

Human Rights and Fighting Infectious Disease: Necessities and Challenges

(Type of Paper: Research Article)

Alireza Ebrahimgol^{1*}, Parisa Roshanfeker², Seyed Ahmad Tabatabaee Lotfi³

Abstract

Despite vast advances in the fields of science and medicine, numbers show that infectious disease is still a serious threat to global health. Since, microbes know no boundaries, fighting infectious disease has long been a subject of international cooperation between States. But the question remains that how fighting infectious disease can relate to human rights? There exists a twofold relationship: On one hand, States have responsibility to protect, respect and enforce the right to health, therefore they are obligated to take necessary actions to prevent and control infectious disease. On the other hand, securitization of this fight caused mainly by emerging and re-emerging infectious disease, globalization and its affects on people's life style has resulted in human rights breaches while fighting these diseases. Nevertheless, it is argued that international law is capable of striking a balance between these two apparent contradictory faces of the global fight against infectious disease.

Keywords

Securitization, Infectious Disease, Human Rights, Right to Health, Emergency Situations.

1. Assistant Prof., Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, College of Farabi, Qom, Iran (Corresponding Author). Email: alirezaebrahimgol@hotmail.com
2. Ph.D. Student, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, College of Farabi, Qom, Iran. Email: parisa.roshanfekr@gmail.com
3. Assistant Prof., Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, College of Farabi, Qom, Iran. Email: sataba@ut.ac.ir

Received: July 03, 2018 - Accepted: December 31, 2018



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits others to download this work, share it with others and Adapt the material for any purpose.

حقوق بشر و مبارزه با بیماری‌های واگیر در عرصه بین‌المللی:

ضرورت‌ها و چالش‌ها

(نوع مقاله: علمی _ پژوهشی)

علیرضا ابراهیم گل^{۱*}، پریرسا روشن فکر^۲، سید احمد طباطبایی لطفی^۳

چکیده

با وجود پیشرفت‌های حوزه پزشکی، بیماری‌های واگیر کماکان تهدیدی جدی علیه سلامت مردمانند. به دلیل مرزناشناسی عوامل بیماری‌زا، مبارزه با بیماری‌های واگیر از حوزه‌های قدیمی همکاری بین‌المللی میان دولت‌ها بوده است، با وجود این همچنان این پرسش مطرح است که نوع و عناصر دخیل در رابطه میان مبارزه با بیماری‌های واگیر و حقوق بشر به چه ترتیب است؟ در پاسخ باید گفت که رابطه‌ای دوگانه میان مبارزه با بیماری‌های واگیر و حقوق بشر وجود دارد: از سویی دولت‌ها در راستای تعهد خود به رعایت، محافظت و اجرای حق بر سلامت مکلف به اتخاذ اقدامات ضروری به منظور جلوگیری از شیوع و گسترش و نیز کنترل بیماری‌های واگیرند. از سوی دیگر، امنیتی شدن چنین مبارزه‌ای به دلیل پیدایش بیماری‌های نوپدید و تأثیرات جهانی شدن بر سبک زندگی مردم سبب شده است که گاه اقدامات دولت‌ها برای چنین مبارزه‌ای، خود موجبات نقض تعهدات حقوق بشری آنها را فراهم سازد. با وجود این نظام حقوق بین‌الملل، در عین عدم تمرکز امکان برقراری تعادل میان این دوسویه ظاهراً متعارض را فراهم کرده است.

کلیدواژگان

امنیتی شدن، بیماری‌های واگیر، حقوق بشر، حق بر سلامت، وضعیت اضطراری.

۱. استادیار، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران (نویسنده مسئول).
Email: alirezaabrahimgol@hotmail.com
 ۲. دانشجوی دکتری، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران.
Email: parisa.roshanfekr@gmail.com
 ۳. استادیار، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران.
Email: sataba@ut.ac.ir
- تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۲، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰

مقدمه

مطابق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، نرخ مرگ‌ومیر در جهان در اثر بیماری‌های واگیر^۱ تا سال ۲۰۵۰ سالانه ۱۳ میلیون نفر خواهد بود. این رقم در سال ۱۹۹۰ میلادی حدود ۱۶ میلیون نفر و در سال ۲۰۱۰ با کاهشی اندک، سالانه ۱۵ میلیون نفر بوده است (WHO, 2013). در این میان مطابق آخرین آمار منتشرشده این سازمان، اسهال، سل، مالاریا و بیماری‌های عفونی تنفسی به‌خصوص در کشورهای کمتر توسعه‌یافته و در حال توسعه بالاترین نرخ مرگ‌ومیر را در میان بیماری‌های واگیر داشته و کماکان در زمره ۱۰ عامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان هستند (WHO Factsheet, 2018). از سوی دیگر سازمان بهداشت جهانی نیز در گزارش سال ۲۰۰۷ خود اعلام کرد که از دهه ۷۰ میلادی، سالانه دست کم یک بیماری واگیر جدید-فارغ از میزان ابتلا، شیوع یا نرخ مرگ‌ومیر احتمالی - ظهور می‌یابد که عمده آنها بیماری مشترک میان انسان و حیوان است (WHO, 2007). مجموع این شواهد نشان می‌دهد که بیماری‌های واگیر کماکان از مهم‌ترین تهدیدها علیه سلامت جمعیت جهان بوده (Dye, 2015: 1) و نیازمند توجه خاص در تمامی حوزه‌ها، از جمله در حوزه حقوق بین‌الملل اند.

با وجود اهمیت توجه به بیماری‌های واگیر، تا پیش از نیمه قرن نوزدهم میلادی، دولت‌ها به‌صورت یکجانبه و از طریق «قرنطینه» با شیوع بیماری‌های واگیر مبارزه می‌کردند (Kickbusch *et al.*, 2013:12). در نیمه قرن نوزدهم، شیوع بیماری وبا در اروپا و موانعی که برای تجارت بین‌الملل ایجاد کرد، سبب شد که دولت‌ها به‌ضرورت تدوین قواعدی فراملی به‌منظور هماهنگ‌سازی اقدامات خود در راستای مبارزه با این بیماری پی ببرند (Fidler, 1997: 59). چنین ضرورتی موجبات برگزاری نخستین کنفرانس بهداشت در سال ۱۸۵۱ را فراهم ساخت و در نهایت ماحصل ده کنفرانس بهداشت در حدود پنجاه سال، چهار کنوانسیون در زمینه کنترل بیماری‌های وبا، طاعون و تب زرد بود. این اتفاق بنیان رژیم سنتی حقوق بین‌الملل در کنترل بیماری‌های واگیر را بنا نهاد و با تغییرات اندکی، تا پیش از اصلاح قواعد بهداشت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ ادامه یافت (Fidler, 2005: 328).

یکی از مهم‌ترین گام‌هایی که در عرصه همکاری بین‌المللی برای مبارزه با بیماری‌های واگیر برداشته شد و زمینه‌ساز اصلی پیوند عرصه سلامت با حقوق بشر بود، تصویب اساسنامه سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ با هدف «تأمین بالاترین سطح ممکن سلامت برای همگان» بود. مطابق بند ۸ ماده ۲ اساسنامه، یکی از اشتغالات سازمان به‌منظور تحقق هدف خود،

۱. بیماری واگیر از میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا، مانند باکتری، ویروس، انگل یا قارچ، نشأت می‌گیرد و می‌تواند به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم از فردی به فرد دیگر انتقال یابد (WHO, Infectious diseases, last visited 1 June, 2018 at: http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/)

فعالیت برای محو بیماری‌های همه‌گیر، بومی و غیره است، اما شاید بتوان گفت که اشتغال اساسی سازمان، راهبری تمامی مسائل مهم در حوزه سلامت و در صورت لزوم، ترتیب دادن فعالیت‌های مشترک با سایر ارگان‌ها و نهادهای فعال در این زمینه است. در این خصوص می‌توان به انجام فعالیت‌هایی مانند تنظیم دستورالعمل‌های پژوهشی، انتشار اطلاعات مهم و ارزشمند، هنجارسازی و نظارت بر رعایت هنجارها، پشتیبانی فنی از اعضا، ایجاد ظرفیت‌های پایدار و نهادین در دولت‌های عضو اشاره کرد (Renganathan, 2013: 174).

