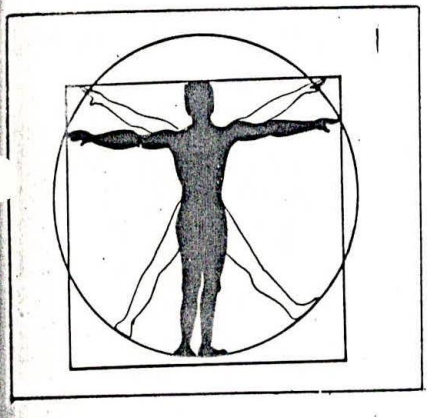
Com H-11

Health And Development



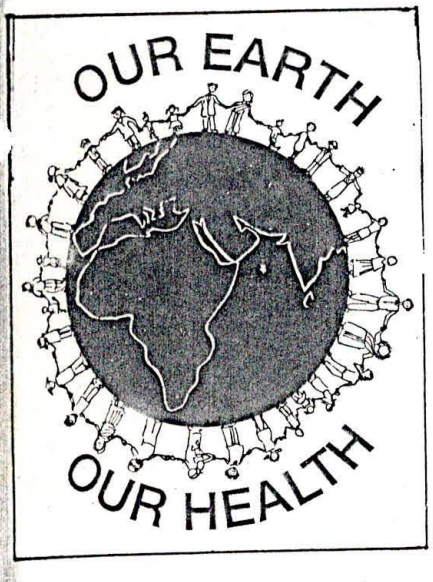
1.1 Health: A holistic issue

Traditionally, health has been viewed in its narrow connotation of "absence of disease". However, with growing advancement and understanding in various spheres it has now been universally acknowledged that health has much wider ramifications and ought to be perceived in its holistic perspective. This concept is reflected in the definition given by WHO (World Health Organisation):

Health is a state of complete Physical, Mental and Social well being and not merely an absence of disease or infirmity.

Physical component pertains to the body, mental to the mind and social to the entire socio-cultural environment. Therefore, it is evident that factors from all these spheres have a direct significant role in shaping and defining the health of an individual.

If we move further from the individual to the family, to the village and further down to the entire community the interplay of these factors becomes even more evident. This becomes all the more important when we are working for the community and we have to cater services keeping in mind that greater number of people are benefited. Hence, our efforts have to be directed in such a way that greatest good to greatest number is achieved. As development workers, we have often pondered as to how is it that one section of the community has access to larger number of resources and enjoys better health status and a larger majority lives in sub-human conditions struggling and striving for survival? The explanation to this clearly lies in an understanding of the social, cultural, economic and political factors.



In this context, it is also relevant to understand that WHO acclaims health as a fundamental human right and has set up a goal for all countries to achieve health for all by 2000 A.D. and the chosen strategy is one of Primary Health Care. **Primary Health Care has been defined as essential health care made universally accessible to individuals and acceptable to them, through their full participation and at a cost the community and country can afford.**

Primary Health Care has the following characteristics:

1. It is essential health care which is based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology.
2. It should be rendered universally, acceptable to individuals and the families in the community through their full participation.
3. Its availability should be at a cost which the community and country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self-development.
4. It requires joint efforts of the health sector and other health related factors viz. education, food and agriculture, social welfare, animal husbandry, housing, rural reconstruction, etc.

For effective primary health care the following eight essential components have been identified by WHO to be implemented in an integrated manner:

Greatest good to the greatest number must be the main aim.

1. Education of the people about prevailing health problems and methods of preventing and controlling them.
2. Promotion of food supply and proper nutrition.
3. Adequate supply of safe water and basic sanitation.
4. Maternal and child health care and family planning.
5. Immunization against major infectious diseases.
6. Prevention and control of locally endemic diseases.
7. Appropriate treatment of common diseases and injuries.
8. Provision of essential drugs.

It is important to reflect as to how far or near are we in terms of these. And how much we, as development workers, are actually involved in this process. It is also essential to realize that we are very much part of the system and health is "not merely" an issue in isolation, but very much a part of the development process.

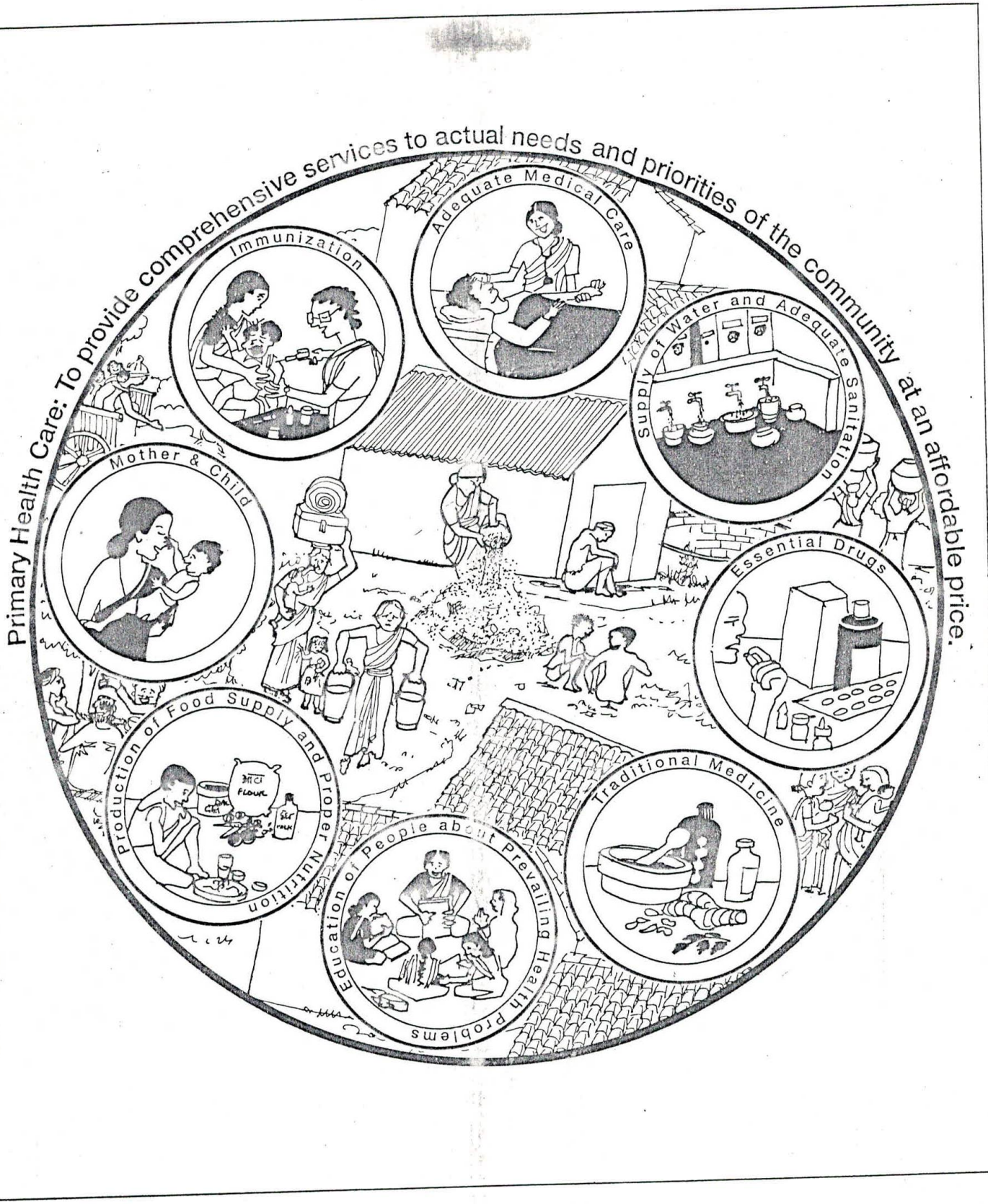
1.2 Inter-linkages between health and development

Let us begin by refreshing our understanding of development. We all talk about development, we all work towards development and we all want our country to be developed. But what is development?

Let us reflect on the description given by United Nations.

UN description of development

"Human beings have basic needs: food, clothing, health, education. Any process of growth that does not lead to their fulfilment or even worse disrupts them is a travesty of the idea of development. We are still in a stage where the most important concern of development is the level of satisfaction of basic needs for poorest sections in each society which can be as high as 40 percent of the population. The primary purposes of economic growth should be to ensure the improvement of conditions for these groups. A growth process that benefits only the healthiest minority and maintains or even increases the disparities between and within


Primary Health Care: To provide comprehensive services to actual needs and priorities of the community at an affordable price.
Immunization
Adequate Medical Care
Supply of Water and Adequate Sanitation
Mother & Child
Essential Drugs
Production of Food Supply and Proper Nutrition
Traditional Medicine
Education of People about Prevailing Health problems
FLOUR
MILK

countries is not development. It is exploitation. And the time for starting the type of true economic growth that leads to better distribution and to the satisfaction of the basic needs for all is today. We believe that rapid economic growth benefiting the few will trickle down to the mass of the people has proved to be illusory. We, therefore, reject the idea of 'growth first, justice in the distribution of benefits later'.

Development should not be limited to the satisfaction of basic needs. There are other needs, other goals, and other values. Development includes freedom of expression and impression the right to give and to receive ideas and stimulus. There is a deep social need to participate in shaping the basis of one's own existence, and to make some contribution to the fashioning of world's future. Above all, development includes the right to work by which we mean not simply having a job but finding self-realization in work, the right not to be alienated through production processes that use human beings simply as tools".

It is evident from this that development is a total process and man is the most crucial factor in development. Starting point for development is, of course, fulfilment of basic needs but it goes much further than that. Development is both at the individual level and at the community level and is a process whereby people become more self reliant and at the same time interdependent on one another. By development people achieve greater control over their lives.

Health and development are closely linked to each other. Some view health as a pre-requisite for development, others see it as a by product of development. In 1979, the United Nations General Assembly adopted health as an integral part of development.

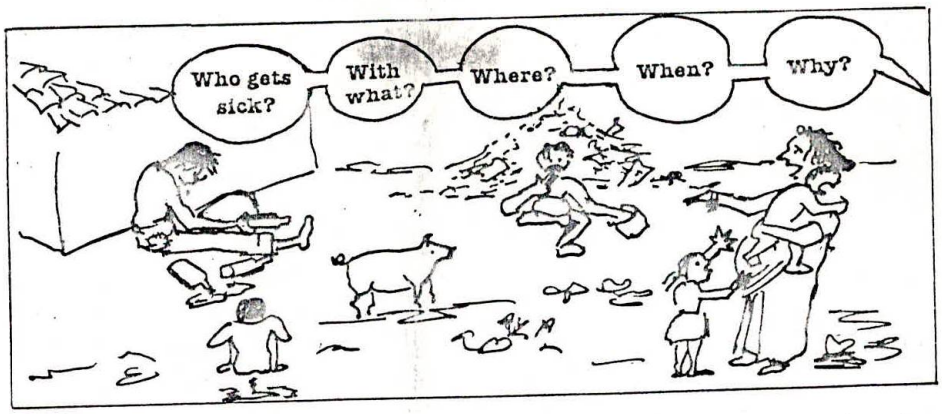
Another very significant linkage between health and development lies in the fact that health problems require both medical and social solutions. Medical solutions alone are not sufficient to cope with health problems because of complex entanglement with social factors. Supporting this argument is the case of several diseases which have declined in the Western countries. For example, Tuberculosis (T.B) started showing a downward decline in the early 19th century and definitive treatment for this disease in the form of anti-tubercular drugs was discovered only in the 1950's. The reason for this can only be attributed to improvement in the living conditions and overall socio-economic development in these countries.

Hence, we see that road to health and road to development are the same. It calls for an integrated network and close cooperation and coordination in all spheres of which health is an important component to achieve overall development.

1.3 Political Will

If we closely look at the health of any community and try to search for answers to the following questions:

- Who are the people who get sick more often — is it the rich or the poor?



- Who are the people who have greater access to medical facilities?
- Who are the people who are subjected to greater sufferings?
- Who are the people who die more in number?

Evidently, the answer will be the poor. Therefore, the fight against ill health, is in fact, in its broader perspective a fight against poverty. This essentially is a political issue and requires radical structural changes throughout the society.

Whatever policies in the field of health which are formulated and implemented are governed by political leaders. If we want changes or alternatives a crucial determinant is whether the political system governing a society favours a rule by an oligarchy or whether it actively promotes changes in the social system which will enable the masses, particularly the age long oppressed, under privileged and underserved, to actively participate and to have their say in the affairs of the country.

If there is a will and commitment in the political system to a process of democratization and there is an equal amount of enthusiasm, and participation from the people then only can an alternative system be accepted and contribute in the process of overall change for better health of the community and broader development. An understanding of this concept is helpful in putting pressure on the rulers to bring about the desired political change.

Today, the concept of primary health care has been accepted all over the world and this indeed is a welcome sign and a healthy trend towards greater democratization. This concept essentially requires :-

(i) Participation of the community

This means involvement of individuals, families and communities in promotion of their health and welfare. It also implies that community should participate in planning, implementation and maintenance of health services.

(ii) Equitable distribution

It means health services should be accessible to all sections of the community and requires getting the health services dispersed to the farthest reaches of rural areas and the deepest urban slums. The basic aim is to correct all imbalances and bring health services as near as possible

to peoples' homes.

(iii) Multi-sectoral approach

It requires joint efforts of health sector along with other related sectors viz. education, food and agriculture, social welfare, animal husbandry, housing and public works, rural reconstruction, etc.

(iv) Appropriate technology

This means use of scientifically sound materials and methods that are socially acceptable and directed against relevant health problems.

These indeed are quiet encouraging commitments but they should not merely remain on paper or be of mere academic interest but they have to be in practice implemented and guided by a strong political will. What is happening today is that there is a wide gap between what we are saying and what we are doing. There is a marked difference in what objectives our policy statements talk about and what they actually come up with and finally what is in effect implemented.

We, in the development sector, have to seriously reflect on what constructive efforts we can make in creating a favourable political will, in fostering an environment which is pro-people, in generating an awareness amongst common man for his rights and duties and overall accomplishing development in its real sense.

1.4 Sound Alternatives

Common man often questions which system of medicine is the best? To him the word "Best" means a system which is less expensive and gives early relief. Some aware people often want to know what are the adverse effects of drugs which they are taking? Another very important point which some people want to explore is how disease is caused and how it can be prevented.

Commonly, it is seen that practitioners of each system claim their system of medicine to be the best. All of them try their level best to prove that their system of medicine is without any flaw and all other systems have a number of flaws. Different systems of medicine operate differently. There is no link or communication in between two systems of medicine and even if there is some connection it is only for the sake of formality. Who will have so much time that he or she goes through all the systems of medicine and takes a decision as to which system is the best? In the genesis or development of each system of medicine there is involvement of innumerable persons and circumstances which have contributed. There is no society, in which, in order to cater to the growing demand of various health problems, some system of medicine or the other has not developed. As time has progressed and science and technology has advanced, there has been an advent of newer systems of medicine.

In India, normally, people use "Ayurveda" to denote the ancient systems of medicine prevailing in our country, but in actuality, it is not so. Various tribes and sub-tribes have evolved their own system of medicine of which we know very little. Likewise, various herbal plants

and medicinal plants have also been used based on socio-cultural beliefs and practices. In this regard, we would also like to mention that there is a whole world of occult sciences which in their own way are contributing to the systems of medicine.

"Unani", "Homeopathy", "Allopathy", systems of medicine have come into our country from outside and today many of them have spread quite extensively. Besides these in the South, "Siddha" and in Tibet "Tibetan medicine" have evolved. Also "Yoga" "Naturopathy", "Magnetotherapy", "Solar Medicine", etc. are also being used and practiced in India.

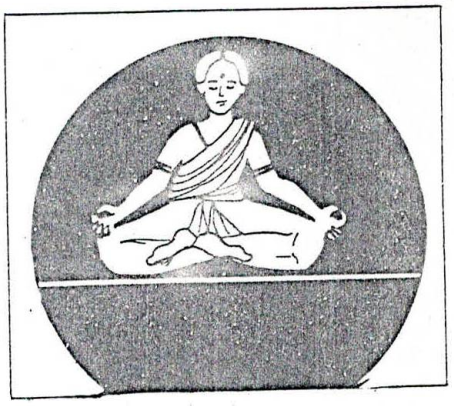
Today, communication media has added a new perspective to the various systems of medicine. Health had been made a "commercial commodity" and is being used for economic prosperity. Radio, television, newspapers, and magazines have been used as aids in the process of misleading people on health, issues. In order to make more and more money in the field of health various techniques are being employed. Today, with the political will aiding this process and for multi-nationals money making being the main objective, health improvement becomes a mere slogan.

"The Traditional way is good and the New Way is bad" —this approach line has also created number of problems for us. If we believe that there is advancement in our knowledge we will keep with us some of the healthy and good traditional practices and leave all the wrong things, it shall be very helpful. We should look at all traditional systems of medicine in a very open fashion and should avoid blindly following any one system.

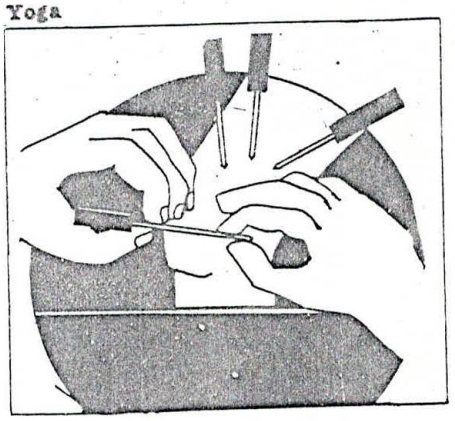
If between various systems of medicine an environment of mutual trust and respect is fostered, it shall prove to be very helpful in the long run. It shall also help us to eradicate all doubts naturally and create and strengthen mutual understanding.

One thing is very clear that between various systems of medicine it is not possible to have common ideological and philosophical understanding because of fundamental differences. The ideology of Homeopathy is entirely different from the ideology of Allopathy. Likewise, in Ayurveda the whole world has been created through five states of matter, while in Unani only four particles of matter are essential. Naturopathy advocates do not use any kind of medicine and only use diet and certain processes to find cures for various diseases. Ever since Yoga has reached the West this system has progressed by leaps and bounds. Yoga is based on introspection and physical exercise. Acupuncture and Acupressure make use of various needles while Magnetotherapy makes use of magnets to cure diseases.

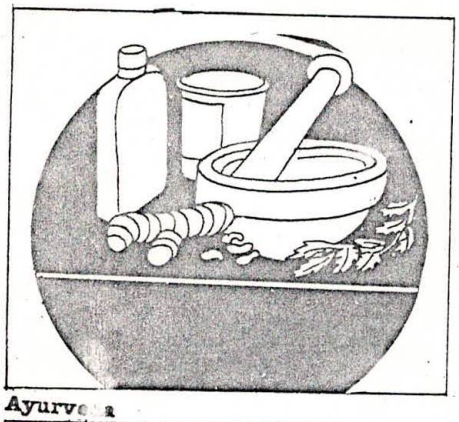
As a result of experiments by China and some other countries it has been proved beyond doubt that despite ideological differences, a mutual relationship can be established on the practical platform. In India, on a very extensive scale, efforts are being made in this regard. But today indifference and lack of understanding in professionals and policy mak-



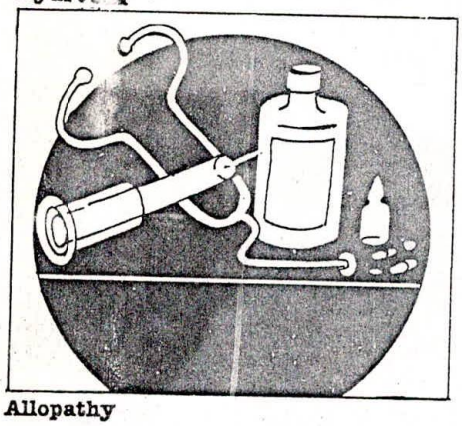
Yoga



Acupuncture



Ayurveda



Allopathy

ers has created an environment of unclarity

Today, some of the Ayurvedic, Yoga, Homeopathy practitioners are freely making use of Allopathic medicines. In their training also the advances of Allopathic medicines are taught. Even Allopathic practitioners are using drugs derived from herbal plants – e.g. Reserpine (drug used for hypertension) from Sarpagandha and Vincristine (drug used for Cancer) from Sadabahar. Whatever be the system of the medicine it is incomplete and each system is trying to reach the state of wholeness. It is scientific and logical to explore the possibility of change. It will be wrong to assume that whatever is valid today, shall continue to be so.

In the evolution of Allopathic system of medicine there has been a time when people were making claims that man would be able to get himself completely rid of all diseases and be able to procure health but this claim was soon disproved. Various diseases like Cancer, AIDS, etc. have come up for which cure is not possible. On the other side there have been various diseases like Smallpox which have been eradicated. The field of surgery has also progressed in a big way.

If in this way we look at all the systems of medicine with respect and objectivity and try to adopt the good points of each system it shall prove to be a very useful effort. In this regard, however, we shall like to stress that even before finding cure for diseases it is still more important to be healthy. The systems of medicine which only talk about curing disease, which use more and more medicine and fill their pockets with the money derived from poor, helpless and sick, which place doctors in the category of gods, which believe a common man to be a fool, which believe in only telling about health in terms of drugs and hospitals and ignoring the socio-cultural, political and spiritual perspectives can only claim to be systems appropriate for machines.

It will be wrong to imagine development of any system to foster positive health without going into the socio-political, cultural, spiritual dimensions. Today, we need a system which will eradicate the disease from its root and create an awareness in general public about the cause of the disease and prepare common man to deal effectively with it. It has also to respect the socio-cultural values of the society and be available and accessible to all.

Questions For Discussion

1. **Define health as given by WHO. Do you agree with this definition?**
2. **List the elements of primary health care. Do you think these are essential?**
3. **Discuss the influence of politics on health of the community of your region.**
4. **"Health and Development are two sides of the same coin". Discuss.**

Com H-11.

BACKGROUND PAPER ON HEALTH AND PSM'S
Presented at 2nd All India People's Science Congress,
Calcutta.

BY DELHI SCIENCE FORUM.

India was s signatory to the "Alma Ata Declaration" a adopted by the World Health Assembly in 1978, which gave the call "Health for all by 2000 AD". Today, 10 years after the Alma Ata declaration, the state of health in India makes the country one of the most backward in this respect. The facilities in some of our hospitals may be among the best in the world and the same can be said about our doctors. This, however, does not determine the health ofnation. The only true index of a nation's health is the state of health of the vast majority of people, andnot that of a privileged few. In this regard the Government's own "Statement on National Health Policy" (1982) states "The hospital based disease, and cure-oriented approach towards the establishment of medical services has prodived benefits to the upper crusts of society specially those residing in the urban areas. The proliferation of this approach has been at the cost of providing comprehensive primary health care services to the entire population, whether residing in the urban or the rural areas".

POST-INDEPENDENCE EXPANSION IN HEALTH SERVICES

However this should not detract from the fact that since independence there has been improvement in many areas, both in terms of growth in in rastructure andinterms of their actual impact on the health status of our people. The following table gives an account of the progress made.

Table - 1

IMPROVEMENT IN HEALTH FACILITIES/CONDITIONS SINCE INDEPENDENCE

Year	Life expe tancy at	Infantmort ality rate	No. of hosptials	Population per bed	No. of PHCs	Doctors per lakh popln.
1951	32.1	180	2694	3199	725	16.5
1961	41.2	165	3094	1930	2800	17.6
1971	45.5	137	3976	1673	5112	25.8
1981	52.1	120	6805	1405	5568	38.2
1985	57.0	105	7181	1378	7210	N.A.

Source: Compiled from Govt. source

..2...

It is however important to understand both the content and the process involved into this progress made in the health sector. There is a tendency to cite the above figures to make out a case for positing that this progress has been adequate, and hence no major policy interventions arenecessary. The health services at the time of Independence were a function of the socio-economic and political interests of the colonial rulers. Consequently they were highly centralised, urban-oriented and catered to a small fraction of the population. Public health services were provided only in times of outbreaks of epidemic diseases like small pox, plague, cholera etc. The post-independence era witnessed a real effort at providing comprehensive health care, and in extending the infrastructure of health service.

Even the West wemt through this rapid phase of improvement of health services, after a period of stagnation, at the turn of the century. In the early days of the Industrial Revolution the bulk of workers who came to work in factories from the countryside suffered from malnutrition, communicalble diseases and high rates of infant and maternal mortality. When it was realised that the very suffering of the people was endangering industrial production (and thereby profits), active steps were taken to dramatically imrpve publicchealth services. Economists who had considered medical expenditure as a mere consumption item, realised that allocation on health care was actually an investment on increasing productivity of labour. Another major thrust was provided in the aftermath of the Second World War, when with the rise of organised workingclass movements and the consequent development of democratic consciousness in many European countries the concept of "Welfare States" was mooted, For example the National Health Scheme in Britain, which is highly regarded even today, took shape under the Labour Government just after World War II. A rough analogy can be drawn with this and the Indian situation after Independence. Consequent to the transfer of power in 1947, the character, and as a result the long term interests, of the ruling sections changed and consequently their intereest and motivations were qualitatively different from that of the British. Their own interests required a major thrust towards building of an infrastructure to provide some basic facilities to the people. This thrust was both an expression of the need felt by the ruling sections to rapidly increase the industrial base and agricultural production, and a consequence of the concessions they required to make towards the genuine aspirations of the people. This basic difference between colonial India and free India, albeit under an exploitative social system, should be understood.

...3...

At the same time major scientific discoveries revolutionised the treatment and prevention of many diseases. These have contributed greatly to the increase in life expectancy and in reduction of mortality. The antibiotic era has made it possible to control a larger number of infectious diseases, for which no cure was earlier possible. Rapid strides have been made in the field of immunisation, diagnostics, anaesthesia, surgical techniques and pharmaceuticals. This has had a dramatic impact on mortality and morbidity rates all over the world. There are pitfalls of an absolute dependence on technological solutions to health problems, but it is definitely true that in many instances newtechnologies have had a major impact. However the imporvements in ourhealth delivery system have not kept pace with the needs of a vast majority of our people. So much so that the Government's "Statement on National Health Policy" (1982) is forced to state "Inspite of such impressive progress, the demogfaphic and health picture of the country still constitutues a cause for serious and urgent concern".

BALANCE SHEET OF HEALTH

The following statistics give a picture of the state of health of our people:

- Only 20% of our people have access to modern medicine.
- 84% of health care costs is paid for privately.
- 40% of our child suffer from malnutrition. Even when the foodgrain oroduction in India increased from 82 million tonnes in 1961 to 124 million tonnes in 1983, the per capita intake decreased from 400gms. of cereals and 69 gms. of pulses to 392gms. and 38 gms. respectively. Due to increasing economic burden on a majority of the people, they just cannot buy the food that is theoretically "available".
- Of the 23 million children born every year, 2.5 million die within the first year. Of the rest, one out of nine dies before the age of five and four out of ten suffer from malnutrition.
- 75% of all the diseases in India are due to malnutrition, contaiminated water and non-immunization.
- Only 33% of deliveries are attended to by trained people.
- Life expectancy is 57 years. This is less than even that in many Third World Countries like Nicaragua, Brazil, Vietnam, Burma, Peru etc.

...4....

-- 50% of children and 65% women suffer from iron deficiency, anaemia.
-- Only 25% of children are covered by the immunization programme. 1,3 million children die of diseases which could have been prevented by immunization.
-- 1/3 of the total population of India is exposed to Malaria, Filaria and Kalazar every year.
-- 550,000 people die of TB every year. About 900,000 people get infected by Tuberculosis every year.
--nAbout half a million people are affected with lepsory, which is 1/3 of the total number of leprosy patients in the world.
-- 70% of children are affected by some intestinal worm infestation.
-- 1.5 million children die due to diarrhoea every year.

A comparison of Infant Mortality Rates (i.e. number of deaths under the age of one month per thousand live births) of some countries in 1960 and 1985 shows that many countries with a poorer or comparable record 20 years back are today much ahead of India.

TABLE - 2

Country	IMR in 1960	IMR in 1985
Turkey	190	84
Egypt	179	93
Algeria	168	81
India	165	105
Vietnam	160	72
China	150	36
UAE	145	35
El Salvador	142	65
Jordan	135	49

Sources: *State of the World's Children' 1987 - UNICEF.

INADEQUATE RESOURCE ALLOCATION

One of the principal reasons for the state of health of our people, lies in our wrong priorities as far as resource allocation is concerned. This is borne out by the following table which shows progressive reduction in budgetary allocation for Health in successive Five Year Plans (not inclusive of allocation for Family Welfare)

TABLE - 3

Plan Period	% share of Health Budget
1951-56	3.32
1956-61	3.01
1961-66	2.63
1966-69	2.11
1969-74	2.12
1974-79	1.92
1980-85	1.86
1985-90	1.88 (esstimated)

Source: GOI, Health Statistics of India, 1984.

The government spends just Rs.3/- per capita every month on Health. (This may be contrasted with the estimated average expenditure, incurred privately, of Rs.15/- per capita every month) The following table gives a comparison of the percentage of govt. allocation on health.

TABLE - 4

Country	% of central govt. expenditure allocated to health (1983)
India	2.4
Egypt	2.8
Bolivia	3.1
Zaire	3.2
Iran	5.7
Zimbabwe	6.1
Kenya	7.0
Brazil	7.3
Switzerland	13.4
FRG	18.6

Source: The state of the World's Children-1987.

Moreover, even these meager resources are not equitably distributed, 80% of the resources is spent on big hospitals and research institutions which are situated in metropolitan cities and large urban centres. They cater to less than 20% of the people. On the other hand just 20% of the resourcesis spent on primary health care, which caters to over 80% of the people. The following table gives the comparative figures of hospitals and beds in rural and urban areas.

...6...

TABLE - 5

COMPARISION OF NO. OF HOSPITAL BEDS IN RURAL AND URBAN AREAS (As on 1.1.1984)

	No. of Hospitals	% of total	No.of Beds	%of total
Rural	1894	26.37%	68233	13.63%
Urban	5287	73.63%	432395	86.37%
Total	7181	100.00%	500628	100.00%

Source: Health Status of The Indian People, FRCH, 1987.

Of the total number (just over 2 lakhs) of allopathic physicians in the country, 72% are in urban areas. Further, only 15.25% of all health personnel work in the rural primary health sector of the government. As a result of the highly inadequate Govt. intervention in the health sector people are forced to take recourse to the private sector in health care. By this kind of an approach, health has been converted to a commodity to be purchased in the market. Only those who can afford it can avail of the existing health facilities. It is thus clear that health is perceived by the Govt. as a low priority area with grossly inadequate resource allocation, and a skewed pattern of utilisation of these meager resources. This is afundamental problem in the health sector which calls for rethinking refarding the whole developmental process in this country.

Here another disturbing trend needs to be mentioned. In the last few years there has been large scale investment by theprimate sector on curative services. With encouragement from the government for the first time in India big businesshouses are entering thefield of health care. In addition to the fact that they areexclusively meant for the elite, the trend is also an indicator of a certain kind of Philosophy within Goct. circles regafding health care. It is the kind of thinking which draws inspiration from a World Bank report which says "present health financing policies in most developing countries need to be substantially reoriented. Strategies favouring public provision of services at little or no fee to users and with little encouragement of risk-sharing have been widely unsuccessful". (de Ferranti, 1985). This, in other words, is a prescription for increased privatisation. The National Health Policy Statement says "With a view to reducing governmental expenditure and fully utilising untapped resources, planned programmes may be devised, related to the local requirements andpotentials, to encourage the establishment of practice by private medical professionals, increased investment by non-governmental agencies in establishing curative centres...." Is this not tantamount to an abandonment of the Govt's duty in

.....7.....

in providing health care to all. Increased privatisation in health can only serve to exclude the most impoverished sections, pricisely the section who need health services the most!. The answer to theGovt's inability to find sufficient resources for health programmes certainly cannot lie in taxing the community fof provision of health care.

LACK OF HOLISTIC APPROACH

Health services, in the traditional sense, are one of the main but by no means the only factor which influence the health status of the people. Today the concept of social medicine recognished the role ofsuch social economic factors on health as nutrition, employment, income distribution, environmental sanitation, water supply, housing etc. The Alma Ata declaration states "health, which is a state of complete physical, mental and social well bring, and not merely the absence of disease or informity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible by level ofhealth is a most important world-wide social goal whose realisation requires the action of many other social and econokic sectors in addition to the health sector". Flowing from this understa ding, health is not considered any more a mere function of disease, doctor and drugs. Yet even today the existing public health infrastructure in India is loaded in favour of the curative aspects of health.

For a country like India, it is possible to significantly alter the health status of our people unless preventive and promotive aspects are giben due importance. An overwhelming majority of diseases can be prevented by the supply of clean drinking water by providing adequte nutrition to all, by immunizing children against prevalent diseases, by educating people about common ailments and by providing a clean andhygienic environment. It has been estimated that water-borne diesases like diarrhoea, poliomyeilitis and typoid account for the loss of 73 million work days every year. The cost in terms of medical treatment and lost production, as consequence, is estimated to be Rs.900 crores-which is about 50% of the total plan allocation on health!

Yet accordi ng to the Govt's health policy statement (1982) "Only 31% of the rural population has access to potable water supply and 0.5% enjoys basic sanitation". The situation is not much better in urban slums. A recent study conducted by the National Institute of Health and Family Welfare points out "the existing health and morbidity patterns in theurban slums is even worse than the ru ral areas of India". Talking about Delhi the study says "the most important and common features in three out

....8.....

out of four slums are the extremely insanitary environmental and hygeinic conditions in which the slum population is living". Further, while India accounts for more than 35% (3000 deaths every day) of all deaths taking place in developing coun ries due to vaccine-preventable diseases, less than 25% of our children are covered by the Expanded Programme of Immunization. How preventive measures can alter the course of diseases is typified by Tuberculosis. Drugs for treating Tuberculosis were discovered after 1940. Yet, 20 years earlier, the disease had been almost totally eradicated from Britain due to improvement in conditions of living. But even today, when numerous drugs have been discovered for treatment of the disease, more thanhalf a miilion die of its every year in India.

We have seen earlier that resource allocation is heavily biased in favour of urban areas. Similarly the emphasis on curative services also reflects a bias in our planning process in favour of such services vis-a-vis preventive and promotive services. As in other walks of life, health services are a function of the political system of a community. They reflect the needs of the ruling sections, in terms of resource and manpower allocation andin regard to the choice of technology. A holistic approach towards health care, taking in to account the socio-economic factors influencing health, demands a level of conciousness which is lacking in our planning process.

PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

The Alma Ata Conference defined Primary Health Care as "essential health care made universally accessible to individuals and acceptable to them through their full participation and at a cost the community and country can affort". This concept was mooted as an alternative to the existing concept of comprehensive health care, which vieweed the people as mere receivers of curative services through doctors, health centres, dispensaries and hospitals, It based itself on four broad principles:

1. equitable distribution of health services.
2. community involvement
3. multi-sectoral approach
4. appropriate technology

The Rural Health Scheme launched in India in 1977 is seen as the major component in the primary health care system. It is essentially a 3-tier system of health care delivery. The three levels are

1. Village level-includes the Community Health Worker(CHW) scheme and the Integrated Child Development Scheme (ICDS)
2. Sub-centre level-manned by one male andone female Multipurpose worker. Target is to have one sub-centre for every 5000 population.

3. Primary Health Centre Level-has a staff of 3 doctors (one female and two male) and other auxiliary staff. PHCs have facilities for laboratory tests, minor surgical procedures etc. They are also responsible for training of health workers, maintenance of rec rds and for liaising with various National Health Programmes.

While this 3 tier system is supposed to provide basic health care, there are a number of "national health programmes". These cover areas requiring special attention and include areas like Immunisation. Family Planning, Tuberculosis, Malaria, Leprosy, Blindness, Child helath (ICDS)programme) etc. Thes programmes, also known as "Vertical Programmes" are technically not part of the Rural Health Scheme but areorganised along independent lines with centrally administered control.

It is widely recognised that both the Rural Health Scheme and the vertical progra,,es are plagued with problems of inadequate facilities and resources. The annual report of the Ministry of Health and Family Welfare (1987-88) very candidly states "because pf the resource constraints only 50% of the Community Health Centres would be established by the year 1990". In other words the targetted coverage of the PHC system by 1990 is just 50% Similary is the state of various vertical programmes. The Nutrition Foundation of India in a study of the Integrated Child Development Service (ICDS) says " Though ICDS has been extended to cover more blocks form time to time, the support it has received has been gruding and halting" and often "extracted after much struggle". The CAG report for the year ending March 31, 1987, has criticised the functioning of three major programmes viz. Blindness Control Programme, Tuberculosis control programme and Leprosy eradication programme. These programmes have been pulled up for improper or non utilisation of funds, non release of sanctioned funds and lack of planning andmonitoring of these programmes. The principal p problem with all the health programmes in operation has been a total lack of community participation and the consequent absense of accountability of theseprogrammes to the local community, which runs counter to the guiding principles of Primary Health Care.

We have dealt earlier with the problem of resource constraints and their inequi able distri'ution. This has its severest repercussion on the rural health scheme. Even based on Govt. claims the coverage of sub-centres andprimary health centres are less than

.....10....

50% of the total rural population. Where these centres have been set up, they are under staffed and suffer from lack of medicines and equipment.

Another major drawback has been the difficulty in attracting doctors to serve in the rural health scheme. By and large doctors opt to work in rural centres only as a last resort. This refelcts on both the quaity and motivation of medical personnel manning primary health centres. Unwillingness of doctors to serve in the rural sector is also an indictment of our medical education system. The curriculum is heavily loaded in favour of curative medicine and within this in favour of diseases conforming to themortality and morbidity profile in the West. During their period of training medical students are taught to rely on sophisticated disgnostic aids. Such training ensures that medical graduates are ill-equipped to work in conditions prevailing in the rural areas. Moreover the medical profession isinvested with an aura of glamour, which unfortunately is seen to be lacking in service in the rural sectors.

It needs also to understood that entry into medical colleges is by and large limited to those coming from a higher socio-economic stratea, predominantly from urban areas, who consequently find it difficult to conceive of working in rural areas. Even when uneploument among doctors is not uncommonm doctors are unwilling to take up jobs in PHCs. A two pronged strategy is required to tackle the situation. Medical curriculum has to be reoriented and entry into medical colleges needs to be regulated in a manner which ensures amorebalanced "mix" of students. Side by side incentives have to beworked out to attract doctors to the rural health schemes. After all its is impractical to believe that doctors xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, are natutally fired by altruistic motives and with feeling of "service to the poor". At the same time, within the medical fraternity, there is a strong resitance in changingehthe age old concept of health as function of doctors and drugs. Implementation of recent concept of primary health care requi es a certain degree of demystification of Medical Science. But within the established medical bureaucracy and in the entrenched sectionsof the medical fraternity there is a vested interest in maintaining the stutus quo. This outmoded position within themedical fraternity needs to be countered.

The interaction of various "vertical programmes" with the rural health scheme is another area which needs attention. These programmes are all centrally administered with seprate administrative controls, staff and budgetary allocations.

....11...

However all theseprogrammes need tooperate through the rural health scheme, but as they have separate administrative controls, they are not accountable to the rural health scheme. As a result there is needless duplication of administrative manpower, costs and often confusion regarding aims. While the basic aim behind the vertical programmes of giving emphsis to problem areas is laudable. they need to be administratively integrated with the rural health scheme. Otherwise they will continue to work at cross purposes with the rural health scheme, often at great cost to the available material and human resources.

COMMUNITY PARTICIPATION

The slogan "Peoples" health in people "hands has today received universal support. Diverse agencies cutting across all kinds of ideological positions accept that community participation is vital to the sustenance of any comprehensive health programme. The Govt's Statement on Health Policy also recognises this position while stating "Also, over the years, the planning process hasbecome largely oblivious of the fact that the ultimate gola of achieving a satisfactory health status for all our people cannot be secured without involving the community int the identification of their health needs andpriorities as well as in the impelementation and management of the various health and related programmes". Unfortunately there is a basic lack of clarity on the ceoncept of community participation. Often, especially in official circles, it is taken to imply that the community participates in collectively receiving health services! A strategy developed by the Govt. to bring about community participation is the Community Health Worker (CHWD scheme. The scheme involves recruitment and traing of a Community Health Workers from every village community. The CHW is required to interact with the PHC system on behalf of the village community he repr sents. The scheme was introduced in 1977, as part of the Govt.'s Rural Health Scheme, nased on the recommendations of the Srivastava Committee (1975). The guidelines for the selection of dandidates for the CHW schemes are:

1) They should be permanent residents of the local community, perferably women. (in 1981 it was recommended that all future CHWs selected should be women so that the pressing tasks of maternal and child health may be seen to)
2) minimum formal education upto VIth Standard.
3) should be acceptable to all sections of the community
4) should be able to spare at least 2-3 hours every day for 'Community Health work.

Candidates after selection are trained for a period of a 3 months. After completion of their training the CHWs are given an honorarium of Rs.50 and simple medicines worth Rs.50 per month. They are free to continue in their earlier vocation, but are expected to devote 2-3 hours every day to community health work.

As the CHWs scheme constitutes the Government's principal effort in implementing the slogan of "Peoples" health in peoples' hands" it merits a closer look. Under this scheme around 4 lakh CHWs have been trained. However the implementation and impact of the scheme raises a number of questions related to the whole concept of community participation.

The CHWs scheme presupposes a degree of volunteerism in the selected candidates. Otherwise a stipend of Rs.50 per month this is far short of an adequate remuneration for the CHWs whose functions include - health education regarding preventive and promotive measures; encouraging participation of community in public health tasks; curative measures for treating simple disorders and referrals to the next level (sub-centre). In other words the CHWs is also required to play a leadership role in the community. However the methodology required to identify such personsis yer to be worked out. In practice the contradiction between inadequate remuneration and high expectations is often resolved in one of two ways. Either, after a short period of CHW stops performing the required functions or dropts out of the scheme altogether. Or he sets himself up as a private practicioner in the village. (In should be realised that the training imparted to them is often more than what a large section of unqualified practitioners/quacks in villages have received).

Moreover, while the CHWs main functions are related to promotive andpreventive aspects, the village community almost invariably is more inter sted in his curative abilities. Thus the CHW ends up as another practitioner in the village, albeit with partial Government support. The training programmes of CHWs are also not flexible enough to take into account regional and caste/community based differences in perceptions towards health. Thus a dichotomy exists between the CHWs own perceptions (with are usually closer to those of his community) and those imparted from "above" during the training programmes.

Another misconception has been to view the rural communities as homogeneous units. As a result there is no clear vision regarding how community participation can be ensured in vast tracts of rural India which is divided on the lines of class, caste and religion.

...13....

The tendency is to solicit support for any health programme from the village 'sarpanch" or other infleuntial members of the village which mostlyareas means the "high" caste and landed sections. A similar modus operandi is applied whle choosing the CHW "acceptable to all sections" from the village community. This almost invariably means excluding the landless and poor peasants, who form a bulk of the population and are most in need of health services, from the decision making process.

The dificiencies enumerated above in CHW scheme are questions which require to be faced squarely if community participation is to be the desired goal. Central to theprobelem is the question of acceptance by our village comm nities of the concept of preventive medicine. Today attempts at intoruducing this concept are carried out by initially gaining entry through curative services. In other words curative services are offered as the "carrot" to esnure to be acceptability of the programme, while preventive services are sought to be introduced through the "back door". Such subterfuge, which starts by not taking the local community into confidence, cannot bring about any significant degree of community participation.

It needs to be recognised that communities are primarily interested in curative services because of theutter inadequacy of these services. As result this is perceived, and rightly, so as the immediate necessity;. Can the people befaulted for such a perceot ception when majority of them are denied access to even very rudimentary curative services. Moreover the functioning of programmes aimed atproviding preventive carehasnot shown to thepeople the advantages of preventive medicine. It is only whe, from their own experience, people realise the advantages of preventive servicesthat one can expect a shift in perception.

Thus to sum up, for any tangible changes to takeplace in the field of health, radical redemarcation of priorities in the whole health care delivery system have to be initiated. Hard political decisionsto greatly increase spending on health care have to be taken. For the Primary Health Care system to function adequately, it has to be made answerable to local bodies. This in turn would require steps to democratisethe functioning of panchayat system and much greater decentralisation of administrative and fiscal powers. In the absense of such measure, one can only hope for some sporadic consmetic changes to take place.

FAMILY PLANNING

Today urgent rethinking is required on the whole strategy of family planning. Expenditure in this area has increased by

....14....

leaps and bounds. From a meager 0.14 Crores in the First Plan it went up to 409 Crores in the Fifth Plan, 1426 Crores in the Sixth Plan and finally to a proposed 3256 Crores in the Seventh Plan. Yet the birth rate has remained static at around 33 per 1000, for the last decade. How then is the continued increase in expenditure on family planning to be justified?

Actually the basic problem lies in the inverted logic that a falling birth rate precedes socio-economic development. The experience in countries all over the world has shown that exactly the reverse is true. The family planning programme as it stands today, is another example of attempting to find technological solutions to social problems which require societal measures. Moreover, the family planning programme with its fetish for targets, places an added burden on the health care delivery network, which it is ill equipped to carry. As a result there is a further whittling down of the already meager relief that the primary health care system provides. As noted in the case of other vertical programmes, the family planning programme too needs to function in an integrated manner with the rural health scheme.

CRISIS IN PHARMACEUTICAL INDUSTRY:

Though there continues to be a greater emphasis on the curative aspect of health even this area is plauged by a variety of problems. This is examplified by the total anarchy which prevails into the production and supply of medicines. Only 20% of the people have access to modern medicines. There are perennial shortages of essential drugs, while useless and hazardous drugs flourish in the market. There are 60,000 drug, formulations in the country, though it is widely accepted that about 250 drugs can take care of 95% of our needs. The market is flooded with useless formulations like tonics, caugh syrups and vitamins while anti-TB drug production is just 35% of the need. While 40,000 children go blind every year due to Vitamin-A Deficiency, Vitamin-A production was just 50% of the target in 1986-87. The production of Chloroquine has shown a decline in recent years, at a time when 20% of the people are exposed to Malaria every year.

Globally the Pharmaceutical Industry, is today a live topic for discussion. On the one hand new vistas are opened up everyday and new drugs have revolutionised treatment of several diseases. Side by side, increasing concern is being expressed about the harmful consequence of the unbridled growth of the Industry. The

.....15/-

turnover of the Pharmaceutical Industry has increased by leaps and bounds and today, globally, it stands next only to the Armaments Industry. The growth of the Industry has been phenomenal in India too. From a turnover of Rs.10 crores in 1947, it rose to Rs.1050 crores in 1975-76 and today stands at Rs.2350 crores.

In spite of the growth in Pharmaceutical production in the country, however, morbidity and morality profiles for a large number of diseases continue to be distressingly high. It is thus clear that there is a dichotomy between the actual Health "needs" of the country and drug production. It is also obvious that a mere arithmetic increase in Drug production cannot ensure any significant shift in disease patterns. Hence, if this dichotomy between drug production and disease patterns is to be resolved, some drastic measures are called for to change the pattern.

The Pharmaceutical Industry in India has developed along the lines followed in developed countries. The reasons for this are twofold. First, the Industry in India being in the grip of MNCs, drug production has naturally followed the pattern of production in the parent countries of these MNCs. No attempt has been made to assess to actual needs of the country. Secondly, the India/Drug Industry caters principally to the top 20% of our population, who have the purchasing power to buy medicines. This is also the section which is amenable to manipulationsby the high power marketing strategies of the drug companies. Moreover, in this section, disease patterns do roughtly correpondent to that in developed countries. The industry is thus able to meglect the needs of 80% of the population andyet make substantial profits. It sees no ned to change its pattern of drug production and thrust of its marketing strategu. One is unlikely to see any change in these areas unless the industry is compleeled to change by stringent regulatory measures, by the ov Government.

Further, drugs differe from other consumer goods, in that while the consumers have a direct say in the purchase of consumer goofd, such is not case for drugs. Drugs are purchased on the advice of doctors. Even in the caseof over the counter sales of drugs, doctors and chemists have role in determining themarket needs.

The prescribing habits of doctors are determined initially by the curriculum of medical education and later by information supplied through medical representative by drug companies. Medical students are trained on the lines, followed in the west, and by and

...16....

large the curriculam has very limited relevance to the existing situation in the country. On this the report of the Medical Education Committee, Ministry of Health and Family Welfare says, "The present system of medical education has had no real impact on the medical care of the vast majority of the population of India". It is thus the not suprrising that what doctors prescribe have little relevance to the disease patterns in the country.

What is probably even worse is the fact that doctrs, after passing out of teachinginstitutions, have almost no access to unbiased drug information. As a result their prescribing habits are moulded by information regularly supplied by drug companies. This information for obvious reasons, is manipulated to support the production pattersn of the drug industry. So ulti tely what medicines the patients gets is determined not by his actual needs but by what the drug companies feel are necessary to maximise their profits.

INCORRECT PRIORITIES OF GOVERNMENT

The problem is compounded by themanner in which the government makes estimates for drug requirements. The most important criterion used for this purpose is based on 'market needs'. Given the scenario related above, this can never reflected the actual drug needs of the country. Today, a need is created forvarious inessential durgs, by salves prmotion campaigns conducted by drug companies. Thus for ecample Vitamins and tonics in large doses are prescribed laong with antibiotics. This is a 'created need', though Vitamins and tonics are sameof thehighest selling products in themarket.

India accounts for about 18% of the world's population, manufactures andmarkets only 2% of the total global drug production, out of which barely 30% are essential, to meet the drug needs to drug to treat 24% of the total global morbidity. Thefollowing table gives us some idea of the shortfall in essential drug production. (Though the gravity of the situation ismore than waht the table indicates, as the demand estimategiven for 1982-83-based on government figures are a gross under estimation. Moreover for 1986-87 the Chemicals Ministry has even stopped giving gurues for demand estimates, and supplies only figures fortarget of production!)

TABLE - 6

SHORTFALL IN PRODUCTION OF ESSENTIAL DRUGS

Name of Drug	Unit	1982-83 Demand Estimate	1982-83 Total Availability	1986-87 Target Estimate	1986-87 Total Availability
Penicillin	MMU	370	360-32	450	266.64
Streptomycin	T	270	247-87	270	203.88

....17...

Chloramphenicol	T	300	111.46	300	71.60
Ampicillin	T	200	142.27	380	158.45
Vitamin-A	MMU	77	52.00	140	69.34
INH (anti Tubercular)	T	250	288.40	325	188.59
Chloroquine	T	200	194.57	410	177.61
Dapsone (Anti Leprosy)	T	200	86.90	60	25.51
Diptheria Anti Toxin	MU	800	653.57	800	691.05

Source: Indian Drug Statistics, 1984-85 Ministry of Chemicals and Fertilizers, GOI. & Annual Report Department of Chemicals and Petrochemicals, GOI, 1987-88.

The Indian sector in the Pharmaceutical Industry(including both private and public) has the capability to produce all essential drugs. Yet the multinational sector continues to play a dominant role. The mercenary attitude of drug multinationals is responsible for holding the health of the country to ransom. They market drugs in this country which arebanned in their parent countries. They use the country to test new drugs with dangerious side effects and in a variety of ways flout the law of the land with inpunity. Health related industry has the second largest turnover, owlr over, after the armaments industry. Today the predatory nature of thepharmaceuticals industry appears ready to outstrip even the arnaments industry. The conctol of drug multinational companies on the the Indian market is alsmot complete. There are more than 50 MNCs in the drug market in India. Fifteen such companies control as much as 31.8% if the total Indian market. MNCs in theprocess have earned huge profits while charging exorbitant prices for their products.

There have been persistant demands that the Multinational companies should be nationalised. In fact this was one of the recommendations of the Hathi Committee set up in 1974 to go into the problems of the Pharmaceutical Industry. MNCs are still being allowed to operate in this country on the plea that they bring in new technology. Yettheir record in the last decade shows that their contribution in this field has been less than the Small Scale Sector. Today the MNCs reap super-profits by mainly producing inessential drugs. The following table gives an account of the contribution of MNCs in drug production.

....18....

TABLE-7

COMPARATIVE CONTRIBUTION OF MNCs AND NATIONAL Cos

(Top 85 Cos.)

(Rs.in Crores)

Class of Drug	Total prod.	MNCs(40)	National(45)
ESSENTIAL			
Antibiotics	256.5	82.9	173.6
Anti-T.B.	29.2	(32.3%)	(67.7%)
Anti-T.B.	29.2	4.0	25.2
Sera-Vaccines	1.5	0.5 (33.3%)	1.0 (66.7%)
INESSENTIAL			
SIMPLE REMEDIES			
Tronics	32.0	20.1 (62.8%)	11.9 (37.2%)
Cough&Cold	55.7	41.4 (74.3%)	14.3 (25.7%)
Preparations			
Rubs &Balms	12.5	12.3 (98.4%)	0.2 (1.6%)
Vitamin	98.0	78.8 (80.4%)	19.2 (18.6%)

Source: ORG Retail Survey, April 85 to March 86.

The new drug policy announced in December 1986, instead of spelling out measures for control of MNCs has granted them even more concessions. It has allowed increased profitability on drugs and has reduced production controls. The recent trends of import liberalisation and peoduction and price decontrols are in line with the present over ments attitude to industry as a whole. However the drug industry is probably unique in that it has adirect bearing on the lives of almost everyone. The Government has never, while formulating its drug policy, takenitto account this uniquences. As a result "market"forces" are being allowed to determine the availabilty andprices of drugs. In a situation w ere only one out of following a policy which is detrimental to the interests of an overwhelming majority of people.

ROLE OF VOLUNTARY AGENCIES

Probably the single largest contingent of Voluntary agencies are involved in work in thehealth sector. Unfortunately thenet output of their work has not been commensurate with theextent of their presence. One of the major problems has been themultiplicity of agencies thus involved and the r consequence inability to come up with conherent outputs. The d verse ideological andmethodological predilections of these aencies ha e also prevented then from arriving at any kind of unified understanding. Many a encies are dependent

....19...

are depedent on the quality of those heading such projects, which ultimately works as a constraint in replication of pioneering efforts in different conditions. Moreoverthe need to develope models for replication are not recognised as a priority by most. These problems are often compounded by the multiplicity of dunding agencies, each with differing perspectives. This results, at times, in agencies having to modify their outputs to suit the needs of funding agencies.

Compared to Government services the coverage by the Voluntary sector in providing primary health care is negligible and will remain so indeed, the basic responsibility forhealth care must rest only with the state. Hence the contribution of the Voluntary section in India needs to be assessed in terms of the kindof innovative ideas andpro programmes it has been able to throw up in thelight of its experiences, With the voluntary sector three broad trends can be identified. Some agencies are engared primarily in providing curative services. There are others who have attempted to impdmented the concept of Primary Health Care by also incldуing programmes aimed at community participation and preventive care. A third set has taken up broader issues like land relations, agr cultural wagesm power structures in villate communities etc. in addition to health issues.

The latter two trends have come up with alternate models for primary health care. Unfortunately very f of them aresuch as can be replicated under different conditions all overthecountry. The reasons for this are many, but some may be highlighted. Most a gencies depend heavily on the drive and initiative of 2-3 individls. As replicability is not seen as a priority little thinking has gone into formulating strate ies that do not depend on the quality of a 2-3 project leaders. The costs involved, sources of funding and their impact on replicability ha e also not been worked out. Another notable trend is that, in looking for alternate modesl, emphsis has been on "parallel" structures andmechanisms outside the state run PHC structures-i.e the outlook is to build new structures to by passor even run counter to the existing health delivery network. For nationwide impact, such an enterprise would neither be successful nor desirable. further, such fundamentally differently structures may in fact be envisaged only under alternative socio-economic structures and this, of course, is why the need is felt by somehealth groups to engage themselves in taking up socio-economic issues also.

PSM organisations, too hold that fundamental socio-economic transformations are necessary for a rational health policy and, in general, for benefits of science&technology to be socially equitable. But, rather than wait for these transformation or working

....20...

in the purely socio-economic political dokain, PSMorganisations work both to promote greater consciousness about the issue and to creat working "models" -i.e. viable and replicable structures with the potential for becoming nationwide alternative policies and implementation mechanisms. In the health sector, as perhaps in education too, this would necessarily involve working, in a broad sesnes, within existing institutional&other structures and looking for alternative models&mechanisms for the State Health Delivery System, with well-defined roles for PSM and other peoles' organisations.

ROLE OF AIPSN

The AIPSM has the potential forintervening in a meanginful way in the health sector. It has thetwin advantage of having an All India reach and a relative homogeneity of purpose and approach. There is also the in-built scope for exchange of views among constitutent organisations. Moreover already existing linkages with organisations of medical and para-medical personnal can be strengthened. Such advanta es confer on the AIPSN the necessary impetus to overcome many of the shortcomin s of voluntary agencies cited above. The broad direction of AIPSN's involvement in healt h should be along the following lines:

__ Policy issues: Work out its perspective on Health Policy, Drug Policy etc. A campaign aimed at the policy makers can be planned based on this perspective.

--Mass ca,paigns: Based on the AIPSN's basic understanding regarding health some fundamental demands need to be formulated. These can be taken up as campaign issues among the general public. Given the nascent stage of develppment of the Peoples Science Movement in most stages, the campaign should be focussed on a few key demands.

-- Linkages with health delivery personnel: Lingages need to be built with organisation of doctors, para-medical personnel, medical representatives etv. Such linkages can work also to attract these sections, involved in health care delivery, to the Peoples Science Movement.

-- Models ofor Primary Health Care: Initially in a few selected areas the AIPSN should develop models for Primary Health Care. Based on the experience gained strategies for replication can be worked out.

....21...

The most probelematic area in the Health Care Delivery system in the country is the interface between the PHC system and the users of this system i.e. village communities. The AIPSN can have a major role to play in this area. It can play the catalysing role in making the PHC system more answerable to the community. It can also work towards sensitising communities to issues to issues related to health, so that instead of being passive recepients of Government servces they can involve themselves in the decision making process. Such interventions also require demooratisation of the political and administrative set up, with much greater powers being reserved for local b odies right down to the panchayat samities. Here again the AIPSN can play a major role in association with local democratic organisations of thepeople. Given such a perspecpective the AIPSN with its All India reach, is in a position to work out models for primary Health Care which can be replicated all over the country.

--- Reference

Debabar Banerjee, Health and Family Planning Services in India; Pub, Lok Paksh, 1985.

Health Care Which Way to Go: Medico Friends Circle.

Statement on National Health Policy: Government of india, Ministry of Health&Family Welfare, 1982.

Health for All, an Alternative Strategy: ICSSR&ICMR, 1983.

Drug Industry And The Indian People: DSF&FMRAI, 1986.

H ealth Status of the Indian Peole: Foundation of Research in Community Health, 1987.

State of the World's Children, UNICEF, 1987.

Meera Chaterjee, implementing Health Policy: Manohar, 1988.

J.E.Park, Text Book of Preventive and Social medicine; Pub. Banarsidas Bhanot, 1986.

****

Com H-11.

AN OVERVIEW OF DIFFERENT COMMUNITY HEALTH PROGRAMMES IN INDIA
(MODELS AND APPROACHES)

I. INTRODUCTION

Community health approach to health care has been widely recognized as the right alternative for ensuring health to the poor millions in developing natives. In India too, governmental as well as voluntary efforts are made for the promotion of community health. In the evolution of health care system, this approach has emerged through a process of dialogue between the medical and the social sciences in an effort to make the health care system relevant and responsive to the socio-politicao- economic realities in the society. Again, in the process ofevolution and formulation of community health in terms of its principles, philosophies and methodologies, various models have been proposed and practised. In this paper an attempt is made to categorize these models into four, each with its own characteristic features.

Further, each model with its characteristics could be explained as following a certain approach in community health. These approaches are broadly divided into three. An understanding of these three approaches could give us a frame work to assess as to which approach each models follows. Another interesting correlation is that each of these three approaches reflects a certain philosphy of development work.

In the following paragraphs an introduction is made into such an analytical overview. In the latter part of this paper the four models with their characteristics are listed out. Under each model, the particular approach into which it fits into is also given with certain indicators or assessment.

II. DIFFERENT MODELS IN COMMUNITY HEALTH

A study of the ongoing projects and the literature available on them reveals that in India there exists different models/ types of commuhity health products. They fall under four major categories. Each one is run by different types of institutional set ups as big hospitals, small hsopitals, rural dispensaries, or run by non structured voluntary health/ action groups. Again, each model is unique in terms of infrastructure, services rendered, needs met,and the results achieved. It would be clear from the forthcoming table.

III. DIFFERENT APPROACHESIN COMMUNITY HEALTH.

Three approaches have been identifyed in community health. They are : Medical approach, health extension approach, Comprehensive approach.

(a). Medical approach: Considers health as the absence of diseases brought about by medical interventions based on modern sciences and technology and sees the role of the community(the people) as responding to the directions given by the medical professionals. It has its roots in the medical model of health care which believes that the eradication ofill-health depends on doctors and medicines.

(b) Health extension approach: Based on a critique of medical approach. It accepts WHO defenition ofhealth as the total physical, mental and social well being of the individual. Mere advancement of medical

technology and the sophistication of services would not bring health to themajority of thepeople - especially the poor - and that the approach should be a planned redistribution of health care facilities to reach the vastness of the society. The approach also advocates other socio- economic uplift programmes to enable people to benefit from health care facilities. Preventive care is also emphasized.

(c) Comprehensive approach: Views health, the concept of total well being in the context of the situational realities of the individual. This concept is elaborated by stating that health, the state of total well being, is also a human condition which does not improve either by providing more services or mobilizing the community for providing more health services. It improves only by having the community take control and responsibility for decisions about the how tomobolize , utilize and distribute services and resources. Here community is thesubject, decision maker, It is a process of conscientization* organization and capacitation of the community for action. It has bearing on the social, economic, political andcultural dimensions of human life, in the sence that the approach strives to bring about changes in them so that there would emerge a society where human life would be more healthy in the complete sense of the word.

IV. COMMUNITY HEALTH AND THE DIFFERENT APPROACHES IN DEVELOPMENT:

Development work is based on certain analysis of the backwardness of the people. According to the analysis , different philosophy of development work are arrived at. They are mainly three approaches: Modernization approach, welfare approach, and social justice approach. In the context of speaking about different approaches in community health work, it would be worth mentioning these approaches. It is interesting to note that reflections of these approaches are found in the three community health approaches.

(a) Themodernization approach analysis poverty as the lack of enough production and itmakes efforts to gear up production through advanced technology in the field of agriculture and industry. It believes that the result of modernization would trickle down to the lower strata of society.

(b) The welfare approach recognizes different classes and castes existing in the society. It is due to the co-existence of development and under development in the society. This state is accepted as a normal reality. Efforts are made to alleviate the sufferings of the poor through organizing relief and charity work. People are passive receipients here. Recently there has been some changes in this approach and it recognizes the participation of the people and the mobilization of their resource. Programmes also have improved remarkably from relief work to development programmes aimed at the uplift of the poor. through income generating programme, literacy programmes, vocational training etc. The poor continues to exist and the disparity between the rich and the poor also continues as a reality. Statusquo is not disturbed.

---

*Conscientization is "an awakening of consciousness, the development of a critical awareness of a person's on identity and situation, a reawakening of the capacity to analyse the causes and consequences of one's own situation and to act l logically and reflectively to transform that reality" (David Millwood)

c. In social justice approach a critical analysis of the society is employed and poverty and backwardness are understood as man made historical reality. The reasons are attributed to the various forces and the dynamic at work in the society. Poverty is precipitated as a result of injustice. Justice could be brought in only through a restructuring of the society. It could be achieved through empowering the people through awareness building and organization. Ultimate development of the poor would mean fair distribution of the means of production, living wages, consumption of good food, availability of public amenities, practice of human values as love, cooperation and unity.

It becames clear that the analysis and approaches of development work has correlation with that of community health work, Characteristics of modernization approach are reflected in medical approach and features of welfare approach find expression in health planning approach. Social justice approch goes well with, comprehensive approach in terms of its analysis and approach.

V. THE FOUR MODELS AND THREE APPROACHES IN COMMUNITY HEALTH

As mentioned already the community health programme existing in the country could be classified into four based on the characteristic. The following table would give that. Under tach programme a note is made as to which approach of community health it belongs to. To make it clear six indicators are given based on which thise assesment is made. These indicators are: role of health services, role of professional, role of community worker, Community participation, evaluation and financial support. For each approach these indicators show different explanations.

MODEL I.

A. CHARACTERISTICS

Type of institution/ infrastructure	Nature of Services Rendered	Needs met	Result- Qualitative changes.
Capital intensive, highly sophisticated and institutionalized big hospitals. Mobile medical team with doctor a medicines.	- Extension service from hospital. - Curative care. - Running village clinics. - Referral service, free medicines. - weekly or fortnightly visits.	- Treatment of minor physical ailments. - Referral and free transportaion to the hospital.	- People become more conscious about sickness and medicines. - more patients in the hospital - feeling of dependence in the people, demanding free services. - shift from home remedies and indigenous medicines.

B. THE APPROACH FOLLOWED.

The approach followed is medical approach. The following are six indicators which would help us to make an assesment on that.

Indicators.	Explanation.
a. Role of health service	- means to improve the health status of the people
b. Role of Medical Professional	- Key to the programme- manager, planner, problem solver, coach, consultant, clinician, leader, teacher, evaluator.
c. Role of community health worker	- a means by which medical advances could be applied more rapidly and effectively.
d. Community participation	- a means to ensure more acceptibility and utilization of services.
e. Evaluation	- Based on analysis and interpretation of statistics which reflect the scope and results of applied medical science and technology.
f. Financial support.	- needed to create, expand and maintain the service.

MODEL . II

A. CHARACTERISTICS

Type of institution/ infrastructure.	Nature of services rendered.	Needs met	Results- Qualitative changes.
Capital intensive, sophisticated and institutionalised small hospitals. Medical team with or without doctor.	- Extension services. - curative and preventive care. - Village clinics - Referral services. - Medicines at reduced rates. - weekly or fortnightly visits. - Health Education - MCH programmes/ immunization. - Village Health Workers with medical kit.	- Treatment of minor ailments. - Referral and free transporation to the hospital. - personal and environmental hygeine.	- people meeting in groups. - Learn some preventive methods. - More patients in the hospital - Learn that they can do something about health.

B. APPROACH FOLLOWED

The approach followed is Medical approach. But there are certain changes, in the sense that it is not strictly Medical approach. There is an inclination towards Health Extention approach.

Indicators.	Explanation.
a. Role of health services.	- Means to improve the health status of the people.
b. Role of medical professional	- Medical professional continues to be the key personnel. But, para medicals gain a role here.
c. Role of Community Health Worker (CHW)	- along with being a person to ensure more community acceptability for medicines, CHW also imparts preventive health education.
d. Community participation	- a means to ensure more acceptability to medicines as well as a means to disseminate ideas of preventive health education.
e. Evaluation	- based on analysis and interpretation of health statistics that shows the scope and result of applied medical science as well as the effectiveness of prevent health education.
f. Financial support	- needed to create, expand and maintain the service.

MODEL .III.

A. CHARACTERISTICS

Type of institution/ infrastructure.	Nature of services rendered.	Needs met.	Results - Qualitative changes.
Rural health centres manned by nurses, not institionalized, still very much structured. A team composed of a nurse and social workers.	-Preventive, promotive and curative. - Community health workers with simple medicines. - Health education, Adult Education - Smallincome generating projects - kitchen garden - M C H - Collaboration with govt and other agencies. - village meetings and discussions on different village problems. - promotion of collective action.	- Better environmental sanitation. - M.C.H. Services. - Supplimentary income for a section of the population.	- people become aware of the importanc of preventive medical care. - Less patients to go. to the hospital - Better child care. - people try to see health in relation to economic backwardness. - Develop more interaction among the villages, formation of small inform groups, mahilamandals. - people became aware of their collecti strength.

B. APPROACH FOLLOWED.

The approach followed is Health Extension approach. The following indicators would make it clear.

Indicators.	Explanations.
a. Role of health services.	- as it vews that good health is the result of planned health services, experts from other fields as economists, social workers, etc- are also involved to make services effective.
b. Role of medical professional	- The medical professional is viewed as a component rather than key. Further, experts from other disciplines are also involved - economists, social workers, etc. Attempts are also made to include community leaders.
c. Role of Community Health Worker	- CHW is considered as an agent of change - and works as a multi purpose w worker which include medical services, prevention, public health work, h education, nutrition education, food production and housing improvements.

evidence that systemic dissemination or death occurred earlier in the interval cancer group. Thus growth rate of the primary tumour may not be a true indication of the rate of systemic progression.

Growth rate is determined by factors such as cellular regeneration, death and migration, resting-cell fraction, hormonal influences, nutritional aspects and host-tumour reactions, and may not be accurately reflected by measurements such as radiological tumour size or fraction of dividing cells in tumour specimens. Widely accepted biological theories on tumour progression and behaviour of subclones of tumour cells also indicate that the process is highly complex and involves many dynamic changes.[18,19] Furthermore, there is evidence[20] that even different metastases in the same individual grow at different rates.

The relation between growth rate of the primary tumour and its metastatic potential has not been clearly established.[10] Our study contradicts the hypothesis that the prognosis is worse in interval cancer than in breast cancer diagnosed in an ordinary clinical setting.

Nor do our observations support DeGroote and leagues' suggestion of aggressive management of nterval cancer.[6] In their study the difference in prognosis between interval breast cancer and screen-detected cancer was not statistically significant. Moreover, the screened population was heavily influenced by self-selection.[21]

Correspondence should be addressed to L. H. H., Department of Surgery, Central Hospital, S-791 82 Falun, Sweden.

1. v Fournier D, Weber E, Hoeffken W, Kubli F, Barth V. Growth rate of 147 mammary carcinomas. *Cancer* 1980; 45: 2198–207.
2. Heuser LS, Spratt JS, Kuhns JG, Chang AF-C, Polk HC Jr, Buchanan JB. The association of pathologic and mammographic characteristics of primary human breast cancers with "slow" and "fast" growth rates and with axillary lymph node metastases. *Cancer* 1984; 53: 96–98.
3. Charlson ME, Feinstein AR. A new clinical index of growth rate in the staging of breast cancer. *Am J Med* 1980; 53: 527–36.
4. Boyd NF, Meaking MW, Hayward JL. Clinical estimation of the growth rate of breast cancer. *Cancer* 1981; 48: 1037–42.
5. Pearlman AW. Breast cancer—influence of growth rate on prognosis and treatment evaluation: a study based on mastectomy scar recurrences. *Cancer* 1976; 38: 1826–33.
   DeGroote R, Rush BF, Milazzo J, Warden MJ, Rocko JM. Interval breast cancer: a more aggressive subset of breast neoplasias. *Surgery* 1983; 94: 543–47.
7. Kusama S, Spratt JS, Donegan WL, Watson FR, Cunningham C. The gross rate of growth of human mammary carcinoma. *Cancer* 1972; 30: 594–99.
8. Tubiana M, Malaise EP. Growth rate and cell kinetics in human tumours: some prognostic and therapeutic implications. In: Symington T, Carter RL, eds. Scientific foundations of oncology. London: Heinemann, 1976.
9. Steele JD, Buell P. Asymptomatic pulmonary nodules. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1973; 65: 140–51.
10. Sugarbaker EV, Wingrad DN, Roseman JM. Observations on cancer metastasis in man. In: Liotta LA, Hart IA, eds. Tumour invasion and metastasis. London: Martinus Nijhoff, 1982.
11. Love RR, Camilli AE. The value of screening. *Cancer* 1981; 48: 489–94.
12. Tabar L, Gad A. Screening for breast cancer: the Swedish trial. *Radiology* 1981; 138: 219–22.
13. Tabar L, Fagerberg G, Gad A, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *Lancet* 1985; i: 829–32.
14. International Union Against Cancer. TNM classification of malignant tumours. Geneva: UICC, 1974.
15. Mantel N. Evaluation of survival data and two new rank order statistics arising in its consideration. *Cancer Chemother Rep* 1966; 50: 163–70.
16. Cox DR. Regression models and life tables (with discussion). *J R Stat Soc* 1972; 34: 187–202.
17. Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L, Roeser R. Ten to fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. *JNCI* 1982; 69: 349–55.
18. Nowell PC. The clonal evolution of tumour cell populations. *Science* 1976; 194: 23–28.
19. Fidler IJ, Hart IR. Biological diversity in metastatic neoplasms: origins and implications. *Science* 1982; 217: 998–1003.
20. Spratt JS, Spratt TL. Rates of growth of pulmonary metastases and host survival. *Ann Surg* 1964; 159: 161–71.
21. Baker LH. Breast cancer demonstration project: Five-year summary report. CA 1982; 32: 194–225.

Community Health

A HEALTH VISITOR AFFECTS THE PROBLEMS OTHERS DO NOT REACH

NORMAN J. VETTER DEE A. JONES
CHRISTINA R. VICTOR

Research Team for the Care of the Elderly, University of Wales College of Medicine, St David's Hospital, Cardiff

Summary Difficulties associated with old age that were previously unknown to the general practitioner were detected by a health visitor attached to a general practice for 2 years and given a case-load of 296 people aged 70 years or more. Previously unknown conditions included physical and mental illnesses and social difficulties related to the patient's environmental setting or to the person (carer) who looked after the patient regularly. Most of the severe illnesses were known to the general practitioner but many minor ailments and other aspects of old age were not. Even though the practice had a policy of encouraging doctors to visit the elderly in their homes, the health visitor was more successful at obtaining a complete picture of old people's home circumstances and the consequences of them.

INTRODUCTION

MANY workers[1-5] have shown the importance of unsolicited visits to old people at home. About a third of the elderly's needs and disabilities are unknown to health or social services personnel. This may be because old people have poor expectations of their health or because they may fear being taken into residential care or hospital if they appear to be incapable of coping. A further factor may be that seeking professional help was formerly regarded as a luxury, for emergencies only. Thus relatively minor chronic illnesses/ailments are left unpresented and therefore untreated. A view has emerged that favours routine and regular visits to the elderly.

The health visitor is well qualified to undertake this kind of work, and many have shown great skill with old people. There are drawbacks, however: health visitors regard child welfare and maternity work as their priority and not all will take an enthusiastic interest in the elderly. Because of shortage of staff in some health districts it may be impossible to devote sufficient time and energy to the demanding requirements of case-finding in the elderly. Nevertheless, if regular visits are the best means of improving the quality of life for old people, health visitors are the only professional group likely to take on this kind of work.[6,7] This study was undertaken to examine the work of a specialist health visitor, in a general practice, with a case-load of people aged over 70 years.

METHOD

A random sample of 296 practice patients aged 70 years or more (about a quarter of the total number in this age group in the practice) was assigned to the health visitor for 2 years. The health visitor was instructed to give a major check-up annually to all her patients. She

was expected to visit more often if necessary or if one of her patients was found to need help by another member of the practice. She also followed up any difficulties identified at the annual visit. Patients were interviewed and notes taken according to usual health visiting practice. In addition, a problem sheet and procedure form was completed at each interview. The information thus obtained was transferred to a card in the patient's practice notes, to help communication between the general practitioners and the health visitor.

RESULTS

In the first year 32 of the 296 subjects were not included because they died, moved out of the area or moved into residential care. A further 11 people were lost during the second year, mainly because they died; thus 253 people were assessed during the second year. In the first year 264 patients were visited on 451 occasions and in the second year, 253 on 476 occasions. Thus despite the reduced number of subjects more visits were made during the second year.

Table I shows the number and type of difficulty, as assessed by the health visitor during the first and second years. In the first year 21 individuals had no difficulties, and a total of 774 were identified in the remaining 243 people. According to our classification the majority of problems were physical in both years. The next most common difficulties were environmental, and then those relating to carers. There were 51 categories of physical illness, of which the most common were those attributable to diseases of the circulatory system. 46 of the problems during the first year fell into this category. The next most frequent were joint pains (43), followed by difficulty with eyesight, other musculoskeletal problems, and trouble with feet. The most frequent mental condition was reactive anxiety (about a third), followed by reactive depression, and memory loss. Half of the social problems were attributable to an inability of the patient to leave the house as often as he or she would wish and most others to family rejection. Most environmental problems concerned housing: the expense of running a house, maintenance, and repairs. The financial burden was sometimes great because the house was too large for the elderly person. Also important was the difficulty caused by isolation from shops. 31 (67%) of carers' problems in the first year were related to the age or increasing frailty of the main carers.

The general practitioners' knowledge of the difficulties in individuals was assessed by examining the practice notes and questioning general practitioners on each case. Table II shows that in the first year the general practitioners were aware of 60% of the problems detected by the health visitor overall. The majority of the physical and mental problems, but only a small proportion of the social, environmental, and carer difficulties, were known to the doctors. Despite the presence of the health visitor this proportion decreased during the second year. Difficulties caused by feet were the most commonly missed by general practitioners: in the first year, of the 34 affected people doctors were aware of only 4. Two other important areas were poor eyesight (15/36 detected) and hearing (12/29 detected). Frequent falls and severe incontinence (in this study there were 10 females with stress incontinence of whom 5 were known) were also sometimes unknown to the general practitioners. These findings would be inaccurate if, for example, the doctors took poor notes or didn't remember very well. This seems unlikely, however, since the same methods showed that nearly all illnesses of specific organs were known to the general practitioners—eg, 45 out of 46 people with active cardiovascular disease. The 4 patients with severe endogenous depression were also known to the practitioners.

Environmental problems attributable to inaccessible toilets, upstairs bathrooms, or poor housing conditions were all poorly detected by general practitioners. The difficulty some had in getting to the doctor was also largely unknown. Instances where the main carer was old and disabled were known to the doctor in 10 out of 29 cases.

During the first year an independent assessment was made of the severity of the cases before our results were known. 34 problems were independently classified as severe, and about a third of these were known to the GP (table III). This is a much smaller proportion than was known for the 60% of the difficulties overall (table II).

