sonlandırma mümkündür. Evli kadınlarda eş rızası gibi

hükümler ise bedensel özerklik bakımından ayrıca tartışmaya açıktır (Resmi Gazete, 1983). Burada temel ayrım, hukuken izin verilen bir hizmetin uygulamada erişilebilir, karşılanabilir ve mahremiyete saygılı biçimde sunulup sunulmadığıdır.

Türkiye'de 2020'de yürütülen bir çalışmada telefonla iletişime geçilmeye çalışılan 518 kamu hastanesinin 295'inden bilgi alınabilmiştir. Yanıt alınan hastanelerin yalnızca 10'unda isteğe bağlı gebelik sonlandırma hizmetinin sunulduğu bildirilmiştir (O'Neil, Altuntaş, & Keskin, 2020). Bulgular, hizmete erişim bakımından ciddi bir sorun olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte telefon görüşmelerine dayanan bu araştırma, yanıt alınamayan kurumların durumunu ya da başvuran her kadının gerçek hizmet deneyimini doğrudan ölçmediğinden, oranların tüm kamu hastanelerine genellenmesi uygun değildir. Bu çalışma, yasal hakkın fiilî sunumuna ilişkin izlenmesi gereken bir boşluğu görünür kılmaktadır.

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre halen evli 15–49 yaş grubundaki kadınların %12'sinin karşılanmamış aile planlaması gereksinimi bulunmaktadır. Bu oran 2013 araştırmasındaki %6 düzeyinin üzerindedir. Aynı araştırmada karşılanmamış gereksinim, en düşük refah grubunda %18, en yüksek refah grubunda %8; eğitim almamış veya ilkokulu tamamlamamış kadınlarda %20, lise ve üzeri eğitimlilerde %9 olarak bildirilmiştir . Bu farklılıklar, aile planlamasında eşitliğin yalnızca yöntemin teknik olarak bulunmasıyla sağlanamayacağını gösterir. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019)

Türkiye Sağlık Raporu 2025, üreme sağlığı hizmetlerinin sürekliliği, birinci basamak hizmetlerinin rolü ve güncel, karşılaştırılabilir verilere duyulan gereksinimi tartışmak için de bir çerçeve sunmaktadır. Bu değerlendirmeler, 2018 TNSA'nın gösterdiği eşitsizlikleri güncel durumun doğrudan ölçümü olarak sunmak yerine, aile planlaması hizmetlerine erişimin ve kullanıcı deneyimlerinin düzenli izlenmesi gereğini güçlendirmektedir.(HASUDER, 2025)

Türkiye'de nüfus politikaları da bu hak temelli çerçeveyle birlikte değerlendirilmelidir. Türkiye'nin Onuncu (2014-2018), On Birinci (2019–2023) ve On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028), doğurganlık, aile yapısı ve nüfus dinamiklerine ilişkin hedeflerin kamu politikalarında yer tuttuğunu göstermektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019, 2024; T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013) . 25 Aralık 2024 tarihli 172 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Nüfus Politikaları Kurulu oluşturulmuş, 2 Mayıs 2026 tarihli 2026/4 sayılı Genelge ile 2026–2035 dönemi "Aile ve Nüfus On Yılı" olarak tanımlanmıştır (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2026) . Bu düzenlemeler demografik kaygıların kamu politikalarında kurumsal bir ağırlık kazandığını göstermektedir. Nüfus politikasının varlığı tek başına üreme hakkı ihlali anlamına gelmez. Ancak hak temelli değerlendirmede asıl önemli olan, doğurganlığı teşvik eden politikaların danışmanlık hizmetlerinde yönlendirici baskı oluşturup oluşturmadığı, gebelikten korunma seçeneklerine erişimin sürdürülüp sürdürülmediği ve kadınların doğurma ya da doğurmama kararlarına eşit saygı gösterilip gösterilmediğidir.

Aileyi destekleyen gelir güvencesi, bakım hizmetleri ve ebeveyn izinleri kadınların seçeneklerini genişletebilir. Buna karşılık kadınların yalnızca annelik rolüyle tanımlanması veya hizmet sunumunun belirli doğurganlık hedeflerine bağlanması özerklikle gerilim yaratabilir. Bu nedenle hak temelli bir değerlendirme, politikanın ilan edilen amacı ile uygulamada ortaya çıkan sonuçları ayırmalı,



bölgesel hizmet verileri, kullanıcı deneyimleri ve bağımsız izleme bulgularıyla desteklenmelidir. Güncel, karşılaştırılabilir ulusal üreme sağlığı verilerinin düzenli yayımlanması da hesap verebilirliğin ön koşuludur.

Dijital Üreme Sağlığı: Fırsatlar ve Riskler

Dijital sağlık uygulamaları, kadın sağlığı ve üreme sağlığı alanında bilgiye erişim için yeni olanaklar sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından gebelik ve annelik dönemine yönelik sunulan "Annelik Yolculuğu" uygulaması, Türkiye'deki örneklerden biridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Üreme sağlığına ilişkin dijital araçlar bilgiye ve danışmanlığa erişimi kolaylaştırabilir; özellikle yüz yüze başvuru olanakları sınırlı kişiler için destek sağlayabilir. Ancak adet döngüsü, gebelik planı ve cinsel sağlık bilgileri son derece hassas verilerdir. Bu verilerin ticari amaçlarla paylaşılması, farklı veri kaynaklarıyla eşleştirilerek kişilerin yeniden kimliklendirilmesi veya gözetim amacıyla kullanılması yeni eşitsizlik ve ayrımcılık riskleri doğurabilir (Khosla, Mishra, & Singh, 2023). Dijital erişimin artması tek başına güçlendirme sayılmamalıdır. Açık rıza, yalnızca gerekli verilerin toplanması, güvenli saklama, anlaşılır bilgilendirme ve dijital hizmet kullanmayanların dışlanmaması birlikte güvence altına alınmalıdır.

Ottawa'nın Kırkıncı Yılında Hak Temelli Politika İçin Öncelikler

Ottawa'nın beş eylem alanı üreme adaletiyle birlikte okunduğunda politika öncelikleri somutlaşır. Sağlıklı kamu politikaları, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin karşılanabilirliğini, sosyal güvenceyi, güvenli ulaşımı ve bakım hizmetlerini birlikte ele almalıdır. Destekleyici çevreler, sağlık kuruluşlarında mahremiyeti, ayrımcılıktan korunmayı ve şiddete maruz kalan kadınlar için güvenli başvuru yollarını içermelidir. Toplum eylemini güçlendirmek, kadın örgütlerini ve farklı deneyimlere sahip hizmet kullanıcılarını karar süreçlerinde yalnızca görüşlerine başvurulan değil, kararları etkileyebilen aktörler haline getirmeyi gerektirir.

Kişisel becerileri geliştirme, kapsamlı ve yaşa uygun cinsel sağlık eğitimi ile sağlık okuryazarlığını destekler; ancak bilgi vermek, yoksulluk ve kurumsal erişim engellerini gidermenin yerine geçemez. Sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek ise yargılayıcı olmayan danışmanlığı, saygılı bakımı, bilgilendirilmiş onamı, hizmet sürekliliğini ve etkili şikâyet ve hak arama mekanizmalarını kurumsal performansın parçası haline getirmelidir.

Sağlık çalışanlarının eğitimi gerekli olsa da tek başına yeterli değildir. Çalışma koşulları, sevk zinciri, malzeme tedariki ve kurumların hesap verebilirliği de değerlendirilmelidir.

Bu dönüşümün izlenmesi için hizmet sayılarının yanına hak temelli göstergeler eklenebilir: tercih edilen yönteme erişim, danışmanlıkta baskı algısı, mahremiyete güven, hizmetten vazgeçme nedenleri, saygılı bakım deneyimi ve şikâyetlerin giderilmesi. Göstergeler yaş, bölge, engellilik ve sosyoekonomik konuma göre incelendiğinde, ortalamaların örttüğü eşitsizlikler görünür olur. Dehlendorf vd. (2025) tarafından önerilen ölçüm yaklaşımı bu yönde bir temel sunmaktadır. Böylelikle güçlendirme, bireye yüklenen soyut bir sorumluluk değil, izlenebilir bir kamusal yükümlülük olarak tanımlanabilir.

Sonuç

Ottawa Bildirgesi'nin kırk yıllık mirası, kadın sağlığını yalnızca klinik hizmetlerin değil, hakların ve toplumsal adaletin konusu olarak ele alma olanağı sunmaktadır. Bununla birlikte Bildirge'nin evrensel dili, toplumsal cinsiyet temelli güç ilişkilerini kendiliğinden görünür kılmamıştır. Kahire ve Pekin süreçleri ile feminist halk sağlığı ve üreme adaleti yaklaşımları, Ottawa Bildirgesi'nin güçlendirme anlayışını toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve üreme hakları açısından derinleştiren bir çerçeve sunmaktadır. Kadın sağlığını geliştirmek, yalnızca sağlık davranışlarını değiştirmek, doğurganlık göstergelerini iyileştirmek veya hizmet kullanımını artırmak değildir. Esas ölçüt, kadınların kendi bedenleri ve yaşamları hakkında baskı olmaksızın karar verebilmesi, bu kararları hayata geçirecek kaynaklara erişebilmesi ve kendilerini etkileyen kamusal politikalarda söz sahibi olabilmesidir. Ottawa'nın güçlendirme vaadi, ancak bu hakların gündelik yaşamda kullanılabilir hale gelmesiyle anlam kazanır.



Kaynaklar

Batram-Zantvoort, S. (2026). Toward feminist principles for epidemiology and public health. *Frontiers in Public Health, 14*, Article 1809934. https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1809934

Birleşmiş Milletler. (1995). *Population and development: Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. United Nations, Dept. for Economic and Social Information and Policy Analysis.

Birleşmiş Milletler. (2014). *Beijing Declaration and Platform for Action: Beijing+5 Political Declaration and Outcome*. UN Women.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). (2020). *Accelerating the promise: The report on the Nairobi Summit on ICPD25*.

Cai, Y. & Liu, B. (2024). From birth control to pronatalism: Population policy and women's reproductive rights in China since the 1980s. *Jindal Global Law Review, 15*(2), 267–289. https://doi.org/10.1007/s41020-024-00248-w

Dehlendorf, C., Hardee, K., Opondo, E. & Raj, A. (2025). Moving past a legacy of controlling women: Key frameworks to center women and girls' choice and agency in sexual and reproductive health measurement. *Studies in Family Planning, 56*(3), 372–389. https://doi.org/10.1111/sifp.70027

Dünya Sağlık Örgütü. (2026). *Health determinants, promotion and prevention: The 2nd International Conference on Health Promotion, Adelaide, 1988*. 25 Ekim 2026 tarihinde https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/second-global-conference adresinden erişildi.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK.

HASUDER. (2025). *Türkiye Sağlık Raporu 2025* (B. Kılıç, F. N. Ayoğlu, & D. Çamur, Ed.).

Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Raven, J., Shabalala, F., Fielding-Miller, R., Dey, A., Dehingia, N., Morgan, R., Atmavilas, Y., Saggurti, N., Yore, J., Blokhina, E., Huque, R., Barasa, E., Bhan, N., … Raj, A. (2019). Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change. *The Lancet, 393*(10190), 2535–2549. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8

Idris, I. B., Hamis, A. A., Bukhori, A. B. M., Hoong, D. C. C., Yusop, H., Shaharuddin, M. A.-A., Fauzi, N. A. F. A. & Kandayah, T. (2023). Women's autonomy in healthcare decision making: A systematic review. *BMC Women's Health, 23*(1), Article 643. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02792-4

Khosla, R., Mishra, V. & Singh, S. (2023). Sexual and reproductive health and rights and bodily autonomy in a digital world. *Sexual and Reproductive Health Matters, 31*(4), Article 2269003. https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2269003

Resmi Gazete. (1983). *Nüfus Planlaması Hakkında Kanun* (Kanun No. 2827). Mevzuat Bilgi Sistemi. https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2827&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5

O'Brien, C. & Newport, M. (2023). Prioritizing women's choices, consent, and bodily autonomy: From a continuum of violence to women-centric reproductive care. *Social Science & Medicine, 333*, Article 116110. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116110

O'Neil, M. L., Altuntaş, D. & Keskin, A. Ş. (2020). *Yasal ancak ulaşılabilir değil: Türkiye'deki kamu hastanelerinde kürtaj hizmetleri – 2020*. Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi. https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/2020-kurtaj-arastirmasi-raporu.pdf

T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Onuncu Kalkınma Planı (2014–2018)*.

Pederson, A., Greaves, L. & Poole, N. (2015). Gender-transformative health promotion for women: A framework for action. *Health Promotion International, 30*(1), 140–150. https://doi.org/10.1093/heapro/dau083

Rahbari, L. (2025). Reproductive biopolitics, demographic anxieties, and access to safe abortion: National security and pronatalism in the 'Family Protection and Youthful Population' Law in Iran. *Social Sciences, 14*(3), Article 188. https://doi.org/10.3390/socsci14030188

Ross, L. J. & Solinger, R. (2017). *Reproductive justice: An introduction*. University of California Press.

Ruzek, S. & Hill, J. (1986). Promoting women's health: Redefining the knowledge base and strategies for change. *Health Promotion International, 1*(3), 301–309. https://doi.org/10.1093/heapro/1.3.301

Shai, A., Koffler, S. & Hashiloni-Dolev, Y. (2021). Feminism, gender medicine and beyond: A feminist analysis of "gender medicine". *International Journal for Equity in Health, 20*(1), Article 177. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01511-5

Sister Song: Women of Color Reproductive Justice Collective. (t.y.). 25 Ekim 2026 tarihinde https://www.sistersong.net/reproductive-justice adresinden erişildi.

T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2026). *Aile ve Nüfus On Yılı (2026–2035) Genelgesi* (Genelge No. 2026/4). Resmî Gazete.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *On Birinci Kalkınma Planı (2019–2023)*.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2024). *On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028)*.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2025a). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024*. T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2025b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Annelik Yolculuğu*. 25 Ekim 2026 tarihinde https://annelikyolculugu.saglik.gov.tr/ adresinden erişildi.

Derleme Makale

Ottawa Bildirgesi'nin Beş İlkesi ve Kronik Hastalık Yönetimi: 40 Yıllık Bir Bilanço



The Five Principles of the Ottawa Charter and Chronic Disease Management: A 40-Year Review

Sibel Sakarya[1]

1. *Prof. Dr., Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Öz

Ottawa Bildirgesi (1986), sağlığı gündelik yaşam ortamlarında üretilen politik ve yapısal bir olgu olarak tanımlamış ve beş eylem alanı önermiştir: sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, destekleyici ortamlar yaratmak, toplum eylemini güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek. Bu makale, Bildirgenin kırkıncı yılında bu ilkelerin bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) önlenmesi ve yönetiminde ne ölçüde hayata geçirildiğini eleştirel bir perspektifle değerlendirmektedir. Literatür ve ülke örnekleri belirgin bir asimetriye işaret etmektedir: siyasi maliyeti en düşük olan kişisel becerilerin geliştirilmesi en tutarlı biçimde uygulanan ilke olurken, toplum eylemini güçlendirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme sistematik olarak ihmal edilmiştir. Sağlıklı kamu politikaları ise kâğıt üzerinde güçlü olsa da yetersiz finansman, endüstri lobiciliği ve zayıf denetimle aşınmıştır. Türkiye'de tütün yasasının uygulanmasındaki gerileme ve Birleşik Krallık'ta sağlıksız gıda reklamı kısıtlamalarının tekrar tekrar ertelenmesi, bu aşınmanın gelir düzeyinden bağımsız olduğunu göstermektedir. Destekleyici ortamlar ilkesi işyeri ve okul gibi yerel ölçekte başarı sağlamış, ancak obezojenik çevrenin dönüştürülmesinde geride kalmıştır. Makale bu asimetriyi neoliberal politik ekonomi ve sağlığın ticari belirleyicileri çerçevesinde açıklamaktadır. Kırkıncı yılda sorulması gereken soru, yalnızca hangi ilkelerin daha iyi uygulandığı değil, hangi ilkelerin uygulanmasında kimin çıkarı olduğudur. Bu soru yanıtlanmadan sağlığın geliştirilmesi bireysel müdahalelere sıkışmaya devam edecektir.

Anahtar sözcükler: Ottawa Bildirgesi, sağlığın geliştirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıklar, sağlığın ticari belirleyicileri, sağlık politikası, obezojenik çevre

Abstract

The Ottawa Charter (1986) redefined health as a political and structural phenomenon shaped by everyday settings and proposed five action areas: building healthy public policy, creating supportive environments, strengthening community action, developing personal skills and reorienting health services. On the Charter's fortieth anniversary, this article critically examines how far these principles have been implemented in the prevention and management of non-communicable diseases (NCDs). The literature and country examples reveal a clear asymmetry. Developing personal skills, the least politically costly principle, has been implemented most consistently, while strengthening community action and reorienting health services have been systematically neglected. Healthy public policy has been strong on paper but eroded by underfunding, industry lobbying and weak enforcement. Weakening tobacco law enforcement in Türkiye and repeatedly delayed restrictions on unhealthy food advertising in the United Kingdom show that this erosion occurs regardless of income level. Supportive environments have succeeded locally, in workplaces and schools, but not in transforming obesogenic environments. This asymmetry is explained through neoliberal political economy and the commercial determinants of health. At forty, the question is not only which principles were implemented best, but whose interests their implementation served; until it is answered, health promotion will remain confined to individual interventions.

Keywords: Ottawa Charter, health promotion, noncommunicable diseases, commercial determinants of health, health policy, obesogenic environment

Geliş Tarihi / Received: 31.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 20.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Sibel Sakarya **E-posta:** ssakarya@ku.edu.tr

Sorumlu Editör / Handling Editor: Işıl Ergin

Atıf için / Suggested Citation: Sakarya, S. (2026). Ottawa Bildirgesi'nin Beş İlkesi ve Kronik Hastalık Yönetimi: 40 Yıllık Bir Bilanço. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 66-75

Giriş

17–21 Kasım 1986'da Ottawa'da toplanan Birinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda 21 Kasım'da kabul edilen Ottawa Bildirgesi, sağlığı bireysel bir özellik olarak değil, "insanların öğrendiği, çalıştığı, oynadığı ve sevdiği" gündelik yaşam ortamlarında üretilen ve yaşanan bir olgu olarak yeniden tanımlamıştır (World Health Organization, 1986). Bildirge, bu vizyonu hayata geçirmek için birbirini tamamlayan beş eylem alanı önermiştir: sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, destekleyici ortamlar yaratmak, toplum eylemini güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek. Bu beş ilke, o dönemde egemen olan biyomedikal ve tedavi odaklı sağlık anlayışına karşı, sağlığı politik ve yapısal bir mesele olarak konumlandıran radikal bir çerçeve sunmuştur.

Aradan geçen kırk yılda, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) —kalp-damar hastalıkları, kanserler, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları— küresel hastalık yükünün ve ölümlerin temel nedeni haline gelmiştir; 1990'dan bu yana OECD ülkelerinde kanser, kronik solunum ve kardiyovasküler hastalık oranları belirgin biçimde artmış, diyabet prevalansı ise neredeyse iki katına çıkmıştır (OECD, 2026). Bu durum, Ottawa Bildirgesi vizyonunun sınandığı iyi bir zemin oluşturmuştur: eğer sağlığın geliştirilmesi gerçekten "risk faktörü yönetiminden" ibaret teknik bir alan değil, yapısal ve politik bir yaklaşım ise, bu en çok kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde görünür olmalıdır. Bu makale, Ottawa Bildirgesi'nin beş ilkesinin kronik hastalıklar bağlamında ne ölçüde hayata geçirildiğini, hangi ilkelerin göreli olarak daha "başarılı", hangilerinin ise ihmal edilmiş ya da hiç uygulanmamış olduğunu eleştirel bir perspektiften değerlendirmeyi ve güncel bir örnek olarak GLP-1 agonistlerinin yükselişinin gösterdiği tedavi odaklı yaklaşımın olanak ve sınırlarını bu tartışmaya bağlamayı amaçlamaktadır.

Kronik Hastalık Yönetiminde Beş İlkenin 40 yıllık Seyri

Kişisel becerilerin geliştirilmesi: En "başarılı" ama en sorunlu ilke

Sağlığın geliştirilmesi programlarını Ottawa çerçevesine göre değerlendiren çalışmalar, "kişisel becerileri geliştirme" ilkesinin açık ara en tutarlı biçimde uygulanan alan olduğunu göstermektedir. Örneğin dört sağlık programını inceleyen bir değerlendirmede bu ilke incelenen tüm programlarda mevcutken, "sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme" ve "toplum eylemini güçlendirme" kriterlerini karşılayan hiçbir program bulunamamıştır (Fry ve Zask, 2017). Benzer bir örüntü, Papua Yeni Gine'deki sağlık ve beslenme programlarını değerlendiren bir çalışmada da görülür: incelenen 22 programın 12'si kişisel beceri geliştirmeye, bir o kadarı da sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmeye odaklanmışken, toplum eylemini güçlendirme yalnızca 6 programda yer almış; üstelik bu programların büyük çoğunluğu bulaşıcı hastalıklara yönelik olup sadece ikisi BOH'lere odaklanmıştır (Chen ve ark., 2024).

Bu eğilimin nedeni açıktır: kişisel becerilerin geliştirilmesi —sağlık eğitimi, danışmanlık, davranış değişikliği müdahaleleri— düşük maliyetli, kısa vadeli, ölçülebilir ve en önemlisi *politik olarak düşük riskli* bir müdahale biçimidir; herhangi bir ticari çıkarla çatışmaz, mevcut güç ilişkilerini sorgulamaz. Bu görünürlük, ilkenin "en iyi çalıştığı" anlamına gelmez; yalnızca en az dirençle karşılaştığı anlamına gelir.

Sağlıklı kamu politikası: Kağıt üzerinde başarı, uygulamada boşluk

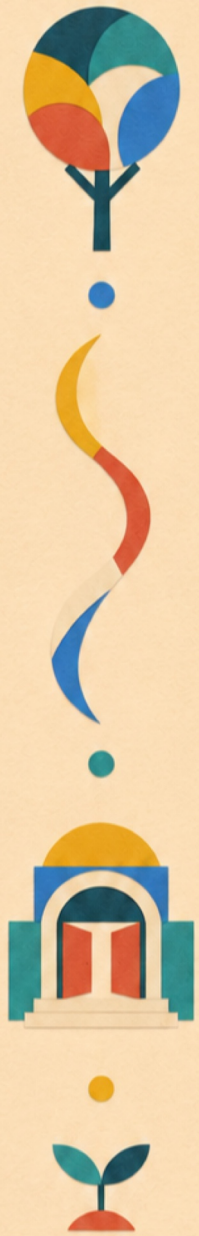
Sağlıklı kamu politikası oluşturma ilkesi, ilk bakışta kronik hastalık kontrolu alanında somut kazanımlar sunar; nitekim Avrupalı sağlığı geliştirme uzmanlarının katıldığı ankette bu ilke %44,8'lik kullanım oranıyla kişisel beceri geliştirmeden sonra ikinci sırada yer almış, diğer üç ilkenin (toplum eylemi, destekleyici ortamlar, sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme) önüne geçmiştir (Wilberg ve ark., 2021). WHO Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (2003), sağlığın geliştirilmesinin biyomedikal modeller altında olanaksız görünen politika değişikliklerini nasıl mümkün kıldığının en sık söz edilen örneğidir. Bu sözleşmenin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne entegrasyonu da bu başarının kurumsallaştığının göstergesi olarak sunulur (Thomas ve ark., 2025). Ancak ulusal düzeyde durum daha karmaşıktır. Gana'da BOH önleme ve kontrolüne yönelik sağlık geliştirme çabalarını inceleyen bir çalışma, ülkenin uluslararası protokolleri onaylayarak ve ulusal BOH politikaları geliştirerek güçlü bir *politika çerçevesi* oluşturduğunu, ancak bu politikaların *uygulanmasının* sınırlı kaynaklar ve bulaşıcı hastalıklara verilen önceliğin gölgesinde ciddi biçimde zorlandığını ortaya koymaktadır (Owusu ve ark., 2023). Benzer biçimde pek çok ülke BOH politikalarının uygulanmasına yönelik önleme faaliyetleri için bütçe ayırmakta zorlanmakta, ayrıca, sağlık savunucuları kısa vadeli politik gündemlerle ve karar alıcılara kapalı kapılar ardında önemli erişimi olan güçlü endüstrilerle rekabet etmek zorunda kalmaktadır (Thomas ve ark., 2025).