به نظر می‌رسد مبارزه با بیماری‌های واگیر به دو صورت با مبحث حقوق بشر ارتباط پیدا می‌کند؛ نخست پیشگیری از وقوع و شیوع بیماری‌های واگیر و تلاش برای حفظ سلامت عمومی به‌هنگام وقوع آنها به‌عنوان بخشی از تکلیف دولت به تأمین بالاترین سطح سلامت همگانی به موجب میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی و اساسنامه سازمان بهداشت جهانی و دوم، تعهد دولت‌ها به رعایت حقوق و آزادی‌های فردی هنگام مبارزه با بیماری‌های واگیری که وضعیت اضطراری ایجاد کرده و سلامت عمومی را تهدید می‌کنند. در زیر به هر دو جنبه این بحث می‌پردازیم.

مبارزه با بیماری‌های واگیر به‌منظور اجرای تعهدات حقوق بشری دولت‌ها

حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی فارغ از نژاد، مذهب، عقیده سیاسی و وضعیت اقتصادی یا اجتماعی به‌عنوان یکی از بنیادی‌ترین حقوق بشر نخستین‌بار در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ شناسایی شد (WHO Constitution:Preamble). مقدمه این اساسنامه، سلامت را نه تنها فقدان ضعف و بیماری، بلکه تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است (WHO Constitution:Preamble). متعاقباً اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز سلامت را به‌عنوان بخشی از حق برخورداری از استاندارد مناسب زندگی شناسایی کرد (The Universal Declaration of Human Rights, Article 25) که بعداً در میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی نیز بر آن تأکید شد (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 12). پس از آن اسناد و سازمان‌های بین‌المللی مختلف به‌نوعی حق بر سلامت را شناسایی و به آن استناد کرده‌اند.^۱

1. The 1965 International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination: art. 5 (e) (iv); The 1966 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: art. 12; The 1979 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: arts. 11 (1) (f), 12 and 14 (2) (b); The 1989 Convention on the Rights of the Child: art. 24; The 1990 International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families: arts. 28, 43; The 2006 Convention on the Rights of Persons with Disabilities: art. 25.

کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی نیز حق بر سلامت را حقی جامع می‌داند که علاوه بر دسترسی به موقع و مکفی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی، شامل تعیین‌کننده‌های زیربنایی همچون دسترسی به آب سالم، بهداشت، غذای سالم، مسکن و تغذیه مناسب، شرایط شغلی و محیطی مناسب، بهره‌مندی از اطلاعات و دانش بهداشتی است (General Comment No. 14, 2000). میان حق بر سلامت و سایر حقوق بشر همانند حق حیات و حتی نسل سوم حقوق بشر مانند حق بر محیط زیست سالم پیوندی جدی برقرار است (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۴۱). کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی با تمایز قائل شدن میان حق بر سلامت و حق بر سالم بودن، حق بر سلامت را از حقوق بنیادین بشر دانسته که برای تحقق سایر حقوق بشر اهمیتی حیاتی داشته و رابطه بسیار نزدیکی با حقوقی همانند حق بر غذا، مسکن مناسب، کار، آموزش، منزلت انسانی، حیات، عدم تبعیض، برابری، منع شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات آزادی اجتماعات دارد (General Comment No. 14, 2000). به گفته این کمیته، حق بر سلامت دوسویه است؛ از یک سو آزادی کنترل بدن و سلامت فردی، رهایی از شکنجه، آزمایش‌ها و درمان‌هایی که بیمار بدان رضایت ندارد و از سوی دیگر، استحقاق بهره‌مندی از حمایت بهداشتی که برای برخورداری از بالاترین سطح قابل دستیابی سلامت، فرصت‌های برابر در اختیار افراد قرار می‌دهد (General Comment No. 14, 2000). امروزه چند جنبه اساسی برای حق بر سلامت در نظر گرفته می‌شود که در زیر به آنها پرداخته شده است.

۱. اجزای اساسی حق بر سلامت

سازمان بهداشت جهانی به کمک کمیساریای عالی حقوق بشر، حق بر سلامت مندرج در اعلامیه حقوق بشر و میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی را تفسیر کرده و عناصری را برای آن برشمرده است. کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی نیز در شرحی که بر ماده ۱۲ میثاق نوشته، به صورت پراکنده بر این عناصر تأکید کرده است. مطابق این اسناد، حق بر سلامت شامل اجزای زیر است:

۱. حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی: منظور، قابل دسترس بودن کالاها، خدمات و مؤسسات خدمات بهداشت و درمان مناسب و باکیفیت برای همگان فارغ از هر گونه تبعیض است (WHO & OHCHR, 2008). کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی قابلیت دسترسی را در چند جزء (به صورت غیرانحصاری) برشمرده است (General Comment No. 14, 2000; WHO, 2017):

≠ دسترسی باید بدون تبعیض باشد و به خصوص حاشیه‌ای‌ترین و آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه باید هم به لحاظ قانونی و هم در عمل امکان مراجعه و بهره‌مندی از کالاها، خدمات و مراکز بهداشت و درمان را داشته باشند؛

≠ کالاها، خدمات و تأسیسات بهداشتی-درمانی باید به لحاظ فیزیکی و جغرافیایی برای همه گروه‌ها به‌ویژه گروه‌های حاشیه‌ای و آسیب‌پذیر مانند اقلیت‌ها، سالمندان، زنان، کودکان، معلولان و مبتلایان به HIV/AIDS قابل دسترسی باشد؛

≠ کالاها، خدمات و تأسیسات بهداشتی-درمانی باید به لحاظ مالی برای همه گروه‌ها مقرون به‌صرفه باشد و هزینه آنها منصفانه توزیع شود؛

≠ قابلیت دسترسی همچنین شامل دسترسی اطلاعاتی یعنی حق جست‌وجو، دریافت و انتشار اطلاعات (به‌غیر از اطلاعات محرمانه بیماران) و نظرها در خصوص مسائل مربوط به سلامت است؛

≠ کالاها، خدمات و تأسیسات بهداشتی-درمانی باید محترمانه باشند، بدین معنا که در عین رعایت اخلاق پزشکی و محرمانگی اطلاعات بیمار، به مقتضیات فرهنگی احترام بگذارند و نیز دارای حساسیت جنسیتی لازم باشند؛

≠ کالاها، خدمات و تأسیسات بهداشتی-درمانی باید به لحاظ علمی و پزشکی باکیفیت و مناسب باشند. داشتن کارکنان آموزش‌دیده و ماهر، داروهای سالم و کارآمد و تجهیزات بیمارستانی مناسب از جمله مصادیق این شرط‌اند.

۲. حق برخورداری: در حق برخورداری به حق شهروندان بر سیستم خدمات بهداشتی مبتنی بر ارائه فرصت برابر برای همگان، حق بر پیشگیری، درمان و کنترل بیماری، حق بر دسترسی به داروهای اساسی، حق بر برخورداری از بهداشت مادر و کودک و زایمان، حق بر دسترسی به موقع و برابر به خدمات بهداشتی اساسی، آموزش و اطلاعات بهداشتی، مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی اشاره می‌شود (WHO & OHCHR, 2008). کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی نیز لزوم مشارکت شهروندان در تصمیم‌گیری‌های محلی، ملی و بین‌المللی در حوزه سلامت را از اجزای مهم حق بر سلامت مندرج در ماده ۱۲ میثاق می‌داند. به‌علاوه کمیته در تفسیر شق نخست بند ۲ ماده ۱۲ در خصوص حق بر سلامت مادر، کودک و بارداری به لزوم کاهش نرخ تولد نوزادان مرده، نرخ مرگ‌ومیر نوزادان، تلاش برای رشد بهینه کودکان، دسترسی به برنامه‌های تنظیم خانواده، مراقبت‌های پیش و پس از زایمان و دسترسی به خدمات اورژانس برای مادران و کودکان به‌عنوان اقدامات لازم برای تحقق این حق اشاره دارد. شق دوم بند ۲ ماده ۱۲ میثاق به حق برخورداری از شرایط کاری و محیطی سالم اشاره دارد که به عقیده کمیته تحقق آن نیازمند بهبود تمامی جنبه‌های بهداشت و سلامت محیط زیست و صنعت است و از جمله شامل اقدامات پیشگیرانه در خصوص تصادفات و بیماری‌های محیط کار، ضرورت تضمین وجود آب و غذای سالم، کاهش امکان قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی، رادیواکتیو و سایر مواد خطرناک می‌شود. شق سوم بند ۲ ماده ۱۲ به حق بر پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های اشاره دارد که از نظر کمیته نیازمند ایجاد برنامه‌های آموزشی به‌ویژه در

خصوص رفتارهای پرخطر، تقویت تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، ایجاد سازوکارهای درمان فوری به‌ویژه به هنگام حوادث، تدارک کمک‌های بشردوستانه هنگام بحران و همکاری بین‌المللی برای ارتقای کنترل و پایش همه‌گیرها و جمع‌آوری داده در خصوص بیماری‌های واگیر است (General Comment No. 14, 2000).