TABLE I—HEALTH VISITOR'S ASSESSMENT—ACTIVE PROBLEMS DETECTED

—	Classification of problem						Overall
	Physical	Mental	Social	Environmental	Carers	None	
1st year							
No of problems	595	33	36	64	46	—	774
No of individuals	226	32	35	54	44	21	264
2nd year							
No of problems	113	15	8	26	26	—	188
No of individuals	77	15	8	22	24	141	253

TABLE II—HEALTH VISITOR'S ASSESSMENT—ACTIVE PROBLEMS PREVIOUSLY DETECTED BY GP

Knowledge of GP	Type of problem (%)					
	Physical	Mental	Social	Environmental	Carers	Total
First year						
Known	414 (*70*)	22 (*67*)	4 (*11*)	5 (*8*)	16 (*35*)	461 (*60*)
Not known	181 (*30*)	11 (*33*)	32 (*89*)	59 (*92*)	30 (*65*)	313 (*40*)
Total problems	595 (*100*)	33 (*100*)	36 (*100*)	64 (*100*)	46 (*100*)	774 (*100*)
Second year						
Known	63 *56*	5 *33*	2 *25*	2 *8*	9 *35*	81 *43*
Not known	50 *44*	10 *67*	6 *75*	24 *92*	*17 65*	107 *57*
Total problems	113 *100*	15 *100*	8 *100*	26 *100*	26 *100*	188 *100*

TABLE III—HEALTH VISITOR'S 1st ASSESSMENT—SEVERE PROBLEMS PREVIOUSLY DETECTED

Knowledge of GP	Type of problem					Total (%)
	Physical	Mental	Social	Environmental	Carers	
Known	9	1	0	1	1	12 (*35*)
Not known	12	2	2	4	2	22 (*65*)
Total severe	21	3	2	5	3	34 (*100*)

DISCUSSION

Case finding in a population of old people always results in the identification of many problems, some of which were previously unknown.[8-16] The important points in this study

are that the difficulties uncovered by the health visitor were not trivial and that further study of the same subjects continued to reveal more problems, which were still not detected by the general practitioners in the second year. It should be noted that the doctors of the study practice were particularly concerned with old people and had a regular visiting schedule to those known to have chronic illnesses. Thus the proportion of problems known to the health visitor but not to the general practitioners is not likely to be less in other practices. General practitioners, it seems, need more specific training about the difficulties of old age and should examine the elderly patients overall health and well being as well as the specific complaint.

We thank Dr H. N. Williams and partners, St David's Clinic, Newport, Gwent; and fieldworkers: Mrs P. Abbott, Mrs P. Allen, Mrs D. Bignell, Mrs C. Cundale, Miss R. Eaton, Mrs D. Ford, Mrs S. Harling, Miss S. Holtermann, Mrs J. Hurford, Mrs Y. Lewis, Miss G. Megins, Mrs G. Ollerenshaw, Mrs A. Pugh, Mrs M. Reess, Mrs K. Scott, Miss S. Tamplin, Mrs G. Young; and Mrs P. Rigg and Mrs S. Mowbray for secretarial help.

The Research Team for the Care of Elderly is funded by the Welsh office and the Department of Health and Social Security through the Office of the Chief Scientist.

Correspondence should be addressed to N. J. V. Director, Research Team for the Elderly, St David's Hospital, Cowbridge Road, Cardiff CF1 9TZ.

REFERENCES

1. Andrews GR, Cowan NR, Anderson WF. The practice of geriatric medicine in the community. In: MacLachlan G, ed. Problems and progress in medical care. Oxford: Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford University Press, 1971: 57–86.
2. Thomas P. Experiences of two preventive clinics for the elderly. *Br Med J* 1968; ii: 357–60.
3. Burns C. Geriatric care in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1969; **18**: 289–96.
4. Currie G, MacNeill RM, Walker JG, Barnie E, Mudie EW. Medical and social screening of patients aged 70 to 72 by an urban general practice health team. *Br Med J* 1974; ii: 108–11.
5. Barber JH, Wallis JB. Assessment of the elderly in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1976; **26**: 106–14.
6. Luker KA. Evaluating health visiting practice. London: Royal College of Nursing, 1982.
7. Bond J, Carstairs V. Services for the elderly. Scottish Health Service Studies 42. Scottish Home and Health Department, 1982.
8. Evans SM, Wilkes E, Dalrymple-Smith D. Growing old: a country practice survey. *J R Coll Gen Pract* 1970; **20**: 278–84.
9. Meyrick RL. A geriatric survey in a general practice. *Lancet* 1962; ii: 393–95.
10. Burns HF. Geriatric care in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1969; **18**: 287–96.
11. Fairley HF. Unrecognised disease among the elderly in a general practice. *Practitioner* 1967; **199**: 215–17.
12. Williams EI, Bennett FM, Nixon JV, Nicholson MR, Gabert J. Sociomedical study of patients over 75 in general practice. *Br Med J* 1972; ii: 455–58.
13. Currie G, Macneill RM, Walker JG, Barnie E, Mudie EW. Medical and social screening of patients aged 70–72 by an urban general practice health team. *Br Med J* 1974; ii: 108–11.
14. Pike LA. Screening in the elderly in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1976; **26**: 698–703.
15. Williamson J. Detecting disease in clinical geriatrics. *Gerontol Clin* 1976; **9**: 236–42.
16. Tulloch AJ, Moore V. A randomised controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1979; **29**: 733–42.

"Although psychiatric patients vary enormously, they generally share the characteristic of being somewhat emotionally isolated. The fact that a psychiatrist takes the trouble to get to know them intimately is itself enormously important, whether or not he is able to alleviate their symptoms. I often think that the introduction of powerful anti-psychotic drugs has had disadvantages as well as benefits. It is easy to prescribe, without necessarily getting to know one's patient. I think that every psychotherapist ought to have one or two psychotic patients whom he sees regularly. Although Freud was right in supposing that psycho-analysis was not a suitable technique for treating the psychotic, the kind of psychotherapy which aims at understanding rather than cure often makes life much more tolerable for the psychotic patient, simply because he feels that there is at least one person in the world who can empathise with him. Every kind of psychiatric syndrome is made worse by isolation."—ANTHONY STORR. Psychotherapy. *Bull R Coll Psychiatrists* 1986; **10**(6): 142–44.

Animal Experimentation

THE ANIMALS (SCIENTIFIC PROCEDURES) ACT 1986

CLIVE HOLLANDS

Committee for the Reform of Animal Experimentation, 10 Queensferry Street, Edinburgh EH2 4PG

THE Cruelty to Animals Act 1876 has remained unchanged and unamended for 110 years despite two Royal Commissions, a Government departmental inquiry, and numerous attempts by Private Members to introduce reforming Bills.

In 1978, after the successful Animal Welfare Year Campaign, which marked the centenary of the Act, it was agreed that a new impetus was needed if the Government were to take animal welfare seriously. Plans were drawn up for a novel approach to put animals into politics—a campaign directed at the 1979 general election with a slogan "Put it in the manifesto". For the first time in British parliamentary history all the major political parties included undertakings on animal welfare in their manifestos.

The Committee for the Reform of Animal Experimentation (CRAE), established during Animal Welfare Year to seek reform of the law governing animal experimentation under the chairmanship of Lord Houghton of Sowerby, realised the need to enlist allies if the Government was to be influenced. Thus was born the triple alliance of the British Veterinary Association (BVA), CRAE, and the Fund for the Replacement of Animals in Medical Experiments (FRAME)—a union which had a major impact on Government thinking. A comparison of the first white paper, Scientific Procedures on Living Animals (Cmnd 8883) 1983, with the supplementary white paper (Cmnd 9521), published in May, 1985, reflects the many changes in the Government's approach.

The alliance continued to play a vital part in the passage of the Animals (Scientific Procedures) Bill through both Houses of Parliament. In all, over 80 amendments were tabled in the Lords and a further 100 or so during the committee and report stages in the Commons, out of which 28 were accepted by the Government; of these, 20 originated from BVA/CRAE/FRAME initiatives.

In 1979 CRAE set out four main objectives for new legislation: the restriction of pain; a very substantial reduction in the number of animals used; the development and use of humane alternative methods of research; and public accountability.[1] The Government proposals as contained in the new UK legislation coupled with a comprehensive code of practice and a strong animal procedures committee can achieve these objectives and provide a strong basis for reforms in the way animals are bred, supplied, and used in scientific procedures. The Act has been criticised by some because it does not ban specific experiments, but its aim is not to ban selectively but to control all areas where animals are used in research.

Unless legislation were enacted to abolish all animal-based research (an unrealistic aim at present) it follows that any system must rely on regulation and thus accountability is essential. Perhaps the single most important advance, therefore, is that the Home Secretary will have the responsibility of making a judgment on the scientific merit of the work he authorises, for which he will be answerable to Parliament. "In determining whether and on what terms to

COMH-11.

ROLE OF VOLUNTARY ORGANIZATIONS IN HEALTH AND HEALTH CARE SERVICES

CHAI Study team, Community Health Cell, Bangalore.

15th April, 1993.

The Policy Delphi Method of research was utilised as a component of the larger CHAI Golden Jubilee Evaluation Study. Forty-nine persons participated as panelists. They came from diverse backgrounds such as sociology, theology, different branches of medicine, nursing, community health, communication, law, education, development etc. The interaction between the panelists and the facilitators was by mail, using questionnaires and other information sheets.

In the first round of the method an open question was put to the panelists regarding the role of voluntary organisations in India, with respect to health and health care, during the next fifteen years. Thirty seven panelists (75.5%) responded. A summary of the different ideas that emerged is given below. This particular question was not taken for the next round which focussed particularly on the role of CHAI. Therefore, no prioritization or rating of the ideas/issues has been done. For the purpose of this note similar ideas have been put together in broad groupings. Most of the roles identified are already being played to greater or lesser extents by different volags or NGO's in the country. Given the broader contextual issues (raised in the earlier notes) in which health work is situated, it would be important to reflect as to what could or should be the areas of priority during the next fifteen years. Arriving at some clarity about this would help in the planning of work, development of skills, utilisation of time and other resources etc.

The four broad areas covered, concerning roles of volags are:

1. Priority groups for focus of health related work.
2. Varying types of intervention.
3. Methods of work.
4. Methods for spread of ideas.

I. Priority groups for focus of health related work by volags.

1.1 Need to focus on and support the poor and marginalised:

* Special focus on the rural and tribal poor and on urban poor living in slums. There is a need to identify neglected groups among the population, especially those that depend for their livelihood on the fragile eco-system. Strategies of work intervention need to be evolved.

* There is a need for preferential option in the provision of health care for marginalised groups, weaker sections and neglected areas of the country. These groups are largely ignored by the elite institutions involved in health care. There is a need for extension work and increased health care services in inaccessable rural areas. The market orientation of health care should be resisted and efforts made to give good quality care at low prices for the masses.

* Volags could function as spokespersons for the poor and work to influence government policies in their favour.

* There is also need to ensure that systems of social security for the poor are effectively implemented.

* While working towards greater justice for the poor, volags should also work towards overcoming the difficulties faced by th poor as a result of the new economic policy. There is scope for involvement in development work that will enhance the capacity of the poor.

1.2 Need to care for special groups.

Those groups mentioned specially were:

a) Girl children and women - there is need for education and special health care to counter the anti-girl child bias in our society. Education and advocacy towards empowerment of women is

required. The health status, infant mortality and population growth, not to mention the economic status of a community changes in a positive direction when women are educated and have a significant say in the matter of social decisions etc.

b) Tribal groups.

c) Patients suffering from AIDS and leprosy.

II. Varying types of intervention by volags

2.1 Provision of services - secondary and tertiary prevention

Examples given were as follows:

* Mobile clinics in endemic areas for diseases like leprosy, filaria etc.
* Half-way Hospitals closer to the community with facilities for surgery etc, so that chronic diseases can be tackled at the community level.
* Services for the physically and mentally handicapped and the aged.
* Rehabilitation and supportive services.
* Counselling services
* Treatment centres for alcoholics and drug dependants.
* Hospices.

2.2 Promotion of preventive and promotive health services

The following specific areas were highlighted:

* Focus on all preventive and promotive health work, including mental health.
* Propagation of healthy food habits, diets and exercise for a better quality of life.
* Nutritional programmes to deal with nutritional defieiency diseases.
* Prevention of communicable diseases.

* Effective implementation of the principles and components of primary health care through appropriate strategies for the attainment of Health for All.

2.3 Promotion of community health and development

* There is a need to work towards community health rather than institutionalised health care, to focus on general health rather than on specialised health needs. There is need for greater stress towards building community based health care. Rural health centres need to have a community health orientation.

* Community health care programmes for marginalised communities, with their participation, is liberative. Liberation of people takes places when communities of people take their lives into their own hands.

* People should be empowered to do things for themselves by making them realise their self worth and by a building of self-confidence. Thus people can be helped to be makers of their own quality of life.

* Health problems should be tackled within the family, the community and locally as far as possible.

* People should be helped to prevent illness and promote health through their own organisations.

* Health programmes should also be developed in the context of socio-economic development and its impact on health. For instance, initiating and linking up with programmes that are indirectly related to health, for example, supply of pure (safe) drinking water, nutrition programmes etc.

* There is also need to provide and to pressurise government to provide for basic health needs and clean water to all.

2.4 Promotion of newer dimensions of health work/health care

The newer dimensions mentioned included the following:

* The wholistic approach to health in which proper priorities are given to spiritual,moral,medical,social,economic and environmental factors. Evolving and promoting the wholistic approach by bringing together practitioners and researchers of various indigenous health systems.

* Use of non-drug therapies.

* Promotion of positive health and natural methods of health care.

* Promotion of self-help health care and home remedies in rural areas.

* People should be enabled to rediscover experience,knowledge, skills and practices within their communities and give a scientific basis wherever possible to strengthen what is wholistic and healthy.

* Promotion of an enthusiasm among people to build their own health system in which they are the primary planners and the real implementators. The authentic result of their health care will be founded on their innate sense of community, traditions,simplicity of life style and self-reliance.

* Demystification of health,so that people can use what is available,accessible and acceptable to them.

* Developing natural resources in the field of medicine.

* Facilitation of consumer movements.

2.5 Promotion of a rational/scientific approach to health care planning

* Need for reassessment, reorientation and rejuvenation of the considerable voluntary health sector in India. This system is relatively large in India, but on the whole deteriorating, inappropriate and wasted.

* To make a constant (continuing) analysis of society and the health system so as to bring about policy changes in the restructuring of health services.

* Provision of cheaper and people's need oriented health care by not expanding hospitals into specialised units.

* Developing a system where a few hospitals in each region could make sophisticated techniques available at reasonable prices.

* To establish a liaison network with appropriate leaders at different levels to monitor preventive action.

* To establish a network of epidemiological research centres to forewarn various diseases.

* Need to develop regionalised health services. To work out a proper divergent type of referral system wherein specialists from larger institutions move out to smaller institutions and provide specialised services.

* Need to develop methods for simplification and rapid diagnosis of common diseases.

* The management of health care institutions need to be professionalised using scientific methods.

* To work towards legislation that protects andpromotes good health, for example, prevention of pollution, provision of safe drinking water.

* To challenge strategies being followed for "Health for All" like the G.O.B.I. package (growth monitoring, oral rehydration, breast feeding and immunisation) and the targetted Universal Immunisation Programme.

* Influencing policies using scientific evidence and through building up public opinion.

* To promote/develop innovative, appropriate, feasible and cost-effective programmes in health care, education of health professionals/personnel, and in development.

* To involve paraprofessionals and non-professionals in health care.

2.6 Responding to emerging health problems and newer health issues

* Since Government is likely to focus primarily on public health care, volags (NGO's) should be the initiators of newer responses/services for emerging health problems.

* The problem of AIDS, prevention and control, care of AIDS patients, including running hospices for them, is one such new problem.

* Environmental health issues are also emerging as being important.

* Health effects of industrialist/consumerist expansion.

* The present system could be challenged by involvement in issues like the promotion of essential drugs, campaigning against unnecessary and harmful drugs and chemicals, challenging practices of multinational drug companies and hospital corporations, and the misuse of advertising. There is a need for demedicalisation of society and demystification of the health profession.

2.7 Promotion of indigenous and alternative systems of medicine

* To help rediscover health systems/health practices that are indigenous and effective, because they are related to the life situation, culture and ambience in which people live.

* To educate and demonstrate to people the efficacy of herbal medicine and to instill confidence in them that basic health can be within their control in normal circumstances.

* To judiciously use alternative systems of medicine so as to provide the best possible health care in different areas and situations.

2.8 To uphold and promote higher ideals in health care

* To keep alive role idealism, humaneness and a holistic approach in health care. These are the essential 'leaven' to counteract and challenge the proliferation of mechanistic, commercialised and depersonalised medical/health care.

* Volags should resist the temptations of competing with private commercially oriented health institutions which are primarily concerned with making profits rather than serving the poor.

* The voluntary health sector should resist the temptation of going in for expensive diagnostic and monitoring equipment, which have been shown to have had no positive impact on the health ststus of the Indian people.

* To ensure a fair and even generous deal to all personnel working in volag institutions.

* To fight for honesty and lack of corruption in public systems and to ensure the delivery of services.

* To be vigilant against malpractices and to mobilise public opinion against such antisocial activities.

2.9 To develop innovative programmes/approaches

* There is a need to build on the assets of volags, namely their willingness to serve in difficult areas and ability to innovate, by converting their limited resources at strategic intervention points.
By providing services where there are none and documenting experiences and information that are thus generated, another important purpose

of policy critique will be made possible. There is a need for volags to provide critical comments on health policy and to advocate changes found necessary by the data generated above.

* To develop innovative methods for the health rupee to go farther.

* To start innovative insurance schemes for the poor to increase their access to existing health services.

* To develop motivational strategies to facilitate government health workers to provide health services.

* To develop close interaction with the State so that entire Blocks/Primay Health Centres/specified areas are handed over to volags, with the funding. The concept of Primary Health Care to be used for health work.

* To develop viable, affordable and effective models of health care in in order to enable the poorer section of the population to afford and have access to health care and participate in its sustenance.

* To bring successful innovations to the attention of the health system for dissemination and adoption.

* All resources among NGO's could be combined to establish regional centres for production of generic drugs, manufacture of hospital beds, equipment, bandages etc. Sheltered workshops and vocational training centres run by NGO's could be utilised to provide infrastructure etc. There is a guaranteed market both for drugs and equipment in NGO/Church hospitals, provided quality, quantity and price requirements can be met. This would help in cost reduction, employment creation and production.

* There is a need for reorganisation of medical education to provide more socially sensitive doctors, with attitudes that will respect the role and leadership of experts of other disciplines and give importance to the team concept. There is also a need to develop relevant models for the education and training of health workers.

* There is a need to find suitable ways of combining the excellent ideas of the basic philosophy of VHAI (1978), ACHAN (1982), CHAI (1983) and CMAI (1986).

III. Methods of intervention/involvement in health work

There is an overlap between source of the issues raised below. There are wide range of suggestions, some of which may appear contradictory and represent differing approaches.

3.1 Health activism and community organisation

* Promotion of genuine people's movements.

* Volags should support activists in the field.

* Support to people's movements, organisations and associations so as to bring pressure on the government to work and to be accountable. Organising people and mobilise public opinion to put pressure on the system for a more just provision of services and for a revision of government priorities so as to emphasise the health of the poor.

* Need for awareness building, education and organisation of people in communities to critically understand their situation and to act on it unitedly as the local level.

* To enable people to develop and express their own ideas regarding health and healthy communities. To enable people to organise themselves to provide their own health services and to develop life styles within a self-reliant mode, that is, to take health back from the 'technocrats'.

* Campaigning towards bringing in legislation to ensure accountability and transparency in the functioning of government (and its health system).

* Conscientising and organising consumers against unhealthy practices. Bringing about a change in societal attitudes regarding consumerism, profiteering and cultural alienation.

* Working towards community participation in health care.

* Mobilisation of people as volunteers in the neighbourhood to take care of the health aspects of that area.

ii) Networking

* To develop working relationships and an effective network with activists and other groups involved in issue raising/lobbying/ advocacy work in the field of health, education, agriculture, technology and science. This is for mutual support, encouragement and solidarity.

iii) Coordination

* Coordination of programmes for health care (between volags) to avoid duplication and to help bring about better utilisation of services.

* Intersectoral and intrasectorial coordination of services.

iv) Collaboration

* To work as partners with each other and with government towards achievement of **Health for All.**

* To colleborate with government in improving the level of efficiency and quality of services offered at government hospitals and health centres.

v) Liaison

* To be a link and bridge the gap between the community/public and the health autorities of the government sector to improve understanding, explain constraints etc. This liaison would help people to get access to 'government facilities' using a constructive, non-threatening approach. Thus people will not have to suffer when a volag/NGO withdraws.

vi) Research and Evaluation

* To promote research, documentation and evaluation by volags.

* To undertake research to identify emerging health issues and to develop new solutions.

* To develop appropriate technology through a process of study and research to deal with various health problems.

* To promote study/analysis of social and health problems, particularly the social aspects of health.

* To conduct operational research and undertake studies to pinpoint the lacunae in our system.

* To help in generation of national data about health changes occuring at the community level.

* To study alternative systems of medicines and their effects. To promote systems research in the efficacy of integrated medicine.

* Research and evaluation of ongoing projects. Voluntary hospitals in general are required to do a lot of self-analysis and re-examination of their role. Many of them have outlived their objectives and are not clear about their philosophy, objectives and goals in the context of current changes and developments. There is a need to re-examine their service effectiveness, cost effectiveness and quality of service.

IV. Methods for spread of ideas

4.1 Advocacy/Lobbying

* Advocacy can be ar two levels, namely:
    a) by networking at the macro-level for health and social justice,
    b) by education, organisation and development - to help communities get better health care and services from the government.

This is cost effective and has widespread effect.

* Volags should lobby as an active group to influence the social,economic and political policies of the government, which may have direct and indirect effects on health and health care services.

* Among several areas it was suggested that advocacy for respecting human life needs to be taken up.

* A strong lobby needs to be built to regulate the standard of operation of health services.

* Need for a lobby group to influence governmental and voluntary organisations to maintain the capacity and quality of the medical profession.

* There is a need for information diffusion with greater media coverage to highlight health and social problems.

4.2 Creating critical awareness/education

* Voluntary agencies need to create a deep and critical awareness among people at the grass-root level about the real economic,political and social situation prevalent in the whole country. Once awareness has been created people must be helped to organise themselves to demand their rights with regards to health, housing and education. Because in any system, changes will never come through people at the top or even at the middle, but at the bottom.

* Volags could facilitate the interiorisation of the value of education,knowledge and learning for liberation from exploitation and deprivation.

* Need for education regarding the rights of people, without causing harm to the community and which helps with preserving the good value based traditions that exist.

* Need for awareness building among the public about the deficiencies and exploitative nature of the health system prevailing in our country.

* Since, according to WHO, 80 per cent of illnesses in developing countries are preventable, the voluntary health sector should concentrate on health education at the village level.

* Dissemination of health knowledge and expertise and the process of learning to the deprived sections of society through the media.

* Need for an emphasis on the promotion of health and the ways and means of achieving it, through education.

* Need to focus on the social aspects of health, in education.

* Physical and mental health education with focus on teaching of traditional health care methods like yoga,meditation etc.

* Teaching of self-help, health care methods.

* Awareness building regarding sanitation.

* Education to prevent AIDS and addictions.

* Education to maintain a correct and healthy attitude to the medical profession,both among the public andamong medical people.

* Increasing the use of mass media for health education.

* Introducing an effective machinery for health education.

* Literacy along with health care programmes.

* Adult education in rural and tribal areas with health components.

* Public education for information sharing and action.

4.3 Training

* Need for training at the grass root level and in the informal sector.

* To evolve training programmes to equip rural women with health and medical expertise, so that they can disseminate health information among the people.

.COMM - II.

GOVERNMENT OF KARNATAKA

BASIC MINIMUM SERVICES

DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY WELFARE SERVICES
BANGALORE

Sri AKM Nayak report
12000
Fw 7/2/01

BASIC MINIMUM SERVICES

INTRODUCTION

1.1 A basic health care service is understood to be a new-work of co-ordinated peripheral and intermediate health units capable of peforming effectively a selected group of functions essential to the health of an area and assuring the availability of competent professional and auxiliary personnel to perform these functions.

1.2 The national norm for a sub-centre vary between 3000-5000 population depending upon terrain and location. Similarly, there should be one Primary Health Centre for every 30,000 rural population in the plains and one Primary Health Centre for every 20,000 population in hilly, tribal and backward areas for more effective coverage. There should also be one Community Health Centre, for every four PHCs, with 30 beds and specialists in Surgery, Medicine, Gynecology, Paediatrics,with X-Ray and Laboratory facilities. The District-wise number of Primary Health Centres and Community Health Centres in the State, is given in Annexure-I.

1.3 According to Section 184 of the Karnataka Panchayat Act,1993, read with Schedule 3 of the Act, management of the hospitals and dispensaries, excluding the hospitals and dispensaries under the management of the Government or any other Local Authority, implementation of Maternal and Child Health Programme, implementation of Family Welfare Programmes and implementation of Immunisation and Vaccination Programme are the functions of the Zilla Panchayats.

1.4. Establishment of new PHCs and CHCs are proposed by the Zilla Panchayats and sanctioned by the State Government. Sanctions are normally accorded on the last day of the financial year and many a times the PHCs sanctioned are different from those proposed by the Zilla Panchayats. A large number of PHCs, which have been sanctioned in the recent past, are yet to become functional. Buildings are yet to be constructed and the staff, as per the norms, is yet to be sanctioned to these newly sanctioned P.H.Cs.

1.5. Since the Sub-centres and PHCs in the State are much more than as per the national norms, the emphasis should be on making the already sanctioned Sub-

centres and PHCs functional by construction of buildings, sanction of staff, providing equipment, etc.

2. PLANNING COMMISSION ON BASIC MINIMUM SERVICES.

2.1. During discussions with the Planning Commission, it has been pointed out that taking cognisance of the widening disparities among the States in the availability of Basic Minimum Services(BMS),the Conference of Chief Ministers in July,1996, recommended that Additional Central Assistance(ACA) may be provided to the States for correcting the existing gaps in the provision of seven Basic Minimum Services; that of these, access to primary health care, safe drinking water and primary education were given higher priority with the mandate that universal access to these services is to be achieved by 2000 A.D., that unlike the Minimum Needs Programme, which provides funds only for rural primary health care, BMS includes primary health care in urban and rural areas; that in order to ensure that adequate investments are made for BMS sectors, minimum adequate provision(MAP) was calculated on the basis of Actual Expenditure for 1995-96 + ACA + 15 per cent of ACA as State's share, that the State Government must also ensure their share of 15 per cent for BMS; that failure to allocate and utilise MAP requirement would result in curtailment of Central Assistance in the following year; that during the Ninth Plan funds will be ear-marked for urban and rural primary health care under the name BMS(instead of MNP); that this ear-marked amount will include BMS allocation from state budget and that since primary health care is one of the priority areas identified under BMS the State Health Department may obtain upto 20 per cent of the ACA for BMS for bridging infrastructural gaps in primary health care.

2.2. The Planning Commission has, among other things, emphasised the following:

a) While computing the requirements for primary health care infrastructure for the growing population, the fact that the population increase has occurred in and around the already established centres have to be kept in mind. Since the already established physical infrastructure cannot be shifted, and it will be difficult to add additional centres to serve the population in geographically convenient locations, it would be more feasible to increase the number of functionaries required to cater to the population's need rather than increase the number of centres.

b) During the Ninth Plan period the States shall restructure the existing sub-district/taluk hospitals and block level PHCs into functioning CHCs to the extent possible.

c) Existing rural hospitals and dispensaries have to be restructured to PHC/Sub-centre.

d) The poorly peforming districts should be identified and essential funds provided to meet their requirements so that the existing gap in the health and demographic indices among these districts could be minimised.

e) A flexible approach to the recruitment of staff, if necessary on contract basis, will be adopted to ensure that the programmes do not suffer due to lack of key personnel.

f) There is a lack of critical manpower in primary health care institutions. The number of sanctioned posts of Male Multipurpose Workers is only half the number required. This has been cited as one of the major factors responsible for the suboptimal performance in Malaria and T.B.Control programmes. It is essential that necessary administrative steps are taken to fill the gap in Male Multipurpose Workers.

g) A substantial proportion of specialists posts even in functioning CHCs are vacant. Hence these CHCs are unable to function as First Referral Units. In view of serious implications of this lacuna in the establishment of referral system, as well as effective provision of health,MCH/ F.P.Care, there is urgent need to rectify this.

h) At the moment there is no post of Anaesthetist in the CHCs. Services of Anaesthetists are vital because without an anaesthetist emergency/routine surgery in CHCs will not be possible. Attempts may be made to provide this critical manpower.

i) Services in primary health care facilities are also affected due to lack of maintenance of equipment/vehicle and inadequate supply of drugs.

3. CONSTRUCTION OF BUILDINGS FOR SCs, PHCs and CHCs:

District-wise requirement of funds, for providing buildings to these centres, is shown in Annexure-II.

4.PROVIDING STAFF TO PHCs AND CHCs AS PER NORMS:

4.1 The PHCs sanctioned since 1989-90 and the CHCs have not been provided with full complement of staff. To make these centres fully functional, the following staff is required to be sanctioned.

For PHCs	For CHCs
1. Block Health Educator. 2. Senior Health Assistant(Male) 3. Senior Health Assistant(Female) 4. Staff Nurse 5. Junior Health Assistant(Female) 6. First Division Assistant 7. Second Division Assistant 8. Group 'D	1. Paediatrician 2. Gynecologist 3. Surgeon 4. Dental Surgeon 5. Office Superintendent 6. X-Ray Technician 7. Staff Nurse 8. Pharmacist 9. Typist-cum-Clerk 10. Second Division Assistant 11. X-Ray Attender 12. Lab. Attender 13. Helper for every 3 beds 14. Cook 15. Dhobi

4.2. In addition, the post of Anesthetist is also required to be sanctioned to the CHCs. The recurring expenditure on the staff to be sanctioned, district-wise, is shown in Annexure-III.

5. MALE MULTIPURPOSE WORKERS:

As against the requirement of 8143 male multipurpose workers, there are only 6352 sanctioned posts. Hence, 1791 posts of male multipurpose workers will have to be sanctioned. The recurring cost, district-wise, for these posts are shown in Annexure-IV.

6. SUPPLY AND MAINTENANCE OF EQUIPMENT, FURNITURE, DRUGS, Etc.

Funds for supply and maintenance of equipment, furniture, drugs, etc., are now available, to some extent, under the Externally Aided Projects like I.P.P.-IX, KHSDP,

RCH, etc. However, once these projects are over, adequate funds, for this purpose,will have to be provided in the budget.

7. TOTAL ESTIMATED REQUIREMENT OF FUNDS FOR BMS (RURAL).

As of now, the total estimated requirement of funds for providing the basic minimum services, in rural areas, is Rs.389.52 crores (including recurring costs of Rs.85.51 crores). This amount may be provided over a period of 2-3 years. Since, as already pointed out earlier, primary health care services are basically in the Zilla Panchayat sector, the funds required will have to be provided to the Zilla Panchayats.

— What abt funds raising by ZP

Classify cat C dists - area, pop, infrastr, personnel,

ANNEXURE-I

Sl.No.	Name of the District	No. of existing Sub Centre	No. of existing PHCs per pop. - per area - norm	No. of existing CHCs
1	2	3	4	5
1	Bangalore Urban	140	31	3
2	Bangalore Rural	286	73	11
3	Chitradurga	458	57	12
4	Davangere		70	7
5	Kolar	375	82	13
6	Tumkur	418	97	10
7	Shimoga	380	55	9
8	Belgaum	598	135	15
9	Bijapur	456	65	8
10	Bagalkote		46	10
11	Dharwad	596	28	3
12	Gadag		29	6
13	Haveri		50	11
14	Uttara Kannada	316	61	12
15	Gulbarga	512	105	19
16	Bellary	264	54	9
17	Bidar	231	41	6
18	Raichur	378	47	5
19	Koppal		43	9
20	Mysore	690	96	15
21	Chamarajnagar		52	4
22	Kodagu	163	29	7
23	Mandya	376	71	9
24	Hassan	463	81	15
25	Chickmagalur	335	51	8
26	Dakshina Kannada	708	64	7
27	Udupi		63	6
	TOTAL	8143	1676	249

Rural FW centres - 269 - (PHCs GO/Aatlem)
400 PHCs in 7 cat C dists 7 making infrastr functional
66 CHCs re-establg infrastr
1,900 SCs

2-8-2010

ನಿರ್ದೇಶಕರು
ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ. ಸೇವೆಗಳು
ಬೆಂಗಳೂರು-560 009

ANNEXURE-II

Rs. in lakhs

Sl No	Name of the District	No.of Sub Centre Buildings to be constructed	Amount required	No.of PHC Buildings to be constructed	Amount required	No.of CHC Buildings to be constructed	Amount required	Total amount required (Total of Col.No.(4)+(6)+(8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Bangalore U	-	-	-	-	-	-	-
2	Bangalore R	88	396.00	31	558.00	4	300.00	1254.00
3	Chitradurga	54	243.00	25	450.00	4	300.00	993.00
4	Davangere	38	171.00	30	540.00	3	225.00	936.00
5	Kolar	74	333.00	15	270.00	-	-	603.00
6	Tumkur	190	855.00	28	504.00	5	375.00	1734.00
7	Shimoga	105	472.50	26	468.00	3	225.00	1165.50
8	Belgaum	160	720.00	31	558.00	3	225.00	1503.00
9	Bijapur	105	472.50	16	288.00	1	75.00	835.50
10	Bagalkote	63	283.50	10	180.00	4	300.00	763.50
11	Dharwad	50	225.00	4	72.00	1	75.00	372.00
12	Gadag	90	405.00	10	180.00	1	75.00	660.00
13	Haveri	98	441.00	17	306.00	4	300.00	1047.00
14	Uttara Kannada	223	1003.50	10	180.00	4	300.00	1483.50
15	Gulbarga	265	1192.50	59	1062.00	3	225.00	2479.50
16	Bellary	107	481.50	13	234.00	2	150.00	865.50
17	Bidar	103	463.50	3	54.00	1	75.00	592.50
18	Raichur	170	765.00	9	162.00	5	375.00	1302.00
19	Koppal	102	459.00	13	234.00	2	150.00	843.00
20	Mysore	203	913.00	61	1098.00	3	225.00	2236.50
21	Chamarajanagar	161	724.50	-	-	3	225.00	949.50
22	Kodagu	66	297.00	-	-	4	300.00	597.00
23	Mandya	170	765.00	18	324.00	5	375.00	1464.00
24	Hassan	259	1165.00	33	594.00	5	375.00	2134.50
25	Chikmagalur	220	990.00	22	396.00	2	150.00	1536.00
26	Dakshinna Kannada	-	-	2	36.00	3	225.00	261.00
27	Udupi	289	1300.50	23	414.00	1	75.00	1789.50
	TOTAL	3453	15538.	509	9162.00		5700.00	30400.50

ANNEXURE-III

Rs. in lakhs

Sl No	Name of the District	Amount required for the staff to be sanctioned to PHCs as per norms	Amount required for the staff to be sanctioned to CHCs as per norms	Amount required for the post of Anaesthetist to be sanctioned to CHCs.	Total amount required per annum as recurring expenditure.
1	2	3	4	5	6
1	Bangalore U	62.95	-	2.90	65.85
2	Bangalore R	255.65	76.68	8.70	341.03
3	Chitradurga	206.95	76.68	15.95	299.58
4	Davangere	243.52	58.26	5.80	307.58
5	Kolar	229.17	-	11.60	240.77
6	Tumkur	320.72	97.10	11.60	429.42
7	Shimoga	207.16	58.26	7.25	272.67
8	Belgaum	501.58	58.26	15.95	575.79
9	Bijapur	241.18	19.42	10.15	270.75
10	Bagalkote	152.22	76.68	10.15	239.05
11	Dharwad	98.28	19.42	4.35	122.05
12	Gadag	99.21	19.42	8.70	127.33
13	Haveri	147.92	76.68	15.95	240.55
14	Uttara Kannada	151.09	76.68	13.05	240.82
15	Gulbarga	346.99	58.26	23.20	428.45
16	Bellary	183.59	38.84	11.60	234.03
17	Bidar	107.96	19.42	7.25	134.63
18	Raichur	164.93	97.10	7.25	269.28
19	Koppal	151.87	38.84	13.05	203.76
20	Mysore	351.15	58.26	18.85	428.26
21	Chamarajanagar	141.82	58.26	4.35	204.43
22	Kodagu	76.40	76.68	4.35	157.43
23	Mandya	240.74	97.10	10.15	347.99
24	Hassan	298.14	97.10	17.40	412.64
25	Chickmagalur	156.84	38.84	5.80	201.48
26	Dakshina Kannada	176.52	58.26	8.70	243.48
27	Udupi	179.91	19.42	5.80	205.13
	TOTAL	5494.46	1469.92	279.85	7244.23

ANNEXURE-IV

Rs. in lakhs

Sl No 1	DISTRICT 2	Total No. of Male MPWs required as per norms 3	Existing No. of sanctioned post 4	Balance No. of posts to be sanctioned 5	Recurring expenditure per annum for the post in Col.No.5 6
	BANGALORE DIVISION				
1	Bangalore	140	130	10	7.30
2	Bangalore Rural	286	235	51	37.23
3	Chitradurga	132	107	25	18.25
4	Davangere	326	198	128	93.44
5	Kolar	375	282	93	67.89
6	Shimoga	380	249	131	95.63
7	Tumkur	418	398	20	14.60
	TOTAL				
	BELGAUM DIVISION				
8	Bagalkot	161	121	40	29.20
9	Belgaum	598	416	182	132.86
10	Bijapur	295	284	11	8.03
11	Dharwad	174	125	49	35.77
12	Gadag	126	91	35	25.55
13	Haveri	296	211	85	62.05
14	Uttara Kannada	316	280	36	26.28
	TOTAL				

PTO

Sl No	District	3	4	5	6
	GULBARGA DIVISION				
15	Bellary	264	241	23	16.79
16	Bidar	231	182	49	35.77
17	Gulbarga	512	452	60	43.80
18	Koppal	172	163	9	6.57
19	Raichur	206	165	41	29.93
	TOTAL				
	MYSORE DIVISION				
20	Chamarajanagara	202	131	71	51.83
21	Chickmagalur	335	305	30	21.90
22	Dakshina Kannada	456	323	133	97.09
23	Hassan	463	332	131	95.63
24	Kodagu	163	94	69	50.37
25	Mandya	376	320	56	40.88
26	Mysore	488	330	158	115.34
27	Udupi	252	187	65	47.45
	TOTAL				
	STATE TOTAL	8143	6352	1791	1307.43

ComH-11.

Christian Medical Commission Meeting
World Council of Churches
150 route de Ferney
1211 Geneva 20, Switzerland

CMCM/68/14

PLANNING FOR HEALTH CARE

(A summary of the discussions which led to a consensus on the Commission's understanding of its task).

While we are justifiably entitled to pride in reviewing the legacy of Christian medical work, we realize that some of the earlier initiatives are no longer open to us and that we must search for a new relevance today. Part of what was distinctive in Christian medical programmes was its pioneering nature - in offering medical care to those who otherwise would be destitute. However, today, governments and other secular agencies are increasingly offering such services, and we must discover how our programmes can be coordinated with theirs. This is not to say that the pioneering aspect of our services is over. There are whole new dimensions of pioneering possibilities which are still open to us. Yet in the discovery of them, we must always be aware that relevance is always relative. What is relevant today may be quite irrelevant in the days to come, and so we must always be open to renewal as we search for the appropriate ways in which the church can bring healing and wholeness to man.

A review of the problems which face individual institutions makes it abundantly clear that we lack adequate mechanisms for planning. The majority of these institutions operate in isolation from others, and their priorities and programmes are determined within the narrow context of their institutional walls. Thus, appeals for financial assistance go to the agencies with which they are historically related or to donor agencies. Yet such projects may have little relevance within a regional or national assessment of priorities. Because we lack mechanisms for planning, our present goals for the delivery of health services are largely undefined and they may be inappropriate in terms of community health needs.

The most important new dimension in the field of health care today is the element of planning, and most national governments are now engaged in it. Such planning seeks to define overall objectives and to identify the resources which are, or may be, available to meet them. It is now incumbent upon the churches to engage in such planning themselves, if they would exercise stewardship with their resources. Planning is necessary at all levels - national, institutional, and even at the level of dispensaries - and there must be a correlation at all these levels. Stewardship is required, not only to achieve the optimum health care within our resources but, equally, to see that the results are economically viable in the local context. We must always beware lest we advocate a system for

the delivery of health care which is beyond the reach of patients who are asked to pay for it. Modern technology is making hospital care more and more expensive. Yet most Christian hospitals seek to demonstrate the highest professional level of care believing this to be an effective part of their witness. It is ironic that in doing so they often price their services beyond the reach of the very poor who most need them. In such a situation, these institutions may have an aura of affluence and an image of indifference.

We were asked to consider the disturbing question, "Can we exclude from our mortality and morbidity statistics those we could not afford to care for?" Thus it may be appropriate for the church to develop experimental programmes directed toward minimal cost medical care, facing realistically the issue of cutting costs without too much increase in the risks.

One theme, which recurred again and again, was that the focus of care must change from the individual to the community which includes all individuals. This was one area where theologians and health planners found common ground. While the church had emphasized personal (individual) salvation, it was now coming to recognize that the uniqueness of the individual most frequently lay in his relationships in community. So there was a need to recapture the Hebraic concept of corporate salvation and the Pauline version of it as the New Community in Christ. Likewise, health planners were now aware of the deficiencies of a hospital-centred, disease-oriented system which focused on the individual who came to the hospital, but tended to neglect those beyond its walls who might be in greater need. Often we were reminded of the Tübingen Consultation which saw the ministry of healing vested in the congregation which moved out to engage human need beyond itself. And in seeking this role, our Chairman reminded us of the great danger that in seeking to do things <u>with</u> people our patience often runs thin, and so we tend to do things <u>for</u> people which easily gives way to doing things <u>to</u> people.

As an element in the planning process, we were reminded that modern biomedical technology, which requires expensive hospitals and equipment for its implementation, can have only a limited impact on the serious health problems that are before us. The vast efforts of personnel, money, buildings and equipment, which are required in the modern hospital, may have only a minimum effect on the total health need. The child with malnutrition and diarrhoea awakens in the night with ear-ache and is brought to the hospital; he receives penicillin and eardrops and returns home again. The suffering of the moment is relieved, and that is very important, but the effect on the child's life and probable early death is not minimized by this contact with modern biomedical technology. An auxiliary nurse visits a home, and there is contact between mother and nurse, but nothing happens. This is the interface between what we know about disease and what we have to learn about health care. But the fact that we have limited effectiveness in this area does not seem to deter us from continuing with this enormous and at times unavailing effort of building ever more and ever larger institutions.

Considerable discussion centred on the suggestion that our planning should involve a fearless appraisal of what we can and cannot do. This was coupled with the urgent need to work with governments in the development of priorities and programmes. This echoed the now familiar concept that we should work within "the world's agenda". There is a sense in which these health problems are the world's agenda, and the question is to what extent or in what way does the church accept them without question. Dr Taylor made an earnest plea that we must not simply react to this agenda, but that we should lead in its development of priorities and methods of meeting them.

The discussion following the presentation of case studies, which represented problems of church-related medical programmes, made the delineation of roadblocks to planning especially clear. There is an urgent need to evaluate the best use of resources. How can donor agencies become a part of the planning process, so that their gifts provide the optimum of health care and giving does not destroy the integrity of those national churches which ultimately become the owners of these prestigious institutions? It was recognized that one of the complications of our present situation is that we have, on the one hand, a system of relationships with agencies and churches who have resources and, on the other, with churches and agencies that have needs. If change is to come, it must be at all levels of these relationships - the institutions requesting aid, the donor agencies which are in a position to give it, and the national churches which have ultimate responsibility for the institutions. And to make the interaction of these relationships all the more difficult, we have the complicated problems of ecclesiastical identity which always appear to be so important, even though they have never been an instrument of healing.

We were reminded of the frequently inappropriate adaptation of Western styles of hospital-centred care and the educational systems that have been developed to support them and which are often impossible to adapt to local situations or cultural factors. In such cases, while the church must retain a degree of freedom to experiment, if it has adequately assessed the needs, it is also imperative that it engage in consultation with governments and not simply develop its own programmes for the sole purpose of keeping its institutions running at the cost of an impossible social burden on those whom it trains.

For example, in our church-sponsored educational programmes, there must be adequate thought given to the maintaining of government standards, as well as the need to plan that the person trained will be always employable - i.e. not beyond the capacity of the economy to absorb at any particular time, nor frustrated by being trained at a level that permits no further advancement.

We must seriously consider whether the Commission could make a significant contribution, not simply by finding ways to adhere to standards that are often too inflexible and not completely relevant to the national situation, but by exploring the wide-open field of community health nursing, a field in which everyone is eagerly

seeking help.

In reacting to the presentation of these problems, Drs Chandy and Ademola reminded us that, while we may be able to reach objectives within an international framework of accepted values, we must never forget that the solutions must always be developed within a local context. These solutions have to reckon with local economic factors, local personalities, and local colonial heritage. The per capita expenditure on health within different developing countries varies considerably, and this forces us to reckon within different contexts in which solutions must be found, but also warns us that requests for answers cannot be quick answers if they are to be good answers.

While much of the previous discussion appeared to indicate a downgrading of institutional, hospital-centred care, we must never forget that the hospital has a vital role within a comprehensive community-oriented health programme. People in communities have a very wide range of health needs. Some of these health needs are best met in the home situation - things that have to do with situations that happen in the home, relationships between people, the care of children, living patterns, relationships to environment. But there are other things that cannot be taken care of in the home - simple things perhaps, such as a boil, a red eye, attacks of malaria, a cut, and perhaps these can best be taken care of in a simple centre by a person with simple training. But there are other things that neither of these situations take care of, such as a woman in obstructed labour. There is only one place for her and that is in the hospital where someone is competent to take care of her need. In order to give comprehensive medical care, we must carefully assess all the needs of all the people and recognize that these can best be met in various institutions, each in careful coordination one with the other. It is when they are separated that things begin to fall apart; when the hospital in isolation only meets part of the problem and complicates the issue by sometimes meeting problems that could easily be taken care of elsewhere, in a less expensive and less sophisticated establishment.

Having reviewed some of the major problems facing Christian medical programmes today in all their complex relationships, we recognize that but a few of them can be responsive to individual solutions, while behind the majority lies a fundamental need for change. From these discussions, there emerged a consensus that the direction for change points to the adoption of a central concept in health care which recognizes the total needs of man in the community. This resulted in the document. "The Commission's Current Understanding of Its Task", available from the Geneva CMC office.

COMH 11.

Leading Health Indicators for Healthy People 2010

Final Report

Carole A. Chrvala and Roger J. Bulger, *Editors*

Committee on Leading Health Indicators for Healthy People 2010

Division of Health Promotion and Disease Prevention

INSTITUTE OF MEDICINE

NATIONAL ACADEMY PRESS
Washington, D.C. 1999

Notice | Committee | Acknowledgments | Contents

NATIONAL ACADEMY PRESS • 2101 Constitution Avenue, N.W. • Washington, DC 20418

NOTICE: The project that is the subject of this report was approved by the Governing Board of the National Research Council, whose members are drawn from the councils of the National Academy of Sciences, the National Academy of Engineering, and the Institute of Medicine. The members of the committee responsible for the report were chosen for their special competences and with regard for appropriate balance.

The Institute of Medicine was chartered in 1970 by the National Academy of Sciences to enlist distinguished members of the appropriate professions in the examination of policy matters pertaining to the health of the public. In this, the Institute acts under the Academy's 1863 congressional charter of responsibility to be an adviser to the federal government and its own initiative in identifying issues of medical care, research, and education. Dr. Kenneth I. Shine is president of the Institute of Medicine.

Support for this study was provided by the Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services, (contract no. 282-98-0018). The views presented are those of the Institute of Medicine Committee on Leading Health Indicators for Healthy People 2010 and are not necessarily those of the funding organization.

Additional copies of this report are available in limited quantities from:

Division of Health Promotion and Disease Prevention
2101 Constitution Avenue, N.W.
Washington, DC 20418
Call (202) 334-2383 for more information.

Call (800) 624-6242 or (202) 334-1318 (in the Washington metropolitan area) or visit the NAP's on-line bookstore at **http://www.nap.edu**.

For more information about the Institute of Medicine, visit the IOM home page at http://www2.nas.edu/iom.

Copyright 1999 by the Institute of Medicine. All rights reserved.

Printed in the United States of America

The serpent has been a symbol of long life, healing, and knowledge among almost all cultures and religions since the beginning of recorded history. The image adopted as a logotype by the Institute of Medicine is based on a relief carving from ancient Greece, now held by the Staatliche Musseen in Berlin.

COMMITTEE ON LEADING HEALTH INDICATORS FOR HEALTHY PEOPLE 2010

Roger Bulger, MD (*Chair*), Association of Academic Health Centers, Washington, DC

Susan Allan, MD, JD, MPH, Department of Human Services, Public Health Services, Arlington, VA

Neal Halfon, MD, MPH, School of Medicine, and School of Public Health, University of California, Los Angeles

Barbara S. Hulka, MD, MPH, Department of Epidemiology, University of North Carolina, Chapel Hill

Thomas J. Kean, MPH, Strategic Health Concepts, Inc., Englewood, CO

Scott C. Ratzan, MD, MPA, MA, Academy for Educational Development, Washington, DC

Stephen C. Schoenbaum, MD, MPH, Harvard Pilgrim Health Care of New England, Providence, RI

Mark Smith, MD, MBA, California HealthCare Foundation, Oakland

Shoshanna Sofaer, DrPH, Baruch College, New York, NY

Robert B. Wallace, MD, Department of Preventive Medicine, University of Iowa, Iowa City

Staff

Carole A. Chrvala, Study Director
Kelly Norsingle, Project Assistant
Kathleen R. Stratton, Director, Division of Health Promotion and Disease Prevention
Donna D. Duncan, Division Assistant

Acknowledgments

Healthy People has been a product of the efforts of many agencies and individuals during the course of the past two decades. The committee expresses its appreciation to the presenters at the June 1998 public session for providing an excellent overview of the leading health indicators as they relate to Healthy People 2010. The presenters addressed many of the issues under consideration by the committee, and the committee appreciates the participants' insights. The presenters were: Edward Sondik, National Center for Health Statistics; Mike Stoto, Department of Epidemiology, George Washington University; Ronald Bialek, Public Health Foundation; Thomas Milne, National Association of City and County Health Officials; Laverne Snow; Association for State and Territorial Health Officers; and Olivia Carter-Pokras, Office of Minority Health. The committee also thanks Michael McGinnis for providing the committee with his summary of leading health indicators for *Healthy People 2010*.

This report has been reviewed by individuals chosen for their diverse perspectives and technical expertise, in accordance with procedures approved by the National Research Council's Report Review Committee. The purpose of this independent review is to provide candid and critical comments that will assist the authors and the Institute of Medicine in making the published report as sound as possible and to ensure that the report meets institutional standards for objectivity, evidence, and responsiveness to the study charge. The content of the review comments and draft manuscripts remain confidential to protect the integrity of the deliberative process. The committee thanks the following individuals for their participation in the review of this report: Ross Brownson, St. Louis University; Ezra Davidson, Charles R. Drew University of Medicine and Science; Paul Frame, Tri-County Family Medicine; Randolph Gordon, Bon Secours Richmond Health Systems; Maureen Henderson, University of Washington; LaDene Larsen, Utah Public Health

Association; Anthony Robbins, Tufts University; Susan Scrimshaw, University of Illinois at Chicago; and Hugh Tilson, Glaxo Wellcome Company.

Although the individuals listed above have provided many constructive comments and suggestions, responsibility for the final content of this report rests solely with the authoring committee and the Institute of Medicine.

Contents

EXECUTIVE SUMMARY
- Charge to the Committee
- Overview of Indicator Set Development
- Description of Proposed Indicator Sets
- Linkage of Indicator Sets to *Healthy People 2010*
- Crosscutting Data Issues
- Dissemination Strategies
- Conclusions and Recommendations

1 BACKGROUND AND SIGNIFICANCE
- *Healthy People*- The First Decade
- *Healthy People 2000*
- *Healthy People 2010*
- Leading Health Indicators

2 APROACH TO DEVELOPMENT OF LEADING HEALTH INDICATOR SETS
- Charge to Committee
- Review of Relevant Literature
- Development of Criteria to Guide Selection of Specific Leading Health Indicators
- Regional Meetings
- Selection of Conceptual Frameworks for Indicator Sets
- Interim Reports
- Public Hearing
- Selection of Candidate Indicator Sets

3 PROPOSED LEADING HEALTH INDICATOR SETS
- Health Determinants and Health Outcomes Indicator Set
- Life Course Determinants Set
- The Prevention-Oriented Set
- General Discussion of Issues Relevant to the Proposed Indicator Sets

4 LINKAGE WITH *HEALTHY PEOPLE 2010*
- Overarching Goals

5 CROSS-CUTTING DATA ISSUES FOR LEADING HEALTH INDICATORS
- Data Sources for Proposed Leading Health Indicator Sets
- General Data Issues for Proposed Leading Health Indicator Sets

6 CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS
- Commitment of Adequate Resources and Effort for Dissemination of Indicator Set
- Health Disparities
- Poverty as a Leading Health Indicator
- General Data Issues and Analysis at Multiple Jurisdiction Levels

REFERENCES

Executive Summary

Since its inception in 1979, *Healthy People* has been a significant and innovative health initiative to guide the efforts of this nation to

(1) address disparities in health status and health outcomes between diverse population groups and (2) improve the overall health of the nation. *Healthy People* identifies opportunities at the national, state, local, and community levels to remediate the most significant and tractable issues affecting the health of all people residing in the United States. With its goal statements, focus areas, and objectives, *Healthy People* suggests ways to improve the health of the nation's population while using the knowledge and skills of national, state, and local government agencies, individual and group participants in communities, members of health care delivery systems, voluntary groups, and public- and private-sector organizations and agencies.

Healthy People 2010 is the third generation of this health initiative that is intended to address the health problems of this nation as it enters the next millennium. Efforts to develop *Healthy People* for the decade from the years 2000 to 2010 have been under way since September 1996. Although the identification of overarching goals, enabling goals, focus areas, and related objectives for the full *Healthy People 2010* guidance document has dominated these efforts, much attention has also been given to the development of a small set of leading health indicators.

Similar to the five key measures in the first decade of *Healthy People* and the 47 sentinel indicators established for *Healthy People 2000*, *Healthy People 2010* may benefit from a small set of leading health indicators that will be of interest, importance and relevance to the general public, non-health organizations, and traditional public and private health organizations. Leading health indicators can focus on a small number of key health and social issues that can be brought to the attention of the nation, motivate actions to exert positive influences over these leading health indicators and provide feedback concerning progress toward achieving the targets set for each indicator. Furthermore, a small set of leading health indicators can create a national identity for the full-scale implementation of *Healthy People 2010* and expand the traditional *Healthy People* community to include a wide variety of agencies, organizations, diverse population groups, community organizations, and individuals.

CHARGE TO THE COMMITTEE

The Institute of Medicine convened a committee to consider the issue of leading health indicators for *Healthy People 2010* and to develop and recommend a minimum of two sets of indicators for consideration by the U.S. Department of Health and Human Services. The committee received its charge from the department with several opportunities for review and discussion. The initial charge emphasized that the committee should recommend a minimum of two candidate indicator sets that would (1) elicit interest and awareness among the general population, (2) motivate diverse population groups to engage in activities that will exert a positive impact on specific indicators and in turn, improve the overall health of the nation, and (3) provide ongoing feedback concerning progress toward improving the status of specific indicators. In subsequent meetings between committee members and staff from the U.S. Department of Health and Human Services, this charge was reviewed and clarification sought where necessary. Specifically, the committee was informed that the charge also included the development of potential dissemination strategies to promote the leading health indicators to the lay public and traditional public and private health care communities. It was also established that clear linkages should be demonstrated between the proposed indicators and the existing full draft of *Healthy People 2010*, including the two overarching goals, four enabling goals and 26 focus areas. Finally, the committee received additional direction that the candidate indicator sets should contain no more than 10 indicators and that any proposed indicator set should be supported by a conceptual framework around which the specific indicators could be organized.

OVERVIEW OF INDICATOR SET DEVELOPMENT

This report provides a detailed discussion of the committee's efforts to develop leading health indicator sets that could focus on health and social issues as well as evoke response and action from the general public and the traditional audiences for *Healthy People*. Briefly, three sets of leading health indicators were developed through the standard Institute of Medicine committee process. The committee followed an iterative approach to guide selection of conceptual frameworks and specific indicators for potential indicator sets. These efforts resulted in consideration of 13 conceptual frameworks and more than 50 categories of indicators. The committee then followed a consensus-based approach to facilitate selection of conceptual frameworks and specific indicators. This resulted in three unique conceptual frameworks and 19 indicators unique to the three proposed sets.

The diverse expertise and experience of the committee members strongly influenced the process of selection of the conceptual frameworks and indicators. However, the appointed committee is confident about the strengths of the three conceptual frameworks underlying each of the proposed sets and similarly, the ability of specific indicators within each set to meet the final set of six essential criteria. The committee is also confident that the three proposed indicator sets are responsive to every aspect of the committee's charge.

The committee also focused on identification of a set of essential criteria to guide the selection of suitable indicators for each of the candidate indicator sets. Initially, the committee accepted the nine criteria that had been recommended by the Working Group on Sentinel Indicators for *Healthy People 2010*. The committee then decided to expand this initial set of nine to include five additional criteria. As the committee progressed in its efforts to select appropriate indicators, they shared a growing awareness of the need to select criteria that would be understandable to the lay public and traditional public and private health care professionals as well as feasible to implement. Ultimately the committee decided that 14 criteria were too numerous and therefore, not feasible to apply in the selection of specific indicators. Following an interactive process that also reflected the committee's best judgments and their consideration of relevant literature and public comment resulted in a smaller set of six essential criteria that were worded in the simplest and most understandable terms. These criteria then became the essential conditions used by the committee to guide selection of the final indicators in each of the three proposed sets. The final set of six criteria are presented in the following Table E.1.

Table E.1 Final Criteria Guiding Selection of Leading Health Indicators

1. Worth measuring - the indicators represent an important and salient aspect of the public's health
2. Can be measured for diverse populations - the indicators are valid and reliable for the general population and diverse population groups
3. Understood by people who need to act - people who need to act on their own behalf or that of others should be able to readily comprehend the indicators and what can be done to improve the status of those indicators
4. Information will galvanize action - the indicators are of such a nature that action can be taken at the national, state, local and community levels by individuals as well as organized groups and public and private agencies
5. Actions that can lead to improvement are anticipated and feasible - there are proven actions (e.g., changes in personal behaviors, implementation of new policies, etc.) that can alter the course of the indicators when widely applied
6. Measurement over time will reflect results of action - if action is taken, tangible results will be seen indicating improvements in various aspects of the nation's health

Committee efforts then turned toward the identification of plausible, science-based conceptual frameworks around which sets of leading health indicators could be organized. In addition, the committee identified 50 categories from which indicators could be selected. These efforts resulted in development of three sets of leading health indicators including (1) a Health Determinants and Health Outcomes Set, (2) a Life Course Determinants Set, and (3) a Prevention-Oriented Set. Three conceptual frameworks provided an underlying logic that facilitated selection and organization of indicators within each of the three proposed sets. In addition, the committee considered issues relevant to dissemination strategies, data collection and analysis, health disparities, potential strategies for action, and strength and limitations associated with the proposed sets. Table E.2 provides an overview of the specific indicators within each of the three proposed sets.

Table E.2 Comparative Overview of Three Proposed Leading Health Indicator Sets

Health Determinants and Health Outcomes	Life Course Determinants	Prevention
Physical environment	**Substance abuse**	Poverty
Poverty	Poverty	Tobacco use
High school graduation	*Physical activity*	**Childhood immunization**
Tobacco use	*Health care access*	**Cancer screening**
Weight	**Cognitive development**	**Hypertension screening**
Physical activity	**Violence**	**Diabetic eye exam**
Health insurance	Disability	*Health care access*
Cancer detection	Tobacco use	Disability
Preventable deaths	**Low birth weight**	*Preventable deaths*
Disability		

NOTE: Key: **Bold** = Unique to the set, *Italic* = Common to two sets, Underline = Common to three sets

DESCRIPTION OF PROPOSED INDICATOR SETS

Health Determinants and Health Outcomes Set

The Health Determinants and Health Outcomes Set is based on extensive research supporting the field model of determinants of health at the individual and population levels (Evans and Stoddart, 1992). In this conceptual framework, determinants of health are also considered predictors of health behaviors and health outcomes. Knowledge about how well the nation, a state, a community or an individual is doing on specific indicators clarifies factors associated with the current health status of this nation and suggests actions to be taken to further improve the nation's health status. In addition, the proposed set includes a small number of indicators to assess broad population health outcomes. This provides information about disease morbidity and mortality that require interventions to improve disease outcomes of diverse U.S. populations.

The proposed Health Determinants and Health Outcomes Set includes eight indicators representative of health determinants: physical environment, poverty, high school graduation, tobacco use, weight, physical activity, health insurance, and cancer detection. These indicators have been chosen because they represent some of the most powerful determinants of health for which meaningful action can be taken at multiple jurisdictional levels, ranging from the national and state levels to individuals and families in neighborhoods and communities. There are two indicators to address health outcomes. The first focuses on prevention of mortality associated with intentional and unintentional injuries, while the second addresses the extent to which illness, injury or disability prevents people from performing important social roles. The indicator set therefore recognizes that just as society has an effect on health, so too the health of the population has aneffect on the functioning and productivity of society.

Life Course Determinants Set

The conceptual framework for the Life Course Determinants Set draws from two models regarding the primary determinants of health. This set integrates the field model, described above, and the life course health development model. The life course health development model reflects a growing body of evidence that health outcomes and health status follow a developmental process in which current health status and outcomes are the product of cumulative inputs across the course of life. This framework suggests that at strategic points throughout the life course, health determinants are susceptible to greatest influence and, in turn, can significantly affect the subsequent life course. For example, lifelong patterns of tobacco use may be most dependent upon smoking behaviors established in adolescence. To be most successful in the prevention of death and disability from diseases associated with tobacco smoking, the public and the health care system should focus efforts most intensely on prevention of smoking initiation and smoking cessation programs targeted to youth. Similarly, the long-term functional level of an adult who has had a stroke may be primarily determined by the physical rehabilitation and psychosocial support received in the first few months following the stroke. The Life Course Determinants Set includes indicators representative of health in a broad social and biological context including substance abuse, poverty, physical activity, health care access, cognitive development, violence, disability, tobacco use and low birth weight.

Prevention-Oriented Set

The third proposed set of leading health indicators is based on the Prevention Model, which relies on four basic constructs: current health status, primary prevention, secondary prevention, and tertiary prevention. The Prevention-Oriented Set uses a simple and conventional structure that encompasses both individual and community-based health activities and the prevention and disease management activities of the health care delivery system. The prevention orientation itself emphasizes that the general population, in collaboration with public and private health professionals, should take action to promote health and prevent disease in themselves and others. Approaches to the achievement of improvements in health behaviors and disease outcomes can be personal, familial or institutional.

The four categories into which the nine indicators in the Prevention-Oriented Set have been given names that are intended to be comprehensible to the lay public and diverse population groups. Thus, instead of listing the first category as health status, the category is, "How are we feeling?" The category of primary prevention is associated with the question "How do we keep ourselves well?" Secondary prevention is described as "If we are sick, how can we find disease early?" Tertiary prevention is described as "When we are sick, how do we get the best medical care?" Indicators in the proposed set were selected with a particular emphasis on issues pertinent to ease of interpretation by the public, availability of data for national, state, local, and community jurisdictions, and the relation of the indicators to health promotion and disease prevention surveys as well as to morbidity surveys. The specific indicators include: disability, and preventable deaths as measures of current health status; poverty, tobacco use and childhood immunizations as primary prevention strategies; cancer screening and hypertension screening as representative of secondary prevention, and diabetes management and health care access as measures of tertiary prevention.

LINKAGE OF INDICATOR SETS TO *HEALTHY PEOPLE 2010*

The three proposed leading health indicator sets reflect a shift in emphasis away from simple mortality measures toward a more complex array that includes health-related quality-of- life, protective health behaviors, risk behaviors, social, and environmental factors consistent with one of two overarching goals of *Healthy People 2010*: to increase the quality and years of healthy life. This shift in focus away from measures of mortality reinforces the role of the proposed indicator sets in responding to such an expanded vision of health. Each of the three proposed indicator sets also addresses many of the social, cultural, economic and health care system issues considered by many to be critical factors in efforts to eliminate health disparities, which is the second of the overarching goals established for *Healthy People 2010*. For example, measures of income, education, and access to health care for disease prevention, detection, and treatment are included in one or more of the sets. In addition, the proposed sets include measures relevant to each of the six areas identified by the U.S. Department of Health and Human Services Initiative to Eliminate Disparities in Health. These include cancer screening, diabetes, immunizations, infant mortality, and risk behaviors for cardiovascular and other diseases.

The suggested sets of indicators are also linked to the four enabling goals established for *Healthy People 2010*. These include promotion of health behaviors, promotion of healthy communities, prevention and reduction of diseases and disorders, and improvement of systems for personal and public health. For example, the poverty, health insurance, high school graduation and health care access indicators can be considered to be representative of a healthy community as well as improved systems for personal and public health. Similarly, immunization, tobacco, substance abuse, physical activity, and weight are associated with promotion of healthy behaviors, promotion of healthy communities, and prevention and reduction of disease and disorders.

CROSSCUTTING DATA ISSUES

The committee's selection of three sets of leading health indicators also relied on an analysis of crosscutting data issues. The committee believes it is essential that the DATA2000 Monitoring System be updated for *Healthy People 2010* to ensure that it continues to be the leading source of comprehensive data for the ongoing monitoring of the proposed leading health indicators and reporting on the indicators on a timely and routine basis. Additional federal databases may also provide alternative sources of data to inform the three proposed sets of leading health indicators.

In the absence of existing data collection efforts, new data collection efforts that will provide data on the indicators as well as permit multilevel analysis and reporting of key results at the national, state, local, and community levels will be required. This has particular relevance to data collection and analysis efforts for specific population groups defined by age, gender, race and ethnicity, disability, socioeconomic levels, geographic locale, sexual orientation, and levels of educational attainment. It will be essential to identify the need for new data collection efforts that will provide information about the three sets of indicators for diverse population groups prior to implementation of the full *Healthy People 2010* plan and the selected set of leading health indicators. Further, analyses for the monitoring of changes in the indicators should include data for the total population as well as data for diverse population groups. Furthermore, to ensure that local or community-based initiatives are the most appropriate and effective to improve the status of the leading health indicators, data will be required for defined jurisdictional units as well as select population groups within those local jurisdictions. This reflects the committee's recognition of the importance of an individual's community in influencing the wide range of health-related behaviors, beliefs, practices, and outcomes considered in each of the three sets of leading health indicators. This is especially true as the focus of the recommended sets has been broadened to encompass a wider range of factors that influence health, such as social, educational, and environmental factors, preventive health behaviors, risk behaviors, to health care systems and other direct biological determinants of health outcomes.

This report also identifies steps the U.S. Department of Health and Human Services can take to ensure the highest quality of data collection and management. This is of particular importance in cases in which new or expanded data sets will be established to measure the indicators and analyze the progress that has been made toward achieving the specific targets for each leading health indicator. The committee encourages particular attention be given to data quality limitations of self-reported data, data validity and reliability, periodicity and timeliness of data availability, representativeness of data and small-area analyses.

DISSEMINATION STRATEGIES

Experience with leading health indicators during the first two decades of *Healthy People* suggests that traditional methods of communication and dissemination are unlikely to be successful in communicating to the general public and motivating public actions to improve the status of specific indicators. This report includes the committee's suggestions for effective strategies for the communication and dissemination of information about the leading health indicators, with an emphasis on the role of the U.S. Department of Health and Human Services as the lead agency to assume responsibility for integration of traditional methods of dissemination of information with new communications channels such as electronic communication. The committee also suggests that research on communications and dissemination strategies should be completed before the department finalizes the language for specific indicators for the selected set of leading health indicators. This research should focus on determination of the most compelling language that will communicate to the diverse groups of the population and encourage those subgroups to take action. Similarly, traditional and innovative communications products and methodologies should be evaluated before their inclusion in the full dissemination protocol for the leading health indicators that will be undertaken by the U.S. Department of Health and Human Services and its collaborating agencies. The department is also strongly encouraged by the committee to establish an ongoing system of process evaluation, including audits of communications products and the use of target group profiles of diverse population groups. These should be developed prior to initiation of the leading health indicator component of *Healthy People 2010* and continued for the duration *Healthy People 2010*. This will provide the U.S. Department of Health and Human Services with information about the implementation of different communication strategies as well as assessments of their effectiveness in motivating actions among individuals and communities to improve the status of specific indicators. This will provide ongoing feedback about the successes and failures of specific dissemination strategies for diverse population groups and will support modification of these strategies, if necessary, during the full course of *Healthy People 2010*.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Chapter 3 of this report recommends three sets of leading health indicators for consideration by the U.S. Department of Health and Human Services along with suggestions for effective dissemination of the selected indicator set to the general public, including diverse population groups, and the public and private health care communities. The chapter also includes information about potential action strategies for each of the proposed indicators, and a discussion of the general strengths and limitations of the three proposed indicator sets. The Committee recognizes the difficulty and complexity of the department's task of selecting a single set of leading health indicators for *Healthy People 2010*. In order to facilitate that process this committee makes a number of recommendations and suggested action steps to be taken by the U.S. Department of Health and Human Services.

Selection of Indicator Set

The committee recommends that the U.S. Department of Health and Human Services select a single set of leading health indicators from among the three proposed sets and commit to support fully the implementation of the selected indicator set for the duration of *Healthy People 2010*. The Committee recognizes that political and/or policy issues may motivate the U.S. Department of Health and Human Services to change indicators within the sets. The committee does not advocate for efforts by the U.S. Department of Health and Human Services to develop alternative sets of indicators comprised of different indicators selected from each of the three proposed sets. The three sets are based on unique conceptual frameworks and integration of indicators between sets would likely compromise the internal validity of each of the sets. If the U.S. Department of Health and Human Services must consider altering the indicators within a set, the committee strongly urges that it is done in such a manner that does not compromise the internal validity of the conceptual frameworks supporting each of the three sets.

Achieving the laudable goals of the leading health indicator effort to promote the nation's health will be difficult unless department efforts to promote, evaluate, and disseminate the selected set of indicators are maintained and strengthened. The Committee offers five

suggestions for steps necessary to support the leading health indicator initiative.

Inter-Agency Collaborations

Leading health indicators will be strengthened by continued collaborations of the U.S. Department of Health and Human Services with other federal agencies (e.g., Environmental Protection Agency, U.S. Department of Labor, U.S. Department of Education, U.S. Department of Housing and Urban Development), private sector agencies, businesses, labor and voluntary groups, state and local health agencies, and community-based groups and organizations with a shared goal of improving the health of their communities and thereby improving the health of the nation.

Dissemination Strategies

A comprehensive plan for communication and dissemination of information related to the leading health indicators should be responsive to the needs of diverse population groups and include both traditional and innovative communication and health behavior change strategies.

Health Disparities

Data must be available on a consistent, timely, and periodic basis to examine health disparities among the following population groups: 1) population groups defined by race and ethnicity; 2) population groups defined by income; 3) population groups defined by age; 4) population groups defined by gender; 5) population groups defined by functional status; 6) population groups defined by sexual orientation; 7) population groups defined by levels of educational attainment, and 8) population groups defined by geographic locale.

Poverty/Socioeconomic Status

Analysis of every indicator with socioeconomic status or income level as stratification variables will ensure that health disparities attributable to variations in socioeconomic status are identified, monitored, and corrected.

Data Collection and Analysis

Assuring the availability of appropriate data to monitor the selected leading health indicator sets will include the following actions:

1. Evaluation of data sets for the following characteristics: quality of data, limitations of self-reported data, periodicity and timeliness of data availability, representativeness of data, and ability to provide small-area analyses,
2. Technical assistance to communities to utilize small-area analysis data sets appropriately in the design, implementation, and evaluation of local interventions to improve the status of specific indicators, and
3. Determination of the appropriate intervals for data collection, methods of analysis, and frequency of reporting of results for each of the indicators.

The development of leading health indicators that provide a clearly understandable and recognizable face for the full *Healthy People 2010* agenda has enormous potential to exert positive influences on the public's awareness and practice of health-promoting behaviors. This is especially true if the chosen set of indicators is meaningful to and can be acted upon by the lay public, with an emphasis on diverse population groups.

This report contains a number of recommendations and suggestions for the Department of Health and Human Services that address issues relevant to the composition of leading health indicator sets, data collection, data analysis, effective dissemination strategies, health disparities, and application of the indicators across multiple jurisdictional levels. These recommendations and suggestions also reflect the committee's belief that achievement of the overarching and enabling goals of *Healthy People 2010* is possible only when national, state, and local health agencies establish collaborative partnerships with members and organizations representative of a wide array of diverse population groups and communities. These partnerships can yield significant and sustained changes in the health behaviors and health outcomes of the public. In the presence of collaborative, community-based partnerships, leading health indicators for *Healthy People 2010* can be used as tools to mobilize the lay public and health professionals to become engaged in making progress toward the health goals for the nation and to do so in a manner that prompts public understanding of and policy actions related to the important determinants of that progress.

Background and Significance

HEALTHY PEOPLE: THE FIRST DECADE

Healthy People has evolved over the past 20 years to become the nation's health agenda. It encompasseshealth promotion and disease prevention efforts that are intended to achieve and sustain significantimprovements in the health of all people in the United States. The conceptual underpinnings of *HealthyPeople* were first described in a 1979 report from the Surgeon General entitled *Healthy People: The SurgeonGeneral's Report on Health Promotion and Disease Prevention* (U.S. Public Health Service, 1979). That report outlined a set of 5 national health goals that would guide health promotion and disease preventionactivities during the decade 1980 to 1990. The primary purpose of establishing these health goals was toadvance a small set of measures that could be tracked on a routine basis to monitor the general status of thehealth of the public (U.S. Department of Health and Human Services, 1998a). These five goals wereestablished for five distinct age cohorts and included the following:

1. an overall 35 percent reduction in the rate of infant mortality;
2. a 20 percent reduction in the numbers of deaths among children ages 1 to 14 years to fewer than 34 per 100,000;
3. a 20 percent reduction in the numbers of deaths among adolescents and young adults up to age 24 to fewer than 93 per 100,000;
4. a 25 percent reduction in the numbers of deaths among adults ages 25 to 65; and
5. a 20 percent reduction in the average number of days of illness among those over age 65 (U.S. Public Health Service, 1979).

The report described 15 strategies by which these five goals could be achieved by 1990. Each of the 15 strategies, in turn, were supported by objectives that could be grouped into one of following categories: (1) preventive services delivered by the health care system, (2) interventions undertaken by governmental and private sector agencies to prevent harm to the public, and (3) personal and community level activities to promote healthy lifestyles.

The U.S. Department of Health, Education and Welfare (now known as the U.S. Department of Health and Human Services) convened in June, 1979 a conference in which recognized experts addressed each of the 15 strategic areas for intervention. Fifteen panels of experts drafted sets of quantifiable objectives that were then published in the *Federal Register* in fall of 1979 to elicit broad-based review and commentary from the public and private health care system. Interim and final revisions to 226 objectives representing each of the 15 strategic areas were completed by the spring of 1980. A target outcome was identified for the 226 objectives and these were then published in a second document, *Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation* (U.S. Department of Health and Human Services, 1980). The overriding premise for that report was the need for improvement of the health of all people in the U.S. during the decade of 1980 to 1990 through the implementation of intervention plans by governmental bodies and private sector agencies at the national, state, local, and community levels.

Evaluation of progress toward achieving the 226 objectives outlined in *Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation* relied on periodic progress reviews and a midcourse review. Both reviews included discussions of the progress that had been made toward achievement of each of the objectives and the five overarching goals, analysis of shortfalls and problems associated with implementation of the interventions, and suggestions for modifications to the specific language of objectives or the methods of intervention. Five periodic progress reviews and the midcourse review were completed by 1996 (National Center for Health Statistics, 1992, 1994, 1995, 1996, 1997). A final report summarized the progress that had been made in achieving the five overarching goals as well as each of the 226 objectives (Journal of the American Medical Association, 1992). That final review revealed that among the five overarching goals, positive changes had been achieved for infants, children, and adults whereas the goals for adolescents and the elderly had not been met. Of equal importance, this final report set the stage for development and modification of goals and objectives for the next decade of the *Healthy People* including the years from 1990 to 2000.

HEALTHY PEOPLE 2000

The development of priority areas and objectives for the decade from 1990 to 2000 was enhanced by lessons learned during the first decade of *Healthy People*. Several significant changes were incorporated into the *Healthy People 2000* plan as a result of those lessons (U.S. Department of Health and Human Services, 1991). Specifically, the five age-based mortality and morbidity reduction goals were replaced by the following three goals:

1. increase the span of healthy life for Americans,
2. reduce health disparities among Americans, and
3. provide access to preventive health services for all Americans.

In addition, the original 15 strategic areas were expanded, renamed, and reorganized to include 22 priority areas. The entire national public health community was invited to contribute to the process of determining the priority areas, objectives, and targets for *Healthy People 2000*. The total number of objectives increased to 319. Of greater significance was the inclusion of subobjectives to ensure that efforts to reach special population groups in the United States were emphasized, with a particular focus on reduction in disparities of health status and disease outcomes. Special targets were set for population groups at heightened risk of morbidity and mortality from disease including people in certain racial and ethnic minority groups and disabled people.