Dolayısıyla bu ilke için "iyi uygulandı" demek yanıltıcıdır; daha doğru bir ifade, "iyi *yazıldı*, zayıf *finanse edildi ve uygulandı*" olacaktır. Politika metni ile uygulamadaki kaynak ayırımı arasındaki bu uçurum, sağlıklı kamu politikası ilkesinin sembolik bir taahhüde indirgendiğini, asıl dönüştürücü gücünü büyük ölçüde kaybettiğini göstermektedir.

Avrupa örnekleri de, bu tabloyu doğrulamakta ve önemli bir noktaya işaret etmektedir: sorun yalnızca düşük gelirli ülkelerin kaynak kısıtlarından ibaret olmayıp, kurumsal kapasitesi yüksek zengin ülkelerde de aynı asimetri işlemektedir. Birleşik Krallık'ta 2018'de yürürlüğe giren Şekerli İçecekler Endüstrisi Vergisi ("şeker vergisi"), üreticileri ürün formülasyonunu değiştirmeye teşvik ederek satın alınan şekerde ölçülebilir azalmalar sağlamış ve özellikle 10-11 yaş grubundaki kız çocuklarında ve en yoksun bölgelerde yaşayanlarda belirgin olmak üzere, obezite olgularında azalmayla ilişkilendirilmiştir (Rogers ve ark., 2023); bu sağlıklı kamu politikasının gerçekten işe yarayabileceğinin somut bir kanıtıdır. Ancak aynı ülkede, 2022'de kabul edilen çocuklara yönelik sağlıksız gıda reklamı kısıtlamalarının uygulanması birkaç kez ertelenmiştir (Conway, 2025). Sustain (2025), son ertelemeyi gıda endüstrisinin hukuki itirazlarıyla ilişkilendirmiştir. Kısıtlamalar, belirli marka reklamlarına tanınan istisnayla 5 Ocak 2026'da yürürlüğe girmiştir (Obesity Health Alliance, 2026; The Advertising (Less Healthy Food and Drink) (Brand Advertising Exemption) Regulations, 2025). Bu örnek, zengin ve kurumsal kapasitesi yüksek bir Avrupa ülkesinde dahi sağlıklı kamu politikasının, tıpkı Gana'da olduğu gibi, ticari çıkarlar karşısında aşındırıldığını göstermektedir — yani mesele yalnızca "kaynak yetersizliği" değil, evrensel bir güç asimetrisidir.

Türkiye de "politika var, uygulama zayıf" örüntüsünün öğretici bir örneğini sunmaktadır. 2008'den itibaren yürürlükte olan 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, kapalı kamusal alanlarda yüzde 100 dumansız hava sahasını güvence altına almış;

Türkiye 2013'te WHO'nun altı MPOWER stratejisinin tamamını başarıyla uygulayan ilk ülke olarak duyurulmuş ve diğer ülkelere model gösterilmiştir (Bilir ve Özcebe, 2013). Ne var ki özellikle son yıllarda, restoran, kafe, bar ve eğlence mekânları gibi yerlerde yasağın fiilen uygulanmadığına dair gözlemler artmakta; denetim ve yaptırımların caydırıcılıktan uzaklaştığı belirtilmektedir (Ulusoy, 2024). Türkiye örneği, sağlıklı kamu politikasının başlangıçtaki güçlü uygulanma iradesinin zamanla —siyasi öncelik kayması, denetim kapasitesinin zayıflaması veya basit ihmal yoluyla— aşınabileceğini, yani bu ilkenin yalnızca *kabul edilmesinin* değil, *sürdürülmesinin* de ayrı bir mücadele alanı olduğunu göstermektedir.



Destekleyici ortamlar: Yerel başarı, makro düzeyde yetersizlik

Destekleyici ortamlar yaratma ilkesi, orta düzeyde ve büyük ölçüde yerel/kurumsal ölçekte (işyeri, okul, sağlık kurumu) uygulanmıştır. Taiwan'daki işyeri sağlık geliştirme merkezlerinin Ottawa Bildirgesi'na göre değerlendirildiği bir çalışma, bu tür müdahalelerden danışmanlık alan işletmelerin, kontrol grubuna kıyasla, sigara içme oranlarında (%61,2'sinde) ve pasif içicilik maruziyetinde (%78,6'sında) anlamlı azalma yaşadığını göstermektedir (Chen ve ark., 2016). Ancak makro düzeyde, "obezojenik ortam" olarak kavramsallaştırılan yapılı çevre ve gıda ortamlarının ve kentsel tasarımın dönüştürülmesinde bu ilke çok daha zayıf kalmıştır (Lake ve Townshend, 2006). Kötü planlanmış kentleşme bunun en görünür kanıtıdır: 33 sistematik derlemeyi sentezleyen bir meta-derleme, yeşil/mavi alanlara erişim ve yürünebilirliğin BOH'lar üzerinde koruyucu etkisi olduğunu, ana yollara ve sanayi tesislerine yakınlığın ise ciddi riskler oluşturduğunu göstermektedir (Zhang ve ark., 2023). Ontario'yu kapsayan büyük ölçekli bir kohort çalışması bunu somutlaştırır: 2001-2012 arasında daha yüksek mahalle yürünebilirliği, obezitede azalma ve diyabet insidansında düşüşle ilişkilendirilmiştir, ancak yazarlar bulguların ekolojik niteliği nedeniyle nedensellik konusunda temkinlidir (Creatore ve ark., 2016). Bir güncel derleme de şehirlerin yeniden şekillendirilmesinin obezite ve ilişkili BOH'ların önlenmesinde acil bir öncelik olduğunu savunmaktadır (Verde ve ark., 2024). Gana örneğinde de mevcut ortamların sağlıklı beslenmeyi desteklemediği, hatta sağlıksız alkol kullanımını teşvik ettiği bulunmuştur (Owusu ve ark., 2023). Yani destekleyici ortamlar ilkesi, belirli ortamlar içinde göreli bir başarı elde ederken, toplumun genelini kapsayan yapısal ortam dönüşümünde büyük ölçüde geride kalmıştır.

Toplum eylemini güçlendirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme: Sistemik ihmal

Kırk yıllık uygulamanın en zayıf iki halkası, "toplum eylemini güçlendirme" ve "sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme" ilkeleridir. Bu iki alan, literatürde tutarlı biçimde en az karşılanan kriterler olarak öne çıkar. Avrupalı sağlığı geliştirme uzmanlarının katıldığı bir anket bunu sayısal olarak da doğrular: katılımcılar "kişisel beceri geliştirme"nin ülkelerinde %63,2 oranında kullanıldığını belirtirken, bu oran "toplum eylemini güçlendirme" için %40,7'ye, "sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme" için ise en düşük değer olan %30,5'e kadar düşmektedir (Wilberg ve ark., 2021). Toplum eylemi, kronik hastalıklar özelinde neredeyse yok denecek kadar sınırlı kalmıştır; özel bir örnek olarak yalnızca gençlik iklim hareketi, toplum katılımı ve toplumsal eylem güçlendirmesi vizyonunu somutlaştıran bir vaka olarak verilebilir (Thomas ve ark., 2025) — fakat bu hareket doğrudan BOH önleme odaklı değildir. Sağlık

hizmetlerini yeniden yönlendirme ilkesi ise belki de en kronik başarısızlıktır. Bildirge'nin kendi tanımı, bunu yalnızca tedaviden korumaya bir kayış olarak değil, çok daha geniş bir dönüşüm olarak çerçeveler: sorumluluğun bireyler, toplum grupları, sağlık profesyonelleri, kurumlar ve hükümetler arasında paylaşılması; sağlık sektörünün kültürel ihtiyaçlara duyarlı, geniş sosyal/politik/ekonomik/fiziksel çevresel bileşenlerle bağlantılı bir yapıya kavuşması; sağlık araştırmasına ve mesleki eğitim/öğretimin yeniden düzenlenmesine ağırlık verilmesi; ve kişinin bir "hasta" değil bütüncül bir insan olarak ele alınması (Ottawa Charter, 1986). Bu genişletilmiş ölçütle bakıldığında bile, sağlık sistemleri hâlâ büyük ölçüde akut ve tedaviye odaklı bir modelde kilitli kalmış, koruyucu/geliştirici hizmetlere geçiş sınırlı düzeyde gerçekleşmiştir.

Bu iki ilkenin ortak özelliği, ikisinin de yüksek bir siyasi maliyet taşımasıdır — ama bu, sağlıklı kamu politikasınınkinden farklı bir maliyet türüdür. Sağlıklı kamu politikası ticari çıkarla en doğrudan çatışan ilkedir (vergilendirme, reklam kısıtlaması bir endüstrinin gelirini doğrudan etkiler); tam da bu yüzden yukarıda görüldüğü gibi kabul edilme oranı görece yüksektir, ama kabul edildikten sonra lobicilik ve denetim eksikliğiyle aşındırılmaya en açık ilkedir. Toplum eylemini güçlendirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek ise farklı bir mekanizmayla düşük kalır: bunlar tek bir endüstriyle değil, mevcut kurumsal karar alma hiyerarşileriyle çatışır — toplum eylemi kimin söz sahibi olduğunu sorgularken, sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek güçlü kurumsal çıkarları (hastane sektörü, ilaç endüstrisi, tıp meslek örgütleri) barındıran bir sistemin yeniden dağıtılmasını gerektirir. Bu farklı maliyet türü, bu iki ilkenin çoğu zaman kabul edilme aşamasına bile gelmeden en az uygulanan ilkeler olarak kalmasını açıklar.

Üstelik "sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme" fikri Ottawa'ya özgü de değildir. Sekiz yıl önce, 1978'deki Alma-Ata Bildirgesi zaten benzer, hatta daha erken bir bütüncül vizyon ortaya koymuştu: sağlık sistemlerinin tedavi/hastane odaklı bir yapıdan, toplum katılımına, sektörler arası iş birliğine ve kültürel açıdan uygun, eşitlikçi bir "birinci basamak sağlık hizmeti" modeline kaymasını, "2000 yılına kadar herkese sağlık" hedefiyle talep etmişti (WHO/UNICEF, 1978) — Ottawa'nın sorumluluğun paylaşılması ve bütüncül insan odaklılığı vurgusuyla neredeyse örtüşen bir çerçeve. Bu hedefler 1986'ya gelindiğinde büyük ölçüde gerçekleşmemişti; Ottawa aynı vizyonu yeniden formüle etti. Bu süreklilik, ilkenin uygulanmamasının kırk değil, elli yılı aşkın süredir devam eden bir örüntü olduğunu göstermektedir.

Türkiye'den bir örnek, "sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme" ilkesinin ne denli çelişkili biçimde uygulanabileceğini gösterir. Sağlık Bakanlığı'nın Ocak 2021'de tüm aile hekimliği birimlerinde yaygınlaştırdığı Hastalık Yönetim Platformu (HYP) (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021, s. 63), hipertansiyon, diyabet, obezite ve kardiyovasküler risk gibi BOH'ların birinci basamakta düzenli tarama ve izlemini hedeflemekte; aile hekimlerine bu hedeflere ulaşma oranına bağlı "pozitif performans" ek ödemesi sağlamaktadır — niyet düzeyinde tam olarak Ottawa'nın öngördüğü yönde bir adım. Ancak sahadan gelen değerlendirmeler ciddi sorunlar göstermektedir: birinci basamakta yapılan bir iş yükü analizi, hedeflenen tarama/izlem hacminin hekim başına düşen nüfusla günlük çalışma süresi içinde fiilen gerçekleştirilmesinin sayısal olarak mümkün olmadığını ortaya koymuş (Aktura ve ark., 2021); sendikalar platformun sahada "ikinci bir tam zamanlı mesaiye" dönüştüğünü, "negatif performans" cezalarının motivasyonu kırdığını bildirmiştir (Hekimsen, 2024; Genç Sağlık

Sendikası, 2025). Kavramsal düzeyde ise HYP, Ottawa'nın öngördüğü geniş dönüşümün yalnızca tek bir boyutunu —tarama/izlem— hedef almaktadır; sorumluluğun sektörler ve topluluklarla paylaşılması, mesleki eğitimin yeniden düzenlenmesi veya kişinin bütüncül bir biçimde ele alınması gibi diğer bileşenlere değinmeden, var olan bireysel-biyomedikal izlem mantığını (kan basıncı, HbA1c gibi hedefler) dijitalleştirip performansa bağlayarak yeniden üretmekte; yapısal risk faktörlerine dokunmadan sorumluluğu aşırı yüklü birinci basamak çalışanlarına yıkmaktadır. Sahadaki tepkiler, sorunun temelde tasarım kaynaklı olduğuna işaret etmektedir: sistemin ödül-ceza (performansa dayalı) bir mantıkla kurgulanması, geliştirilme sürecinde saha çalışanlarının görüşlerinin yeterince alınmaması ve kullanılan dijital araçların günlük pratikle uyumsuzluğu, ilkenin sadece dar bir kesitini hedefleyen bu "yeniden yönlendirme" girişiminin, örtük biçimde "kişisel beceri/izlem" paradigmasını hekim performansı üzerinden pekiştirmesine yol açmaktadır.

Bu genel tabloya kısmi bir istisna, Finlandiya'nın Kuzey Karelya Projesi'dir (1972'den itibaren). Bölgedeki yüksek kardiyovasküler hastalık oranlarına karşı yerel halkın hükümete dilekçe vermesiyle başlayan proje, toplum örgütleriyle yakın iş birliği içinde yürütülmüş; okul, işyeri, medya ve köy programlarını bir araya getirmiştir (Puska ve Jaini, 2020). Kırk yılı aşkın sürede orta yaş erkek nüfusta koroner mortalite 1972'den 2014'e kadar %84 azalmıştır (Vartiainen, 2018). Proje öğreticidir çünkü toplum eylemini güçlendirme ile ulusal sağlıklı kamu politikasını (beş yıl sonra tüm Finlandiya'ya yayılan düzenlemeler) nadir biçimde birleştirmiştir; ancak elli yıldır hâlâ *aynı* örnek olarak anılması, bu tür bütünleşik başarıların istisnai kaldığının da bir kanıtıdır.

Neden Bu Asimetri? Neoliberalizm ve Sağlığın Ticari Belirleyicileri

Bu örüntüyü açıklamak için yalnızca "kaynak yetersizliği" argümanı yeterli değildir; asıl açıklayıcı çerçeve, sağlık politikasının küresel politik ekonomi içindeki konumudur. Glasgow ve Schrecker'e (2015) göre, 2011'deki BM üst düzey BOH toplantısı öncesinde önleme seçenekleri resmi olarak çerçevelenirken, bilimsel kanıtlar seçici biçimde kullanılmış; tütün, sağlıksız beslenme, alkol ve hareketsizlik gibi, kişinin kendi seçimi olarak görülen dört risk faktörü ön plana çıkarılmıştır. Bu çerçeveleme, zengin ülkelerde zaten yaygın olan "sorumluluk bireydedir" anlayışını küresel ölçeğe taşımış; insanların bu risklere ne kadar maruz kaldığını asıl belirleyen ticaret politikaları ve şirket pazarlaması gibi büyük ölçekli süreçleri göz ardı etmiştir. Yazarlar bunu "neoliberalizmin çifte yükü" olarak adlandırır — bu Ottawa'nın yapısal vizyonunun pratikte nasıl aşındığını açıklayan bir kavramdır.

Burada önemli bir netleştirme gerekir: mesele risk faktörü kavramının kendisi değildir — hava kirliliği de epidemiyolojik anlamda bir risk faktörüdür, ama emisyon standartları gibi yapısal araçlarla ele alınır, çünkü kişinin soluduğu havayı "seçmesi" anlatısı inandırıcı değildir. Asıl mesele, hangi risk faktörünün bireysel seçim, hangisinin yapısal maruziyet olarak çerçeveleneceğinin kendisinin siyasi bir karar olmasıdır. Tütün, beslenme veya hareketsizlik de aslında gıda pazarlaması ve kentsel tasarım yoluyla hava kirliliği kadar yapısal üretilir; ama "birey seçti" diye moralize edilebildikleri için bireyselleştirilmeye çok daha açıktırlar.

Bu aşınma, 2010'larda ve 2020'lerde "sağlığın ticari belirleyicileri" (commercial determinants of health)



kavramıyla daha da sistematikleştirilmiştir (Kickbusch ve ark., 2016). Bu çerçeve, tütün, alkol, ultra-işlenmiş gıda ve son dönemde dijital platform endüstrilerinin, kâr motivasyonuyla sağlığı zayıflatan uygulamaları —lobicilik, siyasi bağışlar, düzenleyici yakalanma— nasıl sistematik biçimde sürdürdüğünü analiz eder. 2013'te dönemin WHO Genel Direktörü Margaret Chan'ın "piyasa gücünün kolaylıkla kurumsal güce dönüştüğü" uyarısı (Chan, 2013) ve ilaç sektörü dahil yerleşik çıkarların sağlık sistemlerinde köklü değişime direnmeye devam ettiğine dair güncel gözlemler (Thomas ve ark., 2025), bu dinamiğin kırk yıl boyunca kesintisiz sürdüğünü göstermektedir.

Güncel Bir Örnek: GLP-1 Agonistleri — Gerekli Ama Tek Başına Yetersiz Bir Yanıt

GLP-1 reseptör agonistleri (semaglutid, tirzepatid gibi), bu tartışmanın en güncel örneğini oluşturur. Obezite dünya genelinde hızla artan, kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet gibi ciddi sağlık sonuçlarıyla ilişkili bir sorundur; üstelik kalıcı kilo kaybının davranış değişikliği yoluyla sağlanmasının ne denli zor olduğu iyi belgelenmiştir. Bu bağlamda GLP-1 agonistleri, iyi seçilmiş yüksek riskli bireyler için gerçek ve önemli bir klinik araç sunar — bu yararı yadsımak anlamlı olmaz. Ancak kullanımları son derece hızlı genişlemiştir: bir sağlık hakları analizine göre obezitenin ilaçlaştırılması (pharmaceuticalization) 2019-2023 arasında %700'den fazla artmış, 2024 itibarıyla ABD'li yetişkinlerin yaklaşık sekizde biri bu ilaçlardan birini denemiştir (Benavides, 2025).

Asıl soru, ilaçların bireysel düzeydeki yararında değil, popülasyon düzeyindeki sınırlarındadır: destekleyici ortamlar bölümünde tartışılan obezojenik çevreye (gıda ortamı, kentsel tasarım) yönelik yapısal bir müdahale olmadıkça, bu ilaçlar toplumun genelinde obezite yükünü ne ölçüde azaltabilir? Avrupa'daki obezite uzmanlarının imzaladığı bir pozisyon bildirgesi tam bu noktayı vurgular: farmasötik tedaviler klinik obezite geliştirmiş bireyleri hedeflerken, obezite salgınının kendisi gıda sistemleri, kentsel planlama, sosyoekonomik eşitsizlik ve ticari uygulamalar gibi kolektif, üst düzey belirleyiciler tarafından yönlendirilmektedir; farmakolojik çözümlere aşırı vurgu, "bireysel sorumluluklaştırma" riskini artırmaktadır (Holm ve ark., 2026).

Buna bir de erişim eşitsizliği eklenir: yüksek maliyetleri nedeniyle bu ilaçlara belki de en çok ihtiyacı olan düşük gelirli gruplar genellikle erişemez. Pazarın birkaç ilaç şirketinde yoğunlaşması ve patentleri kâr/hissedar değerini maksimize etmek için kullanan finansallaşmış iş modeli, bu eşitsizliği derinleştirmektedir (Benavides, 2025). Sonuçta GLP-1 agonistleri —iyi seçilmiş bireyler için gerekli olsalar da— sağlığın geliştirilmesi açısından temelde tedavi eksenli bir yanıttır: obezojenik çevre değişmedikçe, risk faktörü paradigmasının davranış tavsiyesinden farmakolojik ürüne evrilmiş en güncel hali olmaktan öteye geçemez; Ottawa'nın orijinal vizyonu —hastalığın yalnızca bireysel bir başarısızlık değil, yapısal koşulların bir sonucu olduğu fikri— bu noktada yeniden hatırlatılmaya değerdir.

Sonuç

Ottawa Bildirgesi'nin kırk yıllık tarihi, kronik hastalık yönetimi özelinde incelendiğinde net bir asimetri ortaya koymaktadır: en düşük siyasi maliyetli ilke —kişisel beceri geliştirme— en tutarlı biçimde

uygulanmış; siyasi maliyeti yüksek ilkeler —toplum eylemini güçlendirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme— sistemik olarak ihmal edilmiştir. Sağlıklı kamu politikası ve destekleyici ortamlar ise kağıt üzerinde/yerel ölçekte kısmi başarılar göstermiş, ancak makro dönüşümde yetersiz kalmıştır; Türkiye'nin tütün yasası ve Birleşik Krallık'ın reklam kısıtlaması örnekleri, bu aşınmanın gelir düzeyinden bağımsız, evrensel bir örüntü olduğunu göstermektedir. Türkiye'nin HYP deneyimi ise ayrı bir uyarı sunar: iyi niyetli bir "yeniden yönlendirme" girişimi bile, ödül-ceza mantığıyla tasarlanır, ilgili tarafların görüşü yeterince alınmadan geliştirilir ve pratikte işlemeyen araçlarla uygulanırsa kendi hedefini baltalayıp bireysel izlem paradigmasını yeniden üretebilir. Bu örüntü tesadüfi değildir; neoliberal politik ekonominin ve ticari sağlık belirleyicilerinin sağlık politikasını bireyselleştirme yönünde şekillendirdiği yapısal bir dinamiğin sonucudur. GLP-1 agonistlerinin yükselişi bu dinamiğin en güncel halkasıdır: iyi seçilmiş bireyler için gerekli bir tedavi olsalar da, obezojenik çevre değişmedikçe risk faktörü paradigmasının davranış tavsiyesinden farmakolojik ürüne evrilmiş, milyarlarca dolarlık bir pazara dönüşmüş hali olmaktan öteye geçemezler.

Ottawa Bildirgesi'nin kırkıncı yılında sorulması gereken soru, bu nedenle yalnızca "hangi ilkeler daha iyi uygulandı" değil, "hangi ilkelerin uygulanmasına kimin çıkarı vardı" sorusudur. Bu soru yanıtlanmadan, sağlığın geliştirilmesi söylemi, yapısal dönüşüm vaadini korurken pratikte bireysel müdahalelere sıkışmaya devam edecektir.

Kaynaklar

Benavides, X. (2025). Too big to lose weight: How pharmaceuticalization corrupts the right to health. *Health and Human Rights, 27*(2), 203–214. https://www.hhrjournal.org/2025/12/08/too-big-to-lose-weight-how-pharmaceuticalization-corrupts-the-right-to-health/

Bilir, N., & Özcebe, H. (2013). Tobacco control activities in Turkey. *Turkish Journal of Public Health, 11*(2), 96–103.

Conway, L. (2025, 4 Temmuz). *Advertising of HFSS food and drink to children* (Research Briefing No. CBP-10061). House of Commons Library. https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-10061/

Obesity Health Alliance. (2026, 5 Ocak). *Less healthy advertising regulations: A watershed moment for child health* [Ortak açık mektup]. https://obesityhealthalliance.org.uk/wp-content/uploads/2026/01/OHA-Letter-Less-Healthy-Advertising-Regulations-05.01.2026-update-8.1.26.pdf

Sustain. (2025, 22 Mayıs). *UK government bows to industry: Delaying TV and online advertising restrictions again*. https://www.sustainweb.org/news/may25-tv-online-advertising-restrictions-delayed/

The Advertising (Less Healthy Food and Drink) (Brand Advertising Exemption) Regulations 2025, S.I. 2025/1011 (UK). https://www.legislation.gov.uk/uksi/2025/1011/regulation/2/made/data.htm

Chan, M. (2013, 10 Haziran). *WHO Director-General addresses health promotion conference* [Açılış konuşması]. 8th Global Conference on Health Promotion. https://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/DG-WHO-speech-to-Health-Promotion-Conference.pdf

Chen, T.-H., Huang, J.-J., Chang, F.-C., Chang, Y.-T., & Chuang, H.-Y. (2016). Effect of workplace

counseling interventions launched by workplace health promotion and tobacco control centers in Taiwan: An evaluation based on the Ottawa Charter. *PLoS ONE, 11*(3), Article e0150710.

Chen, J., Davies, A., Tran, P., Gronau, R., Rangan, A., Allman-Farinelli, M., Porykali, S., Oge, R., & Porykali, B. (2024). Health and nutrition promotion programs in Papua New Guinea: A scoping review. *Nutrients, 16*(13), Article 1999.

Creatore, M. I., Glazier, R. H., Moineddin, R., Fazli, G. S., Johns, A., Gozdyra, P., Matheson, F. I., Kaufman-Shriqui, V., Rosella, L. C., Manuel, D. G., & Booth, G. L. (2016). Association of neighborhood walkability with change in overweight, obesity, and diabetes. *JAMA, 315*(20), 2211–2220. https://doi.org/10.1001/jama.2016.5898

Fry, D., & Zask, A. (2017). Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design. *Health Promotion International, 32*(5), 901–912.