۳. رهایی از رفتار تحقیرآمیز و بدون رضایت: جنبه سوم اغلب بر رهایی از درمان بدون رضایت بیمار مانند ممنوعیت آزمایش‌ها و تحقیقات بدون رضایت یا عقیم‌سازی‌های اجباری و حتی ممنوعیت شکنجه تأکید دارد (WHO & OHCHR, 2008). در همین زمینه ماده ۷ میثاق حقوق مدنی سیاسی به‌صراحت آزمایش‌های پزشکی و علمی بر روی انسان‌ها را بدون علم و آگاهی کامل آنان از حدود و دامنه آزمایش و رضایت پیشینینان منع می‌کند. از سوی دیگر، سازمان ملل متحد اقدام به تصویب اصول اخلاق پزشکی در خصوص نقش کارکنان حوزه بهداشت کرده و دستورالعمل‌هایی را به‌منظور محافظت از زندانیان و بازداشتی‌ها در برابر رفتارها و مجازات غیرانسانی وضع کرده است (A/RES/37/194, 1998).

۴. تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت: منظور از آخرین جنبه حق بر سلامت شرایطی است که مردم در آن به دنیا می‌آیند، رشد و زندگی می‌کنند، کار می‌کنند و پیر می‌شوند. این اوضاع و احوال تحت تأثیر توزیع پول و ثروت، قدرت و منابع در سطوح جهانی، ملی و محلی شکل می‌گیرند.^۲ برای مثال میان فقر و بیماری‌های واگیر همبستگی معناداری وجود دارد (Marmot, 2005: 1101). نقشه مناطقی که با درآمد کمتر از ۲ دلار در روز زندگی می‌کنند، تقریباً کاملاً با نقشه توزیع بیماری‌های HIV، مالاریا و سل منطبق است (Alsan et al., 2011: 2)، به همین دلیل بسیاری معتقدند که کاهش فقر باید در قلب برنامه‌های مبارزه با بیماری‌های واگیر باشد (Alsan et al., 2011: 1)؛ فقر موجب تغذیه و اوضاع بهداشتی نامناسب، ناآگاهی، نبود مراقبت‌های بهداشتی کافی و در سطوح کلان بی‌ثباتی سیاسی، مخاصمه، جابه‌جایی جمعیت و مسائلی از این دست می‌شود که بهترین شرایط برای اشاعه بیماری‌های واگیرند. از سوی دیگر، بیماری‌های واگیر خود موجب صدمات جدی به وضعیت اقتصادی، نابسامانی اجتماعی، بی‌ثباتی و فقر می‌شوند (Dute, 2004: 45).

با توجه به اهمیت حق بر سلامت برای تحقق سایر حقوق بشری و تأکید بسیاری از اسناد حقوق بشری از جمله میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی بر آن، کمیساریای عالی حقوق بشر و سازمان بهداشت جهانی تکلیف دولت‌ها در خصوص این حق را در سه سطح بررسی کرده‌اند که در زیر به آن اشاره شده است.

1. Social Determinants of Health

2. WHO, "About social determinants of health" (last visited 20, Dec 2017) at: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

۲. شقوق تعهد دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت

تکلیف اولیهٔ رعایت و حمایت از حقوق بشر بر عهدهٔ دولت‌هاست (OHCHR, 2016: 31). تأمین حق بر سلامت نیز همانند سایر حقوق بشر برای دولت‌ها در قبال شهروندان خود تکلیف ایجاد می‌کند. تعهد دولت‌ها به تأمین حق بر سلامت همانند سایر حقوق بشر در سه سطح متحقق می‌شود (Eide, 1995: 21-40; WHO & OHCHR, 2008):

≠ رعایت یا احترام^۱ به جنبهٔ سلبی تعهد دولت‌ها اشاره دارد و به معنای خودداری دولت از مداخلهٔ مستقیم یا غیرمستقیم منفی در حق بر سلامت است. این مداخلات منفی ممکن است در قالب منع یا کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی و درمان برای گروه‌های خاص از جمله پناهجویان یا اقلیت‌های قومی مذهبی، مجوز صدور تولید داروهای غیرایمن، اتخاذ رویه‌های تبعیض‌آمیز در خصوص نیازهای بهداشتی زنان، عدم آگاهی‌رسانی یا اطلاع‌رسانی غلط، منع مشارکت مردم در تصمیمات و مسائل مربوط به سلامت و نمونه‌هایی از این دست صورت گیرد.

≠ تکلیف به حمایت یا محافظت^۲ از حق بر سلامت جنبهٔ ایجابی دارد و به معنای مداخلهٔ مثبت دولت برای منع افراد ثالث از نقض حق بر سلامت دیگران است. برای مثال دولت‌ها نه تنها از اتخاذ رویه‌های تبعیض‌آمیز یا سایر موارد مندرج در بند پیشین منع می‌شوند، بلکه هم‌نین مکلف‌اند آموزش‌های بهداشتی ضروری را با استفاده از محتوای آموزشی صحیح و معتبر برای تمامی اقشار جامعه فراهم کنند؛ بر کیفیت تولید محصولات غذایی یا داروها نظارت کنند؛ از آلوده‌سازی هوا، آب و خاک برای مثال از طریق دفع غیرقانونی ضایعات در مؤسسات وابسته به خود اجتناب ورزند و اطمینان حاصل کنند که مراکز بهداشتی و درمان گروه‌های خاص مانند افراد معلولیت را از درمان محروم نمی‌کنند.

≠ تکلیف به اجرای^۳ حق بر سلامت یعنی تکلیف دولت به ایجاد زمینهٔ برخورداری افراد از حق بر سلامت و انجام اقدامات ضروری برای رفع نیازهای افراد در خصوص سلامتی، که اغلب در قالب طرح‌های جامع و تفصیلی ملی صورت می‌گیرد. در این زمینه دولت مکلف است اقدامات قانونگذاری، اجرایی، بودجه‌ای، قضایی و غیره را برای احقاق و اجرای این حقوق به‌عمل آورد. برای مثال تصویب سیاست‌های ملی بهداشت یا برنامه‌های ملی بهداشت که بخش خصوصی و دولتی را پوشش دهد و تأمین خدمات بهداشتی را تضمین کند و به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

1. Respect
2. Protect
3. Fulfill

مانند دسترسی به آب تمیز، غذای سالم و کافی، زیربنای بهداشتی و غیره توجه نشان دهد، از نمونه این اقدامات است.

برای مثال در خصوص بیماری واگیری همانند HIV، تکلیف به رعایت به این معناست که دولت نباید امکان تحصیل، اشتغال، درمان و غیره را برای مبتلایان به این ویروس سلب کند. تکلیف به محافظت به این معناست که دولت باید مانع شود که سایر افراد و بازیگران اجتماع موجبات محرومیت بیماران HIV+ را فراهم کنند و از این بیماران حمایت ویژه‌ای کند. در نهایت تکلیف به اجرا در قالب برنامه‌های ملی برای تضمین دسترسی، عدم تبعیض، اطلاع‌رسانی و آموزش کافی در خصوص طرق انتقال و کنترل بیماری و مسائلی از این دست محقق می‌شود (Gruskin et al., 2002; سیرغانی، ۱۳۸۷: ۸۶).

مشاهده می‌شود که بیماری‌های واگیر به شکل چشمگیری بر هر دو بعد فردی و اجتماعی حقوق بشر تأثیر می‌گذارد (Dute, 2004: 45). در نهایت باید توجه داشت که دولت‌ها به روش‌های مختلف ممکن است بر اثر قصور، ناتوانی یا عدم تمایل، حق بر سلامت را نقض کنند. فیدلر نقض برخی حقوق مدنی سیاسی (مانند منع شکنجه)، قصور در قانون‌گذاری و تنظیم روابط بخش‌های تحت نظارت (مثل عدم تصویب قوانین مناسب برای شرایط کار یا عدم پیشگیری از قرار دادن کارگران در معرض شرایط ناسالم کار)، قصور در تأمین دسترسی مکفی به خدمات بهداشت عمومی و اطلاعات بهداشتی (دسترسی به آب سالم، فاضلاب مناسب و ...)، قصور در تأمین دسترسی غیرتبعیض‌آمیز به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (آموزش، مسکن و اشتغال) را به‌عنوان طرق اصلی نقض حق بر سلامت توسط دولت‌ها - بعضاً ارگان‌های خصوصی - معرفی می‌کند (Fidler, 1999: 36).