Another innovation that emerged during planning efforts for *Healthy People 2000* was the identification of a smaller set of 47 "sentinel" indicators selected from among the full set of 319 objectives. These sentinel indicators were thought to provide a succinct

measure of the health of the general population and special populations. These 47 indicators were similar in purpose to the five overarching goals established for the first decade of *Healthy People*. These sentinel indicators were conceptually linked to the goals, priority areas, objectives and subobjectives of *Healthy People 2000*. The intent was for sentinel indicators to monitor the status of the health of the general population on a regular basis and inform those federal, state, local, and community agencies involved in *Healthy People 2000*. Of equal significance, however, was the idea that the sentinel indicators could be presented to the general public and non-health care professionals to increase their awareness of, and involvement in, *Healthy People 2000* activities (Journal of the American Medical Association, 1995, U.S. Department of Health and Human Services, 1998a).

It was also notable that *Healthy People 2000* included a special objective, Objective 22.1, that addressed issues related to health and disease surveillance and data systems (U.S. Department of Health and Human Services, 1991). The Centers for Disease Control and Prevention convened the *Committee for Objective 22.1* to accomplish several tasks. First, the committee developed a set of 18 health status indicators that would allow comparisons of data used by public health officials at the federal, state, and local levels of government. An electronic inventory of data sets that could be used to monitor *Healthy People 2000* at the national level was also established. This inventory described the various data sets used to establish baseline rates for each of the objectives in the 22 priority areas in *Healthy People 2000*. It also suggested alternative data sets that had the potential to be effective monitors of progress toward achievement of all of the *Healthy People 2000* objectives. Particular attention was given to the identification of data sets that were representative of special population groups. Finally, the committee recommended priority data needs and modifications to existing data collection systems to ensure the availability of measures of outcomes, risk factors, and processes that could be used in the planning of prevention programs that would support the *Healthy People 2000* objectives.

Evaluation strategies for *Healthy People 2000* were similar to those described for the first decade of *Healthy People*. Periodic briefing summaries were provided to the assistant secretary for health and human services and were then published in *Public Health Service Progress Review Reports on Healthy People 2000* (National Center for Health Statistics, 1992, 1994, 1997). In addition, a midcourse review was conducted as a 2-year effort initiated in 1993. That midcourse review resulted in publication of the *Healthy People 2000 Midcourse Review and 1995 Revisions* (National Center for Health Statistics, 1995).

A summary analysis of *Healthy People 2000* results indicated that 13 percent of the 319 objectives had reached or superseded the target quantifiable measures and an additional 43 percent of the objectives had achieved positive progress toward these measures. The values for only 2 percent of the objectives remained unchanged from the 1990 baseline values. The proportion of objectives for which only baseline data were available was reduced to 14 percent. Only three percent of the total of objectives lacked baseline rates, which was a significant improvement over the 20 percent reported in the midcourse review (National Center for Health Statistics, 1995, 1996, 1997).

Progress toward achievement of the targets for the 47 sentinel objectives was disappointing. The set did not generate focused interest and attention in the general population or the national public and private health care communities, for that matter. Nor did the establishment of 47 sentinel objectives prompt intensified intervention efforts by agencies to achieve the projected targets. This lack of success was suggested to be due to the fact that 47 measures were too many, that they may not have been of significant interest, especially at the levels of state and local governments, and that they may have lacked political appeal (U.S. Department of Health and Human Services, 1998a).

HEALTHY PEOPLE 2010

Attention was directed toward the third generation of *Healthy People* even before the final review of accomplishments of *Healthy People 2000* were disseminated (National Center for Health Statistics, 1997). Experiences from the previous two decades played a major role in establishing a methodology and time frame for the development of the *Healthy People 2010* plan. The selection of 26 priority or focus areas and their related objectives and subobjectives, drew heavily upon results from the periodic summaries of *Healthy People 2000* (National Center for Health Statistics, 1992, 1994), the midcourse review of *Healthy People 2000* (National Center for Health Statistics, 1996), and the final *Healthy People 2000* report (National Center for Health Statistics, 1997). It was also recognized that implementation of *Healthy People 2010* would best be considered a dynamic process in which changes to the plan would occur over time on the basis of the occurrence of one or more of the following events indicated in Table 1.1.

Table 1.1 Factors Stimulating Changes to the *Healthy People 2010* Plan

1. Analysis and dissemination of significant findings in the data
2. Improvements in data collection methods and systems
3. Enhancements to the science base, especially in the areas of health promotion and disease prevention
4. Growing awareness of health promotion and disease prevention among traditional health care agencies and health professionals
5. Activities of the general population at the community level
6. Ongoing efforts to monitor the quality of health care services
7. Greater specificity and sensitivity of epidemiological knowledge about disease risk factors and methods of effective intervention
8. The changing demographic profile of the U.S. population that will evolve over the decade
9. Changes in availability and access to health care services

Recognition of the anticipated complexity of the *Healthy People 2010* development process prompted the establishment of the

Secretary's Council on National Disease Prevention and Health Promotion Objectives for 2010 in September 1996. In addition, the *Healthy People* Consortium began to plan for *Healthy People 2010*. This consortium includes an alliance of diverse organizations committed to the nation's prevention agenda including state and territorial, public health, mental health, substance abuse, and environmental agencies and national organizations representative of the professional, voluntary, and business sectors. A meeting of the *Healthy People* Consortium was convened on November 15, 1996, which resulted in publication of *Building the Prevention Agenda for 2010: Lessons Learned* (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Activities heightened in 1997, with the secretary of health and human services' first briefing on objectives for *Healthy People 2010* followed by a meeting of the Secretary's Council on National Disease Prevention and Health Promotion Objectives for 2010. This meeting provided an opportunity to discuss in greater detail the objectives to be established for 2010. The U.S. Department of Health and Human Services published a focus group report on the utility of *Healthy People 2000* in July 1997 (U.S. Department of Health and Human Services, 1997).

Shortly thereafter, in September 1997, a notice calling for comments on the framework, goals, enabling goals, focus areas, and objectives of the first draft of *Healthy People 2010* appeared in the *Federal Register*. This resulted in more than 700 comments from private consumers of health care services, *Healthy People* Consortium members, members of the U.S. Congress, agencies of state and local governments, health care agencies, and health professional groups, individual health care professionals, and other diverse groups and organizations. The *Healthy People* Consortium reconvened in November 1997 with the specific intent of discussing health disparities and reviewing the degree of progress in reducing these disparities that the nation had made.

Work groups were established for each of the 26 focus areas to discuss objectives, data issues, and disparities in health among diverse population groups. This work continued through 1997 and 1998 and focused primarily on identification of the *Healthy People 2000* objectives to be continued into *Healthy People 2010*, and identification of new objectives to be developed. The first draft of objectives for *Healthy People 2010* were available for internal review by March 1998. This was presented to the Secretary's Council on National Disease Prevention and Health Promotion Objectives for 2010 in April 1998 and the Notice of Call for Public Comment on 2010 draft was appeared in the *Federal Register* in October 1998. The public comment period extended through December 1998 and occurred simultaneously with five regional workshops convened by the U.S. Department of Health and Human Services to elicit comments on the *Healthy People 2010* draft from the health care community, members of special population groups, and interested consumers. A meeting of the *Healthy People 2010* Consortium was held in November 1998 to discuss the implications of results from the public comment period and regional meetings.

A third meeting of the Secretary's Council on National Disease Prevention and Health Promotion Objectives for 2010 will convene in April 1999 and will be followed by a *Healthy People* Consortium meeting in June 1999. Efforts to finalize the *Healthy People 2010* plan, including the overarching goals, enabling goals, focus areas, and objectives, will continue through the remainder of 1999 with the anticipated release of *Healthy People 2010* scheduled for January 2000. At present, *Healthy People 2010* includes two overarching goals (increase quality and years of healthy life and eliminate health disparities), four enabling goals (promote healthy behaviors, promote healthy and safe communities, improve systems for personal and public health, and prevent and reduce diseases and disorders), 26 focus areas, objectives, and "developmental objectives" that are associated with each focus area but for which current surveillance systems and databases do not yet provide the requisite quantitative measures. The inclusion of developmental objectives in *Healthy People 2010* is intended to identify new focus areas that are important and to encourage the development of national data systems through which they can be monitored. It is anticipated that 30 percent of the objectives for *Healthy People 2010* will be developmental.

During the past two decades *Healthy People* has become entrenched within the national, state, and local public health communities as the driving force behind the nation's health promotion and disease prevention agenda. It has fostered efforts to effect changes in health status, identify emerging health challenges, and facilitate the development, implementation, and evaluation of interventions to respond in a timely manner to key and emerging health issues. The full set of *Healthy People* objectives has been particularly useful to federal, state, and local public health agencies as they do long-range planning and prioritize programs that are appropriate for their target populations. Multilevel comparisons of commonly available data foster understanding of those populations at greatest risk and can suggest priorities for resource allocation. Such multilevel comparisons can also provide cross-sectional and longitudinal analyses of the health of the nation, highlighting these populations at higher risk of disease and poor health outcomes. Analysis at the level of detail of specific population groups is imperative if the nation is going to achieve the desired changes in specific objectives within each of the 26 focus areas for all people in the United States. The 26 focus areas, objectives and developmental objectives, without question, will continue to guide efforts to plan, implement, and evaluate health promotion and disease prevention interventions for the entire population of the United States.

LEADING HEALTH INDICATORS

The breadth of *Healthy People 2010*, however, has the potential to overwhelm and perhaps, discourage individuals, voluntary organizations, community organizations, and businesses from participation. Similar to the five key measures in the first decade of *Healthy People* and the 47 sentinel indicators established for *Healthy People 2000*, *Healthy People 2010* will benefit from a small set of leading health indicators that will be of interest, importance and relevance to the general public, non-health organizations, and traditional public and private health care communities. Leading health indicators have the potential to significantly increase the impact of *Healthy People 2010* by establishing a small number of key health topics that can (1) be brought to the attention of the nation, (2) motivate actions to promote positive changes in these topics, and (3) provide ongoing feedback about progress toward achieving the desired changes in these topics. Such a set of leading health indicators can focus national attention on a limited number of measures that have relevance to, and can be acted upon by, the general public, public and private policy makers, and health and science professionals. Furthermore, a set of leading health indicators can create a national identity for *Healthy People 2010* and can expand the traditional *Healthy People* community to include a wide variety of agencies, organizations, diverse population groups, community organizations, and individuals from outside as well as within the health care community. To achieve their full potential for success, communications strategies for leading health indicators must be appropriate and effective for the general population and diverse population groups, especially those that may not be reached by traditional health care communications campaigns such as elderly

people, members of racial and ethnic minority groups, members of socioeconomically disadvantaged groups and disabled people.

In preparation for the development of a set of leading health indicators, the U.S. Department of Health and Human Services convened a work group in 1997 whose members included 22 individuals from its Office of Public Health and Science, U.S. Public Health Service agencies and other agencies of the U.S. Department of Health and Human Service agencies. This work group was charged with preparing a background paper that would include information on the history of the *Healthy People* initiative, provide the rationale for identifying and using leading health indicators, and describe the potential uses and applications of such indicators (U.S. Department of Health and Human Services, 1998a). In addition, this document provided an overview of existing sets of leading health indicator sets, discussed the theoretical underpinnings for these sets, suggested nine criteria to guide selection of potential indicators, and reviewed issues concerning data availability and analysis. The U.S. Department of Health and Human Services then asked the Institute of Medicine to convene a committee to consider the issue of leading health indicators and to propose a minimum of two sets of indicators from which the department could choose the leading health indicator set for *Healthy People 2010*

2

Approach to Development of Leading Health Indicator Sets

To undertake the study requested by the U.S. Department of Health and Human Services, the Instituteof Medicine appointed a ten-member committee in May 1998. Members were selected for their expertiseand experience in multiple disciplines, including public health and health policy, health communications,epidemiology, health care access, health behavior change, and clinical care. The committee met five timesbetween May 1998 and March 1999. The first meeting of the committee included a workshop involvingparticipants from many of the state and local government agencies who had been involved with *HealthyPeople* since its inception in 1979. In conjunction with its fourth meeting in January 1999, the committeeconvened a public hearing to elicit comments and recommendations from the public and private health carecommunities concerning leading health indicators for *Healthy People 2010*. In addition, the committeeprepared two interim reports which were published in August 1998 and December 1998, respectively andwhich provided updates on the committee's progress.

As a result of its work, the committee developed three candidate sets of leading health indicators forconsideration by the U.S. Department of Health and Human Services. This process had three major phases:

1. Development of criteria for suitable indicators,
2. Development of potential conceptual organizing frameworks and indicator categories, and
3. Selection of final candidate indicator sets.

The committee completed a number of activities to support the process of reaching consensus on the recommendations for three candidate sets of leading health indicators. Briefly, these activities included:

1. clarification and acceptance of the charge to the committee,
2. review of relevant literature, especially alternative efforts focused on health report cards and indicators considered to be representative of the health and well-being of communities,
3. development of a set(s) of essential criteria against which selection of potential leading health indicators could be assessed,
4. participation in regional meetings convened by the U.S. Department of Health and Human Services to elicit commentary on the selection of leading health indicators for *Healthy People 2010*,
5. consideration of public comments submitted to the Institute of Medicine and the Department of Health and Human Services concerning leading health indicators,
6. evaluation of 11 conceptual frameworks to guide the development of leading health indicator sets,
7. preparation of two interim reports describing the committee's process and efforts,
8. conduct of a public hearing during July 1998 and January 1999, respectively, to elicit further comments on leading health indicator sets, and
9. final selection of conceptual frameworks and candidate indicator sets.

A brief description of each of these activities is provided in the following narrative.

CHARGE TO COMMITTEE

The committee received its charge from the U.S. Department of Health and Human Services and had several opportunities for periodic review and clarification. The initial charge emphasized that candidate leading health indicator sets should (1) elicit interest and awareness among the general population and diverse population groups, (2) motivate these diverse population groups to undertake activities to improve the status of specific indicators and thereby improving the overall health of the nation, (3) provide ongoing

Com H-11.

Setting it up and making it happen!

A Guide for Equity Gauge Design and Implementation

Setting it up and making it happen!
A Guide for *Equity Gauge* Design and Implementation

BACKGROUND

This guide has two primary purposes. The first is to provide existing and potential individual *Equity Gauges* with some guidance in the design, planning and implementation of their strategies and actions. The second is to ensure some commonality around the key principles and concepts of *Equity Gauge* design between different individual gauges - an important requirement for an effective and cohesive global alliance of *Equity Gauges*.

This guide has been developed by a "GEGA core group"[1] funded by the Rockefeller Foundation, and follows field testing in Chile, Uganda, South Africa and Kenya. It also builds on work conducted by the Global Health Equity Initiative (GHEI) and their book, "Challenging Inequities in Health"[2]. Finally, it has benefited from feedback and input of the all gauge members of GEGA.

[1] Core group members responsible for drafting this guide were: David McCoy (Health Systems Trust, South Africa), Meg Wirth (Rockefeller Foundation), Paula Braveman (University of California), Jeanette Vega (), Antoinette Ntuli (Health Systems Trust, South Arica), Davidson Gwatkin (World Bank), Tim Evans (Rockefeller Foundation), Pat Naidoo (Rockefeller Foundation) and Mushtaque Chowdury (BRAC).

[2] Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. 2001. Edited by Tim Evans, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya and Meg Wirth. New York: Oxford University Press.

SECTION 1: THE PRINCIPLES OF *EQUITY GAUGE* DESIGN AND IMPLEMENTATION

The importance of equity in health and health care is not new. For example, equity was listed as one of the key principles of the 1978 Alma Ata Declaration on Health for All. International health and development agencies, researchers and activists have been pointing to inequities in health and health care between different countries, between rich and poor, and between men and women, for many years.

So what is different or distinctive about an *Equity Gauge*?

The first distinction is that an *Equity Gauge* is an *active* approach to monitoring *and* addressing inequity in health and health care. It moves beyond a mere description or passive monitoring of equity indicators to a set of concrete actions designed to effect real and sustained change in reducing unfair disparities in health and health care. This entails an on-going set of strategically planned and coordinated actions that involves a range of different actors who cut across a number of different disciplines and sectors. It is not a typical health research project or even limited to actions in the public health domain.

The second distinctive feature of an *Equity Gauge* is that it is explicitly based on 3 "pillars of action", each considered to be equally important and essential to a successful outcome, and which should all be represented in both the design and implementation of an *Equity Gauge*. The three pillars are:

- Advocacy
- Public participation
- Measurement and monitoring

An Equity Gauge is therefore an approach consisting of a set of actions, and is not, as the name might suggest, just a set of measurements.

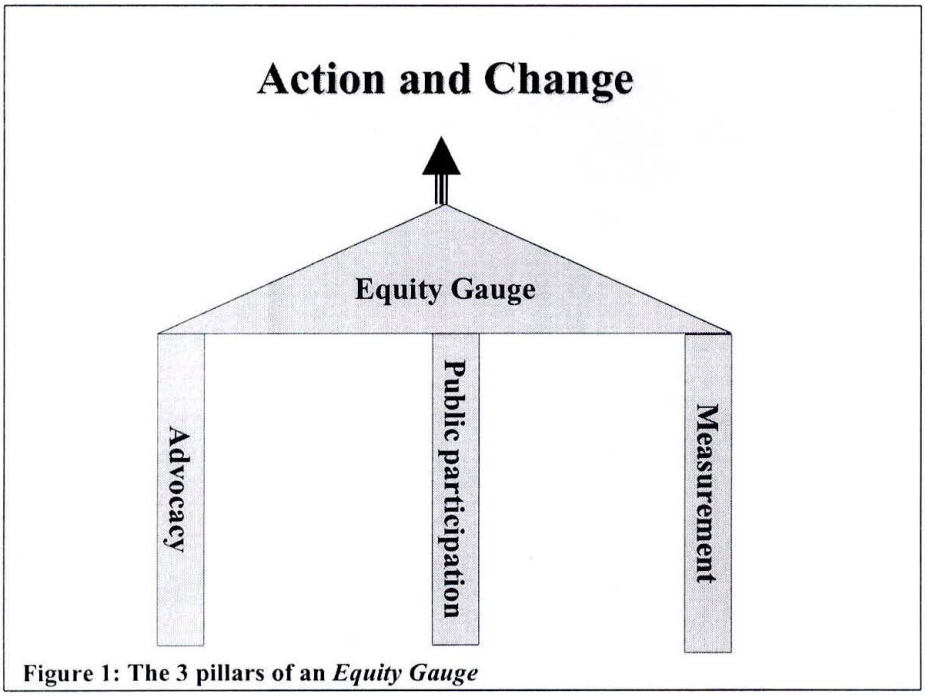


Figure 1: The 3 pillars of an *Equity Gauge*

Although this set of three actions is portrayed as a set of independent pillars (Figure 1), in practice, they overlap and inter-connect with each other. For example, the selection of equity indicators to measure and monitor should be informed by the views of community groups and by a consideration of what would be useful from an advocacy perspective. In turn, the advocacy pillar relies reliable indicators developed by the measurement pillar and may involve community members or public figures.

Another important feature of the three pillar design of the *Equity Gauge* is that they do not relate to each other in any temporal sequence. Often research projects tend to collect information, disseminate it and then undertake advocacy activities in that order. This linear approach to changing policy or affecting change has often been found to be ineffective. In an *Equity Gauge*, the actions of all three of its pillars should be happening concurrently.

Pillar 1: Advocacy

This pillar refers to a broad set of actions designed to lead to real change in levels of inequity in health and health care. Effective advocacy is increasingly being recognised as a challenging and creative skill that researchers, health professionals and public health initiatives should be equipped with. An ideal *Equity Gauge* would incorporate and develop the skills and imagination required to raise the profile of equity in health policy and planning, and to turn data and information into appropriate action.

Advocacy actions can take form in a number of ways:-

- Effective and strategic dissemination of information, education and communication (IEC) materials[3]
- The construction of convincing and effective arguments, policies, proposals and recommendations for improving levels of equity
- Direct engagement and active lobbying of policy makers, decision-makers and other potential change agents
- Empowering the poor and disadvantaged, and their advocates, with knowledge, skills and other resources
- Civil society campaigns and challenges to policies / actions designed, or likely, to lead to greater inequities

An *Equity Gauge* is not expected to engage in all of the types of advocacy actions listed above, as they may not all be appropriate in a given setting. For example, direct challenges by civil society may not be strategic if a more co-operative approach with government is likely to be more effective. What is important is that advocacy should extend beyond a passive and unimaginative dissemination of information on levels of inequity.

The targets of advocacy may also vary from situation to situation. In many instances, ***policy and decision makers*** (the government as a whole, ministers and parliamentarians etc.) will be critical advocacy targets to help ensure that equity is a political priority. The ***civil service*** and ***health sector bureaucracy*** may also be an important target, as it has been found that even in counties with a pro-equity policy environment, inequities may continue to persist because of poor policy implementation. In countries where government is weak, ***donor agencies*** and ***multi-lateral organisations*** such as the World Bank may be important. It is also important to see the ***advantaged and rich sections of society*** as being important targets of advocacy - if redistribution is to occur in pursuit of equity, gaining as much support and understanding from those who are advantaged and privileged may be very important to mitigate potential resistance to redistribution. Finally, there may be other stakeholders with a vested interest in opposing change in favour of equity - for example, private medical insurance companies may oppose attempts to abolish individual risk-rating.

Pillar 2: Public participation

This pillar refers to the involvement of community groups and stakeholders in health policy formulation and health sector reform, as well as the principles of community empowerment (moving away from the notion of the poor being passive beneficiaries of pro-equity and developmental initiatives), bottom-up development and public accountability.

Community groups and stakeholders include the ***general public***, with a particular emphasis on the poor, the illiterate and the impoverished, and the ***community-based organisations (CBOs)*** and ***non-government organisations*** (NGOs) that represent them.

[3] This includes appropriately packaging IEC in different ways for different audience groups.

The rich and powerful members of a society are also stakeholders who must be engaged if inequities are to be reduced through redistribution.

Other important actors include other ***religious organisations***, ***trade union organisations***, ***traditional leaders***, ***women's organisations***, ***civic groups***, ***human rights agencies*** and ***academic institutions***. ***Health workers*** and community health structures such as ***clinic committees*** and ***hospital boards*** might be important group to involve. Finally, ***journalists*** and the ***media*** (print, radio and television) are an important constituency whose participation in an *Equity Gauge* should be encouraged.

In terms of actions, the 'public participation' pillar might include using CBOs to help determine appropriate measures of inequity; facilitating discriminated and disadvantaged community groups to express their health needs in their own words as part of an advocacy strategy; employing 'participatory research' techniques in the measurement and description of inequities; and actively encouraging the media to take an interest in health policy and health systems.

Pillar 3: Measurement

This pillar refers to the identification of inequities that are important for an *Equity Gauge* to describe, measure and monitor.

Part of identifying the inequities that are relevant to an *Equity Gauge* is deciding on the 'population groups' that form the basis of the inequities. This is because measures of inequity have to be framed in terms of comparisons between groups that are 'advantaged' versus groups that are 'disadvantaged. Population groups can be constituted in a variety of ways, and an *Equity Gauge* should identify the most relevant groups for comparison:

- Socio-economic status (e.g. comparing the health status differential between socio-economically advantaged and disadvantaged groups)
- Race, religion, language and / or ethnicity groups
- Gender
- Geography and spatial location (e.g. comparing urban and rural populations, or different states or provinces in a country)
- National origin (e.g. the differential between immigrants / refugees with local nationals)
- Sexual orientation
- Age (the elderly and children are often at a disadvantage in many societies)
- Disability

In addition to comparisons between different population group categories, measures of inequity can be reflected according to various dimensions of health:

- the underlying determinants of health and poverty
- health outcomes
- health financing
- access to health care

- quality of health care
- consequences of ill health

An *Equity Gauge* needs to then determine how it will actually measure these health inequities. While there are hundreds of indicators that can be selected and measured to describe inequity, the point about an *Equity Gauge* is less to do with painting a comprehensive and detailed picture of health inequities, than it is with producing enough data, that is reliable and valid, to influence change.

While the monitoring of equity is typically done through the collection of quantitative indicators, 'inequities in health' can also be described in other ways. For example, the problems that the poor and marginalised experience in accessing health and the devastating consequences of ill health on the socio-economic status of families can sometimes be better described through the use of descriptive or qualitative information. Not only can this describe the situation of inequity and the impacts of inequity, they also provide useful advocacy material.

Using a case study approach to describe the situation of health and health care in a particularly under-resourced and impoverished area can also act as a powerful lens through which health policies and health systems reforms can be evaluated in terms of their impact on improving the health care of the poorest and most marginalised.

In some situations, an *Equity Gauge* may not have to collect new data - if enough data and information of acceptable quality already exists, an *Equity Gauge* might concentrate more on the analysis and use of existing data to support advocacy.

SECTION 2: AN *EQUITY GAUGE* APPROACH TO EQUITY AND HEALTH

There are different definitions of and conceptual frameworks for equity and inequities in health and health care. In order to establish a strong global alliance of *Equity Gauges*, it would be important for Gauges to share underlying principles and theories of equity and health inequalities.

An *Equity Gauge* places health equity squarely within a larger framework of ***social justice***. While some health variations between people are inevitable (most notably the fact that an elderly person will generally have less good health than a younger person), many health inequalities are avoidable and associated with unjust social constructs. It is these inequalities that are unfair, unjustifiable and avoidable that *Equity Gauges* are concerned with.

An *Equity Gauge* perspective therefore means striving towards a world in which disadvantaged population groups (whether defined by age, gender, race-ethnicity, socio-economic class or residence) can achieve their full health potential, as indicated by the health standards of those groups in society who are most advantaged. It calls for affirmative and preferential action to improve the health of those with the poorest health and who face the greatest obstacles to achieving their full health potential.

Placing the *Equity Gauge* within the larger framework of social justice is primarily a moral consideration based on humane and ethical values. It also arises out of the empirical evidence in both rich and poor countries, that health is closely associated with social position, and the underlying political, economic and cultural causes of social position.

Poverty and marginalisation

In all countries and situations, poverty and marginalisation are underlying and fundamental causes of inequities in health. Poverty results in certain groups being unable to access the basic needs of life, and is accentuated by marginalisation through exclusion due to factors of geography, ethnicity, language, race, disability or illness. Part of the answer to redressing health inequities therefore lies in eliminating structural poverty, tackling racism and prejudice and making the opportunities of society more accessible to the excluded. In addition, ill health and its consequences is also a potent generator of poverty, emphasising the importance of health interventions as a means of poverty reduction.

Educational opportunity

In country after country, inequalities in health are robustly associated with educational attainment. Those with higher levels of education enjoy greater life expectancy and lower levels of ill health or disability compared to those with less education. Moreover, education attainment exerts a strong influence on income and standards of living. As a particularly modifiable determinant of health, improved education and literacy levels of disadvantaged and marginalised groups is thought to be an effective strategy for reducing health inequities.

Gender

Gender is a key 'social stratifier' that interacts with other factors like economic class or race because the broad social and economic determinants of health affect men and women differently. For example, occupational roles carrying different health risks may be assigned differently between men and women. Various social and cultural expectations and constraints can also shape the lives of women differently from men.

Health systems and health care

Although factors outside the health sector are key determinants of health inequities, the health sector plays a pivotal role in health equity. Through promoting good health, and providing accessible, appropriate and comprehensive PHC to marginalised groups, health systems can do much to reduce health inequalities. Conversely, and all too often, health systems without a focus on equity have the potential to exacerbate or create health disparities by neglecting the needs of vulnerable populations and ignoring cultural, physical and financial barriers to accessing health care.

SECTION 3: CONTEXTUAL MAPPING

An important aspect of *Equity Gauges* is that they are contextualised. There is no standard formula or recipe for an *Equity Gauge.* An appropriately designed *Equity Gauge* is one that fits the circumstances, needs and conditions of a given country, region or city. This document merely describes the general principles, approaches and characteristics of *Equity Gauges*, However, in order to assist *Equity Gauges* to develop their plans, a set of generic questions on the social, political and economic context have been formulated. By answering these questions, it is hoped that *Equity Gauges* will be stimulated to think through the many complex and challenging issues that are inherent in any initiative designed to impact on equity and promote justice.

3.1 The general state of inequity

This section is designed to sketch out the broad picture of inequity and injustice. It should help to identify and justify the selection of population groups that are to be compared against each in order to describe and quantify inequities in health.

- What is the degree and extent to which your country, region or city is socio-economically stratified? In other words, to what extent are there class divisions, and how large is the differential between these classes? What have been the general trends in socio-economic equity over the past 50 years? Has the country seen increasing or decreasing inequities? What are the underlying causes of this trend?

- Are there any identifiable populations who are socially and politically discriminated against or persecuted? Are any groups marginalised or disadvantaged on the basis of gender, religion, race, language, ethnicity or sexual orientation? If so, who are they, what is the size of these groups, what is the nature of their discrimination / persecution / marginalisation, how severe is it, what evidence is there of this and what are their historical roots?

- Is there a rural-urban divide in terms of wealth and poverty? Are the interests and needs of the rural population adequately represented in government? Is this reflected by inequities in health between the rural and urban populations?

3.2 Government

This section is designed to sketch out the nature of government which may help inform an appropriate advocacy strategy and prompt Equity Gauges *to think how best they can engage with 'government' to promote pro-equity change and action.*

- What is the system of government and electoral representation? Is there democratic representation through fair and free elections? Is there "good and just" governance? Is there a culture of transparent and accountable government?

- To what extent would the government support the objectives of an *Equity Gauge* and be responsive to its findings and recommendations? Is it likely that the *Equity Gauge* will be able to promote equity through an open and constructive dialogue with government?

- Within government, to what extent is health appropriately considered a priority? What proportion of GDP and the government budget is spent on health care and other social sector services? Should advocating for a higher proportion of government spending on the social sector be linked to efforts to reduce inequities in health?

- What health equity issues are on the "radar screen" of policy-makers? What important health equity issues aren't on the agenda but should and could be with reasonable effort in the near future?

- Is there an independent legislature (or other body) with the responsibility, authority and procedures for monitoring the role and performance of the executive arm of government? Could it be persuaded by an *Equity Gauge* to act as advocates on behalf of the poor and marginalised in society? If so, how can they be reached and lobbied?

3.3 Other decision-making and power-brokering institutions

In some countries, the formal structures of government may be weak or disempowered. This section is designed to prompt Equity Gauges to consider other targets for their advocacy strategy.

- To what extent are social, public and economic policy decisions influenced by external agencies such as the WB or IMF? How much of social sector spending comes in the form of external aid / assistance? Is there an externally imposed Structural Adjustment Programme in place, and to what extent does this programme reflect equity concerns? Should donors or multi-lateral agencies be a target for *Equity Gauge* advocacy initiatives?

- Are there other powerful or influential non-governmental institutions that need to be considered as targets for advocacy in favour of greater equity in health? Who might be your allies and who might be your opponents?

3.4 The advocacy and public participation environment

This section is designed to sketch out other aspects of the environment within which an Equity Gauge would operate. It hopes to identify potential collaborators, synergies and levers to an effective advocacy strategy.

Judicial and legal system

- Is there a human rights culture or a commitment to any conventions or declarations on human rights? What international conventions or declarations on human rights (which

could be used as an advocacy lever) is your country, region or city a signatory of? Have these been officially ratified?

- Do individuals and communities have any constitutional or legal rights to their basic social and economic needs? To what extent is recourse to the courts a viable method of advocacy in favour of the poor? Do the poor have access to legal representation? Could this form the basis of an advocacy strategy for the *Equity Gauge?*

- Is there an independent and functional judiciary? How sympathetic is it to the plight of the poor and discriminated? Could it be persuaded to advocate on behalf of the poor and marginalised in society? If so, how can they be reached and lobbied?

Other non-governmental agencies and initiatives

- Is there a vibrant non-government sector in the city, region or country? Are there other groups or initiatives working on human rights, poverty alleviation and social justice who might be potential collaborators of an *Equity Gauge*? For example, if there are groups suffering from discrimination, persecution or a denial of basic human rights, are there efforts, initiatives or movements designed to overcome this?

- Do any of the following groups offer the possibility of working as partners to the *Equity Gauge* or as advocates for improved equity in health: religious organisations, trade unions, women's groups and academic institutions?

The media

- Is there a free press / media? How sympathetic is the press / media to the plight of the poor and discriminated? Does it play a role in upholding fair and accountable government? How can the media be invited to participate in the *Equity Gauge?*

- Is there a growing information and communication gap between the poorer and richer sections of society? To what extent is low literacy a barrier to the poor accessing information? How can IEC from an *Equity Gauge* be best communicated to the poor and marginalised through the mass media?

3.5 Macro-economic environment and public policy

This section is designed to sketch out the broader economic and public policy environment which may help identify some of the underlying causes of health inequities as well as help inform appropriate recommendations for reducing inequities.

- How rich is the country, region or city? For example, is it a high, middle or low income country and what is its GDP? What is the stability and growth of the country's economy? What proportion of total government spending is used on servicing debt re-payments? Is this hampering the capacity of government to strengthen social sector services, particularly those targeting the poor and marginalised?

- What is the ideological / theoretical background of the country's economic and public policy? To what extent is equity a key objective of public policy, and to what extent should economic and public policy be challenged from an equity perspective? For example, to what extent is public sector policy and macro-economic policy neo-liberal and to what extent does the notion of an interventionist welfare state exist?

3.6 The health system

This section is designed to sketch out the health sector in more detail.

- How equitable is the health care sector? What evidence and information currently exists to demonstrate the state of inequity in health?

- To what extent is the health care system horizontally fragmented? For example, is there a two-tier or three-tier health care system? Do the poor and the rich use different health care services / systems?

- What is the size of the private health care sector? Has it grown or shrunk in the country? What effect does it have on the state of inequity or equity in health and health care?

- Have there been any significant health sector reforms in the country over the past 15 years, and what were they? Has this led to a worsening or an improvement in health and health care inequities? Where have these reforms come from? What are the key upcoming issues in health policy-making? Are there any future policies or reform efforts that are being planned, and which may have equity implications?

- Is decentralisation and / or devolution of the health care system happening or being planned? What effect has this had or will have on health inequities?

- How is health financing organised and how progressive is it? Have there been changes in the way health care is financed, and have they been more progressive or regressive? Where and how are decisions about health financing made, and should they be a target for *Equity Gauge* advocacy actions?

- To what extent are marginalised groups provided with an opportunity to influence decision-making within the health system? Do clinic committees and hospitals boards offer a formal platform and mechanism within the health system for promoting the needs of the most disadvantaged and marginalised?

4.1 What inequities will the Equity Gauge focus on?

The population groups

In order to help choose an appropriate focus based on the contextual map, the following table is designed to help *Equity Gauges* to identify and justify their selection of population groups to focus on. *NB. This table is not constructed to be filled in, but merely represents a framework and template to assist Equity Gauge design.*

Categorisation of population groups	**Disparities in health outcomes (magnitude of difference between advantaged and disadvantaged group(s))**			**Size of disadvantaged group (proportion of the overall population that comprises the disadvantaged groups)**			**Public awareness (degree of public attention paid to health of disadvantaged group**		
	High	**Moderate**	**Low**	**High**	**Moderate**	**Low**	**High**	**Moderate**	**Low**
Socio-economic:									
Race and / or ethnicity:									
Religion:									
Language:									
Gender:									
Geography and spatial location:									
National origin (e.g. immigrants / refugees versus local nationals):									
Sexual orientation									
Age									
Disability									

Dimensions of health

Having identified the type(s) of population group(s) that are to be the focussed upon, the following table is designed to help *Equity Gauges* determine the dimensions of health inequity that will be focussed upon. *NB. This table is not constructed to be filled in, but merely represents a framework and template to assist Equity Gauge design.*

Dimensions of health **Type of Population group (to be filled in)**	**Underlying health determinants** **- Socio-economic** **- Behavioural** **- Occupational** **- Education** **- Environmental**	**Health status**	**Health care financing**	**Access to health care**	**Quality of health delivery:** **- e.g. MCH** **- e.g. communicable diseases** **- e.g. trauma** **- e.g. mental Health**	**The consequences of poor health on social and economic status**

4.2 Planning for effective advocacy (Pillar 1)

Based on the contextual mapping exercise and the focus of health inequities identified in the preceding section, the following table is a template framework to assist *Equity Gauges* to map out their advocacy strategy. *NB. This table is not constructed to be filled in, but merely represents a framework and template to assist Equity Gauge planning.*

Advocacy actions	**Actors** Who are your allies and potential partners in pursuing these activities? Who might be your opponents?	**Strategy** What are the key action points, how will they be implemented and which groups will be targeted? How will the media be used?	**Resources required** What resources are available and what additional financial and human expertise are needed?	**Outputs**	**Timeframe**
Effective and strategic dissemination of IEC materials					
Constructing convincing and effective arguments, policies, proposals and recommendations for improving levels of equity					
Direct engagement and active lobbying with policy makers and decision-makers					
Empowering the poor and disadvantaged, and their advocates, with knowledge and other resources					

Civil society campaigns and challenges to policies / actions designed, or likely, to lead to greater inequities					
Other					

4.3 Planning for effective public participation (Pillar 2)

The plan and actions for effective public participation overlaps with the plan and actions for advocacy. The following table may duplicate some information from the table above, but should help to provide a holistic and analytic map of an *Equity Gauge's* public participation strategy. *NB. This table is not constructed to be filled in, but merely represents a framework and template to assist Equity Gauge planning.* Some useful generic questions to consider in the use of this table are:

- What amount and proportion of time and funds will be allocated to working with each community groups and promoting public participation?
- To what extent can your Equity Gauge be influenced by the community's agenda? For example, health service planning and policy are not necessarily priorities for the most marginalised, for whom poverty reduction may be the biggest priority (as well as the most vital contribution to promoting equity in health).
- How will you overcome the potential power imbalance between community groups and academics / professionals?

Community groups	***Rationale and purpose for choosing this community group***	***Involvement with the Equity Gauge***	***Timeframes and outputs***
The general public			
CBOs or community representatives of the poor and marginalised			
CBOs or community representatives of the rich and advantaged			
Civic organisations and consumer groups			
Women's groups			
Religious organisations			
Trade unions			
Traditional leaders			

Health workers - Allopathic public - Allopathic private			
Traditional health practitioners			
Health science students			
Clinic committees, hospital boards etc.			
Media and journalists			
Other			

4.4 Measurement (Pillar 3)

Having selected the types and dimensions of health inequity that your *Equity Gauge* will be focussing on (section 4.1), the following table is designed to elaborate the actual data and actions required to fulfil the measurement pillar of the *Equity Gauge. NB. This table is not constructed to be filled in, but merely represents a framework and template to assist Equity Gauge planning*
Some useful questions to consider when using this table are:

- Why have the following indicators been selected?
- Was / will input from different stakeholders be solicited on the choice of indicators? How meaningful are the selected indicators likely to be to decision-makers and the public? Will information on these indicators be likely to move people to take action?
- Have you considered "participatory" approaches that combine the goal of collecting information with promoting stakeholder involvement?

Selection of quantifiable and measurable indicators

Population group	**Dimension of health**	**Selection of quantitative indicators**	**Source and methodology of data and information**	**Quality and reproducibility of data** Are the selected indicators measurable, of acceptable quality and possible to use over time so that you can evaluate the effects of policies or plans to reduce inequity?

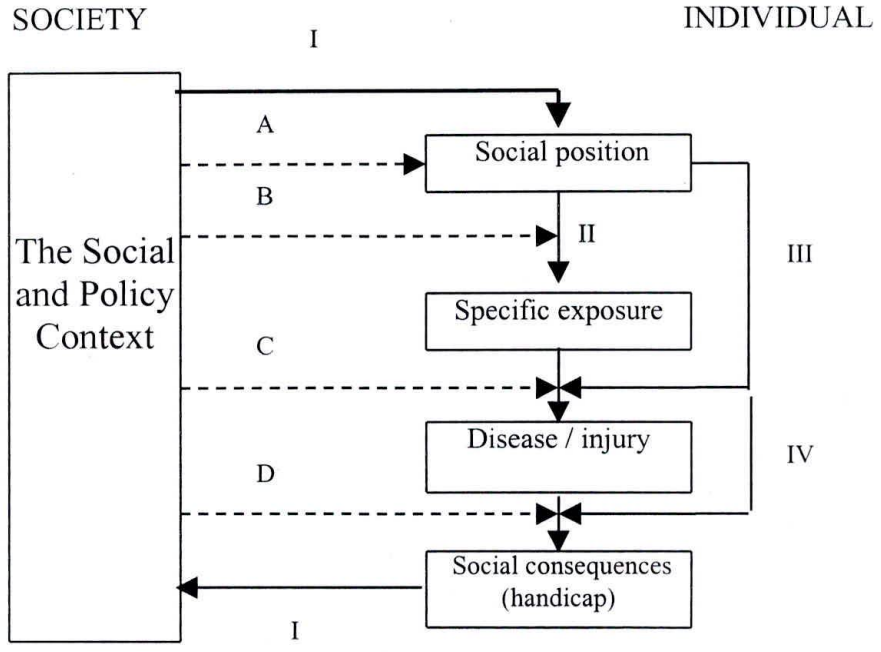
Qualitative data and information

What forms of qualitative data and information will be used in the *Equity Gauge*? Will descriptive case studies, in-depth interviews and focus group discussions form part of the data collecting exercise of the *Equity Gauge?*

Appendix 1: The Diderichsen model

Many analyses of health inequities have used Diderichsen's social determinants framework which consists of four broad mechanisms that play a role in generating health inequities. The way it works is that social stratification (I) leads to a separation of people into different social positions. These differential social positions in turn lead to a differential *exposure* to causes of illness, disease or injury (II), a differential *susceptibility* to causes of illness, disease or injury (III) and a differential *consequence* of illness, disease or injury (IV). These differential social consequences of ill health then have the consequence of reinforcing social stratification, thus setting into place a vicious cycle of increasingly widening disparities.

For example, low income workers are more *exposed* (I) to occupational injuries and unsafe working environments than high income professionals. Or, a malnourished child is more *susceptible* (II) to developing severe respiratory complications following a measles infection, than a well nourished child. And finally, in societies with inadequate social security nets, the *consequence* (IV) of the cost of health care on a poor household can be further or complete impoverishment, and thereby a worsening of social position.



What is also important about this model is that each of the mechanisms described above can be countered by specific pro-equity policies or by a modification of the social context. These are to influence and modify the pattern and extent of social stratification (A), to preferentially decrease exposures amongst the poor and vulnerable (B), to preferentially decrease differential susceptibility amongst the poor and vulnerable (C) and to prevent unequal social consequences (D).

Appendix 2:

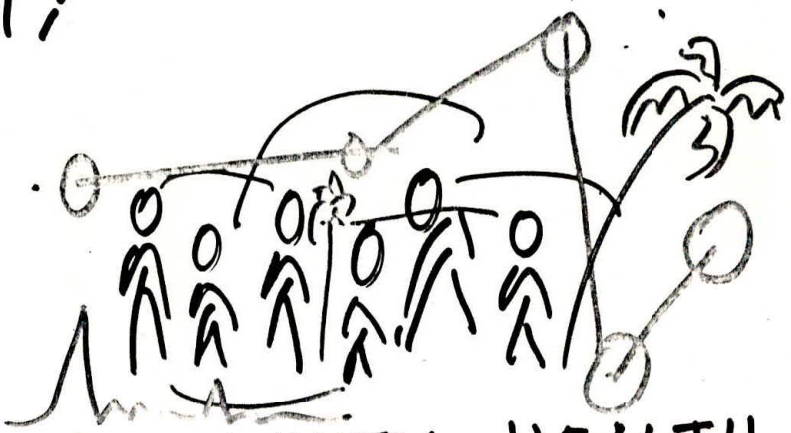
Appendix 3: Resource List

COMH-11.

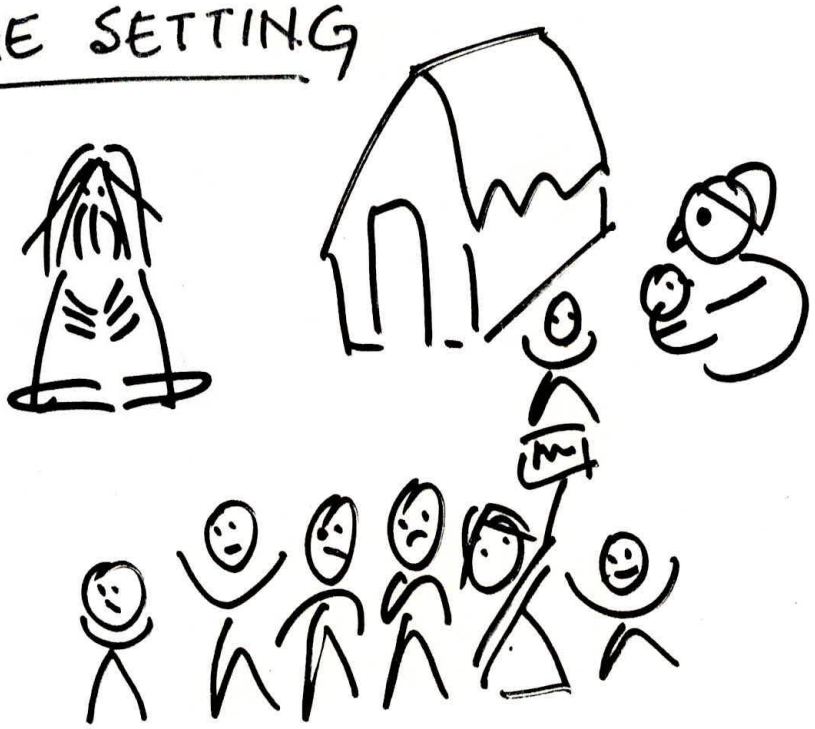
Lib

OHPS
for
07 Jun '96
presentation
on
THE CHILD IN
COMMUNITY HEALTH

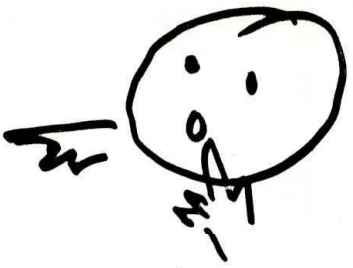
THE CHILD IN COMMUNITY HEALTH



THE SETTING

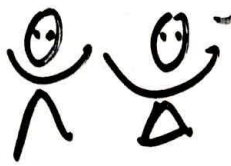


HEALTH IS



- AN ENDOWMENT
  - related to circs of birth, eco. status, class, caste, religion, etc....

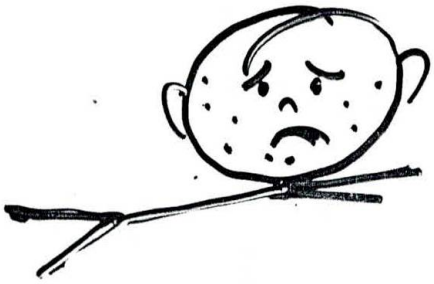
- something that adds HAPPINESS to Life
  enables one to enjoy Life.



- essentially a feminine, MOTHER's activity.

JANA SAMANYA

BASED ON
EXPERIENCE
of its
(-) negative form



DISEASE

an "individual" "personal" SUFFERING

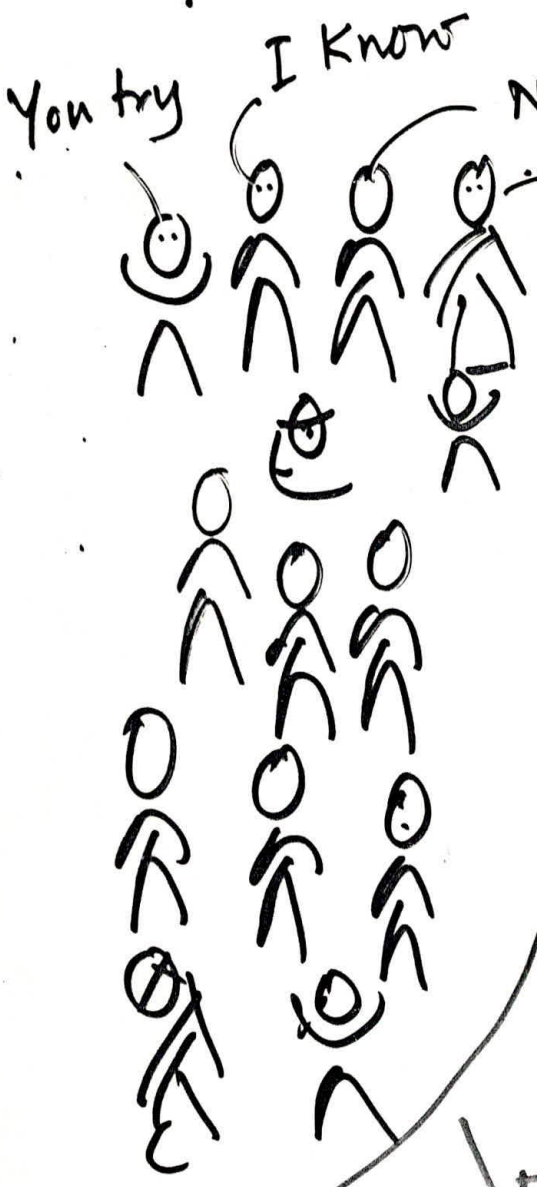
even the 'mother' can only help

the family takes limited responsibility

THIS DICTATES ALL RESPONSES/ APPROACHES TO TACKLE HEALTH & DISEASE.

THE COMMUNITY....

- a mute spectator?



- offering only ADVICE from
  - individual
  - personal

EXPERIENCES.... of disease.

THE COMMUNITY

— Family members in village.

— Kith & Kin from far away.

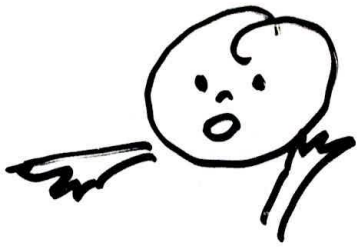
— Neighbours even from diff. class/caste/ religion.. etc..

— Friends

PEOPLE WHO GET TOGETHER / during Deaths Births Marriages Festivals / to, help, participate, celebrate

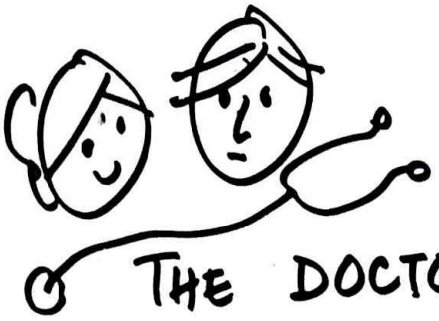
PEOPLE WHO MATTER IN LIFE & DEATH?

Those who 'KNOW'



ABOUT

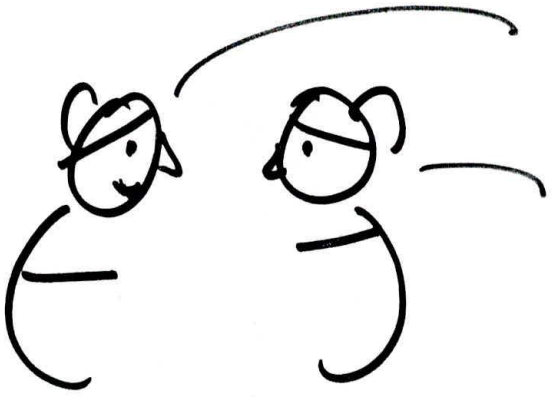
- HEALTH
- DISEASE
- RELATED PROBLEMS
- HOW TO TACKLE?



THE DOCTORS

are difficult to access...

- distance
- availability
- costs



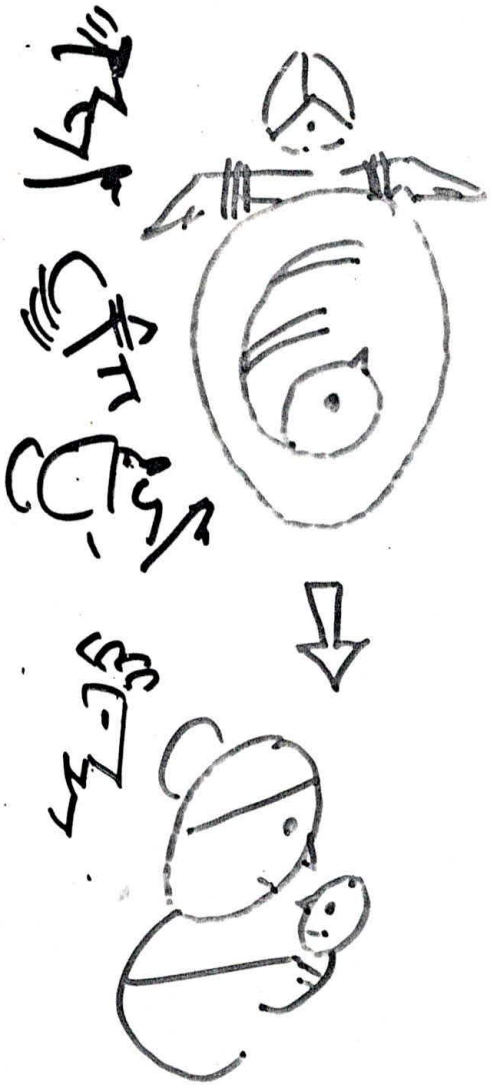
cost is the worst...

It's part of the misery of disease

STOIC ACCEPTANCE?

THAT'S THE SCENARIO.....

REJOICE YE!
the answer is born!
WAAAA...
WOW!
How did it happen!
EXPERTS
THOTT LAB
PEOPLE.
COMMUNITY
PARTICIPATION
HEALTH
DEMOCRACY
It has been 'conceived' for you
NOW IT'S ALL YOURS...
Do we accept it?
Let's try!



Amnsing!

This is not the first time!

The expert midwives are suffering more pains!!

They're observing this closely

They use 'modern' methods

Gives us something to laugh about!

A normal delivery?

No! An assisted conception.

All the same, it's our baby now

The models!

Normal delivery!

missed abortion!

Low birth weight?

Disabled, Traumatized

Caesarian

PRECOCIOUS?

WHAT HAVE WE GOT?

They tell us that we're the parents.

Let's examine their advice.

We need to sustain & nourish it.

They've made us aware of it's needs

They've even 'demystified' it for us!

According to them?

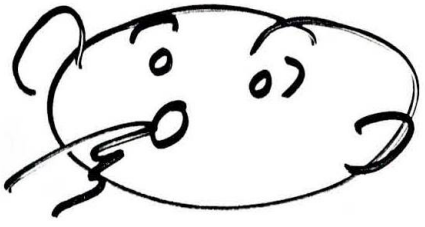
Who are 'they'?

The 'experts' - the Govt. & Volags

Aren't they responsible?

- Yes, they are the 'Facilitators'.

LET'S 'DEMYSTIFY' the terminology now ...



COMMUNITY ORGANISATION:

- A group that cuts across 'barriers'!
- to focus on priorities of the needy!
- to move from self-centred to 'Altruistic' activity.

That YOU see!

Whose? According to whom?

Does Health work that way in my experience?

- A lot of benefits accrue.

Like getting resources from Govt. & VOLAGS?

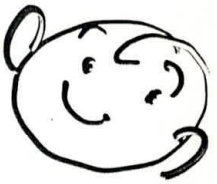
- only what is offered!
- rarely what we need!!

Where are the strings attached?

I've also learnt
BUREAUCRACY
NEPOTISM
CORRUPTION
POLITICS

Is it any better than what we already have?

Yes! One set of problems for another!



COMMUNITY PARTICIPATION

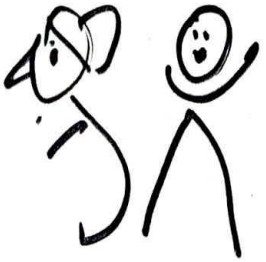
The benefits are long-term and intangible -

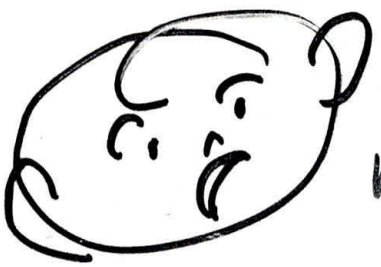
It's because of C.O.

What interests is the tangible & immediate.

- more because of individual understanding!

It depends more on
- 'priorities' at that time
- if it meets basic, urgent needs
- if ratified by 'personal' experiences





THE SPIN-OFFS?

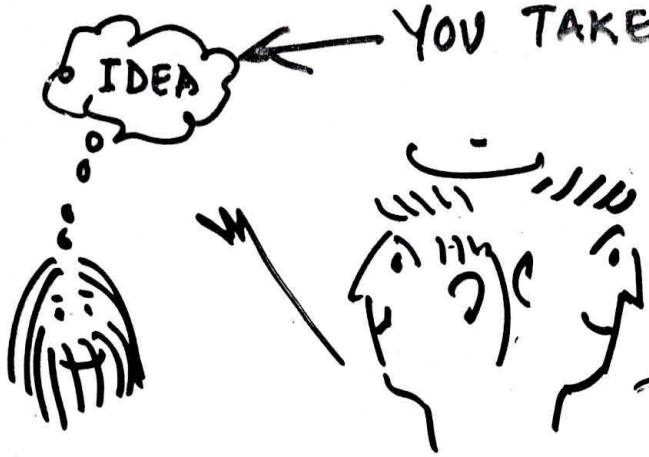
We learnt 'MANIPULATION'
- to obtain resources!
- of resources obtained!!

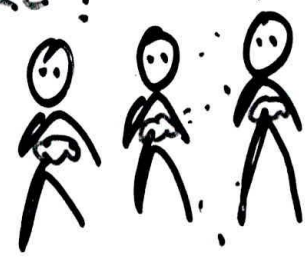
'EXPLOITATION'
- Refer above

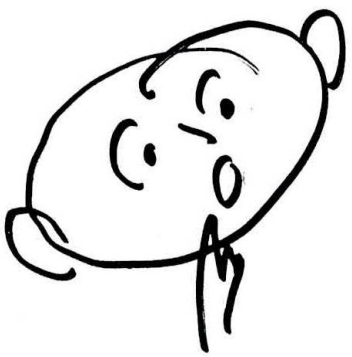
WHO TAUGHT YOU THESE?

THE EXPERTS of course!

CAPABILITY BUILDING







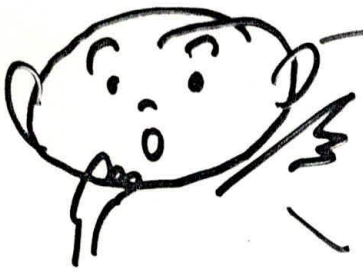
NON-FORMAL EDUCATION:

Now, we've been told about
- OUR own problems & needs
- possible solutions & IDEAL situations!

- So, we stop 'feeling' & start 'vocalizing'!
Work ē our own resources - 'Their' way

\ Haven't we been idiots so far?
Listening to them?

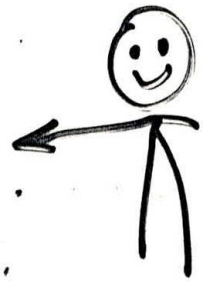
PROGRAMS & PROJECTS



Peoples labs for experts experiments
They learn a lot from them!
Our learning is different.
That's for us ...
we learn more about them!

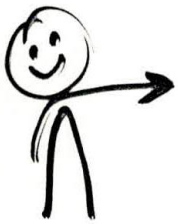
What's it we learn?

Experts will be with us for a fixed period.



They evolve 'their agenda' from us

They'll seek our "overall" development



in as flexible a manner as their rigid framework permits

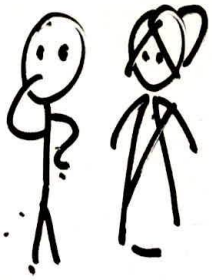
They've taken a lot of trouble working this out with 'funders'

LET'S BE SENSIBLE
and NOT take-over
their strait-jackets!

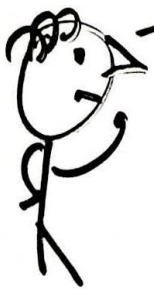
LOCAL RESOURCE MOBILIZATION & SUSTAINABILITY

EXPERTS

- Look... here's YOUR baby
- and its needs
- those are the resources
- you only gotta use them



- We've given you the expertise.
  - you only gotta use....
- You're now 'capable'
  - you only gotta use...



Do you think the record's stuck?

I thot it was development rap!

Add a 'c' before the rap!!

Where will the experts go now?
What will they do?

To greener pastures

Or... back to THOTT-LABS

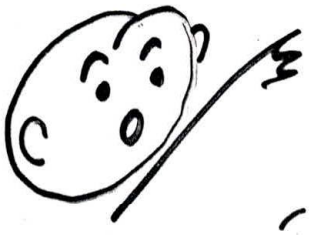
TO RE-INVENT THE WHEEL?

That's called ... "WITHDRAWAL STRATEGY"

You gotta keep your ESCAPE-ROUTES open! Ha! Ha!

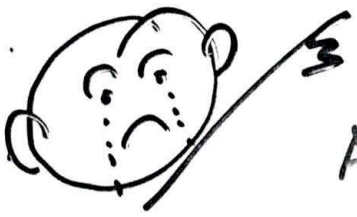
WHAT HAS THE CHILD LEARNT!

Drop the surveys.
ASK ME.....

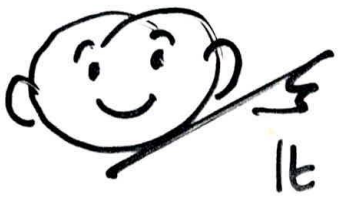


To Manipulate & Exploit...
- new 'expert' arrivals
  where do you find them?
- no problems they keep
  arriving....

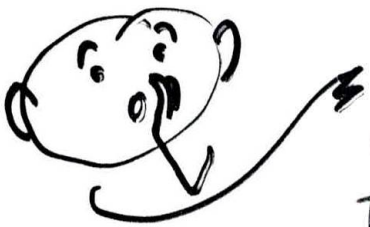
What ... with the Govt. & Volags
handing over inconvenient areas. to each other!



To learn bawling loud enough!
for our needs..
As substitute to
working hard enough?



To await 'ideas' from
external experts
It bring in more 'resource'.
... even if it is only info.



To 'provide' needed
organisation
and participation!
The experts measure it...
The funders are happy with it...

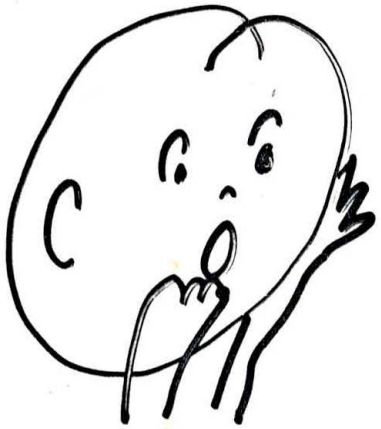
IT's NOW A FAMILIAR
GAME OF NUMBERS...
and LABELS.....
and RHETORIC...
and ......

HOW DO WE DO IT?

Simple... EXPERIENCE!

Thanks to life for giving us a lot of it!

- Our Culture & Tradition has been built on it.
- Our survival depends on it.
- So, we jealously guard it.



AND, BOY!

am I now...

...concerned?

The experts have started using OUR tradition & culture too!

~especially the Health wallahs.

Com H-11.

PROGRAMME SCHEDULE FOR ORIENTATION ON RIGHT TO HEALTH CARE IN AN URBAN CONTEXT
ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕಿನ ಬಗ್ಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಕಾರ್ಯಾಗಾರ

Date: June 23, 2006 **Time:** 9.30 – 5.00

Venue Fedina-Navachetana, No. 154, Anjaneya Temple Street, Domlur Village, Bangalore – 560 071, Phone No. 080-25353190, 2535363, 9886648508

Objective (ಉದ್ದೇಶಗಳು):

1. To provide information regarding the structure and functioning of the urban health care system. ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು.
2. To orient the participants to 'right to health' and the 'right to health care' campaign. 'ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು' ಮತ್ತು 'ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಹಕ್ಕಿನ' ಅಭಿಯಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ
3. To explore how the participants could integrate 'right to health' as part of their work. ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕನ್ನು ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದ ಭಾಗವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚೆ

Schedule (ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ವಿವರ):

09.30–10.15: Introduction of participants and listing of expectations [NT/ EP]
ಭಾಗವಹಿಸುವವರ ಪರಿಚಯ ಮತ್ತು ಈ ಕಾರ್ಯಗಾರದಿಂದ ಅವರ ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳು

10.15–11.15: Understanding health (including various dimensions of health) [SJC]
ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಏನು?

11.15–11.30: Tea Break **ಚಹಾ** ವಿರಾಮ

11.30–12.15: Understanding determinants of health [EP]
ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಅಂಶಗಳು

12.15–01.15: Understanding 'right to health' & 'right to healthcare' campaign [NT/ PS]
'ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕು' ಮತ್ತು 'ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಹಕ್ಕು' – ಅರಿವು

01.15–02.00: Lunch Break ಭೋಜನ ವಿರಾಮ

02.00–02.45: Structure and functioning of the urban health care delivery system [SJC]
ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಮಾಹಿತಿ

02.45–03.00: Tea Break **ಚಹಾ** ವಿರಾಮ

03.00–03.40: Group Exercise [PS] ಗುಂಪು ಚಟುವಟಿಕೆ / ಚರ್ಚೆ

03.40–04.00: Consolidation of responses and linking it to the day's theme [EP]
ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಕ್ರೋಢಿಕರಣ ಮತ್ತು ಈ ದಿನದ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಜೋಡಣೆ

04.00–04.45: Brainstorming about how the participants could integrate 'right to health' as part of their work; Specific follow-up action points. [FEDINA]
ಆರೋಗ್ಯದ ಹಕ್ಕನ್ನು ಯಾವ ರೀತಿ ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಎಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಅವಲೋಕನ ಮತ್ತು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯ ರೂಪುರೇಶೆಗಳು

04.45–05.00: Feedback and Evaluation [CHC team]
ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಕಾರ್ಯಗಾರದ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

[PS: Prasanna Saligram, **SJC:** S. J. Chander, **EP:** E. Premdas, **NT:** Naveen Thomas]

ಜನಾರೋಗ್ಯ ಆಂದೋಲನ

೧೯೭೮ ರಲ್ಲಿ ಜಗತ್ತಿನ ೧೩೬ ದೇಶಗಳ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾದಲ್ಲಿ ಸಭೆ ಸೇರಿ ೨೦೦೦ ನೇ ಇಸ್ವಿಯೊಳಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದು ಘೋಷಿಸಿದವು. ಅಂದರೆ ಜಗತ್ತಿನ ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೂ ಅವರಿಗೆ ಹಣ ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಿರಲಿ, ಬಡಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅವರಿಗೆ ತಲುಪಿಸುವುದು ಈ ಘೋಷಣೆಯ ಮೂಲ ಗುರಿಯಾಗಿತ್ತು.

ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಆರಾಮದಿಂದ ಇರುವುದು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಹಾಗು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಒಪ್ಪಿಗೆಯಾಗುವಂಥ ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ. ಅದು ವಿಶ್ವದ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಜನರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂಥ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವಿರಬೇಕು. ಜನರಿಗೆ ಅದು ಅವರ ಪೂರ್ಣ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಿಂದ ಸಿಗುವಂತಾಗಬೇಕು. ಆಯಾ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಆಯಾ ದೇಶದ ಸರಕಾರಕ್ಕೆ, ಅವರು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿರಲಿ, ಸ್ವಯಂ ನಿರ್ಧಾರದಿಂದ, ಬೇರೆಯವರನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸದೆ ಅದು ಅವರ ಕೈಗೆಟಕುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಮಲೇಶಿಯಾ, ಕ್ಯೂಬಾ, ಕೊಸ್ಟಾರಿಕಾ, ಚೈನಾ ಮತ್ತು ಶ್ರೀಲಂಕಾಗಳಲ್ಲಿ ಜನಸಮುದಾಯದ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿ ಈ ಸಮಗ್ರವಾದ, ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಲುಪಬಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ, ಶಿಕ್ಷಣ, ನೀರು, ಸಾಮಾಜಿಕ ಭದ್ರತೆಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಆಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಆರೋಗ್ಯವು ತನ್ನಿಂದ ತಾನೇ ಬರುತ್ತದೆ ಎಂದು ಈ ದೇಶಗಳು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದವು. ಈ ಉದಾಹರಣೆಗಳಿಂದ ಕಲಿತ ಪಾಠವನ್ನು ವಿಶ್ವಕ್ಕೆಲ್ಲ ಅನ್ವಯಿಸಬೇಕೆಂಬುದೇ ಈ ಘೋಷಣೆಯ ಹಿಂದಿನ ಉದ್ದೇಶ.

ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆಯು ಒಂದು ಕ್ರಾಂತಿಕಾರಿ ಯೋಜನೆಯಾಗಿತ್ತು. ಈ ಘೋಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕೆಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿತ್ತು. ಈ ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷಿ ಯೋಜನೆಯ ಗುರಿ ಮುಟ್ಟಲು ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಾಕಲಾಯಿತು. ಇದರ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಜನರ ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನೂ ಪೂರೈಸುವುದು. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯ ಕೇಂದ್ರಬಿಂದು ಜನರೇ ಆಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಯಕರ್ತರಿಂದ ಹಿಡಿದು ಮಂತ್ರಿಗಳವರೆಗೆ ಎಲ್ಲರೂ ಜನರಿಗೆ ಜವಾಬ್ದಾರರಾಗಿರಬೇಕು. ಆಹಾರದ ಬೇಡಿಕೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದು ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪೂರೈಕೆ ಆಗಬೇಕು.

ಇದಕ್ಕೆ ಎಲ್ಲಾ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳೂ ಸಹಿ ಹಾಕಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಕೆಲವೇ ದೇಶದ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಜನರ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವತ್ತ ದೃಷ್ಟಿ ಹಾಯಿಸಿದವು. ಉಳಿದೆಲ್ಲ ಕಡೆ ಸಮುದಾಯದೊಂದಿಗೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮಾತ್ರ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದವು.

ಇಂಥದ್ದೊಂದು ಮಹತ್ವ ಪೂರ್ಣ ಯೋಜನೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿದ್ದರೂ ಕೂಡ ಮುಂದುವರೆದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಇದು ಒಪ್ಪಿಗೆಯಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಬಡದೇಶಗಳ ಮೇಲೆ ಹೊಸ ಆರ್ಥಿಕ ನೀತಿ, ಖಾಸಗೀಕರಣ, ಜಾಗತೀಕರಣ ಹಾಗು ಉದಾರೀಕರಣ ನೀತಿಗಳನ್ನೆಲ್ಲ ಹೇರಿ ಅವು ಜನಪರ ನೀತಿಯಿಂದ ಸರಕಾರಗಳನ್ನು ದೂರ ಎಳೆದವು. ವಿಶ್ವ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಎಲ್ಲ ದೇಶಗಳನ್ನೂ ಎಳೆದು ತಂದು ಮಾರುಕಟ್ಟೆಯ ನೀತಿಯು ದೇಶಗಳನ್ನು ಆಳುವಂತೆ ಮಾಡಿದವು. ಹಳ್ಳಿಗಳಿಂದ ರೈತರು ಶಹರದ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ಸೇರಿದರು. ಶಹರದಲ್ಲೂ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಜನರು ಕೆಲಸ ಕಳೆದುಕೊಂಡು ನಿರುದ್ಯೋಗಿಗಳಾದರು. ಶ್ರೀಮಂತ ಇನ್ನಷ್ಟು ಶ್ರೀಮಂತನಾದ, ಬಡವ ಮತ್ತಷ್ಟು ಬಡವನಾದ. ನಿರುದ್ಯೋಗ, ಬಡತನ, ನಿರ್ವಸತಿ ಹಾಗು ಹಸಿವೆ ಇವು ಆರೋಗ್ಯದಿಂದ ಜನರನ್ನು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಅನಾರೋಗ್ಯದತ್ತ ದೂಡಿದವು. ಹಲವಾರು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿಂದು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸೂಚಿಗಳಾದ ಕ್ಷಯ, ಕಾಲರಾ ಹಾಗು ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗಳು ಒಂದೇ ಸಮ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ.

ಜಗತ್ತಿನ ಬಡ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವು ಒಂದೇಸಮ ಹದೆಗೆಡುತ್ತಿರುವ ಈ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಜನಪರ ಸಂಘಟನೆಗಳೂ ಸೇರಿಕೊಂಡು, ನವೆಂಬರ್ ೨೦೦೦ ರಲ್ಲಿ, ಢಾಕಾದಲ್ಲಿ (ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶ) ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದನ್ನು (ದಿಕ್ಲೂಚಿ)

ತಯಾರಿಸಿ ಅದನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿವೆ. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಕೇಂದ್ರಿತ, ಸ್ವತಂತ್ರ ಮಾರ್ಗವನ್ನು ಮುನ್ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಲು ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದು (ದಿಕ್ಸೂಚಿ) ಕೆಲವು ಮುಖ್ಯ ನೀತಿ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಂಡು ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿದೆ. ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವೆಂಬ ಗುರಿ ಮುಟ್ಟಬೇಕೆಂದರೆ ಸಮಾನತೆ, ಬದ್ಧತೆ ಹಾಗು ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯುಳ್ಳ ಪ್ರಜಾಪ್ರಭುತ್ವಗಳಿಗಾಗಿ ಜನರ ಸತತ ಹೋರಾಟವೊಂದೇ ದಾರಿ ಎನ್ನುತ್ತದೆ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದು.

ಇದು ಜನರೇ ರಚಿಸಿಕೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನದು (ದಿಕ್ಸೂಚಿ). ಇದರ ಧ್ಯೇಯಗಳು ಇಂತಿವೆ;

೧. ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಬಣ್ಣ, ಜಾತಿ, ಹಿನ್ನೆಲೆ, ಮತ, ಲಿಂಗ, ವಯಸ್ಸು, ವರ್ಗ ಹಾಗು ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಇವೆಲ್ಲ ಏನೇ ಇದ್ದರೂ ಅವರು ಮೂಲಭೂತ ಹಕ್ಕಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಡೆಯುವುದು.

೨. ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ನೀತಿ ರೂಪಿಸುವಾಗ ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾದಲ್ಲಿ ಘೋಷಿತ ಸಮಗ್ರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತತ್ವಗಳು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿರಬೇಕು. (ಹಿಂದೆಂದಿಗಿಂತಲೂ ಅದರ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಂದು ಅದು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ).

೩. ಜನರಿಗೆ ದುಡ್ಡುಕೊಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿರಲಿ, ಬಿಡಲಿ ಅವರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ, ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವುದು ಸರಕಾರದ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ.

೪. ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನೀತಿ ಸಂಹಿತೆ ರೂಪಿಸುವಾಗ ಮತ್ತು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿ ತರುವಾಗ ಅದರಲ್ಲಿ ಜನರು ಮತ್ತು ಜನ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆಯು ಇರಲೇಬೇಕು.

೫. ಸ್ಥಳೀಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಾಗ ಆರೋಗ್ಯವು ಅವುಗಳ ಆದ್ಯತೆಯಾಗಿರಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಜನರ ಜೀವನ ಮಟ್ಟದ ಒಂದು ಅಳತೆಗೋಲು. ಎಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳ ಪೂರೈಕೆಯಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಉತ್ತಮವಾಗಿದ್ದು ಜನರು ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಎಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳು ಪೂರೈಕೆಯಾಗುವದಿಲ್ಲವೋ, ಅಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಮಟ್ಟ ಕಳಪೆಯಾಗಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯವು ಕೈಗೆಟುಕದಂತಿರುತ್ತದೆ.

ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯವಿಲ್ಲದೆ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯವಿಲ್ಲ. ಅದು ದೊರೆಯಬೇಕೆಂದರೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಆಹಾರ, ಉಡುಪು, ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಿಗಬೇಕು. ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಿಂದ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದು. ನಿರುದ್ಯೋಗವು ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಸದಾ ಇರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುವವರೆಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಜನರ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಸಾಧ್ಯವೇ ಇಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲವೋ, ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಗುವುದೂ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ದೊರಕಿಸಿಕೊಡುವುದು ನಮ್ಮ ಸರಕಾರಗಳ ಗುರಿಯಂತೂ ಆಗಿ ಉಳಿದೇ ಇಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದಲೇ ನಾವು ಪರ್ಯಾಯ ಮಾರ್ಗಕ್ಕಾಗಿ ಹುಡುಕಾಡಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜನಾರೋಗ್ಯ ಚಳುವಳಿಯು ಅಂತಹ ಹುಡುಕಾಟದ ಒಂದು ಮುಖ್ಯ ಪ್ರಯತ್ನವಾಗಿದೆ.