Genç Sağlık Sendikası. (2025). *HYP sistemi gözden geçirilmeli, sahadaki yük görmezden gelinemez* [Basın açıklaması].

Glasgow, S., & Schrecker, T. (2015). The double burden of neoliberalism? Noncommunicable disease policies and the global political economy of risk. *Health & Place, 34*, 279–286.

Hekimsen. (2024). *Aile hekimliği can çekişiyor: Aile hekimliği sisteminden vaz mı geçiyorsunuz?* [Basın açıklaması].

Holm, S., Tena-Sempere, M., Koutsouris, D., Dedoussis, G. V., Wagner, K.-H., Arranz, S., Froguel, P., Bohn, T., Oliveira, P. J., Lakerveld, J., & OBEClust (2026). The case for primary prevention of obesity in the era of GLP-1 therapies. *The Lancet Regional Health – Europe, 66*, Article 101679. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2026.101679

Aktura, B., Söyler, Ç., Kapukaya, E. N., Uzer Ekin, G., Bağdadioğlu, S., Güçlü, U., & Köseoğlu, Z. (2021). *Hastalık Yönetim Platformu kapsamındaki tarama ve izlemlerin iş yükü analizi*. İSTAHED Bilim Komisyonu. https://istahed.org.tr/wp-content/uploads/2021/11/bilim-kom..pdf

Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health, 4*(12), e895–e896.

Lake, A., & Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: Exploring the built and food environments. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 126*(6), 262–267.

OECD. (2026). *The health and economic benefits of tackling non-communicable diseases* (OECD Health Policy Studies). OECD Publishing.

Owusu, M. F., Adu, J., Dortey, B. A., Gyamfi, S., & Martin-Yeboah, E. (2023). Exploring health promotion efforts for non-communicable disease prevention and control in Ghana. *PLOS Global Public Health, 3*(9), Article e0002408. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002408

Puska, P., & Jaini, P. (2020). The North Karelia Project: Prevention of cardiovascular disease in Finland through population-based lifestyle interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine, 14*(5), 495–499.

Rogers, N. T., Cummins, S., Forde, H., Jones, C. P., Mytton, O., Rutter, H., Sharp, S. J., Theis, D., White, M., & Adams, J. (2023). Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data. *PLOS Medicine, 20*(1), Article e1004160. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004160

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). *2021 birim faaliyet raporu*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/butce-ve-projeler-db/Dokumanlar/bfr2021.pdf

Thomas, S. L., Kickbusch, I., Kökény, M., & Okan, O. (2025). 40 years of the Ottawa Charter for Health Promotion—Reaffirming health for all. *Health Promotion International, 40*(4), Article daaf143.

Ulusoy, A. D. (2024, 27 Şubat). Sigara yasağı kalktı mı? *T24*.

Vartiainen, E. (2018). The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Global Cardiology Science and Practice, 2018*(1), 13.

Verde, L., Barrea, L., Bowman-Busato, J., Yumuk, V. D., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2024). Obesogenic environments as major determinants of a disease: It is time to re-shape our cities. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 40*(1), Article e3748. https://doi.org/10.1002/dmrr.3748

WHO/UNICEF. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR.

Wilberg, A., Saboga-Nunes, L., & Stock, C. (2021). Are we there yet? Use of the Ottawa Charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. *Journal of Public Health (Germany), 29*(1), 1–7.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for health promotion*.

World Health Organization. (2003). *Framework Convention on Tobacco Control*.

Zhang, Y., Liu, N., Li, Y., Long, Y., Baumgartner, J., Adamkiewicz, G., Bhalla, K., Rodriguez, J., & Gemmell, E. (2023). Neighborhood infrastructure-related risk factors and non-communicable diseases: A systematic meta-review. *Environmental Health, 22*, Article 2. https://doi.org/10.1186/s12940-022-00955-8



İnceleme

Ottawa Bildirgesi'nin Kırkıncı Yılında Sağlıklı Kentler ve Yerel Yönetimler: Destekleyici Çevreler, Katılım ve Kurumsal Sınırlar

Healthy Cities and Local Governments Forty Years After the Ottawa Charter: Supportive Environments, Participation and Institutional Limits

Pınar Okyay[1]

1. *Prof. Dr., İzmir Büyükşehir Belediyesi. İzmir, Türkiye*

Öz

Ottawa Bildirgesi'nin kırkıncı yılı, sağlığın geliştirilmesini yerel yönetimlerin gündelik kararları ve toplulukların bu kararlar üzerindeki etkisi üzerinden yeniden değerlendirmek için bir fırsattır. Bu eleştirel görüş yazısı, destekleyici çevreler yaratma ve sağlıklı kamu politikaları oluşturma eylem alanlarını, sağlığın önkoşulları ve toplumun güçlenmesiyle birlikte ele almaktadır. Uluslararası politika belgeleri, belediye belgeleri ve kamuya açık uygulama kayıtları, yerel yönetimin içinden edinilen gözlemlerle birlikte yorumlanmaktadır. İzmir deneyimi; stratejik plandaki Tek Sağlık ekseni, kentin iyilik hâlini amaçlayan Yerelde Sağlık Modeli, mahalle temelli İzmir Sağlık ve Esenlik Merkezleri, kent-bölge gıda sistemi, katılımcı park tasarımı ve yurttaş iklim meclisi önerilerinin iklim eylem planına aktarılması üzerinden tartışılmaktadır. Sağlığı Geliştiren Belediye belgesi ve sağlıklı kentler ağları, kurumsallaşma ve karşılıklı öğrenme araçları olarak incelenmektedir. Temel sav, yerel sağlık politikasının niteliğinin yalnızca sunulan hizmetlerin sayısıyla değil, yaşam koşullarındaki değişim, hakkaniyet ve yurttaşların kararları etkileyebilme kapasitesiyle de değerlendirilmesi gerektiğidir. Kaynak ve yetki sınırlılıkları, piyasa baskıları ve kurumsal işleyiş yerel eylemin alanını daraltmaktadır. Katılımın göstermelik kalmaması için önerilerin bütçe, uygulama, gerekçeli geri bildirim ve ortak izlemle ilişkilendirilmesi; ağlar aracılığıyla öğrenilenlerin ise kurumsal uygulamaya taşınarak yerelde sınanması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı kentler, yerel yönetimler, katılımcı yönetişim, hakkaniyet

Abstract

The fortieth anniversary of the Ottawa Charter provides an opportunity to reconsider health promotion through the everyday decisions of local governments and communities' influence over those decisions. This critical commentary examines the action areas of creating supportive environments and building healthy public policy alongside the prerequisites for health and community empowerment. International policy documents, municipal documents and publicly available implementation records are interpreted together with observations gained from within local government. The experience of İzmir is discussed through the One Health axis of its strategic plan, a local health model oriented towards urban well-being, neighbourhood-based Health and Well-being Centres, the city-region food system, participatory park design and the incorporation of climate assembly recommendations into climate action planning. Health-promoting municipality recognition and healthy cities networks are considered as instruments for institutional development and mutual learning. The central argument is that local health policy should be assessed not only by service outputs but by changes in living conditions, equity and residents' capacity to influence decisions. Resource constraints, limited authority, market pressures and institutional procedures narrow the scope of local action. To keep participation from becoming tokenistic, recommendations should be explicitly linked to budgets, implementation, reasoned feedback and shared monitoring, and lessons learned through city networks should be translated into institutional practice and tested locally.

Keywords: Health promotion, healthy cities, local governments, participatory governance, equity

Geliş Tarihi / Received: 26.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Pınar Okyay **E-posta:** pnrokyay@gmail.com

Sorumlu Editör / Handling Editor: Işıl Ergin

Atıf için / Suggested Citation: Okyay, P. (2026). Ottawa Bildirgesi'nin Kırkıncı Yılında Sağlıklı Kentler ve Yerel Yönetimler: Destekleyici Çevreler, Katılım ve Kurumsal Sınırlar. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 76-86

Giriş

Ottawa Bildirgesi'nin kırkıncı yılında sağlığın geliştirilmesini yerel yönetimler açısından yeniden okumak, sağlığın kentin hangi kararlarında üretildiğini sormayı gerektirir. Bir ulaşım güzergâhı, parkın tasarımı, sosyal desteğe erişim koşulları veya gıdanın fiyatı gündelik yaşamın olanaklarını değiştirir. Bu kararların sağlık üzerindeki etkisini görünür kılmak kadar, kimlerin karar verebildiğini ve kimlerin sonuçlarına katlandığını incelemek de önemlidir. Bu yazının temel konusu, sağlıklı kentin hizmetlerin toplamıyla açıklanamayacağı; yaşam koşulları, kaynakların dağılımı ve kararlar üzerindeki toplumsal denetim üzerinden değerlendirilmesi gerektiğidir. Bu değerlendirmeyi yaparken uluslararası politika belgelerini, İzmir'in stratejik ve kurumsal belgelerini ve kamuya açık uygulama kayıtlarını yerel yönetimin içinden edinilmiş gözlemlerimle birlikte yorumladım. Bir yerel yönetimdeki mevcut konumum, kararların nasıl hazırlandığını ve nerede tıkandığını içeriden görme olanağı sunarken, anlatılan kurumla kurulan yakınlık nedeniyle bir sınırlılık da taşımaktadır. Bu nedenle politika taahhütlerini, bildirilen uygulamaları ve değerlendirme önerilerini birbirinden ayırıyorum; sunulan örnekleri bir etkililik araştırmasının bulguları olarak değil, eleştirel tartışmanın malzemesi olarak ele alıyorum.

Kırk yıllık dönemi değerlendirirken başlangıç belgesinin kapsamıyla uygulama sorunlarını ayırmak gerekir. Ottawa Bildirgesi, sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, destekleyici çevreler yaratmak, toplum eylemini güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek olmak üzere beş eylem alanı tanımlar. Bunların yanında savunuculuk, olanak sağlama ve aracılık stratejilerini; mevzuat, mali önlemler ve örgütsel değişim araçlarını da sayar (World Health Organization [WHO], 1986, "Health Promotion Action Means", "Advocate", "Enable" ve "Mediate" bölümleri). Tartışılması gereken, yönlendirici çerçevenin hangi kurumsal düzenlemelerle bir sorumluya, kaynağa ve denetime bağlandığıdır. Kurumların sağlık hedefini benimseyip bütçe ve yatırım kararlarında kullanmadığı her durumda normatif kabul ile uygulama arasındaki mesafe açılır. Bu yazı ilk iki eylem alanını merkeze almakla birlikte, yerel düzeyde bunların toplum eylemini güçlendirmekten ve hizmetlerin yeniden yönlendirilmesinden ayrı düşünülemeyeceğini İzmir örnekleri üzerinden tartışmaktadır. Eylem alanlarının birbirinden yalıtık olmadığı, bir alanda atılan adımın diğerlerini beslediği yakın tarihli saha deneyimlerinde de görülmektedir (McNally, 2026, s. 4).

Sağlığın Önkoşullarından Belediyenin Sorumluluklarına

Ottawa Bildirgesi barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyeti sağlığın temel koşulları arasında sayar. Sağlığın geliştirilmesini insanların sağlıkları üzerindeki denetimini artırabilmeleriyle ilişkilendirir; gündelik yaşamı ve toplumsal kaynakları merkeze alır (WHO, 1986, "Prerequisites for Health" ve "Health Promotion" bölümleri, parag. 1). Bu çerçevenin yerel karşılığı, sağlık hizmeti sunmanın ötesinde, sağlıklı yaşamanın maddi ve toplumsal olanaklarının nasıl oluşturulduğunun değerlendirilmesidir. Belediye politikalarının sağlıkla ilişkisi bu nedenle yalnızca sağlık biriminin görevleri içinde aranamaz.

Bu önkoşullar belediye faaliyetlerini ortak bir amaç etrafında düşünmeye yardımcı olur. Barınma,

konutun güvenliğiyle birlikte mahallede erişilebilir hizmetleri; gıda, beslenme bilgisinin yanında satın alabilme olanağını; eğitim, yaşam boyunca bilgiye ulaşmayı düşündürür. Gelir güvencesi açısından istihdama erişim, üreticilerin desteklenmesi ve sosyal koruma önem kazanır. Barışın yerel boyutu ise ayrımcılığın ve şiddetin önlenmesi, kamusal alanın güvenli kullanımı ve farklı grupların bir arada yaşayabilmesidir. Hakkaniyet, kaynakların herkese aynı miktarda sunulmasıyla sınırlanamaz; gereksinimi ve erişim engeli daha fazla olan grupların daha güçlü desteklenmesini gerektirir.

Merkezî ve yerel sorumlulukların birlikte ele alınması gerekir. Gelir güvencesi ve temel hizmet standartları gibi hakların kişinin yaşadığı belediyenin mali kapasitesine göre değişmemesi esastır. Yerel yönetimler ise kişilere en yakın örgütsel yapı olarak gereksinimin mahalledeki biçimini görebilme, hizmeti yerel koşullara uyarlama ve erişim engellerini belirleme olanağına sahiptir. Bu iş bölümü için sorumlulukla uyumlu kaynak, açık ve net görev paylaşımı ile kişisel verileri koruyan koordinasyon mekanizmaları gerekir. Aynı haneye kurumların birbirinden habersiz ulaşması ile gereksinimi olan hanenin hiçbir kuruma ulaşamaması aynı şekilde önlenmelidir. Belediyelerin sorumluluğunu genişletirken mali ve düzenleyici yetkilerinin sınırlarını tartışmamak, yapısal sorunları yerel hizmet eksikliğine indirgeme riski taşır. Yerel hesap verebilirlik, üst yönetim düzeylerinin yükümlülükleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

Destekleyici Çevrelerin Ekonomik ve Siyasal Boyutu

Destekleyici çevre kavramının yalnızca park, yürüyüş yolu veya spor tesisiyle açıklanması yetersizdir. Güvenli bir güzergâhın bulunması kadar oraya ulaşabilmek, zaman ayırabilmek ve dışlanma hissetmeden kullanabilmek de önemlidir. Bakım sorumluluğu taşıyan bir kadının, hareket kısıtlılığı olan bir yaşlının veya vardiyalı çalışan bir kişinin aynı çevreden yararlanma koşulları farklıdır. Kentsel müdahalelerin değerlendirilmesinde fiziksel varlık ile fiilî erişim ayrılmalıdır. Mahallede bir hizmetin bulunması, o hizmetten gereksinimi olan herkesin yararlanabildiği anlamına gelmez; kullanım koşulları ve görünmeyen maliyetler ayrıca araştırılmalıdır.

Piyasa ilişkileri de bu çevreyi biçimlendirir. Dünya Sağlık Örgütü ticari belirleyicilerin ürün tasarımı, fiyatlandırma, pazarlama, çalışma koşulları ve politika üzerindeki etkiler yoluyla sağlık sonuçlarını değiştirdiğini vurgulamaktadır (WHO, 2023, "Key facts" bölümü). Yerel yönetim açısından bu yaklaşım, sağlıklı davranış önerilerinin hangi ekonomik koşullarda karşılık bulabildiğini sorgulamayı gerektirir. Gıda güvencesizliği yaşayan bir haneye beslenme danışmanlığı sunulurken erişilebilir gıda olanaklarıyla bağlantı kurulmalıdır. Belediye tedariki, sosyal destek ve kamusal mekân kararlarında sağlık ölçütleri geliştirmek, bireyin karşılaştığı yapısal engelleri azaltabilecek bir müdahale alanıdır.

Ortaklıklar kurulurken farklı aktörlerin kaynakları ve pazarlık güçleri arasındaki eşitsizlikler de görünür olmalıdır. Birlikte çalışma çağrısı, çıkarların kendiliğinden uyumlu olduğu varsayımına dayanmamalıdır. Kentsel alanın ekonomik değeriyle ücretsiz kullanım hakkı, ticari görünürlükle çocukların korunması veya kısa dönem tasarrufla uzun dönem sağlık kazanımı arasında gerilimler doğabilir. Bu durumlarda kamusal yararın nasıl tanımlandığı, karar gerekçelerinin açıklığı ve çıkar çatışmalarının yönetimi önemlidir. Destekleyici çevre yaratmak, teknik tasarım kadar hangi gereksinimin ve hangi

grubun önceliklendirildiğine ilişkin siyasal bir tercihtir.

Ottawa'nın kişisel becerileri geliştirme alanı içinde ele aldığı sağlık eğitiminin bu ilişkide önemli bir yeri vardır; ancak eğitime verilen ağırlık yapısal müdahalenin yerini almamalıdır. Sağlıklı tercih yapabilmek için kişinin seçeneklerinin fiilen erişilebilir olması gerekir. Bilgilendirmeden sonra davranışı değiştiremeyen kişiyi sorunun kaynağı olarak görmek, kurumsal değerlendirmeyi yanlış yöne taşıyabilir. Yerel politika, bireyin ne bildiğiyle birlikte bu bilgiyi kullanmasını neyin engellediğini sormalıdır. Sağlığın geliştirilmesinin eleştirel değerlendirmesi, kişisel becerileri destekleyen müdahalelerle ekonomik ve mekânsal koşulları değiştiren kararların birbirini ne ölçüde tamamladığını incelemelidir. Böylece eğitim, yaşam koşullarıyla ilişkilendirilmiş bir olanak sağlama aracına dönüşebilir.

İzmir'de Stratejik Yönelim ve Kentin İyilik Hâli

İzmir Büyükşehir Belediyesinin 2025–2029 Stratejik Planı'nda Tek Sağlık beş stratejik eksenden biridir. İnsan, hayvan ve çevre sağlığı ile fiziksel aktivite hedefleri; çevre, sosyal destek, katılım ve afet dayanıklılığı alanlarıyla birlikte okunabilir (İzmir Büyükşehir Belediyesi [İzBB], 2024, ss. 3–4). Bu yapı sağlığı farklı karar alanları arasında ortak amaç olarak değerlendirmek için bir zemin sunmaktadır. Bununla birlikte amaçların aynı belgede yer alması, birimler arasında ortak uygulama ve kaynak önceliklendirmesinin oluştuğunu tek başına göstermez. Politika tutarlılığı, kararların hazırlanma ve yürütülme biçimlerinde aranmalıdır.

Planın İzmir Gevrek Modeli bölümünde gıdaya erişim, sağlıklı kent ortamı ve siyasal katılım birlikte ele alınmıştır (İzBB, 2024, ss. 108–109). Bu da bizi kentin iyilik hâline getirir. Kentin iyilik hâli; insanların temel gereksinimlerini karşılayabilmesi, güvenli ilişkiler kurabilmesi, gündelik yaşamını sürdürebilmesi ve geleceğine ilişkin kararlarda söz sahibi olması üzerinden somutlaştırılmalıdır. Kent ortalamasındaki iyileşme, bazı mahallelerde artan yoksunlukla birlikte gerçekleşebilir. Bu nedenle iyilik hâli değerlendirmesi, kazanımların dağılımını ve kent içinde kimin hangi olanaktan yararlanabildiğini göstermelidir.

Stratejik hedeflerin göstergelere çevrilmesi bu açıdan belirleyicidir. Plandaki sağlık ve katılım hedeflerinde hizmet, kapsam, memnuniyet ve bilişim göstergeleri bulunmaktadır (İzBB, 2024, ss. 85, 91). Bunlar kurumsal üretimi izlemeye yardımcı olur. Değerlendirme, kaç kişiye hizmet verildiğiyle birlikte kime ulaşılamadığını da sormalıdır. Aynı hizmeti herkese sunmak, ulaşım, bakım yükü ve ekonomik koşullar bakımından farklı engellerle karşılaşan kişiler için aynı sonucu üretmeyebilir. Karşılanmamış gereksinim ve hizmete ulaşma süresinin toplumsal gruplara göre izlenmesi, hizmetin kapsamını hakkaniyet açısından değerlendirmeyi sağlar. Böylece idari göstergeler, stratejik hedefin toplumsal karşılığını açıklayan ölçülerle tamamlanır.

Gıdaya Erişim ve Destekleyici Çevreler

İzmir'in kent-bölge gıda sistemi yaklaşımı, sosyal politika ile halk sağlığının ortak müdahale alanını somutlaştırmaktadır. İZMAR satış ağı, Süt Kuzusu, Kent Lokantaları, yerel üretici ve kooperatif bağ-



lantıları, topluluk mutfakları ve kent bostanları birlikte sunulmaktadır (İzBB, t.y.-a, t.y.-b, 2025b). Bu araçlar üreticinin geçim koşullarıyla kentlinin sağlıklı ve karşılanabilir gıdaya erişimini ilişkilendirme olanağı sunar (İzBB, 2026b). Böyle bir gıda ekosisteminin değerlendirilmesinde her hizmetin sayısını sıralamak yerine, farklı gereksinimler için birbirlerini nasıl tamamladıkları ve gıda güvencesizliğini ne ölçüde azalttıkları incelenmelidir.

Mekânsal hakkaniyet açısından belirleyici soru, yeni hizmetin nereye yerleştirileceğidir. Belediyenin her hizmet noktası için farklı kaynakların talepleri dışında demografik ve sosyoekonomik koşulların, ulaşımın ve mevcut hizmetlerin birlikte değerlendirileceği bir yer seçimi modeli geliştirilmesi önemlidir. Bu yönelim, kullanılabilir mekânın yanında gereksinimin dağılımını karar ölçütü yapma potansiyeli taşır. Ancak planlanan yöntem ile uygulanmış yer seçimi kararı da ayrılmalıdır. Uygulamada göstergelerin ağırlığı, erişim eşiği ve tercihlerin gerekçesi açıklanmalı; yeni noktanın ulaşım maliyetini ve karşılanmamış gereksinimi azaltıp azaltmadığı izlenmelidir.

Mahalle mutfakları da destekleyici çevrenin sosyal boyutunu görünür kılar. Bu mutfaklarda kadınlar birlikte yemek hazırlarken sağlık, sosyal destek ve haklara ilişkin eğitimlere de ulaşmaktadır (İzBB, 2026d). Bu ilişki dayanışma için olanak yaratabilir; kadınların ücretsiz bakım emeğini artırıp artırmadığı ve katılamayanlara erişim ise ayrıca değerlendirilmelidir. Gıda desteğinin niteliği, besleyici içeriğin yanında erişimde onurun korunması, süreklilik ve kişilerin kendi gereksinimlerini ifade edebilmesiyle birlikte ele alınmalıdır.

Yerelde Sağlık Modeli ve Mahalle Temelli İZSEM'ler

Yerelde Sağlık Modeli koruma ve önlemeyi, yaşam boyu sağlığı, hakkaniyeti ve kentlilerin ortak belirleyiciliğini birlikte ele almaktadır. İnsan, hayvan ve ekosistem sağlığıyla kentin iyi olma hâli arasında bağ kurmaktadır. Bu yönelim, yerel sağlık hizmetlerinin yaşam koşullarını etkileyen diğer belediye faaliyetleriyle birlikte düşünülmesini gerektirir. Modelin değerlendirilmesinde temel soru, kurumun kaç ayrı hizmet sunduğundan çok, gereksinimi olan kişinin parçalı birimler arasında kaybolmadan uygun desteğe nasıl ulaşabildiğidir. Bütünleşme, hizmetlerin aynı başlık altında sıralanmasıyla değil, işleyen ilişkilerle anlaşılır.

İzmir Sağlık ve Esenlik Merkezleri (İZSEM), bu çerçevede mahalle temelli danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin taşıyıcılarıdır (İzBB, 2026c). Modelde çok disiplinli ve bölge temelli kapsamlı merkezler ile daha odaklı danışmanlık ve tematik hizmet sunan merkezler ayrışmakta; Eşrefpaşa Hastanesi, evde bakım ve sosyal destek birimleriyle yönlendirme ilişkileri kurulmaktadır. Merkezlerin niteliğini değerlendirirken yerel gereksinime uyum, başvuramayanlara erişim ve hizmet sürekliliği birlikte ele alınmalıdır. Aynı hizmet paketinin bütün mahallelerde yinelenmesi yerine, gereksinime göre farklılaşmanın açık ve adil ölçütlerle yapılması önemlidir. Ottawa'nın sağlık hizmetlerini tedavi odağından koruma ve sağlığın geliştirilmesine doğru yeniden yönlendirme çağrısının yerel düzeydeki en doğrudan karşılığı da bu merkezlerdir.

Mahalle ölçeği, bireysel başvuruyla çevresel koşullar arasındaki ilişkinin görülmesini kolaylaştırabilir. Bir danışanın düzenli hareket edememesi güvenlik kaygısı, yetersiz gölge, bakım yükü veya erişile-

meyen ulaşım ile ilişkili olabilir. Beslenme önerisine uyamamak, bilgi eksikliğinden önce ekonomik güçlüğe işaret edebilir. Bu nedenle merkezlerde biriken bilgi, kişileri etiketlemeden ve mahremiyeti koruyarak, mahallede hangi engellerin tekrarlandığını gösterebilmelidir. Bu bilginin ilgili belediye birimlerine aktarılması ve alınan yanıtların izlenmesi, danışmanlığın destekleyici çevre yaratma işlevini güçlendirecek bir kurumsal düzenlemedir.