مبارزه با بیماری‌های واگیر و چالش‌های حقوق بشری آن

در جهان کنونی شیوع طبیعی بیماری‌ها با به‌خطر انداختن اقتصاد ملی، بازرگانی و مسافرت بین‌المللی، سلامت و امنیت عمومی و خدشه وارد کردن بر اعتماد مردم به حاکمانشان، چالش‌های مهمی را پیش روی امنیت جهانی قرار داده است (Bakanidze et al., 2010:1). برای مثال در طی دو دهه، HIV/AIDS از بیماری ناشناخته به مهم‌ترین بیماری واگیر^۱ جهان تبدیل شد و هم‌اکنون در برخی کشورها تهدیدی برای امنیت و بقای ملت محسوب می‌شود (INFOSAN, 2010). از سوی دیگر، برخی اندیشمندان با پیوند میان خطر میکروارگانیزم‌های بیماری‌زا با انقلاب و تحولات جدید در عرصه فناوری، هشدار خطر «فاجعه‌ای جهانی»^۲ و

1. Infectious disease
2. "global catastrophic risk"

«بحرانی برای موجودیت بشر»^۱ را می‌دهند.^۲ پیشرفت‌های سریع در عرصه فناوری زیستی سبب شده که امکان مسلح کردن عوامل بیولوژیکی که به‌شدت کشنده، مسری و در محیط مقاوم و در برابر واکسن‌ها و داروهای فعلی شکست‌ناپذیر هستند در حال افزایش است. (Tucker, 2003: 11). به‌علاوه فراهم بودن بستر تهدیدهای بیولوژیکی، به گروه‌های تروریستی اختیار می‌دهد که از عوامل بیولوژیکی به‌عنوان سلاح استفاده کنند (1: Bakanidze et al., 2010). از این روست که در جهان امروز به گفته مارگرت چن^۳ رئیس سازمان بهداشت جهانی «آسیب‌پذیری» جهانی شده^۴ (WHO Report, 2007: vi) و محافظت از سلامت جمعیت، که به‌صورت سنتی در سطح ملی رخ می‌داد، به سطح بین‌المللی وارد شده است (Gostin & Sridhar, 2014: 1732).

رشد فزاینده تهدیداتی که میکروب‌ها^۵ برای جوامع ایجاد می‌کردند، از نخستین پایه‌های انقلاب در حوزه سلامت عمومی بوده است. یکی از جوانب بحران ناشی از تهدیدات میکروبی، شیوع طبیعی بیماری‌های واگیر جدید و شیوع مجدد بیماری‌های واگیر قدیمی است. در سال ۲۰۱۵ بیش از نصف مرگ‌ومیر کشورهای کم‌درآمد ناشی از وضعیت‌های گروه ۶^۶ بوده است (WHO, 2018). شیوع HIV/AIDS در کشورهای توسعه‌نیافته مهم‌ترین عامل امنیتی تلقی کردن تهدید بیماری‌های واگیر در دوران معاصر بوده است.^۷ شورای امنیت سازمان ملل متحد در ابتدای قرن بیست‌ویکم برای نخستین بار قطعنامه‌ای صادر کرد و نگرانی عمیق خود را از شیوع بیماری HIV/AIDS و به‌ویژه شدت بحران ناشی از بیماری در آفریقا ابراز کرد و بر نیاز به اقدام هماهنگ میان ارکان ملل متحد برای مواجهه با این بیماری و در صورت لزوم اقدام

1. existential risk

2. See for exp. Nick Bostrom & Milan M. Ćirkovic, *Global Catastrophic Risks*, 2011, (Oxford: Oxford University Press); Steve King, "Worst Possible Scenarios", May 24, 2003, *Spectator*, available on Westlaw at 2003 WLNR 8390689.

3. Margaret Chan

4. Vulnerability is universal

5. Germs

۶. براساس تحقیق سازمان بهداشت جهانی در خصوص «وزن بیماری‌ها در جهان»، سازمان بیماری‌ها و مصدومیت‌ها، علل مرگ‌ومیر و وزن بیماری‌ها را در سه دسته بررسی کرده است. در این دسته‌بندی گروه ۱ مشتمل بر بیماری‌های واگیر، مشکلات ناشی از بارداری و زایمان و سوء تغذیه؛ گروه ۲ مشتمل بر بیماری‌های غیرواگیر و گروه ۳ مشتمل بر مصدومیت‌هاست (WHO, "The Global Burden of Disease", Report 2004) (publishe 2008 at: <http://www.who.int>)

7. See: Craig Vincent Moffat, "Securitization of HIV and AIDS in Southern African policy processes: An investigation of Botswana, South Africa and Swaziland, 2000-2008", 2014, Dissertation presented for the degree of Doctor of Philosophy in the Faculty of Arts and Social Sciences at Stellenbosch University; Jonathan Herington, "Securitization of infectious diseases in Vietnam: the cases of HIV and avian influenza", 2010, *Health, Policy and Planning*, (Volume 25, Issue 6); Colin McInnes, Simon Rushton, "HIV/AIDS and securitization theory", 2013, *EJIR*, (Vol. 19, Issue. 1); Shadyabi AH., HaleyBR, dShaffer RA, "HIV/AIDS Securitization: Outcomes and Current Challenges", 2017, *Curr HIV Res*, (Vol. 15, No. 2).

جهانی تأکید ورزید (UNSC 1308, 2000). متعاقباً مجمع جهانی سلامت در ماه می ۲۰۰۱ قطعنامه‌ای را صادر کرد که در آن رابطه میان جهانی شدن و افزایش بیماری‌های واگیر را شناسایی و بیان کرد که شیوع بیماری در یک کشور می‌تواند مایه اضطراب و نگرانی کل جهان باشد و به این ترتیب خواستار تغییر دیدگاه سنتی به بیماری‌های واگیر و به رسمیت شناختن آنها به‌عنوان تهدیدی امنیتی شد (WHA54.14, 2001).

همان‌طور که اشاره شد، شیوع بیماری‌ها از سالیان گذشته تهدیدی فراملی محسوب می‌شد، با وجود این در اواخر دهه میلادی، در اثر اختراع شیوه‌های درمانی جدید، کشف واکسن‌ها و ارتقای دانش میکروبی مقامات بهداشت کشورهای بزرگ کم و بیش به این اطمینان رسیده بودند که خطر بیماری‌های واگیر کاهش یافته و رو به ریشه‌کن شدن است. با این حال باز شیوع بیماری‌های قدیمی مانند مالاریا، سل، تب دانگ و مننژیت و مهم‌تر از همه شیوع HIV/AIDS این اطمینان را به شدت متزلزل کرد (Davis, 2008: 298).

حال سؤال این است که امنیتی شدن بیماری‌های واگیر چه تأثیری بر عملکرد دولت‌ها در راستای مبارزه با آنها داشته و این تعامل چه پیامدهایی برای تعهدات حقوق بشر دولت‌ها به‌همراه داشته است؟

۱. مبارزه با ایدز و دغدغه حقوق بشر

به‌نظر می‌رسد ویروس HIV نخستین‌بار در کینشاسا، منطقه‌ای در شمال جمهوری دموکراتیک کنگو از شامپانزه‌ها به انسان منتقل شد (Global information and education on HIV and AIDS, 2018)، با وجود این نخستین‌بار که توجه جامعه پزشکی به این بیماری جلب شد، زمانی بود که در سال ۱۹۸۱ در میان مردان همجنس‌گرای جوان در نیویورک گزارش شد، به همین دلیل ایالات متحده دست‌کم اوایل دهه هشتاد میلادی این بیماری را مختص همجنس‌گرایان تلقی کرد و توجهی به جنبش‌های اجتماعی که خواستار اقدام جدی دولت برای مواجهه با ایدز بودند، نشان نداد (Vieira, 2007: 147). تا اواخر دهه هشتاد رویکرد جهانی از جمله رویکرد سازمان جهانی بهداشت نیز به همین ترتیب بود و ایدز بیماری اقلیتی ناخوشایند تلقی می‌شد و واکنش‌های حداقلی و پراکنده‌ای که در این زمینه وجود داشت نیز محدود و منحصر به جنبه‌های پزشکی بیماری بود (Vieira, 2007: 148).