*****

ಸಮುದಾ0ಯ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳು

ಮುಖ್ಯವಾಹಿನಿ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ	ಸಮುದಾ0ಯ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಚಾರ
ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ವೈದ್ಯರು "ಕೊಡುತ್ತಾರೆ"	ಜನರಿಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಸ್ಥಾನ – ಜನರಿಂದ, ಜನರಿಗಾಗಿ ಮತ್ತು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ . ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಜನರು ⟶ ಸಂಗಾತಿಗಳು
0ಯೋಜನೆ, 0ಯೋಜನಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ಸರಕಾರದ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭ	ಜನರು / ಸಮುದಾ0ಯದಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ – ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ ಮತ್ತು ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಅವರಿಗೆ ಸಹಾ0ಯ ಮಾಡುತ್ತದೆ
ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಡಾಕ್ಟರುಗಳ ಮೇಲೆ ತೀವ್ರವಾದ ಅವಲಂಬನೆ	ಸ್ವಾವಲಂಬನೆ – ಪ್ರಮುಖ ಸೂತ್ರ ಆರೋಗ್ಯಭರಿತ, ಸ್ವಾವಲಂಬನೆ0ಯ ಮತ್ತು ಸುಸ್ಥಿರ ಸಮುದಾ0ಯಕ್ಕೆ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ವಿಜ್ಞಾನದ ವರ್ಗಾವಣೆ
ವೃತ್ತಿಪರ ಮತ್ತು ತಾಂತ್ರಿಕ ಜ್ಞಾನ ಉಳ್ಳವರ ಪ್ರಾಬಲ್ಯತೆ – ಜನರ ಮೇಲೆ ವಿಶ್ವಾಸ ಕಡಿಮೆ	ಆರೋಗ್ಯ ಕಾ0ರ್ಯಕತರ ಮುಖ್ಯ ಕೆಲಸ ಜನರಲ್ಲಿ ಗೌರವ / ವಿಶ್ವಾಸ/ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸ ಮೂಡಿಸುವುದು – ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಬೆಲೆ ಕೊಡುವುದು
ಡಾಕ್ಟರ್ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ 'ಕೊಡುವವರ' ಅನುಕೂಲತೆ0ಯ ಮೇಲೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿದೆ (ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಸಾಗಾಣಿಕೆ, ವಿದ್ಯುತ್ ಶಕ್ತಿ, ಎ.ಸಿ..)	ಸಮುದಾ0ಯದಿಂದ ಬಹಳಷ್ಟು "ಕಲಿ0ಯುವುದು ಇದೆ" ಎಂಬ ದೀನತೆಯಿಂದ ನಡೆ0ಯುವುದು ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಲ್ಲ; ಜನರು ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯವು ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ಸಮುದಾ0ಯಕ್ಕೆ ವರ್ಗಾವಣೆ0ಯಾಗುತ್ತದೆ.
ಕಿರಿದಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ – ಕಾಯಿಲೆ ಮತ್ತು ಇಂದಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಪರಿಹಾರ	ವಿಸ್ತಾರವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ – ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯದ ಕಡೆಗೆ ಗಮನ; ಆರೋಗ್ಯಕರವಾದ, ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಜನಾಂಗದ ಕಡೆಗೆ ಗಮನ
ಜನರ, ಸಮುದಾ0ಯದ ಸಶಕ್ತೀಕರಣ, ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಗೌರವ / ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸ ತುಂಬುವುದರಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ ಇಲ್ಲ	ಜ್ಞಾನವನ್ನು, ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ಹಂಚುವುದರಲ್ಲಿ, ಜನರನ್ನು ಸಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿಸಲು ಪ್ರ0ಯತ್ನ ಮಾಡುವುದು. ಜನರೇ ಪ್ರಬಲರಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ
ಕೆಲವರಿಗೆ / ಹಣ ಇದ್ದವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತ. ಬಡವರನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ	ಬಡವರು, ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದ್ದವರು, ಮಹಿಳೆ0ಯರು, ಅಶಕ್ತರಿಗೆ, ಶೋಷಿತ ಜನಾಂಗಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ಮಹಿಳೆ0ಯರು – ಪುರುಷರು, ಎಲ್ಲಾ ಜಾತಿ–ವರ್ಗದವರು ಸಮಾನರು ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆ. ಜಾತಿ/ಲಿಂಗ/ಧರ್ಮ ತಾರತಮ್ಯ ಇಲ್ಲದೇ ಸಮಾನತೆ/ಸಮಾನ ಅವಕಾಶದ ತತ್ವಾಧಾರಿತ ಕೆಲಸ
ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ಮಾರಾಟದ ವಸ್ತು ಎಂಬುದಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಹಣ ಇದ್ದವರು ಮಾತ್ರ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು	ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾ0ಯ, ಸಮಾನ ಅವಕಾಶ, ಅಶಕ್ತರಿಗೆ ಆದ್ಯತೆ(ಸಮತೆ)0ಯ ತತ್ವಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಧಾನ್ಯತೆ. ಆರೋಗ್ಯವು ಜನರ ಹಕ್ಕು – ಈ ಮೂಲ ತತ್ವವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿದೆ.

ಈ ಕೆಳಗಿನವು ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದಾದರೆ ✓ ಇಲ್ಲ ಅಂದರೆ X ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿ

1.	ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ / ಊಟ.....	
2.	ಉಡಲು ಬಟ್ಟೆ---	
3.	ಶಿಕ್ಷಣ__.	
4.	ಚಿಕ್ಕದಾದರೂ ಚೊಕ್ಕ ಮನೆ	
5.	ಶೌಚಾಲ0ಯ..	
6.	ಸ್ವಚ್ಛ ನೀರು	
7.	ಸರಿ0ಯಾದ ಕೂಲಿ	
8.	ಕೆಲಸ / ಉದ್ಯೋಗ	
9.	ಬೇಕಾದ ವಿಶ್ರಾಂತಿ / ವಿರಾಮ	
10.	ಚಿಂತೆ ಇಲ್ಲದೆ ಬಾಳುವುದು	
11.	ಊರಿನಲ್ಲಿ ಜಗಳ ಇಲ್ಲದೇ ಇರೋದು	
12.	ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳನ್ನು ಚುಡಾಯಿಸುವುದು	
13.	ಹೆಂಡತಿ0ಯನ್ನು ಹಿಂಸಿಸುವುದು	
14.	ಸಣ್ಣ ವ0ಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮದುವೆ ಮಾಡುವುದು	
15.	ಮೇಲ್ಜಾತಿ0ಯವರು ಕೆಳಜಾತಿ0ಯವರ ಮೇಲೆ ಹಲ್ಲೆ ಮಾಡುವುದು	
16.	ಒಂದು ಸಮುದಾ0ಯವನ್ನು ಅಸ್ಪೃಶ್ಯರು ಎಂದು ಹೊರಗಡೆ ಇಡುವುದು	
17.	ಮನೆ0ಯಲ್ಲಿ ಗಂಡುಮಕ್ಕಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳನ್ನು ಸಮಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆಸುವುದು	
18.	ನ್ಯಾ0ಯಬೆಲೆ ಅಂಗಡಿ0ಯಲ್ಲಿ ಅಕ್ಕಿ ಮತ್ತು ಇತರೆ ದಿನಸಿಗಳನ್ನು ಸರಿ0ಯಾಗಿ ವಿತರಿಸುವಂತೆ ಕೇಳುವುದು	
19.	ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ 'ಡಾಕ್ಟರ್' ಬೇಕು ಎಂದು ಸರಕಾರವನ್ನು ಕೇಳುವುದು.	
20.	ಪರಿಸರವನ್ನು ಚೊಕ್ಕವಗಿಟ್ಟು ಸೂಳ್ಳೆ ಸಂತತಿ ಬೆಳೆ0ಯದಂತೆ ಮಾಡುವುದು (ಮಲೆರಿ0ಯಾ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದು)	
21.	ಧರ್ಮ, ದೇವರ ಹೆಸರಲ್ಲಿ ಹಿಂಸೆ ಮಾಡುವುದು	
22.	ವರದಕ್ಷಿಣೆ ಸಲುವಾಗಿ ಹಿಂಸಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಮಹಿಳೆ0ಯರನ್ನು ಸುಡುವುದು	

Com H-11.

List of Thematic Areas

*(We recognize that each of the bullet points can also fit under other thematic areas. This is merely a listing of key issues wherein * denotes an issue mentioned more than once)*

Policy issues

- Universal access to comprehensive health care for all
- Cost, availability and accessibility
- National Health Policy
- Pharmaceutical Policy
- Population Policy
- Intellectual Property Rights
- Equity in Health
- Equitable access to services
- Quality of public health care services

Health sector reforms and globalization

- Globalisation and Health
- In the context of globalization – primary health care
- Impact of globalization on health and health care in India, South East Asia and developing countries.

Primary Health Care

- Primary health as a right
- What should be our approach to primary health care? What happened in this field for the last 54 years?
- Global scenario
- Availability of essential drugs
- Non-Communicable diseases into the primary care
- Resurgence of Communicable Diseases
- Decentralised Planning. • Health Edn

Private health sector

- Regulating the private health sector and accreditation
- Role of the private sector in development and implementation of health care programs at the community level
- Role of nursing homes in health care including accreditation
- Role of private sector in development initiatives
- Bio Medical Waste Disposal

Women and health

- Violence against women as a public health and human rights issue*
- Reproductive health and quality of care*. We were also interested in the issue of malnutrition of women throughout the lifecycle and feel that it should be included in any discussion on 'reproductive health.' For instance, there is considerable evidence for the impact of poor maternal height, pre-pregnancy weight and low gestational weight gain on the incidence of low birth weight and maternal mortality, however the issue of nutrition has not found adequate attention within either AnteNatalCare or adolescent health programmes. It may be also be worthwhile to include the issue of 'malnutrition' in general as a separate topic.
- One of the significant issues in the south Asian region is the incidence of low birth weight and we feel that it should be included in any list of key issues for this region.
- Reproductive Health and Quality of Care

HIV/AIDS

- HIV-AIDS as a rights issue
- Response to HIV/ AIDS care and support issues

Health Financing & Health care insurance

Research and ethics

- Research on different systems of health world-wide and relevance to the Indian health system*
- We would also like to emphasise the importance of research on the Indian health system.
- Basic operations research techniques for NGOs*
- Research and ethics specially in the area of women's reproductive health

Organizational Management & Development

- Transparency and accountability in how funding is spent for health care service delivery efforts
- Strengthen capacity of local NGOs* (e.g. fund-raising, advocacy, systems development)
- Creating constructive dialogue for effective program development and delivery between NGOs and their constituencies
- Right to health info

Networking & Partnership Development

- Key issues affecting the ability of NGOs, businesses and government to partner
- Creation of an understanding of different perspectives NGOs, medical profession, Business and government have towards health service delivery and developing an environment for working together
- Role of NGOs, business, and government in addressing environmental pollutants (air, water, food, occupational health)
- Mechanisms such as local, regional conferences for bringing professionals of diverse backgrounds together
- Extending support to peoples' initiatives like the JSA
- Creation of an understanding of different perspectives NGOs, medical profession, business and government have towards health service delivery and developing an environment for working together. We feel that the scientific community too should be included in any such partnership/s.
- Collective action
- Collaboration
- Advocacy
- Partnership
- Partnerships between NGO, private and public health care
- Explore the principles on which partnerships between various stakeholders (especially corporates) can evolve in the domain of primary health
- Identification of key regional health issues
- What we would need to do to promote South-South Collaboration

Miscellaneous

- Creating access to health information - access to health info
- Creating access to health information using internet technology
- Effective steps (Clarification requested)
- Health Infrastructure Development - Blood Banks, Paramedical staff, ambulances, etc.
- War and its consequences on health of the poor

1. ಮನೆ ಇಟ್ಟಿಗೆ ಗಾರೆ ಮತ್ತು
ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು

2. ಮನೆ ಇನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಾದರೆ ಮತ್ತು
ಗುಂಡಿನ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಇನ್ನು
ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮಾಡಿದು ಚೆನ್ನಾಗಿರುತ್ತೆ

3. ಇನ್ನು ಮುಂದೆ ಮನೆ ಮಾಡಬೇಕಾದ
ಇಟ್ಟಿಗೆ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಇನ್ನು ಪಾಲಿಶ್
ಮಾಡಬೇಕು. ಮತ್ತು ಮಾಲಿಗಳಿಂದ
ಇನ್ನು ಮನೆಯನ್ನು ಸುಸಜ್ಜಿತವಾಗಿ

200.00
150.00
450.00
1155.00
1155.00

Date. 23.06.06.

(ಕರೆಯೋಲೆ)

(1) ಇಂಥಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ಹೋಗುವುದು, ಸಿನಿಮಾಗಳು, ಪಾರ್ಟಿಗಳು ಮಾಡುವುದು, Company ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬೇರೆ ಯಾವುದಿದ್ದರೂ ತಾವು ಗೈರುಹಾಜರಿರಿ, ಮತ್ತು ಬಿಡುವಾಗಿರಿ.

(2) ಮನೆಗೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯವಾದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಖರೀದಿಸಬೇಡಿ.

(3) ಹಿಟ್ಟನ್ನು ಬೇರೆ ಯಾರಿಂದಲೂ, ಇತರ ಕಂಪೆನಿಯದ್ದು ಬಳಸಿದಿರಿ ಬಳಸಿ.

"ನಿಮ್ಮ ಹಿತೈಷಿಗಳು ಯಾವತ್ತಿದ್ದಾಗಲಿ"

ನಿಮ್ಮ
Girish kumar. M
M.S.W. 5th

23/06/06.

① I don't know that what is the mager difer between Helth and family Helth but today I came to shar about that and that I like it.

② If you give some hand bills and also incalue some figurs in slids. like what is the majure truth of Helth like it is good or?

③ we haue to came to know today the Real truth so let us aver to our friends and aur community starts from today it self.

" let us we haue to struguel for 3

our right that is Real Right"!!"

① ಇಂದಿನ ಪತ್ರಿಕೆಯಿಂದ B.M.P ಯಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯಾಪಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸುಮಾರು 200 ರಿಂದ 250 Student ಗಳ ಪರಿಚಯ ಇರುವ Scholarship ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯಲು.

② Health ಬಗ್ಗೆ picture ಮೂಲಕ ತೋರಿಸಿದರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಇರುತ್ತಿತ್ತು.

③ ಬಿಲ್ಡಿಂಗ್ ಸುತ್ತ ಇರುವ Area ಗಳಲ್ಲಿ Health ಬಗ್ಗೆ ಕೆಲವು ಮಾಹಿತಿ ಬೇಕು

Specially Chikungunya ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯ.

(1) నిలువు అక్షాన్ని, అడ్డువరుస అక్షాన్ని ఏ స్కేల్ లో తీసుకోవాలో, వాటిపై విలువల్ని ఎలా కేటాయించాలో తెలియజేయడం.

(2) పటానికి తగిన పేరు పెట్టడం.

(3) ఉపయోగించిన గణాంకాల మూలం అక్షరాన్ని తదితరాలు వ్రాయడం

1) ಮನೆ ಇಷ್ಟ ಲಾಬವಿಲ್ಲ

2) B.M.P ಹೊಲಸ್ಸು ಸಮಸ್ಯೆ ಇಷ್ಟ ಬಾಬವಿಲ್ಲ

3) ಮನೆ ಇಲ್ಲ ಬೆಸ್ಮಿಕ ಬಾಡಿಗೆ ಇಲ್ಲವಿಲ್ಲ

B.M.P ಸಮಸ್ಯೆ ಇಷ್ಟ ಇಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಬೆಸ್ಮಿಕ ಇಷ್ಟವಾಗಿಲ್ಲ ಇಷ್ಟವಿಲ್ಲದಿರಲು

4) ಇಲ್ಲ ಬಾಡಿಗೆ ಮನೆ ಬಾಡಿಗೆಗಿಲ್ಲ

ಮನೆ ಮಾಲೀಕರು ಬಾಡಿಗೆಗಿಲ್ಲ

ಹೊಸಮನೆ ಬಾಡಿಗೆ ಹಾಗೂ ಇಷ್ಟವಿಲ್ಲ

- ಧೈರ್ಯ - ಮನಸ್ಸಿಟ್ಟು - ಶ್ರದ್ಧೆಯಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯದರ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತನೆ ಮಾಡುತ್ತಾ ಯಶಸ್ಸು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ.

- ಹಾಸ್ಯಗಳು.
ಸಂಸಾರದಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ಬೇಕಾದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಹಾಸ್ಯಗಳು ಮೂಡಿಸುವುದು.

- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಚಿಂತನೆ ಮಾಡಿದ ಪ್ರೌಢಶಾಲೆಯ ಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಡಿ.

- ಬೋಧನೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಕರ ಗಳು ಬಳಸುವ ಮಾಧ್ಯಮ ಗಳು

(1) PHU Health ಯುಗಿತ ಚೆನ್ನಾಗಿತ್ತು.

(2) ನಾಕೇರದಲ್ಲಿ ಇವತ್ತೆಲ್ಲಾ ವಿಚ್ಛಿನ್ನ ಎಲ್ಲಾನ್ನ ಕೂಡಾ ಕಲಿಯಾ ಎಲಾಡ್ತಿದ್ದೆವೆ. ಬಂಬುಸ್ಥಿವರ ಯಾಡಿಕೆ ಇಷ್ಟರ ಚೆನಾಗಿತ್ತೆ % ಬೇರೆತ್ತೆ.
[ಒಂದೊಂದು Health Centre ಗೆ,]

(3) ಈ ಬನಾಡಿಕೆಲನದ ಬಗ್ಗೆ. ಶ್ರೀಕಾಳುಕಿಕೆ. ನಿಲ್ಲಿಕೆ ಪರಿನ ಬೇಕಿತ್ತೆ.

— ನಮಸ್ಕಾರ ನಿಮ್ಮೆರವರ ನಿಜ ವ್ಯಾಸ್ಥೆಯು
ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯುತ್ತ

— ಈ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿ ಇದನ್ನ ನುಡಿಸಿ ಮಿಂಚು-
— ವರವು ತಂಗ್ಳು ಬಾಬ್ಬು ಮಾಡಿಸಿ ನುಡಿಸಿದರೆ
ಬಳ್ಳಯುವುದು

— — ಇಂಥ ಅಲಂಕಾರ ಮಾಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಲವು
ಕೊಡಬೇಕು. ಇವರಿಂದ ಸುಮಾರು ೫೦೦ ರೂಪಾಯಿ
ಆಯಿತು.

→ ನಾವು ಇವನ್ನು ಮಾಡುವುದಾದರೆ ಎಂಥ ಪಚಾರ ತಿಳಿಸಿ
~~ನಿಮ್ಮ ಸಹಾಯ~~ ಇಡೀ ವಿಷಯಕ್ಕೆ ಕೆಲಸಾರ್ಥವಾಗಿ
ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರಾಗಿ

→

(1) ತಿರುಗಿಸುವ ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳನ್ನು
ತಿಳಿಯೋಣ.

(2) ತಿರುಗಿಸಲು ಹೇಳಿದಾಗ ಹೇಗೆ
ಹಿಡಿಯಬೇಕು ಎನ್ನುವುದನ್ನು
ತಿಳಿಯೋಣ.

(3) ಸಂಚಯನ ಮಾಡೋಣ.
ಎರಡು ಬಗೆ.

1) what you learn?

The training was nice and we learnt not of information on this health training how to prevent the diseases and how to keep the healthy body

2) we want a training again

we should take care about our health and even slum people health also.

we should give to health Awareness about Cleaness. the training we should feel benefit again

Muthu.

1) உலக் ஆரோக்கியம் பற்றி மிகவும் நல்ல தொடையில் எடுத்து பெரிணிங்கள் மிகவும் இல்டம் ஆனது. மிக அதிகம் தேரிந்து கொண்டோம்.

2. அதிகம் தெரிந்து கொள்ளுவதர்கு நாமக்கு படனிவ் வேண்டும்.

3. மருந்துகள் அபதர இல்லாமல் கொடுக்க வேண்டும் எல்லம் பிரியாக கொடுக்க வேண்டும் அவர்வர் உண்மைகளை அவரவர் தெரிந்து கொட்க வேண்டும்.

4. புன்டோ நாதும் நீவு வு வேண்டும்.

12

(1) ಇವತ್ತು To days program is good Interresting.

(2) Some more things have to go. deep Preventing & Prophylax

(3) Through-out India let us take challeges to do campaign, Strikes, Rally to reachout end point and get successfull & must and should gain from Govt Everyone in Every thing with Emotionally. It is our Aim

from Margaret

(1) ನೀವು ಅರಿಶಿಣ ಪುಡಿಯನ್ನು ಬಳಸಿ ಇಟ್ಟ ಪೇಸ್ಟ್ ಮಾತ್ರ ಮುಖದ ಮೇಲಿನ ಕಪ್ಪು ಕಲೆಗಳು

(2) ನಿಮ್ಮ ಮುಖದಲ್ಲಿ ಬಿಳಿ ಕಲೆಗಳು ಇನ್ನೊಂದು ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದು.

(3) ಪ್ರತಿದಿನ ಬೆಳಗಿನಲ್ಲಿ ಮುಖವನ್ನು ತೊಳೆಯಬೇಕು.

ವಿಷಯ
23.6.06

(1) ಮನು ಇಲ್ಲಿ ಧಾಂತೆಂಡರ ಸನ್ನಿಧಿ ಬಂಯ
ಪ್ರಾಯುಂ ಕಾಯಕ್ರಿಯೂಳ್ಳ ಕರೀಗ್ಳ ಕೊಂಡ್ರಾಗ
ಬರ್ಪಿಯುವು.

(2) ಇನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಯೆಲ ಅರಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಕರಿಯ
ತೌಲಭ್ಗಳ್ಗಳ ಬಂಯ ಪ್ರೇಕಿಯಕ್ಕುಂಗಾತ್ತಿ.

(3) ಬಂಗಾರ ಕೆಲಸ (ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿ ~~ಕೆಲ~~
ಕೊಂಡೆಲಸಕ್ಕೆ ಬಂಗಾರ ಚಿನ್ನಿಲಸ ಕಡ್ಡಿ
ಬಸ್ಸ ತೆಕೆಲು ಕೆಲ್ಗಳುವು.

① Healthy promo Wors — Bangkok
② JSA ~~teaching~~
③ Health for all
④ Annual Report →

(1) ಉಸಿರು ಹೇಗೆ ಆಯಿತು?

ನೀವೂರು ನಡಿದ ಮೊದಲಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳಿಯಾಯಿತು
ಆಹಾರವನ್ನ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿ ಹಾಗೂ ಆಯಾನ್ಸಗಳನ್ನು
ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿ ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಹೀಗೆ ಆಯಿತು

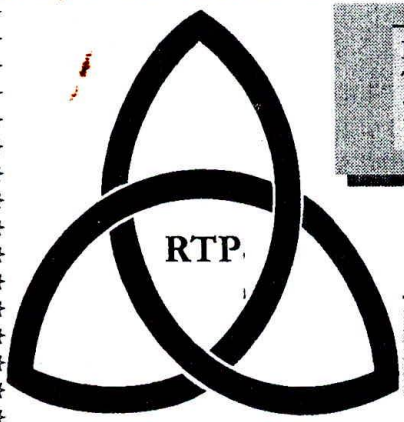
(2) ಇನ್ನು ಉಸಿರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಿಡಬಹುದು?
ಯಾವಾಗ ಅಲ್ಪ ಬಿಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು
ಉತ್ತರ ಸಂಪೂರ್ಣ ಬಿಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು

(3) ಇನ್ನು ಬಿಟ್ಟಾಗ ಉಸಿರು ಬಿಡಬಹುದಾ
ಬಿಡಬಾರದು?
ಯಾವಾಗ ಕೆಲಸಮಾಡಿದ pH ಗಿಂತ
ಕ್ಷೀಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಅಂತ ಭಯ ಬೀಳುತ್ತೆ
ಬಿಡಲಾಗಿಸಿ ಬಿಟ್ಟಿರಬಹುದು.

1) ನಿಯಮಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಆಹಾರವನ್ನು B.M.P ನಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟು
ಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಮತಿಸಲಾಗಿದೆ

2) ಈ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ
ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ~~ಕೊಡಿ~~ ಬೇಕಿತ್ತು.

3) ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಎಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಿ ಹುಡುಕಬೇಕು
ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿ



Department of Community Health Sciences
The Aga Khan University
Karachi, Pakistan.

COMH-11.

Regional Training Program

Introduction

In Pakistan, as in other developing countries, managers and mid-level professionals engaged in health and social sectors, are faced with complex administrative, organizational, and program implementation and evaluation issues. Unfortunately, there are few community-oriented, problem-focused and pragmatic training programs that can provide them with the conceptual knowledge as well as practical skills and expertise to effectively address these complex issues. Developing such a comprehensive, practical and cost-effective training program had been identified as a critical need for all the member countries of The Aga Khan Development Network Program (RNP, 1993).

The Regional Training Program (RTP) is a response by the Department of Community Health Sciences (CHS) of the Aga Khan University (AKU) to this critical need of Pakistan and other countries in the region. The RTP is being conducted regularly since 1995.

Goal

The overall goal of the Regional Training Program is to further strengthen the professional expertise and problem-solving skills of front-line health and development related managers so that they can provide more efficient and effective health and development programs for their communities.

Target Audience

The RTP is particularly useful for mid-level health and development workers, managers, researchers and planners working with different levels of government, NGOs, and international agencies.

It is designed to benefit the participants, their parent organizations, programs and the target populations they serve. Over the years, RTP drew

participants from members countries of the Aga Khan Regional Network Program (i.e. Pakistan, India, Bangladesh, Kenya and Tanzania), government agencies, and other NGOs working in Pakistan and in neighboring countries (e.g. Afghanistan and Tajikistan).

Program Components

The Regional Training Program offers four "types" of training courses:

1. Epidemiology, Biostatistics, and Surveillance
2. Health Systems Research and Management
3. Community-Based Social Development
4. Primary Health Care

All courses are offered at different times throughout the year by the Department of CHS of the Aga Khan University, Karachi. The program also responds to individual organizational needs and produces tailor-made courses for specific group of participants.

Epidemiology, Biostatistics and Surveillance

This course is designed to enable health professional to develop a scientifically sound, and practical approach for identification and solution of challenging field health problems.

Goals

This training aims to provide participants the practical skills in Epidemiology, Biostatistics, Surveillance and Information System Management to better understand, assess and critically analyze the disease burden among the populations they serve.

Objectives

By the end of the course, the participants would be able to:

- Understand and apply the basic principles of Epidemiology and Biostatistics.
- Design a feasible and valid study to address an important health issue in their programs.

Content

I Epidemiology Sessions:

- Community Diagnosis: Person, Place and Time
- Incidence and Prevalence
- Questionnaire Design and its administration
- Sampling Methods

- Measures of Fertility and Mortality
- Epidemiological Basis of Fertility Control
- Screening Tests: Sensitivity and Specificity
- Study Design I: Qualitative Studies
- Study Design II: Case series, correlation and Cross-sectional Studies
- Study Design III: Experimental and Cohort Studies
- Study Design IV: Case control studies.
- Measures of Association
- Bias, Chance and Confounding
- Causal Inference
- Sample size I & II
- Investigation of an Epidemic
- Surveillance

II Biostatistics Sessions:

- Introduction of population, samples, measures, variables, types of measurements and the objectives of Biostatistics
- Organizing and displaying data
- Summarizing data includes measures of central tendency & variability
- Applications of Mean and Standard Deviation
- Normal Probability Distribution
- Estimation of population means: Point estimation & confidence intervals
- Basic elements of Testing Hypothesis
- Type I and type II errors and power of the test
- Sample size determination in testing hypothesis
- T-test (two independent samples) and paired T-test
- Inference regarding proportions: One sample & two independent samples
- The Chi-square test and contingency tables
- McNemar's test

Project Development

This part of the course provides an opportunity to each participant to practically apply concepts and skills learned towards addressing an identified research issue related to their work.

Pre-course Task

Participants are required to identify the project topic and prepare in advance the background information that can be utilized while designing individual projects.

Medium of Instruction

English is the exclusive language of instruction. Participants should be able to speak and write in English.

Participants' Evaluation

The participants' learning is evaluated through marks obtained in multiple choice questions (pre- and post-tests) at the beginning and end of the course as well as on the basis of project assignment.

Educational Strategies

The basic educational strategy will be "Learning By Doing". This will be accomplished through lectures, tutorials, field survey and project development.

Duration of the Course

The course takes 23 working days. For the Year 2000, this course is schedule from ***August 22 – September 21.***

Health Systems Research and Management

This course is designed to provide basic conceptual and technical skills in undertaking Health Systems Research and using the knowledge generated for program/interventions development and policy decisions leading towards improved Health Systems Management.

It addresses some of the critical management problems that require immediate attention such as lack of planning and proper implementation of health plans, lack of appropriate organizational structure, inefficient management of resources, and lack of quality information for decision making. Special emphasis is given to the application of management skills for implementing primary health care.

Goals

The Health Systems Research and Management (HSRM) training program is aimed at strengthening the professional expertise and organizational/ managerial skills of participants in Health Systems Research and Management.

Objectives

By the end of the course, the participants would be able to:

- Develop leadership capacity and effective team-work skills.
- Demonstrate knowledge of core concepts, strategies and issues of Health Systems Research and Management.
- Conduct Health Systems Research and use research results for better decision-making.
- Utilize existing resources within their health programs more effectively and efficiently.
- Monitor and evaluate health care programs.
- Apply management skills for implementation of primary health care.

Content

- Systems Approach to Health Care
- Primary Health Care
- Strategic Planning and Human Resource Management
- Management Information System
- Quality Control
- Financial Management
- Health Systems Research
- Program Development, Monitoring and Evaluation
- Leadership Skills
- Institutional Management

Project Development

This part of the course provides a practical opportunity to each participant to apply concepts and skills learned towards addressing an identified research and/or management issue related to their work setting.

Pre-course Task

Participants are required to identify the project topic and prepare in advance the background information that can be utilized while designing individual projects.

Structure

HSRM is a full time course lasting three weeks. It is conducted in English and instruction is provided mainly by the faculty of the Department of Community Health Sciences at the Aga Khan University. Participants bring with them a breadth of experience in projects from different countries and learning is encouraged through a mutual sharing of experiences. Pre- and post-course tests are conducted to evaluate the performance of the instructors and the value of the program to its participants.

Teaching Methods

A highly participatory method of teaching and learning is followed which includes interactive lectures, large and small group discussions and group presentations. Case studies are used to better understand practical problems of healthcare research and management. Video presentations and field visits are also offered.

Duration of the Course

The course takes 17 working days (Approximately eight hours a day, and five days a week). For the Year 2000, this course is schedule from ***June 6 – 28.***

Community-Based Social Development

This course is designed to explore the interrelationships between self awareness, leadership skills, effective communication strategies, community mobilization, and health and social development.

Goals

This training course is aimed to provide an understanding of the social determinants of health and development and the importance of participatory methods in community mobilization and empowerment.

Objectives

By the end of the course, the participants would be able to:

- Understand the essential concepts and dynamics of social change.
- Understand the essential features of participatory methodology, and its applications for facilitating social change.
- Become aware of the relevance of self-development and importance of communication skills for community development.
- Become aware of the type of management and research strategies appropriate for community development intervention

Content

- Introduction to Development and Its Dimensions
- Self-awareness
- Participatory Methodology
- Violence and It's Victims
- Gender and Development
- Qualitative Research Methods and Participatory Action Research
- Human Rights
- Management and Social Development
- Community Mobilization and empowerment

Medium of Instruction

English is the exclusive language of instruction. Participants should be able to speak and write in English. Some instructions may be conducted in Urdu, if necessary.

Teaching Methods

The course will provide an interface between experiential learning and use of critical thinking. Participatory tools for reflection, case-studies for analysis, simulation-games and exercises will be used. Participants will be required to verbalize; as well as write out their feelings, thoughts and analysis. Other methods of learning will include small and large group discussions and presentations, video presentations and field visits. At the end of the course, each participant will be expected to give a presentation on a project that they would undertake in their respective programs.

Duration of the Course

The course takes 24 working days (approximately eight hours a day, and six days a week). For the Year 2000, this course is schedule from ***January 17 – February 12.***

Primary Health Care

Primary Health Care (PHC) has been globally accepted as an appropriate strategy for universal coverage of health care on equitable basis, at an affordable cost with full participation of the people. Simple technologies have resulted in substantial reduction of mortality and morbidity and increase in life expectancy. The national government has a commitment to adopt PHC philosophy, concepts and contents as a part of health care system of the country. To fulfill that commitment, there is a need to train and reorient healthcare personnel about PHC as a strategy, for its effective and meaningful implementation.

Front-line health care provider is a very important cadre in any health care system, functioning at the grass root level. They are in direct contact with the community and know their aspirations as well as their frustrations. They have proved their worth and importance in the health system. There is a need to orient them with PHC, so that they may use their potential for the improvement of health of the people in more effective way. They would serve as an agent for change when equipped with necessary knowledge and skills.

Goals

This course has been designed to orient front-line health care providers with PHC philosophy, concepts and contents, so that they can function more productively. They are already equipped with certain knowledge and hand on experience, the aim is to build on what they already know, so that the training program will complement their knowledge and skills.

Objectives

By the end of the course, the participants would be able to:

- Understand PHC as a concept and learn how to apply it in the field.
- Describe PHC components, strategies and a its significance and application.
- Improve skills related to the functioning as a front-line health care provider in the field setting.
- Apply application of principles related to community, women, health and development.

Contents

- Health and Development, and Health Care System
- Communication Skills
- Community Health
- Primary Health Care and Gender Issues
- Community Health Management
- Reproductive Health

- Management and Leadership
- Maternal and Child Health (MCH) Services
- Infectious Diseases
- Environmental/Occupation Health
- Community Participation and Its Importance for Health Care
- Field-based training

Teaching Methods

Qualified and experienced faculty and staff of the department will conduct the course. The basic learning strategy of the course is Learning by Doing, with participatory approach. The class room sessions, group work and panel discussions will be complemented with relevant field based exposure and project development for experiential learning.

The whole course has been divided into eleven modules of two to five day duration. Each new day will begin with a review of the previous day's work by one or two participants. Each module or a set of module will be followed by a panel discussion, to provide an opportunity to the participants to further clarify any of the concepts or contents with the help of faculty and staff panelists. Different teaching material and hand-outs will be provided during the course for ready reference and preparation of assignments. At the beginning of the course, a pre-test will be conducted for all participants to find out areas needing further strengthening. Similarly a post-test at the end will help in knowing improvement in the learning achieved during the course.

Duration of the Course

The course takes 6 weeks. For the Year 2000, this course is schedule from ***March 28 – May 07.***

For more information about individual course contact:

Ms. Nadira Ashraf
Senior Administrative Officer,
Regional Training Program
Department of Community Health Sciences
The Aga Khan University
Stadium Road, PO Box 3500, Karachi 74800, Pakistan.
Tel: (92) 021-4930051 Ext. 4802/4835
Fax: (92) 021-4934294/4932095
E-mail: nadira.ashraf@aku.edu

COMH-11.

VIII SATURDAY, NOVEMBER 19, 1994 DECCAN HERALD

Community health

BANGALORE:

■ It is only when some epidemic strikes that the role of community medicine comes to the forefront. A voluntary agency called Community Health Cell (CHC) has been doing commendable job in the field of social awareness towards the need for hygiene and good health. A group of resource persons moved beyond the Community Medicine Department of a medical college in Bangalore and started this body over a decade ago. The group did a study-reflection-action experimental project, which resulted in the CHC.

The CHC is also involved in evolving educational strategies that will enhance the awareness on health issues. Promotion and support for community health action through collaboration between voluntary and governmental efforts is another area of initiative. It also intends to build a library and documentation centre in community health.

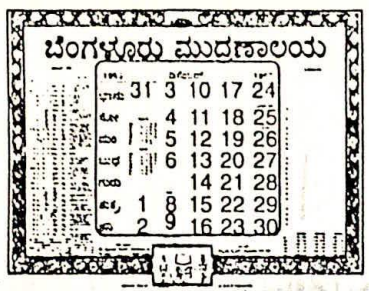
The CHC consists of a small core group of health professionals, research/training assistants supported by a large informal network of professional associates. Its scope of interaction includes individuals as well as voluntary agencies in the health sector. It also networks women's groups, environmental groups and people's science groups. It provides information, guidance, training and expertise to those in the field.

More details can be had from CHC, No: 367, Srinivasa Nilaya, Jakkasandra, Koramangala I Main, 1 Block, Bangalore 560 034. ✆ 5531518.

Simon Varghese

Member ABC & INS MALLIGE Kannada Monthly January 1995 Regd. KRNU - 96

ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್ ಮತ್ತು ಕಾಪಿರೈಟ್ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ನೋಟೀಸು



ಈ ಮೂಲಕ ಸರ್ವರಿಗೂ ತಿಳಿಯ ಪಡಿಸುವುದು ಏನೆಂದರೆ.

ಮೇಲ್ಕಂಡ ನಮ್ಮ ಪ್ರಖ್ಯಾತ "ಬೆಂಗಳೂರು ಮುದ್ರಣಾಲಯ/THE BANGALORE PRESS" ಕ್ಯಾಲೆಂಡರುಗಳು 1921ರಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದ್ದು, ಇದರ ಮಾರಾಟ ಚಿಹ್ನೆ (Brand name), ವಿನ್ಯಾಸ, ಅಕ್ಷರಜೋಡಣೆ, ವರ್ಣಸಂಯೋಜನೆ, ವಿಷಯಸಂಯೋಜನೆ, ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಮುದ್ರಣ ಮಾದರಿ ಇವುಗಳು ಸಾರ್ವಜನಿಕರೊಡನೆ ತಾದಾತ್ಮ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ನಮ್ಮ ಪ್ರಕಾಶನದ್ದೇ ಎಂದು ಸುಪರಿಚಿತವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ನಾವು ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್ ಮತ್ತು ಕಾಪಿರೈಟ್ ಹಕ್ಕನ್ನೂ ಸಹ ಹೊಂದಿರುತ್ತೇವೆ.

ಹೀಗಿರುವಾಗ ಇದನ್ನು ಯಾರಾದರೂ ಅನಧಿಕೃತವಾಗಿ ಯಥಾವತ್ ಬಳಸಿದಲ್ಲಿ, ಪ್ರತಿನಿಧಿಸಿದಲ್ಲಿ, ವರ್ಣಮಯವಾಗಿ ನಕಲಿಸಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಮಾರಾಟ ಚಿಹ್ನೆ (Brand name), ವಿನ್ಯಾಸ, ವರ್ಣಸಂಯೋಜನೆ, ವಿಷಯಸಂಯೋಜನೆ, ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಮುದ್ರಣ ಮಾದರಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಹೋಲುವಂತೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಲ್ಲಿ ಟ್ರೇಡ್ ಮಾರ್ಕ್ ಮತ್ತು ಕಾಪಿರೈಟ್ ಹಕ್ಕಿನ ಉಲ್ಲಂಘನೆಯೂ, ಅಪಥಾಧವೂ ಆಗುತ್ತದೆ. ಇಂಥವರು ಕ್ರಿಮಿನಲ್ ಹಾಗೂ ಸಿವಿಲ್ ಮೊಕದ್ದಮೆಗಳಿಗೂ, ಟ್ರೇಡ್ ಹಾಗೂ ಮರ್ಚಂಡೈಸ್ ಮಾರ್ಕ್ಸ್ ಆಕ್ಟ್ ಮತ್ತು ಕಾಪಿರೈಟ್ ಆಕ್ಟ್ ಪ್ರಕಾರ ಕಠಿಣ ಶಿಕ್ಷೆಗೂ ಮತ್ತು ಇಂಜಂಕ್ಷನ್, ಡ್ಯಾಮೇಜ್ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ದಂಡಕ್ಕೂ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಈ ಮೇಲಿನ ಟ್ರೇಡ್‌ಮಾರ್ಕ್ ಮತ್ತು ಕಾಪಿರೈಟ್ ಉಲ್ಲಂಘಿಸಿದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಾರಿಗಳೂ, ದಾಸ್ತಾನುಗಾರರೂ, ವಿನ್ಯಾಸಕರೂ, ಮುದ್ರಕರೂ ಸಹ ಕಾನೂನುರೀತ್ಯಾ ಶಿಕ್ಷಾರ್ಹರೆನಿಸಿ ಕ್ರಮಕ್ಕೊಳಪಡುತ್ತಾರೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

ಸಹಿ
ಮ್ಯಾನೇಜಿಂಗ್ ಡೈರೆಕ್ಟರ್

ಬೆಂಗಳೂರು ಪ್ರಿಂಟಿಂಗ್ ಅಂಡ್
ಪಬ್ಲಿಷಿಂಗ್ ಕಂಪೆನಿ ಲಿಮಿಟೆಡ್
88, ಮೈಸೂರು ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 018

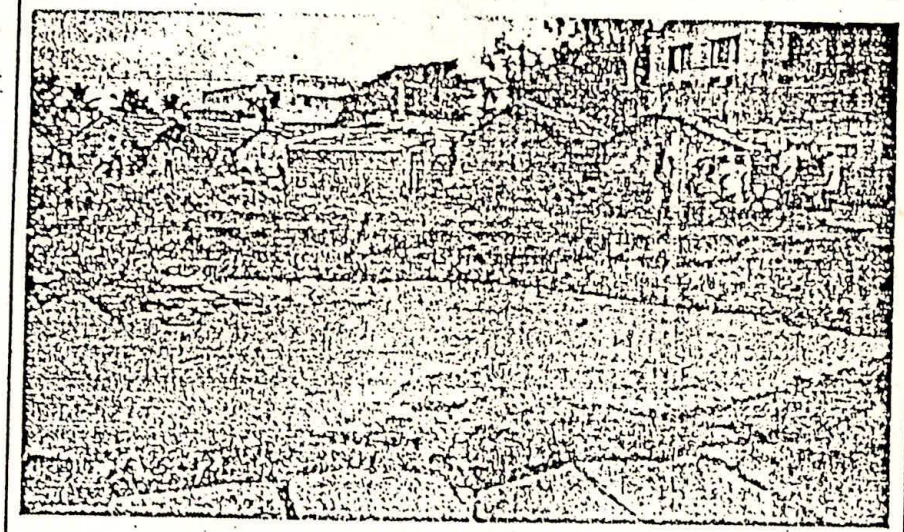
ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ : ಒಂದು ಮರುಚಿಂತನೆಯೇ?

ಸುಮುಖಪ್ರಿಯ

ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಲೇವಡಿ ಮಾಡುವ ಅಭ್ಯಾಸವನ್ನು ನಾವು ಬಹು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೇ ಬೆಳಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದೇವೆ. ಸಂಸ್ಕೃತ ಸುಭಾಷಿತಗಳಲ್ಲಿ, ಜಾನಪದ ಹಾಡು-ಕಥೆಗಳಲ್ಲಿ, ರಾಜ-ಮಹಾರಾಜರುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಕಿಂವದಂತಿಗಳಲ್ಲಿ, ನಮ್ಮ ನಾಟಕ-ಸಿನೆಮಾಗಳಲ್ಲಿ, ವೃತ್ತಪತ್ರಿಕೆಗಳ ಕಾರ್ಟೂನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಹಲವೊಮ್ಮೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ತಿಳಿಹಾಸ್ಯದ ಬುಗ್ಗೆಗಳೂ, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಹತಾಶೆಯ ಸಿನಿಕತನದ ಕಟು ವ್ಯಂಗ್ಯವೂ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಜೊತೆಗೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ನವೀಕರಿಸುತ್ತಾ ಸಮಾಜವು ಹೊಸ ಆರಂಭಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಹೋಗಿದೆ.

ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಲೇವಡಿ ಮಾಡುವ ಅಭ್ಯಾಸವನ್ನು ನಾವು ಬಹು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೇ ಬೆಳಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದೇವೆ. ಸಂಸ್ಕೃತ ಸುಭಾಷಿತಗಳಲ್ಲಿ, ಜಾನಪದ ಹಾಡು-ಕಥೆಗಳಲ್ಲಿ, ರಾಜ-ಮಹಾರಾಜರುಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಕಿಂವದಂತಿಗಳಲ್ಲಿ, ನಮ್ಮ ನಾಟಕ-ಸಿನೆಮಾಗಳಲ್ಲಿ, ವೃತ್ತಪತ್ರಿಕೆಗಳ ಕಾರ್ಟೂನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಹಲವೊಮ್ಮೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ತಿಳಿಹಾಸ್ಯದ ಬುಗ್ಗೆಗಳೂ, ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಹತಾಶೆಯ ಸಿನಿಕತನದ ಕಟು ವ್ಯಂಗ್ಯವೂ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಜೊತೆಗೇ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಉಪಾಯಗಳನ್ನು ನವೀಕರಿಸುತ್ತಾ ಸಮಾಜವು ಹೊಸ ಆರಂಭಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಹೋಗಿದೆ.

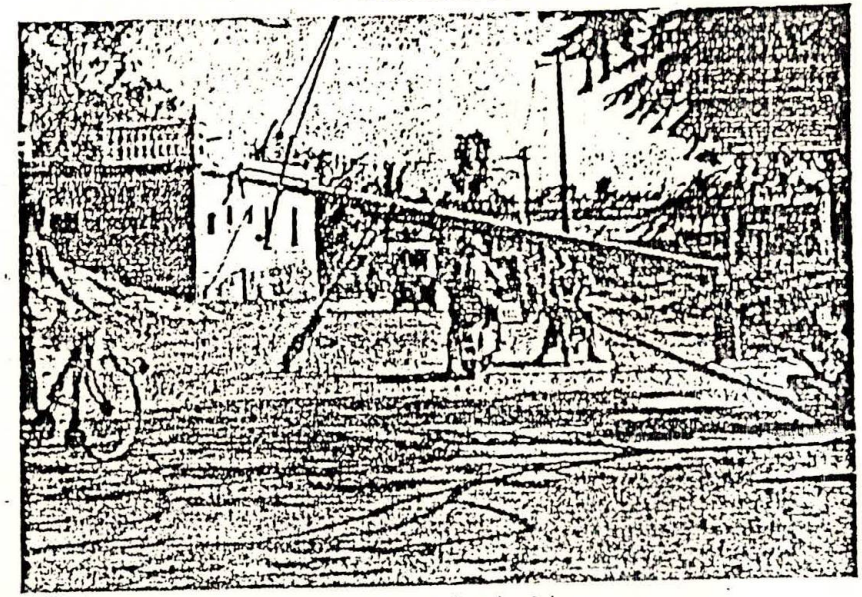
ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾನಂತರದ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ



ನಿಂತ ನೀರು ಶಾಚ ಕಟ್ಟಿದೆ

ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಪ್ರಗತಿಯಾಗಿದೆ; ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿವೆ; ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಚಾಡ್ಯಗಳ ಮೇಲೆ ನಿಯಂತ್ರಣ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಶಿಶುವ ಮರಣದ ಭೀತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ; ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸರಾಸರಿ ಜೀವಿತ ವರ್ಷಗಳು 58ಕ್ಕೆ ಏರಿವೆ. ಪ್ರತಿ ಐದು ಸಾವಿರ ಮಂದಿಗೊಂದರಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳವೆ;

ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆ (1978)ಯ ಪ್ರಕಾರ, 2,000ದ ಇಸವಿಯ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಎಲ್ಲರೂ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಾಗಿ ಬೆಳೆಯಲು ಬೇಕಾದ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಕಲ್ಪಿಸಿಕೊಡುವ ಕನಸು ನಮ್ಮದಾಗಿದೆ. 1983ರಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸಿತು; 1992ರಲ್ಲಿ 7,575 ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಎಂಟನೇ ಪಂಚವಾರ್ಷಿಕ



ರಸ್ತೆಗೆ ಮುರಿದು ಬಿದ್ದ ವಿದ್ಯುತ್ ಕಟ್ಟ

ಪ್ರತಿ ಮೂವತ್ತು ಸಾವಿರ ಜನರಿಗೊಂದರಂತೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳವೆ. ಸರಕಾರ ನೀಡಿರುವ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳ ಪ್ರಕಾರ, 40,000 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು; 2,193 ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, 20,719 ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಒಂದು ಲಕ್ಷದ ಮೂವತ್ತೊಂದು ಸಾವಿರ ಉಪಕೇಂದ್ರಗಳು ನಮ್ಮಲ್ಲಿವೆ (1992ರ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳವು). ಸಾಲ್ಕು ಲಕ್ಷಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ನೋಂದಾಯಿತ ವೈದ್ಯರೂ, ಮೂರು ಲಕ್ಷಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ನರ್ಸ್‌ಗಳೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ವೃತ್ತಿನಿರತರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

ಯೋಜನೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೇದೇ ಮೀಸಲಾಗಿತ್ತು.

ಹೀಗಿದ್ದರೂ, ಆರೋಗ್ಯಭಾಗ್ಯವು ಭಾರತೀಯರ ಪಾಲಿಗೆ ಗಗನಕುಸುಮವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದಿದೆ. ಪ್ಲೇಗ್‌ನಂತಹ ಗತಕಾಲದ ಮಹಾ ಮಾರಿಗಳು ಮರುಕಳಿಸಿ, ನಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವನ್ನು ತಲ್ಲಣಗೊಳಿಸುತ್ತಿವೆ. ಏಡ್ಸ್‌ನಂತಹ ಹೊಸ ರೋಗಗಳು ತಲೆಯೆತ್ತಿ ಹೊಸ ಭೀತಿಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕಿವೆ. ಜಗತ್ತಿನ ಪ್ರತಿ ಸಾಲ್ಕನೆಯ ಕುಷ್ಠರೋಗಿ ಭಾರತೀಯನೇ ಬಡವರ, ಅದರಲ್ಲೂ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಬಡ ಜನತೆಯ ಪಾಲಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ

ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗಾಗ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಪ್ರಾರೂಪ ದೊರಯುತ್ತಲಿದೆ.

ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಮುದಾಯದ, ಜನಸಮೂಹದ ಆಪ್ತ ಕಾಳಜಿಯನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಿಗಾಗ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ, ಜನರು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿ, ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ತಾವೇ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು. ನಮ್ಮ ಜನಜೀವನದ ಬಗ್ಗೆ, ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ, ವಿವಿಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಬಂದಾಗ ಈ ರೀತಿಯ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯ. ಈ ಬಗೆಯ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವತ್ತ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಂಸ್ಥೆಯೇ ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ (ಕಮ್ಯುನಿಟಿ ಹೆಲ್ತ್ ಸೆಂಟರ್, ಅಥವಾ C.H.C.).

ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಸೇಂಟ್ ಜಾನ್ಸ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜಿನ ವಿವಿಧಾಂಗ ಪರಿಸರದಿಂದ ಹೊರಬಂದು, ಕೆಲವು ಉತ್ಸಾಹೀ ಡಾಕ್ಟರ್‌ಗಳು ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದರು. 1984ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಸಂಸ್ಥೆಯು, 1990ರ ತನಕ ಆನೇಪಚಾರಿಕ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಕೇಂದ್ರದ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿತ್ತು. 1990ರ ನಂತರ ಅದು ತನ್ನದೇ ಆದ ಕಾರ್ಯಪ್ರಣಾಳಿಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿಕೊಂಡು ಮರುಹುಟ್ಟು ಪಡೆದು, ಕೆಲಸ ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತಿದೆ. ಶ್ರೀ ರವಿ ನಾರಾಯಣ್ ಹಾಗೂ ಶ್ರೀಮತಿ ತಲ್ಕಾ ನಾರಾಯಣ್ ಅವರು ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆರಂಭದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಹರಳುಗಟ್ಟಿಸಿದರು. ಕೋರಮೆಂಗಲ ಬಡಾವಣೆಯ ಕೊಳೆಗೇರಿಯ ಜಕ್ಕೂರಿನಲ್ಲಿ, ಬಾಡಿಗೆಯ ನಿವೇಶನವನ್ನೇ ಕೇಂದ್ರವಾಗಿಸಿಕೊಂಡು ಸಂಸ್ಥೆಯು

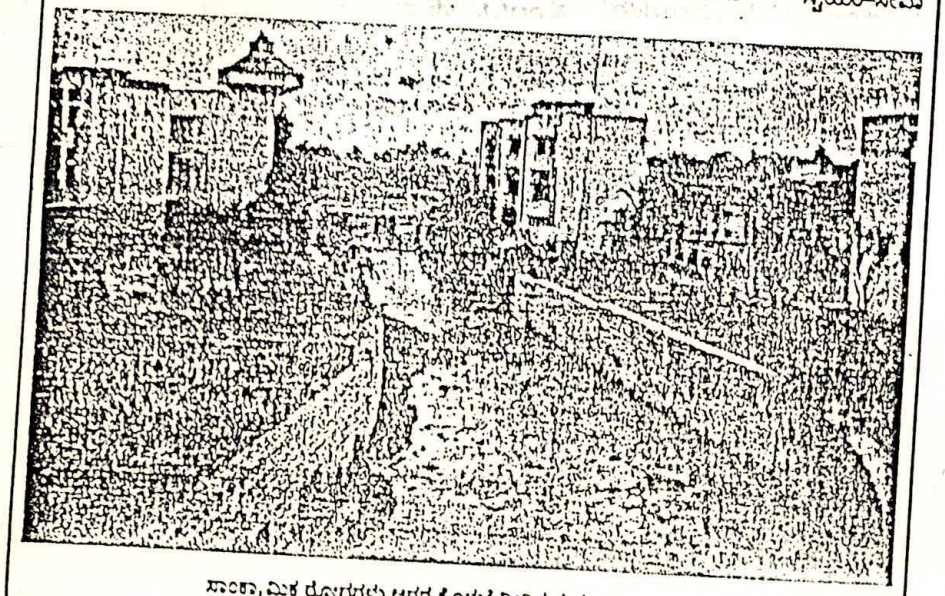
> "ತಾವು ಕೊಡುವ ವಿವಿಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆಯಿಲ್ಲದವರೂ, ರೋಗದ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನೂ ಕಡಿಮೆ ಮಾಹಿತಿ ಉಳ್ಳವರೂ ಹಾಗೂ ರೋಗಪೀಡಿತ ಮಾನವರ ಬಗ್ಗೆ 'ಏನೇನೂ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದವರೇ' ಡಾಕ್ಟರ್‌ಗಳು" ಎಂದು ಫ್ರೆಂಚ್ ತತ್ತ್ವಜ್ಞಾನಿ ವಾಲ್ಟೇರ್ ಹೇಳಿದ್ದಿದೆ. ನಾರ್ಮನ್ ಕಸಿನ್ಸ್‌ನಂತೂ ರೋಗಿಗಳು ಹೋಗಬೇಕಾದ ಕೊನೆಯ ಜಾಗವೆಂದರೆ ಆಧುನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೆಂದು ಜರೆದಿದ್ದಾನೆ. ಮನು ಕೊಠಾರಿ ಹಾಗೂ ಲೋಪಾ ಮೆಹ್ತಾ ಎಂಬಿಬ್ಬರು ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಪ್ರಕಾರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಸ್ತ್ರವು ನಮ್ಮ ಯಾವ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನೂ ಪರಿಪರಿಸಲು ಸಮರ್ಥವಾಗಿಲ್ಲ.
>
> ಮೇಲಿನ ಉದ್ಧೃತ ನುಡಿಗಳು ಉತ್ಪ್ರೇಕ್ಷಿತವೆಂಬುದು ನಿರ್ವಿವಾದ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಸ್ತ್ರವು ನಮ್ಮ ಜೀವನವನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಬಂಧುರಗೊಳಿಸಿದೆ. ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೋಗಿಗಳ ಆರೈಕೆ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಗಾಗ ಆಧುನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಶಾಸ್ತ್ರವು ಅಮೂಲ್ಯ ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದೆ. ಪ್ರಾಯಶಃ ಈ ಶಾಸ್ತ್ರವು ಸೋತಿರುವುದು ಮಾನಸಿಕ ಸ್ತರದಲ್ಲಿ: ಮುಕ್ತಿಯು ಆರೋಗ್ಯವಂತನೆಂಬ ದೃಢ ಭಾವನೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ.
>
> ಆಧುನಿಕ ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕರ ಪ್ರಕಾರ ಯಾವ ಮನುಷ್ಯನೂ ನಿರೋಗಿಯಲ್ಲ; ಎಲ್ಲರೂ ಒಂದಿಲ್ಲೊಂದು ಮಾನಸಿಕ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುವವರೇ! ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಶರೀರ ಹಾಗೂ ಮನಸ್ಸಿನ ಸೃಷ್ಟಿಗಾಗಿ ಬೇಕಾಗುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸರವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವತ್ತ ಮನುಕುಲವನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಯೋಚಿಸಿಲ್ಲ. ನಮ್ಮ ಕಾಯಿಲೆಗ ಡಾಕ್ಟರ್ ನೀಡುವ ಲಸಿಕೆಗಿಂತಲೂ ಭಯಂಕರವಾದುದು ನಾವು ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದೇವೆಂಬ ಭಾವನೆ. ಈ ಭಾವನೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನಗೊಳಿಸಲು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಉಪಾಯವೂ ಇಲ್ಲ. ಹಾಗೆ ನೋಡಿದರೆ, ಈ ರೀತಿಯ ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಮನೋಭಾವವೇ ಅವರ ಸಂಪಾದನೆಯ ಮೂಲ!
>
> "ಮನೋರೋಗಿಯು ಮುಗಿಲಿನಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳನ್ನು ರಚಿಸುತ್ತಾನೆ; ಹುಚ್ಚನು ಹೊಲಿ ಆ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಾನೆ. ಆದರೆ, ಮನೋವಿಜ್ಞಾನಿ ಹುಚ್ಚನಿಂದ ಆ ಮನೆಗಳ ಬಾಡಿಗೆಯನ್ನು ವಸೂಲಿ ಮಾಡುತ್ತಾನೆ!"

ಸಾಲಭೈಗಳು ಬಸಿಲ್ಲುದುರಯಂತೆ. ಈಗಲೂ 75-80 ಶೇಕಡಾದಷ್ಟು ಪ್ರಸೂತಿಗಳು ಹಳ್ಳಿಗಾಡಿನ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜ್ಞಾನವಿಲ್ಲದ ದಾದಿಯರ ಕೈಯಲ್ಲಿ, ನಡೆಯುತ್ತವೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ಮೂರನೇ ಒಂದರಷ್ಟು ಶಿಶುಗಳು ಎರಡೂವರೆ ಕೆ.ಜಿ.ಗಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಭಾರ ಉಳ್ಳವುಗಳಾಗಿವೆ. ಪ್ರಗತಿಪರ ದೇಶವೊಂದರ ಪಾಲಿಗಿದು ಭರವಸೆಯ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಮೂಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಶೋಧನಾ ಕೇಂದ್ರ (ICMR)ದ ಪ್ರಕಾರ, ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಾವಿನ್ನೂ ಪ್ರಮುಖ ಕಾಳಜಿಯಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿಲ್ಲ. ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯ, ನಗರಗಳಲ್ಲಿನ ಕೊಳಚೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಅಭಾವಗಳು ಪ್ರಜೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿಷ್ಠರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಬಗೆಯ ವಸ್ತುಸ್ಥಿತಿಯ ಹಿಂದೆ ಪ್ರಾಯಶಃ ನಾವು ನೆರನಂಬುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಗತಿಯ ಜೊಕ್ಕು ನಮಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತವಲ್ಲವೇನೋ ಎಂಬ ಅನುಮಾನ ಎಲ್ಲರನ್ನೂ ಕಾಡುತ್ತಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನಮ್ಮಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಹೊಸ ಆರಂಭಗಳತ್ತ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಸ್ವಾಗತಾರ್ಹ. ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ, ಹಲವು ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಗಳು ಆರೋಗ್ಯದ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ, ಮೂಲಗಾಮಿಯಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುತ್ತಿವೆ. ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶದ "ವನವಾಸೀ ಸೇವಾ ಆಶ್ರಮ"ವು ಗ್ರಾಮೀಣ ವಿಕಾಸದೊಂದಿಗೇ ರೋಗಿಗಳ ಶುಶ್ರೂಷೆಯನ್ನು ತನ್ನ ಕಾರ್ಯ ಪ್ರಣಾಳಿಯೊಳಗೆ ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಮಧ್ಯಪ್ರದೇಶದ "ಕಶೋರ ಭಾರತಿ" ಸಂಸ್ಥೆಯು ವಿಜ್ಞಾನ ಪ್ರಸಾರವನ್ನಲ್ಲದೇ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನೂ ತನ್ನ ಕಾಳಜಿಯನ್ನಾಗಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದ"ಪ್ರಾಚೆಕ್ಪ ಫೌಂಡೇಶನ್" ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗೆ ಒತ್ತುನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರಿನ "ಬೀನ ಸೇವಾ ಸಂಘ"ವು ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಶ್ರಮಿಸುತ್ತಿದೆ. ಅಪ್ಪಟ ದಾಬಾದಿನ 'ಸೇವಾ'

ಎಂಬ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಮಹಿಳೆಯರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ತನ್ನ ಮುಖ್ಯ ಕಾಳಜಿಗಳಲ್ಲೊಂದನ್ನಾಗಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಕರಿದಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಇಂತಹ ಸ್ವಯಂ-ಸೇವಾ



ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು ಆಗರ ಕೊಳಚೆ ನೀರಿನ ಸುತ್ತ ವಾಸಿಸುವುದು

ವಂಪರಿಸಬಹುದು" ಅನ್ನುತ್ತಾರೆ ಡಾ. ಪ್ರಸಾದ್. ಬಡಕ್ಕರ್ಗಳ ಆವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದು ಕೇವಲ ಶೇಕಡಾ ಇಪ್ಪತ್ತರಷ್ಟು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ! ಬಂತಾಮಣಿಯಲ್ಲಿರುವ "ಮಾನುಷ" ಸಂಸ್ಥೆಯೊಂದಿಗೆ ಕೋಶದ ಅನೇಕರು ಕಲಸಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳ ಉಪಯೋಗ, ಪಾಚ್ಮಿಕತೆಯ ವಿವರ ಹಾಗೂ ತಾಯಿ-ಮಕ್ಕಳ ಆರೈಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನಿನ ಮೂವತ್ತು ಪಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ನಾಗಿದೆ. ಏಪ್ರಿಲ್ 1990ರಲ್ಲಿ, ಪೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರಸ್ತುತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಗಂಭೀರ ಅಧ್ಯಯನವನ್ನು ಸಂಸ್ಥೆ ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿತು. ಹೈದರಾಬಾದು, ದಹಲಿ, ಪಾಂಡಿಚೆರಿ, ವಲ್ಲೂರು, ಲೂಧಿಯಾನ, ಲಖ್ನೋ ಮುಂತಾದ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸಿದ್ಧ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜುಗಳನ್ನು ಭೇಟಮಾಡಿ, ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗುವಂತೆ ನಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪುನರ್‌ನಿರೂಪಿಸುವತ್ತ ಕೋಶವು ಸಮರ್ಥ ರೂಪುರೇಷೆಗಳುಳ್ಳ ವರದಿಯನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿದೆ.

ಕೋಶದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಪಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ, ನಗರದ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ಕಲಸಮಾಡುತ್ತಾ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂದೇಶವನ್ನು ಪರಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಬಂತಾಮಣಿ, ಶ್ರೀನಿವಾಸಪುರ, ಜಗಳೂರು ಮುಂತಾದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲದೇ, ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಹಲವು ಮೂಲೆಗಳಲ್ಲಿ, ಇವರ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕತೆ ರೂಪು ತಳೆಯುತ್ತಿದೆ. ವಿವಿಧ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲೂ ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ ಯ ಕಲಸಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಧರ್ಮಪ್ಪನಯ "ಮೈರಾಡಾ"ದ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ತರಬೇತಿ ನಡೆದಿದೆ; ಧರ್ಮಾರಾಂ ಕಾಲೇಜಿನ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತಿ ನಡೆದಿದೆ. ಜ್ಯೋತಿಸದನದಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವು ಕೋಶದ ತರಬೇತಿದಾರರಿಂದಲೇ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ವಿವೇಕನಗರ ಹಾಗೂ ಮಾರುತಿ ಸೇವಾ ನಗರದ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ, ದೀರ್ಘಾವಧಿಯ ಕಲಸಗಳು ಸಾಗಿವೆ.

ನಮ್ಮ ನೆರ ದೇಶವಾದ ಬಾಂಗ್ಲಾದೇಶದಲ್ಲಿ, ನೆರಹಾವಳಿಯಿಂದ ಸಾವು-ನೋವುಗಳು ಸಂಭವಿಸಿದಾಗ ಅಲ್ಲಿನ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಗಳೊಂದಿಗೆ ಸೇರಿ, ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಯ ಸದಸ್ಯರು ತ್ರಸ್ತ ಜನತೆಗೆ ಸಾಂತ್ವನ ನೀಡಿದರು. ಉತ್ತರ ಕಾಶಿ ಹಾಗೂ ಲಾತೂರುಗಳಲ್ಲಿ,

ಹಣ

ಮಗ: ಅಪ್ಪಾ... ಈಗ ನೀವೊಂದು ತಪ್ಪು ಮಾಡಿದ್ರೀರಾ ಅಂತ ಅಂದುಕೊಳ್ಳಿ. ಅದನ್ನು ನೀವು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಶಿಕ್ಷೆ ಇರುವುದೇ ಇಲ್ಲ ಅಲ್ಲವೇ?

ತಂದೆ: ಹೌದು. ತಪ್ಪನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡರೆ, ಕ್ಷಮೆ ಖಂಡಿತಾ ಇದೆ. ನೀನ್ಯಾಕೆ ಇದನ್ನು ಕೇಳ್ತಾ ಇದ್ದೀಯಾ?!

ಮಗ: ನಿನ್ನ ಕ್ಯಾಮರಾನ ಮೇಲಿಂದ ಬೀಳಿಸಿ ಒಡೆದು ಹಾಕಿಬಿಟ್ಟೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಅಪ್ಪೇ...

ಉಪಾಯ

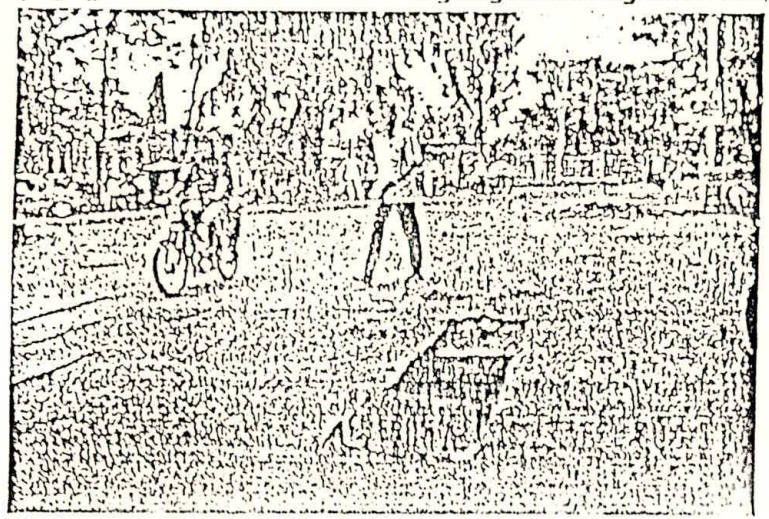
ಪ್ರಸಿದ್ಧ ತತ್ವಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞ ಅರಿಸ್ಟಾಟಲ್ ಬಹಳ ನಿದ್ರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಾರಣ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದು ಕಠಿಣವೆನಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಇದರ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಉಪಾಯವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿದ ಒಂದು ಕೈಯಲ್ಲಿ, ತಟ್ಟೆ ಇನ್ನೊಂದು ಕೈಯಲ್ಲಿ, ಚಮಚ ಹಿಡಿದಿರುತ್ತಿದ್ದ. ಓದುವಾಗ ನಿದ್ದೆ ಬಂದು ಜೋಲಿ ಹೋದರೆ ತಕ್ಷಣ ತಟ್ಟೆ ಬಿದ್ದು, ಸಪ್ಪಳವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಆಗ ಅರಿಸ್ಟಾಟಲ್‌ರಿಗೆ ಎಚ್ಚರವಾಗುತ್ತಿತ್ತು!

ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕೇವಲ ಹನ್ನೆರಡೇ ಜನರಿರುವ ಈ ಸಣ್ಣ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ, ಡಾಕ್ಟರ್‌ಗಳು, ಸಂಶೋಧಕರು ಹಾಗೂ ಸ್ವಯಂಸೇವಕರು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಡಾ. ಶರಡೀ ಪ್ರಸಾದ್ ತೇಕೂರ್‌ರವರು ಕೋಶದ ಕ್ರಿಯಾ-ಕಲಾಪಗಳ ಸಮನ್ವಯಕರಾಗಿದ್ದಾರೆ.

"ಮನೆ ಮಾಲೀಕರಲ್ಲಿ, ಹಸುಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುತ್ತಿದ್ದರು," ಜಕ್ಕಸಂದ್ರದ ತಮ್ಮ ನಿವೇಶನಕ್ಕೆ ನಾನು ಹೋದಾಗ ಪ್ರಸಾದ್ ಹೇಳಿದರು. ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಸದ್ದು-ಗದ್ದಲಗಳಿಂದ ದೂರವಾಗಿರುವ ಕೋಶದ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರ, ನಾಲ್ಕು ರೂಮುಗಳ ಸರಳ ಕಟ್ಟಡ. ಅಲ್ಲೊಂದು ಕಛೇರಿ, ಕಂಪ್ಯೂಟರ್, ಹಾಗೂ ಅಚ್ಚುಕಟ್ಟಾದ ಲೈಬ್ರರಿ. ಡಾ. ಪ್ರಸಾದ್ ಅವರ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ, ಕೋಶದ ಸದಸ್ಯರು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಅರಿವನ್ನು ಹರಡಲು ಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಹಸುಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುವಲ್ಲಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ಶಾಸ್ತ್ರದ ಬಗ್ಗೆ ಸಂಶೋಧನೆ ನಡೆದಿದೆ; ಸ್ವಯಂಸೇವಕರ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಾಗಿದೆ. ಇನ್ನಿರುವ ಉತ್ಸಾಹಗಳಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರಸ್ತುತತೆಯನ್ನು ತರಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

"ನಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಏನನ್ನು ಪ್ರಸ್ತುತ ಎಂದು ಕೇಳಬೇಕಾಗಿ ಬಂದಿದೆ" ಪ್ರಸಾದ್ ವಿವರಿಸುತ್ತಾ ಹೋದರು. ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಚಿಂತನೆಯ ಮೇಲೆ ರಚಿತವಾದ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಪದ್ಧತಿಯು ನಮ್ಮನ್ನು ಒಳಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ, ಸೋಲುತ್ತದೆ. ತನ್ನ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಮುಗಿಸಿದೊಡನೆ ವೈದ್ಯನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರಿಂದ ದೂರವಾಗಿ, ದಂತಗೋಪುರದಲ್ಲಿ, ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ನಮ್ಮ ಗಂಭೀರ ಚರ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ, ದಿನ-ದಿನವೂ ನಮ್ಮನ್ನು ಕಾಡುವ ಮಲಬದ್ಧತೆ, ದೃಷ್ಟಿಮಾಂದ್ಯತೆ ಹಾಗೂ ಡಯೋರಿಯಾದಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಿಂತ 'ಏಡ್ಸ್' ನಂತಹ ಅಪರೂಪದ ರೋಗಗಳೇ ಮರುಕಳಿಸುತ್ತವೆ. ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರ ತೋರಿಸುವ ಬದಲು, ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಮೂಲ ಧನವನ್ನು ದೋಚಿ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಲು, ದುಬಾರಿ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಳ್ಳಲು ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಸುತ್ತವೆ.

"ಪಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ, ಶೇಕಡಾ ಎಂಬತ್ತರಷ್ಟು ರೋಗಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರೇ ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲೂ ಸಿಗುವ ಒತ್ತಲಗಿಡಗಳ ಔಷಧಗಳಿಂದ



ಕತ್ತೆಯಲ್ಲಿ ಮುಂದಮುಂಗ್ಕ ಚಚ್ಚಿದ ಕಲ್ಲು, ಮುಕ್ಕುಕೂಡ

ವಿದ್ಯಾವಿಹೀನರಾದ ದುರ್ಬಲರ ಮೇಲೆ ಬಹು ಭಾರತದಲ್ಲೀಗ 45,000 ವಿವಿಧ ಸೂತ್ರಗಳು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಔಷಧಿ ಕಂಪನಿಗಳು ತಮ್ಮ ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಔಷಧಿಗಳು ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ, ಶೇಕಡಾ ಔಷಧಿಗಳ ಸುರಿಮಳೆಯನ್ನೇ ಕರೆದಿವೆ. ಅಧಿಕೃತ ಇಪ್ಪತ್ತರಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳು ಅನಾವಶ್ಯಕವಾದ,

> ಕ್ಲೊರಾಡೊಲೋನ್ಸ್ ಎಂಬ ವರ್ಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಔಷಧಿಗಳಲ್ಲಿ, ಅನಾಲ್‌ಜಿನ್ ಬರುತ್ತದೆ. ಜ್ವರದ ತಾಪಮಾನ ತಗ್ಗಿಸಲು ಅನಾಲ್‌ಜಿನ್‌ನ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತದೆ. 1922ರಲ್ಲಿ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಬಂದ ಈ ಔಷಧಿಯು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸಾಧಾರಣವಾಗಿ ಎಲ್ಲೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಅನಾಲ್‌ಜಿನ್‌ನ ಬಳಕೆಯಿಂದ ನಮ್ಮ ರಕ್ತದ ಬಿಳಿಯ ಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆಂದು ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಅನಾಲ್‌ಜಿನ್‌ನ ಸಣ್ಣ ಡೋಸ್‌ಗಳಿಂದ ಕೂಡಾ ಅಲರ್ಜಿಕ್ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಗಂಟಲುಕರೆತ, ಜ್ವರದ ಕಾಲ್ಬಿಣ ಹಾಗೂ ಕಲವೊಮ್ಮೆ ಹಠಾತ್ ಮರಣ ಕೂಡಾ ಇದರಿಂದ ಸಂಭವಿಸಬಹುದು. ಹಾಗಿದ್ದೇ ಅನಾಲ್‌ಜಿನ್ ಅನ್ನು ವಿಶ್ವದ ಹಲವು ರಾಷ್ಟ್ರಗಳು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿವೆ.
>
> ಭಾರತವು 1983ರಲ್ಲಿ ಕಮಿಡೋಪೈರಿನ್ ಸರಣಿಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿತಾದರೂ, ಅನಾಲ್‌ಜಿನ್ ಇನ್ನೂ ನಮ್ಮ ನಡುವೆ ಉಳಿದಿದೆ. ಇದನ್ನು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಔಷಧಿಗಳ ಪಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿಸಬೇಕೆಂದು ಡ್ರಗ್ ಅಕ್ಷನ್ ಫೋರಂ ಒತ್ತಾಯಿಸಿದೆ. ಈ ಬಗ್ಗೆ ಉಚ್ಚತಮ ನ್ಯಾಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದು ತೀರ್ಮಾನ ಸದ್ಯದೇ ಹೊರಬರಲಿದೆ.
>
> ನಾವು ತಿಳಿಯದ, ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಮಾರಕವಾದ ಇನ್ನೆಷ್ಟು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಾವು ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದೇವೆಯೋ!

ಹೊಂದಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ತಿರಸ್ಕೃತವಾಗಿರುವ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಮಾರಾಟಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ನಮ್ಮ ಗ್ರಾಹಕರು ಸರ್ವಜ್ಞರೇನಲ್ಲ; ನಮ್ಮ ಔಷಧೀ ನಿಯಂತ್ರಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಪ್ರಬಲವಾಗಿಲ್ಲ; ಗ್ರಾಮೀಣ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯರುಗಳಿಗೆ ಚಾಗತಿಕ ಔಷಧಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಆಗುತ್ತಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ತಲಪುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಹಿಚ್ಚು ಪ್ರಬುದ್ಧತೆಯಿಲ್ಲದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇಲ್ಸ್‌ಮನ್‌ಗಳು ಮಾರುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಮ್ಮ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾದ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಗುರುತುಹಚ್ಚಿ ಕಟುವಾಗಿ ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಔಷಧ ನೀತಿಯನ್ನೂ ರೂಪುಗೊಂಡಿಲ್ಲ. ಬಳಕೆದಾರರ ಸಂರಕ್ಷಣಾ ಕಾಯಿದೆಯನ್ನು ಈ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ.

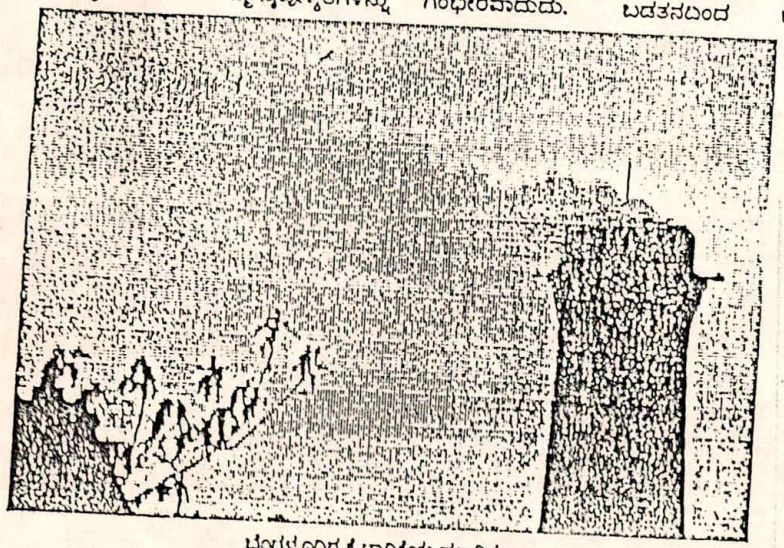
ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ (WHO)ಯ ಪ್ರಕಾರ, ಕೇವಲ 200 ಔಷಧೀ ಸೂತ್ರಗಳು ನಮ್ಮ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಪರಿಹಾರ ನೀಡಲು ಸಾಕು. ಆದರೆ, ನಿಷ್ಕಪಟ ಸರಕುಗಳು. ಇವುಗಳೇ ಅನೇಕ ಅಪಾಯಕಾರೀ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಮ್ಮಲ್ಲಿ, ತಿರಸ್ಕೃತ ಹಾಗೂ ದುಬಾರೀ ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ನಾವು ಹಣ ತೆರುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಅನಾಲಾಜಿನ್ ವಿಶ್ವದಲ್ಲೆಲ್ಲ ಅಮಾನ್ಯಗೊಂಡಿದ್ದರೂ, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಾರಾಟವಾಗುತ್ತಿದೆ (ಬಾಕ್ಸ್ ನೋಡಿ). ಕರ್ನಾಟಕದ ಡ್ರಗ್ ಅಕ್ಷನ್ ಫೋರಂನೊಡನೆ ಸಹಯೋಗದಿಂದ ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿಯು ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಔಷಧಿ ಸಂಹಿತೆಯನ್ನು ರೂಪಿಸುತ್ತಿದೆ.

ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಮಹತ್ತರ ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುವ ಡಾ. ಗೋಪಾಲನ್, "ಪ್ರಸ್ತುತ ನಾವು ಗಮನಿಸಲೇ ಬೇಕಾದ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಪದವಿಯಸ್ಸಿನ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು. ಅವರು ಜನ್ಮದಾರಭ್ಯ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗಿ, ಅಬಲೆಯರಾಗಿಯೇ ಬೆಳೆಯುತ್ತಾರೆ. ನಮ್ಮ ಸಮಾಜವು ಹೆಣ್ಣುಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ ಮಾತ್ರ ನೀಡಿ ಸುಮ್ಮನಾಗುತ್ತದೆ. ಶಾಲೆಯಿಂದ ಹೊರಬಂದ ಈ ಹುಡುಗಿಯರು, ೮೫ ಸುಮಾರು ಪ್ರಾಯದಲ್ಲಿ, ಮದುವೆಯಾಗಿ ಸಂಸಾರದ ಹೊಸ ಹೊರುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ

ಸಂಭವಿಸಿದ ಭೂಕಂಪಗಳಿಂದಾಗಿ ನೊಂದವರನ್ನು ಉಪಚರಿಸಲೆಂದು ಕೋಶದ ಸದಸ್ಯರು ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಉತ್ಸಾಹೀ ತರುಣರ ಸಂಘಟನೆಯನ್ನೇ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿಕೊಟ್ಟರು. ಅಹ್ಮದಾಬಾದಿನಲ್ಲಿ ಕೈಗೊಂಡಾಗ, ಈ ಕಾರ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ವಿಶೇಷವಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ನಗರದ ಎಲ್ಲೆಡೆಯಲ್ಲೂ ಹರಡುವಲ್ಲಿ ಕೋಶವು ಸಫಲವಾಯಿತು. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರಭೃತಿಯನ್ನು ಪರಿಚಯಿಸುವಲ್ಲಿ, ವಿವಿಧ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಪಾಲುಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯು ಅನಿವಾರ್ಯ. ಸಮಾಜದ ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ, ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗಿರುವ ಹಲವು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಡನೆ ಸಹಯೋಗವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶವು ತನ್ನ ಸಂದೇಶವನ್ನು ಜನಜನಿತಗೊಳಿಸುತ್ತಿದೆ. ಕುತೂಹಲಕರವಾದ ಅಂಶವೆಂದರೆ ವಿವಿಧ ಉದ್ದೇಶಗಳುಳ್ಳ ಸಂಘ-ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಜಾಲವಾಗಿ ಗುರುತಿಸುತ್ತಿರುವುದು. ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶವು ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಸೇವೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲ ಸಂಘ-ಸಂಸ್ಥೆಗಳೂ ಗುರುತಿಸಿ ಕೋಶದ ಸದಸ್ಯರ ನೆರವಿನಿಂದ ತಮ್ಮ ನೈಪುಣ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿವೆ. 1988ರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆಂದೇ ವಿಶೇಷವಾದ ಹೊಸ "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಒಕ್ಕೂಟ"ವು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ. ನಿಯತ ಕಾಲಿಕ ಸಭೆಗಳು, ಚರ್ಚೆಗಳು ತರಬೇತಿ ಶಿಬಿರಗಳು ಹಾಗೂ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಗೋಷ್ಠಿಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧೀ ನೈಪುಣ್ಯತೆಗಳ ಕೊಡು-ಕೊಳ್ಳುವಿಕೆ ನಡೆದಿದೆ. ಜನವರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯಲ್ಲಿ, ಇದೊಂದು ಗುರುತರ ಸಾಧನೆ.

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ, ಕೂಡಾ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಗಳು ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿವೆ. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶವಂತೂ ಕರ್ನಾಟಕದ ಭಾವೀ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ರಚಿಸುವಲ್ಲಿ, ಸರಕಾರಕ್ಕೆ ನೆರವು ನೀಡಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಸೆಂಬ್ಲಿ ಚುನಾವಣೆಯಲ್ಲಿ, ಜನತೆಯ ಮುಂದಿರುವ ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧೀ ಕಾಳಜಿಗಳನ್ನು ಮತದಾರರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರಜಾಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಮನವರಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಸಾಗಿದೆ.

ಮೂರನೆಯ ಜಗತ್ತಿನ ಪ್ರಜೆಗಳನ್ನು ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ, ಅಪಾಯಕಾರೀ ಔಷಧಿಗಳ ಸಮಸ್ಯೆಯು ಗಂಭೀರವಾದುದು. ಬಡತನದಿಂದ ಕುಗ್ಗಿದ



ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಕೈಗಾರಿಕೆಯ ದೃಶ್ಯ

ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ದುರ್ಲಕ್ಷಿಸುವುದೆಂದರೆ, ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಯನ್ನು ದುರ್ಲಕ್ಷಿಸಿದಂತೆಯೇ" ಎಂದಿದ್ದಾರೆ.

ನಮ್ಮ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಶೇಕಡಾ ಹತ್ತು ಹನ್ನೊಂದರಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳು. ಅವರ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸಮಾಜದ ಪ್ರಮುಖ ಕರ್ತವ್ಯ. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶವು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ, ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿದೆ. ಮಹಿಳಾ ಸಂಘ-ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೂಲಕ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರುತ್ತಿದೆ.

ಬಹುಗ್ರಾಮೀಣ ಸ್ತರದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದೆಂದರೆ, ನಮ್ಮ ಜ್ಞಾನದ ಪರಿಧಿಯನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಂಡಂತೆ' ಅನ್ನುತ್ತಾರೆ ಡಾ. ಪ್ರಸಾದ್. ಆಲೋಚನೆಯೊಂದೇ ಎಲ್ಲ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ವಿಶೇಷ ಸಮಾಧಾನವಲ್ಲ. ಆಯುರ್ವೇದ, ಹೋಮಿಯೋಪತಿ, ಯುನಾನಿ, ಯೋಗ ಸಿದ್ಧ ಹಾಗೂ ಬದೇಬನ್ ವೈದ್ಯತಗಳೂ ತಮ್ಮ ಶ್ರೀಮಂತ ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಗೆ ನೀಡಿವೆ. ಇವೆಲ್ಲದೇ ಜನಜೀವನದ ಸಹಜಗತಿಯು ತನ್ನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಸಮಾಧಾನಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಭಾರತವು ಬಹುಮುಖೀ ಸಂಸ್ಕೃತಿಗಳ ಒಕ್ಕೂಟ; ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ಉತ್ತರಗಳಿವೆಯೆಂದು ನಂಬುವ ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಜನಸಮೂಹ ನಮ್ಮದು. ಹಾಗಿದೆ, ಬಹುಮುಖೀ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ನೀಡಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಸಿ. ಎಚ್.ಸಿ.ಯ ವಾಚನಾಲಯದಲ್ಲಿ, ಪರ್ಯಾಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಾಸ್ತ್ರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಉತ್ತಮ ಸಂಗ್ರಹವಿದೆ. ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆಯಿಂದ ಕಲಿತ ಪರಂಪರಾಗತ ನಾಟು-ಬೇರುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಂರಕ್ಷಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ನಡೆದಿದೆ. "ಜನಸಾಮ್ಯ" ಎಂಬ ಸಂಸ್ಥೆಯ ನರವಿನೊಂದಿಗೆ, ಔಷಧಿ ಗಿಡಗಳ ಉದ್ಯಾನವನಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸುವ ಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸುವಾಗ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಜ್ಞಾನವು ಅಗ್ನಿಪರೀಕ್ಷೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲವೇ? ವಥಾಲಜಿ, ಯುರೋಲಜಿ, ಸೈಕೋಪ್ಲೋನಿರ್ಯಾದಂತಹ ಶಬ್ದಾರಣ್ಯದಿಂದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರು ಬರಗಾರುವುದಿಲ್ಲವೇ? "ನಮ್ಮ ಜನಸಂಪರ್ಕದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಜಾರ್ಗನ್‌ಗಳನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ದೂರವಿಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತೇವೆ. ಸರಳವಾದ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ, ತಿಳಿಹೇಳುವುದು ಕಷ್ಟಕರವಾದ ಕೆಲಸವೇನಲ್ಲ" ಅನ್ನುತ್ತಾರೆ ಡಾ. ಪ್ರಸಾದ್. ಆದರೆ,

(ಪುಟ ೧೦೦ರಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ)

ಕ್ಯಾಥೊಲಿಕ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಅಸೋಸಿಯೇಷನ್ ಆಫ್ ಇಂಡಿಯಾ (CHAI) ಒಂದು ಬೃಹತ್ ಸಂಸ್ಥೆ. 1993ರಲ್ಲಿ ಅದು ತನ್ನ ಅಸ್ತಿತ್ವದ ಸುವರ್ಣಮಹೋತ್ಸವವನ್ನು ಆಚರಿಸಿತು. ದೇಶದಾದ್ಯಂತ 2,200 ವಿವಿಧ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಇದು ನಡೆಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯ 50 ವರ್ಷಗಳ ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ. ಮಾಡಿದೆ.

ಸುಮಾರು 455 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಭೇಟಿಯಾಗಿ ಕೋಶದ ಸದಸ್ಯರು ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದರು. 1817 ಇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಗಳ ಮುಖಾಂತರ ವಿಶದವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಲಾಯಿತು. ಹೀಗೆ ದೊರೆತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿ, ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಮಗ್ರ ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ವೈಫಲ್ಯಗಳನ್ನು ತೂಗಿ ನೋಡಲಾಯಿತು.

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸುವರ್ಣ ಮಹೋತ್ಸವದ ನಿಮಿತ್ತ ಅದರ ಜೀವಂತ ಕೃಷಿಗಳ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಸಿದ್ಧವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ CHAIಯು ತನ್ನ ಮುಂದಿನ ವರ್ಷಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ರೂಪುರೇಷೆಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ.

ನಮ್ಮಲ್ಲಿನ ಬೃಹತ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲನ್ನು ಇಂತಹ ಮಹತ್ತಿನ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡಿಸಿದಾಗ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

(೧೯ನೇ ಪುಟದಿಂದ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ)

ಕಲಿಸುವುದು. ಜಾರ್ಗನ್‌ಗಳಿಂದ ಜ್ಞಾನಪ್ರಸಾರ ಸುಲಭವಾಗುವುದೂ ಇದೆ. "ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ಆಕ್ಯುಪ್ರೆಸರ್ ಎಂಬ ಶಬ್ದ ಬಳಸದೇ, ಆ ವಿಜ್ಞಾನದ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರ ಹೇಳಿದರೆ, ಜನರಿಗೆ ವಿಶೇಷವನ್ನಿಸದು. 'ಇದು ಬಿಡಿ, ನರ ಹಿಡಿಯುವುದು; ನಮಗೆ ಗೊತ್ತು ಅನ್ನುತ್ತಾರೆ ಅದೇ ಆಕ್ಯುಪ್ರೆಸರ್ ಎಂದು ಹೇಳಿ ವಿವರಿಸಿದಾಗ ಇದನ್ನೋ ಹೊಸದು ಎಂದು ತಿರುಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಕಾತರತೆ ತೋರುತ್ತಾರೆ!"

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶದ ಪ್ರಕಾರ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ, ನಾವು ಸೋಲಲು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ ನಮ್ಮ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ. ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಾವು ನೋಡುತ್ತಿರುವ ಸ್ಥೀರೃತ ಚೌಕಟ್ಟು, ಕಾಯಿಲೆಗೆ, ಔಷಧಿಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಡಾ. ರವಿ ನಾರಾಯಣ್ ಹೇಳುವಂತೆ, "ಈ ಸ್ಥೀರೃತ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮೂಲಭೂತ ಬದಲಾವಣೆ ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಔಷಧಿಯನ್ನು ಕೊಡುವ, ರೋಗಗಳನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವ ಅತಿ ಸಂಕುಚಿತ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪ್ರವರ್ಧಿಸುವ ಸಮುದಾಯ ಕೇಂದ್ರಿತ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಕ್ಕೆ ಒಡಮೂಡ ಬೇಕಾಗಿದೆ." 1975ರಷ್ಟು ಹಿಂದಯೇ ಕೇಂದ್ರ ಸರಕಾರದ ವಿಶೇಷ ಆಯೋಗವೊಂದು ಹೀಗೆ ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ, "ಪ್ರಸ್ತುತ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಕೂಡಲೇ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿ, ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ನಮ್ಮ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಂಸರಕ್ಕೆ ಒಗ್ಗುವ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವತ್ತ ಸ್ಪಷ್ಟ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳ ಬೇಕಾಗಿದೆ." ಆದರೆ, ಸರಕಾರ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ದೇಶದ ಸಾಮಾಜಿಕ ನಾಯಕತ್ವಗಳು ಇನ್ನೂ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನ ಹರಿಸಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಕಾಳಜಿಯು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ್ಕೇ ಸೀಮಿತವಾಗಿ, ವ್ಯಕ್ತಿ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜಗಳ ಸಮಗ್ರ ಪಾಲ್ಗೊ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಸಂಘರ್ಷದಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ನಮಗಿನ್ನೂ ಬಂದಿಲ್ಲ.

ಸಮಸ್ಯೆಯ ಸರಳೀಕರಣವು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಯನ್ನು ಬದಿಗಿರಿಸಿ, ಕಾಯಿಲೆಗಳ ರಾಜಕೀಯ ದಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕ್ಕೆ ಅವನು ಒಳಗಾಗಬೇಕಾದ ವಿವಿಧ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಹತ್ವ ಕಳ್ಕಾಗುತ್ತವೆ. ರೋಗ ಗುಣವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಅದಕ್ಕೆ ಯೋಗ್ಯವಾದ ಪರಸರವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ಸಮಯ ವ್ಯಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೋದಾಗ, ಡಾಕ್ಟರ್ ರೋಗಿಯನ್ನು ಒಂದು ಕುತೂಹಲಪೂರ್ಣ ರೋಗಕ್ಕೆ ಆಂಟದ ಅನಿವಾರ್ಯ ಅಂಗದಂತೆ ವರ್ತಿಸುವ್ಯಾನೆ! ನಮ್ಮ ಪರಿಸರ ಸ್ಥೀರೃತ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ವೈಫಲ್ಯಗಳನ್ನು ಮೀರಿ, ಸಮುದಾಯ ಕೇಂದ್ರಿತ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದತ್ತ ಸಾಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಸದಸ್ಯರು ಪ್ರಸ್ತುತ ಪಡಿಸುತ್ತಿರುವಂತೆ ದೃಷ್ಟಿಕೋನದಲ್ಲಿ, ಈ ಕೆಳಗೆ ಕಾಣಿಸಿದ ಬದಲಾವಣೆ ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ:

ಇದು ಸಿ.ಎಚ್.ಸಿ.ಯು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿರುವ ಧ್ಯೇಯದ ಸಾರಾಂಶ. ಉತ್ಸಾಹದ ಚಿಲುಮೆಗಳಾದ ಸಮುದಾಯ ಕೋಶದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಕಂಡಾಗ ಅವರ ಕನಸು ನನಸಾದೀತೆಂಬ ಭರವಸೆ ಒಡಮೂಡುತ್ತದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಾರಟ್ಟಿನಿಂದ	ಸಾಮಾಜಿಕ ಚಾರಟ್ಟಿಗೆ
ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ	ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ
ರೋಗಿಯಿಂದ	ಮನುಷ್ಯನಿಗೆ
ರೋಗದಿಂದ	ಇತ್ಯಾತ್ಮಕ ಬದುಕಿಗೆ
ನಿರುಪಯೋಗಿಯಿಂದ	ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ
ಔಷಧಿ	ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳಿಂದ, ಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರವಿಧಿಗಳಿಗೆ
ನೈಪುಣ್ಯತೆಯ ಕೇಂದ್ರೀಕರಣದಿಂದ	ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಪ್ರಸಾರಕ್ಕೆ
ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ	ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ಸಮುದಾಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಆಂಗವಾಗಿ
ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಗಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲಿ	ಬೆಳೆಯುವುದರತ್ತ
	ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ತಿರುಗಿಸುತ್ತಾ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ
	ಸಾಧಿಸುವುದರತ್ತ

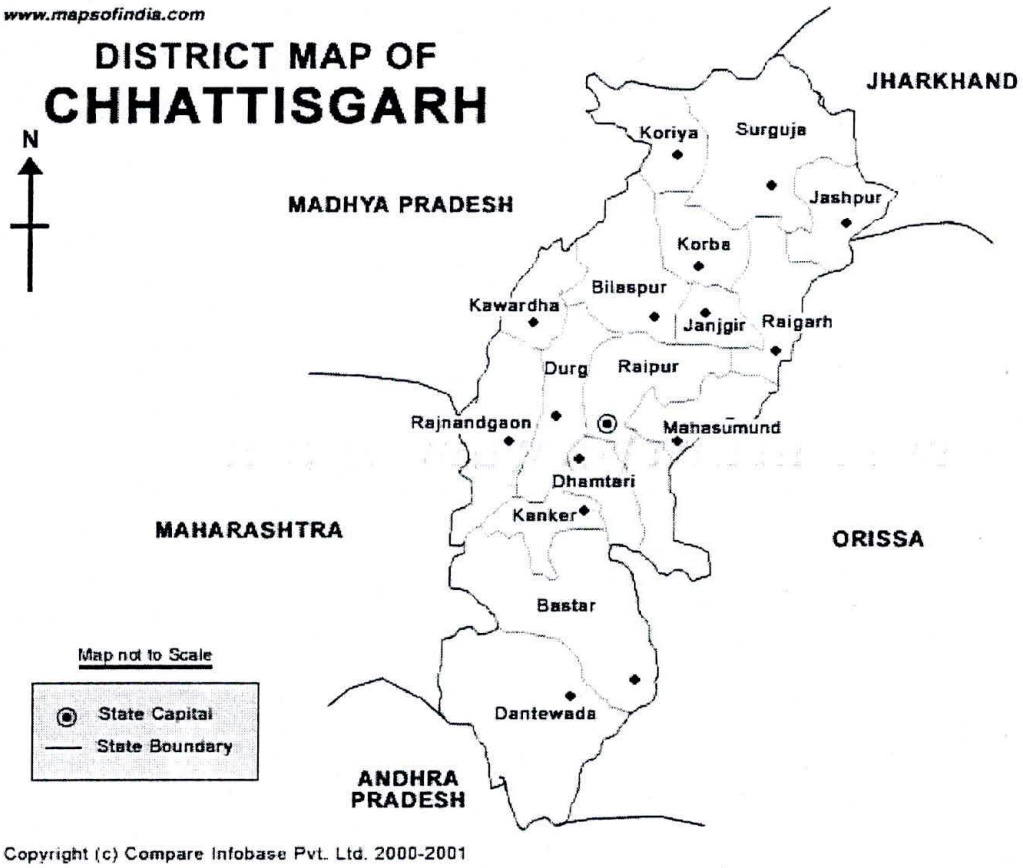
ComH-11.

The Mitanin Programme- the context, rationale and policy perspective.

Dr Alok Shukla,
Secretary,Government of Chhattsigarh,
Department of health and family welfare

The context:

Chhattisgarh is a new State carved out of Madhya Pradesh on 1st November 2000. It is the 9th largest State in the country. It has a population of a little over 2 crores. Chhattisgarh has 16 districts, 96 tehsils, 146 blocks, and approximately 9,129 village Panchayats. It has about 19,720 villages, and 54,000 habitations. The State has 9 Municipal Corporations, and 66 other Municipal bodies.



Chhattisgarh has relatively poor health infrastructure. It has only 9 District Hospitals. Only 114 Blocks out of 146 have Community Health Centers. It has 786 Sectors and 3878 Sections. Large number of posts of doctors, and paramedical personnel are vacant. Many PHCs in the remote tribal areas do not have doctors.

Chhattisgarh has approximately 34% Scheduled Tribe population, 12% Scheduled Caste population, and more than 50% Other Backward Classes. People are relatively poor. The State is rich in natural resources. It has large reserves of coal, and iron ore. It also has a lot of lime stone and Bauxite. Recently Diamond has been found in Chhattisgarh. Chhattisgarh has approximately 40% forest cover. The Literacy levels of Chhattisgarh are quite high. Health Statistics are on the other hand, still poor. Some important figures from the 2001 Census are given below: -

Indicator	India	Chhattisgarh
Population	102.70	2.07
Decadal Growth Rate	21.34	18.06
Sex Ratio	933	990
Literacy Rate	65.38	65.18
Female Literacy Rate	54.16	52.40

Some other important Health Indicators are given below: -

INDICATOR	INDIA	CHHATTISGARH
Population	98.13	2.06
HDI	45	39
Sex Ratio (1991)	927	985
Crude Birth Rate (SRS 2003)	25.4	26.3
Crude Death Rate (SRS 2003)	8.4	8.8
Total Fertility Rate (1997)	3.3	3.6
IMR (SRS 2003)	66	76
Couple Protection Rate by Sterilization %)	30.2	29.5
Adult Literacy Rate (age 15-34)		
Total	56.86	46.62
Male	69.56	64.13
Female	43.48	29.14
Scheduled Caste Population (%) 1991	16.73	12.2
Scheduled Tribe Population (%) 1991	7.95	32.46
Urban Population (%)1991	25.7	17.4
Percentage of Married Women in 15-19 age group (1991)	35.3	41.89
Proportion of Women in Work Force (1991)	22.3	40.99
Proportion of Farm Labor in work force (1991)	26.1	23.06
Houses with Electrification (%) 1991	42.4	31.67
Houses with Safe Drinking Water (%) 1991	62.3	51.1
Villages connected with mettle roads (%) 1991	36.96	20.84

Though we have progressed a lot in the field of health, yet we still have a long way to go. Diseases like diarrhoea, malaria, leprosy, and tuberculosis still present a major health problem in the State. Measles still causes death of children in the State. Our Infant Mortality Rate is 76, which is very high in comparison to the developed States of the country. Many women still die during pregnancy, and labor for want or proper care. Anaemia, and malnutrition are present in the State on a large scale.

The system of Public Health, which has developed in the last few decades, has been constrained by an increasing distance between the people, and the health services. Underlying this is the increasing complexity of the health system itself. The result of this is that people are not able to benefit fully from these public health services. On the other hand after being educated in the ultra-modern, mechanized, and urban environment, doctors are not interested in working in rural areas. As a result of this today there is a great shortage of trained doctors, and health workers in rural areas. On the other hand incompletely educated quacks are taking advantage of the public in these areas. On the one hand the Health Department feels that people do not take advantage of the services offered by the Government and on the other hand people feel that Government is not able to provide even basic health care services to them. The reality lies somewhere in between, and there is gap both on the supply side as well as on the demand side. Present policies have instead of empowering people, increased their dependence on the Government machinery. Our present system is wholly hospital based. In this system, treatment of diseases has got precedence over prevention of diseases, and programmes of improvement of Public Health. We must remember that all our policies should be made keeping communities in focus, as empowerment of people is out ultimate goal.

Health infrastructure is very limited in Chhattisgarh. 10 of our 16 districts do not still have a functioning district hospital though government sanctions for converting them to a district hospital have now been accorded to all of them. There are 146 blocks in the State, yet there are only 114 Community Health Centers. Most hospitals do not have modern equipments. There are only two medical colleges in the State. Even the hospitals of these medical colleges do not have adequate modern equipment. Health department gets a very limited amount of money for medicines. Because our programmes are not focused on the community, the poor do not get the desired benefit of even these limited resources. Though programmes are made to benefit the people living below the poverty line, in reality it is only the middle classes who are able to take advantage of them. The real poor often times are not able to access government health facilities, and lose both money and health at the hands of quacks.

Being a new State we have no infrastructure in many fields. There is no drug-testing laboratory in Chhattisgarh. Medicines can therefore not be tested in the State. Similarly there is no facility to test food adulteration in the State. There is no institute to train health workers in the State. A good system to collect health statistics also does not exist in the State. A good Information, Education, and Communication machinery is need to ensure community participation in health. It is simply lacking in the State.

Needs of Primary Health

At present Health Services are focused on cure of diseases. Enough attention is not paid to promotion of health, and prevention of diseases. Though a big system of Primary Health, having Sub Health Centers, Primary Health Centers, and Community Health Centers, has been created, during the last few years, yet this system is not able to work according to expectations. It is necessary to improve this system. The following needs to be done for this: -

1. Make a system of Public Health based on the community, in which people should be able to solve their day-to-day health problems themselves with the help of local doctors. The help of many Non-government organizations existing in the state and the Private Sector should be taken for this.
2. In order to empower communities for Public Health it is necessary to develop an understanding of Public Health among the social workers, and communities, and develop capacity to solve ordinary health problems at local level. Training of voluntary workers, and people working in social sectors will have to be organized for this. This will have to be done on a large scale, and the efforts of voluntary workers will have to be integrated with governmental efforts.
3. A good referral system will have to be developed for such decentralization of Health services, so that people know clearly where they have to go for solution of problems, which they cannot solve at local levels.
4. Full assistance of Local Government institutions should be taken for the decentralization of Health Services. There is a very developed and capable system of Panchayati Raj institutions and Urban Local Bodies in Chhattisgarh. These institutions have been given full responsibility for Public Health by law. It is necessary that these institutions are trained to make their full use in the health sector, and adequate powers are delegated to them.
5. While planning for expansion of health services it is necessary to keep in mind the rights of the disadvantages classes. Many studies have shown that the poor are not able to take advantage of the schemes, which the government has made for the poor. Therefore we must ensure during the planning process itself that the benefits of the scheme go to the target group. New strategies, making use of the private sector will have to be examined for this.
6. Our programmes should help innovations, and provide full opportunities to new ideas.
7. Training of people working in the government system will also be necessary, so that they are able to work in partnership with Local Government institutions, Non-government organizations, and Private sector for empowerment of people to benefit the disadvantaged classes.
8. There is a big challenge to bring the doctors of Indian Systems of Medicine, and other systems of Medicine in the mainstream of Public Health. People in villages often times have great faith on these systems of Medicine. These systems of

Medicine have sufficient human resources too. It is necessary to plan for their maximum development, and maximum use in Public Health.

"Mitanin": The Community Health Worker Scheme

It is a generally accepted fact that improvements in Primary Health can be made only through the involvement of communities in the delivery of health services. However different people mean different things when they talk of community participation. Some of these different meanings are described below: -

1. To some persons the meaning of community participation is wholehearted acceptance of Government schemes by the people. They feel Government knows what is best for the people, and therefore makes the policies and programmes, which are best suited for their good. If people do not benefit from such programmes it is their own fault, as they do not participate fully in Government schemes.
2. Some people feel that community participation means demand generation for the services provided by the Government. If this view is accepted it will mean that though all services are readily available to the people, they do not make use of these services, as they do not know what is good for them. Government should therefore launch Information, Education, and Communication (IEC) programmes, so that people understand the importance of using the services. According to this view also the blame rests squarely at the people for not using services.
3. Still other people feel that the community can participate in Government programmes in service delivery as well. These people acknowledge that the service delivery mechanism of the Government may not be foolproof, and therefore people may not have access to services. They thus feel that Community can help the Government in service delivery. The concept of depot holders of simple medicines, and contraceptives is such a concept. Most planners in Government now realize that the outreach of Government staff is limited. They also accept that increase in the numbers of Government employees to increase the outreach to all the habitations is not cost effective. The decision of the Planning Commission of India to freeze the number of Sub-Health-Centers at the 1991 population level is the result of such realization and a very real resource crunch. Still these people do not really accept the ability of communities to plan and work for their own good. They do not believe in the "Empowerment Approach"
4. There is a very small group of people who has faith in the ability and the power o the communities to shape their own destiny. This group of people feels that community participation should mean empowering the community to plan and work for their development. They feel that Government should help the community in making their own village health plan, and implement it. This should however not become an excuse for withdrawal of the Government, but should the lead to a more meaningful partnership between the Government and the Community. "Right to Health" is an inalienable right of the people, and it is the duty of the Government not only to make all the services available to the people, but also empower the communities so that they can demand, and get what is due to them.

We are a firm believer in the Empowerment concept of people's participation and are committed to ensure this the field of Public Health. Government of Chhattisgarh has launched the ***"Mitanin"*** scheme for this purpose. Mitan in Chhattisgarhi means a close friend. Mitanin is a female friend.. In this scheme it is proposed that one woman will be identified in each habitation in villages, and in each lane in cities, to work as the main link person between the Government and the community. This person will be a friend of the community, and will therefore be known as the ***"Mitanin"***.

This scheme involves some guarantees to the community from the Government, and some responsibilities, to be taken by the Community, and Panchayati Raj Institutions. These responsibilities are described below.

1. **Responsibilities of the Community and Panchayat:**

1.1. Publicity of the scheme in the communities.

1.2. Mobilizing the communities for Health.

1.3. Helping the communities to identify one *"Mitanin"* for each habitation.

The *Mitanin* can be any woman living in the habitation acceptable to the community. It is not necessary that she should have formal education, but it will be helpful if she knows how to read and write. She should be willing to devote her time to activities relating to the health of the community.

1.4. Helping the community in deciding a compensation package for the *Mitanin.* The *Mitanin* will be a volunteer, who will not get any honorarium or salary from the Government. However she will need to be compensated for her time and efforts by the community. No uniform compensation package is being suggested in the scheme. The compensation package should be agreed between the community and the *Mitanin.*

Some suggestions for the compensation package are: -

The community may pay the *Mitanin* directly a fixed amount, either in cash or in kind (in the form of grain). This can be monthly or yearly. Payment to be made in kind every year at harvest time.

The Panchayat may decide to pay the *Mitanin* something from their funds.

The community may decide to pay the *MItanin* a certain amount either in cash or kind for services rendered as user fee.

The Panchayat may decide to allocate five acres of land along with a source of irrigation as *"Mitanin land"*. This land will not be transferred in the name of the *Mitanin*, but she or her family will be allowed to cultivate this land and take the usufruct till she is working as the *Mitanin* of the habitation. This is similar in concept to the *"Kotwari land"*

Cash contribution by each family to be paid to the "Mitanin" every week/month/year or cash fee at predetermined rates for services to the individual families.

Any other method of compensation, which the community and the "Mitanin" agree upon.

One should attempt to get the agreement reached between the "Mitanin" and the community of the habitation to be in writing. The scheme recognizes that this is a difficult process and may be possible to initiate only after at least one year of the programme has passed and its utility is visible to the community. If she regularly gets the drug supply and the slides she sends get reported in time and her referrals gets honored, then the community would be much easier to convince for supporting her.

1.5. Provide space in each habitation for health related activities, including immunization, labor, storing of medicines, etc.

2. **Guarantees by the Government:**

If the Community and the Panchayat fulfill their responsibilities, they can make an application to the collector of the district for the Government to fulfill its guarantees, and the Government will then guarantee the following: -

2.1. Government will train the *Mitanin* identified by the community and the Panchayat.

2.2. Government will give refresher training to the *Mitanin* as often as is necessary, and till such time as the *Mitanin* is fully competent to do her job well.

2.3. Government will integrate the *Mitanin* in the Government Health delivery system.

2.4. Government will provide all the free medicines, other materials, and services to the community through the *Mitanin.*

2.5. Government will provide an essential equipment and medicine kit to the *Mitanin* for Maternal and Child Health, Reproductive Health, Family Planning, safe drinking water, sanitation and epidemic control.

There are 54,000 habitations in approximately 20,000 villages, and 10,000 village Panchayats of Chhattisgarh. Ideally, when the scheme is fully implemented, we hope to have a trained *Mitanin* in each of these 54,000 habitations, and also in every lane of the slum areas of the cities. Thus we are aiming at training approximately 60,000 *Mitanins.* It is hoped that these trained *Mitanins* will be the cutting edge of actual delivery of all Primary Health related services to the community. They will work in close coordination with and under the supervision of the ANM. They will be compensated for their services not by the Government but by the community.

In order to implement the scheme the following steps were taken: -

1. Action Aid India was identified as a strategic partner NGO for the scheme, and the State Government entered into an agreement with Action Aid India for this purpose.
2. A dedicated core team of professionals was developed at the State level for the implementation of this scheme. This team is called the State Health Resource Center (SHRC). The personnel for this core team have been drawn from NGOs working in the field of Health from all over the country.
3. Training modules for the *Mitanin* were developed. The modules are in many parts. There is an inception training, which is given to every newly recruited *Mitanin*, and then other training capsules, which are administered at the Primary health center or

training institutions at regular intervals, as the *Mitanin* starts her work. The training module is in Hindi, and has been made keeping in mind that the trainee is a neo-literate. The module has lots of practical exercises, and field work. Difficult concepts should are explained with examples from the local environment. The training has a provision of being run at the pace of the learner, and takes into consideration different learning styles, and different learning capacity of different people. The training module has detailed and clear cut instructions for the trainers. Good quality and appropriate teaching-learning material is being developed.

4. Development of a training package of training of trainers (TOT).
5. Training of trainers.
6. Publicity of the scheme, and training of Panchayati Raj representatives.
7. Community Mobilization.
8. Identification of *Mitanins*. More than 20000 *Mitanins* have already been identified, and have undergone the first phase of training.
9. The continuing training of the *Mitanin* and her integration with the Health Delivery System is an ongoing activity in all the *Mitanin* blocks.
10. Certain activities which are important for the programme include Training of PHC doctors and training of MPW (M) and ANM. These activities should be started soon.

Role of "Mitanin"

"Mitanin" in Chhattisgarhi means a friend. In fact She is much more than a friend. It is an age old tradition in the villages of Chhattisgarh, that people make other people their "Mitan" or "Mitanin". It is customary in the villages of Chhattisgarh for girls to become Mitanin of their close girl friends. This is done ceremoniously. Once the two girls have become Mitanins, they are closer to each other than real sisters. This relationship continues for the rest of their life, even after they are married, and becomes a bond between families The "Mitan" or the "Mitanin" is a friend not only in this life, but even in heaven. The friendship continues even after marriage, and becomes a bond between families. The "Mitans" and "Mitanins" are ready to sacrifice everything for each other. It is this tradition that the scheme seeks to revive. The "Mitanin" therefore is not just a voluntary worker, but will be a friend, philosopher and guide for the community of the habitation. The community of the habitation should have full faith and confidence in the "Mitanin" and they should have a rewarding, friendly relationship, which may also have a sentimental element. In this sense the "Mitanin" will be a true guide to the community of the habitation in all their endeavors. In the field of Public Health the "Mitanin" will have the following functions: -

1. She will give health education to the community of the habitation.
2. She will take on the leadership role in all Public Health activities of the village, and will encourage community service for public health specially in -
    a. Cleanliness of the village.
    b. Ensuring safety of drinking water.
    c. Making a parapet wall on all wells and covering all wells.
    d. Making soak pits and proper drainage system in villages.
    e. Teaching proper drinking water storage practices to the people.

f. Encouraging people to make and use sanitary latrines.
g. Taking care of the health of women and children specially promoting good health practices by -
    i. Teaching good nutrition practices.
    ii. Teaching good breast feeding and weaning practices.
    iii. Taking care of iron and iodine deficiency by propagating the use of iron folic acid pills, and iodized salt.
    iv. Propagating the use of iron and Vitamin A rich foods, and giving supplementary Vitamin A to children.
    v. Ensure regular weighing of children to monitor growth and development.
    vi. Ensure at least 3 Ante natal checkups for all pregnant women.
    vii. Ensure that all deliveries are institutional deliveries.
    viii. Ensure 100% registration of births, death, marriages, and pregnancies.
    ix. Provide consultation on MTP services.
    x. Provide consultation on Family Planning services, and ensure regular supplies of contraceptives.
    xi. Help women in reproductive health.
    xii. Provide counseling to youth on matter related to adolescence, puberty and sexuality, with special reference to STD, and HIV AIDS.
    xiii. Important health education inputs on diseases like Malaria, Leprosy, Tuberculosis, Diarrhoea and Dysentery.
    xiv. Be a link between the Government Health system, and the community for all National Health Programmes.
    xv. Provide Health Education for other important things.

3. She will provide first aid, and over the counter (OTC) drugs for minor ailments.
4. She will be trained in taking care of common illnesses in the village, and will gradually take on the responsibility for treating these diseases in the village. This will be done gradually during the refresher training organized every fortnight in the sector hospitals. The emphasis in these trainings will be on skill development. The "Mitanin" will be allowed to treat diseases only when she has attained the required proficiency levels in both knowledge and skills. She will be examined periodically, and given certificates of proficiency. The important thing in deciding whether she should be allowed to treat a disease is the confidence, which she has in her own ability, and the confidence, which the sector health team has in her ability. A detailed system of examination, and certification will be worked out.
5. She will be given the knowledge to refer all cases beyond her competence to the proper place where they can receive proper health care.
6. **Relationship with the ANM and other Health Staff: -** The ANM and other health staff will look at her as the most important asset in the habitation through which they can reach out to the community. The "Mitanin" will look at the ANM as her chief source of knowledge and strength. The two will not be competitors but will complement each other. Essentially the interrelationship of the "Mitanin"

and the ANM or other sector health staff will be positive fulfilling, rewarding, friendly and supportive.

a. **The ANM will do the following for the "Mitanin" -**
   i. Train the "Mitanin" in the fortnightly refresher training courses.
   ii. Teach skills to her by making her do things under supervision.
   iii. Conduct examinations at frequent intervals for certification.
   iv. Be the main link between the "Mitanin" and the health system.
   v. Provide support to her in all difficult situations.
   vi. Build confidence of the "Mitanin" in taking care of the village community.
   vii. Be the chief spokesperson of all the "Mitanins" in her area to the government system.
   viii. Ensure supplies of health education material, essential drugs, record keeping material, contraceptives, etc.
   ix. Counsel the "Mitanin" in her work specially in unforeseen situations.
   x. Provide legitimacy to the health related work of the "Mitanin" in the community.
   xi. Help the "Mitanin" in all referrals.

b. **The "Mitanin" will do the following for the ANM -**
   i. Provide support to her in the community of the habitation for all Public Health work.
   ii. Provide her basic data about the community of the habitation.
   iii. Help her in the registration of marriages, pregnancies, births and deaths.
   iv. Determine the contraceptive preferences of the community and help the ANM in the CNAA strategy of family planning.
   v. Be the main source of information about the community of the habitation.
   vi. Create an environment in favor of positive health in the community.
   vii. Help the ANM in staying in the village, and organizing camps and other health related activities.
   viii. Provide legitimacy to the Public Health work of the ANM in the community.
   ix. Help the ANM in surveillance of important diseases.
   x. Help the ANM in organizing relief, and in the prevention of epidemics.
   xi. Help the ANM in all health related campaigns.

7. **Relationship with PRIs -** "Mitanins" will work in close association with PRIs. The selection of "Mitanins", and the agreement between the "Mitannin" and the community of the habitation will be approved by the Gram Sabha". Public Health is an important function of PRIs under the 73rd Constitution amendment. At present the PRIs do not have any mechanism of performing this important function. With the introduction of the "Mitanin" scheme the PRIs will be able to discharge their duties easily. Civil society, and a free press are important pillars of

a democracy. These two do not really exist in a village. The "Mitanin" can perform the functions of both "organized civil society", and a "free press" in a village to provide succor to and sustain democracy at the Village Panchayat level. She will be in constant dialogue with the people of the village on all important issues, and therefore she is competent to be the voice of the civil society. Similarly she will the main source of transmitting information about development schemes, and work of the Panchayat, and government to the people. In this manner she is similar to the free press.

a. **Panchayats will do the following for the "Mitanin" -**
    i. Gram Sabha will approve the selection of "Mitanin", and also the agreement between the "Mitanin" and the community of the habitation.
    ii. Panchayats will ensure that the community of the habitation honour their side of the agreement.
    iii. Panchayats may decide to pay the "Mitanin" something for the services they render.
    iv. Panchayats will help in the irrigation of the "Mitanin land" if provided by the community of the habitation or the collector.
    v. Panchayats will monitor the work of the "Mitanin", and if they find that the "Mitanin" has not performed her duties well, the Panchayat may remove her, and ask the community of the habitation to select a new "Mitanin".
    vi. Panchayats will ensure that the "Mitanins" get good training, and get regular supplies of publicity material, contraceptives, essential drugs, and other things.
    vii. Panchayats may use the "Mitanin" in the implementation and monitoring of other welfare, and community empowerment schemes.

b. **"Mitanin" will do the following for PRIs -**
    i. She will send regular reports to the Panchayat about the health status of the community.
    ii. She will attend meetings of the Panchayat whenever she is asked to do so by the Panchayat, and will give all information about the health status of the habitation, which is necessary for the Panchayat to make informed decisions about the programmes, and schemes being run in the habitation.
    iii. She will help the Panchayat to implement, and monitor such other welfare schemes, and community empowerment schemes, as the Panchayat may require her to.
    iv. She will follow all lawful instructions of the Panchayats.

8. The "Mitanin" will gradually take on such other responsibilities, and perform such other functions as the Panchayats and the district administration may decide. She will be trained for performing these duties, and duly compensated for them by the concerned departments.

The "Mitanin" will be the main link between the government and the people in a habitation. It must be stated here that in order to derive full benefit of the scheme it will be necessary that health department delegates full powers of programme planning, and implementation to PRIs. Capacity building of PRIs will also be necessary.

Selection of "Mitanins"

"Mitanins" are to be selected by the community of the habitation. The selection has to be formally approved by the "Gram Sabha". However, just a formal approval of the Gram Sabha without involving the community will defeat the very purpose for which the "Mitanin" scheme has been conceived. The selection process described below is to ensure that the community actually decided who the "Mitanin" will be, and the process of community does not remain on paper. It is therefore important that the process is followed in letter and spirit.

The selection process follows the following steps: -

1. A series of workshops and sensitization meetings were held at the state level and district level to orient the representatives of PRIs and key officials and convince them about the scheme. PRI representatives not only understood the full import of the scheme, but are also committed to its success.
2. A team of facilitators was then selected and trained to sensitize the community in each habitation, and help the community in the selection of the "Mitanin". One team of facilitators was trained for each block. It was ensured that facilitators know the local language well, understand the local culture, have positive social attitudes, and faith in the inherent strength of communities, are good communicators, know how to work with groups and are willing to live in villages with the villagers, and make night halts in villages. Some examples of persons selected as facilitators are: -
    i. CDPO or Supervisor of ICDS.
    ii. ANM or LHV.
    iii. Village level workers of various government departments.
    iv. Panches.
    v. Members of Didi Banks (Credit and thrift groups of women)
    vi. Members of Zila Saksharta Samitis.
    vii. Members of Watershed committees or JFM comittees.
    viii. NGO workers.
3. The facilitator then visited the selected habitation as many times as necessary. Often they made night halts in the habitation. They spent time with the community, so that the community feels that they have become one with them, and freely share their joys and concerns. This is a rather prolonged process, and should not be hastened.
4. Once the facilitator has the confidence of the village community, the subject of the "Mitanin" scheme is discussed with them. The concept is explained in detail. The facilitator then discusses the possible choices, and the pros and cons of choosing various prospective women as "Mitanins" These discussions are held in

an informal environment. The facilitator tries to develop consensus amongst the members of the community on the choice of the "Mitanin". The facilitator also discusses with the prospective "Mitanins" the things, which the job entails, and the responsibilities, which they will have to undertake.

5. Once the facilitator is convinced that a consensus is emerging on the choice of "Mitanin", the facilitator calls a meeting of the community of the habitation to make a formal choice. In this meeting the voluntary nature of this work and the possible different ways of the community compensating the "Mitanin" for her services are also discussed freely.
6. A number of village level activities, which are mobilisational in nature, are carried out. Of this the use of the kalajatha for spreading the spirit of the programme and enthusing the people to participate in this programme is one major step. There can be other major publicity and mobilisational activities like wall writings, posters, meetings, cultural events etc to build interest in the programme.
7. Once this stage has been reached, a formal meeting of the Gram Sabha may be called, and the agreement approved by the "Gram Sabha". The sarpanch of the Panchayat will then endorse the agreement, and then send a request to the Block programme team to train the "Mitanin"

Training of "Mitanins"

After a "Mitanin" is selected, and a formal agreement is signed between the "Mitanin" and the community of the habitation, and approved by the Gram Sabha, the Village Panchayat endorses the selection and in effect sends a request to the Block Medical Officer to train the "Mitanin". All the expenditure on the training is borne by the Government. "Mitanins" are provided training in many stages. First stage of the training, itself made of six rounds is institutional. The second stage of the training will be a series of refresher trainings organized at regular intervals at the panchayat or cluster level or PHC through suitable training institutions and training arragnements.

First Stage : Institutional Training: - This training will include the following: -

1. Attitudes: - The training is designed to bring in positive attitudes in the "Mitanin" about the power of people, empowerment of women, the strength of community work etc.
2. Knowledge: - She is given knowledge about basic concepts in Public Health, various Government schemes, and programmes, National Health Programmes, Signs and Symptoms of common diseases, etc.
3. Skills: - Skills relating to communication, management, group behavior etc. will be developed during the course of the training. Skills relating to disease treatment are also developed.

The "Mitanins" are trained through a participative process of group work, field visits and studies, visiting areas where community health volunteer scheme has been successful,

practical demonstrations, and field exercises. After each round of training they are deployed and supported in a set of activities at the village level. The first two rounds are on health rights and knowledge of available public health services and on child health. The third round is on women's health. The fourth round is on control of communicable disease and the fifth and sixth rounds are on first contact curative care. At the end of an year they would also have a training on village level health planning.

Second Stage : Refresher Training" : - Refresher training are organized monthly at the sector PHC/ cluster level. This training will concentrate on reinforcing what was learnt in the first stage plus further practical aspects of diagnosis and treatment of common illnesses and a lot of troubleshooting and on the job training. It will aim at skill development and practice so that the "Mitanin" gradually develops confidence and is able to take care of the health needs of the community. This training will need to go on indefinitely- it is a continuous process.

The specific skills she would be trained in include: -

1. Making of peripheral blood smears.
2. Detection of anemia.
3. Antenatal care.
4. Weighing of children.
5. Recognizing malnutrition and being able to counsel the family on integrated management of childhood illness with a focus on malnutrition.
6. Recognizing Acute Respiratory Infections, and giving specific drug from her kit when required.
7. Recognizing fever, and giving choloroquine presumptively.
8. Recognizing when a patient should be referred to a hospital.
9. Recognizing signs of dehydration, and administration of ORT.
10. Conducting local level health education meetings for specific groups.

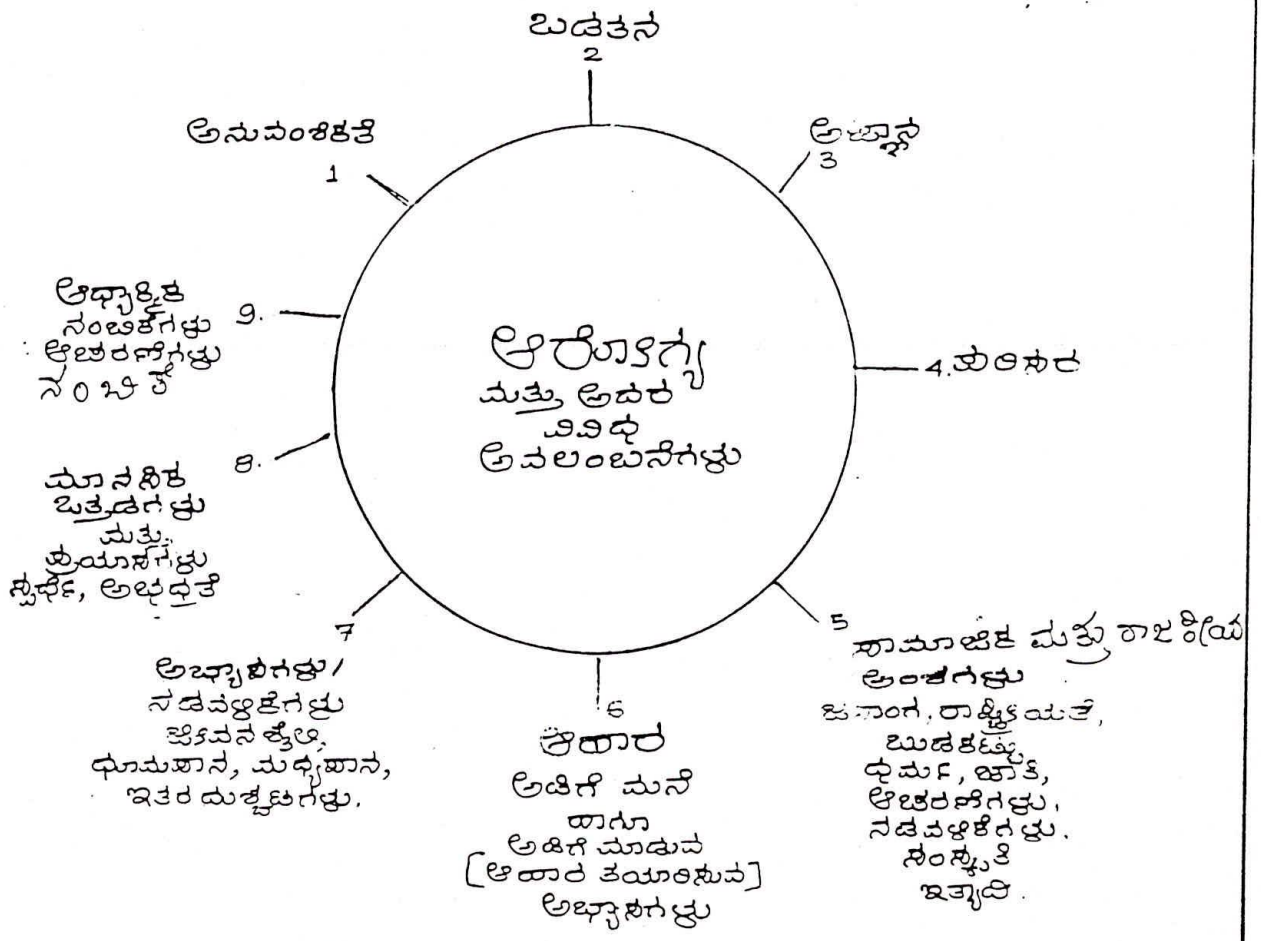
The Sector/cluster training team will make an assessment of the knowledge and skills of the "Mitanin" from time to time, through an assessment system,on the basis of which she will be provided refresher training and allowed to take on more of the responsibility of health care of the community gradually.

In conclusion:

This chapter only outlines the basic concept of the ***"Indira Swasthya MItanin"*** Scheme, and the broad contours and outlines of its implementation. The remaining chapters of this book will describe the processes in far greater detail. It needs to be stated that the scheme is in its infancy yet, and therefore it is premature to assess the impact of the scheme on Public Health. It must however also be mentioned that the scheme has evoked great enthusiasm in all the villages, and peoples' participation is very visible for all to see.

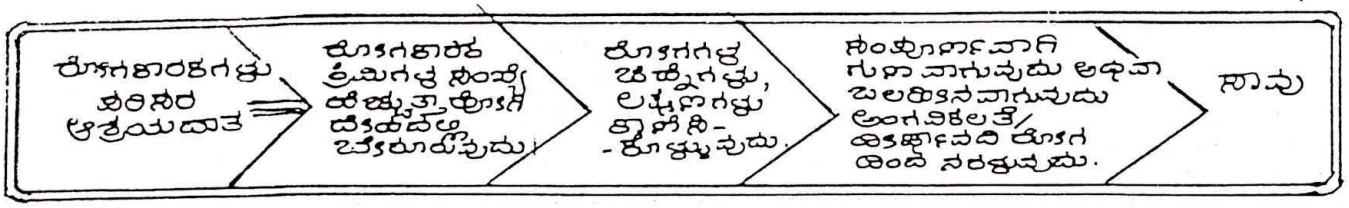
ಆರೋಗ್ಯ
ಮತ್ತು
ಅದರ ವಿವಿಧ ಅವಲಂಬನೆಗಳು

ಆರೋಗ್ಯವು ವಿವಿಧ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಿಂದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ದೃಷ್ಟಿಯೂ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳಿಂದ ಪ್ರಭಾವಿತವಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳು ನಮ್ಮ ಅರಿವಿಗೆ ಬಂದಿವೆ ಆದರೆ ಅನೇಕ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನಾವು ಕಿಳಿದಿಲ್ಲ. ನಾವು ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅನೇಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಿಂದ ಅಳೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ. ಇದು ಬಂದು ಮಾಪನ ಪ್ರಕ್ರಿಯಾ ಸೂಚಿಯಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ನೇರವಾಗಿ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧಗಳಲ್ಲ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಚಿತ್ರದಲ್ಲಿ ನೋಡಲಾಗಿದೆ:



ದುರ್ಬಲ ಮತ್ತು ನ್ಯೂನತೆಗಳುಳ್ಳ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ

ರೋಗಗಳ ನೈಜ ಪರಿಣಾಮಗಳು
ಮತ್ತು
ನಿರ್ಬಂಧ ಕ್ರಮಗಳ ಯಂತಗಳು



ರೋಗ ನಿವಾರಕ ಶಿಬಿರಗಳು	ರೋಗ ಬರುವ ಮೊದಲು		ರೋಗ ಬಂದ ನಂತರ		
	ಕ್ರಿಯಮ ಹಂತ		ದ್ವಿತೀಯ ಹಂತ	ತೃತೀಯ ಹಂತ	
	ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮುಂಜಾಗರೂಕತೆ	ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ರಕ್ಷಣೆ	ಮೊದಲನೆಯ ಸುರುಚಿಕೆ ಸೌಕರ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಿಕಡುವಿಕೆ	ದುರ್ಬಲ ಮತ್ತು ನ್ಯೂನತೆಗಳುಳ್ಳ ಮಕ್ಕಳ ಶಿಕ್ಷಣ	ಪುನರುತ್ಥಾನ
ಮಧ್ಯವರ್ತನೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು	ಅ) ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ. ಆ) ಪರಿಸರದ ಮೇಲಿನ ನಿಯಂತ್ರಣ. ಇ) ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಪೂರೈಕೆ. ಈ) ವೈಕ್ತಿಕ ಶೌಚ ಮತ್ತು ನಡೆವಳಿಕೆಗಳನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸುವುದು. ಉ) ವ್ಯಾಯಾಮ. ಊ) ಮನರಂಜನೆ. ಋ) ಸುಲಭವಾದ ವೈಕ್ತಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಅನುಕೂಲಕರ - ವಾದ ವಾತಾವರಣ	ಅ) ಕಷ್ಟಣಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು) ಆ) ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ನಿಕಡುವಿಕೆ. ಇ) ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಸೇವನೆ ಈ) ಉದ್ಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ನಿಪ್ರತಿ ನಿಡುವ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿ - ಸುವುದು. ಉ) ಆಹಾರ, ನೀರು, ಪಾನಿಯ, ಇನ ನಿತ್ಯ ಬಳಕೆಯ ವಸ್ತುಗಳ ರಕ್ಷಣೆ. ಊ) ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಹಾಗೂ ರೋಗಿಗಳ ಸಂಪರ್ಕ ತಿಳ್ಳದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ. ಋ) ಕ್ರಿಮಿನಾಶಕ ಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣ.	ಅ) ರೋಗಗಳನ್ನು ಕ್ರಿಯಮ ಹಂತದಲ್ಲಿಯೇ ಗುರುತಿಸಲು ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಇತರೆ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳ ಸೌಲಭ್ಯ. ಆ) ರೋಗ ಮುಂದುವರಿ ಯದಂತೆ/ ಪಾಸ್ಥಿತಿಯಾಗು ವಂತೆ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ಸಂಪೂರ್ಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯ. ಇ) ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಯನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಹಿಂಪಡೆಯಲು ಹಿತ್ತೆ ಹಚ್ಚಿ ದಪ್ಪಿಸುವ ಕ್ರಮಗಳು.	ರೋಗಗಳು ಉಲ್ಬಣಿಸಿ/ ಹೀಗಾಗಿ ಅದರಿಂದ ಏರ್ಪಾಗುವ ತೊಂದರೆಗಳ ವಾಗೂ ನ್ಯೂನತೆಗಳ ನಿವಾರಣೆ.	ಅ) ವೈದ್ಯಕೀಯ. ಆ) ಔದ್ಯೋಗಿಕ. ಇ) ಸಾಮಾಜಿಕ. ಈ) ಮಾನಸಿಕ - ಪುನರುತ್ಥಾನ

ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು?

ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳು.

ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಒಂದು ನಿಶ್ಚಿತವಾದ, ನಿಖರವಾದ ಲಕ್ಷಣ, ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ನಿರೂಪಿಸುವುದು ಕಷ್ಟ. ಆರೋಗ್ಯವು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಬೆಕಿರುವ ಸ್ಥಿತಿಯೇ?
ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಸೂತ್ರವನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ - ಅದರಂತೆ -

> "ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನೆಮ್ಮದಿಯ ಸ್ಥಿತಿ - ಕೇವಲ ರೋಗ ರುಜಿನಾದಿಗಳು ಅಥವಾ ~~ಕುಂಠಿತ~~ ಕುಂದು ಕೊರತೆಗಳು ಇಲ್ಲದಿದ್ದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಅದು ಆರೋಗ್ಯವೆನಿಸಲಾರದು."

ಈ ನಿರೂಪಣೆಯು ಒಂದು ವಿಶಾಲವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹಾಗೂ ಆದರ್ಶಮಯ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಅದು ಒಂದು ಸ್ಥಿತಿಯೇ? ~~ನೆಮ್ಮದಿ~~ "ನೆಮ್ಮದಿ" ಎಂದರೇನು? ಆಧ್ಯಾತ್ಮ ನೆಮ್ಮದಿ, ಆರೋಗ್ಯದ ಬಂದಂತೆ ಅಲ್ಲವೇ? ಈ ವಿಚಾರಧಾರೆಗಳು ಚಿಂತಕರನ್ನು ~~ಚಿಂ~~ ಎದುರಿಸಿವೆ ಆದರೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಹಾರ ದೊರೆತಿಲ್ಲ.

ಸಾವಿರಾರು ~~ವರ್ಷಗಳ~~ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಆಯುರ್ವೇದಜ್ಞ ಆಚಾರ್ಯರು ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ~~ಏನು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ~~? ಕೆಳಗೆ ನಿರೂಪಿಸಿರುತ್ತಾರೆ:

ಸಮಾಧೋಷಾಃ ಸಮಾಗ್ನಿಶ್ಚ ಸಮಧಾತು ಮಲಕ್ರಿಯಾಃ।
ಪ್ರಸನ್ನಾತ್ಮೇಂದ್ರಿಯ ಮನಃ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಇತ್ಯಭಿಧೀಯತೆ॥"

ಯಾವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೋಷಗಳು ಎಂದರೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತ್ರಿದೋಷಗಳು [ವಾತ, ಪಿತ್ತ, ಕಫ] ಸಮವಾಗಿವೆಯೋ, ಜಠರಾಗ್ನಿ ಮತ್ತು ಸಪ್ತಧಾತುಗಳು [ಮಾಂಸ, ಮಜ್ಜೆ, ರಕ್ತ, ವೀರ್ಯ ಇತ್ಯಾದಿ] ಸಮರಸಗಳಿಂದ ಕೂಡಿವೆಯೋ ಹಾಗೂ ಮಲಮೂತ್ರಾದಿ ವಿಸರ್ಜನೆಗಳು ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ಸಾಗುತ್ತಿವೆಯೋ, ನಿರ್ಮಲ ಅಂತಃಕರಣ, ಪರಿಶುದ್ಧ ಮನಸ್ಸು, ದೋಷರಹಿತ ಇಂದ್ರಿಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವನೋ ಅಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತನೆನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ.

"ಆಯುರ್ವೇದ" ಎಂದರೆ ಜೀವನದ ವಿಜ್ಞಾನ ಎಂದರೆ "science of life" ಇದು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ಕೊಟ್ಟಿಲ್ಲ.

ಒಬ್ಬವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಥವಾ ಒಂದು ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಳೆಯುವುದು ಅಥವಾ ಸೂಚಿಸುವುದು ಹೇಗೆ?

ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಳೆಯಲು ನಿಖರವಾದ ಅಳತೆಗೋಲು ಇಲ್ಲ. ಎತ್ತರ, ಉದ್ದ, ~~ಅಕ್ಷಾಂಶ~~ ಅಗಲ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಅಳೆಯುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಳತೆ ಮಾಡುವುದು ಕಷ್ಟ. ಆದುದರಿಂದ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ~~ಮಾತ್ರ~~ ಮಾತ್ರ ಅಳತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಹೀಗೆ ಅಳೆಯುವಾಗ ಎರಡು ಬಗೆಯ ದೃಷ್ಟಿಗಳಿಂದ ನೋಡಬಹುದು:

01] ಸಮಗ್ರ ದೃಷ್ಟಿ ಸೂಚಿಗಳು.
[Comprehensive Indicators]

02] ನಿಖರವಾದ ಎಂದರೆ ಚಿಕ್ಕಕಿ ಚುಕ್ಕೆ ಸೂಚಿಗಳು.
[Specific Indicators].

ಅ] ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ [Crude Death Rate].

ಆ] ಒಟ್ಟು ಮರಣಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಯಸ್ಸಿನ ಮರಣಗಳ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಮರಣ ದರ.

ಉದಾ:- ಒಂದು ಸ್ಥಳ ಅಥವಾ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಸಂಭವಿಸುವ ಮರಣಗಳು 1000. ~~ಎಂಬು~~ ~~ಭಾವಿಸಿದಾಗ~~ - ಈ ಮರಣಗಳಲ್ಲಿ 300 ಮರಣಗಳು 50 ವರ್ಷಗಳು ಮೀರಿದವರನ್ನು ಸಂಭವಿಸಿದೆ ಎಂದಾಗ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಮರಣ ದರ ಶೇಕಡಾ 30 ಎಂದಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟು 1000 ಮರಣಗಳಲ್ಲಿ 300 ಮರಣಗಳು [50 ವರ್ಷ ಮೀರಿದವರಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿದೆ

100 ಕ್ಕೆ $\frac{300 \times 100}{1000} = 30\%$.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ 30% ಇದೆ ಆದರೆ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ದರ ಶೇ 18 (18%). ಎಂದರೆ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಿನವರು ಸಾಯುವ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ.

03] ನಿರಾಸಕ ಆಯುಷ್ಕ ಪ್ರಮಾಣ
[Expectation of Life at Birth]

ಭಾರತದಲ್ಲಿ	ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ

ನಿಖರವಾದ ಸೂಚಿಗಳು [Specific Indicators]

01] ಶಿಶುಗಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (IMR)

02] ಸೊಂಕುರೋಗಗಳಿಂದುಂಟಾಗುವ ಮರಣಪ್ರಮಾಣ [Specific D.Rs-cho]

03] ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಮಾಡುವ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು
(Indicators of Health services and activities)

04] ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು (ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ, ಅಪಘಾತ ಇವುಗಳಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಪ್ರಮಾಣ)
(Indicators of Social and Mental Health)
(Homicides, Suicides & Accidents)

ನಮ್ಮ ಆಹಾರ

ಡಾ॥ ಎಸ್. ವಿ. ರಾಮರಾವ್, ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್, ಡಿ.ಜಿ.ಒ, ಎಂ.ಆರ್.ಸಿ.ಪಿ,
[ಫಾನ್ ಡಾಕ್ಟರ್ಸ್]

ಪರಿವಿಡಿ

ಪ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿವರಗಳು	ಪುಟ ಸಂಖ್ಯೆ
01.	ಪೀಠಿಕೆ - ಆಹಾರ	01
02.	ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಐಂಗಡನ್ [ಎಂಟು ಭಾಗಗಳು]	01
03.	ಆಯಾವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿಶಿಷ್ಟತೆಯನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಆಹಾರದ ಅಗತ್ಯತೆ	01
04.	ಆಹಾರದಿಂದ ದೊರಕುವ ಶಕ್ತಿ - ಪಿಷ್ಟ, ಪ್ರೋಟೀನ, ಕೊಬ್ಬು, ಅನ್ನಾಂಗಗಳು, ಲವಣಾಂಶಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ.	02.
05.	ಆಹಾರದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಹೊರ ಕಾಣಿಸುವ ರೋಗಗಳು	02.
06.	ವಷ್ಟ ತುಂಬಿದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕೈದಾಲು	03.
07.	ಎದೆ ಹಾಲಿನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ - ಎದೆ ಹಾಲಿನ ಉತ್ಪತ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವಾಗ ಯಾವ ಹಾಲು ಹಾಕಬೇಕು -	03.
08.	ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನೀಡಬೇಕು -	03
09.	ಹಸುಳೆಗೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಮಗುಚಿ ಕುಡಿಸಿಬೇಕು -	03
10.	ಉಪಾಯದ ಚಿಕ್ಕೊಗಳು -	03.

OCT-1996.

ನಮ್ಮ ಆಹಾರ

ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ 100 ಕ್ಕೆ 70 ಅಂಶ ನೀರು, ಉಳಿದ 30 ಅಂಶ ಸಕ್ಕಾರಜನಕ ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತು ಪಿಷ್ಟಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಪಂಚಭೂತಗಳಿಂದ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ರಕ್ತ, ಮೂಳೆ, ಮಾಂಸ, ಕಿಣ್ವಾದಿಗಳು, ಜೀವರಸಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರೊಟೀನ್‌ಕಾಂತೆಗಳು ಇತ್ಯಾದಿ. ದೇಹದ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಈ ಅಂಶಗಳು ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಜೀವಕ್ರಿಯೆಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಿತವಾಗಿದೆ. ದೇಹದ ಮುಖ್ಯವಾದ ಸಹಜಕ್ರಿಯೆಗಳೆಂದರೆ ಉಚ್ಛ್ವಾಸ, ನಿಶ್ವಾಸ, ರಕ್ತ ಪರಿಚಲನೆ, ಮಲ, ಮೂತ್ರ ಜೀವರುಗಳ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಹಾಗೂ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಹಿಂದ ಆಹಾರವು ಜೀರ್ಣಕ್ರಿಯೆ ರಕ್ತಗತವಾಗುವುದು.

ಜೀವಂತವಾಗಿರುವಾಗ ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮೇಲೆ ಹೇಳಿರುವ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಸತತವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಈ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ನಡೆಯಲು ದೇಹಕ್ಕೆ ಶಕ್ತಿ [Energy] ಬೇಕು. ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ದೇಹಕ್ಕೆ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ ನಂತರ ಅದು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಿಸಿ ರಕ್ತಗತವಾಗಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಾದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ನಾವೇ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವು ಬೇರೆ ವಸ್ತುಗಳಾಗಿ [ಎಂದರೆ ಜೀವಕೋಶಗಳಾಗಿ] ಪರಿವರ್ತಿತವಾಗುತ್ತವೆ.

ಈ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರವನ್ನು ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಆಹಾರದಿಂದ ದೇಹಕ್ಕೆ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರೊಟೀನ್‌ಕಾಂತೆಗಳು ದೊರಕುತ್ತವೆ. ಕೆಲವಲ ಪಿಷ್ಟ ಅಥವಾ ಜೀರ್ಣ ಹೊಂದಿದ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಿದರೆ ಅದು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರೊಟೀನ್‌ಕಾಂತೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾರದು. ಆಹಾರವು ಎಷ್ಟು ವೈವಿಧ್ಯತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದರೆ ಅಷ್ಟೂ ಉತ್ತಮ. ಬಂಜೆ ಬಗೆಯ ಆಹಾರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಿಂದು [Quantity] ಜೀರ್ಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕಿಂತಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಬಹಿಂತು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಪಟ್ಟಿಯ [Quality] ಸೇವಿಸಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಾಗಿರಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಎರಡೂ ಬೇಕು.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವನ್ನು ಎಂಟು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು:

1. ಧಾನ್ಯಗಳು: [ಅಕ್ಕಿ, ರಾಗಿ, ಜೋಳ, ಗೋಧಿ -ಇತ್ಯಾದಿ].
2. ಕಾಳುಗಳು: ಬೇಳೆ, ಚಿಗುರುಗಳು: [ತೊಗರಿ ಬೇಳೆ, ಹಸಿರು ಕಾಳು, ಹಸಿರು ಕಾಯಿ ಇತ್ಯಾದಿ].
3. ತರಕಾರಿ: [ಹಸಿರು ಕಾಯಿ ಪಲ್ಯಗಳು, ಸೊಪ್ಪು, ಗೆಡ್ಡೆ, ಗೆಣಸು ಇತ್ಯಾದಿ].
4. ಹಣ್ಣುಗಳು: [ಬಾಳೆ, ಪೇರಲೆ, ಪರಂಗಿ ಇತ್ಯಾದಿ].
5. ಎಣ್ಣೆ, ಬೆಣ್ಣೆ, ಹಿಡ್ಡು.
6. ಹಾಲು, ಮೊಸರು.
7. ಮೊಟ್ಟೆ, ಮೀನು, ಮಾಂಸ [ಮಾಂಸಾಹಾರಿಗಳಿಗೆ].
8. ನೀರು.

ಮೇಲಿನ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ನಾವು ಪ್ರತಿದಿನ ಸೇವಿಸುವ ಊಟ, ತಿಂಡಿ, ತಿನಿಸು ಮತ್ತು ಪಾನೀಯಗಳನ್ನಾಗಿ ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಂಡು ತಿಂದಾಗ ಅದು ಪೂರ್ಣ ಆಹಾರ ವಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲವಾದಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯುಳ್ಳ ಆಹಾರವಾಗುತ್ತದೆ. ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವು ರಕ್ತ, ಮೂಳೆ, ಮಾಂಸ, ವೀರ್ಯ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿತವಾಗುವ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಜೀವವಸ್ತು ಕ್ರಿಯೆ [Metabolism] ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಇಂದು ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಯಂತ್ರ, ಎಂಜಿನ್ ಕಾರನ್ನು ಓಡಿಸಲು ಇಂಧನ [Petrol] ಬೇಕಾದಂತೆ ಬೇಕು. ಅದರಂತೆ ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ಜೀವವಸ್ತು ಕ್ರಿಯೆಯಂತು ತಾಪ ಅಥವಾ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಆಹಾರ ಬೇಕಾದ್ದೇ ಬೇಕು. ಈ ಶಕ್ತಿ ಅಥವಾ ತಾಪವನ್ನು ಕ್ಯಾಲೊರಿ / ಜೂಲ್ಸ್, ಎಂಬ ಮಾಪನದಿಂದ ಅಳತೆಯುತ್ತಾರೆ. ಒಬ್ಬ ಸಾಮಾನ್ಯ ಯಾವ ಬೆಳೆದ 45 ಕೆ.ಜಿ. ತೂಕದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಸುಮಾರು 2000 ದಿಂದ 2400 ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಆಹಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ / ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹಾಗೂ ಎತ್ತರ, ಗಾತ್ರ, ಮತ್ತು ತೂಕಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ [proportionate to surface area and weight] ಶಕ್ತಿ ಆಹಾರ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಂತಿಲ್ಲ ಕಷ್ಟವಾದಲ್ಲಿ ದುಡಿಯುವ [ದೇಹಶ್ರಮವಹಿಸುವ] ತೂಕಕ್ಕೆ, ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಶಿಶು ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ, ಹಾಲುಣಿಸುವ ತಾಯಿ ಎಂದಿಗೆ ಜೀವಾಂತಿಕ - ಅಂದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿಶಿಷ್ಟತೆಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ ಬೇಕಾದ ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ರೀತಿಯ ಆಹಾರ ಬೇಕು. ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಆಹಾರಗಳೆಂದರೆ - ಪಿಷ್ಟ, ಸಕ್ಕಾರಜನಕ, ಕೊಬ್ಬು ಇವು ಒಂದು ಗ್ರಾಂ ಆಹಾರಾಂಶದಿಂದ ಕ್ರಮವಾಗಿ 4, 4, 9 ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳಷ್ಟು ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಎಂದರೆ ಒಬ್ಬ 45 ಕೆ.ಜಿ. ತೂಕದ ಸಾಮಾನ್ಯ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ 2000 ಕ್ಯಾಲೊರಿ ಶಕ್ತಿ ಕೊಡುವ ಆಹಾರ ಬೇಕಾದರೆ 400 ಗ್ರಾಂ ಪಿಷ್ಟ [400×4=1600 ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳು], 45 ಗ್ರಾಂ ಸಕ್ಕಾರಜನಕ [45×4=180 ಕ್ಯಾಲೊರಿ] ಹಾಗೂ ಸುಮಾರು 25 ಗ್ರಾಂ ಕೊಬ್ಬು [25×9=225 ಕ್ಯಾಲೊರಿ] ಅವಶ್ಯಕ ಎಂದಾಯಿತು. ಇದನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಯಾವ ಯಾವ ಆಹಾರ ಎಷ್ಟು ಎಷ್ಟು ಸೇವಿಸಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ಇತ್ಯರ್ಥಗೊಳಿಸಬೇಕು - ಅಲ್ಲವೆ? ಇದೊಂದು ಸೂತ್ರ, [Formula] ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು. [ಪಟ್ಟಿ / Table: 7].

ಸಸ್ಯಾಹಾರ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿದಿನ ಸುಮಾರು 400-450 ಗ್ರಾಂ ಅಕ್ಕಿ ಸೇವಿಸಿದಾಗ 1600 ರಿಂದ 1800 ಕ್ಯಾಲೊರಿ ಶಕ್ತಿ ದೊರಕುವುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಪ್ರತಿ 100 ಗ್ರಾಂ ಅಕ್ಕಿಯಲ್ಲಿ 6-8 ಗ್ರಾಂ ಸಸಾರಜನಕ ಇರುತ್ತದೆ. ಎಂದರೆ 400-450 ಗ್ರಾಂ ಅಕ್ಕಿಯಿಂದ ಸುಮಾರು 32 ಗ್ರಾಂ ಸಸಾರಜನಕ ದೊರಕಿದಂತಾಯಿತು. ಉಳಿದ ಸಸಾರಜನಕದ ದೊರತೆಯನ್ನು ಬೇಳೆ, ಕಾಳು, ಬೀಜಗಳಿಂದ ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. 100 ಗ್ರಾಂ ಬೇಳೆ, ಕಾಳು, ಬೀಜಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 18 ಗ್ರಾಂ ಸಸಾರಜನಕ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿದಿನ ಸು-ಅರ್ಧ ಗ್ರಾಂ ಬೇಳೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿದರೆ ಸಸಾರಜನಕದ ದೊರತೆಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇನ್ನು ಕೊಬ್ಬಿನ ವಿಚಾರ ಮಾಡೋಣ. ಇದು ದೇಹಕ್ಕೆ ಇಂಧನ ಒದಗಿಸುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೆ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಆಹಾರವೂ ಆಗುತ್ತದೆ. ಕೊರತ ರುಚಿನಾದಿಗಳಿಂದ ಬಳಲುವ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲದಾಗ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕೂಡಿಟ್ಟ ಕೊಬ್ಬನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಇನಕ್ಕೆ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 15-20% ಭಾಗ ಕೊಬ್ಬಿನಾಂಶ ಇರಬೇಕು ಎಂದರೆ ಪ್ರತಿ 100 ಗ್ರಾಂ ಕೊಬ್ಬಿನಲ್ಲಿ 900 ಗ್ರಾಂ ಶಕ್ತಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ ಎಂದು ಲೆಕ್ಕಾಚಾರದಂತಾಯಿತು. ಈಗ ನಮಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಿರುವುದು 2000 ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳು. ಆಗಲೇ ನೂರಿನಿರುವಂತೆ ಅಕ್ಕಿಯಿಂದ 1700 ಕ್ಯಾಲೊರಿ, 45 ಗ್ರಾಂ ಬೇಳೆಯಿಂದ ಸುಮಾರು 150 ಕ್ಯಾಲೊರಿ, ಮತ್ತು 30-32 ಗ್ರಾಂ ಎಣ್ಣೆ, ಬೆಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪ ಜಿಡ್ಡಿನಿಂದ ಉಳಿದ 250 ಕ್ಯಾಲೊರಿ ದೊರಕುವುದು.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಇನಕ್ಕೆ 400-450 ಗ್ರಾಂ ಅಕ್ಕಿ, 45 ಗ್ರಾಂ ಬೇಳೆ, 30 ಗ್ರಾಂ ಜಿಡ್ಡಿನಿಂದ ನಮ್ಮ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆದರೆ ನಮಗೆ ಕೇವಲ ಶಕ್ತಿ ಕೊಡುವ ಆಹಾರ ಬಂದ್ರೆ ಸಾಲದು. ಅದರ ಜತೆಗೆ ಅನೇಕ ಜೈವರಾಸಾಯನಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿ ಅನ್ನಾಂಗದಳು [vitamins], ಲವಣಾಂಶಗಳು [minerals] ಮತ್ತು ನೀರು ಬೇಕು. ಇವುಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ನಾವು ತರಕಾರಿ, ಹಣ್ಣು, ಮೊಳಕೆ, ಕಾಳು, ಮೊಸರು ಅವಶ್ಯಕ. ಕೆಲ ಕೆಲ ತರಕಾರಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲ ಕೆಲವು ವಿಶಿಷ್ಟ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಕಾಳಿನಲ್ಲಿ, ಕ್ಯಾರೆಜ್‌ನಲ್ಲಿ "ಎ" ಅನ್ನಾಂಗ, ಅಕ್ಕಿ ಮತ್ತು ಇತರ ಧಾನ್ಯಗಳಲ್ಲಿ "ಬಿ" ಅನ್ನಾಂಗ, ಹಣ್ಣು, ಹಂಪಲುಗಳಲ್ಲಿ [ನೆಲ್ಲಿಕಾಯಿ, ಕಿತ್ತಳೆ, ಪೇರಲೆ ಹಣ್ಣು] "ಸಿ" ಅನ್ನಾಂಗ, ಮೀನು, ಮೀನೆಣ್ಣೆ, ಹಾಲಿನ ಕೊಳೆ ಮೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ "ಡಿ" ಮತ್ತು "ಇ" ಅನ್ನಾಂಗಗಳು ಹೇರಳವಾಗಿವೆ. ಲವಣಾಂಶಗಳು ತರಕಾರಿ, ಹಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಎಂದರೆ ಹಸಿರು ಸೊಪ್ಪು, ನುಗ್ಗೆಕಾಯಿ ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ, ಸುಣ್ಣ [ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ] ಮತ್ತು ಇತರ ಲವಣಗಳು ಸಾಕಷ್ಟಿವೆ. ಪ್ರತಿದಿನ ಆಯ್ಕೆಯ ಕಾಯಿ ತಿಂದು ಕೊಳ್ಳಲು ಎಲ್ಲ ವಿಧವಾದ ಆಹಾರಗಳೂ ಮುಖ್ಯವೆಂದು ಆಗಲೇ ತಿಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

ಆಹಾರದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬರಬಹುದಾದ ಕೊರತೆಗಳು:

1. ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ದೊರತೆಯಿದ್ದಾಗ ಅಥವಾ ಶೈಶವಕಾಲದ ಹಸಿವಿನಿಂದ ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕುಂಠಿತಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಿಂದ [Marasmus] ಬಳಲುತ್ತಾನೆ.
2. ಸಸಾರಜನಕದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಮಾಲ್‌ನ್ಯುಟ್ರಿಷನ್ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ [Protien malnutrition].
3. ಕಬ್ಬಿಣ ಸಾಕಷ್ಟು ದೊರಕದಿದ್ದರೆ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಬಳಲಿಕೆ, ಸಂತಾನ ಶಕ್ತಿಹೀನತೆ ಉಂಟಾಗಬಹುದು.
4. "ಎ" ಅನ್ನಾಂಗ ದೊರತೆಯಿಂದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಇರುಳುಗಣ್ಣು, ಅಂಧತ್ವ ಉಂಟಾಗುವುದು.