Bu yaklaşımda mahalle sakinlerinin rolü de önemlidir. Hizmetten memnuniyet bildirmekle hangi gereksinimlerin önceliklendirileceğini etkileyebilmek farklı katılım düzeyleridir. İZSEM'lerle bağlantılı düzenli mahalle değerlendirmeleri, katılamayanların görüşlerini toplama yöntemleri ve anlaşılır geri bildirim araçları geliştirilmesi önemlidir. Böylece merkezler, yaşam koşullarına ilişkin deneyimin kuruma taşındığı ve kurumsal yanıtın mahalleye döndüğü bir ilişkiyi destekleyebilir. Bu döngü henüz kanıtlanmış bir sonuç değil, modelin katılımcı yönü için bir hedeftir; ölçütü de geri bildirimin hizmeti gerçekten değiştirip değiştirmediğidir.

Mahalle düzeyinde izlem, hizmete ulaşamayanları da görünür kılmalıdır. Merkeze başvuranlar bütün mahalleyi temsil etmeyebilir; izlemde kalan kişilerin değişimi toplum geneline mal edilmemelidir. Hizmet kayıtları, nüfusun gereksinimine ilişkin veriler ve başvurmama nedenleriyle birlikte yorumlanmalıdır. Başvuru sayısını artırmaya odaklanan değerlendirme, kurumları kolay ulaşılabilen gruplara yöneltebilir. Ulaşım desteği, uygun hizmet saatleri, ev ziyaretleri veya dil desteği gibi düzenlemeler gereksinime göre planlanabilir. Erişimi zor gruplarla kurulan ilişkinin emek ve zaman gereksinimini değerlendirmeye katmak, hakkaniyet hedefini günlük işleyişle ilişkilendirir.



Birlikte Tasarımın Kararları Değiştirme Gücü

Katılımın niteliği, insanların sürece çağrılmış olmasıyla açıklanamaz. Arnstein, yurttaş katılımını kararlar üzerindeki güçle ilişkilendirerek bilgilendirme ve danışma ile ortaklık ve yetki paylaşımı arasındaki farkı görünür kılmıştır (1969, ss. 216–217). Arnstein'ın bilgilendirme, danışma ve yatıştırma basamaklarını yıllar öncesinde "göstermelik katılım" (tokenism) başlığı altında toplaması, bugün yerel yönetimlerde sıkça karşılaşılan 'mış gibi' katılımı adlandırmak için hâlâ isabetlidir. Bu ayrım bugün de yararlıdır; ancak her süreci tek bir basamağa yerleştirmek yerine gündemi belirleme, seçenek geliştirme, kaynak ayırma ve izleme aşamalarında ayrı ayrı değerlendirmek gerekir. Bir süreç tasarım aşamasında etkili olabilirken uygulamanın denetiminde sınırlı kalabilir. Katılımın gücü, hangi karar alanının gerçekten değişime açık olduğunun açıklanmasıyla anlaşılır.

Karşıyaka Belediyesinin Atakent Mahallesinde yürüttüğü Otoparktan Parka projesi bu açıdan somut bir örnektir. 2022 yılında düzenlenen tasarım atölyesine 190 kişi katılmış; atölye ve anket çıktılarından geliştirilen iki alternatif oylamaya sunulmuştur. Haziran 2022'deki oylamada seçilen tasarımın uygulamaya geçeceği açıklanmıştır (Karşıyaka Belediyesi, 2022, parag. 1–4). Belediye, Mayıs 2023'te yapımın tamamlandığını; maket üzerinde üretilen tasarımların kaydedildiğini ve seçilen projenin belediye kaynaklarıyla uygulandığını bildirmiştir (Karşıyaka Belediyesi, 2023, "Katılımcı Süreç" bölümü, parag. 1–2). Böylece öneri, tercih ve uygulama arasında belgelenebilir bir ilişki kurulmuştur.

Bu örnek, destekleyici çevrenin oluşturulmasıyla katılımın aynı müdahalede buluşmasını göster-

mektedir. Bununla birlikte oylama, bütün gereksinimlerin adil biçimde karşılandığını kendiliğinden kanıtlamaz. Azınlıkta kalan taleplerin değerlendirilmesi, çocukların ve engellilerin erişimi, bakım yükümlülükleri nedeniyle katılamayanların temsili ayrıca incelenmelidir. Kullanım sonrasında parkın hangi gruplarca, hangi saatlerde ve hangi güçlüklerle kullanıldığını değerlendirmek, tasarım kararının sonuçlarını anlamaya yardımcı olur. Katılımcı tasarımın devamı, kullanıcıların bakım ve kullanım sorunlarını iletebilmesi ve gerektiğinde düzenlemelerin yeniden ele alınabilmesidir. Bu sorular, projeye ilişkin mevcut kayıtlardan çıkarılamayan değerlendirme alanlarını tanımlar.

İklim İçin Yurttaş Meclisi ise katılımın stratejik politika üzerindeki etkisini tartışmaya olanak vermektedir. İzBB'nin 11 Temmuz 2026 tarihli açıklaması, 50 yurttaşın doğa temelli çözümler, yeşil alan, su ve sağlık konularında geliştirdiği önerilerin SECAP 2050'ye entegre edildiğini bildirmektedir (İzBB, 2026a, "İklim Politikalarında Yurttaşların da Sözü Var" bölümü, parag. 1). Bu kayıt politika belgesine etkiyi desteklemektedir. Hangi önerinin hangi eyleme dönüştüğünü gösteren eşleştirme, kaynaklandırma ve ilerleme bilgileri ise katılımın uygulama üzerindeki etkisini değerlendirmek için gereklidir. Plana giriş ile tamamlanmış müdahale farklı aşamalardır.

Kurum içinden izleyebildiğim kadarıyla, yurttaş meclisi oturumları İzmir'in 30 ilçesinin tamamında yapılmıştır. Kent geneline yayılan bu deneyimin değerlendirilmesinde ilçe sayısı yalnızca başlangıç bilgisidir. Esas olarak önerilerin nasıl birleştirildiği, ilçe gereksinimleri arasındaki farklılıkların nasıl korunduğu ve belediyenin karar süreçlerine hangi yolla aktarıldığı incelenmelidir. Özellikle bir ilçede çoğunluğun önceliği olmayan ancak küçük bir grubun yaşamını ciddi biçimde etkileyen sorunların görünür tutulması gerekir. Kent ölçeğinde katılım, yerel farklılıkları tek bir ortalama talebe indirgememeli; gerekçeli önceliklendirme ve izlenebilir karar süreçleriyle tamamlanmalıdır.

Bürokrasinin İmkânları ve Uygulamanın Sınırları

Katılımcı süreçlerin kurum içinde karşılaştığı güçlükler, genel bir bürokrasi eleştirisinin ötesinde, somut kurumsal işleyişler üzerinden incelenmelidir. Katılımın 'mış gibi'ye dönüştüğü yer çoğu zaman niyetten çok takvimdir: Bütçe hazırlık dönemi ile yurttaş önerilerinin ortaya çıktığı zaman uyuşmayabilir; teknik proje veya ihale hazırlığı tamamlandıktan sonra gelen öneriler ancak küçük düzeltmelere dönüşebilir. Bu durumda katılım, alınmış bir kararın onaylanmasına indirgenir. Katılımın baştan planlanması ve hangi kararların gerçekten değiştirilebileceğinin, hangilerinin belirli nedenlerle sınırlı olduğunun açıkça söylenmesi, sonradan doğacak güven kaybını azaltır. Kurumun yanıt üretme kapasitesi, katılım yönteminin ayrılmaz bir parçasıdır.

Öte yandan kamu kaynağının korunmasını, eşit muameleyi ve hesap verebilirliği sağlayan kuralların aşılması katılımın hedefi olamaz. İhtiyaç, bu güvenceleri koruyarak kurumun yurttaş katkısına yanıt verebilmesidir. Her öneriye uygulama sözü vermek yerine değerlendirme süresi, sorumlu birim ve yanıt biçimi önceden tanımlanabilir. Uygun bulunmayan önerinin nedenleri anlaşılır biçimde açıklanmalı, farklı bir çözümün mümkün olup olmadığı belirtilmelidir. Ayrıca toplantıya katılmanın ulaşım, zaman, bakım ve dil açısından maliyetleri azaltılmalıdır. Böylece katılım, yalnızca kuruma kolay ulaşabilen ve sesini güçlü duyurabilen grupların etkisini artıran bir mekanizmaya dönüşmekten korunabilir.

Katılımın kurumsal karşılığı için tek başına gönüllülerin veya kolaylaştırıcıların emeğine dayanılması yeterli değildir. Belediye içinde öneriyi devralacak, ilgili birimlerle değerlendirecek ve yanıtını izleyebilecek bir çalışma düzeni gerekir. Her öneri için kabul, değişiklikle kabul, erteleme veya gerekçeli uygun bulmama gibi kararların kaydedilmesi mümkündür. Bu kayıtların anlaşılır bir biçimde paylaşılması, yurttaşların kuruma tekrar başvurmasını kolaylaştırabilir. Ancak öneri sayısını artırmak başlı başına başarı ölçütü yapılmamalıdır; benzer önerilerin birleştirilmesi, nitelikli müzakere ve çelişen gereksinimlerin adil biçimde ele alınması da değerlendirilmelidir. Katılımın sürekliliği, kurumun verdiği sözleri ve yanıtları hatırlayabilmesine bağlıdır.

Katılımı kaynağa bağlamanın neye benzeyebileceğine ilişkin yakın tarihli bir örnek İngiltere'den gelmektedir. Worcestershire'daki Öncelikli Mahalle Geliştirme programında, acil hastane yatışları ve sosyoekonomik verilerle belirlenen yoksun bir mahallede sakinlerin, gönüllülerin ve okul çalışanlarının oluşturduğu çalışma grubuna 100.000 sterlinlik bir bütçe devredilmiş; harcama planını grubun kendisi hazırlamıştır (McNally, 2026, ss. 2–3). Yazar, kaynakların sakinlerin denetimine bırakılmasını danışmadan ortak yönetişime geçiş olarak nitelemekte; on sekiz ay sonra acil yatışlarda ve çocuklara yönelik sosyal hizmet başvurularında daha olumlu bir seyir bildirmektedir. Program bir araştırma olarak tasarlanmadığından bu değişimin programa atfedilmesinin sınırlı olduğunu da kendisi belirtmektedir (McNally, 2026, s. 4). Yine de örnek, bu yazıda savunulan noktayı somutlaştırmaktadır: Katılımın 'mış gibi' olmaktan çıkması, yurttaşların görüş bildirmesiyle değil, kaynak ve karar üzerinde gerçek bir pay sahibi olmasıyla mümkündür. Programın pilot aşamanın ardından sürekli bir bütçeyle bölge geneline yaygınlaştırılması da yerel bir deneyimin kamu politikasına dönüşebileceğini göstermektedir.

Kadın dostu kentler arasında yer alan ve yerel eşitlik eylem planı hazırlamış belediyelerde, İzmir de dâhil olmak üzere (İzBB, 2025c), toplumsal cinsiyete duyarlı bütçeleme tartışılmaktadır. Bu yaklaşım, harcamaların kadınlar ve erkekler üzerindeki farklı etkilerini görünür kılarak bu yazıda öne çıkan "sonuçlardan kimler yararlanıyor?" sorusunu bütçe düzeyine taşır. Toplumsal cinsiyete duyarlı bütçe, kaynakların dağılımını analiz eden bir yönetim aracıdır; Worcestershire örneğindeki gibi kararın topluluğa devri anlamına gelmez. Bu nedenle bir sonraki adım, bütçe analizinin kadın örgütleri ve mahalle gruplarıyla birlikte yapılması ve önceliklerin belirlenmesinde onların gerçek söz sahibi olmasıdır.

Kurumsallaşma ve Kentler Arası Öğrenme

İzmir Ocak 2025'te Sağlığı Geliştiren Belediye (SAGEB) unvanını almıştır. Değerlendirme, şehir sağlık profili ve sağlığı geliştirme planının yanında idari kararlılık, mekânsal düzenlemeler, eğitim ve sosyal tesisler gibi alanları kapsamaktadır (İzBB, 2025a, "Kriterler Değerlendirildi" bölümü, parag. 1–2). Bu genişlik belediye faaliyetlerinin sağlıkla ilişkisini ortak bir çerçevede görünür kılmaktadır. Belgenin değeri kurumsal değerlendirmeyi sürdürmek için kullanıldığında artacaktır.

İzmir'in DSÖ Avrupa Sağlıklı Kentler Ağı ve Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği içindeki katılımı, yerel bilginin karşılıklı dolaşımı için bir başka olanak sunmaktadır. DSÖ'nün 2025 İzmir konferansı programında mekânın sağlığı destekleme niteliğini değerlendiren Place Standard aracı üzerine atölyenin

bulunması, yöntem paylaşımına somut bir örnektir (World Health Organization Regional Office for Europe [WHO/Europe], 2025, "Programme Highlights" bölümü, parag. 1). 2018'de kabul edilen Kopenhag Belediye Başkanları Mutabakatı da insan, mekân, katılım, refah, barış ve gezegen başlıklarıyla Ottawa'nın sağlığın önkoşulları listesini kent yönetiminin diline taşımıştır (WHO/Europe, 2018). Ağların yerel karşılığı, toplantıya katılımdan sonra hangi uygulamanın değiştiğiyle değerlendirilebilir. Bir yöntemi başka kentten almak, yerel gereksinim, personel kapasitesi ve kaynak koşulları içinde yeniden sınamayı gerektirir.

Kentler arası öğrenmeyi somutlaştıran bir başka araç, İzmir'de hazırlanan sosyal politika iyi uygulamalar rehberidir. Dokuz veri tabanındaki yaklaşık beş bin kaydın çok aşamalı değerlendirilmesiyle elli örnek seçilmiştir. Rehber, deneyimlerin yerel gereksinim, yetki ve kurumsal kapasite bakımından uyarlanmasını amaçlamaktadır (Okyay, Hızlı, Demir, & Avcı, 2026, ss. 5, 7–11). Bu seçim süreci, örneklerin bütün kentlerde etkili olduğunun kanıtı değildir. Öğrenmenin değeri, uygulamanın hangi koşullarda sonuç verdiğini anlamak, yerelde sınamak ve güçlükleri de paylaşmakla ortaya çıkar. Türkiye Belediyeler Birliği (TBB) ve sağlıklı kentler ağları üzerinden ortak veri ve değerlendirme yaklaşımlarının geliştirilmesi, bilgiye erişim ve uygulama kapasitesi farklı belediyeler için bu süreci destekleyebilir.

Bu değerlendirmeden hareketle yıllık izlem için ortak bir düzen önerilebilir. Sağlık, sosyal destek, çevre ve katılım birimleri sınırlı sayıda ortak sonuç belirleyebilir; her sonuç için başlangıç durumu, sorumlu ekip ve veri kaynağı açıklanabilir. Yurttaşların seçtiği öncelikler bu düzene eklenmeli ve ilerleme, ilgili mahallelerle birlikte gözden geçirilmelidir. Kullanılacak göstergelerin anlamı da tartışmaya açık tutulmalıdır: Bir hizmetin daha fazla kullanılması gereksinimin arttığını mı, erişimin kolaylaştığını mı göstermektedir? Sayısal veriyle kullanıcı deneyiminin birlikte değerlendirilmesi bu ayrımı yapmaya yardımcı olabilir. Değerlendirmenin amacı bir başarı sıralaması üretmekten çok, hangi kararın değiştirilmesi gerektiğini belirlemektir.

Sonuç

Ottawa Bildirgesi'nin kırkıncı yılında sağlıklı kent yaklaşımının temel sorusu, sağlıklı yaşama olanaklarının kimler için ve hangi kararlarla genişletildiğidir. İzmir deneyimi, stratejik yönelimle mahalle temelli hizmeti ve yurttaş katılımını birlikte değerlendirmek için bir zemin sunmaktadır. Bu zeminin gücü, hedeflerin bütçeye, ortak sorumluluğa ve izlenebilir uygulamaya bağlanmasıyla anlaşılacaktır. Kentin iyilik hâli, hizmetlerden memnuniyetin yanında karşılanmamış gereksinimin azalması, çevresel risklerin adil biçimde yönetilmesi ve gündelik yaşam üzerindeki denetimin güçlenmesiyle değerlendirilmelidir. Cenevre Bildirgesi'nin bugünkü ve gelecek kuşakların iyilik hâlini ekolojik sınırlarla birlikte ele alan yönelimi de bu tartışmayı genişletmektedir (WHO, 2021).

Bu yazının önerisi, yerel sağlık politikasını dört ilişkili soruyla izlemektir: Hangi yaşam koşulu değiştirilecektir, kaynak ve sorumluluk kimdedir, yurttaş katkısı kararı nasıl etkilemiştir ve sonuçlardan kimler yararlanmıştır? Yanıtlar mahalleler ve toplumsal gruplar arasındaki farklılıklarla birlikte açıklanmalıdır. Belediyeler sağlığın önkoşullarını güçlendirebilecek önemli aktörlerdir; ancak bu görev, uygun yetki ve kaynaklarla desteklenmelidir. Ottawa ile güncel gerçeklik arasındaki mesafeyi azaltmak, katılımı

kurumsal kararlara bağlamayı ve öğrenilenleri uygulamayla sınamayı gerektirir. Bu tartışma, Kasım 2026'da Antalya'da düzenlenen COP31'in gündemindeki dirençli kentler başlığıyla da doğrudan ilişkilidir. Dirençlilik çoğu zaman binaların ve altyapının dayanıklılığı üzerinden tanımlanmaktadır. Ottawa'nın bakışı ise sıcak hava dalgasında kimin yalnız kaldığını, kriz anında mahallede hangi bakım ve dayanışma ağlarının işlediğini ve bu ağları oluşturanların kararlarda ne ölçüde söz sahibi olduğunu sormayı gerektirir. "Dirençli mahalle" kavramı da yukarıdaki dört soruyla sınandığında içi dolu bir politika hedefine dönüşebilir. Sağlığın geliştirilmesinin yerel karşılığı, kentlilerin yaşama olanaklarını ve bu olanakları biçimlendirme gücünü birlikte artırabilmektir.

Kaynaklar

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (t.y.-a). *İZMAR*. https://www.izmar.info/

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (t.y.-b). *Süt Kuzusu projesi*. https://www.izmir.bel.tr/tr/Projeler/sut-kuzusu-projesi/2764/4

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2024). *İzmir Büyükşehir Belediyesi 2025–2029 stratejik planı*. https://www.izmir.bel.tr/CKYuklenen/image/Stratejik_Plan/2025-2029%20Stratejik%20Plan%C4%B1_web.pdf

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2025a, 21 Ocak). *İzmir'e "Sağlığı Geliştiren Belediye" unvanı*. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/izmir-e-sagligi-gelistiren-belediye-unvani/53645/156

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2025b). *İzmirlilerin bütçesine dost Kent Lokantaları*. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/izmirlilerin-butcesine-dost-kent-lokantalari/56886/156

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2025c). *Yerel eşitlik eylem planı 2025–2027*. https://izmir.bel.tr/CKYuklenen/image/Dijital%20Yerel%20E%C5%9Fitlik%20Eylem%20Plan%C4%B1.pdf

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2026a, 11 Temmuz). *İzmir iklim nötr kent olmayı hedefliyor*. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/izmir-iklim-notr-kent-olmayi-hedefliyor/58997/156

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2026b). *İzmir'in tarım master planı rotasını çizdi*. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/izmir-in-tarim-master-plani-rotasini-cizdi/58623/156

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2026c, 17 Eylül). *İzmirlilerin sağlık ve esenlik durağı: İZSEM*. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/izmirlilerin-saglik-ve-esenlik-duragi-izsem/59402/156

İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2026d). *Sağlıklı sofralar, güçlü kadınlar: Mahalle mutfağı açıldı*. https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/saglikli-sofralar-guclu-kadinlar-mahalle-mutfagi-acildi/58075/156

Karşıyaka Belediyesi. (2022, 10 Temmuz). *Park projesinde son karar vatandaşın*. https://www.karsiyaka.bel.tr/park-projesinde-son-karar-vatandasin

Karşıyaka Belediyesi. (2023, 25 Mayıs). *Karşıyakalılar istedi, belediye yaptı*. https://www.karsiyaka.bel.tr/karsiyakalilar-istedi-belediye-yapti

McNally, L. (2026). The Ottawa Charter in practice: Community-led action to reduce health inequalities in the UK. *Health Promotion International, 41*(4), Article daag105. https://doi.org/10.1093/heapro/daag105

Okyay, P., Hızlı, E., Demir, M., & Avcı, D. (Eds.). (2026). *Yerel yönetimler için sosyal politika alanında dünyadan iyi uygulama örnekleri*. İzmir Büyükşehir Belediyesi.

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html

World Health Organization. (2021, 21 Aralık). *The Geneva charter for well-being*. https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being

World Health Organization. (2023, 21 Mart). *Commercial determinants of health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health

World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). *Copenhagen consensus of mayors: Healthier and happier cities for all*. https://www.who.int/europe/publications/m/item/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all

World Health Organization Regional Office for Europe. (2025, 17–19 Haziran). *Building resilient cities: The 2025 WHO European Healthy Cities Conference*. https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2025/06/17/default-calendar/building-resilient-cities--the-2025-who-european-healthy-cities-conference/

İnceleme

Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi: Hedefler, politikalar ve uygulamadaki açıklar



Health promotion in Türkiye on the 40th anniversary of the Ottawa Charter: Targets, policies, and gaps in implementation

Bülent Kılıç[1]

1. *Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Öz

Bu makalenin amacı, Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi yaklaşımının sağlık politikaları ve uygulamalarında ne ölçüde karşılık bulduğunu tartışmaktır. Türkiye'de sağlığın geliştirilmesinin durumu; sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaşması, sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet, sağlığın sosyal belirleyicileri ve Ottawa'nın vaatleri ile Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü olmak üzere dört başlık altında değerlendirilmiştir. Kırk yıllık deneyim, Ottawa Bildirgesi'nin Türkiye'deki karşılığının "uygulanmış" ya da "uygulanmamış" biçiminde ikili bir yargıyla değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Aşılama programının genişlemesi, tütünle mücadele alanında yasal düzenlemeler önemli bir kurumsal kapasiteye işaret etmektedir. Buna karşılık gelir, eğitim, istihdam, çalışma ve yaşam koşulları gibi sağlığın sosyal belirleyicilerindeki eşitsizliklerin sürmesi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum yönelimli işlevlerinin zayıflaması ve toplumun sağlıkla ilgili karar süreçlerine katılımının sınırlı kalması, Ottawa yaklaşımının yapısal, katılımcı ve güçlendirici boyutlarının yeterince hayata geçirilemediğini göstermektedir. Bu değerlendirme doğrultusunda Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi politikalarının yeniden yapılandırılmasında altı öncelik öne çıkmaktadır: Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının kurumsallaştırılması; sağlık eşitsizliklerinin düzenli, karşılaştırılabilir ve görünür biçimde izlenmesi; birinci basamağın toplum yönelimli işlevlerinin güçlendirilmesi; sağlığı geliştirme programlarının bireysel davranış değişikliğinin ötesine geçerek sağlığın sosyal ve yapısal belirleyicilerine yönelmesi; toplum katılımının yerelden ulusal düzeye kadar karar süreçlerine taşınması ve sağlığın geliştirilmesine ayrılan kaynaklar ile elde edilen sonuçların görünür hale getirilmesi. Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılı, Türkiye açısından yalnızca geçmiş kırk yılın değerlendirilmesi için değil, sağlığı geliştirmeyi eşitlik, katılım ve sağlığın sosyal belirleyicileri temelinde yeniden ele almak için de önemli bir fırsat sunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sağlıkta Eşitlik, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Evrensel Kapsayıcılık, Tüm Politikalarda Sağlık

Abstract

The aim of this article is to discuss the extent to which the health promotion approach has been reflected in health policies and practices in Türkiye on the 40th anniversary of the Ottawa Charter. The state of health promotion in Türkiye is assessed under four headings: the provision of health services to the entire population, equality and equity in health services, the social determinants of health, and the promises of Ottawa and the transformation of health policies in Türkiye. Forty years of experience demonstrate that the implementation of the Ottawa Charter in Türkiye cannot be assessed through a binary judgment of "implemented" or "not implemented." The expansion of the immunization programme, and the legislative measures in the area of tobacco control indicate significant institutional capacity. In contrast, persistent inequalities in the social determinants of health, including income, education, employment, working conditions, and living conditions; the weakening of the community-oriented functions of primary care; and the limited participation of the public in health-related decision-making processes demonstrate that the structural, participatory, and empowering dimensions of the Ottawa approach have not been sufficiently implemented. Based on this assessment, six priorities emerge for restructuring health promotion policies in Türkiye: institutionalizing the Health in All Policies approach; regularly, comparably, and visibly monitoring health inequalities; strengthening the community-oriented functions of primary health care; ensuring that health promotion programmes move beyond individual behaviour change and address the social and structural determinants of health; incorporating community participation into decision-making processes from the local to the national level; and making both the resources allocated to health promotion and the outcomes achieved more visible. The 40th anniversary of the Ottawa Charter provides an important opportunity for Türkiye not only to assess the past forty years, but also to reconsider health promotion on the basis of equity, participation, and the social determinants of health.