در طی دو دهه، HIV/AIDS از یک بیماری ناشناخته به مهم‌ترین بیماری واگیر^۱ جهان تبدیل شد (Price-Smith, 1999: 428) و هم‌اکنون در برخی کشورها تهدیدی برای امنیت و بقای ملت محسوب می‌شود (Price-Smith, 1999: 428). امروزه بیش از ۳۴ میلیون نفر از جمعیت

1. Infectious disease

جهان مبتلا به HIV هستند (Brandt, 2013: 2149). متعاقب انتشار گزارش‌های هشداردهنده در خصوص شیوع این بیماری در بخش‌هایی از آمریکا، سازمان جهانی بهداشت به تدریج HIV/AIDS را مسئله‌ای جدی تلقی کرده و به دولت‌ها توصیه کرد که سیستم نظارت و پایش و کمیته‌های مخصوص ایدز تشکیل دهند و خود نیز برنامه جهانی ایدز^۱ و دپارتمان HIV/AIDS را به منظور مساعدت وزارت‌های بهداشت کشورهای عضو جهت برنامه‌ریزی ملی و نیز اعطای کمک‌های فنی و مالی و تجمیع اطلاعات موجود در زمینه بیماری تأسیس کرد. برنامه جهانی ایدز نخستین اقدام چندجانبه بود که به منظور بالا بردن اهمیت بیماری در دستور کار جهانی شکل گرفت و خواستار بسیج منابع مالی و نهادها برای مبارزه با بیماری بود (Viera, 2007: 147-148).

همان‌طور که گفته شد، بیماری‌های واگیر در جهان امروز به‌عنوان تهدیدی امنیتی تلقی می‌شوند و کشورها به‌ویژه هنگام مواجهه با بیماری‌های جدید و ناشناخته، دست به اقداماتی شدید می‌زنند که فارغ از کارآمدی واقعی این اقدامات، به‌صورت بالقوه می‌توانند ناقض دامنه گسترده‌ای از حقوق و آزادی‌های فردی باشد (Dute, 2004: 46). این مسئله هنگام مبارزه با بسیاری از اپیدمی‌های مهم، از جمله HIV/AIDS، سارس و ابولا به شکل چشمگیری مطرح شد. بسیاری معتقدند که اعمال اقتدارات بهداشتی اجباری برای مواجهه با HIV/AIDS حقوق فردی افراد از جمله بر حریم خصوصی (از جمله مندرج در ماده ۱۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۱۷ میثاق حقوق مدنی سیاسی)، حق اشتغال (از جمله مندرج در ماده ۲۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۶ میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی)، آزادی رفت‌وآمد (از جمله مندرج در ماده ۱۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۱۲ میثاق حقوق مدنی سیاسی)، دسترسی به آموزش (از جمله مندرج در ماده ۲۶ اعلامیه جهانی حقوق بشر و مواد ۱۳ و ۱۴ میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی و نیز کنوانسیون منع تبعیض در آموزش یونسکو) و حتی حق بیمه و دسترسی به خدمات پزشکی (از لوازم حق بر سلامت) را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Gruskin et al., 2011; OHCHR, 2011: ۱۳۸۷: ۸۶). به‌علاوه بر جنبه‌های اخلاقی که همواره با بیماران مبتلا به HIV/AIDS همراه است و تبعیضاتی که علیه آنها روا داشته می‌شود، از یک سو و محدودیت‌های قانونی بسیاری از کشورها در زمینه به رسمیت شناختن گروه‌های در معرض آسیب مانند همجنس‌گرایان و روسپی‌ها از سوی دیگر امکان مبارزه مؤثر و حمایت از بیماران یا گروه‌های در معرض خطر را با مشکلاتی مواجه می‌کند (UNAIDS, 1999: 25).

۲. مبارزه با سارس، زنگ خطری برای حقوق بشر

علاوه بر ایدز، از دیگر نمونه‌هایی که شیوع یک بیماری موجب ایجاد وضعیت اضطراری شد و

1. Global Program On AIDS (GPA)

نگرانی‌هایی را از منظر رعایت تعهدات حقوق بشری ایجاد کرد، شیوع بیماری سارس در سال ۲۰۰۳ بود. سارس برای نخستین بار از طریق پزشکی از استان گوانداک چین که برای شرکت در مراسم عروسی به کلان‌شهر پرجمعیت و توریستی هنگ‌کنگ آمده بود، شروع و با سرعتی زیاد شایع شد (Fidler, 2004: 1)، به شکلی که از ۱ نوامبر ۲۰۰۲ تا ۷ آگوست ۲۰۰۷ در مجموع ۸۴۲۲ نفر را در سراسر جهان مبتلا کرد که در این میان ۹۱۶ نفر جان خود را از دست دادند (WHO, 2003). اما اهمیت سارس در تعداد مبتلایان یا نرخ مرگ‌ومیر ناشی از بیماری نبود، بلکه این واقعیت که بیماری جدیدی برای اولین بار در قرن بیست‌ویکم ظهور پیدا کرده و ظرف چند ماه از یک کشور آسیایی به سایر کشورهای این قاره و نیز کشورهای در شمال و جنوب آمریکا و اروپا رسید (CDC, 2004)، در حالی که هنگام شیوع شیوه علمی خاصی برای شناسایی و درمان بیماری و نیز آشنایی با نحوه عملکرد ویروس وجود نداشت، موجبات توجه بسیار زیاد متخصصان و کارشناسان حوزه سلامت و حقوق و سیاست بین‌الملل به آن را فراهم آورد (Davis, 2005: 44). اگرچه همواره گفته می‌شود که میکروب‌ها مرز نمی‌شناسند و نیازمند گذرنامه نیستند، خصلت سریع‌الانتقال بودن و سهولت طریقه انتقال سارس در ابتدای قرن بیست‌ویکم به صورت ویژه موجب نگرانی بسیار شد (Fidler, 2004: 15)، تا جایی که به گفته سازمان بهداشت جهانی، سارس نخستین بیماری به شدت واگیر بود که در دنیای بسیار جهانی شده بروز یافت و نشان داد که یک بیماری جدید به سادگی می‌تواند موجب ویرانی جهانی شود (WHO, 2003).

هنگام شیوع بیماری، حق بر حریم خصوصی و نیز آزادی رفت‌وآمد اولین حقوق و در مرحله بعدی حق بر تجمع و گردهمایی و حق بر آموزش در زمره حقوقی بودند که در اثر اقدامات دولت محدود شدند؛ بیشتر کشورهای مبتلا به قرنطینه افراد مشکوک یا در معرض و ایزوله کردن بیماران پرداختند (Fidler, 2003). تقریباً در تمام این کشورها، بیماران مکلف به گزارش وضعیت خود به دولت بودند و پلیس یا ارتش مسئولیت ردیابی^۱ کسانی را داشتند که در بازه ده‌روزه از پیش از بروز علائم با فرد بیمار در تماس بودند (Gostin et al., 2003: 3230). در سنگاپور و تورنتو کارمندان بیمارستان دو بار در روز باید دمای بدن خود را گزارش می‌دادند و پرسشنامه‌هایی را در مورد وضعیت خود پر می‌کردند. در سنگاپور علاوه بر کارمندان بیمارستان‌ها، آرایشگرها، راننده‌های اتوبوس و تاکسی، کارمندان بانک‌ها، کارمندان دولت، گزارشگران و کارمندان هتل باید روزی یک بار دمای بدن خود را گزارش کرده و برچسب «بدون تب»^۲ به خود وصل می‌کردند. در هنگ‌کنگ والدین دانش‌آموزان مکلف بودند که روزانه برگه‌ای را امضا کنند که در آن اظهار می‌شد فرزندانشان تب ندارند. در بسیاری کشورها مکان‌های تجمع عمومی

1. Contact Tracing
2. Fever Free

مانند کارخانه‌ها، رستوران‌ها، هتل‌ها و اماکن تفریحی تعطیل شد. در سنگاپور اقدامات از این فراتر رفتند و اسامی افرادی که منشأ ابتلای تعداد زیادی افراد بودند^۱، در روزنامه‌هایی منتشر می‌شد که تناسب این اقدامات با لزوم رعایت شأن و منزلت انسانی محل بحث است. همچنین در این کشور قرنطینه و ایزولاسیون بیماران و مظنونان با دستبندهای الکتریکی، اسکنرهای حرارتی و دوربین اجرا می‌شد. در کشورهایی مانند کانادا که بسیاری از ملاحظات مانند عدم افشای هویت و اطلاعات مربوط به بیماران رعایت می‌شد، از آنجا که بسیاری از بیمارستان‌ها در جریان شیوع بیماری بسته شدند، کارکنان بیمارستان‌ها در عرصه عمومی منزوی و طرد شدند. به‌علاوه به‌دلیل منشأ بیماری در چین، در کشورهایی مانند آمریکا بسیاری کلیشه‌های نژاد و فرهنگی تقویت شده و با این افراد برخوردهای تبعیض‌آمیز و تحقیرآمیزی می‌شد (Gostin et al., 2003:3231). علاوه بر همه اینها سازمان بهداشت جهانی سخت‌گیرانه‌ترین محدودیت مسافرت را در طول ۵۵ سال فعالیت خود تا آن زمان وضع و توصیه کرد تمامی سفرها به‌جز سفرهای اضطراری به مناطق پرخطر تعلیق شود و تمامی مسافرانی که قصد خروج از کشورها را دارند، برای علائم سارس معاینه شوند. همچنین از مسافرانی که تب داشتند، درخواست می‌شد که سفر خود را به تعویق بیندازند (WHO, 2003). در این میان برخی دانشگاه‌ها نیز محدودیت‌های خود را وضع کردند. برای مثال دانشگاه برکلی اردوی تایلستانی دانشجویان چینی را لغو کرد و دانشگاه هاروارد دانشجویان و استادان را از استفاده از بودجه دانشگاه برای سفر به چین، هنگ‌کنگ، سنگاپور و تایوان منع کرد (Gostin et al., 2003: 3231).