   "ಎ" ಅನ್ನಾಂಗ ಸಸ್ಯಮೂಲವಾದ ಎಣ್ಣೆಗಳಲ್ಲಿ [vegetable oils] ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಬೆಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪ, ಕೊಳೆ ಮೊಟ್ಟೆ, ಮೀನು, ಮಾಂಸಗಳಲ್ಲಿ ಹೇರಳವಾಗಿ ದೊರಕುತ್ತದೆ.

5] "ಬಿ" ಅನ್ನಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವು ವಿಧ. ಇದು ಧಾನ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಧಾನ್ಯಗಳ ಹೊರಪದರಗಳಲ್ಲಿ [ಹೊಟ್ಟು, ತವುಡು] ಹೇರಳವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಕ್ಕಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾಲಿಷ್ ಮಾಡಿದಾಗ ಈ ಅನ್ನಾಂಗವು ನಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಕ್ಕಿಯನ್ನು ಅನ್ನ ಮಾಡುವ ಮುಂಚೆ ನೀರಿನಿಂದ ತೊಳೆದಾಗ ಈ ಅನ್ನಾಂಗವು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕರಗಿ ಬಚ್ಚಲಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಅಕ್ಕಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪಾಲಿಷ್ ಮಾಡಿದಾಗಲು ಹಾಗು ತೊಳೆಯಬಾರದು. [ಧೂಳು ಮತ್ತು ಕಸ ಹೋಗಲು ಎಂದು ಬಾಕಿ ತೊಳೆದರೆ ಸಾಕು.] ಅನ್ನವನ್ನು ಮಾಡುವಾಗ ಸರಿಯಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನೀರನ್ನು ಇಟ್ಟು ಇಂಗಿಸಿ ಅಡುಗೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಗಂಜಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬಾರದು. "ಬಿ" ಅನ್ನಾಂಗದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಜೆರಿಬೆರಿ, ಪೆಲಾಗ್ರ, ರಕ್ತಹೀನತೆ ಇತ್ಯಾದಿ ರೋಗಗಳು ತಾಳಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

6] "ಸಿ" ಅನ್ನಾಂಗದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಸ್ಕರ್ವಿ ಎಂಬ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಅಸ್ವಸ್ಥತಾ ಒಸರು ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆ. ಒಸಡಿನಲ್ಲಿ ಬರುವ ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಇದೇ ಕಾರಣವಿರಬಹುದು.

7] "ಡಿ" ಅನ್ನಾಂಗದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ "ರಿಕೆಟ್ಸ್" [ಮೆದುಮೂಳೆ] ಎಂಬ ಮೂಳೆಯ ರೋಗ ಉಂಟಾಗುವುದು.

ವಕ್ಷ ತುಂಬಿದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕೈತಾಲು

ತಾಲು ಸರ್ವದುಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ ಪೂರ್ಣಾಹಾರ. ಒಂದೆರಡು ತೊರತೆಯಿಂದರೆ "ಸಿ" ವಿಟಮಿನ್ನಿಂಗನ ತೊರತೆ. 3-4 ತಿಂಗಳು ತುಂಬುವವರೆಗೆ ತಾಯಿಂದ ಎದೆತಾಲು ಮಾತ್ರ ಸಾಕು. ಬೇರೆಕರೆ ತಾಲು ಬೇಕಿಲ್ಲ. ಎದೆತಾಲು ಬರಿಲ್ಲ ಉತ್ತಮವಾದುದು. "ಸಿ" ವಿಟಮಿನ್ನಿಂಗದ ತೊರತೆ ಪೂರ್ಣಿಸಲು ರಸ್ಥಿಸರಸ ತೊಟ್ಟಿಲೆ ಸಾಕು. ಅದು ನಿವಾರಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಬಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರು ಆರಷ್ಟಿಯಿನ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಎದೆತಾಲುಣಿಸುವುದು ಬಹಳ ಇತರ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ತೊಟ್ಟು 18-24 ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಎದೆತಾಲುಣಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಬಹುದು. ತಾಯಂದಿರು ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಎದೆತಾಲುಣಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವುದರಿಂದ ಅನೇಕ ತೊರತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ ತಾಯಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಹ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಂದಿರು ತಮ್ಮ ಮಗುವಿಗೆ ಎದೆತಾಲುಣಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರಬಹುದು. ದೊಡ್ಡ ಬಂದಾಗ ಅಥವಾ ಎದೆತಾಲಿನ ಉತ್ಪತ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ ಮತ್ತು ಇತರ ಕೆಲವು ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರಬಹುದು. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ತಾಲು ಕೊಡುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವ ತಾಲು ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ, ಎಷ್ಟು ಬೇಕಳಿ ನೀಡಬೇಕು ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಮುಂದೆ ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಯಾವ ತಾಲು ಯಾತ್ರ ಬೇಕು? ಎಮ್ಮೆ, ಹಸು, ಮೇಕೆ, ಮುಂತಾದ ಪ್ರಾಣಿಗಳ ತಾಲು ತಾಯಿ ಪ್ರತಿಶತವಾಗಿ ಹೊಡ್ಡ ಕಂಪೆನಿಗಳು ತಯಾರುಮಾಡುವ ಪ್ರತಿಶತ ತಾಲಿನ ಪುಡಿಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. ಪ್ರತಿಶತ ತಾಲಿನ ಪುಡಿಯ ತಾಲಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲ. ಯಕೆಂದರೆ ಈ ಪುಡಿಗಳ ಬೆಲೆ ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ - ಅದನ್ನು ಸೂತ್ರಬದ್ಧವಾಗಿ ತಯಾರಿಸಿ ನೀಡಲು ತಯಾರಿಸುವುದು ಸಹ ಕಷ್ಟ. ಇತರ ತಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ಹಸುವಿನ ತಾಲನ್ನು ನೀಡಲು ಯಾವ ವಿಧವಾದ ಅಡಚಣೆಯೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹಸುವಿನ ತಾಲು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಲೂ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ಈ ತಾಲನ್ನು ತಂದು ಕಾಯಿಸಿ ಆರಿಸಿ ಶುದ್ಧಮಾಡಲ್ಲಿ ಆಹಾರದಿಂದ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬಹುದು ಅಥವಾ ಬಚ್ಚಲೆಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಎಂದರೆ ಲೋಟ, ಚಮಚ ಮತ್ತು ಬಚ್ಚಲೆಗಳನ್ನು ಶುಚಿಯಾಗಿಟ್ಟು ಕೊಳ್ಳುವುದು ಸುಲಭ. ಯಾವುದೇ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿಯೂ ಬಾಟಲ್ ತಾಗು ನಿಪ್ಪಲ್ ಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲೇಕೂಡದು. ಏಕೆಂದರೆ ಇವುಗಳನ್ನು ಶುಚಿ ಮಾಡಲು, ಕ್ರಿಮಿರಹಿತವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಲು ಬಹಳ ಕಷ್ಟ. ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕಾಯಿಸಿದ ತಾಲನ್ನು ಆರಿಸಿ ನೀಡಿ.

ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಯಾತ್ರ ಬೇಕು? ಇದು ಮಗುವಿನ ವಯಸ್ಸನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿರುತ್ತದೆ. 6 ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಸುಮಾರು 5½ ಕೆ.ಜಿ. ತೂಕವಿರುವ, ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವ ಶಿಶುವಿಗೆ ಸುಮಾರು 500-600 ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು. 6 ರಿಂದ 12 ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಎಂದರೆ 8-10 ಕೆ.ಜಿ ತೂಕದ ಮಗುವಿಗೆ ಸುಮಾರು 1000-1200 ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು. ಶುದ್ಧವಾದ ಹಸುವಿನ ತಾಲು 100 ಗ್ರಾಂ (3 ಔನ್ಸ್) 60 ಕ್ಯಾಲೊರಿ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಔನ್ಸು ಸುಮಾರು 20 ಕ್ಯಾಲೊರಿ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. [ಒಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಕುಡಿಯುವ ಲೋಟದ ನಿಕರ 6 ಔನ್ಸುಗಳಿಗೆ ಸಮ].
6 ತಿಂಗಳೊಳಗಿರುವ ಶಿಶುವಿಗೆ 500-600 ಕ್ಯಾಲೊರಿ ಎಂದರೆ 25-30 ಔನ್ಸು ತಾಲು ಪ್ರತಿದಿನ ನೀಡಬೇಕು. 6 ತಿಂಗಳಿಂದ 12 ತಿಂಗಳವರೆಗೆ 1000-1200 ಕ್ಯಾಲೊರಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಲು 50-54 ಔನ್ಸುಗಳಷ್ಟು ತಾಲನ್ನು ಪ್ರತಿದಿನ ನೀಡಬೇಕು. ಮಗುವಿನ ವಯಸ್ಸಿಗೆ ತಕ್ಕಷ್ಟೆಂತೆ ಇತರ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ಸೂತ್ರಬದ್ಧವಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡು ತಾಲಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಎಲ್ಲಾ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ತಿನ್ನುವ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ದಿನವಹಿ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಊಟಗಳಿಗೆ [12 ಔನ್ಸು] ಸೀಮಿತ ಮಾಡಿಬಹುದು. ಮೇಕೆ ಸೂಚಿಸಿದ ಆಹಾರ ಪ್ರಮಾಣವು ಕೇವಲ ತಾಲನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯವಾಗುವುದು.

ದಿನಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ ಮಗುವಿಗೆ ಈ ತಾಲನ್ನು ತಾಜ ಬೇಕು?
ಸುಮಾರು ಮೂರು ಗಂಟೆಗಳ ಅಂತರದಲ್ಲಿ ತಾಲ ತಾಲಕ್ಕೆ ತಂತನವಾಗುವುದು. 25-30 ಔನ್ಸುಗಳಷ್ಟು ತಾಲನ್ನು ಎಂಟರಿಂದ ಗಂಟೆಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿ 3-4 ಔನ್ಸುಗಳಂತೆ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿ ವಿಭಾಗಿಸಿ ಕೊಡುವುದು ಸೂಕ್ತ. 50-54 ಔನ್ಸುಗಳಾದರೆ ಎಂಟರಿಂದ ಗಂಟೆಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿ 6-7 ಔನ್ಸುಗಳಷ್ಟು ತಾಲ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ತಾಲು, ಮೊಸರು, ಉಪ್ಪಿನಕಾಯಿಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ಯಾವುದೇ ಆಹಾರ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಪ್ರತಿ ಶಿಶುವೂ ಮೊದಲಬಾರಿಗೆ ಉಸ್ಸು ಪುಂಡಿಲ್ಲ. ಸ್ವಲ್ಪವಿನಗಳ ನಂತರ ರುಚಿ ಹತ್ತಿದನಂತರ ಬಾಯಿ ತೆರೆಯುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ತಾಳ್ಮೆಯಿಂದ ಬಳಸಿರಿ. ಯಾವ ಆಹಾರವನ್ನು ಬಲವಂತವಾಗಿ ತಿನ್ನಿಸಬಾರದು. ತಾಯಿಯದು ತಾಳ್ಮೆಯೂ ಪ್ರಶ್ನೆ.

ಮೇಕೆ ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಕಷ್ಟಕಷ್ಟವೂ ಸೂಕ್ತ ಆಹಾರ ಬಂದಿಸಿದನಂತರ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಹೆಂತಿಸುತ್ತ ಎಂದು ತಿಳಿಯುವುದು ಹೇಗೆ? ಇದು ಎಲ್ಲಾ ತಾಯಂದಿರ ಸಮಸ್ಯೆ. ಮಗುವಿಗೆ ಬೇಕಾದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳು, ಇಷ್ಟಾದಿ ಇಲ್ಲವಿದ್ದರೆ ಬೆಂದೆಕೆ ಸಮನೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಇದ್ದರೆ ಕಾತುರ ಪಡಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಮಗುವಿನ ತೂಕ ಇಳಿದರೆ ಇದ್ದರೆ [ಎಂದರೆ ಹೆಚ್ಚಾಗದಿದ್ದರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸದಿದ್ದರೆ ಅದು ಅಪಾಯದ ಸೂಚನೆ [Danger signal] ಎಂದು ತಿಳಿದು ಮಕ್ಕಳ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತೋರಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಿರಿ.

ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು?

ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳು.

ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೇನು ಎಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಒಂದು ನಿಶ್ಚಿತವಾದ, ನಿಖರವಾದ ಲಕ್ಷಣ, ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ನಿರೂಪಿಸುವುದು ಕಷ್ಟ. ಆರೋಗ್ಯವು ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಪಡೆಯಬಹುದಾದ ಸ್ಥಿತಿಯೇ?

ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಸೂತ್ರವನ್ನು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ - ಅದರಂತೆ -

"ಆರೋಗ್ಯವೆಂದರೆ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನೆಮ್ಮದಿಯ ಸ್ಥಿತಿ - ಕೇವಲ ರೋಗ ರುಜಿನಾದಿಗಳು ಅಥವಾ ~~ಕುಂಟು~~ ಕುಂದು ಕೊರತೆಗಳು ಇಲ್ಲದಿದ್ದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಅದು ಆರೋಗ್ಯವೆನಿಸಲಾರದು."

ಈ ನಿರೂಪಣೆಯು ಒಂದು ವಿಶಾಲವಾದ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹಾಗೂ ಆದರ್ಶಮಯ ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಅದು ಒಂದು ಸ್ಥಿತಿಯೇ? ~~ನೆಮ್ಮದಿ~~ "ನೆಮ್ಮದಿ" ಎಂದರೇನು? ಆಧ್ಯಾತ್ಮ ನೆಮ್ಮದಿ, ಆರೋಗ್ಯದ ಬಂದಂತೆಯೇ ಅಲ್ಲವೇ? ಈ ವಿಚಾರಧಾರೆಗಳು ಚಿಂತಕರನ್ನು ~~ಚಿಂ~~ ಎದುರಿಸಿವೆ ಆದರೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಹಾರ ದೊರೆತಿಲ್ಲ.

ಸಾವಿರಾರು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಆಯುರ್ವೇದದಲ್ಲಿ ಆಚಾರ್ಯರು ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ~~ಏನು ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ~~? ಹೀಗೆ ನಿರೂಪಿಸಿರುತ್ತಾರೆ:

"ಸಮದೋಷಃ ಸಮಾಗ್ನಿಶ್ಚ ಸಮಧಾತು ಮಲಕ್ರಿಯಃ।
ಪ್ರಸನ್ನಾತ್ಮೇಂದ್ರಿಯ ಮನಃ ಸ್ವಸ್ಥ ಇತ್ಯಭಿಧೀಯತೆ॥"

ಯಾವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ದೋಷಗಳು ಎಂದರೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ತ್ರಿದೋಷಗಳು [ವಾತ, ಪಿತ್ತ, ಕಫ] ಸಮವಾಗಿವೆಯೋ, ಜಠರಾಗ್ನಿ ಮತ್ತು ಸಪ್ತಧಾತುಗಳು [ಮಾಂಸ, ಮಜ್ಜೆ, ರಕ್ತ, ಆಕರ್ಷ ಇತ್ಯಾದಿ] ಸಮರಸಗಳಿಂದ ಕೂಡಿವೆಯೋ ಹಾಗೂ ಮಲಮೂತ್ರಾದಿ ವಿಸರ್ಜನೆಗಳು ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ಸಾಗುತ್ತಿವೆಯೋ, ನಿರ್ಮಲ ಅಂತಃಕರಣ, ಪರಿಶುದ್ಧ ಮನಸ್ಸು, ದೋಷರಹಿತ ಇಂದ್ರಿಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವನೋ ಅಂತಹ ವ್ಯಕ್ತಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತನೆನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ.

"ಆಯುರ್ವೇದ" ಎಂದರೆ ಜೀವನದ ವಿಜ್ಞಾನ ಎಂದರೆ "Science of Life" ಇದು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ಕೊಟ್ಟಿಲ್ಲ.

ಒಬ್ಬವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಥವಾ ಒಂದು ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಳೆಯುವುದು ಅಥವಾ ಸೂಚಿಸುವುದು ಹೇಗೆ?

ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅಳೆಯಲು ನಿಖರವಾದ ಅಳತೆಗೋಲು ಇಲ್ಲ. ಎತ್ತರ, ಉದ್ದ, ~~ಅಡಿ~~ ಅಗಲ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಅಳೆಯುವಂತೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಳತೆ ಮಾಡುವುದು ಕಷ್ಟ. ಆದುದರಿಂದ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ~~ಮಾತ್ರ~~ ಮಾತ್ರ ಅಳತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಹೇಗೆ ಅಳೆಯುವಾಗ ಎರಡು ಬಗೆಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳಿಂದ ನೋಡಬಹುದು:

01] ಸಮಗ್ರ ದೃಷ್ಟಿ ಸೂಚಿಕೆಗಳು.
[Comprehensive Indicators]

02] ನಿಖರವಾದ ಎಂದರೆ ಚಿಕ್ಕಕಿ ಚೊಕ್ಕ ಸೂಚಿಕೆಗಳು.
[Specific Indicators].

ಅ] ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ [Crude Death Rate].

ಆ] ಒಟ್ಟು ಮರಣಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುವ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವಯಸ್ಸಿನ ಮರಣಗಳ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಮರಣ ದರ.

ಉದಾ:- ಒಂದು ಸ್ಥಳ ಅಥವಾ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಸಂಭವಿಸುವ ಮರಣಗಳು 1000. ~~ಎಂಟು~~ ~~ಕಾಣಿಸಿಕಾಗ~~ – ಈ ಮರಣಗಳಲ್ಲಿ 300 ಮರಣಗಳು 50 ವರ್ಷಗಳು ಮೀರಿದವರಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿದೆ ಎಂದಾಗ ಪ್ರಮಾಣಿತ ಮರಣ ದರ ಶೇಕಡಾ 30 ಎಂದಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟು 1000 ಮರಣಗಳಲ್ಲಿ 300 ಮರಣಗಳು [50 ವರ್ಷ ಮೀರಿದವರಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸಿದೆ

100 ಕ್ಕೆ --- $\frac{300 \times 100}{1000} = 30\%$.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಖ್ಯೆ 30% ಇದೆ ಆದರೆ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ದರ ಶೇ 10 (10%). ಎಂದರೆ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಿನವರು ಸಾಯುವ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ.

03] ನಿರಾಸರಿ ಆಯುಷ್ಪ್ರಮಾಣ
[Expectation of Life at Birth]

ಭಾರತದಲ್ಲಿ	ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ

ನಿಖರವಾದ ಸೂಚಿಕೆಗಳು [Specific Indicators]
01] ಶಿಶುಗಳ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ (IMR)
02] ~~ಸೋಂಕುರೋಗಗಳಿಂದುಂಟಾಗುವ~~ ತಾಯಿಯಾಪ್ರಮಾಣ [Specific D.Rs-ANC]
03] ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ~~ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು~~ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು
(Indicators of Health services and activities)
04] ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೂಚ್ಯಂಕಗಳು (ಆತ್ಮಹತ್ಯೆ, ಅಪಘಾತ ಇವುಗಳಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಪ್ರಮಾಣ)
(Indicators of Social and Mental Health)
(Homicides, Suicides & Accidents)

ಈಡೇರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ನೆರವಾಗುವ ವಿಶೇಷ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಇದನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜನರು ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಗೊಳಿಸಿದ ಅಗತ್ಯಗಳಿಂದ ನಾವು ಸಾಕಷ್ಟು ಕಲಿತಿದ್ದೇವೆ ಹಾಗೂ ಅವರು ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಮ್ಮ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ನಿಂತಿರುವುದನ್ನು ನಾವು ಮೆಚ್ಚುತ್ತೇವೆ. ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಸಹಭಾಗಿಗಳಾಗಬೇಕೆಂದು, ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ನಾವು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ.

- ನೀವು ಈಗಾಗಲೇ ನಿಮ್ಮ ಹಳ್ಳಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಕೂಡಲೇ ನಿಮ್ಮ ಊರಿನ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ಖಂಡಿತ ಭೇಟಿ ಮಾಡಿ. ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಡಗುವಿಕೆಯನ್ನು, ನಿಮ್ಮ ಹೊಸ ಹೊಸ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ನಿಮ್ಮ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ನಾವು ಇದಿರು ನೋಡುತ್ತೇವೆ.

- ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿವಿಧ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸ್ವಸಹಾಯ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಒಂದು ಉನ್ನತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ (Referral Center) ಕೇಂದ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

- ಪ್ರಸ್ತುತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಗಳ ಒಂದು ಭಾಗವೇ ಆಗಿಹೋಗಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಅಸಂಗತ ಅಂಶಗಳ ಮತ್ತು ಅಸಂಮಂಜಸ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಡುತ್ತಾ ಅವುಗಳನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ. ಔಷಧೋಪಚಾರ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ನಾವು ಏನೇನು ಹೇಳುತ್ತೇವೆಯೋ ಮತ್ತು ನಾವು ಏನೇನು ಮಾಡುತ್ತೇವೆಯೋ ಅದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಮುಚ್ಚುಮರೆ, ನಿಗೂಢತೆಗಳಿಲ್ಲದಂತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಬಯಸುತ್ತದೆ. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಅತ್ಯಂತ ಕಡುಬಡವರನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆದ್ಯತೆ ಕೊಟ್ಟು ಸ್ವಾಗತಿಸುತ್ತದೆ.

- ಯಾರೋ ಒಬ್ಬ ಬಡವನಿಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವುದು ನಿಮಗೆ ಕಂಡುಬಂದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ತಪ್ಪದೇ ನಮಗೆ ತಿಳಿಸಿ.

- ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಖರ್ಚನ್ನು ಭರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೋ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹತ್ತಿರ ಹಣವಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಒಂದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೆ ಆತನಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡದೇ ವಾಪಾಸ್ಸು ಕಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಇಷ್ಟಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕೊಠಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ 4ರಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತನ ಬಳಿ ಹೋದರೆ ನೀವೂ ಕೂಡ ಒಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ನಡೆಸುವುದಕ್ಕೆ ಏನೆಲ್ಲಾ ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು; ಇದರಿಂದ ಅಂತಹ ಬಡಜನರಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

- ನೀವು ಈಗಾಗಲೇ ಗುರುತಿಸಿರಬಹುದು. ನಿಮಗೆ ಇಲ್ಲಿ ಆತ್ಮೀಯ ಸ್ವಾಗತ ಸಿಗುವ ಹಾಗೆ, ನೀವಿಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಮುಕ್ತವಾಗಿ, ಬಿಚ್ಚುಮನಸ್ಸಿನಿಂದ ನಿಮ್ಮದೇ ಜಾಗದಲ್ಲಿದೇವೆ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಬರುವಂತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಕೆಲವು ಸಂರಚನಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದೇವೆ.

- ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಗೇಟಿನ ಬಳಿ ನಿಮಗೆ ವಾಚ್‌ಮನ್ ಕಾಣಿಸದಿದ್ದರೆ ಆತ ರಜೆಯ ಮೇಲೆ ಹೋಗಿದ್ದಾನೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸಬೇಡಿ. ಆತ ನಮ್ಮ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡವನ್ನು ಸೇರಿಕೊಂಡು ಒಬ್ಬ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತನಾಗಿ ಬದಲಾಗಿದ್ದಾನೆ ಎಂದು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಿ. ಹಾಗಾಗಿ, ಈ ವಾಚ್‌ಮನ್ ಹುದ್ದೆಯೇ ಇನ್ನು ಮುಂದೆ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳುವುದಕ್ಕೆ ವಿಷಾಧಿಸುತ್ತೇವೆ!

- ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ವೈದ್ಯರು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕ ಔಷಧಿಗಳ ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ಮಾತ್ರವೇ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಮ್ಮ ಔಷಧಾಲಯವು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಸಲ್ಪಡುವಂತಹ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರವೇ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಔಷಧಾಲಯದಲ್ಲಿ ಸಿಗುವ ಔಷಧಿಗಳು ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ ಎಂದು ನಾವು ಖಾತ್ರಿಯಿಂದ ಹೇಳಬಲ್ಲೆವು. ಟಾನಿಕ್‌ಗಳನ್ನು, ವಿಟಾಮಿನ್‌ಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ನಾವು ನಿಮಗೆ ಸಲಹೆ ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ.

- ನಾವು ಯಾವಾಗಲೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನೇ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಸೂಚಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ನೀರನ್ನೋ ಅಥವ ಸ್ಥಳೀಯ ಔಷಧಿಗಳನ್ನೋ ಅಥವ ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳನ್ನೋ ಬಳಸುವಂತೆ ನಾವು ನಿಮಗೆ ಸಲಹೆ ಕೊಡಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಗುಣಕಾರಿ ಪರಿಹಾರಗಳು ಬಹಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿರುವುದು ನಮಗೆ ಗೊತ್ತಿರುವುದರಿಂದಲೇ ಅವುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಸಲಹೆ ಕೊಡುತ್ತೇವೆ. ಅತಿಸಾರದಿಂದ, ಭೇದಿಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಮಕ್ಕಳು ನೀರು–ಉಪ್ಪು–ಸಕ್ಕರೆಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಪಾನೀಯಗಳ ಬಾಟಲ್‌ಗಳನ್ನು ಹಿಡಿದುಕೊಂಡು ಅದನ್ನು ಕುಡಿಯುತ್ತಾ ಬಂದರೆ ಅಂತಹ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ನಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಬಹಳ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಸ್ವಾಗತಿಸುವುದನ್ನು ನೀವು ನೋಡಿರಬಹುದು. ಮಗುವೊಂದರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪುನರ್‌ಸ್ಥಾಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ತಾಯಂದಿರೇ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಬೇಕಾದಷ್ಟು ಕೆಲಸಗಳಿವೆ. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಈ ಸತ್ಯವನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ನಾವು ನಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳ ವಾರ್ಡಿನಲ್ಲಿ ಓಆರ್‌ಟಿ ಘಟಕವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿದ್ದೇವೆ.

- ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳು (Medical Represetatives) ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಂದಿದ್ದರೆ ಅದನ್ನು ಪ್ರಧಾನ ಗೇಟಿನ ಹೊರಗಿರುವ ಬಾಕ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಹಾಕುವುದಕ್ಕೆ ಅವರಿಗೆ ಸ್ವಾಗತವಿದೆ. ಔಷಧ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ನಮ್ಮ ಸಮಿತಿಯು ಆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕೂಲಂಕಶವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ತವಾದ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮಾದರಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಕೊಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿಲ್ಲ.

- ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಒಂದಿಷ್ಟು ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿವೆ. ಅವಶ್ಯವಿದ್ದಾಗ ಮಾತ್ರವೇ ಅವುಗಳನ್ನು ನಾವು ಬಳಸುತ್ತೇವೆ. ನೀವು ಇಲ್ಲಿಂದ ಹೊರಡುವ ಮೊದಲೇ, ಇಂದೇ, ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋದನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ನಿಮ್ಮ ವರದಿಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರೆಂಬುದನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ.

- ನಿಮ್ಮ ಬಲ ಭಾಗಕ್ಕಿರುವ ಕೊಠಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ 3ರಲ್ಲಿ ನೀವು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆ–ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು, ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಹಣಕಾಸು ಲೆಕ್ಕಾಚಾರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಸೇವೆ ಲಬ್ಯವಿದೆ. ನಿಮಗೆ ಒದಗಿಸಲಾದ ಔಷಧಿಗಳು:

    - ಸರಿಯಾಗಿವೆಯೇ
    - ಉತ್ತಮ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿವೆಯೇ
    - ಕಡಿಮೆ ಬೆಲೆಗೆ ದೊರೆತಿವೆಯೇ

  ಎಂಬುದನ್ನು ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ.

- ನಿಮ್ಮನ್ನು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಯಾಗಿಯೇ ಬಹು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ನಾವು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾದಾಗ ನಿಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದ ಕನಿಷ್ಠ ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿ ನಿಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಇರಬೇಕೆಂಬುದು ನಮ್ಮ ಸಲಹೆ. ನೀವು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ನಿಮ್ಮೊಂದಿಗಿರುವ ಕುಟುಂಬ ಸದಸ್ಯ ಹೇಗೆ ಸಹಕರಿಸಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ನಮ್ಮ ನರ್ಸ್‌ಗಳು ಹೇಳಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ.

- ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಸಿಬ್ಬಂಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಕರ್ತವ್ಯಕ್ಕೆ ಬಂದಿಲ್ಲ ಎಂದು ಕೆಲವೊಂದು ಸಲ ನಿಮಗನ್ನಿಸಬಹುದು. ಏಕೆಂದರೆ ಅವರು ಹಳ್ಳಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಕೆಲಸದ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳ, ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತರಬೇತಿ, ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ತರಬೇತಿ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಹೋಗಿರುತ್ತಾರೆ.

(ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ 1986ರಲ್ಲಿ ಅಗಸ್ಟೈನ್ ವೆಲಿಯಾತ್ ಆಯೋಜಿಸಿದ 'ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ' ಕುರಿತ 'ಭಾರತೀಯ ಕೆಥೋಲಿಕ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯ (CHAI) ಕಾರ್ಯಾಗಾರವನ್ನು ಆಧರಿಸಿದೆ.)

'ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಂಡಳಿ' (1990)
(International People's Health Council - IPHC)

'ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಂಡಳಿ'ಯು ಅನಾನುಕೂಲಸ್ತ, ವಂಚಿತ ಜನಸಮೂಹಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಅವರ ನ್ಯಾಯಬದ್ಧ ಹಕ್ಕುಗಳಿಗೋಸ್ಕರ ಕಟಿಬದ್ಧವಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಗತಿಪರವಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಗುಂಪುಗಳ, ಚಳವಳಿಗಳ ವಿಶ್ವಮಟ್ಟದ ಒಂದು ಮೈತ್ರಿಕೂಟವಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಹಾಗೂ ಪರಿಸರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದು ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಾ ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೂ ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಗಬೇಕೆಂಬ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು 'ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಂಡಳಿ'ಯು ಹೊಂದಿದೆ. ನಾವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆಯಿಟ್ಟಿದ್ದೇವೆ:

- **"ಜನಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಪ್ರಜಾತಂತ್ರ"**ದ ಮೂಲಕ (ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಜನರೇ ಹೊಂದಿರುವಂತಹದ್ದು), **'ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತತೆ'**ಯ ಮೂಲಕ (ಸರ್ವರಿಗೂ ಸರಿಸಮಾನವಾದ ಹಕ್ಕುಗಳು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಮೂಲಭೂತ ಅಗತ್ಯಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಸಂತೃಪ್ತಿ) ಹಾಗೂ ತಮ್ಮ ಬದುಕನ್ನು ಪ್ರಭಾವಿಸುವ ವಿಚಾರಗಳ ಕುರಿತ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಜನರೇ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವುದರೊಂದಿಗೆ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ನಾಯಕರು ಜನರಿಗೆ ತೋರಬೇಕಾದ **'ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವ'**ದ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರವೇ 'ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯ.

- ಇಂದಿನ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿ ಅಧಿಕಾರ ಸಂರಚನೆಗಳ ನೀತಿಗಳು – ಅವುಗಳು ಬಲಿಷ್ಠ ಆರ್ಥಿಕ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಂಧಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವುದರಿಂದ – ಮನುಕುಲದ ಇಂದಿನ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ, ಪರಸರಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಬಿಕ್ಕಟ್ಟನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ, ಇನ್ನಷ್ಟು ಹಾಳು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಕೆಲಸ ಮಾಡಿವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಅನ್ಯಾಯಯುತ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂರಚನೆಗಳಿಂದ ಯಾರ್ಯಾರು ಲಾಭ ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಪ್ರವರ್ಧಮಾನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿದ್ದಾರೋ ಅವರೆಲ್ಲೂ ಬದಲಾವಣೆಗೆ ಪ್ರತಿರೋಧ ಒಡ್ಡುತ್ತಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಬಹಳ ವಿಸ್ತೃತವಾದ ಅಧಿಕಾರವಿದೆಯಲ್ಲದೇ ವಿಶ್ವಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಪ್ರಭಾವವೂ ಇದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಪ್ರಪಂಚದೆಡೆಗೆ ಮುನ್ಸಾಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ತಳಮಟ್ಟದ ಚಳವಳಿಗಳೇ ವಿಶ್ವದಾದ್ಯಂತ ಮುಂಚೂಣಿ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು; ತಳಮಟ್ಟದ ಈ ಚಳವಳಿಗಳು ಬಹಳ ಬಲಿಷ್ಠವಾಗಿದ್ದು ಪರಸ್ಪರವಾಗಿ ಉತ್ತಮ ಸಮನ್ವಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು; ಆಗ ಮಾತ್ರವೇ ಬಲಿಷ್ಠವಾಗಿರುವ ಅಧಿಕಾರ ಸಂರಚನೆಗಳು ತಮ್ಮ ಮಾತನ್ನು ಕೇಳುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಬೇಡಿಕೆಗಳಿಗೆ ಬಗ್ಗುವಂತೆ ಒತ್ತಡ ಹೇರುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

- ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಶಕ್ತಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ತನಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗ್ಗೆ ತಾನೇ ಸ್ವಯಂ ಆಗಿ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಅದನ್ನು ತಯಾರು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಕಟಿಬದ್ಧವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಶಾಲ ಜನರ ಮತ್ತು ಮೈತ್ರಿಕೂಟಗಳ ನಡುವೆ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು, ಅನುಭವಗಳನ್ನು, ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪರಸ್ಪರ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ 'ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಂಡಳಿ'ಯು ನೆರವಾಗುತ್ತದೆ.

- ಸ್ಥಳೀಯ, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಅನ್ಯಾಯಯುತ ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂರಚನೆಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸುವ ಶಕ್ತಿ, ಸಾಧನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂತಹ ತಳಮಟ್ಟದ ವಿಶಾಲ ಸಮಷ್ಠಿ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ತನ್ನ ಕೈಲಾದ ಕೊಡುಗೆ ನೀಡುವುದೇ 'ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಂಡಳಿ'ಯ ಗುರಿಯಾಗಿದೆ.

(ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ:

Dr. Mira Shiva, AIDAN, PHN/PHC,
A-60, Haus Khas, New Delhi – 110 016)

1990ರ ದಶದಕ ಆರಂಭದ ಹೊತ್ತಿಗೆ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬುದು ಪರ್ಯಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸದಾ ಹೊಸ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆಲೋಚನೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ಜನರ ಒಂದು ಗೀಳು ಮಾತ್ರ ಆಗಿಯೋ ಅಥವ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಸಮನ್ವಯ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಲಗಳ ಒಂದು ಮುನ್ನೊಲವು ಆಗಿಯೋ ಮಾತ್ರ ಉಳಯಲಿಲ್ಲ. ಅದು ನಿಧಾನವಾಗಿ 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ನೀತಿಯ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿ' ಮಾರ್ಪಡಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಭಾರತದ ಕೆಥೋಲಿಕ್ ಬಿಷಪ್‌ಗಳ ಸಮ್ಮೇಳನವು ತಮ್ಮ 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಮುಂದಾಳುತನಕ್ಕಾಗಿನ ಆಯೋಗ'ದ (Commission for Health Care Apostolate) ಮೂಲಕ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಒಂದು ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಹೊರತಂದರು: ಇದರಲ್ಲಿ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿನ ಆಶ್ರಯದಡಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಒಂದು ಆರೈಕೆಯ ಸೇವೆ ಎಂದು ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸುತ್ತಾ ತದನಂತರದಲ್ಲಿ ಅದು ಜನರನ್ನು ಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿಸುವ, ಸಮರ್ಥರನ್ನಾಗಿಸುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಕೂಡ ಆಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಸೇರಿಸಿದರು. ನೀತಿಗಳ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ' ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ'ಗಳನ್ನು ಸಮಾನಾರ್ಥಕವಾಗಿ, ಸಂವಾದಿಯಾಗಿ ಬಳಸದೇ ಅವೆರಡೂ ನೀತಿ ರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಎರಡು ಭಿನ್ನ ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಒತ್ತು ಕೊಡುವ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳಾಗಿದ್ದು ಪರಸ್ಪರ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾಗಿರುವಂಥ ಭಿನ್ನ ವಿಚಾರಗಳು ಎಂಬುದಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಯಿತು.

ಸಿಬಿಬಿಐನ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ	**ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ**
<u>*ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ:*</u> ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಒಂದು ಆಚರಣಾತ್ಮಕವಾಗಿರುವ, ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಸದೃಢವಾಗಿರುವ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿತ ಪದ್ಧತಿಗಳ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಪಟ್ಟಿರುವ; ಸಮುದಾಯದ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೂ, ಎಲ್ಲಾ ಕುಟುಂಬಗಳೂ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ಅವರಿಗೆ ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ, ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರಕಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವಂಥ; ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಮತ್ತು ದೇಶಗಳು ಸ್ವಾವಲಂಬನೆ ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂ ನಿರ್ಣಯಾಧಿಕಾರಗಳ ಸ್ಫೂರ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಹಂತದಲ್ಲೂ ಭರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವಂತಹ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಪಟ್ಟಿರುವ – ಒಂದು ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಾಗಿದೆ. ***– ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಸಮ್ಮೇಳನ, 1978*** <u>*ನೀತಿ:*</u> ನಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ, ಅದರಲ್ಲೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮತ್ತು ನಗರಗಳ ಕೊಳಚೆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅವು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಬೆಂಬಲ ರಚನೆಗಳಾಗಿ ನಿಲ್ಲುತ್ತಾ ಉನ್ನತ ತಜ್ಞ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಳಿಸಿಕೊಡುವ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿಯೂ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ.	<u>*ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ:*</u> ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಸಮುದಾಯದ ಜನರು ಸಾಮೂಹಿಕವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಚಲಾಯಿಸುವ ಹಾಗೆ ಅವರನ್ನು ಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದ್ದು ಅದು ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಲಭಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ಕಾಪಾಡುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನೂ ಹೊತ್ತಿರುತ್ತದೆ. <u>*ನೀತಿ:*</u> ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಮುಂದಾಳುತನ ಕೇವಲ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಗುಣಕಾರಿ ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿರದೆ ಅದರಿಂದಾಚೆಗೆ ಹೋಗಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸಮಾಜವನ್ನು ತಲುಪುತ್ತದೆ; ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿ ಒದಗಿಸಬಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಉದಾತ್ತ ಮೌಲ್ಯಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿಂತ ಉತ್ತಮ ಸಮಾಜವೊಂದನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿರುವ ಜನಸಮೂಹಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಗ್ಗೂಡುತ್ತದೆ.

ಮೂಲ: ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ, ಸಿಬಿಸಿಐ, 1992 (ಪುಟಗಳು 15/16)

(Health Policy of Church in India, CBCI, 1992 , Pages 15/16)

ಇದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ಹೊಸ ತಲೆಮಾರಿನ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮುಂಬೈ ಮೂಲದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಕುರಿತ ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಗುಂಪಾದ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ' (Foundation for Research in Community Health - FRCH) ಎಂಬ ಸಂಸ್ಥೆಯ ನಾಯಕತ್ವದಲ್ಲಿ ಪರಸ್ಪರ ಕೊಡುಕೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಚರ್ಚೆಗಳ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಹಾಗೂ ಒಂದು ಕಾರ್ಯಾಗಾರವನ್ನು ಆಯೋಜಿಸಲಾಯಿತು; ಈ ಕಾರ್ಯಾಗಾರದಲ್ಲಿ "ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಜನರ ಕೈಯಲ್ಲೇ" ಎಂಬ ಇಡೀ ಹೊಸ ಸವಾಲನ್ನು ಕುತಿತಂತೆ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹಲವಾರು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆಲೋಚಿಸುವವರನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಕಾಯಿದೆಗೆ ಸಂವಿಧಾನಾತ್ಮಕ ತಿದ್ದುಪಡಿ ತಂದದ್ದರಿಂದ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ದಮನಿತ ವರ್ಗ/ಜಾತಿ ಗುಂಪುಗಳು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಕ್ಕಿರುವ ಅಡೆತಡೆಯೊಂದು ನಿವಾರಣೆಯಾದಂತಾಗಿತ್ತು; ಅಲ್ಲದೇ, ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ವಿನಿಯೋಗವಾಗುವ ಹಣದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪಾಲನ್ನು ಈ ಸ್ಥಳೀಯ ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಕೊಡಬಹುದೆಂಬ ನಿರೀಕ್ಷೆಯೂ ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ಜನರು ತಮ್ಮದೇ ಸ್ಥಳೀಯ ಚುನಾಯಿತ ಸ್ವಯಂ ಆಡಳಿತದ ವಿವಿಧ ರೂಪಗಳ ಮೂಲಕ ಆಡಳಿತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಕುರಿತಂತೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸ್ಪಷ್ಟತೆಯನ್ನು ವಿಕಾಸಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ'ದ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನೆರವಾದವು; ಈಗ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಎಂಬುದು ಕೇವಲ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅಥವ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಪರಿಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳದೇ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಯ ತುರ್ತು ಮತ್ತು ಸನ್ನಿಹಿತ ಅಗತ್ಯವಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಂಡಿತು. ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೂ ಹಾಗೂ ಈಗ ತರಲು ಹೊರಟಿರುವ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿತ ಹೊಸ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೂ ನಡುವಿನ ಭಿನ್ನತೆಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಯಿತು.

ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಜನರ ಕೈಯಲ್ಲಿಯೇ

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೇವಲ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಪುನರ್ ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಜನರ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅದಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ತಮ್ಮದೇ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಜನರನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟೂ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೂ ಕೂಡ ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ	ಹೊಸ ವ್ಯವಸ್ಥೆ
• ಸೇವೆಗಳು ಮೇಲು ಸ್ತರದಿಂದ ಕೆಳಸ್ತರಕ್ಕೆ ಹರಿಯುತ್ತವೆ.	• ಸೇವೆಗಳು ಕೆಳ ಸ್ತರದಿಂದ ಮೇಲು ಸ್ತರಕ್ಕೆ ಹರಿಯುತ್ತವೆ
• ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿತನದಿಂದ ಕೂಡಿದೆ.	• ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿತನ ರಹಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
• ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತರದಾಯಿಯಾಗಿರುವ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಕೊರತೆಯಿರುತ್ತದೆ.	• ಜನತೆಗೆ ಉತ್ತರದಾಯಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.
• ರಹಸ್ಯ ಹಾಗೂ ನಿಗೂಢತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.	• ನಿಗೂಢತೆರಹಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
• ಸೇವಾಮುಖಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.	• ಜನಮುಖಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.
• ಮೇಲಿನಿಂದ ಕೆಳಕ್ಕೆ-ಕೆಳಗಿನಿಂದ ಮೇಲಕ್ಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹೊಂದಿದೆ	• ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಭೇದಭಾವ ತೋರದೆ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡು ಮುನ್ನಡೆಯುವ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.
• ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೆಟುಕುವುದು ಮತ್ತು	• ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೆಟುಕುತ್ತದೆ,

ಲಭ್ಯವಾಗುವುದು ಕಷ್ಟ.	ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತದೆ.
• ಸಿಬ್ಬಂಧಿ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಖರ್ಚುಗಳ ಅನುಪಾತ ದರ: 85 : 15	• ಸಿಬ್ಬಂಧಿ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಖರ್ಚುಗಳ ಅನುಪಾತ ದರ: 60 : 40
• ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣ ಬಹಳ ಕಡಿಮೆಯಿರುತ್ತದೆ.	• ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಶೇಕಡಾವಾರು ಪ್ರಮಾಣ ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ.
• ಖರ್ಚಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸಿಗುವ ಲಾಭದ ಅನುಪಾತ ದರ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಿರುತ್ತದೆ.	• ಖರ್ಚಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಸಿಗುವ ಲಾಭದ ಅನುಪಾತ ದರ ತೀರಾ ಹೆಚ್ಚಿರುತ್ತದೆ.
• ಸ್ಥಿರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿರ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ.	• ಹಳ್ಳಿಯೊಳಗೇ ಸಂಚಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಘಟಕಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ.
• ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.	• ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
• ಶತಗತಾಯ ನಿಗಧಿತ ಗುರಿ ತಲುಪುವ ಧೋರಣೆಯಿರುತ್ತದೆ.	• ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜನಾತ್ಮಕ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡುತ್ತಾ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವ ಧೋರಣೆಯಿರುತ್ತದೆ.
(ಮೂಲ: ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಜನರ ಕೈಯಲ್ಲಿ, ಎಫ್.ಆರ್.ಸಿ.ಹೆಚ್. ಪುಸ್ತಕ 1993) *(People's Health in People's Hand - FRCH Book, 1993)*	

ದೇಶದಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಗೂ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳು 1990ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಮೊದಲೇ ಅಂದಾಜಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ 1991-92ರಲ್ಲಿ, 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ'ವು (The Community Health Cell - CHC) ಡೆಲ್ಫಿ ಮುಂದಾಲೋಚನಾ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಚಾಲನೆ ಕೊಟ್ಟಿತು. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾಗಿರುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದೂ ಕೂಡ ಈ ಅಧ್ಯಯನದ ಉದ್ದೇಶಗಳ ಒಂದು ಭಾಗವಾಗಿತ್ತು. ಬಹು ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿರುವ ವಿವಿಧ ಅಧ್ಯಯನಶಿಸ್ತುಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ, ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಅಪಾರ ಕಾರ್ಯಾನುಭವಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ ನಲವತ್ತು ಜನರ ತಂಡ ಅತ್ಯಂತ ಪರಿಶ್ರಮಪಟ್ಟು ಮಾಡಿದ ಈ ಅಧ್ಯಯನವು ಅತ್ಯಂತ ನಿಖರವಾದ, ತೀವ್ರವಾಗಿ ಮನಕಲಕುವಂತಹ ಭವಿಷ್ಯವಾಣಿಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಡವಿತು. (ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಈ ಅಧ್ಯಯನ ಹೊರಗೆಡವಿದ ಭವಿಷ್ಯವಾಣಿಗಳನ್ನು ನಿರುತ್ಸಾಹದಾಯಕವಾಗಿವೆಯೆಂದು, ನಿರಾಶೆಹುಟ್ಟಿಸುವಂತಿವೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಾ ಬಹಳ ಸಂಶಯದಿಂದಲೇ ನೋಡಲಾಯಿತು) 1990ರ ದಶಕದ ಅಂತ್ಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ನಂತರದ ಇಪ್ಪತ್ತೊಂದನೇ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶವು ಹೇಗೆ ವಿಕಾಸಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಬಗ್ಗೆ 1991ರಲ್ಲಿ ಡೆಲ್ಫಿ ಮಾಡಿದ ಮುಂದಾಲೋನಾ ಭವಿಷ್ಯವಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಈ ಕೆಳಗಿನಂತಿವೆ:

ಡೆಲ್ಫಿ ಭವಿಷ್ಯವಾಣಿ – 1992

ಮುಂಬರುವ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಬಹಳ ಸಂಕೀರ್ಣವಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕತೆಯನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲಿವೆ. ನಮ್ಮ ಬಡತನ, ಅತ್ಯಂತ ನಿಕೃಷ್ಟ ಶುಚಿತ್ವ, ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಕೊರತೆ ಮತ್ತು ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಸರಗಳಂಥ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮುಂದುವರೆಯುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ನಾವು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಸಮೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಆಧುನಿಕತೆಗಳನ್ನು ಸಾಧಿಸಲಾಗದೇ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತೇವೆ. ಹಳೆಯ ರೋಗಗಳು ಹೊಸ ಹೊಸ ಪ್ರಕಾರಗಳಲ್ಲಿ, ಹೊಸ ಹೊಸ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪುನರಾಗಮನವಾಗುವುದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ ಹೊಸ ಹೊಸ ರೋಗಗಳೂ ಹುಟ್ಟಿ ಬರಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗಗಳ ಈ 'ದುಪ್ಪಟ್ಟು ಭಾರ'ವು ನಮ್ಮ ಸೀಮಿತ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಹುತೇಕ ಭಾಗವನ್ನು ನುಂಗಿಹಾಕುತ್ತದೆ; ನಮ್ಮ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ, ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಂತಹ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮತ್ತು ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ

ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆವಿರ್ಭವಿಸುವ ವಿಶಾಲ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಅಂಶಗಳು ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಬಹಳ ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಅಡ್ಡಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ.

ನಾವು ಮುಂಬರುವ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನಿಭಾಯಿಸಬೇಕಾದ ಬಹಳ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಇಂತಿವೆ:

1. ಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು – ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ರಸಾಯನಿಕೀಕರಣಕ್ಕೊಳಗಾಗುವುದರಿಂದ ಮತ್ತು ಕಲಬೆರಕೆಗಳಿಗೆ ತುತ್ತಾಗುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಸಮಸ್ಯೆ.

2. ಅತಿಸಾರ, ಭೇದಿ, gastroenteritis, ಟೈಫೈಡ್, ಕಾಲರಾ, ಹೆಪಾಟಿಸಿಸ್ ಬಿ ಮತ್ತು ಪ್ಯಾರಾಸಿಟಿಕ್ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಜಲಜನ್ಯ (ನೀರಿನಿಂದ ಬರುವ) ರೋಗಗಳು.

3. ಮಲೇರಿಯ, ಕ್ಷಯ ರೋಗ (tuberculosis), ಕುಷ್ಠ ರೋಗ, kala-azar, ತೀವ್ರ ಉಸಿರಾಟದ ಸೋಂಕುಗಳು ಹಾಗೂ ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವ ಬಾಲ್ಯದ ರೋಗಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವ ರೋಗಗಳು.

4. ಹೃದಯ ರೋಗ, ಅಧಿಕ ಒತ್ತಡ, ಮಧುಮೇಹ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡದ ರೋಗಗಳು.

5. ಏಡ್ಸ್

6. ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತಹ ಎಲ್ಲಾ ಬಗೆಯ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳು, ಮನೋದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಆತ್ಮಹತ್ಯೆಗಳು ಹಾಗೂ ಯೋಚನೆ ಮಾಡಲಾಗದಂತಹ, ನೆನಪು ಸಾಧ್ಯವಿರದಂತಹ ಮೆದುಳಿನ ಸ್ಥಿತಿ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾನಸಿಕ ರೋಗಗಳು.

7. Addictions and substance abuse problems

8. ಅಲರ್ಜಿ, ಅಸ್ತಮಾಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆ ಮಾಲಿನ್ಯದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ರೋಗಗಳು.

9. ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ಅಸಮರ್ಥತೆಗಳು

10. ವೃದ್ಧರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು

11. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ರೋಗಗಳು

12. ಅಫಘಾತಗಳು

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಅನೇಕ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ವಿಚಾರಗಳು ಸೇರಿಕೊಂಡು ಈ ಮೇಲ್ಕಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಸಂಕೀರ್ಣಗೊಳಿಸುತ್ತವೆಯಲ್ಲದೇ ಅವು ಇನ್ನಷ್ಟು ಉಲ್ಬಣಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ:

- ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಪರಿಸರ ಮಾಲಿನ್ಯ ಮತ್ತು ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಇಳಿಯುತ್ತಿರುವ ಪರಿಸರ.
- ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಶೌಚವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು
- ನಗರೀಕರಣ ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಅಥವ ನಗರದ ಬಡವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ನಗರೀಕರಣದ ಪರಿಣಾಮಗಳು
- ಔಷಧೋಪಚಾರದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ನೈತಿಕತೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು
- ಯಥೇಚ್ಛ ಔಷಧಿಗಳ ಭರಾಟೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ತಾರ್ಕಿಕವಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾಶಾಸ್ತ್ರದ ಪಾತ್ರ

- ಅಸಮರ್ಪಕ ಅಕ್ಷರತೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಅಗಾಧವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಸಮಸ್ಯೆ.
- ಸಮಾಜದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವ ಹಿಂಸೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮ

ಮುಂಬರುವ ಹದಿನೈದು ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶವು ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಬ್ಬುಗವಿದಂತೆ, ನಿರುತ್ಸಾಹದಾಯಕವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆಯಬಹುದು; ಆದರೂ ಭವಿಷ್ಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಾಲುಗಳಿಗೆ ಸೃಜನಶೀಲವಾದ, ಬಹು-ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ, ಬಹು-ಶಿಸ್ತುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಹಾಗೂ ಜನರನ್ನಾಧರಿಸಿದ ಪ್ರತಿಸ್ಪಂದನೆಯನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವುದು 'ಭಾರತೀಯ ಕೆಥೋಲಿಕ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ' (CHAI) ಮತ್ತು ಅದರ ಸದಸ್ಯರನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಟನೆಗಳ, ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಎದುರಿಗಿರುವ ಅತ್ಯಂತ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾದ ಬಹುದೊಡ್ಡ ಕೆಲಸವಾಗಿದೆ.

(Seeking the Signs of the Times, 1993)

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅವಿರ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶದ ಬಗ್ಗೆ ಒಂದು ಸ್ಥೂಲ ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ಗ್ರಹಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ "ಭಾರತದ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ"ಯು (Christian Medical Association of India - CMAI) ಜನರ ನಡುವೆ ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಯೋಜನೆಗಳ ರೂವಾರಿಗಳನ್ನು, ಅಕೆಡೆಮಿಕ್ ವಲಯದ ಬುದ್ಧಿಜೀವಿಗಳನ್ನು, ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಮನ್ವಯಾ ಏಜೆನ್ಸಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪರ್ಯಾಲೋಚಕರನ್ನು ಒಂದೆಡೆಗೆ ಕರೆತಂದು 1995ರಲ್ಲಿ ನವದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಂದು ಪರ್ಯಾಲೋಚನಾ ಸಭೆಯನ್ನು ಸಂಘಟಿಸಿತ್ತು. ಈ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡಿದ್ದವರು ಬಡಜನರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ-ಸಾಮಾಜಿಕ-ರಾಜಕೀಯ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ಒಡ್ಡುತ್ತಿರುವ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಜಾಗತೀಕರಣ, ಉದಾರೀಕರಣ ಮತ್ತು ಖಾಸಗೀಕರಣಗಳು ತೋರುತ್ತಿರುವ ಬೆದರಿಕೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದೂ ಯಾವುದೇ ಸಂದೇಹಕ್ಕೆಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡದಂತೆ ಬಹಳ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಹೇಳದರಲ್ಲದೇ 'ಭಾರತದ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿ, ಕಾಳಜಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಎಲ್ಲರೂ ಈ ಸವಾಲನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿ ಎದುರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಿದ್ಧರಾಗಬೇಕೆಂದು ಕರೆ ಕೊಟ್ಟರು.

1990ರ ದಶಕದ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಆರ್ಥಿಕ/ರಾಜಕೀಯ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸವಾಲುಗಳು

ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತವಾದ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣವಾದ ಸಮಾಜಕ್ಕಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಚರ್ಚು ಜನಾದೇಶ ಪಡೆದಿದೆ. ಬಹಳ ವಿಶಾಲ ಅರ್ಥವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಈ ಕಾರ್ಯಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಸಾಧನವಾಗುತ್ತದೆಂದು ನಾವು ನಂಬಿದ್ದೇವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಇಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಡವ ಮತ್ತಷ್ಟು ಮೂಲೆಗೆ ದೂಡಲ್ಪಡುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದಾನೆ, ಮತ್ತುಷ್ಟು ಶೋಷಣೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಲೇ ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದಾನೆ ಎಂಬ ಅರಿವು ನಮಗಿದ್ದು ಒಂದು ಚರ್ಚಾಗಿ ನಾವು ನಮ್ಮ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆಯನ್ನು ಆ ಜನರಿಗೇ ಕೊಡುತ್ತೇವೆ. ಜಾಗತೀಕರಣ, ರಾಚನಿಕ ಸುಧಾರಣೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸಮಾಜದ ಮಾರುಕಟ್ಟೆಕರಣಗಳು ಭಾರತದ ಆರ್ಥಿಕ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕುರಿತ ನೀತಿಗಳ ದಿಕ್ಕನ್ನೇ ಬದಲಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಬಡವರು ಇನ್ನಷ್ಟು ಮೂಲೆಗುಂಪಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಹಿಂದೆಂದಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯ ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ನಮ್ಮ ಚರ್ಚಿನ ನಡುವೆ, ಅದರ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನಡುವೆ, ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ನಡುವೆ ಹಾಗೂ ಇನ್ನೂ ವಿಶಾಲಾರ್ಥದಲ್ಲಿ ಹೇಳಬೇಕೆಂದರೆ ಇಡೀ ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ನಡುವೆ ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಪ್ರಸ್ತುತ ವಾಸ್ತವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನಷ್ಟು ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನಾವು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಿರುವ ತುರ್ತು ಕೆಲಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ

ಬಡಜನರ ಪರವಾಗಿ ತುರ್ತಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಿರುವ ಕೆಲಸಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಕಟಿಬದ್ಧರಾಗಿದ್ದೇವೆ.

ಇಂತಹ ಒಂದು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಅತ್ಯಂತ ತುರ್ತಿನದಾಗಿದೆ:

- ರೋಗನಿವಾರಕ ಇಲಾಖೆಯು ಏಸುಕ್ರಿಸ್ತನು ನಮಗೆ ವಹಿಸಿರುವ ಕರ್ತವ್ಯ ಎಂಬ ವಿಶಾಲ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಆವಿರ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶಕ್ಕೆ ಅದು ತುರ್ತಾಗಿ ಸ್ಪಂದಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಅದಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ಚರ್ಚು, ಅದರ ಭಕ್ತ ಸಮೂಹ, ಹಾಗೂ ಅದರ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸಂವೇದನಾಶೀಲರಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

- ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಕವಲುಗಳೊಂದಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡುಬಡವರಾಗಿರುವ ಜನಸಮೂಹಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಬದುಕಿನ ಮೇಲೆ ಅವು ಬೀರುವ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಲಕ್ಷ್ಯವನ್ನಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಆಳವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದು; ಹಾಗೂ ಈ ಬಡಜನತೆಗೆ ನ್ಯಾಯ ಒದಗಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ಅವರ ಪರವಾಗಿ ನಿಂತು ಬಲವಾಗಿ ಸಮರ್ಥಿಸುವ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಐಕ್ಯಮತ್ಯ ಪ್ರದರ್ಶಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರತಿಸ್ಪಂದಿಸುವುದು.

- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಜನತೆಗೆ ಶಕ್ತಿ–ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ತುಂಬವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಂದು ಜನಾಂದೋಲನವಾಗಿ ರೂಪಿಸುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಅದರ ಅತ್ಯಂತ ವಿಶಾಲವಾದ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು. ಚರ್ಚು ತನ್ನ ಭಕ್ತಸಮೂಹವನ್ನು, ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರನ್ನು ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಸಹಭಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತಿ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಗಾಗಿ ಅಣಿನೆರೆಸುತ್ತದೆ.

<u>ನಾವು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಮೂರು ಹಂತಗಳನ್ನು ಈ ಕೆಳಗೆ ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ.</u>

1. *<u>ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಹಂತ:</u>* ಬಿಡಿಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಿ ನಾವು ನಮ್ಮದೇ ಆದ ವಯಕ್ತಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಸಂಪರ್ಕಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ತತ್ವ ಮತ್ತು ಆಚರಣೆಗಳಿಗೆ ಕಟಿಬದ್ಧವಾಗಿರುತ್ತೇವೆ.
2. *<u>ಸಂಘಟನೆಗಳ ಹಂತ:</u>* ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಈ ಆಲೋಚನೆಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ 'ಭಾರತದ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ' (Christian Medical Association of India - CMAI) ಇನ್ನಿತರ ಸಮಾನಮನಸ್ಕ ಆಸಕ್ತ ಗುಂಪುಗಳೊಂದಿಗೆ, ಜನರೊಂದಿಗೆ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕೆಂದು ನಾವು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುತ್ತೇವೆ.
3. *<u>ಮಾಹಿತಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು:</u>* ಈ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ನಮಗೆ ತಿಳಿಸಬೇಕೆಂದು ನಾವು 'ಭಾರತದ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯನ್ನು ವಿನಂತಿಸುತ್ತೇವೆ. ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ನಾವೂ ನಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಸ್ಪಂದನೆಗಳನ್ನು ಉಳಿದ ಇನ್ನಿತರ ವ್ಯಕ್ತಿ–ಸಂಘಟನೆಗಳ ಜಾಲಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

(CMAI Primary Health Care Consultation – 1995)

1990ರ ದಶಕದ ಬಹುತೇಕ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳ ಕುರಿತ ಆಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಮುಂಚೂಣಿ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸಿದ 'ಭಾರತದ ಸ್ವಯಂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯು (Voluntary Health Association of India – VHAI) ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತಿರುವ ಬೇನೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆಹಚ್ಚಿ ಅವುಗಳ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಭವಿಷ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಾಡಬೇಕಿರುವ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಗಣನೀಯ ಸೇವೆ ಮಾಡಿ ಅಪಾರ ಅನುಭವ ಗಳಿಸಿರುವ ಹೆಸರಾಂತ ಜನರ ಒಂದು ಆಯೋಗವನ್ನು ರಚಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಿರ್ಧರಿಸಿತು. ಹೀಗೆ, "ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ಸ್ವತಂತ್ರ

ಆಯೋಗ"ವು (Independent Commission hon Health in India - ICHI) ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂತು. ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಿಗೂ ಅಧಿಕ ಅವಧಿಯ ಸತತ ಪರಿಶ್ರಮದ ತರುವಾಯ ಈ ವಿಚಾರ ಕುರಿತಂತೆ ಬಹು ಮುಖ್ಯವಾದ ಸ್ವತಂತ್ರ ದಸ್ತಾವೇಜು ಸಿದ್ಧಗೊಂಡಿತು; ಇದರಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಮುನ್ನೂರುಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ಲಭ್ಯವಿರುವ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳ ಹಾಗೂ ದ್ವಿತೀಯ ಹಂತದ ಮಾಹಿತಿಗಳ ಅಧ್ಯಯನ; ಆರೋಗ್ಯ ಕಾಳಜಿಗಳ ಕುರಿತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ವಿಚಾರಣಾ ಸಭೆಗಳು; ಬಹುಮುಖ್ಯ ವಿಷಯಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಂಶೋದನೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಈ ಆಯೋಗ ಮಾಡಿದ ಕೆಲಸವು ಒಳಗೊಂಡಿತ್ತು. 1998ರ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಸಲ್ಲಿಸಲಾದ ICHIನ ಈ ವರದಿಯು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದಿಕ್ಕನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಮುನ್ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಚರ್ಚೆಗೆ ಒಂದು ಬಹುಮುಖ್ಯವಾದ ಕೊಡುಗೆಯಾಗಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಬಡಜನರ ಪರವಾಗಿರುವ, ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಪರವಾಗಿರುವ, ಸಮುದಾಯದ ಪರವಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು (ಇದು ಇಂದಿನ ತುರ್ತು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ) ಬಲವಾಗಿ ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುವಂತಹ ಇನ್ನಷ್ಟು ಶೋಧಿಸಿದ, ಇನ್ನಷ್ಟು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಐಕ್ಯಗೊಳಿಸಿ ಹೆಣೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ವರದಿಯೊಂದನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ICHI ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಂಡಿತಾದರೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಅತ್ಯಂತ ಸರಳೀಕೃತ ಜೈವಿಕ ವೈದ್ಯಮಾದರಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಅತೀವ ಕಳವಳವನ್ನಂತೂ ಖಂಡಿತಾ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿತು; ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಸಮುದಾಯದ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಅಗತ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ನಮ್ಮ 'ಪಾರಂಪರಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ'ಲ್ಲಿ ಆಳವಾಗಿ ಬೇರೂರಿರುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆಯೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಒತ್ತು ನೀಡಿತು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ಸ್ವತಂತ್ರ ಆಯೋಗ - 1998

Independent Commission on Health in India - ICHI)

ಅತ್ಯಂತ ಸಂಕುಚಿತವಾಗಿರುವ, ಸರಳೀಕೃತವಾಗಿರುವ ತಥಾಕಥಿತ ಪ್ರಬಲ ಜೈವಿಕ-ವೈದ್ಯ ಮಾದರಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಆಚೆಗೆ ಹೋಗಿ ಮಾನವನನ್ನು ಕೇಂದ್ರವನ್ನಾಗಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಮಗ್ರ ದೃಷ್ಟಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಮಾದರಿಯ ಕಡೆಗೆ ನೋಡಬೇಕಿದೆ. ಆಧುನಿಕ ಅಲೋಪಥಿಕ್ ವೈದ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ಪಾರಂಪರಿಕ ವೈದ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಒಂದು ಮತ್ತೊಂದರ ಒಳನೋಟಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸುತ್ತಾ, ಫಲವತ್ತುಗೊಳಿಸುತ್ತಾ ಅವೆರಡರ ನಡುವೆ ಬಹಳ ಶಿಸ್ತುಬದ್ಧವಾದ, ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಯುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ.

ಒಂದು ದೇಶದ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಅದರ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಜೆಗಳ, ಸಮುದಾಯಗಳ ಮತ್ತು ಅವು ವಾಸಿಸುವ ವಸತಿ ನೆಲೆಗಳ ಆರೋಗ್ಯದ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತವೇ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ಒಂದು ದೇಶದ ಎಲ್ಲಾ ಜನತೆ, ಸಮುದಾಯಗಳು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಂಡಾಗ ಮಾತ್ರವೇ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ದೇಶವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವ ಗುರಿ ಮುಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಕಳೆದ ಐದು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಸಂಸತ್ತು, ವಿಧಾನಸಭೆ, ಮಂತ್ರಿ ಮಂಡಳ, ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿ ಮತ್ತು ಪಕ್ಷದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕರು - ಈ ಐದು ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೇಲೆ ಆಧಾರಪಟ್ಟಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಹಾದಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಪ್ರಭುತ್ವ ಮತ್ತು ಸಮಾಜದ ನಡುವೆ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ಮಾಡುವ, ಸಮನ್ವಯ ಸಾಧಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಇರದಿದ್ದರೆ ಪ್ರಭುತ್ವಕ್ಕೆ ಒಂದು ತಳಹದಿಯೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ; ಹಾಗಾಗಿ, ಅದು ಜನರ ಕೈಗೆ ಎಟುಕದಂತೆ ದೂರವಿರುತ್ತದೆ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಜನರ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವ ಸಂವೇದನೆಯನ್ನೂ ಕಳೆದುಕೊಂಡುಬಿಡುತ್ತದೆ. ಇಡೀ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಒಂದಲ್ಲಾ ಒಂದು ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ನಮ್ಮ ಪಾರಂಪರಿಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ಸಮುದಾಯಗಳ ಮುಂದೊಡಗುಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಆಳವಾಗಿ ಬೇರೂರಿಲ್ಲದಿರುವುದು ದುರಾದೃಷ್ಟಕರ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಶತಶತಮಾನಗಳಿಂದ ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳೊಂದಿಗೆ ಬೆಳೆದುನಿಂತಿರುವ ನಮ್ಮ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮನೋಧರ್ಮಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ನಮ್ಮನ್ನು ನಾವು ಹೊಂದಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಬಹಳ ಸುಲಭವಾಗಿ ಸಾಧಿಸಿಬಿಡಬಹುದು; ಇದನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಿದರೆ ಅಥವ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿ ಬದಿಗೊತ್ತಿದರೆ ಅದು ತನ್ನ ನೆಲೆಯನ್ನು, ತನ್ನ ಬೇರುಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕೊನೆಗೆ ಸತ್ವವನ್ನೇ ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಚೈತನ್ಯರಹಿತವಾಗಿಬಿಡುತ್ತದೆ.

(ICHI ವರದಿಗೆ ಅಲೋಕ್ ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯ ಅವರು ಬರೆದ ಮುನ್ನುಡಿಯಿಂದ ಆಯ್ದ ಭಾಗಗಳು)

ದೇಶದಲ್ಲಿ ಹುಟ್ಟಿಬರುತ್ತಿರುವ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿ'ಯನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿರುವ ಇತ್ತೀಚಿನ ಎರಡು ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ಎಂದರೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯಲ್ಲಿ ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿರುವ 'ಪ್ರಜಾ ಚಳವಳಿಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮೈತ್ರಿಕೂಟ' (National Alliance of Peoples Movement - NAPM) ಮತ್ತು ಅಖಿಲ-ಭಾರತ ಪ್ರಜಾ ವಿಜ್ಞಾನ ಜಾಲ (All India Peoples Science Network - AIPSN). ಆವಿರ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಈ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯಾದರೂ ಏನು?

ಪ್ರಜಾ ಚಳವಳಿಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮೈತ್ರಿಕೂಟ - 1996
(National Alliance of Peoples Movement - NAPM)

'ಪ್ರಜಾ ಚಳವಳಿಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮೈತ್ರಿಕೂಟ'ವು ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ವಿದ್ಯಮಾನವಾಗಿದೆ. ಸಹಭಾಗಿ ಸಂಘಟನೆಗಳ, ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಒಂದು ಒಕ್ಕೂಟವಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮುವುದಕ್ಕೆ ಅದು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅದೊಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜನಮುಖಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಾದರಿಯನ್ನು ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬದುಕಿನ ಕೇಂದ್ರ ಸ್ಥಾನಕ್ಕೆ ತರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಹೋರಾಡುತ್ತಿರುವ ಸಮಾನ ಮನಸ್ಕ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಮತ್ತು ಚಳವಳಿಗಳು ತಮ್ಮ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯನ್ನು, ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಗುರುತನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಒಂದು ವೇದಿಕೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗೂಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ. ಎಲ್ಲರೂ ಒಪ್ಪಬಹುದಾದ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸೈದ್ಧಾಂತಿಕ ಸಾಮಾನ್ಯತೆ ಮತ್ತು ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಒಗ್ಗೂಡುವ ಅಂತಹ ಒಂದು ಮೈತ್ರಿಕೂಟವು ಬಲಿಷ್ಠವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಶಕ್ತಿಯ ಉಗಮಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಆ ಮೂಲಕ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾಂದೋಲನದ ಹುಟ್ಟಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಲ್ಲದು.

1996ರಲ್ಲಿ ವಿಕಾಸಗೊಂಡು ಆವಿರ್ಭವಿಸಿದ ಪ್ರಜಾ ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಯು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ:

"ಘನತೆಯಿಂದ ಬದುಕುವ ಜನರ ಹಕ್ಕು ಸರ್ವಶ್ರೇಷ್ಠವಾದುದೆಂದು ನಾವು ನಂಬುತ್ತೇವೆ. ಬಡತನ, ಬದುಕಿನ ಆಧಾರಗಳ ನಾಶ ಮತ್ತು ನಿರುದ್ಯೋಗವನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹೋರಾಡಲು ನಾವು ಕಟಿಬದ್ಧರಾಗಿದ್ದೇವೆ. ಜನರನ್ನು ಹೊರಗಿಡುವಂತಹ, ಅವರ ಜೀವನಾಧಾರಗಳನ್ನು ಅವರಿಂದ ಕಸಿಕುಕೊಳ್ಳುವಂತಹ, ಬೆಲೆಗಳು ಸುರುಳಿಯಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಮೇಲೇರುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ, ನಿರುದ್ಯೋಗವನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಬದುಕನ್ನು ಶ್ರೀಮಂತಗೊಳಿಸಲು ಕೊಡುಗೆ ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ಜನರ ಮಾನವ-ಅಂತಃಸ್ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ತಡೆಯುವ ಎಲ್ಲಾ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಾವು ಬಲವಾಗಿ ವಿರೋಧಿಸುತ್ತೇವೆ. ಸಮಾಜದ ಎಲ್ಲಾ ಸದಸ್ಯರೂ ಘನತೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ಭೀತಿಯಿಂದ ಬದುಕುವುದಕ್ಕೆ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿ ನೀಡುವ ನೈತಿಕ, ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತ ಮತ್ತು ಬಹುಕಾಲ ಉಳಿಯಬಲ್ಲ ಸಮಾಜವೊಂದನ್ನು ಕಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಶ್ರಮಿಸುತ್ತೇವೆ.....

"ಪರಸ್ಪರ ಗೌರವ ಮತ್ತು ಪರಸ್ಪರ ಬದುಕಿನ ಕಾಳಜಿಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ನಿಂತ ಮಾನವೀಯತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ, ಎಲ್ಲರನ್ನೂ ಒಳಗೊಳ್ಳುವ ಹಾಗೂ ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವಾದ ಸಮಾಜವೊಂದನ್ನು ಕಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ದೃಢ ನಿಶ್ಚಯ ಮಾಡಿದ್ದೇವೆ. ಸಾದಗಿ (ಸರಳ ಜೀವನ) ಎಂಬುದು ಕೇವಲ ಒಂದು ಆದರ್ಶ ಕನಸು ಮಾತ್ರ ಅಲ್ಲ. ಸಮಾನತೆ ಸಾಧಿಸಬೇಕೆಂದರೆ ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವು ಸಮಾನವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೆಯಾಗಬೇಕೆಂದರೆ ಆಹಾರ, ಬಟ್ಟೆ, ವಸತಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣಗಳಂಥ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಸರ್ವರಿಗೂ ಖಾತ್ರಿಯಾಗಿ ನೀಡುವಂತಹ ಲಭ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಬಹಳ ವಿವೇಚನೆಯಿಂದ ಬಳಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮಿತಿಮೀರಿದ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಖರ್ಚುಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ವ್ಯರ್ಥ ಬಳಕೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದರಿಂದ ಮಾತ್ರವೇ ಹಾಗೂ ಭೌತಿಕ ಸಂಪತ್ತಿಗಲ್ಲದೇ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆಗೆ ಮತ್ತು ನಿಸ್ವಾರ್ಥ ಮಾನವೀಯತೆಗೆ ಮೌಲ್ಯ ಕೊಟ್ಟಾಗ ಮಾತ್ರವೇ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ....."

ಈ ಹೊಸ ಬೆಳವಣಿಗೆಯು ಅಧಿಕಾರ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯ ಬೆಂಬಲದೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರಿಂದ ಜನರಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸಿದ್ದು ಬಹುದೊಡ್ಡ, ಮಹ್ವಪೂರ್ಣ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗಿದ್ದು ಅದಕ್ಕೆ ಬೃಹತ್ ಅಂತಃಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿದೆ.