Keywords: Health Equity, Social Determinants of Health, Universal Health Coverage, Health in All Policies

Geliş Tarihi / Received: 02.11.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 20.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Bülent Kılıç **E-posta:** bulentkilic64@gmail.com

Sorumlu Editör / Handling Editor: Işıl Ergin

Atıf için / Suggested Citation: Kılıç, B. (2026). Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi: Hedefler, politikalar ve uygulamadaki açıklar. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 87-99

Giriş

Bu makalenin amacı 1986 yılında yayınlanan Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında, Türkiye'de "sağlığın geliştirilmesi" çalışmalarının hedefleri açısından nasıl bir karşılık bulduğunu tartışmaktır. Bu nedenle makalede Ottawa Bildirgesi'nin ilkeleriyle, Türkiye'deki var olan durum arasındaki açık kalmış noktalara odaklanılacaktır.

Sağlığın geliştirilmesi (health promotion) kavramı 1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Kanada Ottawa'da uzun bir süreç olarak tanımlanmıştır. Esas hedef tam bir bedensel, mental ve sosyal iyilik haline ulaşılmasıdır. Bu amaçla Ottawa'da bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolu artırabilmelerini sağlamak için yapılması gereken eylemler altı başlık altında belirlenmiştir: "Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturmak", "Destekleyici Çevreler Yaratmak", "Toplum Eylemlerini Güçlendirmek", "Kişisel Becerileri Geliştirmek", "Sağlık Hizmetlerini Yeniden Organize Etmek" ve "Geleceğe Yönelik Olarak Harekete Geçmek". Sağlığı geliştirmenin temel koşulları ise aynı bildirgede barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik olarak tanımlanmıştır (WHO, 1986). Sağlığı geliştirme çalışmalarıyla ilgili olarak tüm temel ilkeleri okurlar DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2001 yılında yayınlanan "sağlığı geliştirmenin değerlendirilmesi: ilkeler ve perspektifler" kitabıyla (Rootman vd., 2001); editörlüklerini Fertman ve Allensworth'un yaptığı (2010) ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında Türkçe çevirisi yayınlanan Sağlığı Geliştirme Programları isimli kaynaklardan elde edebilirler.

Sağlığı geliştirme çalışmaları iki temel yaklaşım gerektirir. Bunlardan birincisi ve en önemlisi sağlıklı ve destekleyici bir çevre ve kamu sağlık politikaları oluşturmaktır. Bu durum kuşkusuz sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine girişimler ve sağlık sisteminin yeniden organize edilmesini gerektirir. İkinci yaklaşım ise bireylerin sağlıklı yaşam stili ile ilgili uygulamaları (tütün ürünlerinden uzak durma, emniyet kemeri takma, egzersiz yapma, sağlıklı beslenme vb) bilmeleri ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırarak sağlıklarını korumalarıdır. Bu da sağlık eğitimi ve sağlık okur yazarlığının artırılmasıyla olur. Sağlığı geliştirme işte bu iki temel yaklaşımın yani bireysel ve toplumsal düzeydeki girişimlerin örgütlü bir şekilde bir arada olmasıdır. Dünyada bu konuda en önemli örnekler DSÖ tarafından geliştirilmiş olan Sağlıklı Kentler, Sağlığı Geliştiren Hastaneler, Sağlığı Geliştiren Okullar, Sağlığı Geliştiren İş Yerleri gibi uygulamalardır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Sağlığı geliştirme uygulamalarını bir halk sağlığı uygulaması yapan ve bireysel olarak koruyucu sağlık hizmetleri sunan tıbbın diğer dallarından (pediatri, dahiliye, kadın doğum vb) ve uygulamalarından ayıran en önemli fark budur.

Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında, Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının durumu "sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaşması", "sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet", "sağlığın sosyal belirleyicileri" ve "Türkiye'de Ottawa'nın vaatleri ile sağlık politikalarının dönüşümü" şeklinde dört ayrı başlık altında ele alınmıştır.



Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaşması

Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaşması Alma Ata toplantılarında ayrıntılı olarak tanımlanan "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı" anlamına gelmektedir. Kapsayıcılık nüfusun tamamının sosyal güvenceye sahip olması, tüm sağlık hizmetlerinin karşılanması ve hizmetlerin büyük oranda kamu tarafından karşılanması (cepten yapılan harcamaların düşük olması) anlamına gelmektedir (WHO, 2008a). Bu bağlamda son yirmi yıldır Sağlık Bakanlığının sürekli olarak Türkiye'de sağlık hizmetlerine ulaşımın artırıldığı iddiasıyla karşılaşıyoruz. Gerçekten de sağlık istatistiklerine baktığımızda 2002 yılında 2,3 olan kişi başına sağlık hizmetlerine başvuru oranının pandemi dönemi hariç düzenli olarak artarak 2025 yılında 13,2'ye çıktığını görüyoruz (Sağlık Bakanlığı, 2026). Bu durumda sormamız gereken soru şudur: sağlık hizmetlerine başvuru oranının artması sağlığı geliştirme hedefine ulaşıldığı anlamına gelir mi?

Sağlık hizmetlerine ulaşımın artmış olması sağlığı geliştirme uygulamalarının hedefine ulaştığını gösteren tek ölçüt değildir. Ottawa'da ısrarla vurgulanan ve sağlığı geliştirme politikaları açısından çok önemli olan, "sağlığı destekleyici bir çevre" olması, "kamu sağlık politikalarının" olması, "toplum katılımının" artması ve örneğin yoksulluk, işsizlik gibi sağlığı olumsuz etkileyen "sosyal değişkenlerin" olumlu faktörlere çevrilmesi de gerekmektedir.

Kırsal bölgede veya büyük kentte gecekondu bölgesinde sağlıklı içme suyunun olmadığı, evin ve çevresinin fiziksel koşullar açısından her türlü kazaya açık olduğu bir ortam düşünelim. Evdeki çocuğun korkulukları olmayan merdivenlerden düşüp kolunu kırması, annenin sürekli vajinal enfeksiyonu ve akıntısı olması, babanın işsiz olması, mahalledeki lise öğrencilerinin erken yaşta tütün ürünlerine başlaması durumunda sağlık hizmetlerine ulaşım yılda 13 kez de olsa aslında sorunları çözmeyecektir. Dolayısıyla Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tüketimindeki artış (kişi başı 13,2 başvuru olması) tek başına evrensel bir kapsayıcılık ve ulaşılabilirlik olduğunu göstermemektedir. Ottawa'nın hakkaniyet ölçütü, yalnızca nüfusun hizmet kapsamına alınmasını ve başvuruyu değil, sağlık potansiyelini gerçekleştirme fırsatlarının da eşitlenmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda bakıldığında Türkiye'de sağlık alanında henüz evrensel bir kapsayıcılığa ulaşılabildiğinin söylenebilmesi olanaklı değildir.

Öte yandan Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması satın alma gücü paritesine göre 2309 USA doları ve sağlık harcamasının GSYİH (Gayrı Safi Yurt içi Hasıla) içindeki payı %4,7 iken OECD ortalamaları sırasıyla 5967 dolar ve %9,3'tür (Türkiye'nin yaklaşık iki katı). Hekim sayısı 1000 kişide 2,4, hemşire sayısı 2,9'dur; OECD ortalamaları ise 3,9 ve 9,2'dir (OECD, 2025). Bu göstergeler, Türkiye'deki yüksek hizmet kullanımının ciddi bir insan gücü ve finansal kısıtlılık içinde gerçekleştiğini ve sağlığın geliştirilmesi açısından kapasite tartışmasının yalnızca başvuru sayıları üzerinden yürütülemeyeceğini göstermektedir. Üstelik yetersiz insan gücünün olduğu yerde aşırı kışkırtılmış sağlık hizmeti başvuruları 5-10 dakikada bir hasta randevusu verilmesine, polikliniklerde yüzlerce hastanın sırada beklemesine, sağlık hizmetlerinin niteliğinin giderek düşmesine, sağlık personelinde aşırı tükenme ve çöküntüye ve sağlıkta şiddetin artmasına yol açmaktadır. Gereksiz ilaç ve sağlık teknolojisi tüketimi de işin ekonomik boyutu açısında yaşadığımız bir başka sorundur. Oysa bu gereksiz tüketim harcamaları kısılabilse doğal olarak sağlığı geliştirici hizmetlere çok daha fazla bütçe ayrılabilir.

Bu alandaki bir başka sorunlu alan da Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasıdır. GSS, Türkiye'de

sağlık finansmanında hakkaniyet açısından tartışılması gereken uygulamalardan biridir. GSS'nin temel sorunlarından biri, finansmana katkının ödeme gücüyle tam olarak orantılı olmamasıdır. Bu nedenle sistemin düşük gelir grupları üzerindeki göreli finansman yükünün yüksek, yüksek gelir grupları üzerindeki göreli yükünün ise daha düşük olduğu görülmektedir. GSS kapsamında gelir testi, herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan kişilerin prim ödeme gücünün belirlenmesinde kullanılmaktadır. Aile içinde kişi başına düşen aylık geliri brüt asgari ücretin üçte birinin altında olan kişilerin GSS primleri devlet tarafından karşılanırken, bu sınırın üzerinde geliri bulunan ve başka bir sosyal güvencesi olmayan kişiler prim ödemek zorundadır. 2026 yılında bu kişiler için GSS primi brüt asgari ücretin %6'sı olarak belirlenmiştir. Bir işverene bağlı çalışanlarda ise GSS primi prime esas kazancın toplam %12,5'i düzeyindedir. Bunun %5'i çalışan, %7,5'i işveren tarafından karşılanmaktadır (SGK, 2026a, 2026b).

Sistemin gelir dağılımı açısından daha önemli sorunlarından biri prime esas kazanç üst sınırıdır. 2026 yılında prime esas aylık kazancın alt sınırı 33.030 TL iken üst sınırı bunun dokuz katı olan 297.270 TL'dir (SGK, 2026c). Bu sınırın üzerindeki ücret geliri için sosyal sigorta primi alınmamaktadır. Dolayısıyla gelir yükseldikçe ödenen prim mutlak olarak artsa bile, prime esas kazanç tavanının üzerindeki gelir gruplarında toplam gelire oranla efektif prim yükü giderek azalmaktadır. Bu durum sosyal sigorta finansmanının dikey hakkaniyeti açısından ciddi şekilde eşitsizlik yaratmaktadır.

Hakkaniyetli bir sağlık finansman sisteminde temel ilke, bireylerin sağlık hizmetlerinden gereksinimleri ölçüsünde yararlanması, sistemin finansmanına ise ödeme güçleri ölçüsünde katkıda bulunmalarıdır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, düşük gelir gruplarını primden kısmen (asgari ücretin tamamını değil de üçte birini sınır aldığı için) muaf tutan mekanizmalar GSS'nin olumlu yönünü oluştururken, prime esas kazanç tavanı yüksek gelir gruplarının efektif prim yükünü sınırlamak ters yönde bir etki yaratmaktadır. Bu nedenle GSS'nin hakkaniyet açısından değerlendirilmesinde yalnızca prim oranlarına değil, primlerin gelir grupları arasında nasıl dağıldığına ve toplam gelire göre efektif prim yüküne de bakılması gerekir.

Bir diğer sorun GSS bütçesi yetmediği için verilen hizmetin içeriğinin azaltılmasıdır. GSS'nin hangi sağlık hizmetlerini karşılayacağı her yıl değişik zamanlarda çıkarılan çok sayıda Sağlık Uygulama Tebliği ile belirlenmekte ve özellikle bazı ilaç bedelleri giderek teminatı dışında kalmaktadır (yeni kanser ilaçları, vitaminler, bazı dermatolojik ürünler, tatlandırıcılar vb). Ayrıca gözlük reçeteleri ve 18 yaş üzeri nüfus için ağız-diş sağlığı hizmetlerinde ise toplam harcamanın %50'ye varan oranında katkı payları alınmaktadır. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaşması hedefi sadece sigortalı nüfus artışında bir ilerleme sağlarken, hizmetin kalitesi, hizmet çeşitliliği, sosyal değişkenler üzerine girişim yapılması gibi alanlarda oldukça sınırlı kalmıştır.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet

Ottawa'nın "herkes için sağlık" yaklaşımı her ülkede hiçbir ayırım yapmaksızın herkesin sağlık hizmeti alması ve eşitsizliklerin azaltılması demektir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik tüm toplumda sağlık hizmetlerinin arzının herkese eşit mesafede olması ve eşit miktarda sunulmasını gerektirirken, hakkaniyet



biraz daha farklı olarak gereksinimi olanlara daha fazla ve öncelikli sağlık hizmeti sunulması demektir.

İkinci önemli nokta, sağlık istatistiklerindeki ortalama verilerin ülkedeki eşitsizlikleri örtebileceği gerçeğidir. Yani hakkaniyet açısından en önemli mesele, ortalama erişim göstergelerinin gruplar arasındaki farklılıkları örttüğü gerçeğidir. Gelir, eğitim, çalışma durumu, yaşanılan bölge, göçmenlik statüsü, engellilik ve bakım yükü gibi özellikler sağlık hizmetlerine ulaşma ve hizmetten yararlanma biçimlerini etkileyebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, sistemin en kolay ulaşılan nüfusa sunduğu hizmetten çok, sağlık sisteminin dışında kalma riski taşıyanlara aktif biçimde ulaşabilme kapasitesiyle sınanmalıdır.

Bu bağlamda örneğin Türkiye'de sağlık alanındaki eşitsizlikler sınıfsal alanda ve cinsiyet temelli olarak oldukça yoğundur ve giderek artmaktadır. Kadına yönelik şiddetin çok yaygın olması ve son yirmi yılda düzenli olarak artması, kadının istihdama katılma oranlarının giderek azalması, kadının statüsünün bir türlü yükseltilememesi ve bu sorunlara yönelik olarak son 40 yılda maalesef gerçekçi bir çözüm getirilememesi sağlığın geliştirilmesi hedeflerindeki başarısızlığın en önemli göstergelerindendir.

Ek olarak Türkiye'de son 15 yılda giderek artan mülteci ve göçmen nüfus, özellikle sigorta ve sağlık hizmetlerine erişim açısından Ottawa'nın "herkes için sağlık" ve hakkaniyet hedefini tartışmalı hale getirmektedir. Türkiye'nin uzun süredir büyük bir mülteci ve göçmen nüfusa ev sahipliği yapması bu tartışmayı somutlaştırmaktadır. Göçmen Sağlığı Merkezleri ve buna uyarlanmış bazı hizmet modelleri önemli bir kurumsal deneyim yaratmış olsa da dil, kayıt statüsü, sosyal güvence, hareketlilik ve sosyal dışlanma gibi etkenler sağlıkta eşitsizliklerin sürekli gündemde kalmasına yol açmaktadır. Ottawa'nın "herkes için sağlık" yaklaşımı, sağlık gereksinimini yurttaşlık veya sigortalılık statüsünden daha geniş bir insan hakkı ve halk sağlığı sorumluluğu olarak ele almayı gerektirir.

Sağlığın geliştirilmesi politikalarının yalnızca kayıtlı/sigortalı nüfusa değil, kırılgan ve sağlık sisteminin dışında kalma riski taşıyan gruplara ulaşması açısından Türkiye deneyimi bu anlamda çok başarılı olamamıştır. Türkiye açısından kritik nokta, "eşit hizmet" ile "hakkaniyetli hizmet" arasındaki ayrımdır. Aynı hizmet modelinin herkese sunulması "eşit hizmet" gibi algılanabilir oysa başlangıç koşulları farklı olduğunda eşit sağlık fırsatı yaratmayabilir. Hakkaniyet odaklı yaklaşım; gereksinimi daha yüksek, sisteme erişme kapasitesi daha düşük veya sosyal riskleri daha yoğun gruplar için farklılaştırılmış destek mekanizmalarını gerekli kılmaktadır ve ülkemizde bu konuda önemli eksiklikler vardır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri: Türkiye'de derinleşen krizler

Sağlığı etkileyen sosyal değişkenler *"insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar"* yani insanların tüm yaşamını etkileyen ekonomik ve sosyal koşullar olarak tanımlanır (WHO, 2008b). Sağlığı etkileyen sosyal değişkenler sağlıkta eşitsizliklere yol açtığı için bireyler ve toplumlar arasında kabul edilemez farklılıklar yaratırlar.

Ottawa Bildirgesi'nin sağlık için saydığı ön koşullar, Türkiye'de güncel sosyal ve ekonomik göstergelerle birlikte okunduğunda soyut ilkeler olmaktan çıkar. Örneğin TÜİK'in 2025 Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistiklerinde, medyan gelirin %60'ı esas alındığında göreli yoksulluk oranı %21;

maddi ve sosyal yoksunluk oranı %12; yoksulluk veya sosyal dışlanma riski altında olanların oranı %28'dir. Bu son oran 0-17 yaş grubunda %37'e çıkmaktadır (TÜİK, 2025a). Çocukluk dönemindeki sosyal dezavantajın yaşam boyu sağlık üzerindeki birikimli etkileri düşünüldüğünde bu veri, sağlığın geliştirilmesi açısından özel önem taşımaktadır.

Gelir dağılımı da sağlıklı yaşama olanaklarının toplumsal dağılımını etkileyen temel yapılardan biridir. TÜİK 2025 verilerinde Gini katsayısı 0,41; en yüksek gelirli %20'nin toplam gelirden aldığı pay %48,0, en düşük gelirli %20'nin payı %6,4 ve P80/P20 oranı 7,5'tir (TÜİK, 2025b).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatının (OECD) Gelir Dağılımı Veri Tabanı'ndaki son mevcut verilere göre Türkiye, gelir dağılımı eşitsizliğinin yüksek olduğu OECD ülkeleri arasında yer almaktadır. Türkiye'nin kullanılabilir hane halkı geliri üzerinden hesaplanan Gini katsayısı OECD raporlarında 2022 yılı için 0,43'tür (OECD, 2026). OECD ülkelerinin Gini katsayısı ortalaması ise 0.31'dir.

Türkiye'de gelir dağılımındaki eşitsizliğin önemli göstergelerinden biri, üst gelir gruplarının toplam ulusal gelirden aldığı paydır. World Inequality Database'in en güncel verilerini içeren World Inequality Report 2026'ya göre, 2024 yılında Türkiye'de en yüksek gelirli %1'lik kesim toplam ulusal gelirin %21,2'sini, en yüksek gelirli %10'luk kesim ise %53,3'ünü almaktadır. Buna karşılık nüfusun en düşük gelirli %50'sinin toplam gelirden aldığı pay yalnızca %15,2 düzeyindedir. Diğer bir ifadeyle, nüfusun en zengin %1'i tek başına toplam ulusal gelirin beşte birinden fazlasını elde etmektedir. Türkiye'de gelir eşitsizliği son on yılda da bir miktar artış göstermiştir. En yüksek gelirli %10 ile en düşük gelirli %50 arasındaki ortalama gelir farkı 2014 yılında 32 kat iken 2024 yılında 35 kata yükselmiştir (World Inequality Lab, 2026). Bu veriler, Türkiye'de gelirin üst gelir gruplarında belirgin biçimde yoğunlaştığını göstermektedir.

Benzer şekilde gıda ve barınma göstergeleri "sağlığı geliştirme" söyleminin sınırlarını daha görünür kılmaktadır. TÜİK 2025 verilerine göre nüfusun %35,1'i iki günde bir et, tavuk veya balık içeren bir öğünün maliyetini, %19,6'sı konutun yeterince ısıtılmasını ekonomik olarak karşılayamadığını bildirmiştir. Nüfusun %28,8'i sızdıran çatı, nemli duvar veya çürümüş pencere çerçevesi gibi konut sorunları; %27,9'u izolasyona bağlı ısınma sorunu; %22,1'i trafik veya sanayi kaynaklı hava kirliliği ya da başka çevresel sorunlar yaşamaktadır (TÜİK, 2025a). Bu koşullarda sağlıklı yaşamı yalnızca bireyin bilgi ve iradesiyle açıklamak yetersizdir.

Buna ek olarak Türkiye'de beslenmeye bağlı sağlık sorunları olarak önemli oranda obezite, demir eksikliği anemisi, büyüme ve gelişme geriliği, iyot yetersizliği ve vitamin yetersizlikleri görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). TNSA 2018 verilerine göre kadınların %59'u fazla kilolu veya şişmandır (HÜNEE, 2019). Okul çağı çocuklarını kapsayan araştırma sonuçlarına göre ise Türkiye genelinde çocukların %21'inin şişman/kilolu % 1.3'ünün ise çok zayıf olduğu görülmektedir. Türkiye genelinde 20 yaş ve üzeri bireylerde süt tüketmeyenlerin oranı %45; kırmızı et tüketmeyenlerin oranı %20; balık tüketmeyenlerin oranı ise %39'dur (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Konut kişinin temel gereksinimlerinden birisidir ve 1948 tarihinde yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde "bir insan hakkı" olarak tanımlanmıştır. TÜİK 2019 verilerine göre Türkiye hane halkı tüketim harcamasına bakıldığında konut ve barınmanın payı %24 olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2019). Birleşmiş Milletler Binyıl Bildirgesi'nde 2020 yılına kadar en az 100 milyon gecekondu sakininin



yaşamının önemli ölçüde iyileştirilmesi şeklinde hedef belirlenmiştir (Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 2000). Bu bağlamda incelendiğinde Türkiye genelinde 2000 yılında toplam konut ihtiyacı 10,9 milyonken bu sayı 2,9 milyon artarak 2010 yılında 13,8 milyon olmuştur (İMO, 2010). Ancak bu sorun 2019 yılından sonra artan kira ve konut fiyatları ile daha da büyük bir kriz halini almıştır. 2019 yılında hızla artmaya başlayan kira ve satış fiyatları, 2021 ortasından itibaren günümüze kadar süren yüksek bir artış göstermiştir. Böylelikle 2018 yılıyla kıyaslandığında konut kira ve satış bedellerinin %200'ün üzerinde artış gösterdiğini görmekteyiz (Kılıç, 2023).

Sosyal sigorta sisteminin kapsamına girmeyen ya da sosyal sigortanın yeterli koruma sağlayamadığı alanlarda devlet tarafından gerçekleştirilen sosyal yardım ve sosyal hizmet harcamaları, geniş anlamda sosyal koruma politikalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Yaşlılara, engellilere, yoksullara, bakıma gereksinimi olan kişilere ve diğer kırılgan gruplara yönelik sosyal yardımlar; aile ve çocuk yardımları, evde bakım destekleri, gıda ve yakacak yardımları ile çeşitli nakdi ve ayni yardım programları bu kapsamda değerlendirilebilir.

Türkiye'de sosyal koruma yardımlarının GSYİH içindeki payı 2024 yılında yaklaşık %10,9 düzeyindedir (TÜİK, 2025c). Harcamaların en büyük bölümünü emeklilik ve yaşlılık ödemeleri ile hastalık ve sağlık bakımı harcamaları oluşturmaktadır. Türkiye'nin sosyal korumaya ayırdığı kaynakların GSYİH içindeki payı Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Eurostat'ın 2024 yılı öncü verilerine göre AB ülkelerinde sosyal koruma yardımları ortalama olarak GSYİH'nin %27,3'üne ulaşmaktadır. Ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmakla birlikte bu oran Finlandiya'da %32,5, Fransa'da %31,9 ve Avusturya'da %31,8 düzeyindedir (Eurostat, 2025). Buna karşılık Türkiye'de sosyal koruma yardımlarının GSYİH içindeki payının yaklaşık %11 olması, AB ortalamasının oldukça altında bir sosyal koruma harcaması düzeyine işaret etmektedir.