۳. مبارزه با ابولا و نادیده گرفتن حقوق بشر

نمونه متأخرتر تهدید سلامت عمومی توسط یک بیماری واگیر، شیوع ابولا در دسامبر ۲۰۱۳ در کشورهای غرب آفریقا (گینه، لیبریا، نیجریه، سنگال و سیرالئون) بود (WHO, 2018). بنا بر گزارش‌ها ۲۸۶۱۶ نفر به بیماری مبتلا شدند و در آن میان ۱۱،۳۱۰ نفر جان باختند (WHO, 2016). بیشتر کشورهای مبتلا در اثر شیوع بیماری اعلام وضعیت اضطراری کرده و دست به اقداماتی امنیتی به نام حفظ سلامت عمومی کردند. از جمله این اقدامات وضع قرنطینه و استفاده از زور برای حفظ این قرنطینه‌ها (Mirugi-Mukundi & Durojaiye, 2015: 19). ممنوعیت تجمع در اماکن عمومی از جمله بازار، مدارس و عبادتگاه‌ها، محدودیت رفت‌وآمد، سرکوب تجمعات اعتراضی مردم در خصوص بیماری بوده است. برای مثال رئیس‌جمهوری گینه در نطق تلویزیونی دستور شناسایی و اعمال قرنطینه اجباری تمامی مظنونان به ابولا توسط نیروهای امنیتی را صادر و اعلام کرد که هر کس در این زمینه مقاومت کند، تهدیدی علیه

بهداشت و سلامت عمومی است. این نطق در ابتدای شیوع بیماری و بدون در پیش گرفتن هیچ شیوه مسالمت‌آمیز و غیرقهری صورت گرفت. در سیرالئون نیز دولت بلافاصله دستور داد که تمام مناطق سه روز مطلقاً خانه را ترک نکنند تا تیم‌های مأمور بهداشت به تمامی خانه‌ها مراجعه کرده و بیماران را شناسایی و ایزوله کنند (Shu-Acquaye, 2017: 26-27). علاوه بر تنبیهی بودن این رویکردها، به گزارش پزشکان بدون مرز چنین برخوردهایی از آنجا که اعتماد مردم را سلب می‌کرد و روحیه همکاری را از بین می‌برد، اثر مخرب دارد و موجب می‌شود که در اصطلاح مشکل به صورت زیرزمینی درآید (Shu-Acquaye, 2017: 26-27). به خصوص که عدم انتشار اطلاعات در مورد بیماری و فقدان آگاهی‌رسانی عمومی که موجب برچسب‌زنی و انزوای بیماران و کارکنان بهداشت و درمان می‌شد. به علاوه عدم تأمین جایگزین‌های مناسب برای کودکانی که از رفتن به مدرسه منع شده‌اند، استفاده از زور برای سرکوب تجمع‌ها که به صدمه و مرگ تعدادی از معترضان منجر شد و قصور دولت در رسیدگی مناسب به افرادی که در قرنطینه بودند (OHCHR, 2014: 3)، بر وخامت اوضاع افزود (Van Der Wouden & Koning, 2014: 2092). گزارش شده که افراد حاضر در قرنطینه به آب و غذای کافی دسترسی نداشتند و حتی در برخی موارد مسئولان با تأخیر چندروزه برای بردن اجساد کسانی که جان خود را در اثر بیماری از دست داده‌اند، اقدام کرده‌اند و بدین ترتیب اعضای خانواده بیمار مدت‌ها در کنار جسد آلوده عزیزانشان زندگی کرده‌اند (OHCHR, 2014: 6). این اقدامات نه تنها آزادی رفت‌وآمد و تجمعات را به شکل غیرمتناسبی محدود می‌کرد، بلکه مغایر تعهد به رعایت شأن و منزلت انسانی بودند.

جمع‌بندی: پیوند مبارزه با بیماری‌های واگیر و حقوق بشر

همان‌طور که اشاره شد، میان مبارزه با بیماری‌های واگیر و تعهد دولت‌ها در خصوص حقوق بشر رابطه‌ای دوگانه و چالش‌برانگیز وجود دارد، به نحوی که از سویی دولت‌ها در راستای تعهد خود به حفظ، رعایت و اجرای حق بر سلامت مکلف به اتخاذ اقداماتی برای پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیرند و از سوی دیگر، در فضای امنیتی حاکم بر مبارزه با بیماری‌های واگیر، چنین مبارزه‌ای ممکن است به محدودسازی یا حتی نقض غیرقانونی سایر حقوق بشر به‌ویژه حقوق مدنی-سیاسی بینجامد. با وجود این ظرفیت‌های حقوق بین‌الملل امکان برقراری تعادل میان این دو جنبه چالش‌برانگیز و حتی گاه به‌ظاهر متعارض را دارند.

ماده ۴ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی سیاسی به دولت‌های عضو این امکان را می‌دهد که در وضعیت‌های اضطراری که خطری استثنایی موجودیت ملت را تهدید می‌کند، در شرایطی برخی از حقوق مندرج در میثاق را به حالت تعلیق درآورند. متن ماده ۴ میثاق، رویه کمیته

حقوق بشر در تفسیر این ماده و همچنین رویه کمیسیون اروپایی حقوق بشر در تفسیر ماده ۱۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر - که حاوی مقرره‌ای مشابه ماده ۴ میثاق است - نشان می‌دهد برای اینکه وضعیتی به‌عنوان اضطراری تلقی شود، نیازمند وجود شرایطی است. از جمله این شرایط این است که وضعیت پیش‌آمده استثنایی و موقتی است، خطر قریب‌الوقوع باشد و حیات جامعه را تهدید کند. به‌علاوه دولت‌ها برای اینکه بتوانند به وضعیت اضطراری استناد کنند، باید آن را اعلام عمومی کنند، حقوق غیرقابل تعلیق^۱ را نقض نکنند و در نهایت تعلیق حقوق را به‌صورت غیرتبعیض آمیزی اعمال کنند (قریان‌نیا، ۱۳۸۶: ۴۷، ۴۲). در خصوص وضعیت ناشی از شیوع بیماری ابولا در سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۱۳ و کشورهای مبتلا به سارس در سال ۲۰۰۳، بیشتر کشورهای مبتلا وضعیت اضطراری اعلام کردند و متعاقباً نیز اعتراضی به این اعلام صورت نگرفت و به‌نظر می‌رسد که میان نویسندگان اتفاق نظر وجود دارد که وضعیت پیش‌آمده در این کشورها به‌واقع وضعیت اضطراری بوده است. اما مسئله این است که تعلیق حقوق و آزادی‌های فردی در وضعیت‌های اضطراری به چه شیوه‌ای باید انجام پذیرد و چه محدودیت‌هایی را باید رعایت کند که موجه و مشروع تلقی شود؟

در دهه هفتاد میلادی و تحت تأثیر فضای جنگ سرد، اعلام وضعیت‌های اضطراری به‌منظور سرکوب مخالفان در کشورهای مختلف شیوع بسیاری یافت. در این زمان این دغدغه وجود داشت که دولت‌ها به نام حفظ امنیت ملی، خود را فارغ از هر قیدوبندی تصور می‌کردند و دست خود را در محدود کردن حقوق و آزادی‌ها فردی باز می‌دیدند (2: Abiola, 2011). نگرانی از متزلزل شدن حکومت قانون در این شرایط، ضرورت بحث در خصوص ایجاد تعادل میان حمایت از آزادی‌های فردی و منافع ملی را مطرح ساخت. به همین منظور کمیسیون فرعی ملل متحد در مورد منع تبعیض و حمایت از اقلیت‌ها در سال ۱۹۷۴ قطعنامه شماره ۷ را صادر و در آن مقرر کرد که دولت‌ها، آژانس‌های تخصصی ملل متحد و سازمان‌هایی غیردولتی سالانه گزارشی را در خصوص وضعیت حقوق بشری بازداشتی‌ها ارائه کنند. متعاقب بررسی این گزارش‌ها، کمیسیون گزارشگر ویژه‌ای را نصب و وی را مأمور تدوین پیش‌نویسی اصولی برای حمایت از افراد تحت بازداشت یا حبس کرد. همچنین کمیسیون در سال ۱۹۷۷ به موجب قطعنامه شماره ۱۰ از شورای حقوق اقتصادی اجتماعی درخواست کرد که از طریق کمیسیون حقوق بشر اختیار بررسی و تحلیل دقیق رابطه میان وضعیت‌های اضطراری و حقوق بشر را به این کمیسیون واگذار کند و متعاقباً نیکول کوستیوکس^۲ را به‌عنوان گزارشگر ویژه، مأمور این