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಇನ್ನೊಂದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಎಂದರೆ "ಅಖಿಲ-ಭಾರತ ಪ್ರಜಾ ವಿಜ್ಞಾನ ಜಾಲ"ದ (AIPSN) ವಿಕಾಸಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿ. AIPSN ಕಾರ್ಯಜಾಲವು ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ವಿಜ್ಞಾನದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾಳಜಿಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಮುಂಚೂಣಿ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ಸಮಿತಿಯು ಆಗಸ್ಟ್ 15ರಂದು, ಭಾರತದ ದೇಶದ ಐವತ್ತನೇ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಮಹೋತ್ಸವದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ಹೊರತಂದ "ಬದುಕುವುದು ಮತ್ತು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವುದು – ಇವುಗಳ ನಡುವೆ" (Between Living and Surviving) ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಪುಸ್ತಿಕೆಯು ಬಹಳ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ, ಬಹಳ ಸರಳವಾಗಿ ಹಾಗೂ ಬಹಳ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿಯನ್ನು ನಿಷ್ಕೃಷ್ಟವಾಗಿ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿದೆ. 1993ರ "ವಿಶ್ವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವರದಿ"ಯು (World Development Report) ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಹೇಗೆ ವಿರೂಪಗೊಳಿಸಿದೆಯೆಂಬುದನ್ನು ಬಹಳ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬಯಲುಗೊಳಿಸಿದೆ; ಮಾತ್ರವಲ್ಲ ಈ ವಿರೂಪವನ್ನು ಪ್ರತಿರೋಧಿಸಲು ಸಮೂಹ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಹೋರಾಟ ನಡೆಸಬೇಕೆಂದೂ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾಪಿಸಲು ಒಂದು ಜನಾಂದೋಲ ರೂಪಿಸಬೇಕೆಂದೂ ಕರೆಕೊಟ್ಟಿದೆ.

ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕ್ ವರದಿಯ ಸಾದೃಶ್ಯತೆ

ಮೂಲಭೂತ ಮಾನವ ಹಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ – ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆ, 2978	ಸುರಕ್ಷಾ ಕವಚವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ – ವಿಶ್ವಬ್ಯಾಂಕ್ ವರದಿ, 1993
1. ಸಮಗ್ರ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯವು 'ಉತ್ತೇಜನಾಕಾರಿ, ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ, ಗುಣಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಮರುಸ್ಥಾಪನಾತ್ಮಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಾ ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಮುದಾಯದ ಪ್ರಮುಖ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತದೆ.'	1. ಆಯ್ದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ: ಇದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕೇಂದ್ರವು ಬಹುಮುಖ್ಯವೆಂದು ಗುರುತಿಸಿರುವ ಆರು ಕ್ಷೇತ್ರಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುತ್ತದೆ.
2. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವೋ ಅಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಜನರ ಬಳಿ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವಂತಹ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ.	2. ಬಹುತೇಕ ಗುಣಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಖಾಸಗೀ ಕ್ಷೇತ್ರವು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ
3. ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೇಲೆ ಒತ್ತು: ಅಂತರ್‌ಕ್ಷೇತ್ರೀಯ ಸಂಬಂಧಗಳು (ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ನಡುವೆ – ಅಸು), ಸಮಾನತೆ, ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳು ಮತ್ತು ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ	3. ನಿಗಧಿತ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಸಾಧನಗಳ ಮೂಲಕ ರೋಗವನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು. ಎಷ್ಟು ಸಾವುಗಳುಂಟಾಗುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲಾಯಿತು ಎಂಬ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಅಳೆಯುವುದು.
4. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಯೋಜನೆ ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ, ಅದನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಜನರು ಬಿಡಿ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ ಹಾಗೂ ಒಂದು ಸಾಮೂಹಿಕ ಸಮಷ್ಠಿಯಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವ ಹಕ್ಕನ್ನು, ಕರ್ತವ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.	4. ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಬಹುದು ಎಂಬುದನ್ನು ಪ್ರಭುತ್ವವು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಅಂತಹ ರೋಗಗಳ ಮೇಲಷ್ಟೇ ಗಮನ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸುವುದು (ಇದರಿಂದ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು)

- ಬಡತನ ವಿರುದ್ಧದ ಹಾಗೂ ಸಂಪತ್ತು–ಅಧಿಕಾರಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಮಾನತೆಗಳ ವಿರುದ್ಧದ ಅಭಿಯಾನಗಳು.

- *ಉತ್ತಮ ಬದುಕುವ ಪರಿಸರಕ್ಕಾಗಿನ ಅಭಿಯಾನ:* ಪರಿಸರ ಚಳವಳಿಗಳು, ಉತ್ತಮ ವಸತಿಗಾಗಿನ ಚಳವಳಿಗಳು, ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಶೌಚಾಲಯ ಮುಂತಾದ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗಾಗಿನ ಚಳವಳಿಗಳು.

- *ಕೆಲಸದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗಾಗಿನ ಅಭಿಯಾನ:* ಉತ್ಪಾದನಾ ಶಕ್ತಿಗಳ ಮೇಲಿನ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರೀಕರಣಗೊಳಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರುವ ಚಳವಳಿಗಳು.

- ಪುರುಷಾಧಿಪತ್ಯ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ತಾರತಮ್ಯಗಳ ವಿರುದ್ಧದ ಅಭಿಯಾನಗಳು: ಮಹಿಳಾ ಚಳವಳಿಗಳು ಮತ್ತು ಮಹಿಳಾವಾದಿ ಚಳವಳಿಗಳು ಹಾಗೂ ಮಹಿಳೆಯರ ವಿರುದ್ಧದ ತಾರತಮ್ಯವನ್ನು ಹಾಗೂ ಜಾತಿ, ಜನಾಂಗೀಯತೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವ ತಾರತಮ್ಯಗಳನ್ನು ವಿರೋಧಿಸುವ ಇನ್ನಿತರ ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕ ಚಳವಳಿಗಳು.

- ಇಂದಿನ ಒಪ್ಪಿತ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು, ರೂಢಿಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಪದ್ಧತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಶ್ನಿಸುವ ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಚಳವಳಿಗಳು.

- ಕಡು ಬಡತನದಲ್ಲಿ ಬೇಯುತ್ತಿರುವ ಹಾಗೂ ತೀವ್ರವಾಗಿ ದಮನಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುವ ಮಾನವನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕಂಡು ಬೇಗುದಿಯಿಂದ ಕಡುಸಂಕಟಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುವ, ಆದರೂ ಆಶಾವಾದಿಯಾಗಿರುವ ಚಳವಳಿಗಳು.

- ವಿಶಾಲ ಸಾರ್ವಭೌಮತ್ವಕ್ಕಾಗಿನ ಚಳವಳಿಗಳು; ಇದರಿಂದ ಭಾರತದ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿಗಳು ಭಾರತದಲ್ಲೇ ನಿರ್ಧಾರವಾಗುತ್ತವೆಯೇ ಹೊರತು ***ವಿಶ್ವ ಬ್ಯಾಂಕಿನ*** ಹಿಂಬದಿಯ ಕೊಠಡಿಗಳಲ್ಲಲ್ಲ....."

* * * * *

COM H-11.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ

ಹೊಸ ಮಾದರಿಯೊಂದರ ಹುಡುಕಾಟ

'ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಕೇವಲ ರೋಗ ಇಲ್ಲದಿರುವಿಕೆ ಅಥವ ದೇಹದೌರ್ಬಲ್ಯದಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುವುದು ಎಂದಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, ಬದಲಿಗೆ ಅದು ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ'
ಎಂದು ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು 1968ರಲ್ಲಿ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಟನೆ (WHO) ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿದೆ. ಈ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವು ಬಿಡಿ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕೇಂದ್ರವನ್ನಾಗಿಗಟ್ಟುಕೊಂಡಿದ್ದು ಇದನ್ನೇ ನಾವು ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೂ ಬಹಳ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅನ್ವಯಿಸಿ ವಿವರಿಸಬಹುದು. ಈ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂದರೆ ಒಂದು ಸಮುದಾಯ ಹಾಗೂ ಅದರ ಸದಸ್ಯರೆಲ್ಲರ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಎಂದು ಅರ್ಥೈಸಬಹುದು.

ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸುಪ್ರಸಿದ್ಧ ಭಾರತೀಯ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕವು (ಪಾರ್ಕ್ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ ಎಂದೇ ಸುಪ್ರಸಿದ್ಧವಾಗಿರುವ) ಬಿಡಿ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ಸಮುದಾಯದೆಡೆಗಿನ ಈ ಪರಿವರ್ತನೆಯನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ಚೆನ್ನಾಗಿ ವಿವರಿಸುತ್ತದೆ: *"ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಕಲೆ ಎಂದಷ್ಟೇ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಔಷಧೋಪಚಾರ ಕ್ರಿಯೆ ಇಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಮಾಜವೊಂದರ ಜನತೆಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವಂಥ, ಪುನರ್‌ಸ್ಥಾಪಿಸುವಂಥ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವಂಥ ಎಲ್ಲಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿದೆ. ಎಲ್ಲಿ ಇಂಥ ಒಂದು ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿ ಔಷಧಿ ಎಂದರೆ ಫಿಜಿಷಿಯನ್‌ನ ಕ್ರಿಯೆ ಎಂದಷ್ಟೇ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ, ಬದಲಿಗೆ ಅದನ್ನು ದಾಟಿದ ವಿಶಾಲ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಅರ್ಥ ಇರುತ್ತದೆ; ಅದನ್ನು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ'ವೆಂಬುದಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ."*

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈ "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಎಂಬ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗೆ ಬಹಳ ವಿಶೇಷ ಮಹತ್ವವಿದೆ. ಏಕೆಂದರೆ, ಹಲವು ದಶಕಗಳ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ 'ಸರ್ವರಿಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಹೊಸ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಜನಪ್ರಿಯಗೊಳಿಸಿದ ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆಗಿಂತಲೂ ಮುಂಚೆಯೇ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪ್ರತಿಪಾದಕರಿಗೆ, ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಮತ್ತು ಯೋಜನೆ ರೂಪಕರಿಗೆ "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಎಂಬುದು ಒಂದು ದೃಷ್ಟಿಕೋನವಾಗಿದೆ, ಒಂದು ಪರಿಭಾಷೆಯಾಗಿದೆ, ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ, ಒಂದು ಆಲೋಚನೆಯಾಗಿದೆ, ಅಷ್ಟು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ ಅವರಿಗೆ ಅದೊಂದು ಸಿದ್ಧಾಂತವಾಗಿದೆ. ಹಲವಾರು ಸಮಾನ ಮನಸ್ಕ ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ, ಅದರಲ್ಲೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಅಕೆಡೆಮಿಕ್ ಮತ್ತು ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ಗುಂಪುಗಳಲ್ಲಿ 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ' ಎಂಬುದನ್ನು 'ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ' ಹಾಗೂ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳಿಗೆ ಸಂವಾದಿಯಾಗಿ, ಸಮಾನಾರ್ಥಕವಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬುದು 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ' ಮತ್ತು 'ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ'ಗಳಿಗಿಂತ ವಿಶಾಲವಾದುದು ಎಂಬುದು ನಮ್ಮ ನಂಬಿಕೆಯಾಗಿದೆ. 'ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯ' ಪತ್ರಿಕೆಯ ಈ ವಿಶೇಷ ಸಂಚಿಕೆಗಾಗಿನ ಈ ವಿಶೇಷ ಮುಖಪುಟ ಲೇಖನಕ್ಕೆ *"ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ: ಹೊರ ಮಾದರಿಯೊಂದರ ಹುಡುಕಾಟ"* ಎಂಬ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದ್ದು ಇದರಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ನಾವು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಂತೆ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ 'ಪರಿಕಲ್ಪನೆ' ಮತ್ತು 'ದೃಷ್ಟಿಕೋನ'ಗಳು ವಿಕಾಸ ಹೊಂದುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕರಿಸಿದ ಕೀಲಕ ದಸ್ತಾವೇಜುಗಳು, ಮುಂದೊಡಗುಗಳು ಹಾಗೂ ಘಟನಾವಳಿಗಳ ಗುರುತುಗಳನ್ನು ಚಾರಿತ್ರಿಕವಾಗಿ ಒಂದಾದ ಮೇಲೆ ಒಂದರಂತೆ (ಅದು ದಿನಾಂಕವಾರು ಕ್ರಮಗತಿಯಲ್ಲೇ ಇರಬೇಕೆಂದೇನೂ ಇಲ್ಲ) ಅವಲೋಕಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯರನ್ನು, ನರ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು, ಶಿಕ್ಷಕರನ್ನು, ಮುಂದಾಲೋಚಕರನ್ನು ಹಾಗೂ ನಾಗರಿಕರನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿಗಳು, ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಔಷಧೀಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳು, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಅತ್ಯುನ್ನತ ರೋಗಪತ್ತೆ ವಿಧಾನಗಳು ಮುಂತಾದವುಗಳ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆಯೇ ನಿಂತಿರುವ ಜೈವಿಕ-ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಆಚೆಗೆ ಕರೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗಿ ಸಮುದಾಯ ಕೇಂದ್ರಿತವಾದ, ಸಮುದಾಯೋನ್ನತಿಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹೊಂದಿರುವ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದ ಮೇಲೆಯೇ ಆಧಾರಪಟ್ಟಿರುವ 'ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯ'ವನ್ನು ಅವರಿಗೆ ತೋರಿಸುವ ಒಂದು ಯಾತ್ರೆಯನ್ನಾಗಿ ಅಥವ ಒಂದು ಪ್ರಯಾಣವನ್ನಾಗಿ ಈ ಲೇಖನವನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ನಾವು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ; ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಸೂಕ್ತ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳು, ಆರೋಗ್ಯ

ಜಾಗೃತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು, ಪಾರಂಪರಿಕ ರೋಗನಿವಾರಣಾ ಪದ್ಧತಿಗಳೊಂದಿಗಿನ ಸಂವಾದಗಳು ಹಾಗೂ ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಗಳು ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮೇಲೆ ಒತ್ತುನೀಡಿರುವ 'ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯ'ದ ಕಡೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ಯಾತ್ರೆ ಅಥವ ಪ್ರಯಾಣವನ್ನಾಗಿ ಈ ಲೇಖನವನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ; ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇದು ಆರೋಗ್ಯ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವಂಥ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ-ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ-ರಾಜಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಾಗಿನ ಒಂದು ಹೋರಾಟವಾಗಿದೆ.

'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ'ಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ದಿಕ್ಕುತೋರಿಸಿದ 1946ರ ಚಾರಿತ್ರಿಕ ಭೋರೆ ಸಮಿತಿಯ ವರದಿಯೊಂದಿಗೆ (ಆರೋಗ್ಯ-ಸರ್ವೇಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿ ವರದಿ ಎಂದೂ ಇದನ್ನು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ) ನಮ್ಮ ಈ ಪ್ರಯಾಣವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸೋಣ. ಅಸಲಿಗೆ, ಭಾರತ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಮುಂಚೆಯಷ್ಟೇ ಬಂದ ಈ ವರದಿಯೇ ನಮ್ಮ ದೇಶದ 'ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ'ಯ ಮೂಲ ನೀಲನಕ್ಷೆಯನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಟ್ಟದ್ದು. ಭೋರೆ ಸಮಿತಿಯು ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅದರ ಆರ್ಥಿಕ ವಾಸ್ತವಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯುತ್ತಮವಾಗಿ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗುವಂಥ ಸಂಭವನೀಯ 'ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ'ಯ ಬಗ್ಗೆ ವಸ್ತುನಿಷ್ಠ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಯಥೇಚ್ಛ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದೆ; ಜೊತೆಗೆ, 'ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದು' ಸ್ವಸಹಾಯದ ಸ್ಫೂರ್ತಿಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು ಹಾಗೂ 'ಜನರ ಸಕ್ರಿಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವುದು' – ಇವು ನಮ್ಮೆಲ್ಲಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುವಾಗಿರಬೇಕು ಎಂದು ಭೋರೆ ಸಮಿತಿ ಒತ್ತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮುನ್ನೋಟಗಳು (1946)

"ಸ್ಥಳೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಜನರ ಸಕ್ರಿಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯಿಲ್ಲದೇ ಯಾವುದೇ ಶಾಶ್ವತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿಯೇ ನಾವು ಪ್ರತೀ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲೂ ಆಯಾ ಹಳ್ಳಿಯ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಜನಸಂಖ್ಯೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಐದರಿಂದ ಏಳು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ 'ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿ'ಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಬೇಕೆಂದು ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ್ದೇವೆ. ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರೇ ಆಗಿರುವ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರು ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿಯ ನಂತರ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಧಾರೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ನೆರವಾಗಬಲ್ಲರು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಯೋಜಿಸಲಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜನರು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಮುನ್ನುಗ್ಗಿ ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತರಾಗುವಂತೆ ಜನರನ್ನು ಪ್ರೇರೇಪಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರ ಸ್ಥಳೀಯ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಜನರೊಂದಿಗಿನ ಅವರ ಅವಿನಾಭಾವ ಒಡನಾಟ ಅವರನ್ನು ಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕು. ಹಣಕಾಸಿನ ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಸಾಧುವಲ್ಲದ, ಕೈಗೆಟುಕದ ಕ್ರಮಗಳು ಎಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ಇನ್ನಿತರ ಅನೇಕ ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನೂ ಕೂಡ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹಣದ ಪ್ರತಿಫಲಾಪೇಕ್ಷೆಯಿಲ್ಲದೇ ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರು ಸಮರ್ಥರಾಗಿರಬೇಕು. *ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೊಂದು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಬೇಕಾದರೆ ಆರೋಗ್ಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಜನರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗನುಗುಣವಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಿರುವುದು ಎಷ್ಟು ಮುಖ್ಯವೋ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಬೇಕಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಸ್ವಸಹಾಯ ಸ್ಫೂರ್ತಿಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಬೇಕಿರುವುದೂ ಅಷ್ಟೇ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ"*

– ಆರೋಗ್ಯ-ಸರ್ವೇಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಸಮಿತಿ

(ಭೋರೆ ಸಮಿತಿ) 1946

ಬ್ರಿಟೀಷ್ ಆಡಳಿತಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಭಾರತದ ಎಲ್ಲಾ ಸ್ಥಳಗಳ ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೂ, ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ತಲುಪಿರಲಿಲ್ಲ. ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯಾ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಅಂಥ ಕೈಗೆಟುಕದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತಲುಪಿಸುವಂತಹ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ದೇಶದಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು. ಅದರೊಂದಿಗೆ, ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಘಟಕ ಎಂಬ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯೂ ವಿಕಾಸ ಹೊಂದುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು; ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದೊಂದು 'ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಘಟಕ'ದ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ

ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಮಹಿಳೆ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ' ಎಂಬ ಆಲೋಚನೆಯೂ ವಿಕಾಸ ಹೊಂದಿತು.

ಮುದಲಿಯಾರ್ ವರದಿಯು (ಅದನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ-ಸರ್ವೇಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಯೋಜನಾ ವರದಿ ಎಂದೂ ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ) 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ'ದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತುಕೊಟ್ಟು, ಅದರ ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತು ಸಂರಚನೆಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಸ್ಥೂಲ ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದೆ; ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಹಾರದೊಂದಿಗೆ ಗಾಢವಾಗಿ ಮಿಳಿತಗೊಂಡ ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬುನಾದಿ ಹಾಕಬೇಕಿರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಅದು ಒತ್ತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ; ಹಾಗೂ ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ತಮ್ಮಿಂದ ಮೊದಲ್ಗೊಂಡು ಇಡೀ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದಾದ ಅಂಥ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮತ್ತು ಮುಂದೊಡಗಿನ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳುತ್ತದೆ.

ಮುದಲಿಯಾರ್ ವರದಿ – 1961

"ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಘಟಕದ ಕೇಂದ್ರ ಕಚೇರಿಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವೇ ನಾಭಿ ಬಿಂದುವಾಗಿದ್ದು ಅಲ್ಲಿಂದಲೇ ನಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಿರುವ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹೊರಹೊಮ್ಮುತ್ತವೆ. ಈ ಅಲ್ಪಕಾಲೀನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಯೊಂದೂ ಘಟಕದಲ್ಲೂ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಎಂದರೆ: ಇಬ್ಬರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಕೇಂದ್ರದ ಹೊರಗೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನಾಲ್ಕು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನರ್ಸ್‌ಗಳು, ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಒಬ್ಬ ನರ್ಸ್, ನಾಲ್ಕು ಹೆರಿಗೆ ಸಹಾಯಕಿಯರು, ನಾಲ್ಕು ತರಬೇತುಗೊಂಡ ದಾಯಿಯರು (ಅಗತ್ಯವಿರುವಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯ ನರ್ಸ್‌ಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗುವ ತನಕ ಇದೊಂದು ಮಧ್ಯಂತರ ಕ್ರಮವಷ್ಟೆ), ಇಬ್ಬರು ಶೌಚಾಲಯ ಪರಿವೀಕ್ಷಕರು, ಇಬ್ಬರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕರು, ಇಬ್ಬರು ಗುಮಾಸ್ತರು,... ಹಾಗೂ ಒಬ್ಬ ಫಾರ್ಮಾಸಿಸ್ಟ್. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಘಟಕದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವ ಇಡೀ ಪ್ರದೇಶವು ಈ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿರುತ್ತದೆಯಾದರೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನರ್ಸ್‌ಗಳು, ಹೆರಿಗೆ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮತ್ತು ತರಬೇತುಗೊಂಡ ದಾಯಿಯರನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಉಳಿದಂತೆ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಘಟಕದ ಕೇಂದ್ರ ಕಚೇರಿಯಲ್ಲೇ ಇರಬೇಕು. ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ದಾದಿಯರ, ಹೆರಿಗೆ ಸಹಾಯಕಿಯರ ಹಾಗೂ ತರಬೇತುಗೊಂಡ ದಾಯಿಯರ ಸೇವೆ ಎಲ್ಲೆಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯವಿದೆಯೋ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಅವರ ಸೇವೆ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ, ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವ ಹಾಗೆ ಅವರನ್ನು ವಿಭಿನ್ನ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ನಿಯೋಜನೆಗೊಳಿಸಿರಬೇಕು.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವು ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಲಸದ ಅಡಿಪಾಯದ ಮೇಲೆಯೇ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಹಾರ ಕುರಿತ ಆಡಳಿತ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ನಿಕಟ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಅದು ಮುಂದುವರೆಯಬೇಕೆಂದೂ ನಾವು ಭಾವಿಸುತ್ತೇವೆ. ರೋಗ ಬರದಂತೆ ತಡೆಯುವ ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಕೆಲಸದ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರವಷ್ಟೇ ರೋಗ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿನ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಆದ್ದರಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಘಟಕಗಳು ರೋಗ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಹಾಗೂ ರೋಗ ಬರದಂತೆ ತಡೆಯುವ ಎರಡೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕು.

ನಾವು ತಾಯ್ತನ ಹಾಗೂ ಮಕ್ಕಳ ಯೋಗಕ್ಷೇಮದ ಕೆಲಸವನ್ನೇ ನಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರಿಸಿದ್ದೇವೆ. ಹತ್ತು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳು ಹಾಗೂ ಬಸಿರು, ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಪುನರುತ್ಪಾದನೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರತೀ ವರ್ಷ ತಡೆಯಬಹುದಾದ ಸಾವುಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದರ ಬಗ್ಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ಗಮನ ಸೆಳೆಯಲಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಈ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜನವಿಭಾಗದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಮೇಲೆ ತುರ್ತಾಗಿ ಗಮನವಹಿಸಿ ಪರಿಹರಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದು ನಮ್ಮ ಪ್ರಧಾನ ಆದ್ಯತೆಯ ಕೆಲಸವಾಗಿದೆ. ಮುಂದುವರಿದು ಹೇಳಬೇಕೆಂದರೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಪ್ರಗತಿಶೀಲವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಬೇಕೆಂದರೆ ಜನರು ಶುಚಿಯಾದ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಅದನ್ನು ಸಾಧಿಸಬೇಕೆಂದರೆ ಜನರಿಗೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲೀನ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಸಿಗಬೇಕೆಂದರೆ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಈ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯೆ, ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ನರ್ಸ್ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆ ಸಹಾಯಕಿಯರು ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ತಮಗಿರುವ ವಿಸ್ತೃತ ಸಂಪರ್ಕ ಜಾಲವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದೇಶವನ್ನು ಮನೆಮನೆಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯಬಲ್ಲರು."

ಆರೋಗ್ಯ-ಸರ್ವೇಕ್ಷಣೆ ಮತ್ತು ಯೋಜನಾ ಸಮಿತಿ

(ಮುದಲಿಯಾರ್ ವರದಿ)

1960ರ ದಶಕದ ಕೊನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ'ಗಳ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಜನರನ್ನೂ ತಲುಪುತ್ತಾ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುವಾಗಿ ಹೊರಹೊಮ್ಮುತ್ತದೆ ಎಂದು ಒಂದು ರೀತಿಯ ಭ್ರಾಂತಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಯಿತು; ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನದ ಕೆಲಸ ಮಾತ್ರ ಇಳಮುಖಗೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತಲ್ಲದೆ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ತ್ಯಾಗ ಮಾಡಿ ಪ್ರಮಾಣಾತ್ಮಕ ಮೂಲಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ವಿಸ್ತರಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕ ಯೋಜಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ತಲೆದೋರಿದ ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿ ಸ್ವಭಾವ ಮತ್ತು ಮೇಲು ಸ್ತರದಿಂದ ಕೆಳಸ್ತರಕ್ಕೆ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳೂ ಕೂಡ ಭೋರೆ ಮತ್ತು ಮುದಲಿಯಾರ್ ಸಮಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಒತ್ತುಕೊಟ್ಟು ಹೇಳಿರುವ ಸಮುದಾಯದ ತೊಡಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಎಂಬ ಕೀಲಕ ಅಂಶಗಳನ್ನೇ ನಿರಾಕರಿಸಿದವು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳನ್ನು ಉನ್ನತ ದರ್ಜೆಗೇರಿಸುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಮೆಟ್ರೋಪಾಲಿಟನ್ ಮಹಾನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ರಾಜಧಾನಿ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಈ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಯಾಕೆ ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ? ಬಡವರಿಗಾಗಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳು ಏಕೆ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ? ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಯಾಕೆ ನೀರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯುತ್‌ನಂಥ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ? ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಉಪ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಯಾಕಿಷ್ಟು ಕಳಪೆ ದರ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆ? ಎಂಬಂತಹ ಬಹಳ ಸರಳ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ಹೆಚ್ಚುಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕೇಳಲಾರಂಭಿಸಿದರು.

ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹೀಗೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲೇ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದ ವಾಸ್ತವಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗಬಲ್ಲ, ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಬಲ್ಲ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಹಾಗೂ ಆಲೋಚನಾ ಕ್ರಮವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆಂದು ಬಹಳಷ್ಟು ತಜ್ಞರಿಗೆ, ಸ್ವಯಂಸ್ಫೂರ್ತಿಯಿಂದ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ, ಅಕೆಡೆಮಿಕ್ ವಲಯದವರಿಗೆ, ಸಂಶೋಧಕರಿಗೆ ಮತ್ತು ದೂರಗಾಮಿ ದೃಷ್ಟಿಯುಳ್ಳವರಿಗೆ ಬಹಳ ಗಾಢವಾಗಿ ಅನ್ನಿಸತೊಡಗಿತು. ಈ ಕೆಲಸವನ್ನು ಯಾರು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು? ಈ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಜನಪ್ರಿಯವಾದದ್ದೆಂದರೆ ಡಾ.ಆರ್.ಎಸ್.ಅರೋಳೆ ಮತ್ತು ದಿವಗಂತ ಡಾ.ಮಾಬೆಲ್ಲೆ ಅರೋಳೆಯವರು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ಜಮ್ಖೇಡ್ ಯೋಜನೆ. ಇದನ್ನು 'ಭಾರತದ ಸ್ವಯಂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಜಾಲ'ವು (ಗಿಡಿಣಣಡಿಣಣಚಿಡಿಥಿ ಊಣಚಿಣಣಡಿಣ ಛಿಥಿಣಣಚಿಣಡಿಣ ಡಿಜಿ ಖಣಚಿಜಡಿಚಿ – ಗಿಊಂಖ) ರೂಪಿಸಿದ ಅನುಭವ ಸರಣಿಯಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಚೆನ್ನಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜಮ್ಖೇಡ್ ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾದರಿ ನಮೂನೆಯಾಗಿ, ಒಂದು ಸ್ಫೂರ್ತಿಯ ಸೆಲೆಯಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿತು. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ಬಹಳಷ್ಟು ಬರೆಯಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ, ಇಬ್ಬರೂ ಅರೋಲೆಯವರು ಸೇರಿ ಆಹ್ಮದ್‌ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಜನರೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆತು ಕಾರ್ಯಾರಂಭ ಮಾಡಿದ ಇಪ್ಪತ್ನಾಲ್ಕು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಬರೆದ 'ಅಹ್ಮದ್‌ನಗರ ಜಿಲ್ಲೆ ೨ರಲ್ಲಿ ಸಮಗ್ರ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆ' ಎಂಬ ಪುಸ್ತಕದ ಅತ್ಯಂತ ಸಮಗ್ರ ಕತೆಯು ಲಾಲಾಭಾಯಿ, ಪುರುಭಾಯಿ, ಯಮುನಾಭಾಯಿ ಹಾಗೂ ಇವರಂತೆಯೇ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ನಿರಂತರ ಹುಡುಕಾಟದಲ್ಲಿ ಅರೋಳೆಯವರೊಂದಿಗೆ ಜೊತೆಗೂಡಿದ ಎಲ್ಲಾ ಜನರ ಕತೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕದ ಕೊನೆಯ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಅರೋಳೆಯವರು ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತತೆ, ಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಿಕೆ ಎಂಬ ಶಿರ್ಷಿಕೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ತಾವು ಕಲಿತ ಗುಣಪಾಠಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಜಮ್ಖೇಡ್ ಸ್ಫೂರ್ತಿ

ಜಮ್ಖೇಡ್‌ಗೆ ಬಂದ ನಂತರದ ಈ ಇಪ್ಪತ್ತಮೂರು ವರ್ಷಗಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಬದಲಾವಣೆಗಳುಂಟಾಗಿವೆ. ಜನರ ಬದುಕಿನ ವಾಸ್ತವಗಳಾಗಿರುವ ಬಡತನ, ಜ್ಞಾನದ ಕೊರತೆ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಭಯ ಮತ್ತು ಅನ್ಯಾಯಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ನಮ್ಮನ್ನಾವರಿಸಿಕೊಂಡಿವೆ. ಸಿಆರ್‌ಎಚ್‌ಪಿಯಲ್ಲಿನ ಪ್ರಸಕ್ತ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಶೀರ್ಷಿಕೆ ಕೂಡ ನಾವು ಮೂಲವಾಗಿ ಜಾನ್ ಹಾಪ್ಕಿನ್ಸ್ ಸ್ಕೂಲ್ ಆಫ್ ಹೈಜಿನ್ ಅಂಡ್ ಪಬ್ಲಿಕ್ ಹೆಲ್ತ್‌ನಲ್ಲಿ ಯೋಜಿಸಿದ ಚಿಕ್ಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಶೀರ್ಷಿಕೆಯ ರೀತಿಯಲ್ಲೇ ಇದೆ. ಜಮ್ಖೇಡ್‌ನಲ್ಲಿ ವರ್ಷಾನುಗಟ್ಟಲೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಾ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಮೂಲಕ ನಾವು

ಯಶಸ್ಸು ಗಳಿಸುವುದನ್ನು ಕಲಿತೆವು; ವೈಫಲ್ಯಗಳನ್ನು, ಬಿಕ್ಕಟ್ಟು ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಣೆ ಮಾಡುವ, ಸರಿತಿದ್ದಿಕೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವುದನ್ನು ಕಲಿತೆವು. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಕಲಿತ ಕೆಲವು ಗುಣಪಾಠಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ.

- ಬಡ ಮತ್ತು ಮೂಲೆಗೆ ತಳ್ಳಲ್ಪಟ್ಟ ಜನರ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳು ಕುಲೀನ ಹಾಗೂ ಶಿಕ್ಷಿತ ವರ್ಗದ ಜನರ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿವೆ.
- ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ರಿಯೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತು ಕಠಿಣ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವಲ್ಲ.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಜ್ಞಾನವನ್ನು ಸೇರಿಸಬೇಕಿರುವ ಅಗತ್ಯವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳಬೇಕು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವು ಸಂಪನ್ಮೂಲ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿಯೊಂದಿಗೆ ಬೆಸೆದುಕೊಂಡಿರಬೇಕು.
- ಗ್ರಾಮೀಣ ಸಮುದಾಯಗಳು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಯೋಜಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ, ನಿರ್ವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಮರ್ಥವಾಗಿವೆ.
- ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಗೊಂದಲಕ್ಕವಕಾಶ ಮಾಡಿಕೊಡದಂತೆ ವಿವರಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಜನರೊಂದಿಗೆ ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು; ಇದರಿಂದ ಜನರು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.
- ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡದ ಎಲ್ಲಾ ಹಂತಗಳಲ್ಲೂ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಉತ್ತೇಜಿಸಲೇಬೇಕು.
- ಸಮುದಾಯದ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ ಎಂದರೆ ಸಂಘರ್ಷ ಅಂತೇನೂ ಅಲ್ಲ.
- ಸಮುದಾಯ ಉತ್ಸಾಹದ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದುಕೊಂಡರೆ ಅದು ನಮ್ಮನ್ನು ಪ್ರಗತಿಯತ್ತ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುತ್ತದೆ.
- ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲರೂ ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುವಂತಹ, ಬೇಕೆಂದಾಗ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತಹ ಹಾಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಿಗುವಂತಹ ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ತರಬೇತುಗೊಳಿಸುವುದು ಅತೀ ಅವಶ್ಯವಾದುದು.
- ಯೋಜನೆಗಳು ಯಾವಾಗಲೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಂತಿರಬೇಕು.
- ಗುಣಕಾರಕ, ಉತ್ತೇಜಕ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಸೇವೆಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವಾಗಲೂ ಒಂದು ಸಮತೋಲನ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ದ್ವಿತೀಯ ಹಾಗೂ ತೃತೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಳ ಬೆಂಬಲವಿರಬೇಕು.
- ಸಮುದಾಯದ ಅಗತ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೆಯಾಗುವಂತಹ ಸೂಕ್ತ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಅನ್ವಯಿಸಬೇಕು.
- ನಿಧಾನಗತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಬಹಳ ಚೈತನ್ಯಶೀಲವಾಗಿದ್ದು ಬಹು ವಿಸ್ತಾರವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

– ಡಾ. ರಜನಿಕಾಂತ್ ಅರೋಳೆ ಮತ್ತು
ದಿವಂಗತ ಡಾ. ಮಾಬೆಲ್ಲೆ ಅರೋಳೆ

ಸ್ಥೂಲ ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ಮೇಲಿನಿಂದ-ಕೆಳಕ್ಕೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲ್ಪಡುವ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮಾದರಿಯು ಸೃಷ್ಟಿಸಿದ್ದ ಭ್ರಾಂತಿ ಕಳಚಿಬೀಳುವುದರೊಂದಿಗೆ ಜಮ್ಷೇಡ್ ಸಂಕೇತೀಕರಣಗೊಳಿಸಿದ ಹೊಸ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಇಡೀ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಪುನರಾವರ್ತಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಎಲ್ಲೆಡೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾದವು. ಇದಕ್ಕೂ ಮುಂಚೆಯೇ ಸ್ಥಾಪನೆಗೊಂಡಿದ್ದ 'ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಾಗಿನ ಸಮನ್ವಯಿತ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯ (Coordinated Agency for Health Planning - CAHP) ಎಂಬ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಡಿಪಾಯದ ಮೇಲೆ 1974ರಲ್ಲಿ

'ಭಾರತದ ಸ್ವಯಂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯನ್ನು (Voluntary Health Association of India - VHAI) ನವದೆಹಲಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಯಿತು. ದಿವಂಗತ ಫಾದರ್ ಜೇಮ್ಸ್ ಟಾಂಗ್, ರಜನಿಕಾಂತ್ ಅರೋಳೆ, ದಿವಂಗತ ಮಾಬೆಲ್ಲೆ ಅರೋಳೆ ಹಾಗೂ ಅದೇ ರೀತಿಯ ಇನ್ನಿತರ ಸಮಾನ ಮನಸ್ಕ ವೈದ್ಯರು ಸೇರಿಕೊಂಡು ತಮ್ಮಂತೆಯೇ ಇತರರೂ ಈ ರೀತಿಯ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವಂತೆ ಹುರಿದುಂಬಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಗೂ ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಗಾದ ಹಾಗೂ ಮೂಲೆಗುಂಪಾಗಿರುವ ಜನರ ತುರ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುವಂತೆ ಸರ್ಕಾರವನ್ನು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಒತ್ತಾಯಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹುಟ್ಟು ಹಾಕಿದರು. 'ಭಾರತದ ಸ್ವಯಂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯ ಧ್ಯೇಯ ಹೇಳಿಕೆಯ ಭಾಗವಾಗಿದ್ದ ಅದರ ಪವಿತ್ರ ವಿಧೇಯ ವಾಕ್ಯವು ಬಹುತೇಕ ಆರಂಭಿಕ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಆಗತಾನೇ ಆವಿರ್ಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿ'ಗೆ ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಂತಿತು. *(ಈ ಪ್ಯಾರಾದ ಮೊದಲ ವಾಕ್ಯವು ಇಲ್ಲಿ ಪುನರಾವರ್ತನೆಯಾಗಿದೆ – ಅನು)*

'ಭಾರತದ ಸ್ವಯಂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ'

(Voluntary Health Association of India - VHAI)

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಮಗಿರುವ ಹೊಸ ಮುನ್ನೋಟವೇನು? ಅದನ್ನು ಆಕರ್ಷಣೀಯವಾಗಿ, ಮನಮುಟ್ಟುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಅಂಶ ಯಾವುದು? ಈ ಕುರಿತಂತೆ ನಾವು ಹೇಳಬೇಕಾಗಿರುವುದೆಲ್ಲವೂ ಈ ಸರಳ ಮಾತುಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಗಿದೆ: 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ'. ನಾವು ಸಮುದಾಯದಿಂದಲೇ ಪ್ರಾರಂಭಿಸೋಣ. ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಸಮುದಾಯವೇ ನಮ್ಮ ಧ್ಯೇಯ. ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡುವುದೇ ನಮ್ಮ ಗುರಿ.

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಯೋಜಿಸುವಲ್ಲಿ, ಹಂಚುವಲ್ಲಿ ನಾವು ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತೇವೆ. ಜನರು ತಮಗೋಸ್ಕರ ಏನೆಲ್ಲಾ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಿದೆಯೋ ಅದನ್ನೆಲ್ಲಾ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಅವರನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರವೇ ಅವರು ಬಹಳ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಹೊಂದಬಲ್ಲರು ಎಂದು ನಾವು ನಂಬಿದ್ದೇವೆ. ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಗಬೇಕೆಂಬ ಬಯಕೆ ಭಾರತದ ಎಲ್ಲಾ ಜನರ ಪಾಲಿಗೂ ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ವಾಸ್ತವವಾಗಲಿದೆ ಎಂಬ ಆಶಯ ನಮಗಿದೆ.

ತೆರಿಗೆಗಳಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಹಣದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಖರ್ಚು ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮೀಸಲಿಟ್ಟ ಭಾಗ ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೂ ಸರಿಸಮನಾಗಿ ಹಂಚಿಕೆಯಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬುದು ನಮ್ಮ ವಾದ. ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದ ಕರ್ತವ್ಯ.

ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಜನರು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಕರಿಸುವುದಕ್ಕೆ 'ಸ್ವಯಂ ಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವವರು' ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಅವಕಾಶಗಳಿವೆ.

ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಯಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಸಹಕರಿಸುತ್ತೇವೆ. ಜನರು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒಂದು ಮಾನವ ಹಕ್ಕಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿ ಅವು ತಮಗೆ ದೊರಕಬೇಕೆಂಬ ಹಕ್ಕೊತ್ತಾಯ ಮಾಡುವಂತೆ ಅವರನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು ನಮ್ಮ ಪಾಲಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯದೆ.

ನಾವು ಮಾತನಾಡುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಮೂಲಭೂತವಾಗಿರುವಂತಹುಗಳು ಅಥವಾ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವಂತಹುಗಳು. ಅವು ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಅತಿದೊಡ್ಡ ಭಾಗದ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತವೆ.

ಕೆಳಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲಕರು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಉನ್ನತ ಹಂತದ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಬಳಿ ಕಳಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ನಮಗೆ ನಂಬಿಕೆಯಿದೆ. ಈ ಪಿರಮಿಡ್ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯೇ ಬುನಾದಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾದದ್ದು. ಆದರೆ ಅದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೆಡೆಗೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಕಡೆಗೆ ಮೇಲೇಳುತ್ತದೆ.

ಸಂಶೋಧನೆ, ಉನ್ನತ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಮುಂದುವರಿದ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳಲ್ಲೂ ನಮಗೆ ನಂಬಿಕೆಯಿದೆ.

ಆದರೆ, ನಮ್ಮ ಮೊದಲ ನಂಬಿಕೆಯಿರುವುದು ಸಮಾನ ಹಂಚಿಕೆಯಲ್ಲಿ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಕಡುಬಡವರಿಗೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೊಳಗಾದವರಿಗೆ ತಲುಪಬೇಕೆಂಬುದೇ ನಮ್ಮ ಮೊದಲ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ. ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಅಪಾರ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವುದು ಅವರಿಗೇನೆ. ಬಹಳ ಸರಳ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಹೇಗೆ ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂಬುದರ ಬಗ್ಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ನಮಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಗೊತ್ತಿದೆ. ಬಡವನಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಗುತ್ತಿಲ್ಲ ಎಂದರೆ ಅದರರ್ಥ ನಮಗೆ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಜ್ಞಾನವಿಲ್ಲ ಎಂದೇನಲ್ಲ. ಬದಲಿಗೆ, ಭಾರತದ ಸಂಘಟಿತ ಜನರಾಗಿರುವ ನಾವು ಬಡಜನರಿಗೆ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಗುವಂಥ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ದೃಢವಾದ ಆತ್ಮಯಿಚ್ಛೆ ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಎಂದರ್ಥ. ನಮ್ಮ ಹಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಸುಶೀಕ್ಷಿತ, ಕುಲೀನ ಹಾಗೂ ಪ್ರಬಲ ಜನರಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುಂತೆ ನಿರ್ಮಿಸಲಾಗಿದೆ.

ನಮ್ಮ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವೇನೆಂದರೆ ಸಮುದಾಯ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ. ಎಲ್ಲಾ ಸರಕುಗಳು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳು ಇಡೀ ಸಮುದಾಯದ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸರಿಸಮಾನವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೆಯಾಗಬೇಕೆಂದು ನಾವು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ.

1970ರ ಆರಂಭದ ಸುಮಾರಿಗೆ ದಿವಂಗತ ಜಯಪ್ರಕಾಶ್ ನಾರಾಯಣ್‌ರವರ ಸ್ಫೂರ್ತಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹದೊಂದಿಗೆ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯತೇತರ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರು ಸೇರಿಕೊಂಡು ಒಂದು ಚಿಕ್ಕ ತಂಡವಾಗಿ 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವನ್ನು (Medico Friend Circle – MFC) ಸ್ಥಾಪಿಸಿದರು; ತದನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಇದು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಜನರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಬಡ ಮತ್ತು ಮೂಲೆಗೆ ತಳ್ಳಲ್ಪಟ್ಟ ವಂಚಿತ ಸಮುದಾಯಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸ್ವರೂಪಗಳ ಅಪ್ರಸ್ತುತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಅಪಾರ ಕಾಳಜಿಯುಳ್ಳ ವೈದ್ಯರ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಒಂದು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜಾಲವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಿತು. 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು ತನ್ನ ವಾರ್ಷಿಕ ಸಭೆಗಳ ಮೂಲಕ, ಗ್ರಾಮೀಣ ಶಿಬಿರಗಳ ಮೂಲಕ, ಪುಸ್ತಿಕೆಗಳ ಮೂಲಕ, ಸಾಹಿತ್ಯ ಪ್ರಕಟಣೆಯ ಮೂಲಕ ಒಂದು ಚಿಂತನಾ ಹರಿವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿತು; ಈ ಚಿಂತನಾ ಹರಿವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ಮಾನವೀಯ ಮತ್ತು ಹಾಗೂ ನಾಗರಿಕ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯಿತಲ್ಲದೇ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಪರ್ಯಾಯಗಳ ಕರಿತಂತೆ ಹಾಗೂ ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಹೊಸ ದಿಗ್ದರ್ಶನ ನೀಡುವುದಕ್ಕಿರುವ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳ ಕುರಿತಂತೆ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಚರ್ಚೆ, ವಾಗ್ವಾದಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಲೇ ಬಂದಿತು. ಅದು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ 1. ರೋಗಪತ್ತೆಯ ಹುಡುಕಾಟದಲ್ಲಿ (In Search of a Diagnosis), 2. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ – ಅನುಸರಿಸಬೇಕಿರುವ ಮಾರ್ಗ ಯಾವುದು? (Health Care: Which Way to Go?), ೩. ಮಸೂರದ ಕೆಳಗೆ – ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಔಷಧಿ (Under the Lens – Health and Medicine), ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಮರುಪರೀಕ್ಷೆ (Medical Education Re-examined) ಎಂಬ ನಾಲ್ಕು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕೃತಿಗಳು ದೇಶದಲ್ಲಿನ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ'ದ ಗತಿತರ್ಕದ ಬಗ್ಗೆ 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಅಪಾರ ಕಾಳಜಿಗಳನ್ನು ಒಂದು ಕ್ರಮಗತಿಯಲ್ಲಿ ಕಟ್ಟಿಕೊಡುತ್ತವೆ. ಈ ಕಾಳಜಿಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನಕರಿಗೆ ಇರಬೇಕಾದ ಧೋರಣೆಗಳನ್ನು ಬಹಳ ಕೌಶಲ್ಯದಿಂದ ಆಸಕ್ತಿದಾಯಕವಾಗಿ ಹೆಣೆಯುವ ಮೂಲಕ 1970ರ ದಶಕದ ಕೊನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ' ಪ್ರಣಾಳಿಕೆಯು ವಿಕಾಸಗೊಂಡಿತು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ (1975)
(Medico Friend Circle - MFC)

"ದೃಷ್ಟಿಕೋನ

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು ನಮ್ಮ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿ ಹೊಂದಿರುವ, ಸಾಮಾಜಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಜ್ಞಾವಂತರಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಒಂದು ಗುಂಪು. ಅತ್ಯಂತ ವೈದ್ಯಕೀಕರಣಗೊಂಡಿರುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕವಾಗಿ ವಿಶ್ಲೇಷಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಮಾನವೀಯವಾದದ ಮತ್ತು ನಮ್ಮ ದೇಶದ ವಿಶಾಲ ಜನಸಮೂಹದ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಮರ್ಥವಾದ ಒಂದು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಸೂಕ್ತವಾದ ಕಾರ್ಯಧೋರಣೆಯನ್ನು ವಿಕಾಸಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಎಂಎಫ್‌ಸಿಯು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ. ಈ ತತ್ವಕ್ಕೆ ಬದ್ಧವಾಗಿರುವ ಒಂದು ದೇಶವ್ಯಾಪಿ ಚಿಂತನಾಪ್ರವಾಹವನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದಕ್ಕೆ 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ.

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು ಜನರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ

- ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನಿಗೆ/ಳಿಗೆ ಹಣಕೊಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿದೆಯೋ ಇಲ್ಲವೋ ಎಂಬುದನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸಿಗಬೇಕು ಎಂಬುದನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುತ್ತದೆ.
- ನಮ್ಮ ಜನರ ಅಗತ್ಯಗಳಿಂದ ಪ್ರೇರಿತವಾದ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ವಾಣಿಜ್ಯ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳಿಂದ ಪ್ರೇರಿತವಾಗಿರದ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಹಸ್ತಕ್ಷೇಪ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಬಯಸುತ್ತದೆ.

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ:

- ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ವಭಾವವವನ್ನೇ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಗುರಿಯಾಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಸೂಕ್ತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಮಾದರಿಯೊಂದನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು.
- ನಮ್ಮ ದೇಶದ ವಿಶಾಲ ಜನಸಮೂಹದ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಹೆಣೆಯಲ್ಪಟ್ಟ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಠ್ಯಕ್ರಮ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸುವುದು.

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು

- ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನವನ್ನು ಜನಪ್ರಿಯಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಅದನ್ನು ಗೊಂದಲಕ್ಕೆಡೆಯಿಲ್ಲದಂತೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಅರ್ಥವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಕಟಿಬದ್ಧವಾಗಿದೆ.
- ವಿವಿಧ ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರನ್ನು ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಒಂದು ತಂಡದ ಸಮಾನ ಸದಸ್ಯರೆಂಬುದಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು ಎಂದು ಅದು ನಂಬುತ್ತದೆ.

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು

- ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಪರಿಹರಿಸುವುವಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಕ್ರಮಗಳಿಗಿರುವ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಒತ್ತಿಹೇಳುತ್ತದೆ.

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು

- ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವಾದ, ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ತಂಡ-ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ
- ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಮತ್ತು ಉತ್ತೇಜನಾತ್ಮಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಯೋಜಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಸಕ್ರಿಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ.

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು

- ಮಾನವೀಯ ಮೌಲ್ಯಗಳ, ಮಾನವ ಅಗತ್ಯಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಕಾಳಜಿಗಳ, ಸಮಾನತೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಗಳ ಅಡಿಪಾಯದ ಮೇಲೆ ನಿಂತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ'ವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರಲ್ಲಿ ಮಾನವೀಯ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುವಂಥ ಒಂದು ಚಿಂತನಾ–ಪ್ರವಾಹವನ್ನು ಹರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಆಧುನಿಕ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಔಷಧಜ್ಞಾನ ಸೃಷ್ಟಿಸಿದ ಅಂತಃಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಶಕ್ತವಾಗುವ ಹಾಗೆ ಇಡೀ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯನ್ನೇ ಪುನರ್‌ರೂಪಿಸುವ ಗುರಿ ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ."

ಇದೇ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕೂಲಂಕಶವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿ ಶಿಫಾರಸ್ಸುಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವುಕ್ಕಾಗಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರವು ತಜ್ಞರ ಸಮಿತಿಯೊಂದನ್ನು ರೂಪಿಸಿತು. ಈ ಸಮಿತಿಯು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂದಿದ್ದು 1972ರಲ್ಲಿ, ನಮ್ಮ ದೇಶವು ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯದ ರಜತ ಮಹೋತ್ಸವ ಆಚರಿಸಿದ ತಕ್ಷಣವೇ. 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ' ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಆಗಲೇ ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದುಹೋಗಿದ್ದವು. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸಾಧನೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು – ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಬಾಳ್ವಕೆಯ ಅವಧಿಯನ್ನು ದ್ವಿಗುಣಗೊಳಿಸಲಾಗಿತ್ತು; ಸಿಡುಬು ರೋಗವನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲನೆ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು; ಪ್ಲೇಗ್, ಕಾಲರಾ ಮತ್ತು ಮಲೇರಿಯ ರೋಗಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲಾಗಿತ್ತು; ಎಂಸಿಹೆಚ್ ಮತ್ತು ರೋಗನಿರೋಧಕ ಪ್ರತಿರಕ್ಷಣಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲಾಗಿತ್ತು; ವಿಶ್ವದಲ್ಲೇ ಅತ್ಯಂತ ಬೃಹತ್ತಾದ ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಶುರುಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ, ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದ ವೈಫಲ್ಯಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹಾಳುಗೆಡವಿದ್ದವು. ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೊಂದಿಗೆ ಮಿಳಿತಗೊಳಿಸಿರಲಿಲ್ಲ; ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಶೌಚದ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನವನ್ನೇ ಹರಿಸಿರಲಿಲ್ಲ; ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸಲಾಗಿತ್ತು; ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ ಹಾಗೂ ಹೆರಿಗೆ ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣಗಳು ಇನ್ನೂ ಒಪ್ಪಲಾಗದಂತೆ ಏರುಗತಿಯಲ್ಲಿದ್ದವು. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಶ್ರೀವಾತ್ಸವ ವರದಿಯು ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವಿಶ್ಲೇಷಣಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಮುಕ್ತ ಆತ್ಮಾವಲೋಕನದ ಸ್ಫೂರ್ತಿಯಿಂದ ಇಡೀ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಗ್ಗೆ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದ ವಿಮರ್ಶೆಯನ್ನು ಮಾಡಿತು.

ಶ್ರೀವಾತ್ಸವ ವರದಿ – 1974: ಒಂದು ಗಂಭೀರ ವಿಮರ್ಶೆ

"ನಮ್ಮ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಬಹುಪಾಲು ಜನ ಇನ್ನೂ ಬಡತನ ರೇಖೆಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಈ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ಸಂರಚನೆಯಿರುವ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಸಮರ್ಥ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬಲ್ಲ ಒಂದು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕ ಮತ್ತು ಸಮಾನತಾವಾದಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಿಯ ತನಕ ಇಂಥ ತೀಕ್ಷ್ಣ ಬಡತನವು ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿಯ ತನಕ ಜನರಲ್ಲಿನ ಗುಣಕಾರಿ ಶಕ್ತಿಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊರಹರಿಯುವುದಿಲ್ಲ; ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಗಳಂಥ ಕನಿಷ್ಠ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೂ ಹಣ ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಭುತ್ವದ ಹತ್ತಿರ ಎಂದೂ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ; ಹಾಗೂ ಈ ಸೇವೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಲಾದ ತೀರ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಹಣವೂ ಕೂಡ ಜನಸಮೂಹಗಳನ್ನು ತಲುಪುವುದಕ್ಕೆ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಸಾಮೂಹಿಕ ಬಡತನದ ಮೇಲೆ ನೇರವಾದ, ಬಹುಕಾಲ ಉಳಿಯಬಲ್ಲ ಹಾಗೂ ಕಸುವಿನಿಂದ ಕೂಡಿದ ಚೈತನ್ಯಪೂರ್ಣ ದಾಳಿ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಷ್ಟು ಸರಿಸಮಾನವಾದ ಸಮಾಜವೊಂದನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಬೇರೆ ಪರ್ಯಾಯ ದಾರಿಯಿಲ್ಲ. ಈ ಪ್ರಧಾನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರಯತ್ನಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗಿರುವ ಹಾಗೆ 'ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ರಾಷ್ಟ್ರವ್ಯಾಪಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ'ವೊಂದನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಪಡಿಸಬೇಕು; ಅಂತೆಯೇ ಈ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಆ ಪ್ರಧಾನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಪ್ರಯತ್ನವೂ ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಲ್ಲಬೇಕು."

ಔದ್ಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಮುಂದುವರಿದ ಹಾಗೂ ಗ್ರಾಹಕರನ್ನೇ ಗುರಿಯಾಗಿಸಿಕೊಂಡ ಪಾಶ್ಚಾತ್ಯ ಸಮಾಜಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮಾದರಿಯನ್ನೇ ನಾವೂ ಕೂಡ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇವೆ; ಅವಿಮರ್ಶಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಅನ್ನುವುದಕ್ಕಿಂತ, ಸುಮ್ಮನೇ ಮೌನವಾಗಿಯೇ ಆ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡುಬಿಟ್ಟಿದ್ದೇವೆ. ಇದಕ್ಕೆ ತನ್ನದೇ ಆದ ಕುತರ್ಕ, ಭ್ರಾಂತಿಗಳಿವೆ; ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸರಕು ಮತ್ತು ಸೇವೆಗಳ ಅನುಭೋಗದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ತಪ್ಪಾಗಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ; ಸಾರಾಂಶದಲ್ಲಿ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಮೂಲಭೂತ ಜೀವನ ಮೌಲ್ಯಗಳು ತಿರುಚಲ್ಪಡುತ್ತವೆ; ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಿನ ವೃತ್ತಿಧೋರಣೆಯು ಖರ್ಚನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ

ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ; ಮಾತ್ರವಲ್ಲ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆನಂದದ ಮೇಲೂ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ. ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಈ ದೌರ್ಬಲ್ಯಗಳು ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮನವರಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿವೆ ಹಾಗೂ ಅದಕ್ಕೆ ಪರಿಹಾರ ಕಂಡುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ಪ್ರಯತ್ನಗಳೂ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ದೋಷರಹಿತವಾಗಿದ್ದಾಗಲೂ ಆ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ತಗಲುವ ಬೃಹತ್ ಖರ್ಚು ಹಾಗೂ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಿನ ವೃತ್ತಿಧೋರಣೆ ತಾಳುವುದು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತಿರುವ ನಮ್ಮಂತಹ ದೇಶಗಳ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಖಂಡಿತಾ ಸರಿಹೊಂದುವುದಿಲ್ಲ. ನಮ್ಮ ದುರಂತ ಏನೆಂದರೆ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಿಂದ ನಾವು ಎರವಲು ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುವ ಮಾದರಿಗಳ ಒಟ್ಟಾರೆ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹಾಗೂ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ನಮ್ಮ ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಅವು ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬ ಆತಂಕ ಸೃಷ್ಟಿಯಾದ ಮೇಲೂ ನಾವು ಅವುಗಳನ್ನೇ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಮುಂದುವರೆಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, ಈ ಮಾದರಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿ ನಮ್ಮ ದೇಶದ ವಾಸ್ತವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ, ನಮ್ಮ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ನಮ್ಮ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವಂಥ ಸೂಕ್ತ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಪರ್ಯಾಯಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಗಂಭೀರ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಹಾಕುವುದು ಒಂದು ಪ್ರಜ್ಞಾಪೂರ್ವಕವಾದ ಹಾಗೂ ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾದ ತೀರ್ಮಾನವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಹೊಸ ಮಾದರಿಯು ಮಾನವ ಪ್ರಯತ್ನದ ಮೇಲೆ ಅತೀವ ಒತ್ತು ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ (ಹಣಕಾಸಿನ ನೀಡಿಕೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಗಂಭೀರ ಅಡೆತಡೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಅದರ ಮೇಲೆ ಒತ್ತು ನೀಡುವುದಕ್ಕಿಂತ ಮಾನವ ಪ್ರಯತ್ನದ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತು ನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಅತಃಸ್ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿದೆ)."

ಶ್ರೀವಾತ್ಸವ ವರದಿಯು ಸಮುದಾಯದೊಳಗೆಯೇ ಅರೆವೃತ್ತಿಪರರನ್ನು ತರಬೇತುಗೊಳಿಸುವ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಕುತೂಹಲಕಾರಿ ಪ್ರತಿಪಾದನೆಯನ್ನು ಮಾಡಿತು; ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಇದು ಜಮ್ಮೇಡ್‌ನಂತಹ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಣಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವ ಗುಂಪುಗಳಿಗೆ ಒಂದು ಆಧಾರ ಧ್ಯೇಯವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿತ್ತು. ಇದಲ್ಲದೇ ಆ ಗುಂಪುಗಳು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಇನ್ನಿತರ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನೂ ನಡೆಸಿದ್ದವು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳೂ ಸೇರಿದ್ದವು:

- ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಜೊತೆ ಸಮ್ಮಿಳಿಸುವುದು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿಬಂದಾತ್ಮಕ, ಉತ್ತೇಜನಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಮರುಸ್ಥಾಪನಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವನ್ನು ನೀಡುವುದು.
- ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನ, ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತವಾದ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದೊಂದಿಗೆ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡುವುದು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಸಂವಹನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಯೋಗಶೀಲವಾದ ನವೀನ ರೂಪಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು, ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಸದ್ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
- ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡುವುದು.
- ಮಹಿಳಾ ಮಂಡಳಿಗಳು, ಯುವಕ ಸಂಘಗಳು, ರೈತ ಸಂಘಗಳು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಸಮುದಾಯ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವುದು.
- ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ವಾವಲಂಬನೆಗಾಗಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ನಿರಂತರ ಹುಡುಕಾಟ ನಡೆಸುವುದು.
- ಆತ್ಮನಿಷ್ಠೆ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದು.

ಶ್ರೀವಾತ್ಸವ ಸಮಿತಿಯು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ'ಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಈ ಅಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಒಂದೇ ಒಂದು ಅಂಶದ ಮೇಲೆ ಮಾತ್ರ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನಕೊಟ್ಟು ಎತ್ತಿತೋರಿತಾದರೂ ಅದು ಬಹಳ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಅಂಶವೇ ಆಗಿತ್ತು.

ಬಾಕ್ಸ್:

ಒಂದು ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಸರಳ, ಉತ್ತೇಜನಾತ್ಮಕ, ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಗುಣಕಾರಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಆ ಸಮುದಾಯವೊಂದರ ಒಳಗೇ ಇರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಹಾಯಕ-ವೃತ್ತಿಪರರನ್ನು ಅಥವ ಅರೆ-ವೃತ್ತಿಪರರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ತಂಡಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡುತ್ತೇವೆ. ಇವರಲ್ಲಿ ದಾಯಿಯರು, ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಸರಳ ಗುಣಕಾರಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬಲ್ಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಸುಲಭವಾಗಿ ಒಬ್ಬರಿಂದ ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡುವ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಉತ್ತೇಜನಾಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತುಗೊಂಡವರು – ಮುಂತಾದವರನ್ನು ಈ ತಂಡ ಒಳಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅವರು ವಿವಿದೋದ್ದೇಶಗಳಿಗೆ ಬಳಕೆಯಾಗಬೇಕೆಂದೇನೂ ಇಲ್ಲ. ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿರುವ ಯುವಕರು, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಾಲಾ ಶಿಕ್ಷಕರು, ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಸುಶಿಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಇಚ್ಛೆಯಿರುವ ಗೃಹಣಿಯರು – ಇವೇ ಜನಭಾಗಗಳು ಅಂಥ ತಂಡಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ಮಾನವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಅವರ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿಲ್ಲ; ಅವರನ್ನು ಅಧಿಕೃತ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಾಗಿ ಸಂಘಟಿಸಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಹಣದಿಂದ ಸಂಬಳ ನೀಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯೂ ಇಲ್ಲ. ಅವರನ್ನು ಸ್ವಯಂ ಉದ್ಯೋಗದ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅರೆಕಾಲಿಕ ವೃತ್ತಿಯ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಬಿಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರದ ಕರ್ತವ್ಯ ಏನೆಂದರೆ ತರಬೇತಿ ಮತ್ತು ಮರುತರಬೇತಿ ನೀಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಕೊಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಸಮಾಲೋಚನೆ ನಡೆಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ (ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ನಡೆಯುವ ಸಮಾಲೋಚನೆಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಸಮುದಾಯದೊಳಗಿಂದ ಬಹಳ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಜನರನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಅವಶ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಕರಗಳನ್ನು ನ್ಯಾಯಯುತ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪೂರೈಸುವುದು.

1970ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ದಿ ಮಿಷನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಹಾಗೂ ಅದರ ಸಹಭಾಗಿ ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿಗಳು ಜೈವಿಕ-ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾದರಿಯ ಕೊರತೆಗಳನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ತಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆ-ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿ ಮಾದರಿಯಿಂದ ಕದಲಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ್ದವು. 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ'ದ ಸ್ಫೂರ್ತಿಯು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಮಿಷನ್ ಹೆಲ್ತ್ ನೆಟ್‌ವರ್ಕ್ ಅನ್ನು ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಇಡೀ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ತನ್ನ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಲಾರಂಭಿಸಿತ್ತು. 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ' (New Orientation of Health Care Services) ಕುರಿತ ಕೋರ್ ಉನಮ್ ದಸ್ತಾವೇಜು ಒಂದು ಕೂತೂಹಲಕಾರಿ ಹಾಗೂ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮೈಲಿಗಲ್ಲಾಗಿದ್ದು ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಧೈರ್ಯಶಾಲಿಯಾದದ್ದಾಗಿದೆ. ಚರ್ಚಿನ ಗುಣಕಾರಿ ಸಚಿವಾಲಯದ ಚರಿತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ/ಆರೈಕೆಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ಒಂದು ಗುಂಪು ಚರ್ಚಿನ ಸಾಂಸ್ಥೀಕರಣಗೊಂಡ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳ ಪ್ರಭಾವವು ಬಡವರ ಮತ್ತು ಮೂಲೆಗುಂಪಾದ ನಿರ್ಗತಿಕರ ಕಷ್ಟಕಾರ್ಪಣ್ಯಗಳಿಂದ ಬಹಳ ದೂರಸರಿದಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳುವ ಒಳನೋಟ ಮತ್ತು ದೂರದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿತ್ತು. ಇದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ದಿಕ್ಕನ್ನು ಪುನರ್‌ನಿರ್ದೇಶಿಸುವುದಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಯಿತು.

ಕೋರ್ ಉನಮ್ (1975)

ಸಮುದಾಯವೊಂದರ ಸಮಾಜಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ಅರಿವಿರುವುದು ಬಹಳ ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣವಾದ ವಿಚಾರ. ಸ್ಥಳೀಯ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಜನಾಂಗೀಯ ಸಂಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಅದರ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳು ಮತ್ತು ರೂಢಿಗತ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳು, ವಿವಿಧ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ (ಇದೊಂದು ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ) ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಸಮುದಾಯದ ಸಮತೋಲನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಇದರಲ್ಲಿ ಸೇರುತ್ತವೆ.

ತಮ್ಮದೇ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ *ಸಮುದಾಯದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ* ಅವಶ್ಯವಿರುವೆಡೆಯಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಸಹಕರಿಸಬೇಕು; ಇದರಿಂದಾಗಿ ಇಲ್ಲೂ ಕೂಡ *ಅವರು ತಮ್ಮ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ತಾವೇ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಶಿಲ್ಪಿಗಳಾಗುತ್ತಾರೆ.* ಉದಾಹರಣೆಗಾಗಿ ಹೇಳಬೇಕಂದರೆ, ಅವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳೆಂದರೆ ಯಾಕೆ ಹೆದರುತ್ತಾರೆ, ಯಾಕೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಬಹಳ ತಡವಾಗಿ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಾರೆ, ಯಾಕೆ ಮಹಿಳೆಯರು ಮನೆಯಲ್ಲೇ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಬಯಸುತ್ತಾರೆ, ಹಾಗೂ ಘನತೆಯಿಂದ ಸಾಯುವುದು ಎಂದರೆ ಅವರ ಅರ್ಥದಲ್ಲಿ ಏನು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಆ ಜನರು ಮಾತ್ರವೇ ವಿವರಿಸಬಲ್ಲರು.

ಈ ಗಹನವಾದ ಮಾನವೀಯ ಅಂಶಗಳೇ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಸಂಘಟಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಡುವುದನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಲಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಸಮುದಾಯವೇ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಸದಸ್ಯರು ಸಮುದಾಯದ ಗೌರವಾನ್ವಿತರಾಗಿರಬಹದು, ಸರ್ಕಾರಿ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಾಗಿರಬಹುದು, ಇನ್ನಿತರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಿರಬಹುದು ಅಥವ ಇಂಥ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ತಕ್ಕುದಾದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಾಗಿರಬಹುದು. ಈ ಸಮಿತಿಯು ತಾನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರಿಸುತ್ತಾ ಅವುಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ನೇಮಿಸುತ್ತದೆ.

ಈ ಹೊಸ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ನೀತಿಯು ರೂಪುದಳೆಯುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಧಾರ್ಮಿಕ ಕೂಟದ ಸದಸ್ಯರು ತಾವು ಯಾವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಡಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೋ ಆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಅವಶ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಮರುದಿಕ್ಕು ತೋರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಗಂಭೀರ ಪರಿಶೀಲನೆ ನಡೆಸಬೇಕು. ಕೆಲವೊಮ್ಮೆ ಏನಾಗುತ್ತದೆಂದರೆ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ (ಆ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಎಲ್ಲರ ಅರಿವಿಗೆ ಬಾರದೆಯೂ ಇರಬಹುದು) ಅವರಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕರು ಬಹಳಷ್ಟು ಜನರಿಗೆ ದುಬಾರಿಯಾರಿಯಾಗಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಾ ದುಬಾರಿ ಹಣವನ್ನು ವ್ಯಯಿಸಲು ಶಕ್ತಿಯಿರುವ ಕೆಲವೇ ಹಣವಂತ ಕುಲೀನ ವರ್ಗದ ಜನರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಸುಲಭವಾಗಿ ಲಬ್ಯವಾಗುತ್ತಾರೆ. ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಜೊತೆಗಿರಬೇಕಿದ್ದದ್ದು ಬಹಳ ದೂರವಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

(ಅಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಮುಂಚಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತ ವ್ಯಾಟಿಕನ್ ದಸ್ತಾವೇಜು)

1980ರ ದಶಕದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ದೇಶದಲ್ಲಿ ವಿಕಾಸಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯು ಹೊಂದಿದ್ದ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಶ ಎಂದರೆ ಬಡವರ ಪರವಾಗಿರುವ ಪರ್ಯಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅದು ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಬದ್ಧತೆ. ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಇದು ಖಂಡಿತವಾಗಿಯೂ ಬಡವರ ಪರವಾದ ಪರ್ಯಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರದ ಅಥವ ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ ಬದಲಾವಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಭಾಗವೂ ಆಗಿತ್ತು. ಈ ವಾಸ್ತವಾಂಶವನ್ನು ಹೊಸದಾಗಿ ಬಂದಿರುವ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕುತೂಹಲಿಗಳು ಆಗಾಗ ಮರೆತುಬಿಡುವುದುಂಟು. ಅವರು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕೇವಲ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಆರೋಗ್ಯ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತಗೊಳಿಸಿ ನೋಡುತ್ತಾರೆ. ಜವಾಹರಲಾಲ್ ನೆಹರೂ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ಪ್ರೊ.ದೇಬಬಾರ್ ಬ್ಯಾಜರ್ನಿ ಹಾಗೂ ತದನಂತರದಲ್ಲಿ ಅವರ ಅನೇಕ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸವಾಲಾಗಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಒತ್ತಿಹೇಳದ್ದೂ ಕೂಡ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮೈಲಿಗಲ್ಲೇ ಆಗಿದೆ. ಬ್ಯಾನರ್ಜಿಯವರು ನಡೆಸಿದ 19 ಹಳ್ಳಿಗಳ ಅಧ್ಯಯನವು ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಶ್ರೇಷ್ಠ ಅಧ್ಯಯನವೇ ಆಗಿದ್ದು ಅದು 'ಆರೋಗ್ಯವು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಒಂದು ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಚಾರವಾಗಿದ್ದು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ಒಂದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿದೆ' ಎಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿತು. ಈ ಮೂಲ ಮತ್ತು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಅವರು ಕಲಾತ್ಮಕವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದು ಇಡೀ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಅನೇಕ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಬಹಳ ಸ್ಫೂರ್ತಿ ತುಂಬಿತು; ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲೆ ಬ್ಯಾಜರ್ನಿಯವರು ಬಡವರ ಪರವಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದರ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರುವ ಚಿಂತಕರೆಂದು ಹೆಸರುವಾಸಿಯಾದರು.

ಬಡನತ, ವರ್ಗ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ (1982)

"ಸಾರಾಂಶೀಕರಿಸಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, ನಮ್ಮ ಅವಿಷ್ಕಾರಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರೆ ನಾಲ್ಕು ಮುಖ್ಯ ವಿಚಾರಗಳಿರುವುದು ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೊದಲನೇಯದು, ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಅಲಬ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಭಿನ್ನತೆಗಳಿರುವ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಜನರು ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಜನರಿಗಿಂತ ಬಹಳಷ್ಟು ಉತ್ತಮವಾದ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದು ಸಾಮ್ಯಾನ್ಯೀಕರಿಸಿ ಹೇಳಬಹುದು. ಇದೇ ರೀತಿಯ ಭಿನ್ನತೆಗಳು ಹಳ್ಳಿ-ಹಳ್ಳಿಗಳ ನಡುವೆಯೂ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿವೆ (ನಗರಗಳಲ್ಲಿರುವಂತೆಯೇ); ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ

ವಾಸಿಸುವ ಜನರಲ್ಲಿಯೇ ಅನುಕೂಲಸ್ತರಾಗಿರುವ ಒಂದು ಸಣ್ಣ ವರ್ಗವು ಉಳಿದ ವಿಶಾಲ ಜನಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿ ನೋಡಿದರೆ ಇದ್ದುದರಲ್ಲಿಯೇ ಉತ್ತಮವಾದ ಪರಿಸರ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸಿಗುವಂಥ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತದೆ.

ಎರಡನೇಯದು, ಬಡಜನರ ರಾಶಿರಾಶಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಅವರು ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಅತ್ಯಂತ ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಸರದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳೇ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅವರು ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರವೇ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಬಹುದು. *ಈ ಸುಧಾರಣೆಯು ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಸಂಬಧಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಒಂದು ಜನಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಣೆ ಮಾಡುವುದು ಎಂದರೆ ಆ ಸಮುದಾಯದ ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಣೆ ಮಾಡುವುದೂ ಆಗಿರುತ್ತದೆ.* ಈಗ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸಂಬಂಧಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಬಹಳ ನಗಣ್ಯವಾದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಮಾತ್ರವೇ ನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲವು. *ಹೀಗಾಗಿ, ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ಆರ್ಥಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನ್ಯಾಯಕ್ಕಾಗಿನ ಹೋರಾಟಗಳಂತೆಯೇ ಇರುತ್ತದೆ.*

ಮೂರನೇಯದು, ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಲಬ್ಯತೆಯ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಅಸಮಾನತೆ ಇರುವ ಇಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ, ಬಡಜನರಿಗೆ ಸಿಗುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಮೇಲೆ ಅನುಕೂಲಸ್ತ ವರ್ಗವೇ ನಿಯಂತ್ರಣ ಹೊಂದಿದೆ; ಅದು ಬಡಜನರನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಶೋಷಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಒಂದು ಅಸ್ತ್ರವನ್ನಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ನಾಲ್ಕನೇಯದು, ಆಳುವ ವರ್ಗವು ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ಮಾಡಿರುವ ರಿಯಾಯಿತಿಗಳನ್ನು, ಅನುಕೂಲತೆಗಳನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಡಜನರು ಸಂಘಟಿತರಾದರೆ ತಮ್ಮನ್ನು ದಮನಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಅನುಕೂಲಸ್ತರು ಬಳಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಲಬ್ಯತೆಯ ಅಸ್ತ್ರವನ್ನೇ ಮೊಂಡುಗೊಳಿಸಬಹುದು; ಮಾತ್ರವಲ್ಲ, ಇನ್ನೂ ಉತ್ತಮವಾದ, ನ್ಯಾಯಯುತವಾದ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯೊಂದನ್ನು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ತರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹೋರಾಡುತ್ತಿರುವ ಇನ್ನಿತರ ಶಕ್ತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಕೈಜೋಡಿಸುವುದಕ್ಕೂ ಈ ರಿಯಾಯಿತಿಗಳನ್ನು ಒಂದು ಊರುಗೋಲನ್ನಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

(ಡಿ.ಬ್ಯಾನರ್ಜಿ)

ಇದು ಭಾರತದಲ್ಲುಂಟಾದ ವಿದ್ಯಮಾನ ಮಾತ್ರ ಆಗಿರದೇ ಏಶಿಯಾದ ಬಹುತೇಕ ಭಾಗಗಳಲ್ಲೂ ಇದೇ ರೀತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ಕಂಡುಬಂದವು; ಏಶಿಯಾದ ಬಡಜನ ಪರವಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಜನೆಗಳ ಒಂದು ಜಾಲವಾಗಿರುವ 'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ'ವು (Asian Community Health Action Network - ACHAN) ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮುನ್ನೋಟದ ಒಂದು ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿತಲ್ಲದೇ ಈ ದಿಶೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಪುನರ್‌ದಿಕ್ಕು ತೋರಿಸಬೇಕೆಂದು ತನ್ನ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಇನ್ನಿತರರಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಿತು. ಇಲ್ಲಿ ಅವರು ಕೇವಲ 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ' ಎಂಬ ಪದವನ್ನಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ, 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಪದವನ್ನೂ ಪ್ರಜ್ಞಾಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಬಳಸಿದ್ದು ಅತೀ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗಿತ್ತು ಎಂಬುದನ್ನು ನಾವು ಗಮನಿಸಬೇಕು. ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಡೆದದ್ದು 'ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ'ದ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ!