Ottawa'nın temel katkısı, sağlıklı davranışı teşvik ederken sağlıklı davranışın maddi ve sosyal koşullarını da politika konusu yapmasıdır. Sağlıklı gıdaya erişemeyen bir kişiye beslenme eğitimi vermek, güvenli yürüyüş alanı veya zamanı olmayan bir kişiye fiziksel aktivite önermek ya da güvencesiz çalışma koşullarında yaşayan bir kişiden stresini bireysel yöntemlerle yönetmesini beklemek, yapısal nedenleri görmezden gelmek demektir. Sağlık eğitimi gereklidir; ancak sağlığı geliştirme sağlık eğitiminden daha geniş bir kavramdır. Bu ayrım aynı zamanda "bireysel sorumluluk" kavramının nasıl kullanıldığıyla ilgilidir. Bireylerin sağlık davranışlarında sorumluluğu vardır; fakat sorumluluk, seçeneklerin eşit dağıldığı varsayımına dayandırılamaz. Sağlıklı seçimin kolay seçim haline gelmesi için fiyatlandırma, kent planlaması, çalışma yaşamı, gıda sistemi, eğitim, sosyal koruma ve çevre politikalarının sağlığı desteklemesi gerekir. Bu nedenle Ottawa'nın sağlığı geliştirme tanımı, Türkiye'de sosyal belirleyiciler tartışmasının doğal tamamlayıcısıdır.

Türkiye'de Ottawa'nın vaatleri ile sağlık politikalarının dönüşümü

Ottawa'nın beşinci eylem alanı sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilmesidir. Buradaki amaç, devletin koruyucu, geliştirici, toplum yönelimli ve sektörler arası bir rol üstlenmesidir. Astana Bildirgesi de güçlü birinci basamağı evrensel sağlık kapsayıcılığının ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin temeli

olarak yeniden vurgulamıştır (WHO, 2018).

1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık ocakları ve sağlık evlerine dayalı, bölge ve nüfus temelli bir model geliştirilmiş; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin aynı ekip tarafından yürütülmesi amaçlanmıştır. Ancak Türkiye'nin birinci basamak tarihi, Ottawa açısından bakıldığında 2005 yılında önemli bir kırılma yaşamıştır. 2005-2010 yılları arasındaki Sağlıkta Dönüşüm Programıyla (SDP) aile hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) bireye yönelik birinci basamağın ana yapısı haline gelirken, toplum sağlığı işlevleri ayrı kurumsal yapılar üzerinden sürdürülmüştür.

Türkiye'de son dönemde ASM çalışanlarının deneyimlerini inceleyen iki ayrı çalışmada reformun birinci basamak üzerindeki etkileri tartışılmakta ve hizmetin örgütlenmesi, iş yükü ve uygulama dinamiklerinin önemine işaret etmektedir. Her iki dönemde de çalışmış sağlık personeline göre aile hekimliği uygulaması ekip çalışması, toplum yönelimli sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar, ev ziyaretleri, çevre sağlığı, toplum katılımı ve aile planlaması hizmetleri açısından sağlık ocakları dönemine göre daha yetersizdir. Kırsal alanda yaşayan halka göre ise kırsal alandaki aile hekimliği uygulamaları eski sağlık ocağı sistemine göre daha da kötüye gitmiştir (Cevik & Kilic, 2018; Cevik vd., 2018). Bu tür bulgular, birinci basamağın yalnızca kayıtlı nüfusa bireysel hizmet sunan bir yapı olarak değil, toplumun sağlık gereksinimlerini izleyen ve yerel düzeyde koruyucu eylem üreten bir sistem olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Daha da önemlisi SDP uygulamalarıyla kişiye yönelik koruyucu hizmetlerle topluma yönelik koruyucu hizmetler ayrılmış ve toplumsal düzeydeki uygulamalar için önce Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) daha sonra Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) kurulmuştur. Ancak doğaldır ki bireysel ve toplumsal düzeydeki sağlığı geliştirici hizmetler iç içedir. Dolayısıyla TSM ve SHM'lerle aile hekimlerinin yakın bir iş birliği içinde çalışması gerekir. Ancak bu konuda ciddi uygulama sorunları vardır. Dolayısıyla yeni dönemin en önemli farkı toplum sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği hizmetlerinden ayrılması ve halk sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonunun bozulması olmuştur. Sağlık ocağı döneminde daha geniş bir ekip bölgedeki halk sağlığı hizmetlerinden de (çevre sağlığı, filyasyon, okul sağlığı, iş sağlığı vb) sorumlu iken aile hekimliğinde bu sorumluluk ilçe bazında görev yapan ayrı bir ekibe (TSM, SHM veya İlçe Sağlık Müdürlüğü-İSM) verilmiştir.

2011 yılında çıkartılan 663 s KHK ile ve 2017 tarihinde yayınlanan 694 s KHK ile bakanlık merkez ve taşra teşkilatında sağlık örgütlenmesi açısından çok önemli değişiklikler yapılmaya başlanmıştır. Bunun sağlığı geliştirme çalışmaları açısından en önemli getirisi *Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü*'nün kurulması olmuştur. Ancak bu Genel Müdürlük Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün olduğu bir örgütlenme modelinde, gereksiz ve tam işlevi olmayan bir yapı olarak kalmıştır. Genel müdürlük günümüzde ağırlıklı olarak halkla ilişkiler, medyayla iletişim, sağlık okur yazarlığı, riskli davranışları azaltma yönünde kampanyalarla ve kamu spotlarıyla ilgilenmektedir (Kılıç, 2018).

Sağlık hizmetlerinin sunumundaki bu yeni örgütlenmeler sağlığı geliştirme çalışmaları açısından önemli olan toplum katılımı uygulamalarını ise güçlendirmemiş ve halkın karar süreçlerine katılımını teşvik edememiştir. Toplum yönelimli birinci basamak; bölgesindeki sağlık sorunlarını ve eşitsizlikleri tanıyan, risk gruplarına aktif ulaşan, okul, belediye, işyeri ve sosyal hizmet kurumlarıyla iş birliği kuran, bulaşıcı hastalıklar kadar kronik hastalıkların sosyal ve çevresel belirleyicilerini de izleyen bir yaklaşım



gerektirir. Bu işlevler, başvuru yoğunluğunun yüksek olduğu şu anki sistemde kolaylıkla geri plana itilmiştir. Bu nedenle birinci basamağın güçlendirilmesi yalnızca daha fazla ASM açılmasıyla sınırlı düşünülmemelidir. Ekip temelli çalışma, hemşirelik ve diğer sağlık mesleklerinin güçlendirilmesi, bölge temelli birinci basamak ve bununla entegre toplum sağlığı hizmetleri, veriyle yerel gereksinim analizi, sürveyans ve sektörler arası koordinasyon, Ottawa'nın sağlık hizmetlerini yeniden organize etme hedefinin Türkiye'deki karşılıklarıdır

Kamusal sorumluluk, devletin bütün sağlık hizmetlerini doğrudan üretmesi anlamına gelmez. Ottawa perspektifinde kamusal sorumluluk; sağlık hakkını güvence altına alma, eşitsizlikleri azaltma, sağlığa zararlı ticari ve çevresel maruziyetleri düzenleme, sağlıklı seçenekleri erişilebilir kılma ve sağlık etkisini farklı sektörlerin kararlarına taşıma sorumluluğudur. Bu yaklaşım, sağlık sektörünün düzenleyici ve savunuculuk rolünü de güçlendirir. Ancak Türkiye'de yaklaşık 40 yıldır desteklenen sağlıkta özelleştirme politikası da sağlığı geliştirme çalışmalarının önündeki en önemli sorunlardan birisi olmaya devam etmektedir. Bu politikalar sonucunda özel hastanelerin artması, özel sektörde yoğun bakım yatak sayısının artması ve bu alanlarda özel sektörden hizmet alımı modellerinin yaygınlaşmasıyla yeni ve ciddi sorunlar gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, 2024 yılında kamuoyuna yansıyan ve uzun süredir devam ettiği anlaşılan yenidoğan yoğun bakım hizmetlerine ilişkin ciddi usulsüzlük iddiaları, özel sağlık sektöründe denetim ve yönetim mekanizmalarının yetersizliğini ortaya koyan çarpıcı bir örnek olarak değerlendirilmelidir (Kılıç, 2025).

Sağlıkta özelleştirme, sağlık hizmetlerinin bir kamu hakkı olmaktan ziyade, piyasa mantığı içinde kâr odaklı bir mal ve hizmet olarak sunulmaya başlanmasını ifade etmektedir. Bu bağlamda, özellikle yoğun bakım hizmetleri gibi yüksek maliyetli ve geri ödeme oranları görece yüksek olan alanlarda, finansal teşviklerin tıbbi gerekliliklerin önüne geçmesi riski artmakta ve sağlığın kamusal sorumluluğu ile piyasalaşma, bireyselleşme ve hizmet odaklı yaklaşım arasındaki gerilim artmaktadır.

Sonuç

Kırk yılın bilançosu, Ottawa'nın Türkiye'de "uygulanmış" veya "uygulanmamış" biçiminde ikili bir yargıyla değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Bu alanda hem yeterli hem de yetersiz çalışmalar olmuştur. Örneğin tütün kontrolü yönünde atılan yasal adımlar, aşılama takvimindeki genişleme, e-nabız gibi alanlarda önemli bir kurumsal birikim vardır. Buna karşılık sosyal belirleyicilerdeki eşitsizlikler, sağlıklı yaşam olanaklarının eşit dağılmaması ve toplum katılımının sınırlı kalması Ottawa'nın yapısal ve güçlendirici boyutlarının daha fazla geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Kırk yıllık değerlendirmede dört temel karşıtlık özellikle görünürdür: "herkes için sağlık" ile sağlığa erişimde "eşitsizlikler"; "sağlıklı yaşam biçimi" ile sağlıklı gıda, barınma ve çevre koşullarına erişimde "eşitsizlikler"; "toplumsal örgütlenme" ile "bireysel" sorumluluğun aşırı vurgulanması ve "kamusal sorumluluk" ile "özelleştirmenin" zıtlıkları. Bu karşıtlıkların çözümü, sağlık sektörünün tek başına yapabileceği bir reformdan çok, sağlığı toplumsal kalkınmanın ortak ölçütü haline getiren bir politika yaklaşımı gerektirir. Yapılması gerekenlere bakıldığında bazı öncelikli alanlar şöyle sıralanabilir:

Birinci adım, DSÖ tarafından tanımlanan "Tüm Politikalarda Sağlık" yaklaşımının merkezi ve yerel

yönetim düzeyinde kurumsallaştırılması olmasıdır (WHO, 2014). Büyük ölçekli ulaşım, kentleşme, enerji, tarım-gıda, eğitim, çalışma yaşamı ve sosyal politika kararlarında sağlık ve hakkaniyet etkisinin sistematik biçimde değerlendirilmesi gerekir. Sağlık Etki Değerlendirmesi, yalnızca çevresel projelerde değil, sağlık üzerinde belirgin etkisi olabilecek sosyal ve ekonomik politikalarda da kullanılabilecek bir araç olmalıdır.

İkinci adım, sağlık eşitsizliklerinin düzenli ve görünür biçimde izlenmesidir. Ulusal sağlık göstergeleri gelir, eğitim, bölge, cinsiyet, yaş, göçmenlik ve diğer dezavantaj eksenlerine göre ayrıştırılabildiği ölçüde hakkaniyet değerlendirilebilir. Ortalama göstergelerdeki iyileşme, dezavantajlı gruplarda benzer bir ilerleme yoksa yeterli görülmemelidir. Sağlık politikalarının performans ölçütlerine "eşitsizlik açığının azalması" da eklenmelidir. Sağlığı etkileyen sosyal belirleyiciler açısından girişimler yapılması Türkiye'nin sağlığı geliştirme eylemlerinin ana eksenini belirlemelidir (Piyal, 2010).

Üçüncü adımda, birinci basamağın toplum yönelimli işlevlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Aile hekimliği, hekim seçme açısından önemli bir avantaj sunarken, toplum sağlığı için bölge temelli izlem, ekip çalışması, saha hizmetleri ve sektörler arası koordinasyon kapasitesi çok zayıftır.

Dördüncü aşama, sağlığı geliştirme programlarının bireysel davranış değişikliği ile sınırlanmaması gerektiğidir. Tütün kontrolü, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktiviteye yönlendirme, kronik hastalıkların önlenmesinde danışmanlık gibi hizmetler toplumsal düzeyde örgütlenen hizmetlerle desteklenmelidir. Böylece "sağlıklı seçim" yalnızca ahlaki bir beklenti değil, gerçekçi bir toplumsal seçenek haline gelebilir.

Beşinci öncelik, toplum katılımının yerelden ulusala kadar her düzeyde karar süreçlerine taşınmasıdır. Ulusal ve yerel düzeyde kurulacak sağlık konseyleri, kendine yardım grupları, sivil toplum kuruluşlarıyla iletişim ve düzenli paydaş toplantıları gibi araçlar, yalnızca görüş toplamak için değil, öncelik belirleme ve değerlendirmeye etkili katılım sağlamak için tasarlanmalıdır (Bracht, 1991). Özellikle kırılgan grupların temsili, katılım mekanizmalarının hakkaniyet boyutudur.

Altıncı öncelik, sağlığın geliştirilmesine ayrılan kaynakların ve sonuçların görünür hale getirilmesidir. Türkiye için koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı, insan gücü ve program bütçeleri düzenli ve karşılaştırılabilir biçimde izlenmeli; sonuçlar kamuoyuyla paylaşılmalıdır. OECD 2025 Türkiye profilinde koruyucu hizmet harcamalarının payına ilişkin karşılaştırılabilir veri bulunmaması, bu alandaki veri görünürlüğünün de geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir (OECD, 2025).

Son olarak, sağlığın geliştirilmesi iklim değişikliği, halk sağlığı afetleri ve göç gibi yeni nesil halk sağlığı riskleriyle bütünleştirilmelidir. Türkiye'nin deprem, sıcak hava dalgaları, hava kirliliği, kuraklık ve zorunlu göç deneyimleri; destekleyici çevreler ve dayanıklı toplumlar kavramlarını Ottawa'nın 1986'daki çerçevesinden daha da önemli bir hale getirmektedir.

Sağlığı geliştirmeyle ilgili en önemli girişimler olan Sağlıklı Kentler, Sağlığı Geliştiren Hastaneler, Üniversiteler, Okullar ve İşyerleri gibi girişimler (Fertman & Allensworth, 2010/2012) ülkemizde oldukça yetersiz kalmıştır. Özellikle bu alanlarda Sağlık Bakanlığı kadar Halk Sağlığı Anabilim Dallarının da üzerine düşen büyük bir sorumluluk vardır. Halk sağlığı çalışanlarına özellikle bu



alanlarda öncülük görevi düştüğünü belirtmek gerekir (Özvarış, 2014). Ayrıca sigara bıraktırma, sağlıklı yaşam stili davranışlarını geliştirme, kalp damar hastalıklarından korunma ve sağlıklı yaşlanma gibi alanlarda dünyada görülen örnek uygulamalar (Bracht, 1991; Fertman & Allensworth, 2010/2012) ülkemizde bir türlü yeterince geliştirilememiş ve başarılı olamamıştır.

Ottawa Bildirgesi'nin Türkiye'ye yönelttiği temel soru, sağlık hizmetlerinin ne kadar büyüdüğünden çok, sağlıklı yaşama olanaklarının toplumda ne kadar adil, eşit, hakkaniyetli dağıldığıdır. Türkiye sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmiş, birinci basamak ve birçok koruyucu program açısından önemli bir kurumsal kapasite oluşturmuştur. Bununla birlikte güncel yoksulluk, gelir dağılımı, gıda ve barınma koşulları, tütün kullanımıyla ilgili yasakların uygulanamaması, fiziksel hareketsizlik, çevresel riskler ve sağlık insan gücü göstergeleri, sağlığın sosyal üretimine ilişkin sorunların sürdüğünü göstermektedir.

Bu nedenle Ottawa'nın Türkiye'deki 40 yıllık bilançosu ne yalnızca bir başarı öyküsü ne de yalnızca bir başarısızlık anlatısıdır. Daha doğru okuma, erişim ve hizmet kapasitesindeki kazanımlarla yapısal eşitsizliklerin ve toplum yönelimli halk sağlığı işlevlerindeki gereksinimlerin aynı anda var olduğunu kabul etmektir. Sağlığı geliştirme yaklaşımının gücü de bu ikiliği görünür kılmasındadır.

Türkiye'de yeni dönemin sağlığı geliştirme politikası; sağlığı tüm politikalarda gözeten, sağlıklı yaşamın sosyal ve ekonomik ön koşullarını güçlendiren, birinci basamağı toplum yönelimli hale getiren, eşitsizlikleri sistematik olarak izleyen ve toplumu kararların nesnesi değil öznesi olarak kabul eden bir çerçeveye dayanmalıdır. Kırk yıl sonra Ottawa'nın mesajı hâlâ geçerlidir: sağlığı geliştirmek, insanlara yalnızca daha sağlıklı davranmalarını söylemek değil, sağlıklı yaşayabilmelerini mümkün kılan koşulları birlikte yaratmaktır.

Kaynaklar

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. (2000, 8 Eylül). *United Nations Millennium Declaration* (A/RES/55/2). Birleşmiş Milletler. https://digitallibrary.un.org/record/422015?ln=en

Bracht, N. F. (Ed.). (1991). *Health promotion at the community level*. Sage Publications.

Cevik, C., Sozmen, K., & Kilic, B. (2018). How primary care reforms influenced health indicators in Manisa district in Turkey: Lessons for general practitioners. *European Journal of General Practice, 24*(1), 74–83. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1410538

Cevik, C., & Kilic, B. (2018). Change from health center to family physician period in Turkish health system: A qualitative study. *The International Journal of Health Planning and Management, 33*(4), e1022–e1036. https://doi.org/10.1002/hpm.2580

Eurostat. (2025, 7 Kasım). *EU social benefits expenditure up 7% in 2024* [Haber bülteni]. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20251107-2

Fertman, C. I., & Allensworth, D. D. (Ed.). (2012). *Sağlığı geliştirme programları: Teoriden pratiğe* (N. M. Işıtman, Çev.). Sağlık Bakanlığı. (Orijinal çalışma 2010'da yayımlandı.)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). *2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması*.

İnşaat Mühendisleri Odası. (2010). *Türkiye'de konut sorunu ve ihtiyacı raporu*. http://www.imo.org.tr/resimler/dosya_ekler/9ca6617c167713d_ek.pdf?tipi=4&turu=H&sube=0

Kılıç, B. (2018). Türkiye'de 2000 yılı sonrası sağlık politikaları. P. Okyay, N. Dedeoğlu ve Z. Öztek (Ed.), *Tarihsel bakışla Türkiye'de halk sağlığı* (ss. 42–64) içinde. HASUDER.

Kılıç, B. (2023). Türkiye'de sağlığın sosyal belirleyicileri. B. Kılıç, T. Erbaydar ve D. Çamur (Ed.), *Türkiye'de halk sağlığının yüz yılı ve geleceği* (ss. 71–98) içinde. Nobel Tıp Kitabevi.

Kılıç, B. (2025). Türkiye'de 2020–25 döneminde uygulanan sağlık politikalarının analizi. B. Kılıç, F. N. Ayoğlu ve D. Çamur (Ed.), *Türkiye sağlık raporu 2025* (ss. 3–24) içinde. HASUDER.

OECD. (2025). Türkiye. *Health at a glance 2025: OECD indicators* içinde. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/turkiye_87675f02-en.html

OECD. (2026). *Income distribution database (IDD)* [Veri tabanı]. 1 Kasım 2026 tarihinde https://www.oecd.org/en/data/datasets/income-and-wealth-distribution-database.html adresinden erişildi.

Özvarış, Ş. B. (2014). Stratejik hedefler: Girişim yöntemleri. M. Ertem ve G. Çan (Ed.), *Türkiye sağlık raporu 2014* (ss. 8–23) içinde. HASUDER.

Piyal, B. (2010). Sağlığı geliştirme alanında Türkiye'nin öncelikleri. *13. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı* (ss. 152–156) içinde. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (Eds.). (2001). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (WHO Regional Publications, European Series No. 92). World Health Organization Regional Office for Europe. https://www.who.int/publications/i/item/9789289013598

Sağlık Bakanlığı. (2011). *Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi* (Sağlık Bakanlığı Yayın No. 837). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010*. https://www.saglik.gov.tr/TR,4736/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-2010-yayinlandi.html

Sağlık Bakanlığı. (2026, 30 Eylül). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2025 haber bülteni* (Sayı 14). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-121059/saglik-istatistikleri-yilligi-2025-haber-bulteni-yayimlanmistir.html

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2026a, 6 Ocak). *2026 yılı için genel sağlık sigortası prim tutarı ne kadardır?* https://corum.sgk.gov.tr/Content/Post/146ba5fa-f757-4fc1-b316-30859c42d21e/2026-yili-icin-genel-saglik-sigortasi-prim-tutari-ne-kadardir-2026-01-06-03-44-51

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2026b, 13 Ocak). *İşveren prim oranları*. https://eskisehir.sgk.gov.tr/Content/Post/c7812ea8-5087-413f-aeb5-d3c1d153e11a/Isveren-Prim-Oranlari-2026-01-13-04-52-38

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2026c, 14 Ocak). *Prime esas kazanç miktarları*. https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/2e0c9e1a-2cfe-4456-af10-49d3de0c58ba/Prime-Esas-Kazanc-Miktarlari-2026-01-14-10-35-39

Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Temel istatistikler, 2019*. http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist

Türkiye İstatistik Kurumu. (2025a). *Yoksulluk ve yaşam koşulları istatistikleri, 2025*.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2025b). *Gelir dağılımı istatistikleri, 2025*.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2025c, 19 Aralık). *Sosyal koruma istatistikleri, 2024* (Haber Bülteni No. 53933).



World Health Organization. (1986, 21 Kasım). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Kanada. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

World Health Organization. (2008a). *The world health report 2008: Primary health care — now more than ever*.

World Health Organization. (2008b). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health.

World Health Organization. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908

World Health Organization. (2018, 26 Ekim). *Declaration of Astana* (WHO/HIS/SDS/2018.61). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61

World Inequality Lab. (2026). *World inequality report 2026: Türkiye country sheet*. https://wid.world/document/world-inequality-report-2026/

Yorum (Görüş)

Walt Whitman ve Duane Michals: Şiir ile Fotoğraf Arasında Ontolojik Bir Diyalog

Walt Whitman and Duane Michals: An Ontological Dialogue Between Poetry and Photography

Aylin Leblebici Öztürk[1]

1. *Bağımsız Sanatçı, Ayvalık, Balıkesir, Türkiye*

Öz

Bu metin, fotoğraf ile şiir arasındaki ilişkiyi anlamın tamamlanmaması, zamanın kesintiye uğraması, görünürlük ile yokluk arasındaki gerilim ve çağrışımsal yoğunluk gibi ortak ontolojik özellikler üzerinden ele almaktadır. Duane Michals'ın fotoğraf pratiği bu bağlamda özellikle görüntü ile el yazısını bir araya getiren çalışmaları ve şair Walt Whitman ile kurduğu metinler arası ilişki üzerinden incelenmektedir. Michals'ın bu çalışmaları, Whitman'ın şiirlerinin fotoğrafa yalnızca konu ya da edebî referans sağlamadığını; görüntü, beden, arzu, doğa, ölüm ve varlık üzerine ortak bir düşünme alanı oluşturduğunu göstermektedir. Makale, Michals'ın el yazısını fotoğrafı açıklayan bir ek olarak değil, görüntünün anlamını açan ikinci bir yapı olarak değerlendirmekte ve sanatçının fotoğraflarındaki şiirselliğin estetik bir nitelikten çok, fotoğrafın eksikliği, belirsizliği ve görünmeyenle ilişkisi içinde ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Michals'ın 9 Haziran 2026'daki ölümünün ardından kaleme alınan bu çalışma, aynı zamanda sanatçının fotoğrafın sınırlarını genişleten yaklaşımına bir saygı duruşudur.

Anahtar sözcükler: Duane Michals, Walt Whitman, fotoğraf ontolojisi, metin–görüntü ilişkisi

Abstract

This text explores the relationship between photography and poetry through shared ontological characteristics, such as the incompleteness of meaning, the interruption of time, the tension between visibility and absence, and a high degree of associative intensity. In this context, the photographic practice of Duane Michals—specifically his works that combine imagery with handwritten text, as well as his intertextual engagement with the poet Walt Whitman—is examined. These works by Michals demonstrate that Whitman's poetry does not merely provide subject matter or literary references for the photographs; rather, it establishes a shared space for reflection on the image, the body, desire, nature, death, and existence. The article posits that Michals's handwriting should not be viewed as a supplementary explanation for the photographs, but rather as a secondary structure that unlocks the meaning of the image. It further argues that the poetic quality in his work emerges not as a purely aesthetic attribute, but from the inherent incompleteness and ambiguity of the photograph, and its relationship to the unseen. Written following the death of Duane Michals on June 9, 2026, this study also serves as a tribute to the artist's approach, which expanded the boundaries of photography.

Keywords: Duane Michals, Walt Whitman, ontology of photography, text-image relationship

Geliş Tarihi / Received: 01.11.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 19.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Aylin Leblebici Öztürk **E-posta:** aylin.leblebici@gmail.com

Sorumlu Editör / Handling Editor: Nuray Özgülnar

Atıf için / Suggested Citation: Leblebici Öztürk, A. (2026). Walt Whitman ve Duane Michals: Şiir ile Fotoğraf Arasında Ontolojik Bir Diyalog. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 100-108



Giriş

Sanatta görüntü ile söz arasındaki ilişkinin yalnızca birinin diğerini betimlemesi, açıklaması ya da temsil etmesi üzerinden değerlendirilmemesi gerekir. Özellikle şiir ve fotoğrafın, ifade biçimleri açısından birbirine temas ettiği noktalar bulunur. Bu çalışma şiir ile fotoğrafı; zamanı, görünürlüğü ve anlamı örgütleme biçimleri bakımından kesişen alanlar olarak ele almaktadır. Bu kesişmenin hangi koşullarda ortaya çıktığını ve fotografik bakışın şiirsel bir işleyiş kazanıp kazanamayacağını sorgulamaktadır.

Şiir ile fotoğraf arasındaki ilişki, biçimsel ya da içerik temelli bir yakınlıkla sınırlı değildir. Duygusal yoğunluk ve anlamın kesintili kuruluşu gibi ortak işleyişler üzerinden de düşünülebilir. Farklı mecralarda üretilseler de şiir ve fotoğraf; varlığı seçme, ayırma ve yoğunlaştırma biçimleri bakımından birbirine yaklaşır. Her ikisi de bütünü vermek yerine bir parçayı öne çıkarır; söylemedikleri ve göstermedikleriyle de anlam üretir.

İzzet Yasar, *Asla Yazamayacaksın O Şiiri* adlı şiirinde, Robert Bresson'un *Rastgele Balthazar* (1966) filmi üzerinden şiirin sınırlarını ortaya koymak ister. Yasar'a göre Bresson'un görüntülerle gerçekleştirdiği, şiirin sözcüklerle yaklaşmaya çalıştığı deneyime benzer. Burada söz konusu olan görüntünün şiire üstünlüğünden çok, şiirsel olanın şiirin sınırlarını aşarak başka bir mecrada ortaya çıkabilmesidir.

> "Şiirinde asla yapamayacaksın
> Bresson'un filminde yaptığını"

dizeleriyle başlayan bu karşılaşma, şiirin sonunda daha da açık hâle gelir:

> "Şiir varsa var
> Ama bu kadar var."
> — İzzet Yasar, *Asla Yazamayacaksın O Şiiri*, 2007.

Yasar'ın şiirinin açtığı bu alan, şiirselliği yalnızca şiire ait bir nitelik olarak düşünmemeyi mümkün kılar. Eğer bir film, sözcük kullanmadan şiirin ulaşmaya çalıştığı yoğunluğu ve çağrışımı üretebiliyorsa, benzer bir soru fotoğraf için de sorulabilir: Fotoğraf hangi koşullarda yalnızca bir görüntü olmaktan çıkarak şiirsel bir etki kazanır?

Fotoğrafın şiirsel bir işleyiş kazanabileceği düşüncesini yorumlamak için Amerikalı fotoğrafçı Duane Michals'ın pratiği oldukça elverişlidir. Michals, bazı fotoğraflarına şiir dizeleri ekler; ancak bu dizeler olmasa da Michals'ın görüntüleri şiirseldir. Michals'ın bu tercihi, fotoğraf ile şiirin yakın ontolojik özelliklerini daha açık bir biçimde, birbirlerinin önüne geçmeden de gösterilebileceği üzerinedir.

Dolayısıyla Michals'ın görüntülerini şiire yaklaştıran, onlara el yazısıyla şiir dizeleri eklemesi değildir; Michals'ın fotoğraflarında görüntü ile sözün birlikteliği, birbirlerinin anlamını bazen genişleten, bazen bozan, bazen askıda bırakan, bazen de tamamlayan iki ayrı ifade biçimi olarak karşılaşır. Michals'ın, özellikle şair Walt Whitman'ın dizelerini doğrudan fotoğraf yüzeyine taşıdığı çalışmaları, bu ilişkiyi görünür kılar.

Burada sorulması gereken, şiirin fotoğrafa ne kattığından önce, şiir metni ortadan kalktığında fotoğra-

fın şiirsel niteliğinden geriye ne kaldığıdır. Bu nedenle Michals'ın yapıtları, şiir ile fotoğraf arasındaki benzerliği işaret etmekten çok, şiirselliğin hangi koşullarda fotografik bir nitelik hâline gelebildiğini de incelemeye olanak verir.

Duane Michals'ın Fotoğraf Pratiği

> Fotoğrafların gerçek olduklarını sanıyoruz ama onlar aynı zamanda birer kurgu, metafor veya şiir de olabilirler.
> — Gerry Badger (akt. Higgins), *Fotoğraf Neden Kusursuz Olmak Zorunda Değildir*, 2016.

Duane Michals (1932–2026), 1960'lardan itibaren fotoğrafın yalnızca nesnel dünyayı kaydeden bir araç olarak kullanılmasına razı olmaz. Fotoğraf serilerinde, çoklu pozlamalara ve baskıların yüzeyine yazdığı metinlere yönelir. Bu yolla görünür olanın ardında kalan düş, bellek ve varoluş gibi alanları fotoğrafın konusu hâline getirir. DC Moore Gallery'nin Michals'ın 9 Haziran 2026 tarihindeki ölümünün ardından yayımladığı biyografik değerlendirme de sanatçının 1960'larda, fotojurnalizmin ve "karar anı" anlayışının güçlü olduğu bir ortamda, başka bir yön seçtiğini; anlatılar, içsel deneyimler ve metafizik sorularla ilgilendiğini belirtir (DC Moore Gallery, 2026).

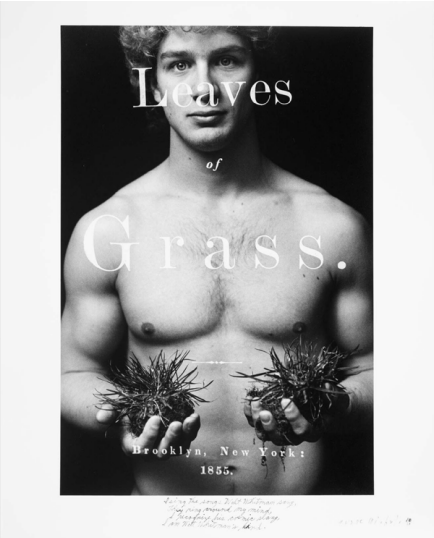
Bu yaklaşımın önemli araçlarından biri el yazısıdır. Ancak Michals'ın fotoğraflarının altına ya da üzerine yazdığı metinleri birer açıklama olarak okumak yetersizdir. Burada görüntü ile yazı birbirinin karşılığı olmaktan çıkar ve aralarında bir etkileşim belirir. Sözcük geldikten sonra fotoğrafın görüntüyle söyleyebileceği şey azalmaz, aksine çoğalır. Aynı zamanda el yazısı mekanik görüntünün yanına bedenin izini ekler. Fotoğraf makinenin ürettiği yüzeyken yazı elin bıraktığı izdir. Görüntünün zamanı ile yazma ânı aynı yüzeyde buluşur.

Bu nedenle Michals'ın Walt Whitman ile kurduğu ilişki yalnızca edebî bir etkilenme meselesi değildir. Whitman'ın, bedeni, arzuyu, doğayı, ölümü ve benliği birbirinden kesin sınırlarla ayırmayan şiir evreni, Michals'ın fotoğrafta aradığı alanlarla kesişir.

Bu ilişkinin yalnızca 1990'larda ortaya çıkmış geç bir ilgi olmadığı da bilinir. Michals, bir söyleşisinde gençlik dönemindeki ilk kahramanının Walt Whitman olduğunu, on yedi yaşındayken *Leaves of Grass*'ı satın aldığını ve bunun satın aldığı ilk kitap olduğunu anlatır (Jackson, 2019). Başka bir söyleşide aynı karşılaşmayı ayrıntılandırarak Pittsburgh'daki Kaufmann's mağazasının kitap bölümünde gördüğü Rockwell Kent resimli *Leaves of Grass*'tan hem görsel hem de içerik bakımından etkilendiğini belirtir (OSMOS, 2013). Fotoğraflarını şiire yaklaştırmak istemesi de bu etki sayesinde, yine en çok etkilendiği şiirlerle çalışmalarını birleştirmesine neden olur.

Whitman ile kurduğu bu erken dönem ilişkinin fotoğraf pratiğindeki açık karşılıkları 1990'larda belirginleşir. Michals'ın *Salute, Walt Whitman* adlı kitabı 1996'da yayımlanır. Yayıncının kitap için verdiği bilgiler de Whitman'ın Michals açısından uzun yıllara yayılan düşünsel ve sanatsal bir kaynak olduğunu ortaya koyar (Michals, 1996). Dolayısıyla Whitman'ın Michals üzerindeki varlığını birkaç benzer tema üzerinden kurulmuş varsayımsal bir bağ olarak düşünmemek gerekir. Ancak biyografi tek başına eserleri açıklamaz. Asıl ilişki Michals'ın fotoğraflarında görülmelidir.

1995 tarihli *Leaves of Grass* adlı çalışması bunun en açık örneklerindendir. Michals'ın bu eseri jelatin gümüş baskıdır ve fotoğrafın yüzeyinde elle uygulanmış metin bulunur (Michals, 1995a). Yapıtın adı doğrudan Whitman'ın yaşamı boyunca genişletmeyi sürdürdüğü *Leaves of Grass* çalışmasına gönderme yapar.



Görsel 1. Duane Michals, *Leaves of Grass, 1995.*

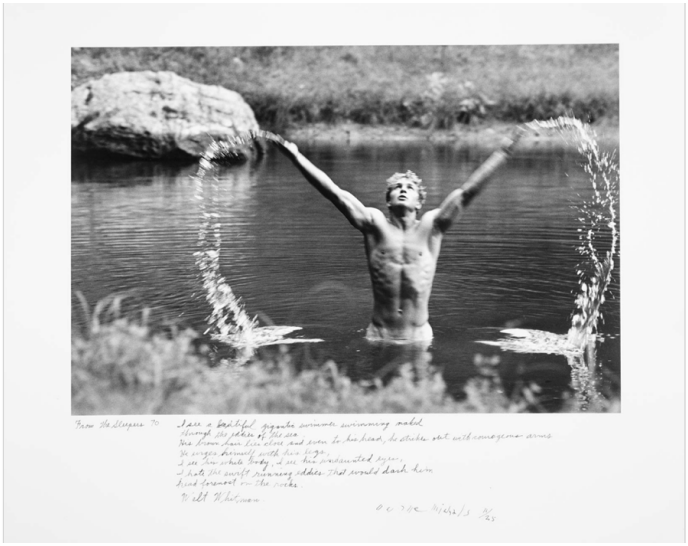
Kitabın adının ödünç alınması basit bir hayranlığın ötesindedir. Whitman'ın *Leaves of Grass*'ı tek tek şiirlerin toplamından çok, yaşam boyunca büyüyen ve değişen bir yapıya sahiptir. Benzer şekilde Michals'ın fotoğraf pratiği de görüntüyü tamamlanmış bir sonuç olarak kabul etmez. Fotoğrafın üzerine yazılan her sözcük onun ilk bakışta sahip olduğu bütünlüğü bozar. Çekim anında tamamlanmış olduğu düşünülen fotoğraf yeniden açılır.

Michals'ın *I See a Beautiful Gigantic Swimmer* (1995) adlı çalışması bağlantıyı daha da somutlaştırır. Michals'ın bu fotoğrafı, el yazısıyla metin eklenmiş bir jelatin gümüş baskıdır (Michals, 1995b). Aynı söz öbeği Whitman'ın *The Sleepers* şiirindeki yüzücü bölümünün başlangıcında yer alır. Whitman denizde mücadele eden çıplak erkek bedenini hareket, güç, yaralanma ve ölüm bağlamında izler (Whitman, 1871a). Burada "see" (görmek) fiili iki sanat arasındaki ilişkiyi bağlayan küçük bir menteşe gibidir. Michals, adeta Whitman'ın dizelerinin fotoğrafını çekmek istemiştir.

Whitman, görmediğimiz bir bedeni sözcüklerle öne çıkarır. Michals ise görüntüyü gerçekten önümüze getirir fakat gördüğümüz bedenin anlamını bize teslim etmez. Şiirde sözcük görüntü üretir; fotoğrafta görüntü söze başvurur. Biri görünmeyeni görünür kılar, diğeri görünür olanı muğlaklaştırır. Fotoğraf ile şiirin birbirlerinin karşıtı değil, birbirlerinin tersinden çalışsa da yakın akraba oldukları bu pratikte görülür.

Whitman'ın şiirinde beden deriyle sınırlı değildir. Doğayla, başka bedenlerle, zamanla ve ölümle sürekli temas hâlindedir. Michals'ın Whitman ile ilişkili çalışmalarında da beden çoğu kez klasik portrede olduğu gibi kapalı ve durağan bir özne olarak yer almaz. Uyur, suya girer, doğanın içine yerleşir, arzulanan ya da kaybolan bir varlığa dönüşür.

DC Moore Gallery'nin 2025 tarihli *The Nature of Desire* sergisi bu bağlantıyı tarihsel olarak da



Görsel 2. Duane Michals, *I See a Beautiful Gigantic Swimmer*, 1995.

doğrular. Sergide Michals'ın Whitman ve Konstantinos Kavafis'ten hareketle ürettiği çalışmalar bir araya getirilmiş, Whitman bağlamında özellikle *Calamus* şiirleriyle ilişkili yapıtlarına dikkat çekilmiştir (DC Moore Gallery, 2025).



Görsel 3. Duane Michals, *The Nature of Desire* sergisinden.

Bu noktadan sonrası ise belgelenmiş bir etkiden çok, bir okuma meselesi olarak ele alınabilir. Whitman ve Michals'ın ortaklaştığı şeylerden biri, bedeni yalnızca seyredilen bir nesne olmaktan çıkarmalarıdır. Whitman'ın bedeni konuşur, temas eder, dünyaya karışır. Michals'ın bedeni de fotoğraf karesinde sadece "orada olan" değildir. Görüntünün ürettiği düşüncenin taşıyıcısıdır.

Young Soldiers Dream in the Garden of the Dead with Flowers Growing from Their Heads (1995) isimli

çalışması ise bu ilişkinin farklı bir yönünü gösterir. Carnegie Museum of Art kayıtlarına dayanan sergi bilgilerine göre bu eser *Salute, Walt Whitman* dizisine aittir. Fotoğraftaki genç erkeğin başından doğaya doğru uzanan çiçek motifi, yaşam ile ölüm arasındaki kesin ayrımı geçersiz kılar (Michals, 1995c).



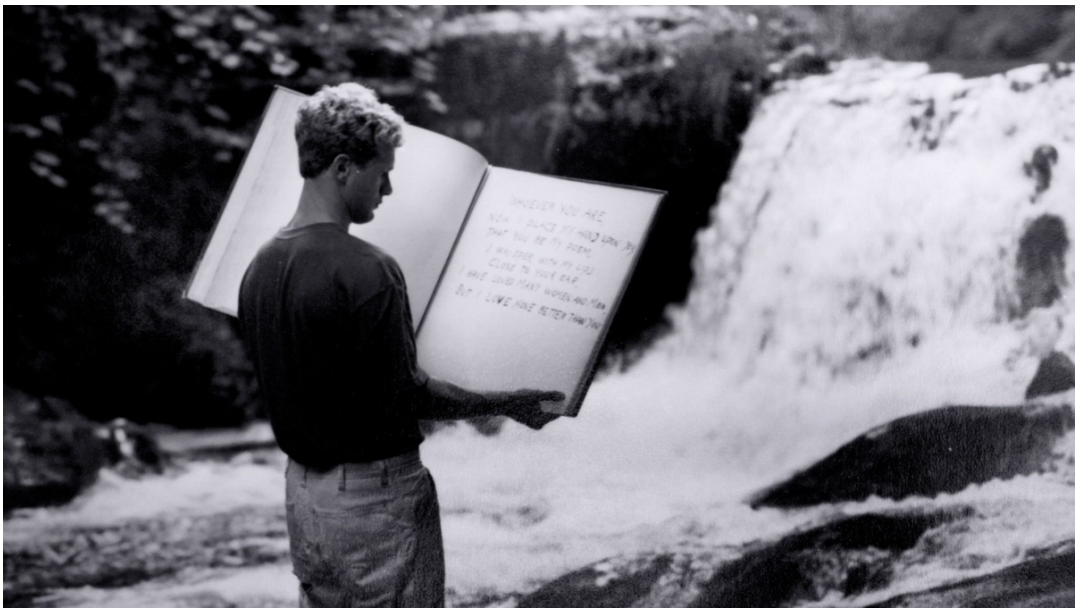
Görsel 4. Duane Michals, *Young Soldiers Dream in the Garden of the Dead with Flowers Growing from Their Heads*, 1995.

Buradaki önemli ayrım, *I See a Beautiful Gigantic Swimmer* Whitman'dan doğrudan alınan sözlerle bağ kurarken, *Young Soldiers Dream in the Garden of the Dead with Flowers Growing from Their Heads* Michals'ın kendi cümlesiyle Whitman'ın dünyasına girer. Başka bir deyişle Michals bazen Whitman'ı alıntılar, bazen ona yanıt verir. Robert K. Martin de *Salute, Walt Whitman* üzerine kaleme aldığı incelemesinde bu çalışmayı, kitabın yapısı içinde bu açıdan ele almıştır (Martin, 1998).

Bu yapı, iki sanatçı arasındaki ilişkiyi salt etkilenmeden daha derin bir ilişki hâline getirir. Etkilenme genellikle tek yönlü düşünülür; önce biri vardır, sonra gelen onun tesirinde kalır. Oysa sanat tarihindeki eski bir metin, kendisinden çok sonra üretilen bir fotoğrafla yeniden okunabilir. Michals'ın fotoğrafı Whitman'ı değiştirmez ama bizim Whitman'a nasıl baktığımızı değiştirebilir. Whitman'ın şiiri Michals'ın fotoğrafına gelirken, Michals'ın fotoğrafı da geriye doğru Whitman'ın şiirine bakar.

Whoever You Are çalışması bu karşılıklı hareketin belirgin örneklerinden biridir. Martin'in *Salute, Walt Whitman* incelemesinde de ele alınan dizide, aynı söz birkaç görüntü boyunca doğa içinde yer alır; görüntüler ilerledikçe yazının görsel baskınlığı azalır ve sonunda manzaranın içinde neredeyse kaybolur (Martin, 1998). "Whoever you are" ifadesi Whitman'ın farklı şiirlerinde ve özellikle doğrudan okura seslendiği metinlerde tekrarlanan bir hitaptır (Whitman, 1871b).

Bu fotoğraf serisinde sözcük ile manzara arasındaki sınır giderek belirsizleşir. Başlangıçta okunmak



Görsel 5. Duane Michals, *Whoever You Are, Salute, Walt Whitman* dizisinden.

isteyen yazı, sonunda görülmek istenen görüntünün içine karışır. Şiir manzaraya dönüşür ya da manzara sözcüğü yutar. Bu, Michals'ın fotoğraf ile metin arasında kurduğu ilişkinin özüdür. Metin fotoğrafa sonradan eklenen bir dipnot değildir; fotoğrafın içinde "başına bir şey gelen" görsel bir unsurdur. Okunabilir, silikleşebilir, kaybolabilir. Yazının anlamı kadar görüntüdeki kaderi de önemli hale gelir.

Michals'ın fotoğraflarındaki şiirsellik, yalnızca fotoğrafların "şiirsel görünmesi"nden kaynaklanmaz. Sisli, romantik ya da güzel olmalarıyla da ilgili değildir. Fotoğraflarındaki şiirsellik daha yapısaldır; anlamın görüntüyle sonlanmaması ve söylenenle gösterilen arasında hem bir mesafe hem bir yakınlık oluşması. Dolayısıyla Michals'ın fotoğraflarının şiire yaklaştığı yer estetik değil, ontolojiktir.

Şiir sözcüklerden oluşur ama doğrudan söylenmemiş olanı taşır. Fotoğraf görünür olanı kaydeder fakat kadrajın dışında kalanla birlikte anlam kazanır. Şiirde sözcükler arasındaki düşünsel boşluk ne kadar önemliyse fotoğrafta da görünmeyen o kadar önemlidir. Michals bu iki eksikliği yan yana getirir. Fakat sözün fotoğrafı tamamlamasına izin vermez. Böylece bir "eksiklik" diğerini kapatmaz. İki eksiklik birliktedir. Michals'ın fotoğrafını, şiirin yardımıyla şiire en çok yaklaştıran da budur.

Sonuç

Duane Michals'ın fotoğraf pratiği, fotoğraf ile şiir arasındaki ilişkinin yalnızca biçimsel benzerlikler, ortak temalar ya da bir sanatın diğerinden ödünç aldığı unsurlar üzerinden açıklanamayacağını gösterir. Bu çalışmada ele alınan yapıtlar, iki ifade biçiminin zamanı kesintiye uğratma, varlığı bir parça üzerinden duyurma ve anlamı söylenmeyen ya da gösterilmeyenle birlikte kurma bakımından yakınlaştığını ortaya koymaktadır. Burada ontolojik yakınlık, fotoğraf ile şiirin aynı şey olması değil, varlığı görünür ve duyulur kılarken onun tamamını sunamamalarıyla ilişkilidir. Michals'ın fotoğraflarında şiirsellik, bu sınırın ortadan kaldırılmasından değil, görüntünün kendi eksikliğini bir anlam üretme imkânına

dönüştürmesinden doğar.

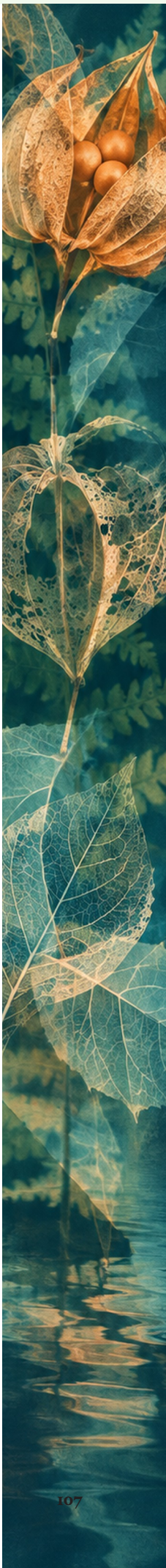
Whitman ile Michals arasındaki ilişkinin düşünmeye sunduğu özgün katkı, şiirin fotoğrafta nasıl bir işleyiş kazanabildiğini somutlaştırmasıdır. Whitman'ın bedeni, arzuyu, doğayı ve ölümü birbirine açan şiir evreni, Michals için bir konu kaynağı olmanın yanında, görüntünün neyi gösterebileceğini ve neyi açık bırakacağını araştırdığı bir düşünme alanıdır. *I See a Beautiful Gigantic Swimmer*'da şiirin sözcüklerle çağırdığı beden, fotografik bir görünürlük kazanır; ancak görünür olmak, bedenin anlamını kesinleştirmez. *Young Soldiers Dream in the Garden of the Dead with Flowers Growing from Their Heads*'te ise beden ile doğa arasındaki geçiş, yaşam ve ölümün birbirinden bütünüyle ayrılmadığı bir varoluşu düşündürür. Böylece beden, hem şiirde hem fotoğrafta sınırları belirlenmiş bir nesne olmaktan çıkar; arzu, kırılganlık ve kaybolma ihtimaliyle birlikte anlam kazanır.

Bu ortak düşünme alanı, yapıtların kuruluşunda da karşılığını bulur. *Leaves of Grass* üzerine yapılan değerlendirme, Whitman'ın yaşamı boyunca genişlettiği şiirsel yapı ile Michals'ın yazıyla yeniden açılan fotoğrafı arasında tamamlanmamışlık üzerinden bir bağ kurmayı mümkün kılar. Fotoğraf çekim ânını sabitlerken el yazısı, o âna sonradan eklenen bedensel ve zamansal bir iz bırakır. Görüntünün zamanı ile yazma ânının aynı yüzeyde buluşması, fotoğrafın tek bir âna kapanmasını engeller. *Whoever You Are* dizisinde ise yazının manzara içinde giderek silikleşmesi, sözcüğü yalnızca anlam taşıyan bir işaret olmaktan çıkarır; onu da görünürlük ve kayboluş deneyiminin parçası hâline getirir. Bu örneklerde metin, görüntüyü dışarıdan açıklamaz; görüntünün içinde dönüşürken onun okunma biçimini de değiştirir.

Dolayısıyla Whitman–Michals ilişkisi, şiirin fotoğrafa aktarıldığı tek yönlü bir çeviri ya da resimleme ilişkisine indirgenemez. Michals, kimi zaman Whitman'ın sözlerini alıntılar, kimi zaman kendi cümleleri ve görüntüleriyle onun şiirsel evrenine yanıt verir. Bu yanıt, Whitman'ın şiirinin de fotografik bakış aracılığıyla yeniden okunmasına olanak tanır. Şiirin bedeni ve doğayı görme biçimi fotoğrafa taşınırken fotoğrafın varlık, zaman ve yoklukla ilişkisi de şiirdeki bu öğeleri yeniden düşünmeye imkan verir. İki sanatçı arasındaki diyalog, böylece edebî etkilenmenin ötesinde, söz ile görüntünün birbirlerinin anlam üretme koşullarını görünür kıldığı bir karşılaşmaya dönüşür.

Bu karşılaşmanın belirleyici özelliği, söz ile görüntünün birleşerek eksiksiz bir temsil oluşturmamasıdır. Şiirin söylemediği ile fotoğrafın göstermediği, birbirini kapatan boşluklar değildir. Aralarındaki mesafe korunur ve okurun ya da izleyicinin çağrışımlarına alan açar. Girişte sorulan, şiir metni ortadan kalktığında fotoğrafın şiirselliğinden geriye ne kaldığı sorusu da bu noktada yanıt bulur: Görüntüye eklenen dizelerden önce, bedenin anlamının kesinleşmemesi, zamanın kesintiye uğraması ve görünür olanın yokluğu düşündürmesi vardır. El yazısı bu işleyişi belirginleştirir ve genişletir; şiirselliği tek başına meydana getirmez. Whitman ile kurulan ilişki, fotoğrafın zaten taşıyabildiği bu olanakları açığa çıkaran ve dönüştüren özgül bir örnek sunar.

Bu nedenle burada incelenen yapıtlar, her fotoğrafın kendiliğinden şiirsel olduğunu değil, fotografik görüntünün hangi koşullarda şiire yaklaşabildiğini göstermektedir. Michals'ın katkısı, fotoğrafın görünür dünyaya bağlılığını korurken düşü, arzuyu, belleği ve ölümü düşündürebileceği bir alan açmasıdır. Whitman ile kurduğu diyalog, fotoğraf ile şiirin ontolojik yakınlığını ortak konulardan öteye taşıyarak, varlığı bütünüyle ele geçirmeden duyurabilmelerinde belirginleştirir. Michals'ın



fotoğrafın sınırlarını genişleten mirası da burada aranabilir. Görüntü, gösterdiği kadar açık bıraktığıyla düşünmeye çağırır. Whitman'ın sözcükleriyle Michals'ın görüntülerinin buluştuğu yerde bakışın şiiri, anlamın tamamlanmasından değil, bu açıklığın sürmesinden doğar.

Kaynaklar

DC Moore Gallery. (2025). *Duane Michals: The nature of desire*. https://www.dcmooregallery.com/exhibitions/duane-michals-the-nature-of-desire

DC Moore Gallery. (2026, June 9). *Duane Michals (1932–2026)*. https://www.dcmooregallery.com/news/duane-michals-1932-2026

Higgins, J. (2016). *Fotoğraf neden kusursuz olmak zorunda değildir* (F. Candil Erdoğan, Çev.). Hayalperest Yayınevi.

Jackson, T. (2019). Duane Michals [Interview]. *GAYLETTER*(11). https://gayletter.com/duane-michals/

Martin, R. K. (1998). [Review of the books *Whitman's men: Walt Whitman's Calamus poems celebrated by contemporary photographers*, edited by D. Groff & R. Berman, and *Salute, Walt Whitman*, by D. Michals]. *Walt Whitman Quarterly Review, 16*(1), 41–42. https://doi.org/10.13008/2153-3695.1601

Michals, D. (1995a). *Leaves of grass* [Gelatin silver print with hand-applied text].

Michals, D. (1995b). *I see a beautiful gigantic swimmer* [Gelatin silver print with hand-applied text]. DC Moore Gallery.

Michals, D. (1995c). *Young soldiers dream in the garden of the dead with flowers growing from their heads* [Gelatin silver print]. Carnegie Museum of Art.

Michals, D. (1996). *Salute, Walt Whitman*. Twin Palms Publishers.

OSMOS. (2013, August 29). Duane Michals: Open book [Interview]. *OSMOS*(3). https://www.osmos.online/_duane-michals

Whitman, W. (1871a). The sleepers. In *Leaves of grass*. The Walt Whitman Archive. https://whitmanarchive.org/item/ppp.00270_00365

Whitman, W. (1871b). Whoever you are, holding me now in hand. In *Leaves of grass*. The Walt Whitman Archive. https://whitmanarchive.org/item/ppp.00270_00306

Yasar, İ. (2007). *Asla yazamayacaksın o şiiri*. Yasakmeyve Yayınları.

Eser Tanıtımı-İnceleme



Hem Kitap Hem Film: "Lizbon'a Gece Treni"

A Book And A Movie: "Night Train to Lisbon"

Bülent Kılıç[1]

1. *Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Öz

Pascal Mercier'in *Lizbon'a Gece Treni* (2004) romanı yalnızca bir "kendini bulma" hikâyesi değil; hekimlik etiği, otoriter rejimlerin sağlık ve toplum üzerindeki etkileri ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından da ele alınmalı. Romanın merkezinde Bern'de yaşayan, 50'li yaşlarının sonlarında yaşamı rutinleşmiş bir lise öğretmeni olan Gregorius var. Bir kitapçıda Portekizli hekim ve düşünür Dr. Amadeu de Prado tarafından yazılmış "*Sözcüklerin Kuyumcusu*" adlı kitabı bulur ve kitaptan öylesine etkilenir ki işini ve alışılmış hayatını bırakarak Lizbon'a gider. Bundan sonra roman iki hayat arasında ilerler: Gregorius'un bugünkü yolculuğu ile Prado'nun geçmişteki hayatı. Arka planda Portekiz'deki Salazar diktatörlüğü yer alırken, romanın tamamı aslında sağlığın politik ve sosyal belirleyicileri üzerine kuruludur. Yönetmen Bille August, 2013 yılında romanı 111 dakikalık daha görsel, romantik ve politik bir anlatıya dönüştürmüş. Film Lizbon'u ve geçmişteki politik olayları etkileyici biçimde görselleştirmekte. Jeremy Irons'ın canlandırdığı Gregorius, Lizbon'da Prado'yu araştırırken aslında kendisini araştırmaktadır. Dolayısıyla roman sadece hayatını değiştirmeye karar veren orta yaşlı bir adam hikâyesi değildir, insanın nasıl bir hayat yaşayabileceğini yalnızca kişisel tercihlerinin değil; içinde yaşadığı tarihsel dönem, politik rejim, sosyal ilişkileri ve mesleki sorumluluklarının da belirlemesinin hikayesidir. Son olarak romanı "politikanın" sağlık üzerindeki görünmez etkileri üzerine bir anlatı olarak da okuyabiliriz. Bu anlamda roman ve film günümüz Türkiye'si açısından çok önemli benzerlikler içeriyor.

Anahtar sözcükler: tıbbi etik, sosyal belirleyiciler, nitel çalışma, Salazar diktatörlüğü

Abstract

Pascal Mercier's novel Night Train to Lisbon (2004) should be considered not merely as a story of "self-discovery," but also from the perspectives of medical ethics, the effects of authoritarian regimes on health and society, and the social determinants of health. At the centre of the novel is Gregorius, a high-school teacher living in Bern, in his late fifties, whose life has become increasingly routine. In a bookshop, he discovers a book entitled The "Goldsmith of Words", written by the Portuguese physician and thinker Dr. Amadeu de Prado. Deeply affected by the book, he leaves his job and his familiar life behind and travels to Lisbon. From this point onward, the novel unfolds between two lives: Gregorius's present-day journey and Prado's life in the past. Against the backdrop of Portugal's Salazar dictatorship, the novel as a whole can in fact be read as an exploration of the political and social determinants of health. In 2013, director Bille August adapted the novel into a 111-minute film, transforming it into a more visual, romantic, and political narrative. The film vividly portrays Lisbon and the political events of the past. As Gregorius, played by Jeremy Irons, investigates Prado's life in Lisbon, he is, in fact, investigating his own. Thus, the book is not simply the story of a middle-aged man who decides to change his life; it is the story of how the life a person is able to lead is shaped not only by personal choices, but also by the historical period in which they live, the political regime, their social relationships, and their professional responsibilities. Finally, the novel can also be read as a narrative about the "invisible" effects of politics on health. In this respect, both the novel and the film contain important parallels with contemporary Türkiye.

Keywords: medical ethics, social determinants, qualitative research, Salazar's dictatorship

Geliş Tarihi / Received: 29.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 20.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

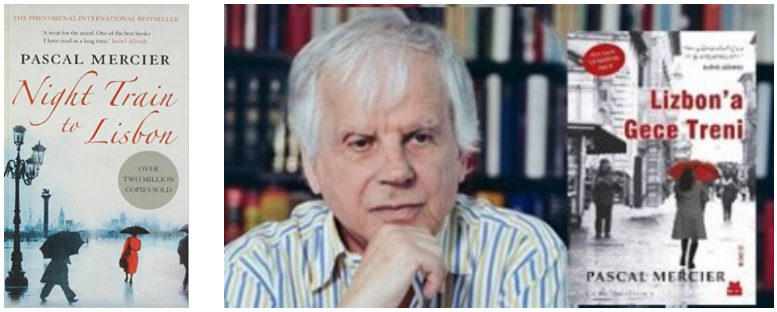
Sorumlu Yazar / Correspondence: Bülent Kılıç **E-posta:** bulentkilic64@gmail.com

Sorumlu Editör / Handling Editor: Nuray Özgülnar

Atıf için / Suggested Citation: Kılıç, B. (2026). Hem Kitap Hem Film: "Lizbon'a Gece Treni". *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 109-114

"Okuyan insanlar vardı, bir de ötekiler. Birinin okuyan mı okumayan mı olduğu hemen anlaşıyordu. İnsanlar arasında bundan daha büyük bir fark yoktu".

Pascal Mercier'in *Lizbon'a Gece Treni* (2004) romanını yalnızca bir "kendini bulma" hikâyesi olarak değil; hekimlik etiği, otoriter rejimlerin toplum üzerindeki etkileri, sağlığın sosyal belirleyicileri ve politik şiddet açısından da okumak gerekli. Daha da önemlisi, halk sağlığı perspektifinden bakıldığında romanın merkezindeki Amadeu de Prado'nun hekim olması da kurgusal bir tesadüf olmaktan çıkıp, yazar Pascal Mercier'in bilinçli bir seçimi haline gelir.



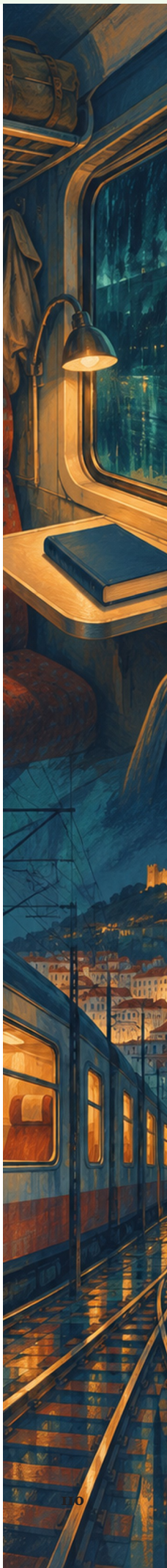
Görsel 1. Pascal Mercier ve "*Lizbon'a Gece Treni*" kitabının Türkçe ve İngilizce baskılarının kapakları

Romanın merkezinde İsviçre Bern'de yaşayan öğretmen Raimund Gregorius vardır. 50'li yaşlarının sonlarında, lisede öğrencilerine büyük bir tutku ve disiplinle Latince, Yunanca ve İbranice öğreten, son derece bilgili fakat yaşamı rutinleşmiş bir kişidir. Yaşamının büyük bölümünü kitaplar, sahaflar, kitapçılar, kütüphaneler ve öğrencileri arasında geçmiştir. Bir sabah, yağmurlu bir havada Bern'de Kirchenfeld köprüsünde intihar etmek üzere olan Portekizli bir kadınla karşılaşması ve onu kurtarmasıyla birlikte kendi yaşamını da sorgulamaya başlar.



Görsel 2. Gregorius'un Kirchenfeld köprüsünde gizemli Portekizli kadınla karşılaşması

Ardından bir kitapçıda Portekizli hekim ve düşünür Dr. Amadeu de Prado tarafından yazılmış "*Um Ourives das Palavras*" yani *"Sözcüklerin Kuyumcusu*" adlı kitabı bulur. Prado'nun metinleri Gregorius'u öylesine etkiler ki işini ve alışılmış hayatını bırakarak Lizbon'a gider. Bundan sonra roman iki hayat arasında ilerler: Gregorius'un bugünkü yolculuğu ile Amadeu de Prado'nun geçmişteki hayatı.



Gregorius Lizbon'da Prado'nun kız kardeşi, arkadaşları, sevgilileri ve eski direnişçilerle görüşerek onun yaşamını adeta bir araştırmacı gibi yeniden kurar. Gregorius'un bilmeden yaptığı şey aslında nitel bir araştırmadır (sözlü tarih çalışması). Farklı tanıklıkları karşılaştırır, yazılı belgeleri inceler, doküman incelemesi, derinlemesine görüşmeler yapar, yaşam öyküsü ve farklı kaynakların karşılaştırılması ile nitel çalışmaların çeşitli tiplerinden oluşan karma bir yöntem kullanır. Hatta bir tür triangülasyon da vardır: Prado'nun yazdıkları, kız kardeşinin anlatısı, arkadaşlarının anlatıları, direnişçilerin tanıklıkları ve Gregorius'un yorumları. Sonuçta Gregorius şunu keşfeder: hiçbir kaynak tek başına "gerçek Prado"yu vermez. Bu, nitel araştırmanın temel epistemolojik sorunlarından biriyle tamamen örtüşür: gerçeklik tek bir gözlemcinin elinde değildir. Çünkü Gregorius anlatılar arasındaki çelişkileri görür ve tek bir "nesnel Prado" olmadığını fark eder. Bu nedenle romanın temel sorularından biri şudur: Bir insanı gerçekten tanımak mümkün müdür? Çünkü farklı kişilerin anlattığı Prado'lar birbirinden farklıdır. Bu, nitel araştırmalardaki temel sorunlardan birisini çoklu gerçeklik ve emik/etik bakış kavramlarını bize düşündürür.

Romanın kurgusal kahramanı Dr. Amadeu de Prado yalnızca başarılı bir hekim değildir; kitabından yapılan alıntılarda da görüldüğü üzere (romanda Prado'nun kurgu kitabından o kadar çok alıntı var ki bu zaman zaman romanı okumayı zorlaştırıyor), son derece sorgulayıcı, felsefeyle ilgilenen, din, ölüm, özgürlük, ahlak ve insanın kendi yaşamı üzerindeki egemenliği üzerine düşünen bir entelektüeldir. Fakat Prado'nun hayatını belirleyen asıl bağlam Salazar diktatörlüğüdür. Salazar, 1932 yılında başbakan olarak iktidara geldikten sonra Estado Novo (Yeni Devlet) rejimini kurmuş ve 1968 yılında felç geçirene kadar diktatörlüğünü sürdürmüştür. Salazar'ın Portekiz'inde siyasal baskı, sansür, gizli polis ve muhaliflerin takibi gündelik yaşamın parçası olmuştur. Romanda özellikle P.I.D.E., yani rejimin gizli polisi, korkunun kurumsallaşmasını temsil eder. Salazar toplumun yoksulluğunu unutması için 3F formülünü kullanmıştır (Futbol, Fado-müzik ve Fatima-din).



Görsel 3. Diktatör Salazar

Bir gün rejimin nefret edilen isimlerinden ve işkenceyle özdeşleşmiş bir gizli polis görevlisi (Mendes) ani bir kalp krizi geçirir ve tesadüfen en yakın doktor olarak acilen Prado'ya getirilir. Prado, kalp masajı ve acil müdahale ilaçlarıyla Mendes'i ölümden kurtarır.

Prado hekimlik yükümlülüğünü yerine getirmiştir ancak bunun sonucunda çevresindeki insanlar tarafından bir katili kurtardığı için dışlanır ve hakarete uğrar. Daha da önemlisi Prado kendi içinde

de şu soruyla karşı karşıya kalır: Bir hekimin hastasına karşı olan sorumluluğu ile topluma karşı olan sorumluluğu çelişirse ne yapmalıdır? Bu olay Prado’nun yaşamında bir kırılma anı yaratır ve daha sonra direnişe katılmasının önemli nedenlerinden biri haline gelir.

Romanı halk sağlığı açısından okuduğumuzda Prado’nun bu ikilemini yalnızca mesleki etik bir sorun üzerinden değerlendirmek yetersiz kalır. Esas sorun Portekiz’deki Salazar diktatörlüğüdür. İşkence, korku, sansür, yoksulluk, baskı ve özgürlük kaybı varsa hekimlik ve hastaları tedavi etmek yeterli midir? İşte bu noktada Dr. Prado’nun direnişçilerin tarafına geçmesi aslında sembolik olarak klinik hekimlikten sosyal hekimliğe geçmesi şeklinde görülmelidir.

Romanın tamamı aslında sağlığın politik (sosyal) belirleyicileri üzerine kuruludur. Salazar rejimi insanların yalnızca siyasal davranışlarını değiştirmez. Kiminle konuştuklarını, kime güvendiklerini, kimi sevdiklerini, hangi düşüncelerini sakladıklarını, hangi meslekleri seçtiklerini ve geleceklerini nasıl tasarladıklarını da etkiler. Dolayısıyla politika burada sağlığın tam olarak yapısal bir belirleyicisidir.

Romanın kahramanı Gregorius hayatının anlamını kaybetmiş birisidir. İşi, eğitimi, iyi bir geliri vardır. Güvenli bir şehirde (İsviçre-Bern’de) yaşamaktadır ama “sosyal iyilik” hali eksiktir. Bu açıdan romanın en önemli sorularından birisi şudur: “Sağlıklı olmak, yalnızca bedensel olarak hasta olmamak mıdır?” DSÖ’nün klasik sağlık tanımındaki mental ve sosyal iyilik hali boyutlarını düşünürsek Gregorius’un yolculuğu bir anlamda kendi iyi oluşunu yeniden kurma girişimidir.

Romanın zekice kurgulanmış taraflarından birisi de iki kahramanın Prado ve Gregorius’un birbirinin zıddı olmasıdır. Gregorius’da yaşanmamış ve görece daha uzun bir hayat varken, Dr Prado’da daha kısa ama oldukça yoğun yaşanmış bir hayat vardır ve ikisi de aynı soruyu sorarlar: “Başka türlü yaşayabilir miydim?” Yazar Pascal Mercier’in temel felsefesi buradan doğar: İnsan yalnızca yaptığı seçimlerden değil, yapmadığı seçimlerden de oluşur.

> *“Hepimiz küçük parçalardan oluşuruz, bu parçalar öyle şekilsiz, öyle farklıdırlar ki birbirlerinden, her biri her an canının istediğini yapar; bu yüzden kendimizle kendimiz arasındaki farklılıklar, kendimizle başkaları arasındaki kadardır”.*
>
> *Montaigne-Denemeler*

Roman ile film birlikte ele alındığında, film olay örgüsünün ana omurgasına oldukça sadık; fakat romanın felsefi, psikolojik ve etik derinliğini ciddi ölçüde sadeleştiriyor. Yönetmen Bille August, 2004 yılında yazılan yaklaşık 400 sayfalık, büyük ölçüde iç dünyaya, hesaplaşmaya ve düşünceye dayanan bir romanı 2013 yılında başarıyla 111 dakikalık daha görsel, romantik ve politik bir anlatıya dönüştürmüş. Film bir çeşit tarihsel gizem, politik ve romantik bir dramadır. Filmde Dr. Prado daha çok âşık, direnişçi ve trajik bir kahraman olarak gösterilmektedir. Film Lizbon’u ve geçmişteki politik olayları etkileyici biçimde görselleştirmekte fakat doğal olarak romanın düşünsel yoğunluğunu seyirciye aktarmakta zorlanmaktadır.



Başroldeki Jeremy Irons, Gregorius'u aynen romandaki gibi tüm film boyunca, kitapların arasına kapanmış ve yaşamı rutine dönüşmüş bir entelektüel olarak başarıyla canlandırıyor. Ancak en temel fark, roman Gregorius'un zihninde dolaşırken, film Dr. Prado'nun hayatında dolaşıyor. Gregorius, romanda Prado'yu araştırırken aslında kendisini araştırmaktadır: Ben kimim? Hayatım başka türlü olabilir miydi? Dolayısıyla film daha çok "Amadeu Prado'nun başına ne geldi?" sorusunu sordururken romanın temel sorusu ise "Gregorius, Prado'nun yaşamını neden bu kadar çok bilmek istiyor?" şeklindedir.



Görsel 4. Jeremy Irons'ın canlandırdığı Gregorius ve film afişi

Romanın sonu ise daha varoluşsal ve sağlıkla ilişkili. Gregorius'un yaşadığı ve nörolojik bulgular veren sağlık sorunları kafasını oldukça kurcalamaktadır:

> *"Ya kötü bir şey bulurlarsa?" diye sordu Gregorius.*
> Doktor ona baktı ve sakin, sağlam bir bakış attı:
> *"Hayat, yaşadığımız şey değildir; yaşadığımızı hayal ettiğimiz şeydir" dedi.*

Sonuç olarak film, romanın halk sağlığı açısından eksik kalan bir tarafını yani “politik belirleyicilerin” etkilerini görselleştiriyor. Roman ise filmin eksik bıraktığı şu soruyu soruyor: Bütün bunlar insanın iç dünyasında ne yapıyor? Dolayısıyla *Lizbon’a Gece Treni* sadece “hayatını değiştirmeye karar veren orta yaşlarının sonundaki bir adamın hikâyesi” değildir, insanın nasıl bir hayat yaşayabileceğini yalnızca kişisel tercihlerinin değil; içinde yaşadığı tarihsel dönem, politik rejim, sosyal ilişkileri, ailesi ve mesleki sorumluluklarının da belirlemesinin hikayesidir.

Romanın en büyük katkısı ise bizim açımızdan şudur: Otoriterlik, yalnızca seçim sistemi veya siyasal özgürlüklerle ilgili değildir. Toplumda korku, güvensizlik, şiddet, işkence, sosyal izolasyon, ifade özgürlüğünün kısıtlanması ve kurumlara güvensizlik üretir. Bunların tümü sağlığın sosyal ve politik belirleyicileridir. Bu nedenle romanı “politik rejimlerin sağlık üzerindeki görünmez etkileri” üzerine bir anlatı olarak da okuyabiliriz. Bu anlamda günümüz Türkiye’si açısından çok önemli benzerlikleri olan bir eser olduğunu düşünüyorum. Filmi seyreden ve romanı okuyan herkesin 80 yıl önceki Portekiz’e ve günümüz Türkiye’sine bu gözle bakmasını öneririm.

Kaynaklar

August, B. (Yönetmen). (2013). *Night train to Lisbon* [Film]. Studio Hamburg Filmproduktion; C-Films; Cinemate.

Mercier, P. (2012). *Lizbon’a gece treni* (İ. Özdemir, Çev.). Kırmızı Kedi Yayınevi. (Orijinal çalışma 2004’te yayımlandı.)



SoSa hakkında

Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa) (E-ISSN: 2822-2490), Halk Sağlığı Uzmanları Derneğinin (HASUDER) Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Çalışma Grubu tarafından yayına hazırlanan hakemli bir dergidir.

Dergi Şubat, Mayıs, Ağustos, Kasım aylarında olmak üzere yılda 4 kez çevrimiçi olarak yayınlanmaktadır.

SoSa, sağlık alanında halk sağlığı ile sosyal bilimlerin birlikteliğinin önemine dikkat çekmeyi ve ortak çalışmaları güçlendirmeyi amaçlamıştır.

Açık erişimli, ulusal, çift kör hakemli bir dergidir.

Yayın dili Türkçedir.

Yayın sürecinde herhangi bir makale işlem ücreti almamaktadır.

Makale göndermek, dergi hakkında detaylı bilgilere ve geçmiş sayılara erişmek için internet sayfamızı ziyaret edebilirsiniz.

Editörler



Fotoğraf: A. Öner Kurt

Darağaç Mahallesi, İzmir

f/2.8, 1/4000, 33 mm

E-ISSN: 2822-2490