۱. به موجب بند ۲ ماده ۴ میثاق حقوق مدنی سیاسی، تعلیق مواد ۶ (حق حیات)، ۷ (ممنوعیت شکنجه)، بندهای ۱ و ۲ ماده ۸ (منع بردگی) و مواد ۱۱ (منع بازداشت خودسرانه)، ۱۵ (اصل قانونی بودن جرم و مجازات)، ۱۶ (حق شناسایی شخصیت حقوقی فرد نزد قانون) و ۱۸ (آزادی فکر و مذهب و عقیده) تعلیق‌ناپذیرند.

2. Nicole Questiaux

بررسی کرد. در گزارش کوستیکوس به این مسئله اشاره شده بود که وضعیت‌های اضطراری در برخی کشورها ویژگی دائمی پیدا کرده و در واقع پوششی برای نقض‌های نظام‌مند حقوق بشرند و پیشنهادهایی در خصوص اصول لازم‌الرعایه در وضعیت‌های اضطراری ارائه شد.^۱ متعاقب این گزارش در بهار ۱۹۸۴ انجمن آمریکایی کمیسیون بین‌المللی حقوقدانان^۲ با همکاری کمیسیون بین‌المللی حقوقدانان^۳، مؤسسه شهری حقوق بشر مورگان^۴ و مؤسسه مطالعات عالی علوم جنایی^۵ در سیراکوزای^۶ ایتالیا کنفرانسی را برای بررسی اصول پیشنهادی کوستیکوس ترتیب داد و با تفسیر ماده ۴ میثاق حقوق مدنی سیاسی، بر سر رعایت اصولی برای حمایت از حقوق بشر در وضعیت‌های اضطراری به توافق رسیدند که این اصول متعاقباً توسط شورای حقوق اقتصادی اجتماعی ملل متحد تصویب شد.^۷ اصول سیراکوزا عبارت‌اند از (UN DOC, 1984):

۱. محدودیت مندرج در ماده ۴ میثاق حقوق مدنی سیاسی مطابق قانون وضع و اعمال شود؛
۲. به‌منظور حصول هدفی مشروع و در راستای منافع عمومی وضع شود؛
۳. در یک جامعه دموکراتیک برای رسیدن به هدف به‌شدت لازم و ضروری باشد؛
۴. راه‌حلی با کمترین میزان محدودیت و مداخله برای رسیدن به هدف باشد؛
۵. به‌صورت موقت اعمال شده و وضع و اجرای آن خودسرانه و تبعیض‌آمیز نباشد؛
۶. شأن و منزلت انسانی را رعایت کند؛
۷. قابل بازنگری و اعتراض باشد.

بنابراین هنگام اعلام و اجرای وضعیت اضطراری در خصوص یک بحران سلامتی همانند بیماری‌های واگیر، لازم است که اقدامات صورت‌گرفته مشخصاً برای پیشگیری از بیماری، ممانعت از شیوع و مراقبت از بیماران باشد و دولت‌ها در این زمینه مکلف‌اند که استانداردهای سازمان بهداشت جهانی و قواعد بین‌المللی سلامت را رعایت کنند (Shu-Acquaye, 2017: 25). به همین دلیل عقیده بر این است که استفاده از شیوه‌هایی مانند ایزوله بیماران و به‌ویژه قرنطینه اجباری افراد مظنون به بیماری که ناقض حق بر آزادی تردد افراد است، باید به‌عنوان آخرین شیوه و در صورت عدم امکان وجود قرنطینه اختیاری صورت گیرد (Shu-Acquaye, 2017: 28). روی‌هم‌رفته به نظر نویسندگان در جهان چند پاره کنونی که هریک از حوزه‌های حیات بشر

1. Sara Abiola, op.cit.

1. Nicole Questiaux
2. American Association for the International Commission of Jurists (AA IC J)
3. International Commission of Jurists
4. The Urban Morgan Institute for Human Rights
5. International Institute of Higher Studies in Criminal Sciences
6. Siracusa'
7. American Association for the International Commission of Jurists, "SIRACUSA PRINCIPLES on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights", (last visited 24-Jan-2018 in: <http://icj.wpengine.netdna-cdn.com>).

در آبگیرهای پراکنده و حول ارزش‌های محوری منحصربه‌فرد متمرکز شده‌اند، تعارض میان ارزش‌های شکل‌دهنده حوزه‌های تخصصی به‌ناچار به تعارض در اقدامات ذی‌نفعان و بازیگران منجر خواهد شد. در این میان، تسلط گفتمان امنیتی در حوزه سلامت اگرچه ممکن است در تخصیص بودجه یا مهار تجاری شدن ابزارهای حوزه سلامت کارآمد باشد، به‌ناچار تعارض میان حوزه‌های مختلف را، به‌خصوص با حوزه‌های انسان‌محوری همچون حقوق بشر را تشدید خواهد کرد. در همین زمینه جمع میان این دو حوزه از طریق رویکرد حقوق بشری در مبارزه با بیماری‌های واگیر^۱ توصیه می‌شود. در این رویکرد بر شناسایی ذی‌حقان و حقوق آنان در تعامل با مکلفان و تکالیفشان تأکید دارد و در پی تقویت ظرفیت‌های هر دو برای احقاق حقوق و عمل به تکالیفشان گام برمی‌دارد. به همین دلیل دولت‌ها همواره مکلف‌اند که به‌صورت شفاف علل موجه اقداماتشان را بیان کنند و مردم باید بدانند که از آنها چه انتظاری می‌رود و حقوقشان به چه دلیل، به چه شکل و تا چه زمانی قرار است محدود شود.

در نهایت لازم است که جامعه مدنی مشارکت فعالانه‌ای در اقدامات اتخاذ شده داشته و به فرایندهای شفاف و کارآمدی برای اعتراض، بازنگری یا به پرسش گرفتن دولت دسترسی داشته باشند (OHCHR, 2014). با وجود این آنچه می‌تواند محل بحث و مبنای پژوهش‌های آتی قرار گیرد، این است که در وضعیت فعلی حقوق بین‌الملل که کماکان بر سر شخصیت حقوقی بازیگران مختلف و امکان شناسایی آنان به‌عنوان تابع حقوق بین‌الملل چالش‌هایی وجود دارد، چطور می‌توان در عرصه سلامت به‌صورت عام و مبارزه با بیماری‌های واگیر به‌صورت خاص، میان واقعیت نقش‌آفرینی بازیگران غیردولتی و وضعیت نامشخص آنها در عرصه بین‌الملل از منظر حفظ و رعایت حقوق بشر توازن برقرار کرد؟

منابع

A) Books

1. Davies. Sara E, Kamradt-Scott, Adam; Rushton, Simon (2005), *Disease Diplomacy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
2. Eide. A, Krause. C, Rosas. A, (1995), *Economic, Social and Cultural Right: a Textbook*, Dordrecht: martinis Nijhoff.
3. Fidler David (2004), *SARS, Governance and the Globalization of Disease*, UK: Palgrave Macmillan.
4. OHCHR (2016), *Human Rights: Handbook for Parliamentarians*, Geneva: Inter-Parliamentary Union.
5. Tucke, Jonathan B (2003), *Biosecurity: Limiting Terrorist Access to Deadly Pathogens*, Washington: US Institute of Peace.
6. UNAIDS (1999), *Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights*, Geneva:UNAIDS.

1. A human rights based approach

B) Articles

7. Abbasi Mahmud, Rezaee Raheleh, Dehghani Ghazaleh. (2014), "Concept and situation of the right to health in Iran legal system". *Medical Law Journal*; 8 (30) :183-199 (In Persian).
8. Abiola. Sara (2011), "The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant for Civil and Political Rights (ICCPR): History and Interpretation in Public Health Context", *Health Rights*, <http://health-rights.org/index.php/cop/item/memo-the-siracusa-principles-on-the-limitation-and-derogation-provisions-in-the-international-covenant-for-civil-and-political-rights-iccpr-history-and-interpretation-in-public-health-context> [<https://perma.cc/873V-3N44>]
9. Alekajbaf, Hossein. (2013), "Concept and situation of Rights to Health under the International Human Rights bills", *Medical Law Journal*, 7 (24) :139-170 (In Persian).
10. Alsan, Marcella M. Westerhaus, Michael, Herce, Michael, Nakashima, Koji and Farmer, Paul E., (2011), "Poverty, Global Health and Infectious Disease: Lessons from Haiti and Rwanda", *Infect Dis Clin North Am*, Vol. 25 No.3, pp. 611-622.
11. American Association for the International Commission of Jurists, "SIRACUSA PRINCIPLES on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights" at: <http://icj.wpengine.netdna-cdn.com>
12. Bakanidze, Lela, Imnadze, Paata and Perkins, Dana, (2010), "Biosafety and biosecurity as essential pillars of international health security and cross-cutting elements of (biological nonproliferation)", *BMC Public Health*, Vol.10, Suppl 1: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-S1-S12>
13. Brandt, Allan M, (2013), "How AIDS Invented Global Health", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 368, No. 23, pp. 2149-2152
14. Davies, Sara A (2008), "Securitizing infectious disease", *International Affairs*, Vol. 84, No. 2, pp. 295-313.
15. Dute. Joseph (2004), "Communicable Diseases and Human Rights", *Eur. J. Health L*. Vol. 11, pp. 45-53.
16. Dye, Christopher (2014), "After 2015: infectious diseases in a new era of health and development", *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sciv*, Vol. 369, No. 1645, pp.1-9.
17. Ebenezzer T. Durojaiye, Gladys Mirugi-Mukundi (2015), "The Ebola Virus and Human Rights Concerns in Africa", *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 19, No. 3, pp. 18-26 .
18. Fidler , David P. (2004), "(Germ)Normsand Power: Global Health's Political Revolution", *LGD*, Issue 1, pp. 57-72.
19. Fidler, David Pn(2003), "SARS and International Law", *ASIL*, Vol.8, Issue.7, <https://www.asil.org/insights/volume/8/issue/7/sars-and-international-law> .
20. Fidler, David P. (2005), "Health Foreign Policy: Between Principle and Power", *Articles by Maurer Faculty*. Paper 525. Pp. 179-194.
21. Fidler, David P. (2005), "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations", *Chinese Journal of International Law*, Vol. 4 No.2, pp. 325-392.
22. Fidler, David P., (1999), "International Law and Global Public Health", *Faculty*

- Publications*. Paper 652. At: <http://www.repository.law.indiana.edu/facpub/652>.
23. Fidler David Pg (1997), "The role of international law in the control of emerging infectious diseases", *Bulletin de l'Institut Pasteur*, Vol. 95, Issue 2, pp. 57-72.
 24. Ghorbannia, Naser, (2007), "Suspending Human Rights in Emergencies", *Islamic Law*, 3(12): 37-62 (In Persian).
 25. Gostin, Lawrence O.; Bayer, Ronald, Fairchild, Amy L'; (2003), "Ethical and Legal Challenges Posed by Severe Acute Respiratory Syndrome: Implications for the Control of Severe Infectious Disease Threats", *JAMA*, Vol. 203, No. 24, pp. 3229-3237.
 26. Gostin. Lawrence O.; Sridhar. Devi (2014), "Global Health and the Law", *New Eng. J. Med*, Vol. 370, pp. 1732-1740.
 27. Gruskin, Sofia, François-Xavier, Tarantola, Danielr (2002), "HIV InSite Knowledge Base Chapter", at: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-08-01-07>
 28. Kickbusch, Ilona and Ivanova, Margarita (2013), "The History and Evolution of Global Health Diplomacy", Ilona Kickbusch et al, *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*, New York: Springer, pp. 11-26.
 29. Ksiazek, T.G. et al., (2003), 'A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome', *New England Journal of Medicine*, Vol.348, No. 20, pp.1953-1966.
 30. Marmot, Michael (2005), "Social Determinants of Health Inequalities", *Lancet*, Vol. 365, Issue 9464, pp. 1099-1104.
 31. Pereira, Ricardo (2008), "Processes of Securitization of Infectious Diseases and Western Hegemonic Power: A Historical-Political Analysis", *Global Health Governance*, Vol. II No. 1, pp. 1-15.
 32. Price-Smith, Andrew (1999), 'Ghosts of Kigali: Infectious Disease and Global Stability at the Turn of the Century.' *International Journal*, Vol. 54, No. 3, pp. 426-442.
 33. Renganathan, Elil (2013), "The World Health Organization as a Key Venue for Global Health Diplomacy", Ilona Kickbusch et al, *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*, New York: Springer, pp. 173-185.
 34. Shu-Acquaye, Florence (2017), "The Ebola Virus Prevention and Human Rights Implications", *University of Massachusetts Law Review*, Vol. 2, Issue 1, pp. 1-66.
 35. Sirghani Mohsen. Human Rights. (2008), "AIDS and Public Health", *Medical Law Journal*, 2 (5) :85-104 (In Persian).
 36. The AIDS Institute, "Where did HIV come from?": <http://www.theaidsinstitute.org/node/259> .
 37. Van der Wouden, Johannes C., Koning. Sander (2014), "Ebola and human rights in west Africa", *Lancet*, Vol 384 , at: www.thelancet.com,
 38. Vieira, Marco Antonio (2007), "The securitization of the HIV/AIDS epidemic as a norm: a contribution to constructivist scholarship on the emergence and diffusion of international norms", *Braz. political sci. rev* , Vol.2 No.se, pp. 137-181.
 39. WHO, Human rights and health, 20 December 2017, at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

C) Documents

40. General Comment No. 14 (2000), E/C.12/2000/4
41. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

42. International Food Safety Authorities Network (INFOSAN), "Biosecurity: An integrated approach to manage risk to human, animal and plant life and health", 3 March 2010, Information Note No. 1/2010 The Universal Declaration of Human Rights
43. S/RES/1308 (2000)
44. Lanord, C., (2002), "A Study of WHO's Official Relations System with Nongovernmental Organizations", WHO Doc TCSI/2002/WP4.
45. UN Doc E/CN.4/1984/4 (1984)
46. UN Human Rights Office of High Commissioner, "A Human Rights Perspective into the Ebola Outbreak", 2014.
47. UNGA, 18 December 1982, A/RES/37/194
48. UNHR Office of High Commissioner, "HIV/AIDS and Human Rights", 2011: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/HIV/Pages/HIVIndex.aspx>;
49. Sofia Gruskin, François-Xavier, Daniel Tarantola, "HIV In Site, Knowledge Base Chapter": <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-08-01-07>
50. WHO & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008, "The Right to Health", Fact Sheet No. 31.
51. Global health security: epidemic alert and response, WHA54.14, 21 May 2001 Global information and education on HIV and AIDS, "History of HIV and AIDS overview" 2018, <https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview>
52. WHO, "Ebola virus disease: Fact sheet", 2018, (last visited 19 January, 2018) at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>
53. WHO, "The Global Burden of Disease", Report 2004 published 2008 at: <http://www.who.int>
54. WHO, "The top 10 causes of death", 2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
55. WHO, "World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals", 2018, (Geneva: World Health Organization).
56. WHO, Infectious diseases, last visited 1 June, 2018 at: http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/
57. WHO, "Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS): Status of the Outbreak and Lessons for the Immediate Future", 2003.
58. WHO, "World Health Report 2007, A Safer Future, Global Public Health Security in the 21st Century", 2007, (Geneva: World Health Organization)
59. WHO, Human rights and health, 20 December 2017: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

D) Websites

60. CDC, "SARS Basics Fact Sheet", 2004, at: <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars.html>
61. WHO, "Mortality and global health estimates", 2013, (Geneva: World Health Organization).
62. WHO, "Situation Report", 2016, at: <http://apps.who.int/gho/data/view ebola-sitrep ebola-summary-latest?lang=en>
63. WHO, "Summary of SARS and air travel", 2003 at: <http://www.who.int/csr/sars/travel/airtravel/en/>
64. WHO, "Summary table of SARS cases by country, 1 November 2002 to 7 August 2003", 2003, (Geneva: World Health Organization)

- 2003”, 15 August 2003, at: http://www.who.int/csr/sars/country/2003_08_15/en/
65. WHO, “About sociali determinantso ofn health”,a at: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
66. WHO, The top 10 causes of death, 24 May, 2018, at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