'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ'
(Asian Community Health Action Network - ACHAN)

ಏಶಿಯಾದಲ್ಲಿ ಬಡಜನರ ನಡುವೆ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿ ಗಣನೀಯ ಅನುಭವ ಹೊಂದಿದ್ದ ಇಪ್ಪತ್ತು ಜನರ ಒಂದು ಗುಂಪು 1980ರಲ್ಲಿ 'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ'ವನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿತು. ಇಂದು ಅದು ಬಡಜನಪರ ಕಾಳಜಿ ಹೊಂದಿರುವ ಬಿಡಿ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಘಟನೆಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ತನ್ನ ವಿಸ್ತೃತ ಜಾಲದ ಮೂಲಕ ಏಶಿಯಾದ ಹದಿನೈದು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ

ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದೆ. ಇವರಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕರು ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ನವೀನ, ಪ್ರಯೋಗಾತ್ಮಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮನ್ನು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ'ವು ಏಶಿಯನ್ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ದಮನಿತ ಬಡ ಜನಸಮೂಹಗಳು ತಮ್ಮಿಂದ ತಾವೇ ಸ್ವಾವಲಂಭಿಯಾಗಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಹೊಂದುವಂತಹ ದೃಷ್ಟಿಯಿರುವ ಸಮುದಾಯ ಆಧಾರಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಸಿದ್ಧಾಂತವನ್ನು ಪ್ರಚುರಪಡಿಸಿ ಹರಡುವುದಕ್ಕೆ ಬಯಸುತ್ತದೆ; ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಸ್ವಾವಲಂಭಿ ಮಾನವ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯೇ ನೈಜ ಪರಿವರ್ತನೆಯನ್ನು ತರುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಗಳ ದೈಹಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಆದ್ಯಾತ್ಮಿಕ, ಆರ್ಥಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಏಳಿಗೆಗಳೆಲ್ಲವೂ ಸಮ್ಮಿತಳಿತಗೊಂಡಿರುವಂತಹದ್ದು ಎಂದು 'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ'ವು ಪರಿಭಾವಿಸುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ಸಮುದಾಯವು ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು, ತನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಆದ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೋಡುತ್ತದೆಯೋ ನಾವೂ ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೋಡಬೇಕೆಂದೂ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಯೋಜಿಸುವಲ್ಲಿ, ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ, ಪರಿವೀಕ್ಷಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ವಿಕಸಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯವನ್ನು ಕ್ರೀಯಾಶೀಲವಾಗಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದೂ 'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ' ನಂಬುತ್ತದೆ.

'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ'ವು ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ತಳಮಟ್ಟದ ಜಾಲಗಳ ನಿರ್ಮಾಣವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತದೆ"

1980ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಫೂರ್ತಿ'ಯು ನಿಜಾರ್ಥದಲ್ಲಿ ಇಡೀ ದೇಶವ್ಯಾಪಿಯಾಗಿ ಜನಪ್ರಿಯವಾಯಿತು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ 1978ರ ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ ಘೋಷಣೆಯು ಒಂದು ದೊಡ್ಡ ಮುನ್ನಡೆಯಾಗಿತ್ತಾದರೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸವಾಲು ಅದಕ್ಕಿಂತ ಬಹಳ ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲಾಗಿತ್ತು; ಭಾರತೀಯ ಉಪಖಂಡದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ವರದಿಗಳು ಹಾಗೂ ಸಮಷ್ಠಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಬೃಹತ್ತಾದ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರವಾದ ಈ ಸವಾಲನ್ನು ಎತ್ತಿಕೊಂಡು ಅದಕ್ಕೊಂದು ಸ್ಥೂಲ ರೂಪುರೇಶೆಯನ್ನು ಕೊಡುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದವು.

1981ರಲ್ಲಿ ಬಂದ "ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪರ್ಯಾಯ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರ ಕುರಿತ ಐಸಿಎಸ್ಎಸ್ಆರ್/ಐಸಿಎಂಆರ್ ತಜ್ಞರ ಗುಂಪು" (ICSSR/ICMR Expert Group on Health for All and Alternative Strategy) ಹಾಗೂ 1982ರ "ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ"ಗಳು (1946ರ ಭೋರೆ ವರದಿಯ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕುರಿತಂತೆ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಬಂದ ಸಮಗ್ರ ವರದಿ ಇದಾಗಿದೆ) ಹೊಸ ದಿಕ್ಕುಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಹೊಸ ಕಾಳಜಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ಚಿತ್ರಿಸಿಕೊಟ್ಟವು.

ಸ್ವಯಂಆಚ್ಛೆಯಿಂದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರನ್ನು ಮತ್ತು ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಆಲೋಚನೆ ಮಾಡುವವರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡ ಜಾಲವು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಸರ್ಕಾರವು ರೂಪಿಸುತ್ತಿದ್ದ ನೀತಿಗಳು, ಅದರ ಗ್ರಹಿಕೆಗಳೂ ಕೂಡ ಅದೇ ದಿಕ್ಕಿನತ್ತ ಸಾಗುತ್ತಿದ್ದವು.

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ: ಒಂದು ಪರ್ಯಾಯ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರ (ಐಸಿಎಸ್ಆರ್/ಐಸಿಎಂಆರ್ ಪರಿಹಾರ)

(Asian Health For All: An Alternative Strategy - ICSSR/ICMR Perscription)

ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕ, ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಹಾಗೂ ಜನಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ನಾವು ಮುಂದಿಡುವ ಐದನೇ ಬಹುಮುಖ್ಯ ಪ್ರಸ್ತಾವ ಏನೆಂದರೆ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಹಾಗೂ ಬಹಳ ಅಧಿಕಾರಶಾಹಿತನದಿಂದ ಕೂಡಿದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಜನರನ್ನು ಕೇವಲ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕಿರುವ ಹೊರಗಿನ ವಸ್ತುಗಳನ್ನಾಗಿ ಮಾತ್ರ ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತು ಅವರ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ; ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕಿ ಅದರ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಜನರನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಒಳಗಿನವರನ್ನಾಗಿ ಕಾಣುವ, ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವಾದ, ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಮತ್ತು ಅವರ

ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ತರಬೇಕು. ಈ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರವನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಕೆಳ ಹಂತದ ಎಲ್ಲಾ ಸಮ್ಮಿಳಿತ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಪಂಚಾಯತ್ ರಾಜ್ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಅಧೀನಕ್ಕೆ ಒಳಪಡುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ನಾವು ಸಲಹೆ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದೇವೆ. ಈ ನೀತಿಯ ಮೂಲಭೂತ ಧ್ಯೇಯೋದ್ದೇಶಗಳು ಏನಾಗಿರಬೇಕೆಂದರೆ:

- ಒಟ್ಟಾರೆ ಸಾಮಾಜಿಕ–ಆರ್ಥಿಕ–ರಾಜಕೀಯ ಪರಿವರ್ತನೆಗಾಗಿ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ಯೋಜನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನೂ ಸಮ್ಮಿಳಿಸಬೇಕು;

- ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ಆಹಾರ ದೊರೆಯುವುದನ್ನು ಖಾತ್ರಿಗೊಳಿಸಬೇಕು; ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿರುವಂತಹ ಪರಿಸರವನ್ನು ಹಾಗೂ ಅವಶ್ಯವಿದ್ದೆಡೆಯಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಸೋಂಕು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಪ್ರತಿರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು;

- ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯಪೂರ್ಣ ಜೀವನವನ್ನು ಸಾಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾಗೂ ತನ್ನ ಕುಟುಂಬದ, ತನ್ನ ಸಮುದಾಯದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ, ಅವುಗಳನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ತಾನು ಅರ್ಥಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸಮರ್ಥವಾಗುವ ಹಾಗೆ ಅವನಿಗೆ ಅವಶ್ಯ ಜ್ಞಾನವನ್ನು, ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ತುಂಬುವಂತಹ ಸಮರ್ಪಕ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೊಂದನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬೇಕು;

- ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಮಾದರಿಯನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕಿ ಅದರ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಹೊಸ ಮಾದರಿಯೊಂದನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಬೇಕು; ಈ ಹೊಸ ಮಾದರಿಯು:

    - ಜನರ ಸಂಪ್ರದಾಯ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾಗಿರುವ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಆಧುನಿಕ ವಿಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ತಂತ್ರಜ್ಞಾನದೊಂದಿಗೆ ಬೆಸೆಯುವಂತಿರಬೇಕು;

    - ಉತ್ತೇಜನಾಕಾರಿ, ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಗುಣಕಾರಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಗಳನ್ನು ಮೇಳೈಸಬೇಕು;

    - ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವೂ, ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತವೂ ಆಗಿರುವುದಲ್ಲದೇ ಜನರು ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸಬೇಕು;

    - ಜನಮುಖಿಯಾಗಿರಬೇಕು, ಅಂದರೆ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಗೂ ಸಮರ್ಪಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು ಹಾಗೂ ದುರ್ಬಲ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ವಿಶೇಷ ಆದ್ಯತೆ ಕೊಡಬೇಕು.

    - ದುಬಾರಿಯಾಗಿರಬಾರದು; ಹಾಗೂ

    - ಸಮುದಾಯದೊಳಗೆ ಆಳವಾಗಿ ಬೇರೂರಿರಬೇಕು; ಜನರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಜನರೂ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಉದ್ದೇಶವನ್ನು ಹೊಂದಿರಬೇಕು ಹಾಗೂ ಜನರು ತಮ್ಮ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ತಾವೇ ಬಗೆಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಶಕ್ತರಾಗುವಂತೆ ಅವರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು.

ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ: ಒಂದು ಪರ್ಯಾಯ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರ
(ಐಸಿಎಸ್‌ಆರ್ ಮತ್ತು ಐಸಿಎಂಆರ್ 1981)

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ (1982)

ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇಡೀ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಮತ್ತು ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಸಂಘಟನೆಗಳು ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳ ಸೇವೆ ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲಗಳನ್ನು ಸದುಪಯೋಗಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲದೇ ಈ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರ ಹಾಕುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳೊಂದಿಗೆ ಒಂದು ಏಕೀಕೃತ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಸಮ್ಮಿಳಿಸಿ, ಸಮನ್ವಯಗೊಳಿಸಿ ಜೋಡಿಸಬೇಕು.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಕಾರ್ಯಧೋರಣೆಯು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಬೇಕೆಂದರೆ ಜ್ಞಾನ, ಸರಳ ಕೌಶಲ್ಯ ಮತ್ತು ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಗಳು ಸಮುದಾಯದಿಂದ ಆಯ್ಕೆಯಾದ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದ ವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಗೆದ್ದ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ವಯಂಸೇವಕರಿಗೆ ಬಹಳ ದೊಡ್ಡ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವರ್ಗಾವಣೆಯಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಮುದಾಯದಿಂದ ಆಯ್ಕೆಗೊಂಡ ಮುಂಚೂಣಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಆಚರಣಾತ್ಮಕ ಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಮಾಡುವ ನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಕಾರ್ಯಯೋಜನೆಯೊಂದಿಗೆ ಬೆಸೆಯಬೇಕು. ಹೀಗೆ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಆಚರಣಾತ್ಮಕ ಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಅಲ್ಪಕಾಲದ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವಂತಹ ಬಹಳ ಸರಳ ಹಾಗೂ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಧ್ಯಪ್ರವೇಶಿಕೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಗಳಿಗೆ/ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಕೊಡುವ ತರಬೇತಿಯ ಗುಣಮಟ್ಟ ಒಟ್ಟಾರೆ ಈ ಕಾರ್ಯಧೋರಣೆಯ ಯಶಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಯಶಸ್ಸು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಸ್ವಾವಲಂಬನೆಯನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಸಂಘಟಿತಗೊಳಿಸುವುದರ ಮೇಲೆ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ; ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ದ್ವಿತೀಯ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಹಂತಗಳು ಅಗತ್ಯ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ತಾಂತ್ರಿಕ ಬೆಂಬಲಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಮೂಲಕ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬೆನ್ನಿಗೆ ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಂಘಟಿತವಾಗಿ ನಿಲ್ಲುತ್ತವೆ ಎಂಬುದರ ಮೇಲೆ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಯಶಸ್ಸು ಅವಲಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

(ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ –1982
ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರ, ನವದೆಹಲಿ)

1983ರ ಹೊತ್ತಿಗೆ, ಹೊಸ ಪರಿವರ್ತನೆಗಾಗಿ ತುಡಿಯುವ ಬಿಡಿ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅದೇ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹೊಂದಿರುವ ಹಲವು ಜನರನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಸಾಮೂಹಿಕ ಜಾಲಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು, ಸಮಾಜಸೇವಾ ತಂಡಗಳು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ'ವನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಿ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ನಿಂತವು; ಆದರೆ, ಭಾರತದ ಅತ್ಯಂತ ಬೃಹತ್ತಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಲದ (ಪ್ರಾಯಶಃ ಇದು ವಿಶ್ವದಲ್ಲೇ ಅತ್ಯಂತ ದೊಡ್ಡದಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಲವಾಗಿದೆ) ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಮಹತ್ವಪೂರ್ಣ ಮೈಲಿಗಲ್ಲಾಗಿದೆ. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮುಂದಿರುವ ಸವಾಲುಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ತನ್ನ ಸದಸ್ಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೊಸ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ 'ಭಾರತೀಯ ಕೆಥೋಲಿಕ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯು (The Catholic Health Association of India - CHAI) 1982ರಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಿತು. ಅಷ್ಟುಹೊತ್ತಿಗಾಗಲೇ ಕೋರ್ ಉನಮ್ ಸ್ಫೂರ್ತಿ ಇತ್ತಾದರೂ ಇದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಗೆ 'ಹೊಸ ಸೇರ್ಪಡೆ'ಯಾಗಿತ್ತು. ಹಾಗಾಗಿ ಇದು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯು ಸಾಗಬೇಕಿರುವ ಹಾದಿಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗಿ 1983ರ ಮೇ ತಿಂಗಳನಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಚರ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದ 'ಭಾರತದ ಸ್ವಯಂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ' (VHAI), 'ಭಾರತದ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ' (CMAI), 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸ್ನೇಹಿತರ ಬಳಗ' (MFC), ಎಸಿಹೆಚ್ಎಎನ್, ಐಎಸ್ಐ, ಎಸ್ಈಎಆರ್ಸಿಹೆಚ್ ಹಾಗೂ ಮತ್ತಿತರ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಸಮಾನ ಮನಸ್ಕ ಸಹಭಾಗಿಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟುಗೂಡಿಸಿತು. ಒಂದು ದಶಕಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಅವಧಿಯ ಪ್ರಯೋಗದ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಒಂದು ಸಂಸ್ಥೆಯು ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಮತ್ತು ಮುನ್ನೋಟಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆಸಿತ್ತು. ಇದು ಕೇವಲ ಒಂದು ಮುನ್ನೋಟ ಮಾತ್ರವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಒತ್ತಟ್ಟಿಗಿರಲಿ, ಪಾದ್ರಿ ಮತ್ತು ನನ್ಗಳ ಒಂದು ಚಿಕ್ಕ ತಂಡವೇ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒಂದು ಶ್ರದ್ಧೆಯ ವಿಚಾರವನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿತು; ಪ್ರವಚನದ ಮೂಲಕ, ಉಪನ್ಯಾಸದ ಮೂಲಕ ಶುಭ ಸುದ್ದಿಯನ್ನು ಇಡೀ ದೇಶದಾದ್ಯಂತ ಹರಡಲಾರಂಭಿಸಿತು; ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡ ತರಬೇತಿಗಳು (Community Health Team Training - CHTT), ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಘಟನೆ, ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಹಣೆಗಳು (Community Health Organisation, Planning and Management - CHOPAM) ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮೂಲಕ

ವಾರಣಾಸಿ, ರಾಜ್‌ಕೋಟ್, ಅಜ್ಮೀರ್, ಮಂಡ್ಲಾ, ಮಂಡಾ ... ಹೀಗೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಇದು ಪ್ರಾಂತ್ಯದಿಂದ ಪ್ರಾಂತ್ಯಕ್ಕೆ ವ್ಯಾಪಿಸಲಾರಂಭಿಸಿತು.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ:
ಭಾರತ ಕೆಥೋಲಿಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂಸ್ಥೆಯ (CHAI) ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಹಾಗೂ ಸಿದ್ಧಾಂತ

'ಕ್ರಿ.ಶ.2000ದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ವಿಶ್ವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಕರೆಯ ಬೆಳಕಿನಲ್ಲಿ ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಪರಿಷ್ಕೃತ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ; ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ವಿಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಕುರಿತು ಪಾಂಟಿಫಿಕಲ್ ಕೌನ್ಸಿಲ್ ಕೋರ್ ಉನಮ್ ಹೊರತಂದ ದಸ್ತಾವೇಜಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಚರ್ಚು ಮಾಡಿದ ಉಪನ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಇತ್ತೀಚಿನ ಪೋಪ್‌ಗಳು ನೀಡಿದ ಹೇಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಭಾರತ ಕೆಥೋಲಿಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯಾದ CBCI ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುತ್ತವೆ:

1. ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಕೇವಲ ರೋಗವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಮಾತ್ರವಲ್ಲ; ಬದಲಿಗೆ ಅದು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ, ಕುಟುಂಬಗಳ ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಸಮುದಾಯದ ಒಟ್ಟಂದದ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬೇಕೆಂದರೆ ಜನರ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯದ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವಂತಹ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಯೋಗಕ್ಷೇಮವನ್ನು ಖಾತ್ರಿಪಡಿಸುವಂತಹ ಹಾಗೂ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವಂತಹ ಪರಿಸರ ಇರಬೇಕಾದದ್ದು ಅವಶ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ, ಸಮುದಾಯವೊಂದರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಅಳೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಹೊಸ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕಿರುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನೂ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಶಿಸು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣ, ಸರಾಸರಿ ಜೀವಿತಾವಧಿಯ ದರ ಮುಂತಾದ ಪಾರಂಪರಿಕ ಮಾನದಂಡಗಳ ಜೊತೆಗೆ ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಜನರ ಸಕ್ರಿಯ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆ, ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಿಡುಗುಗಳಿಲ್ಲದಿರುವುದು, ಜನರ ಸಂಘಟನಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯರು ಮತ್ತು ಯುವಕ/ಯುವತಿಯರ ಪಾತ್ರ ಇತ್ಯಾದಿ ಮಾನದಂಡಗಳನ್ನೂ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

2. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಸಾಮೂಹಿಕವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪಡೆಯುವುದು ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕು ಎಂಬುದಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಮಾಡುವಂತೆ ಅವರನ್ನು ಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಎಂದು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಹೀಗೆ, ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬುದು ಅನಾರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹಂಚುವ ಹಾಗೂ ಆದಾಯವನ್ನು ಸೃಜಿಸುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೇ ಅದರಾಚೆಗಿರುವ ವಿಚಾರವಾಗಿದೆ.

3. ಬಹಳಷ್ಟು ವಿಶಾಲವಾಗಿರುವ, ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾಗಿರುವ, ದೇಶದ ಒಟ್ಟು ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಶೇಕಡಾ 80ರಷ್ಟು ಭಾಗ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲೇ ವಾಸಿಸುವ ಹಾಗೂ ದೇಶದ ಶೇಕಡಾ 90ರಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳು ಅಲ್ಪಸಂಖ್ಯೆಯ ನಗರವಾಸಿಗಳಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತಿರುವ ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶವೊಂದರಲ್ಲಿ ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಿರುವುದು ಹಾಗೂ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಮರುಚಿಂತನೆ ನಡೆಸಬೇಕಿರುವುದು ಇಂದಿನ ತುರ್ತು ಅಗತ್ಯವಾಗಿದೆ.

4. ಬಹುತೇಕವಾಗಿ ರೋಗವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸುವ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆಯೇ ಪ್ರಧಾನ ಒತ್ತುಕೊಡುತ್ತಿರುವ ಇಂದಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಲಾಭಗಳಿಕೆಯೇ ಪ್ರಧಾನ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರುವಂಥ ವ್ಯಾಪಾರಿ ದಾರಿ ಹಿಡಿಯುವ ಸ್ವಭಾವದ್ದಾಗಿದೆ. ಈ ದೇಶದ ವಿಶಾಲ ಜನಸಮೂಹಗಳಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ ಎಂಬುದರ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಇದು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ; ಬದಲಿಗೆ ಜನರಿಗೆ 'ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಮಾರಾಟ ಮಾಡುವುದ'ರ ಮೇಲೆಯೇ ಹೆಚ್ಚು ಗಮನ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾಜಿಕ ಪಿಡುಗು ಮತ್ತು ಅಮತೋಲನಗಳೇ ರೋಗಗಳ ಉತ್ಪತ್ತಿಗಿರುವ ಮೂಲ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ; ಅವುಗಳ ಸರಿಪಡಿಕೆಗೆ ರಾಜಕೀಯ ಪರಿಹಾರವೇ ಉತ್ತರವಾಗಿದೆ; ತಮ್ಮ ನೈಜ ಅಗತ್ಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕುಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ತಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ, ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಅರಿವು

ಮೂಡಿಸುವ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ ಅವರು ಸಂಘಟಿತರಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಈ ರಾಜಕೀಯ ಪರಿಹಾರವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕೇವಲ ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಮೂಲಕ ಮಾತ್ರವೇ ಭಾರತದ ವಿಶಾಲ ಜನಸಮೂಹಕ್ಕೆ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂಬುದು ಒಂದು ವಾಸ್ತವವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯ.

ನಮ್ಮ ಆಯ್ಕೆ

ಈ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಮತ್ತು ಸಿದ್ಧಾಂತಗಳ ಬೆಳಕಿನಲ್ಲಿ ನಾವು ಶೋಷಿತ, ಅಸಂಘಟಿತ ಜನಸಮೂಹಗಳೇ, ಅದರಲ್ಲೂ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ಬಡವರೇ, ನಮ್ಮ ಗುರಿಯಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ದೇಶದಲ್ಲಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಮೂಲಕ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಭಾರತ ಕೆಥೋಲಿಕ್ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಯ (CHAI) ಸದಸ್ಯ ಸಂಘಟನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ಜನಮುಖಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮನ್ನು ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಇನ್ನಿತರ ಬಿಡಿ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಮತ್ತು ಗುಂಪುಗಳ ಮೂಲಕ ಈ ಜನಸಮೂಹಗಳನ್ನು ತಲುಪುವುದಕ್ಕೆ ನಾವು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದ್ದೇವೆ; ಆ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಜನರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ನಮ್ಮ ಧ್ಯೇಯವನ್ನು ವಾಸ್ತವಕ್ಕಿಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತೇವೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಇದೇ ರೀತಿಯ ಸಿದ್ಧಾಂತ ಮತ್ತು ಧ್ಯೇಯೋದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿಯುವ ಇನ್ನಿತರ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಟನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಕೈಜೋಡಿಸಿ ಸಹಯೋಗದೊಂದಿಗೆ ಮುನ್ನಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದಷ್ಟೂ ಗರಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆಸುತ್ತೇವೆ.

1984-1986ರಿಂದ ತಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಮೂಲಸ್ಥಾನದಿಂದ ಆಚೆಗೆ ಹೊರನಡೆದ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರ ಒಂದು ಸಣ್ಣ ತಂಡವು 'ಅಧ್ಯಯನ-ಪ್ರತಿಫಲನ-ಕ್ರಿಯೆ' ಎಂಬ ಪ್ರಯೋಗವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿತು; ಇದರ ಹಿಂದಿದ್ದ ಮುಖ್ಯ ಉದ್ದೇಶವೇನೆಂದರೆ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯನ್ನು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆಸುವುದು, ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಕೀಲಕ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆ ನೀಡುವವರೊಂದಿಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಸಂವಾದ ನಡೆಸುವುದು, ಆಗತಾನೆ ಹುಟ್ಟಿ ಬರುತ್ತಿದ್ದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಈ ಚಳವಳಿಗೆ ಸೇರುತ್ತಿದ್ದ ಜನರಿಗೆ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಒಟ್ಟಂದದಲ್ಲಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಕೆಲವು ಸೂತ್ರಾವಳಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸುವ ಸ್ಥೂಲವಿವರಣಾತ್ಮಕ ಚೌಕಟ್ಟನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸುವುದು. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಸಮುದಾಯ ಚಳವಳಿಯ ವಿದ್ಯಮಾನವು 1980ರ ದಶಕ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಾಗಲೇ ಗಳಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಅಪಾರ ಅನುಭವ ಮತ್ತು ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳ ಶ್ರೀಮಂತಿಕೆಯ ಮೇಲೆ ವಿಶ್ವಾಸವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಒಂದು ಪ್ರಯತ್ನವೂ ಇದಾಗಿತ್ತು. ತಮ್ಮನ್ನು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ' (Community Health Cell - CHC) ಎಂದು ಕರೆದುಕೊಂಡ ಈ ಗುಂಪು ತದನಂತರದಲ್ಲಿ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಗ್ರತಿ, ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯೆಗಾಗಿನ ಸಂಸ್ಥೆ' (Society for Community Health Awareness, Research and Action - SCHARA) ಎಂಬ ಸಂಘಟನೆಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಂಡು ತಳಮಟ್ಟದ ಅನುಭವಗಳಿಂದ ಕಲಿಯುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಿತು; ಪರ್ಯಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ನೀತಿ ಕುರಿತ ಚರ್ಚೆಯನ್ನು ತೀಕ್ಷ್ಣಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಪರ್ಯಾಯ ನೀತಿ ರೂಪಣೆಗಾಗಿ ವಿವಿಧ ವ್ಯಕ್ತಿ-ಸಂಘಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನಡುವೆ ಒಂದು ಸಂಪರ್ಕಜಾಲವನ್ನು ಕಟ್ಟುತ್ತಾ ಸಾಗತೊಡಗಿತು; ತಳಮಟ್ಟದದಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಮಾದರಿಯ ಚಟುವಟಿಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಒಟ್ಟಾರೆ ಮೇಲು ಸ್ಥರದ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ತರುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ವೇಗಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾ ಮುನ್ಸಾಗಿತು. 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ'ವು ತನ್ನ ಪರ್ಯಾಲೋಚನೆಗಳ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಸಂಗ್ರಹವಾದ 'ಕೆಂಪು ಪುಸ್ತಕ'ವನ್ನು (The Red Book) ತನ್ನೊಂದಿಗೆ ಒಡನಾಟದಲ್ಲಿದ್ದ ಎಲ್ಲಾ ಗುಂಪುಗಳ ನಡುವೆ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೆ ಮಾಡಿತು; ಈ ಪುಸ್ತಕವು ಹೊಸ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಬಹಳ ಸೃಜನಶೀಲವಾಗಿ ವಿವರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿತು. ಇದು ಒಂದು ಸುಲಭದ ಕೆಲಸವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಏಕೆಂದರೆ, ಹೊಸದಾಗಿ ಹುಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಪರ್ಯಾಯ ರೂಪಾವಳಿಯನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಅದರ ವಿರವಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು, ವೈವಿಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸುವುದರ ಬದಲಿಗೆ ಬಹುಮುಖ್ಯವಾದ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಪೂರ್ಣ ಗಮನಕೊಡಬೇಕಿರುವುದು ಬಹಳ ಮುಖ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ. 1970ರ ದಶಕದ ಹಾಗೂ 1980ರ ದಶಕದ ಆರಂಭಿಕ ಅವಧಿಯ ಭಾರತೀಯ ಅನುಭವಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಈ ಹೊಸ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ಹತ್ತು ಸೂತ್ರಾವಳಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಯಿತು.

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಧೋರಣೆ (1984) 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕೋಶ' (CHC) ತಂಡದ ಪರ್ಯಾಲೋಚನೆ

'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬುದು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿಕಾಸಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹೊಸ ಧೋರಣೆಯನ್ನು ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಇಂದಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಬಳಗದಲ್ಲಿ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಳಸಲ್ಪಡುತ್ತಿರುವ ಒಂದು ಪರಿಭಾಷೆಯಾಗಿದೆ. ಬಹಳಷ್ಟು ಸಲ ಇದನ್ನು 'ಸಮುದಾಯ ಔಷಧೋಪಚಾರ' ಮತ್ತು 'ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ' ಎಂಬ ಪದಗಳಿಗೆ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ, ಸಂವಾದಿಯಾಗಿಯೂ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. 1982–86ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ನಾವು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ಈ ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಅಧ್ಯಯನ–ಪರ್ಯಾಲೋಚನೆಗಳ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಕಂಡುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆಂದರೆ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಎಂಬ ಪದವು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಅಥವ ಅದರ ಧೋರಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾಗಿರುವ ಬಹಳಷ್ಟು ವಿಶಾಲವಾದ ಚಿಂತನೆ ಮತ್ತು ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿದೆ. ನಾವು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕೆ ತೊಡಗುವಾಗ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನು ಬಹಳ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುವಂತಹ, ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಎಲ್ಲಾ ಜನರಿಗೂ ಒಪ್ಪಿಗೆಯಾಗುವಂತಹ, ಬಹಳ ಅಚ್ಚುಕಟ್ಟಾಗಿ ಹೆಣೆದ ವಿಕರೂಪಿ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನವನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ನಮಗಿದ್ದ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ; ಬದಲಿಗೆ ಈ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನದ ಆಳವನ್ನು ಸಂಶೋಧಿಸಿ ಅರಿಯುವುದು ಹಾಗೂ ನಾವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಯಾವುದನ್ನು "ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ" ಅಥವ "ಸಮುದಾಯ ಔಷಧೋಪಚಾರ" ಎಂದು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೋ ಅಥವ ವಿವರಿಸುತ್ತೇವೆಯೋ ಅದರಿಂದಾಚೆಗೆ ಬಹುದೂರ ಹೋಗಿ ಅದರ ಅಪಾರ ಶ್ರೀಮಂತಿಕೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ಅದರ ವಿವಿಧ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ನಮ್ಮ ಉದ್ದೇಶವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಹೊಸ ಧೋರಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಡಗಿರುವ ಸೂತ್ರಾವಳಿಗಳನ್ನು (ಅದರ ತತ್ವಶಾಸ್ತ್ರೀಯ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಗಳು, ಧ್ಯೇಯೋದ್ಧೇಶಗಳು ಮತ್ತು ಕ್ರಮಶಾಸ್ತ್ರಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ವಿಕಾಸಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಲೆಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ನಾವಿಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ಇಡುತ್ತೇವೆ.

ಪರ್ಯಾಲೋಚನೆಗಳು:

1. *ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಎಂದರೆ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಸಾಮೂಹಿಕವಾಗಿ ತಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಪಡೆಯುವುದು ತಮ್ಮ ಹಕ್ಕು ಎಂಬುದಾಗಿ ಒತ್ತಾಯಮಾಡುವಂತೆ ಅವರನ್ನು ಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ಒಂದು ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ.*

2. *ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ, ಸಂಘಟನೆಗಳ ಮೇಲೆ, ಅಂದರೆ, ಅವಕಾಶಗಳ ಮೇಲೆ, ಜ್ಞಾನದ ಮೇಲೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಬೆಂಬಲ ಸಂರಚನೆಗಳ ಮೇಲೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ, ಕುಟುಂಬದ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯದ ಸ್ವಾಯತ್ತತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಅಂಶವನ್ನೂ "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.*

3. "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ"ದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ:

   - ಶಿಕ್ಷಣ, ಕೃಷಿ ವಿಸ್ತರಣೆ ಮತ್ತು ಆದಾಯಸೃಷ್ಟಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ವಿಕೀಭವಿಸಿ ಮೇಳೈಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ;

   - ಈಗ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿಬಂಧಾತ್ಮಕ, ಉತ್ತೇಜನಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ಪುನರ್‌ಸ್ಥಾಪಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಕೊಡುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು;

   - ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಸಂಪರ್ಕ–ಸಂವಹನಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ದಾಖಲಿಸುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಖರ್ಚಿನ, ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಸೂಕ್ತ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವನ್ನು ಬಳಸಿ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಗಾಗಿನ ಹುಡುಕಾಟ; ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸುವವರು (ದಾಯಿಗಳು), ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ರೋಗ ನಿವಾರಣೆ ಮಾಡುವವರು, ಜನಪದೀಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿ ನಡೆಸುತ್ತಿರುವವರು, ಅಲೋಪಥಿಕ್ಕೇತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಲ್ಪಡುವ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳು ಮತ್ತು ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯೆಂದು ಸಾಬೀತಾದ ರೋಗ ನಿವಾರಣೆಯ ಗೃಹವಿಧಾನಗಳು – ಇಂತಹ ಹಲವಾರು ಸ್ಥಳೀಯ ಮತ್ತು ದೇಶೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಸದ್ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು;

- ಹಳ್ಳಿಯಾಧಾರಿತವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ತರಬೇತಿ ಕೊಟ್ಟು ಅವರನ್ನು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು;

- ರೈತರ, ಮಹಿಳೆಯರ ಮತ್ತು ಯುವಜನತೆಯ ಗುಂಪುಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವ ಮೂಲಕ ಇಡೀ ಸಮುದಾಯವು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿತಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು;

- *ಯೋಜನೆಯ ರೂಪಣೆ, ಅದಕ್ಕೆ ಹಣಕಾಸು ನೀಡಿಕೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಮಗಳ ಸಂಘಟನೆ ಮತ್ತು ಅನುಷ್ಠಾನ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಕ್ರಿಯಾಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಿಕೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದು; ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಸಮುದಾಯದ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಔಪಚಾರಿಕ ಮತ್ತು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಸಂರಚನೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿಸುವುದು;*

- ಸಹಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳನ್ನು, ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆಯನ್ನು ಹಾಗೂ ಇನ್ನಿತರ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸುವ ಮೂಲಕ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಶ್ರಮ, ಮಾನವ ಕೌಶಲ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಪರಿಕರಗಳನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಾನುಷ್ಠಾನದಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯವು ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ಬೆಂಬಲಕ್ಕೆ ನಿಲ್ಲುವ ಹಾಗೆ ಮಾಡುವುದು;

- ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ನಿಯಮಾವಳಿಗಳಿಲ್ಲದಂತೆ ಅನೌಪಚಾರಿಕವಾಗಿ ನಡೆಸುವುದು, ಅವುಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಗೊಂದಲಕ್ಕೆಡೆಯಿಲ್ಲದಂತೆ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ, ವಿಷದವಾಗಿ ವಿವರಿಸುವುದು ಹಾಗೂ ಬಹಳ ನಿಷ್ಕಲ್ಮಷವಾಗಿ ಜಾರಿಗೆ ತರುವುದು;

4. 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಧೋರಣೆಯು ಅವಶ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವಾದ, ವಿಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ, ಜನರು ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ, ಜನರೇ ಕಟ್ಟುವಂತಹ ಹಾಗೂ ಜನರಿಗೆ ಶಕ್ತಿ-ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ತುಂಬುವಂತಹ ಒಂದು ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಯಾಗಿದೆ; ಅಲ್ಲದೇ, ಈ ಹೊಸ ಮೌಲ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಸಮುದಾಯ ಮತ್ತು "ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ" ಅನುಷ್ಠಾನಕರ ನಡುವೆ ಹಾಗೂ "ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ" ಅನುಷ್ಠಾನಕರೊಳಗೆಯೇ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಅನ್ಯೋನ್ಯ ಒಡನಾಟವನ್ನು ಬೆಳೆಸಿ ಹಬ್ಬಿಸಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ.

ಹೀಗಾಗಿ, "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯನ್ನು ಇನ್ನಷ್ಟು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬೆಳೆಸಬೇಕೆಂದರೆ "ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆ"ಯನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸುವ ತಂಡಗಳು ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯಾಗಿ ಹಾಗೂ ಒಂದು ತಂಡವಾಗಿ ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ನಡುವಿನ ಸಂಬಂಧಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚೆಚ್ಚು ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವಾದ, ಮೇಲು-ಕೀಳೆಂಬ ಶ್ರೇಣೀಕರಣರಹಿತವಾದ, ಜನರು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಂತಹ, ಸಾಮೂಹಿಕ ತಂಡ ರಚನೆಯ ಮತ್ತು ತಂಡ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಬೆಳೆಸುವ ಮನೋಭಾವಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

5. ಅಸಮಾನತೆಯಿಂದ ಕೂಡಿದ ಹಾಗೂ ಮೇಲು-ಕೀಳು, ಬಡವ-ಶ್ರೀಮಂತ ಎಂಬಿತ್ಯಾದಿಗಳಿಂದ ಶ್ರೇಣೀಕರಣಗೊಂಡ ಸಾಮಾಜಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ನಿಜಾರ್ಥದಲ್ಲಿ "ಸಮುದಾಯ" ಎಂಬುದೇ ಇಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಧೋರಣೆಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ; ಆದ್ದರಿಂದ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಸರಿಸಮಾನವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೇ ಹೊರಗುಳಿದಿರುವ ಸಮುದಾಯದ ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ಜನರನ್ನು (ಅಂದರೆ ಬಡವರು, ಅನಾನುಕೂಲಸ್ತರು ಮತ್ತು ಮೂಲೆಗೆ ದೂಡಲ್ಪಟ್ಟ ಅವಕಾಶ ವಂಚಿತರು) ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿಸುವುದು, ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಅವರು ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು – ಇದೇ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆ'ಯ ನಿಜವಾದ ಅರ್ಥವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನೂ 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ' ಧೋರಣೆಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ.

ಯಥಾಸ್ಥಿತಿ ಬಯಸುವ ಶಕ್ತಿಗಳು ಹಾಗೂ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಸಮಾನ ಮತ್ತು ಶ್ರೇಣೀಕೃತ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚು ಲಾಭ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಪಟ್ಟಭದ್ರರು ಇಂಥ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಿರೋಧಿಸುತ್ತಾರೆ. ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆಯ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಈ ರೀತಿಯ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳ ನಡುವೆ ಘರ್ಷಣೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು, ಹಾಗೂ ಅದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಕಲಹಗಳು

ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನು "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಧೋರಣೆ"ಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ; ಇದೆಲ್ಲಾ ಗೊತ್ತಿದ್ದರೂ ಸಮುದಾಯಕ್ಕೆ ಶಕ್ತಿ, ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳನ್ನು ತುಂಬುವ ತನ್ನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಅದು ಕಟಿಬದ್ಧವಾಗಿರುತ್ತದೆಯಲ್ಲದೇ ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ಮತ್ತು ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳು ಆರೋಗ್ಯ ವಿಷಯಗಳಾಚೆಗೆ ಹೋಗಿ ವಿಸ್ತಾರ ಸ್ವರೂಪಡೆದಂತೆಲ್ಲಾ ಅವುಗಳಿಗೆ ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಲ್ಲುತ್ತದೆ.

6. ಇಡೀ ಸಮಾಜವನ್ನು ಹಲವು ಹೋಳುಗಳಾಗಿ ವಿಭಜಿಸಿದ ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಧಾರ್ಮಿಕ ಮತ್ತು ರಾಜಕೀಯ ಭಿನ್ನತೆಗಳನ್ನು ಅತಿದೊಡ್ಡ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುವ ಬಡವರು ಮತ್ತು ಅನಾನುಕೂಲಸ್ತರು ಅಂತರ್ಗತ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರಾದ್ದರಿಂದ ಅವರನ್ನು ಅವರವರ ಬಡತನ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ತರಗಳೊಂದಿಗೆ ತಳಕು ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ; ಆದರೂ ಈ ಬಡವರು ಮತ್ತು ಅನಾನುಕೂಲಸ್ತರು ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೆ ತಾವೇ "ಒಂದು ಸಮುದಾಯ"ವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಧೋರಣೆ"ಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ.

ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ, 'ಸಮುದಾಯ' ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಮತ್ತು ಸ್ಫೂರ್ತಿಗಳನ್ನು ಮೈಗೂಡಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಹಾಗೂ ತಂಡದ ಮನೋಭಾವ ಮತ್ತು ಅಂತರ್‌ತಂಡದ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಯಾವುದೇ ಸ್ವರೂಪದ ಸಾಮುದಾಯಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಮೂಲಭೂತ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಧೋರಣೆಯು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ತನ್ನೆಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೂಲಕ ಸಮುದಾಯ ನಿರ್ಮಾಣ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಅದು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ತೀವ್ರಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

7. ಅವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವೈದ್ಯಕೀಕರಣಗೊಂಡಿರುವ ಇಂದಿನ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ತನ್ನ ತಂಡ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರ ಶ್ರೇಣಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದು, ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಜನರ ಪಾಲ್ಗೊಳದಿರುವುದು, ವೈದ್ಯರು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪಾತ್ರಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ಕೊಡುತ್ತಾ ಇಡೀ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಡಲಾಗಿರುವುದು ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು ತನ್ನದೇ ಆದ ಹಲವಾರು ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪಡೆದಿರುವುದನ್ನು "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ:

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ವೃತ್ತಿಪರ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತಿ ಪಡೆದು ನೈಪುಣ್ಯತೆ ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಗೂ ಆ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ವಿಭಾಗಗಳಡಿಯಲ್ಲಿ ವಿಂಗಡಿಸಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸದಾ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿರುತ್ತದೆ;

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ 'ಮಾನವನ ರೋಗ' ಎಂದರೆ ಅದು ಮನುಷ್ಯ ದೇಹದ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದು ಮಾತ್ರ ಎಂದು ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹಪೀಡಿತ ಕಲ್ಪನೆ ಗಾಢವಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಅಂತರ್‌ಜೀವಕೋಶೀಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ, ಚಿಕ್ಕಚಿಕ್ಕ ಅಣುಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸುವ ಪರಿಪಾಠವಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಮಗ್ರ "ಯೋಗಕ್ಷೇಮ"ವನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮರೆತುಬಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ;

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳನ್ನು "ನೀಡುವವರು" ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳ "ಬಳಕೆದಾರರು" ಎಂಬ ಸ್ಪಷ್ಟ ವಿಭಜನೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ;

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ 'ದೈಹಿಕ' ಆಯಾಮಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಹತ್ವ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತು ಆತನ ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ, ಪರಿಸರಾತ್ಮಕ ಹಾಗೂ ರಾಜಕೀಯ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ;

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವೃತ್ತಿಪರತೆಯಿದ್ದು ಅದು ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗಿರುವ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ತಂಡಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ಒಟ್ಟಾರೆಯಾಗಿ ಜನಸಮೂಹಗಳಿಗೆ ತಾಂತ್ರಿಕ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯಗಳು ಸಲೀಸಾಗಿ ಹರಿಯುವುದನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುತ್ತದೆ;

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು "ನೀಡುವ" ದೃಷ್ಟಿಕೋನವಿದೆಯೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆಯೇ ಹೊರತು ಹೊರತು ಜನರನ್ನು "ಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ" ದೃಷ್ಟಿಕೋನವಿಲ್ಲ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಗಳಿಗೆ ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ಅಗತ್ಯಕ್ಕಿಂತ ತೀರಾ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತುಕೊಡುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಅದು ಔಷಧೇತರ ಗುಣಕಾರಿ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕಡೆಗಣಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಾದಿಮಾಡಕೊಟ್ಟಂತಾಗಿದೆ;

ಪ್ರಸ್ತುತ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಲೋಪಥಿಕ್ ವೈದ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನೇ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸಿ ಅಪ್ಪಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಅಲೋಪಥಿಕ್ಕೇತರ ವೈದ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಗುಣಕಾರಿ ಕೌಶಲ್ಯಗಳ ಅಸ್ತಿತ್ವವನ್ನೇ ಅಲ್ಲಗಳೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ ಅಥವ ಅವುಗಳ ಸದ್ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ನಿರಾಕರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ;

"ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವವರು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಅತಿವೈದ್ಯಕೀಕರಣಗೊಂಡ ಪರಿಸರಗಳಿಂದಲೇ ಬಂದಿರುತ್ತಾರಾದರೂ ಅವರು ತಮ್ಮನ್ನು ತಾವು ಇದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ವಿಸ್ತರಿತ ಭಾಗ ಎಂದು ಪರಿಭಾವಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ತಮ್ಮ ಧೋರಣೆ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಈ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಎದುರುಗೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಜನಮುಖಿ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಮುಖಿಯಾಗಿರುವ ಹೊಸ ಮನೋಭಾವಗಳನ್ನು, ಹೊಸ ಕುಶಲತೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ವಿಕಾಸಗೊಳಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ; ಆ ಮೂಲಕ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು, ವೃತ್ತಿಪರ ಕುಶಲತೆಗಳನ್ನು ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವನ್ನು ತಮ್ಮ ಸರಿಯಾದ ಮತ್ತು ಸೀಮಿತವಾದ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಸದ್ಬಳಕೆ ಮಾಡಲು ಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ;

8. "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ಬೋಧನಾ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ, ನರ್ಸಿಂಗ್, ಅರೆವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡಗಳು ಮತ್ತು ವೃತ್ತಿಪರ ತರಬೇತಿ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ಮೇಲ್ರಚನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗುತ್ತಲೇ ಸಮುದಾಯವೊಂದು ಹೊರಮುಖಿಯಾಗಿ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ಮುಖಿಯಾಗಿ ಚಟುವಟಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವಂತಹ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ವಿಕಾಸ ಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತದೆ;

ಸರ್ಕಾರದಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಆಶ್ರಯದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೂ ಅದು ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

"ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯು ಈ ಮೇಲ್ರಚನೆಗಳನ್ನು ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗುವುದರ ಹಿಂದೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಉದ್ದೇಶಗಳಿವೆ:

- ***ಹೆಚ್ಚಿಚ್ಚು ಜನಮುಖಿಯಾಗುವುದು.***

  ಇದರಂಥವೇನೆಂದರೆ, ಬಹುಸಂಖ್ಯಾತ ಜನಸಮೂಹದ, ಅಂದರೆ ಬಡ ಮತ್ತು ಅನಾನುಕೂಲಸ್ತ ಜನಸಮೂಹದ ಬದುಕಿನ ಆರೋಗ್ಯ ವಾಸ್ತವಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸುವಂತಹ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಸಂವೇದನೆಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

- ***ಹೆಚ್ಚಿಚ್ಚು ಸಮುದಾಯ ಮುಖಿಯಾಗುವುದು.***

  ಅಂದರೆ, ಕೇವಲ ಬಿಡಿ ಬಿಡಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರವಲ್ಲದೇ ಇಡೀ ಸಮುದಾಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಎಲ್ಲಾ ಜನವಿಭಾಗಗಳು ಎದುರಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಂದದಲ್ಲಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

- ***ಹೆಚ್ಚಿಚ್ಚು ಸಮಾಜಮುಖಿಯಾಗುವುದು.***

  ಅಂದರೆ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಿರುವ ಜೈವಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕಾರ್ಥಿಕ, ಮಾನಸಿಕ, ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ, ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ, ರಾಜಕೀಯ ಹಾಗೂ ಪರಿಸರವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಆಯಾಮಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು.

- ***ಹೆಚ್ಚಿಚ್ಚು ಪ್ರಜಾತಾಂತ್ರಿಕವಾಗುವುದು.***

  ಅಂದರೆ, ತನ್ನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ, ಯೋಜನೆ ರೂಪಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆಗಳ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಜನರು ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು.

- *ಹೆಚ್ಚಿಚ್ಚು ಉತ್ತರದಾಯಿಯಾಗುವುದು.*

  ಅಂದರೆ, ಜನರ, ರೋಗಿಗಳ, ಗ್ರಾಹಕರ, 'ಫಲಾನುಭವಿ'ಗಳ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಗಳ ಅಗತ್ಯ ಮತ್ತು ಆಶಯಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಔಷಧೋಪಚಾರ, ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ, ಸಂರಚನೆ ಮತ್ತು ವೃತ್ತಿಪರ ಕೆಲಸಗಳಿರುವಂತೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸುವುದು.

9. ಹೀಗಾಗಿ, "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಎಂಬುದು ಕೇವಲ ಒಂದು ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ; ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಯ ಒಂದು ಹೊಸ ವಿಭಾಗ ಮಾತ್ರವಲ್ಲ; ಒಂದು ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಇಕ್ಕಟ್ಟಲ್ಲ; ಅಥವಾ ಹೊಸ ಬಗೆಯ ಕಾರ್ಯಗಳ ಒಂದು ಸಮಷ್ಟಿಯಲ್ಲ ಮಾತ್ರ ಅಲ್ಲ.

   ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅದು 'ಆರೋಗ್ಯ' ಮತ್ತು 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ'ಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವಾಗಿದೆ, ಹೊಸ ಮಾನಸಿಕ ಧೋರಣೆಯಾಗಿದೆ; ಆರೋಗ್ಯ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ಅದೊಂದು ಹೊಸ ಮೌಲ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವಾಗಿದೆ, ಹೊಸ ಸಮಾಜದ ಕಲ್ಪನೆಯೊಂದಿಗೆ ತಳುಕುಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಭವಿತವ್ಯದ ಹೊಸ ದೃಕ್ಪಥವಾಗಿದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಧೋರಣೆಯು ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ, ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ, ಸಂಶೋಧನಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಿಗೆ, ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ, ವೃತ್ತಿಧರ್ಮಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಬಂಧಿ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಕಸರತ್ತುಗಳಿಗೆ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಹಬ್ಬಲೇಬೇಕಾಗಿದೆ.

10. ಯಾವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸರ್ವರಿಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತಹ ಅವಕಾಶವಿರುತ್ತದೆಯೋ ಅಂತಹ ಒಂದು ಪರ್ಯಾಯ ಸಾಮಾಜಿಕ-ರಾಜಕೀಯ-ಆರ್ಥಿಕ-ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮುನ್ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳೊಂದಿಗೆ "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯೆಯು" ನೇರವಾಗಿ ಕೈಜೋಡಿಸುತ್ತದೆ.

"ಆದ್ದರಿಂದ, ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳ ಬಗೆಗಳು ಒಂದು ರೀತಿಯ ವಿಧಾನಗಳೇ ಹೊರತು ಅವೇ ಅಂತಿಮ ಗುರಿಗಳಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ; ಅಲ್ಲದೇ, ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ಅಸ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿರುವ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಕಾಲಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಹೊಸ ದಿಕ್ಕುನೀಡುವುದಕ್ಕೆ ಅಥವ ಅವುಗಳನ್ನು ತೊಡೆದುಹಾಕಿ ಹೊಸ ಬಗೆಯ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಅಥವ ಸಮುದಾಯದೊಂದಿನ ಒಡನಾಟ, ಸಹವರ್ತನೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮವಾಗಿ ವಿಕಾಸಗೊಳ್ಳುವ ಇನ್ನಷ್ಟು ಉತ್ತಮವಾದ, ಪ್ರಸ್ತುತವಾದ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಹೊಸ ದಿಗ್ದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸಡಿಲತೆ ಹೊಂದಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದನ್ನು "ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ" ಧೋರಣೆಯು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ."

ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಚಿವಾಲಯವು "ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳಿಗಾಗಿನ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೀತಿ" (National Education Policy for Health Sciences) ಎಂಬ ದಸ್ತಾವೇಜನ್ನು ಹೊರತಂದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, 1991ರಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತುದಾರರು (Community Health Trainers) ಸಭೆ ಸೇರಿ ಮೂರು ದಿನಗಳ ಕಾಲ ಚರ್ಚೆ ನಡೆಸಿದರು. ಅದಕ್ಕೂ ಮೊದಲು ಅವರು 'ಭಾರತದ ಸ್ವಯಂ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯ (VHAI) ಆಶ್ರಯದಡಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವವರೊಂದಿಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಒಡನಾಟ, ಪರಿಚಯ ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಸಭೆ ಸೇರಿದ್ದರು. 1991ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಈ ಹೊಡ ಚರ್ಚೆಗಳು 'ಹಂಚಿತ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ವಿಕಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಷ್ಟಿ' (Shared Concern and Evolving Collectivity) ಎಂಬ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಲವು ನಮ್ಮ ಚಿಂತನೆಗಳನ್ನು ಬಡಿದೆಬ್ಬಿಸುವಂಥ ಪ್ರಖರ ಘೋಷಣೆಯನ್ನು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದವು. ಈ ಘೋಷಣೆಯಲ್ಲಿ ಆಗತಾನೆ ಹುಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚೌಕಟ್ಟಿನ ಹಲವಾರು ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸಮರ್ಥಿಸಿ ಬೆಂಬಲಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಪ್ರಾಯಶಃ ಇದು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಈ ತರಬೇತುದಾರರ ಜಾಲವು ಹೊರತಂದ ಏಕಮಾತ್ರ ಜಂಟೀ ಘೋಷಣೆಯಾಗಿದ್ದು ತಳಮಟ್ಟದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ತರಬೇತಿ ಅನುಭವಗಳಿಂದ ಶೋಧಿಸಿ ಪಡೆದ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪರಿಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿನಿಧಿಸುತ್ತದೆ.

'ಹಂಚಿತ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ವಿಕಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಷ್ಠಿ'ಯ ಘೋಷಣೆ
(Shared Concern and Evolving Collectivity)

"ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ" ಎಂಬ ಆದರ್ಶಮಯ ಗುರಿಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ಶಿಕ್ಷಣ ನೀತಿಯು:

- ಆರೋಗ್ಯವು ಮಾನವನ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯ ಒಂದು ಅವಶ್ಯ ಭಾಗ ಎಂಬುದಾಗಿ ಹಾಗೂ ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತವಾದ ಮತ್ತು ನೈತಿಕವಾದ ಸಮಾಜವೊಂದರ ನಿರ್ಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅದು ಒಂದು ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗ ಎಂಬುದಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

- ಜನಮುಖಿಯಾದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡುವ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ಬಹುಕಾಲ ಉಳಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವ ಗುರಿಯನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರಬೇಕು; ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಬಗೆಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ನೆರವಾಗಬೇಕು.

- ಸಮಾಜದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಡುಬಡವರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಾಗುವಂತಿರಬೇಕು, ಕೈಗೆಟುಕುವಂತಿರಬೇಕು.

- ತಮಗೆ ಬೇಕೆನಿಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಆಯ್ದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ತೀರ್ಮಾನ ರೂಪಣೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ, ನಿಯಂತ್ರಿಸುವಲ್ಲಿ, ಹಣ ನೀಡಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ವಿಕಾಸಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಜನತೆಯು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಮುಕ್ತವಾಗಿ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೂಲಕ ತಮ್ಮದೇ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವಂತೆ ಅವರನ್ನು ಶಕ್ತರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆಸಬೇಕು.

- ಸಾಂಸ್ಕೃತಿಕ ಮತ್ತು ಪಾರಂಪರಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಸೃಜನಶೀಲವಾಗಿದ್ದರೆ, ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಾಮರಸ್ಯದಿಂದ ಜೊತೆಗೂಡಿ ಹೋಗುವಂತಿರಬೇಕು.

- ಜನರಿಗೆ ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸುವಂತಹ ಸೂಕ್ತ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಸದ್ಬಳಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಂತಿರಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಳ ನಡುವಿನ ಬಿಡಿಸಲಾಗದ ಬಂಧವನ್ನು ಬಹುತೇಕವಾಗಿ ಎಲ್ಲರೂ ಗುರುತಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ವಿದ್ಯಮಾನವನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅವಶ್ಯವಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹಣನೀಡುವ ಮೂಲಕ ಅದು ಬಜೆಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಫಲನಗೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳ ಕೊರತೆಯ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ನಮ್ಮ ಜನಸಮೂಹಗಳ ಆದ್ಯತೆಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಮೊದಲ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ಕೊಡಬೇಕು. ಈಗಾಗಲೇ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿಗಳಿಂದ ಸಮುದಾಯದೆಡೆಗೆ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ವಿದ್ಯಮಾನವನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಲೇ ನಾವು ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಜಾಗ್ರತಿಯನ್ನು ಮೂಡಿಸುತ್ತಾ ಇನ್ನಷ್ಟು ಮುಂದ್ಸಾಗಿ ಗುಣಕಾರಿ ಅಂಶದಿಂದ ಉತ್ತೇಜನಾಕಾರಿ ಅಂಶದೆಡೆಗೆ ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿಂದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದೆಡೆಗೆ ಹೋಗುವ ಮೂಲಕ ಇನ್ನಷ್ಟು ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧಿಸಬೇಕಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಜನಸಮೂಹಗಳೊಂದಿಗೆ ಬೆರೆತು ಒಂದು ತಂಡವಾಗಿ ಒಗ್ಗೂಡಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು. ಪರಸ್ಪರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮತ್ತು ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಸಮುದಾಯ ಹಂತದ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹೊರೆ ಬೀಳದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ರೂಢಿಗಳು

ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ವಿಧವಾದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ರೂಢಿಗಳು ಜನಪ್ರಿಯವಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುತೇಕವುಗಳ ಮೂಲ ಬೇರುಗಳು ನಮ್ಮ ಪುರಾತನ ಕಾಲದ ಚರಿತ್ರೆಯೊಳಗೆ ಹುದುಗಿವೆ. ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು ಮತ್ತು ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬೇಕು; ಅವುಗಳನ್ನು ಮೌಲ್ಯಯುತವಾದ ಮತ್ತು

ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಪರಂಪರಾಗತ ಸೊತ್ತುಗಳನ್ನಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಿ ಪೊರೆದು ಪೋಶಿಸಬೇಕು. ಈ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಹಾಗೂ ಜನರ ವಿವಿಧ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಈಡೇರಿಸುವುವಲ್ಲಿ ಅವು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಕುರಿತಂತೆ ಆಳವಾಗಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಮಹತ್ವ ಕೊಡಬೇಕು. ಈ ಪಾರಂಪರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲದೇ, ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಖಾಸಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಹಾಗೂ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳೆಂಬ ಸಂಕೀರ್ಣತೆಯೂ ಇದೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವೋ ಅಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ವಿಕೇಂದ್ರೀಕರಣಗೊಳಿಸಬೇಕು; ಜೊತೆಗೆ ಅವು ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತರದಾಯಿಯಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಗಳ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಪರಾಮರ್ಶಿಸಬೇಕಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಿದೆಯೋ ಅದನ್ನು ಉಳಿಸಿಕೊಂಡು ಯಾವುದು ಅಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಿದೆಯೋ ಅದನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ ಪ್ರತೀ ಹಂತದಲ್ಲೂ ನೈತಿಕತೆ ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಗಳು, ಉತ್ತಮ ನಡವಳಿಕೆಗಳು, ಸಾಮಾಜಿಕ ವಿಜ್ಞಾನ, ಆಡಳಿತ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಆರೋಗ್ಯದ ಆರ್ಥಿಕತೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರ ಹವಮಾನ ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸೇರ್ಪಡೆಗೊಳಿಸಿ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಬೇಕು. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿರುವ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಕುಶಲತೆಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಒಂದು ಜ್ಞಾನಭಂಡಾರವನ್ನು ರೂಪಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ; ಹಾಗೂ ಸರಿಯಾದ ವರ್ತನೆಗಳನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮನೋಭಾವವನ್ನು ಬೆಳೆಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಜನರ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹಾಗೂ ಆ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಅವರು ನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಸಿಬ್ಬಂಧಿ

ವಿಭಿನ್ನ ಬಗೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಹಂತಗಳಿಗೆ ವಿಭಿನ್ನ ದರ್ಜೆಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಬೇಕಾಗುತ್ತಾರೆ; ಅವರು ಈ ಕೆಳಗಿನವರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ:

- ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಅರೆ-ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಶಿಕ್ಷಕರು, ಮತ್ತಿತರರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಸಮುದಾಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬಲ್ಲ ಜನರ ತಂಡ.

- ವೈದ್ಯರು, ನರ್ಸ್‌ಗಳು, ದಂತ ವೈದ್ಯರು, ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು, ತಂತ್ರಜ್ಞರು ಮತ್ತು ಅದೇ ರೀತಿಯ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಇನ್ನಿತರು. ಗುಣಾತ್ಮಕವಾಗಿಯೂ ಹಾಗೂ ಪ್ರಮಾಣಾತ್ಮಕವಾಗಿಯೂ ವಿಭಿನ್ನ ವಿಭಾಗಗಳ ವೃತ್ತಿಪರರನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟೂ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರಣ ಮಾಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ; ಹಾಗೆ ಮಾಡುವಾಗ ಸಮುದಾಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ಕೊಡಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡಗಳಿಗೆ ಕೊಡುವ ತರಬೇತಿ ಜನರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಂಡಗಳ ಸದಸ್ಯರೆಲ್ಲರೂ ಒಂದು ತಂಡವಾಗಿ ಒಗ್ಗೂಡಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ಅವರನ್ನು ಸಮರ್ಥರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇರಬೇಕು.

ನಿರಂತರ ಶಿಕ್ಷಣ

ಬಹಳ ದೂರದ ಪ್ರದೇಶದ ಯಾವುದೋ ಮೂಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತನೂ ನಿರಂತರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಪ್ರಯೋಜನ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಯೋಜಿಸಬೇಕು. ದೂರ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಕಲಿಕಾ ವಿಧಾನಗಳ ಮೂಲಕ ಇದನ್ನು ಸಾಧಿಸಬಹುದು. ಶಿಕ್ಷಣ ನೀಡುವಾಗ ಜ್ಞಾನ, ಕುಶಲತೆ ಮತ್ತು ಧೋರಣೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಸಾಮಾಜಿಕ ಗುರಿಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತು ನೀಡಬೇಕು.

ತರಬೇತಿ ವ್ಯೂಹತಂತ್ರಗಳು

ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ಶಿಕ್ಷಣವು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಸಮುದಾಯಮುಖಿಯಾಗಿದ್ದು ಜನರನ್ನು ಆಧರಿಸಿರಬೇಕು; ಇದರಿಂದ ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರು/ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನಾಧರಿಸಿದ ಶಿಕ್ಷಣ

ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನಾಧರಿಸಿದ ಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತಾ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಸಮರ್ಥರಾಗುವಂತೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತವಾದ ಕೌಶಲ್ಯಗಳನ್ನು, ಧೋರಣೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಬೆಳೆಸುವ ತರಬೇತಿ ನೀಡಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ನೀಡಿಕೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವ ಸಂಸ್ಥೆ ಅಥವ ಸಂಘಟನೆಗಳಾಚೆಗೆ ಕಲಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಬೇಕು. ಈ ಗುರಿಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದಕ್ಕೆ ನೆರವಾಗಬಲ್ಲ ಒಂದು ವಿಧಾನ ಎಂದರೆ ಸರ್ಕಾರಿ, ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಹಾಗೂ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಮುದಾಯದ ಚುನಾಯಿತರನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.

ಮೌಲ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ

ವಯಕ್ತಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಸನ್ನಡತೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಉತ್ತಮ ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಹಾಗೂ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಹಕ್ಕನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುವುದು ಮತ್ತು ನ್ಯಾಯವನ್ನು ಸಮಾನವಾಗಿ ಹಂಚುವುದು – ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನೂ ಒಳಗೊಂಡಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಹಂತಗಳ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲೂ ಉತ್ತಮ ಮೌಲ್ಯಗಳಿಗೆ, ನೈತಿಕತೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ನೀಡಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ

ಎಲ್ಲಾ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜನರ ಬದುಕಿನ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮತ್ತು ಅವರ ಆಚರಣೆಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು, ಅವುಗಳಿಂದ ಕಲಿಯಬೇಕು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಹೊಸತನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡಬೇಕು. ತರಬೇತಿ ನೀಡುವವರು ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವವರು ಇಬ್ಬರೂ ಕಲಿಯಬೇಕೆಂಬ ಧೋರಣೆಯಿಂದ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರವನ್ನು ತಲುಪಬೇಕು.

ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಪ್ರಾಥಮಿಕವಾಗಿ ಸರ್ಕಾರದ ಕೆಲಸವಾಗಿದ್ದು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಘಟನೆಗಳೂ (NGOs) ತಮ್ಮದೇ ಆದ ಪಾತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ, ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ, ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಗುಣಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಎನ್‌ಜಿಓಗಳೆರಡರ ಈ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಬೇಕೆಂದರೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಮತ್ತು ಸರ್ಕಾರೇತರ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳ ನಡುವೆ ಒಂದು ಅನ್ಯೋನ್ಯ ಸಹವರ್ತನೆ, ಒಡನಾಟಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಹಾಕಬೇಕು; ಈ ಎರಡೂ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳು ಒಂದು ಮತ್ತೊಂದರಿಂದ ಕಲಿಯುವ ಪ್ರಬುದ್ಧತೆ ತೋರಬೇಕು; ಒಂದರ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಿಗೆ ಮತ್ತೊಂದು ಬೆಂಬಲವಾಗಿ ನಿಲ್ಲಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಮತ್ತು ಔಷಧೋಪಚಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆ

ಎಲ್ಲಾ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಕೃತಿಯನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಮತ್ತು ಔಷಧೋಪಚಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಒತ್ತು ಏನೇ ಆಗಿರಲಿ, ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೊಂದರಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ವಿಭಿನ್ನ ಸ್ವರೂಪದ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳ ವೈವಿಧ್ಯತೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಜಾಗ್ರತಿ ಮೂಡಿಸಬೇಕು; ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳನ್ನೂ ಗೌರವದಿಂದ ಕಾಣುವ ಮನೋಭಾವ ಬೆಳೆಸಬೇಕು.

ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ

ಎಲ್ಲಾ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳೂ ತಂತಮ್ಮ ಗುರಿಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಅರಿಯುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನೂ

ಮೌಲ್ಯಮಾಪನಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಬೇಕು. ಖಿದ್ದಾಗಿ ತರಬೇತಿಗೊಳಪಟ್ಟವರು ಮತ್ತು ಜನರೇ ಈ ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಬೇಕು.

ತರಬೇತಿದಾರರ ತರಬೇತಿ

ಸಮುದಾಯಮುಖಿಯಾಗಿರುವ, ಜನಾಧಾರಿತವಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಗಾಗಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವವರಿಗೂ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ. ತರಬೇತುದಾರರು ತರಬೇತಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವವರಿಗೆ ಆದರ್ಶಪ್ರಾಯವಾಗಿರಬೇಕು. ಎಲ್ಲಾ ಔಪಚಾರಿಕ ಉಪನ್ಯಾಸ ಸರಣಿಗಳಲ್ಲೂ ತರಬೇತುದಾರರು ತಮ್ಮ ಪೂರ್ಣ ಸಮಯವನ್ನು ತರಬೇತಿಗಾಗಿ ಸಮರ್ಪಿಸಬೇಕು.

ತರಬೇತಿಯ ವಿಧಾನಗಳು

ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಕ್ಕಂತೆ ವಿಭಿನ್ನ ಮಾದರಿಯ ಸೂಕ್ತ ಕಲಿಕಾ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕು. ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ತರಬೇತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕು.

ನವೀನ ಮಾದರಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು

"ಸರ್ವರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ" ಸಾಧನೆಗೆ ಬೇಕಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸರ್ಕಾರಿ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿರಲಿ ಅಥವ ಸರ್ಕಾರೇತರ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಕ್ಷೇತ್ರವಾಗಿರಲಿ ನವೀನ ಮಾದರಿಯ ತರಬೇತಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಿ, ಬೆಂಬಲಿಸಬೇಕು. ನವೀನ ಮಾದರಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕರಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದಕ್ಕೋಸ್ಕರ ಸ್ಥಾಪಿಸಲಾಗಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಈ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ಉತ್ತರದಾಯಿಗಳಾಗಿರಬೇಕು.

ವಾಸ್ತವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿರುವ ನವೀನ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ/ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ಜಾಲಗಳನ್ನು ಬೆಂಬಲಿಸಿ, ಬಲಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ನಮ್ಮ ವಿಶಾಲ ಜನಸಮೂಹಗಳ (ಬಡ ಮತ್ತು ಮೂಲೆಗೆ ದೂಡಲ್ಪಟ್ಟ ಅವಕಾಶ ವಂಚಿತರು) ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳೇ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿವೆ; ಈ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಇಂತಹ ಒಂದು ಶಿಕ್ಷಣ ನೀತಿಯನ್ನು ವಿಕಾಸಗೊಳಿಸುವ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರೂ ಒಗ್ಗೂಡಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಮ್ಮ 'ಹಂಚಿತ ಕಾಳಜಿ ಮತ್ತು ವಿಕಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಮಷ್ಠಿ'ಯ ಈ ಘೋಷಣೆಯು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ನಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ವ್ಯಕ್ತಿಗತ/ಯೋಜನೆ/ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಅನುಭವಗಳ ಮೇಲೆ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಲೇ ಅದೇ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಜೊತೆಗೂಡಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡೋಣವೆಂದೂ, ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾನವ ಶಕ್ತಿಯ ತರಬೇತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಈ ಹೊಸ ದೃಷ್ಟಿಕೋನಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವಂತೆ ಒತ್ತಾಯಿಸೋಣವೆಂದೂ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿದ್ದೇವೆ.

'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯಮುಖಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ': ತಪ್ಪು ಕಲ್ಪನೆಯೇ ಅಥವ ಒಂದು ವಾಸ್ತವ ಸವಾಲೆ?

ಆಧುನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಗೋಡೆಯ ಮೇಲೆ ಕೆತ್ತಲಾದ ಘೋಷವಾಕ್ಯಗಳು

ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಧೋರಣೆಯು ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ವಿರೋಧಿ, ಡಿಸ್ಪೆನ್ಸರಿ ವಿರೋಧಿ, ವೈದ್ಯರ ವಿರೋಧಿ, ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳ ವಿರೋಧಿ ಹಾಗೂ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ವಿರೋಧಿ ಎಂದು ಭಾವಿಸುವ ಪರಿಪಾಠ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿ ವಿಕಾಸಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಆರಂಭಿಕ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದಿತ್ತು. ವಾಸ್ತವದಲ್ಲಿ ಇದೊಂದು ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಯಾಗಿತ್ತು: ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಕೇಂದ್ರ, ಸಂಸ್ಥೆಗಳಂದಾಚೆಗೆ ಹೊರನಡೆದು ಸಮುದಾಯ ಹಂತದ ಆರೋಗ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಆರೋಗ್ಯ ವೃತ್ತಿಪರರನ್ನು ಮತ್ತು ಸಾಂಸ್ಥೀಕರಣಗೊಂಡ ಜೈವಿಕ-ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಉತ್ಸಾಹದಿಂದ ಪ್ರೇರೇಪಸಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ಹುಮ್ಮಸ್ಸು, ಹುರುಪುಗಳು ಈ ರೀತಿಯ ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಗೆ ಹಾದಿಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದವು; ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ, 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆ'ಯ ಮೇಲೆ ತಮಗಿರುವ ವೃತ್ತಿಪರ ಮತ್ತು ಸಾಮಾಜಿಕ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಈ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಚಳವಳಿಯು ಕಿತ್ತುಕೊಂಡುಬಿಡುತ್ತದೆ ಎಂಬ ಭಯ ಜೈವಿಕ-ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳ ನಿರ್ಮಾತೃಗಳಿಗಿದ್ದುದು ಈ

ತಪ್ಪು ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಇನ್ನೊಂದು ಕಾರಣವಾಗಿತ್ತು. (ಬಹಳಷ್ಟು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ 'ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆ'ಗೆ ಸಂವಾದಿಯಾಗಿ, ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ 'ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪಾಲನೆ' ಎಂಬುದಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು).

1980ರ ದಶಕದ ಮಧ್ಯ ಭಾಗದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಅವೆರಡೂ ಧೋರಣೆಗಳು ಪ್ರಸ್ಪರ ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗಿ ನಿಂತ ಸ್ಪರ್ಧಿಗಳು ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗಿ ಅವೆರಡೂ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಮುಖಾಮುಖಿಯಲ್ಲ, ಬದಲಿಗೆ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕ ಎಂದು ಗುರುತಿಸುವ ಆರಂಭಿಕ ಧೋರಣೆ ಬೆಳೆಯಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಆಗ ಉದ್ಭವವಾದ ಪ್ರಶ್ನೆ ಏನೆಂದರೆ: ಜೈವಿಕ-ವೈದ್ಯಕೀಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯಮುಖ'ಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವೆ? ಎಂಬುದು. 1988ರಲ್ಲೇ ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಚರ್ಚೆಯು ಇದೇ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡಿತ್ತು. 1990ರ ಮಧ್ಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಈ ಚರ್ಚೆಗಳಿಂದ ಬಂದ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ಒಂದು ಘೋಷವಾಕ್ಯದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಮಿಷನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಗೋಡೆಯ ಮೇಲೆ ಕೆತ್ತಿಸಲಾಯಿತು; ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು 'ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯಮುಖ' ಎಂಬುದನ್ನು ಸಂಕೇತಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಗೆ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ಪ್ರಸ್ತುತವಾಗಿ ರೋಗಕ್ಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಾಗಿರುವ ಕೇಂದ್ರಗಳು ದ್ವಿತೀಯ ಮತ್ತು ತೃತೀಯ ಹಂತದ ಘಟಕಗಳ ಸಕ್ರಿಯ ಬೆಂಬಲದೊಂದಿಗೆ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುವ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿ ಬದಲಾಗುವ ಈ ರೂಪಾವಳಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಸ್ವಯಂಸೇವಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮನಸ್ಸು ಮಾಡುತ್ತವೆಯೆ? ಇಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಧ್ಯೇಯೋದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಎಷ್ಟು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಅಂತಹ ನೀತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿವೆ?

ಜನತೆ ಮತ್ತು ಸಮುದಾಯಗಳೇ ತೀರ್ಮಾನ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಅವರಿಗೆ ಶಕ್ತಿತುಂಬಿ ಉತ್ತೇಜಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಅವರ ಆಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಕೆರಳಿಸಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಪರಿಕಲ್ಪನೆಯನ್ನೇ ತಿರುಚಿ ವಿರೂಪಗೊಳಿಸುವುದರ ವಿರುದ್ಧ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನೆಯ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ನ್ಯಾಯಸಮ್ಮತತೆ ಮತ್ತು ಉತ್ತರದಾಯಿತ್ವಗಳಂಥ ಅಂಶಗಳನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಕಡೆಗಣಿಸುತ್ತಿರುವುದರ ವಿರುದ್ಧ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲವಾಗಿ ವಾಗ್ವಾದ ನಡೆಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಒಂದು ಸಂಘಟಿತ ಹೊಸ ಹೋರಾಟ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಲು ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಜನರ, ಯೋಜನೆಗಳ ಔಪಚಾರಿಕ ಮತ್ತು ಅನೌಪಚಾರಿಕ ಮೈತ್ರಿಕೂಟಗಳು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂದವು.

ಈ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ 'ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಂಡಳಿ'ಯು (International People's Health Council - IPHC) ಜನಾರೋಗ್ಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳ ವಿಶ್ವಮಟ್ಟದ ಮೈತ್ರಿಕೂಟವಾಗಿ ವಿಕಾಸಗೊಂಡು ಹೊರಹೊಮ್ಮಿತು. 'ಏಶಿಯಾದ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ಕ್ರಿಯಾ ಜಾಲ'ವು (Asian Community Health Action Network - ACHAN) ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಒಂದು ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಗುಂಪಾಗಿದ್ದು ಅದೂ ಕೂಡ 'ಆಲ್ಮಾ ಆಟಾ' ಘೋಷಣೆ ಹೊರಬಿದ್ದ ಒಂದು ದಶಕದ ನಂತರ 1988ರಲ್ಲಿ ಸಂಘಟಿಸಿದ ಕಠ್ಮಂಡು ಚರ್ಚೆಯಲ್ಲಿ ಈ ವಿರೂಪತೆಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿತೋರಿತು. 'ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಜನಾರೋಗ್ಯ ಮಂಡಳಿ'ಯು ತನ್ನ ಕರಪತ್ರದಲ್ಲಿ "ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕಾಗಿನ ಹೋರಾಟವು ಬಡತನ, ಹಸಿವು ಮತ್ತು ಅನ್ಯಾಯಯುತ ಸಾಮಾಜಿಕ-ಆರ್ಥಿಕ ಸಂರಚನೆಗಳಿಂದ ವಿಮೋಚನೆ ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕಾಗಿನ ಹೋರಾಟವೂ ಆಗಿದೆ" ಎಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಹೇಳಿತು.

ಬಾಕ್ಸ್

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಮುದಾಯ ಆರೋಗ್ಯ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ

ಆಧುನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಗೋಡೆಯ ಮೇಲೆ ಕೆತ್ತಲಾದ ಘೋಷವಾಕ್ಯಗಳು

ಸುಸ್ವಾಗತ!

- ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು 123 ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಂಡಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಲನಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಹುರಿದುಂಬಿಸುತ್ತದೆ, ಬೆಂಬಲಿಸುತ್ತದೆ ಹಾಗೂ ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ; ಇದರಿಂದಾಗಿ ಆ ಹಳ್ಳಿಗಳ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ತಾವೇ ಹೊತ್ತುಕೊಳ್ಳಲು, ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಉತ್ತಮ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತಾವೇ ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಮರ್ಥರಾಗುತ್ತಾರೆ.

- ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ; ಆ ಹಳ್ಳಿಗಳ ಜನರು ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ತಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು